

Медицинская

22 октября 2014 г.
среда
№ 79 (7504)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

В центре внимания

Четверть века служения стране

От поздравлений – к проблеме кадровых ресурсов

Всероссийская научно-практическая конференция «Управленческие кадры в здравоохранении Российской Федерации» собрала в Москве огромную аудиторию учёных, руководителей региональных управлений отраслью, главных врачей лечебных учреждений от Калининграда до Камчатки. Она была посвящена 25-летию Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России.

И поэтому разговор получился и праздничный, и деловой, с выкладкой причин и последствий и, конечно же, стратегии развития системы подготовки и непрерывного профессионального образования управленческих кадров в здравоохранении. При всех усилиях решить проблему на государственном уровне пока не удаётся. А она с каждым годом становится острее не только в России. Здесь нужно учитывать, что вообще повышается спрос на медицинские кадры. По данным ВОЗ, к 2035 г. в мире будет не хватать 12,9 млн работников здравоохранения, на сегодняшний день нехватка исчисляется в 7,2 млн. Если не принять меры сейчас, такая ситуация будет иметь последствия для здоровья миллиардов людей во всём мире. Поэтому так заинтересованно подошли к проблеме кадровых управленческих ресурсов в здравоохранении участники научно-практической конференции. Кому как не управленцам предстоит решать вопросы качественной организации медицинской помощи на новом



Академик В. Стародубов и его первый заместитель профессор Ю. Михайлова принимают поздравления

уровне. Их нужно готовить, обучать всем премудростям управления, вооружить экономическими, юридическими, правовыми знаниями. Без этого не может быть настоящего организатора здравоохранения.

Тон обсуждению задал директор института академик РАН Владимир Стародубов своим ёмким выступле-

нием «Кадровое обеспечение медицинской деятельности: проблемы и пути решения».

Отчёт читайте в ближайших номерах газеты.

Галина ПАПЫРИНА,
Юрий ЛУНЬКОВ (фото),
специальные корреспонденты «МГ».

Сотрудничество

У России к Эболе свои счёты

В рамках вклада в международные усилия по борьбе со вспышкой болезни, вызванной вирусом Эбола, Россией выделены или запланированы к выделению средства в совокупном объёме 779,4 млн руб. (19 млн долл.).

Как уточняется на официальном сайте Министерства иностранных дел РФ, в виде непосредственной гуманитарной помощи странам Западной Африки, затронутым эпидемией, израсходовано 213,4 млн руб. В целях укрепления международных механизмов реагирования на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера в связи со вспышкой лихорадки, включая Международные медико-санитарные правила Всемирной организации здравоохранения, выделены средства в сумме 248,7 млн руб.

Объём финансирования мер по повышению национальной готовности к

предотвращению трансграничного распространения болезни и защите здоровья российских граждан от лихорадки Эбола составил 155 млн руб. На проведение научных исследований по созданию средств диагностики, профилактики и лечения болезни перечислено 162 млн.

Во внешнеполитическом ведомстве подчёркивают, что с начала «кризиса, вызванного распространением лихорадки Эбола, Российская Федерация последовательно наращивает усилия по оказанию практической и финансовой помощи пострадавшим странам».

«Российская Федерация продолжит уделять пристальное внимание текущему кризису в сфере общественного здравоохранения в Западной Африке, связанному с распространением лихорадки Эбола, и оказывать целевую финансовую и техническую помощь для его прекращения – как на двусторонней,

так и на многосторонней основе», – заверяет МИД.

Согласно официальным данным ВОЗ, лихорадкой Эбола заразились свыше 9 тыс. человек, более 4,5 тыс. из них скончались. Среди них 239 медработников. Помимо заболевших в пяти африканских странах 2 случая заражения зафиксированы в США и один в Испании. При этом специалисты ВОЗ рассчитывают, что вспышки лихорадки Эбола в Сенегале и Нигерии можно будет считать в ближайшее время завершёнными.

Замечу, что на прошедшем 15 октября заседании миссии совета безопасности ООН по борьбе с лихорадкой Эбола была отмечена недостаточность международной помощи (медикаменты, средства индивидуальной защиты, дезинфектанты, средства лабораторной диагностики и др.) по борьбе с этим заболеванием.

Валентия МАЛОВ.
МИА Сито!

Дежурный по номеру: Иван ЗАЛОГИН

Начальник Департамента здравоохранения и социальной защиты населения – заместитель председателя правительства Белгородской области.

Стр. 13.



Работают мастера

Сплит-трансплантация

В Федеральном медицинском биофизическом центре им. А.И.Бурназяна ФМБА России впервые в нашей стране выполнена сплит-трансплантация трупной печени двум взрослым реципиентам. Кроме того, впервые в России произведено экстракорпоральное сплитирование печени – разделение её на две половины вне организма после её эксплантации и консервации.

При этом правая доля печени была трансплантирована мужчине, а левая доля – женщине. Оба реципиента страдали циррозом печени. Ввиду сложной внутривенной сосудистой анатомии операция сопровождалась редкой и полной реконструкцией сосудов двух разделённых фрагментов трупной печени, которые выполнялись также экстракорпорально (вне организ-

ма). В настоящее время оба реципиента чувствуют себя удовлетворительно и через неделю готовятся к выписке из стационара. Данная операция в условиях дефицита донорских органов технология трансплантации разделённого органа нескольким реципиентам является крайне перспективной.

Отметим также, что сотрудниками центра координации органного донорства ФМБА России была выполнена мультиорганная эксплантация (печень, почки, сердце, лёгкие). При этом разделённая печень была пересажена двум взрослым реципиентам в ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России, сердце и лёгкие трансплантированы реципиентам в Федеральном научном центре трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова Минздрава России.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Потеряет ли знаменитый центр имя Сербского?

Стр. 4

Обзор V съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока

Стр. 11

Разногласия по спорным вопросам поправок к Закону «Об обращении лекарственных средств» сняты

Стр. 12



МЕТРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА
ДИКСИОН

Поверка и испытания
средств измерения (СИ) медицинского
назначения

+7(495) 780-07-99, 8-800-100-44-95
www.dixon.ru

В мае 2014 г. Минздрав России принял решение о реорганизации трёх федеральных государственных бюджетных учреждений путём присоединения Московского научно-исследовательского института психиатрии и Национального научного центра наркологии к Государственному научному центру социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. При этом у последнего сохраняются неизменными все существующие сейчас атрибуты юридического лица: адрес, ОГРН и ИНН, расчётные счета и т.д. Исключением является лишь его почётное наименование.

Согласно обнародованному приказу центр должен получить новое название: государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии». Модернизация здравоохранения направлена на повышение эффективности работы учреждений, и её целесообразность не вызывает никаких сомнений. Но, как и в любом масштабном процессе, в данном случае не обошлось без досадных недоразумений. В частности, без внимания осталось то обстоятельство, что центр носит имя великого российского учёного вот уже более 90 лет. А после реорганизационных процедур его славная история навсегда уйдёт в прошлое вместе с именем создателя московской школы психиатрии.

Активисты Общероссийского народного фронта не могли остаться равнодушными к этому вопросу. Региональное отделение ОНФ в Москве провело встречу с потомками учёного, представителями городской межведомственной комиссии по наименованию

Проблемы

Усекновение титула

Активисты выступают за сохранение имени В.П.Сербского в названии всемирно известного центра



территориальных единиц, улиц, станций метрополитена, организаций и других объектов Москвы, трудового коллектива учреждения, экспертами.

Участники совещания отметили, что создание многопрофильного центра «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» — важное решение в системе задач модернизации здравоохранения РФ, которое позволит сохранить

накопленный научно-клинический потенциал, будет способствовать развитию уникальных научных школ и повышению качества обслуживания пациентов. В то же время нельзя не согласиться с мнением участников встречи о значении выдающихся личностей России.

«История нашей страны доказывает, что народ помнит знаменитые врачебные центры не по номерам, присвоенным им в соответствии

с установленным порядком, а по именам врачей, которые лечили их предков: Институт Склифосовского, Морозовская больница, Центр Сербского, госпиталь Бурденко и многие другие», — отметил правнук великого учёного. Мировая известность и деловая репутация центра, высокая мотивация и профессионализм кадрового состава неразрывно связаны с почётным наименованием. Его утрата представляется досадной ошибкой.

Такого мнения придерживается и трудовой коллектив Центра Сербского, на общем собрании которого было единодушно (360 подписей) принято решение ходатайствовать перед министром здравоохранения РФ о сохранении имени профессора.

Впрочем, для решения этого острого вопроса есть все возможности и условия. Как показывает практика работы городской межведомственной комиссии по наименованию территориальных единиц, улиц, станций метрополитена, организаций и других объектов Москвы, имена выдающихся общественных деятелей, обычно присвоенные государственным учреждениям после реорганизации, сохраняются в их новых названиях или в названиях обособленных подразделений.

По итогам совещания сопред-

седатель регионального отделения ОНФ в Москве Людмила Швецова обратилась к министру здравоохранения РФ Веронике Скворцовой с просьбой вмешаться и сохранить в названии медицинского учреждения имя великого учёного: «В.П.Сербский являлся не только выдающимся врачом, учёным, создателем московской школы психиатрии и основателем нового направления в медицине — судебной психиатрии, но и был гуманистом, подвижником, российским общественным деятелем. Организованная В.П.Сербским клиника стала основой Института общей и судебной психиатрии, и его имя клиника носит почти 100 лет. Надеюсь, по данному вопросу будет принято верное решение».

Сегодня по-прежнему вопрос остаётся открытым, но хочется надеяться, что конструктивное взаимодействие Общероссийского народного фронта и Министерства здравоохранения РФ позволит поднять на более высокий уровень качество медицинских услуг, сохранив лучшие достижения прошлого и имя великого российского учёного...

Подготовил
Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Ситуация

Росздравнадзор не хочет уходить

Вывод Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения из подчинения Минздрава России повредит работе и ведомства, и министерства

В последнее время в некоторых СМИ были опубликованы предложения экспертов о выводе Росздравнадзора из состава Минздрава России, так как надзорное ведомство не может эффективно контролировать министерство, в ведении которого находится.

В частности, с таким предложением выступил глава фонда «Здоровье», член Общественной палаты РФ Эдуард Гаврилов, который заявил, что под контролем Минздрава России Росздравнадзор не может объективно контролировать модернизацию здравоохранения. Свой тезис эксперт подтвердил якобы неэффективным использованием закупленных для регионов компьютерных томографов.

«К примеру, в 2013 г. в медучреждениях было проведено почти 5,3 млн компьютерных томографий. При этом число исследований в сутки на один томограф приближается к 9, то есть менее одного исследования в час, тогда как ресурсы позволяют выполнять 24 таких исследования в день. Получается, что потенциал томографии используется лишь на треть», — заявил Э.Гаврилов. По его словам, такое происходит во многом из-за того, что

Росздравнадзор, который обязан контролировать поставки и использование дорогостоящего медицинского оборудования, смотрит на происходящее сквозь пальцы.

Комментируя это заявление, и.о. руководителя Росздравнадзора Михаил Мурашко, как сообщила пресс-служба ведомства, отметил, что «на деле контроль ведёт не только Росздравнадзор, но и Росфиннадзор, Федеральный фонд ОМС и прокуратура. Ни у одного из этих ведомств не возникли претензии к программе модернизации. Более того, если бы таких претензий не возникло только у Минздрава, ведомство всё равно не смогло бы замять скандал — ведь медицинские организации и органы исполнительной власти в регионах подчиняются непосредственно руководству территорий».

«Кроме того, фонд «Здоровье» вряд ли способен самостоятельно проводить мониторинг эффективности закупки оборудования, — продолжил М.Мурашко. — По крайней мере, не очень понятно, на какие цифры опирается фонд. В то время как Росздравнадзор только в 2014 г. провёл 594 проверки 532 медицинских организаций. По итогам проверок выдано 246 предписаний об устранении

выявленных нарушений — однако вряд ли это можно назвать срывом программы модернизации.

Озвученные же фондом цифры о неэффективной работе использованных томографов нельзя рассматривать вне контекста российских условий. 24 использования томографа в день — это показатели европейского опыта. Но плотность населения в Европе в разы выше, чем в России. В российских условиях для выполнения таких показателей придётся оставлять без современной техники огромные территории. И тогда у фонда «Здоровье» возникнет повод для объективной критики Минздрава — жители небольших городов вынуждены будут преодолевать сотни километров ради получения высокотехнологичной помощи.

При этом озвученная Э.Гавриловым идея расширить полномочия сотрудников ведомства Росздравнадзору нравится. Ведь чем больше у него будет полномочий, тем более объективную картинку Минздрав сможет получить о своей работе. Возможно, экспертам стоит подумать именно о таком сценарии — по крайней мере, если они думают о модернизации здравоохранения».

Валентин МАЛОВ,
корр. «МГ».

Инициатива

Как отмечается в «Предложениях по развитию конкуренции на рынках лекарственных средств в 2015-2016 гг.», которые переданы ФАС в Минэкономразвития России, это позволит решить множество проблем с обеспечением препаратами для профилактики и лечения россиян, инфицированных ВИЧ и вирусами гепатитов В и С.

Ради сокращения затрат

За возвращение к централизованной закупкам препаратов для пациентов с ВИЧ и гепатитами В и С выступила Федеральная антимонопольная служба (ФАС)



Всё своё ношу с собой...

В 2012 г. полномочия по закупкам этих препаратов были переданы от Минздрава России субъектам Федерации, что привело к повышению расходов федерального бюджета и снижению доступности лекарств для лечения пациентов в рамках государственных программ. Так, в 2013 г. не состоялось 20% аукционов по закупкам антиретровирусных лекарственных препаратов, применяемых для лечения ВИЧ, в том числе 6% по причине отсутствия заявок. Существенно подскочили и цены,

бюджетные затраты на закупку этих препаратов.

ФАС утверждает, что централизованная закупка дорогостоящих лекарственных препаратов позволит более эффективно расходовать бюджетные средства и снизит риски социальной напряжённости в связи с отсутствием или дефицитом необходимых лекарств. Будут соблюдены и сроки обеспечения пациентов препаратами для лечения и диагностики.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

При том, что официальное открытие этого медицинского учреждения после реконструкции состоялось 2 года назад, его стены продолжают дышать новосельем: в рабочем порядке открываются новые отделения, продолжают оснащаться современной «начинкой» уже действующие.

Как пояснил заместитель министра здравоохранения республики кандидат медицинских наук Тамаз Цахнакия, начало этим кардинальным переменам было положено в 2008 г., когда Россия признала независимость Республики Абхазия, и на свет появился комплексный план содействия социально-экономическому развитию республики, в рамках которого Республиканская больница и была успешно «реанимирована». В основном корпусе ещё идут заключительные работы, но на полную мощь уже работают отделения общей хирургии, урологии, нейрохирургии, травматологии, сосудистой хирургии, челюстно-лицевой хирургии, анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, диагностические отделения, а также центральный банк крови, клиническая и биохимическая лаборатории.

При том, что новейшая история этой больницы, впрочем, как и самой республики, пишется «с чистого листа», есть и определённые проблемы, в том числе и кадровая.

Тамаз Мурманович видит эту про-

Экспедиция «МГ»

История «с чистого листа»

Флагман здравоохранения Абхазии – Республиканская больница переживает второе, если не третье рождение



Здание больницы после войны. Хорошо видны следы пуль (фото из архива)



А так больница выглядит сегодня

блему с двух сторон: и как чиновник (в хорошем смысле этого слова), и как практикующий врач – заведующий отделением ангиологии и сосудистой хирургии: «Поскольку на территории нашей республики

нет медицинских вузов, подготовка кадров, в том числе последипломное образование, осуществляется в ведущих медицинских вузах и профильных НИИ России. Особенно остро стал ощущаться дефицит узких специалистов после окончания войны. Сейчас положение пусть и медленно, но выправляется: в настоящее время в российских медицинских вузах проходят обучение за счёт нашего бюджета более 100 студентов. Кроме того, со временем ломаются стереотипы, и люди видят, что в республике идут позитивные перемены и есть необходимость в дальнейшем развитии практического здравоохранения, стали возвращаться и наши соотечественники, высококвалифицированные специалисты».

Как известно, Республиканская больница является центральным медицинским учреждением Абхазии и по оказанию высококвалифицированной, специализированной, в том числе экстренной медицинской помощи. Возглавляет больницу Наргиза Харчилава. По совместительству Наргиза Ардовна – заведующая отделением анестезиологии и реанимации.

обычной жизни Мимоза продаёт мимозу – она продавец цветов. В стенах больницы, выражая благодарность медикам, она – сама искренность: люди, побывавшие на краю бездны, как правило, не лукавят. Интервью с главным врачом больницы прервалось самым будничным, «больничным» же образом – Наргизу Ардовну срочно вызвали в операционную в качестве врача-анестезиолога, и ничего удивительного в этом не было: здесь все работают «за себя и за того парня».

Ещё одна из примет времени – родильный дом, в котором созданы все необходимые условия для службы родовспоможения с ближайшей перспективой её даль-



В операционном блоке отделения травматологии операцию остеосинтеза бедренной кости выполняют (слева направо) заведующий отделением Астамур Иванба, врач-травматолог Станислав Лаквитав, операционная медсестра Афродита Таркил



В отделении гемодиализа врач-нефролог Марта Харазия проводит курс лечения

У входа в отделение гемодиализа (недавно открытое и на сегодня самое большое в республике) мы познакомились с одной из пациенток – Мимозой Кортова. «Если бы не эта больница и не это отделение, меня уже не было бы на свете...» – не скрывала она эмоций. В своей

нейшего развития. Появляются на свет новые граждане Республики Абхазия, а значит, жизнь продолжается!

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Республика Абхазия.

Фото автора.

Деньги

Туберкулёз – не повод для переплаты

Что показал анализ закупок тест-систем для диагностики заболевания

Эксперты Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье» установили, что учреждения здравоохранения в регионах России многократно переплачивают за зарубежные тест-системы для диагностики туберкулёза.

Всего было проанализировано 65 закупок на поставку тест-картриджей для диагностики туберкулёза, реагентов к ним и техническое обслуживание систем в период 2011-2014 гг. на общую сумму 92 млн 876 тыс. руб. Суммы контрактов варьировали от 118 тыс. до 4 млн руб. При этом в нашей стране производятся собственные анализаторы, которые медучреждениями практически не закупаются. Фонд поставил перед Минздравом вопросы о целесообразности такой закупочной практики и выработки мер широкого применения отечественных разработок.

В настоящее время для молекулярно-генетического обнаружения

микобактерий туберкулёза у нас используется технология экспресс-диагностики GeneXpert, которая широко внедряется во всём мире за счёт грантов Глобального фонда по борьбе с ВИЧ, туберкулёзом и малярией. Россия в число получателей грантов не входит, поэтому медучреждения вынуждены приобретать тест-системы у единственного дистрибьютора этой продукции – ЗАО «Сэйдж» – по коммерческой цене 60-63 долл., поясняют эксперты фонда.

При этом Россия как страна с высоким бременем туберкулёза по правилам Всемирной организации здравоохранения имеет право на льготную цену 9,5 долл. за картридж. Однако наша страна не заключила соответствующий договор с Фондом инновационных диагностик (FIND), который занимается закупками. В результате учреждения здравоохранения переплачивают за анализатор в 6-7 раз.

«Мы просим Минздрав разъяснить, почему оборудование и расходные материалы для диа-

гностики туберкулёза закупаются по таким ценам и что предпринято министерством, чтобы изменить эту практику. Также уверены, что централизованные закупки напрямую у производителя, в соответствии с точно просчитанными потребностями регионов, могли бы дать значительную экономию средств, и призываем Минздрав проработать этот вопрос», – заявил директор фонда «Здоровье», заместитель руководителя Федерального центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья Федерального медицинского биофизического центра (ФМБЦ) им. А.И.Бурназяна ФМБА России, член Общественной палаты РФ, член центрального штаба Общероссийского народного фронта Эдуард Гаврилов.

По его мнению, Минздраву России совместно с профессиональными некоммерческими организациями необходимо провести оценку клинко-экономической эффективности применения отечественной и иностранной систем диагностики туберкулёза, опре-

делить, какой из тестов выгоднее закупать, и сообщить результаты учреждениям здравоохранения и медицинской общественности. «При решении этого вопроса следует учитывать, что в условиях западных санкций нашей стране необходимо максимально использовать свой потенциал, обеспечив замещение импортных товаров отечественными аналогами, тем более в такой стратегически важной для безопасности страны сфере, как здравоохранение», – подчеркнул Э.Гаврилов.

Эксперт фонда «Здоровье», директор С.-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии, главный торакальный хирург Минздрава России Пётр Яблонский констатирует, что имеющиеся в России собственные высококачественные тесты «не уступают GeneXpert по чувствительности и специфичности, хотя более сложны в применении». «При том, что импортный прибор, на наш взгляд, удобен для использования в отдалённых и труднодоступных районах страны, где остро стоит проблема кадров и

нет возможности развернуть полноценную молекулярно-генетическую лабораторию, отечественные производители могли бы сохранить нишу для распространения своей продукции в крупных городах и медицинских центрах, – считает П.Яблонский. – Однако для этого необходимы меры государственной поддержки и прямого протекционизма, особенно актуальные сейчас, в условиях всё новых экономических угроз со стороны Запада», – подчеркнул специалист.

Как сообщает сайт ОНФ, по оценкам ВОЗ, в 2012 г. заболеваемость туберкулёзом составила в нашей стране 91 случай на 100 тыс. населения (по данным российской статистики, 74 случая). Для сравнения, в Эстонии этот показатель составлял 23, в Великобритании – 15, в Израиле – 7,6. В бюджете РФ на 2014 г. на обследование, профилактику и лечение туберкулёза предусмотрено 5,3 млрд руб.

Иван ВЕТЛУТИН.

МИА Сити!

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 69 (1836)

Принятие давно ожидаемого Федерального закона РФ № 172-ФЗ от 28.06.2014 «О стратегическом планировании в Российской Федерации» является пусковым механизмом и создаёт правовую основу для развития системы управления здравоохранением на государственном и муниципальном уровнях с использованием современных подходов и технологий. Имеющий опыт стратегического планирования в здравоохранении связан с разработкой и реализацией ряда концептуальных документов, многочисленных федеральных и региональных программ и проектов развития здравоохранения, посвящённых решению различных приоритетных проблем (борьба с социально значимыми заболеваниями, оптимизация демографической ситуации, структурное совершенствование и техническое перевооружение, введение экономических и финансовых механизмов, инструментов государственного регулирования качества оказания медицинской помощи, информационные технологии и др.).

Наиболее сложными моментами в реализации стратегических документов всегда были фрагментарность, невысокая эффективность управления реализацией, низкая результативность. Причиной этого было, прежде всего, нарушение основного принципа стратегического планирования – задействованность всех уровней, начиная с учреждений здравоохранения.

Учреждение здравоохранения не стало субъектом, реализующим принципы стратегического управления, а руководители не обрели самостоятельности, достаточной для перспективного видения организации и его воплощения в практической управленческой деятельности. В системе финансирования учреждений и тарифах ОМС отсутствовали затраты, связанные с развитием. На решение конкретных задач средства выделялись сверх целевым назначением (из фонда развития субъектов РФ, в виде целевых программ).

Создавшееся положение не предоставляло возможностей для творческого использования управленческих механизмов, обеспечивающих комплексное стратегическое развитие учреждений здравоохранения, среди которых ведущее место отводилось управлению человеческим потенциалом. В то время как именно состояние кадрового потенциала, его готовность к развитию в значительной степени определяют «амбициозность» и реальность достижения стратегических целей.

Снижение профессионального и нравственного уровня медицинских работников осознаётся всеми. Государством предпринимаются определённые шаги в этом направлении. Проводится повышение заработной платы, обновление оснащения учреждений здравоохранения, обучение работников первичного звена, разработка механизмов экономического стимулирования труда, порядка финансирования учреждений, способствующего повышению их управленческой самостоятельности.

Это приводит к некоторым позитивным переменам, однако масштаб предпринимаемых сверху действий остаётся несоизмерен организационным задачам, стоящим перед здравоохранением по повышению качества и доступности медицинской помощи. В этих условиях здравоохранение вынуждено принимать общие для экономики и социальной сферы правила игры, развивать рыночные механизмы и наращивать темпы развития, что, в свою очередь, обязательно потребует значительного повышения роли человеческого фактора, развития профессионального и личностного потенциала медицинских работников. Возрастёт потребность в инициативных и предприимчивых лидерах.

Итак, трудовой потенциал традиционно включает в себя: психофизиологический потенциал – способности и склонности человека, состояние его здоровья, работоспособность, выносливость, тип нервной системы и т.п.; квалификационный потенциал – объём, глубину и разносторонность общих и специальных знаний, трудовых навыков и умений, обуславливающих способность работника к труду определённого содержания и сложности; социально-личностный потенциал – уровень гражданского сознания и социальной зрелости, степень освоения работником норм отношения к труду, а также ценностные ориентации, интересы, потребности и запросы в сфере труда, исходя из иерархии потребностей человека.

Трудовой потенциал работника является исходной точкой, определяющей его дальнейшее трудовое поведение.

Результативность труда зависит от степени взаимного согласования в развитии квалификационного, психофизиологического и личностного потенциала, механизмы управления каждым из которых существенно различаются.

Развитие кадрового потенциала учреждений здравоохранения в рамках стратегического управления

В соответствии с динамикой изменения отношения к человеку в процессе трудовой деятельности происходила трансформация концепций управления трудовым потенциалом, менялись функции и стратегии управления в области трудовых отношений. На уровне управления организацией эволюция развития включала следующие направления: управление кадрами – управление персоналом – управление человеческими ресурсами – гуманистический подход к управлению.

Различия в этих подходах существуют и характеризуются отношением к работнику в процессе трудовой деятельности, его ролью в трудовом процессе, степенью использования и заботы о развитии человеческого потенциала. Вначале этот процесс осуществлялся в странах с высоким уровнем развития экономических и социально-общественных отношений: США, Франции, Японии.

В настоящее время в нашей стране концептуальной основой управления трудовым потенциалом постепенно становится технология управления человеческими ресурсами, об основных принципах которой говорил В.Путин, представляя Стратегию развития Российской Федерации до 2020 г.

В качестве одного из основных приоритетов он назвал развитие человека. «Развитие человека – это и основная цель, и необходимое условие прогресса современного общества. Будущее России, наши успехи зависят от образования и здоровья людей, от их стремления к самосовершенствованию и использованию своих навыков и талантов. Это насущная необходимость развития страны. От мотивации к инновационному поведению граждан и от отдачи, которую приносит труд каждого человека, будет зависеть будущее России», – заявил он. По его словам, – «это и сегодня, и в долгосрочной перспективе наш абсолютный национальный приоритет».

Через 10-12 лет «Россия должна стать лучшей по возможностям для карьерного роста, для значительного повышения социального и материального статуса в течение жизни, лучшей в поощрении таланта и успеха». В этих словах отражены основные положения кадровой политики государства, в равной степени относящиеся ко всем гражданам России независимо от их принадлежности к государственному или частному секторам экономики, отраслям экономики и социальной сферы, отдельным предпринимателям.

Технология управления человеческими ресурсами в наибольшей степени соответствует принципам и основным положениям стратегического менеджмента. Управление человеческими ресурсами в качестве современной концепции социализации управления (создания условий, максимально способствующих реализации трудовых возможностей человека) построено на отношении к работнику как наиболее ценному ресурсу, нуждающемуся в эффективном использовании и развитии имеющегося потенциала, требующему существенных вложений и соответствующих условий, необходимых для раскрытия его возможностей.

Таким образом, приоритетным в кадровой работе становится индивидуальный подход, а стратегическое развитие потенциала является и развитием организации через развитие коллектива (группы) и сотрудника (личности), а также включается в стратегию

и культуру организации, охватывает её внешнюю среду, а также внутреннюю ситуацию и зависит от организаторских способностей руководителей.

Разработка критериев и показателей оценки кадрового потенциала является актуальной задачей для любой организации и осуществляется в соответствии с целями её развития, сложившейся ситуацией и организационными (корпоративными) ценностями. В наиболее простом варианте оценка трудового (кадрового) потенциала всей организации проводится по следующему перечню базовых показателей: общая численность работающих, профессиональная структура, квалификационный уровень, социально-демографическая структура, подготовка кадров, приём и увольнение кадров (текучесть), интенсивность труда, условия труда, уровень оплаты труда.

Акцентируя внимание на категории развития трудового потенциала, более под-

робно остановимся на обучении персонала как наиболее актуальной и более всего осознаваемой задаче для здравоохранения. Слабая подготовленность персонала становится «притчей во языцех» в организациях независимо от отраслевой принадлежности, форм собственности, престижности и уровня заработной платы работников.

Часто применяемая в последнее время технология перекупа профессионалов не решает проблемы. Интернет пестрит объявлениями о поиске профессионалов. Поэтому всё более актуальной становится задача «выращивания» собственных кадров в соответствии с сегодняшним и будущим спросом. Развитие трудового потенциала как раз и предусматривает планирование и осуществление подготовки специалистов с учётом потребности развития организации.

Такой подход упреждающего формирования персонала позволяет организации накапливать нематериальные ресурсы, повышая стоимость человеческого капитала. Каждый хороший руководитель, планирующий дальнейшее развитие своей деятельности, давно понял, что немалые затраты на обучение работников окупаются сторицей, особенно в периоды интенсивного перехода организации на новый уровень развития, связанный с освоением и использованием нового оборудования, новых технологий, изменением содержания труда. Не обеспокоены развитием персонала только руководители-временщики, не связывающие свои интересы с будущим организации.

Чтобы организовать учёбу, необходимо определить фактическое состояние дел, перспективу их развития, наметить соответствующие мероприятия, организовать их проведение и обеспечить контроль. Иначе говоря, классическую технологию образования необходимо включать в текущую работу и стратегические планы.

При организации системы дополнительного обучения администрация должна отдавать предпочтение сегодняшнему подходу к образованию, цель которого научить работника не действовать в конкретной ситуации, а самостоятельно и системно мыслить, решать сложные задачи и комплексные проблемы, работать в команде, самообучаться.

В целях планирования развития персонала руководитель организации и руководитель кадровой службы осуществляют следующие действия:

- совместно с работниками определяют требования к его профессиональной компетенции, исходящие из занимаемой должности и ожидаемых перемен, обусловленных развитием организации;

- проводят оценку знаний, навыков и установок персонала;

- осуществляют построение профиля квалификации каждой штатной единицы;

- проводят сравнение профиля квалификации работника и профиля квалификации штатной единицы, выявляют расхождения между ними, которые и используют в дальнейшем для обоснования программ обучения персонала и планирования индивидуальной подготовки специалиста.

Обучение персонала осуществляется с учётом следующих организационных форм: повышение квалификации, профессиональ-

ная переподготовка, стажировка, самообразование.

Потребность в обучении определяется исходя из требований, предъявляемых работой и включающих на первом этапе: необходимые знания, компетенции, отношение, направления развития (с учётом развития организации), навыки физические, социальные, умственные, уровень знаний, которыми уже обладает работник, и его способности к адаптации. Данные по работникам организации суммируются, и определяется предметная область обучения.

На втором этапе определяются цели и задачи обучения, осуществляется отбор участников в соответствии с профилем обучения, оцениваются возможности организации в обеспечении обучения, осуществляется поиск требуемых ресурсов, выбираются формы обучения (с отрывом или без отрыва от производства) и рассчитывается его финансирование. Далее последовательно

реализуются остальные функции управления (организация, координация, мотивация, контроль и оценка эффективности), которые вырабатываются в чётком соответствии с задачами и профилем обучения.

Особое место в системе образования занимает профессиональное обучение персонала. Отличительной его особенностью является проведение обучения в процессе выполнения обучающимися профессиональной деятельности. Методы профессионального обучения включают обучение на рабочих местах, наставничество, стажировку, рабочую ротацию, «корпоративное» обучение.

Эти виды обучения также организуются и планируются с участием кадровых служб. Проведение каждого из методов носит индивидуальный характер, а каждая из форм соответствует определённой задаче. Так, например, обучение на рабочем месте используется на этапе вхождения работника в должность, стажировка – при дополнительном обучении в организации более высокого уровня, наставничество – с целью привития специалисту новых навыков, ротация – для освоения смежных специальностей, «корпоративное» обучение – при инновационных изменениях в организации.

В результате такого подхода развитие персонала выходит за пределы обучения работников только в области профессиональных знаний и умений, а включает дополнительное целый комплекс образовательных и воспитательных воздействий, выходящих за пределы должностных обязанностей.

Создание атмосферы, способствующей развитию персонала, более полному использованию его профессиональных и творческих возможностей становится повседневной работой руководителей. В связи с этим развитие персонала на основе его обучения рассматривается только как составная часть интеллектуального потенциала (ИП) медицинских коллективов. Интеллектуальный потенциал имеет ряд специфических особенностей, которые недостаточно используются в современных условиях здравоохранения. В перспективе он должен стать одним из ведущих факторов повышения конкурентоспособности учреждений здравоохранения.

Среди всех видов ресурсов нет более ценного, чем ИП. ИП организации представляет собой совокупность природных и приобретённых способностей, а также накопленных знаний, навыков, опыта, полезных отношений её сотрудников. Среди его характерных особенностей выделяют накапливаемость на протяжении профессиональной деятельности; потребность в целевых инвестициях для наращивания; длительный экономический и социальный эффект от использования. Наличие значимого интеллектуального потенциала обеспечивает непрерывный поиск и постоянный отбор новых, перспективных направлений деятельности, движение в сторону развития, становится залогом успешности. В условиях капитализации ИП перерастает в интеллектуальную собственность, образующую нематериальные активы организации.

Учитывая то, что ИП представляет собой нечто вроде «коллективного мозга», аккумулирующего научные и обыденные знания работников, уровень их квалификации,

возможности для дальнейшего развития, становится понятным, что основными направлениями управления им являются:

- а) оценка знаний, навыков, творческих способностей, моральных ценностей, культуры труда коллектива;
- б) планирование развития потенциала в соответствии со стратегическими потребностями организации;
- в) создание организационных и технических условий для реализации имеющегося потенциала сотрудников;
- г) приращение потенциала за счёт организации соответствующих систем обучения, повышение квалификации, профессиональное и личностное развитие;
- д) стимулирование профессионального роста, личного самосовершенствования;
- е) обеспечение условий и стимулирование передачи накопленных знаний, опыта (в рамках наставничества);
- ж) удержание талантливых сотрудников и наращивание потенциала за счёт привлечения талантов;
- з) охрана здоровья и поддержание длительного периода интеллектуальной деятельности и т.д.

Развитие интеллектуального потенциала – достаточно сложная задача, поскольку предполагает целевое инвестирование. В основе управления ИП лежат два ключевых принципа: обеспечение индивидуального подхода и целевое инвестирование.

- Основные виды инвестиций включают:
- а) расходы на образование, включая профессиональную подготовку кадров, профессиональное совершенствование (из практики известно, что в любом обучающем проекте до 80% знаний приходится на самообучение) и профессиональную переподготовку;
 - б) расходы на поддержание здоровья (профилактика, медицинская помощь, диетическое питание, улучшение жилищных условий и пр.);
 - в) расходы на планирование карьеры (последовательное продвижение по ряду должностей и выявление должности, где работник мог бы работать с наивысшей отдачей).
- Вследствие инвестиций ИП накапливает-

ся и преумножается. Установлено, что по сравнению с инвестициями в иные формы капитала инвестиции в ИП приносят большую социально-экономическую выгоду. Сумма прибылей от инвестиций в человеческий капитал почти втрое превышает прибыль от инвестиций в оборудование.

Среди основных управленческих механизмов, обеспечивающих реализацию и прирост ИП коллектива, можно выделить современный стиль руководства, использующий современную технологию управления человеческими ресурсами:

- использование специалистов в соответствии с требованиями должности и на должностях, соответствующих их потенциалу;
- постановку перед коллективом сложных задач; формирование сетевой организационной структуры, предусматривающей горизонтальное взаимодействие и развитие партнёрских отношений между сотрудниками, между сотрудниками и руководством;
- формирование среды, мотивирующей к саморазвитию, использованию новых технологий, участие в изобретательстве, рационализации, внедрении новшеств;
- формирование инновационной организационной культуры, развитие научных исследований, использование аутсорсинга с целью получения дополнительных знаний, практических консультаций, экспертной оценки ситуации и тенденций её развития, обучения персонала, повышения его творческой и инновационной активности.

В процессе управления ИП нельзя упускать из вида, что базисной основой для приращения интеллектуального потенциала личности являются: природные качества (здоровье, психофизиологическая устойчивость и др.); соответствующее воспитание, дающее индивиду возможность и желание упорно и дисциплинированно трудиться, систематическая работа над собой; постоянное повышение культурного уровня, расширяющего горизонт знаний и мышления.

При управлении развитием ИП необходимо учитывать менталитет российского народа, традиционно выделяющий страну среди мировых держав, а именно – неор-

динарность мышления. В условиях интенсивного развития значительно возрастает значимость таланта. Известно, что в среднем 80% работы любой организации выполняется 20% сотрудников. В случае наличия талантливых работников это соотношение принимает вид 95 и 5% соответственно.

В рамках реализации концепции управления талантами организации (преимущественно негосударственные) осуществляют прицельный поиск, сохранение и стимулирование талантливых людей. Численность талантливых сотрудников в коллективе в среднем составляет 3-5% работающих. Увеличение этого показателя значительно повышает конкурентоспособность организации.

Выделяют талант руководителя, талант исследователя, талант специалиста. Продолжающее бытовать представление о том, что талант не нуждается в поддержке и пробыёт себе дорогу сам, теряет актуальность. Слишком расточительный подход даже для незаинтересованных в интеллектуальном росте бюджетных организаций.

Говоря об интеллектуальном потенциале организации, необходимо сказать и о роли такой категории работников, которая в управленческой литературе называется «наиболее ценный сотрудник» (НЦС) и составляет «золотой фонд» любой организации. Их характеристика включает следующие параметры – это относительно небольшая и важная группа людей, которые склонны быть лидерами и мечтателями, рисковать и мыслить вне общепринятых рамок, которые могут выполнять работу, обязательную сегодня, и вести туда, где организация собирается быть лет через пять.

Это не просто люди, отлично справляющиеся со своей работой, но прекрасно определяющие направление будущего развития. Они обладают такими чертами, как опыт, умственная мощь и любопытство, которые позволяют им выйти за стандарты мышления, мыслить абстрактно и на ход вперёд. НЦС достигают необычно высоких результатов, постоянно стремятся всё делать лучше, добиваются успеха на любой должности. Кроме того, они притягивают таланты.

А когда число талантов в организации достигает критической массы, организация приобретает репутацию выдающейся и ещё более притягивает талантливых людей. Спецификой такой организации также является создание творческой обстановки, когда работники получают удовольствие от работы и работают не только ради денег, но и за удовлетворение.

НЦС больше мотивированы своей внутренней страстью. Вместе с тем их от талантливых сотрудников и даже «звёзд» отличает следующее: они работают на достижение результата; являются командными игроками; культивируют общий успех; умеют развивать других (даже не имея намерения делать это), проявляют моральное мужество (не боятся принимать ответственных решений, идти на риск).

Эти люди являются своеобразными «магнитами для талантов», лидерами и вдохновителями, умеют создать среду, привлекательную для талантливых людей, среду, в которой люди получают удовольствие от работы. Они непоколебимы, проявляют высокую увлечённость делом, активно ищут пути, как стать признанными и уважаемыми, способны хорошо понимать обстановку и всегда знают, каких результатов от них ждут, умеют строить взаимоотношения с людьми. Они не боятся критики, не боятся спорить и отстаивать свою точку зрения, не боятся разделить риск с коллегами. Это цельные личности с уникальным сочетанием природного таланта и приобретённого совершенства. Для них очень важно чувствовать, что их работа имеет смысл, что организация признаёт их вклад и относится к ним справедливо.

(Окончание следует.)

Татьяна СИБУРИНА,
заведующая отделением методологии стратегического планирования и мониторинга развития здравоохранения Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.

(Окончание. Начало в № 76 от 10.10.2014.)

При диагностике вибрационной болезни, помимо выяснения анамнеза, санитарно-гигиенической характеристики условий труда, необходимо тщательное объективное обследование больного с использованием клинико-физиологических методов. Это особенно важно как при выявлении самых ранних стадий заболевания, функционально компенсированных, «абортных» форм, так и для выяснения функциональных возможностей организма.

Прежде всего при опросе больного необходимо выяснить характер жалоб и их связь с работой. При жалобах на приступы побеления пальцев необходимо установить их локализацию, продолжительность и чистоту. При осмотре больного обращать внимание на цвет кожных покровов кистей, движения в пальцах, кистях и вообще конечностях.

Также проводят холодовую пробу (кисти рук погружают в воду с температурой 8-10°С на 5 минут, при появлении побеления пальцев рук холоддовая проба считается положительной). Для исследования болевой чувствительности можно воспользоваться альгезиметром Мочутковского или его модификациями, который даёт возможность дозировать степень погружения иглы в толщу кожи и определять порог болевой чувствительности по глубине её погружения.

Важное значение в диагностике вибрационной болезни играет паллестезиометрия, основное практическое значение которой имеет определение вибрационной чувствительности пальцев рук (пороги при паллестезиометрии (при 50 Гц): пальцы рук – 8–10 мА, пальцы ног – 40–45 мА).

При проведении оценки состояния тонуса капилляров при вибрационной болезни методом капилляроскопии следует обращать внимание на окраску фона (бледный, розовый, красный, цианотичный, мутный), число видимых капилляров, ширину их просвета, форму, длину и ширину капиллярных петель, характер тока крови, ранимость капиллярной стенки (наиболее характерны для вибрационной болезни спастическое и спастико-атоническое состояние капилляров).

При вибрационной болезни применение дистанционной термографии позволяет верифицировать наличие ангиоспастического и ангиодистонического синдромов. При этом заболевании также возможно значительное снижение свечения дистальных отделов конечности, вплоть до полной «термоампутации» одного или нескольких пальцев.

При интерпретации данных электронной миографии при вибрационной болезни учитываются форма мышечной активности,

исходное функциональное состояние нервно-мышечного аппарата (электромиограмма покоя), особенности биоэлектрической активности различных мышечных групп. В заключение отмечаются отклонения от нормы, локализация отклонений, изменения возбудимости и функциональной подвижности сенсомоторной системы, характер координационных отношений мышечных групп.

Дифференциальный диагноз

Вибрационную болезнь необходимо дифференцировать от других заболеваний непрофессиональной этиологии: болезни Рейно, синингомиелии, вегетативной полинейропатии, миозита. Так, синингомиелия сопровождается выраженными нарушениями двигательной сферы, ранним выпадением сухожильных рефлексов наряду с «пирамидной» симптоматикой, грубой атрофией мышц, развитием артропатий и бульбарными расстройствами.

Приступы «белых пальцев», или ангиоспазма, при болезни Рейно, как правило, наблюдаются у женщин; сосудистые нарушения обычно распространяются на все конечности, не сочетаются с сегментарными расстройствами чувствительности.

Дифференцировать вибрационную болезнь приходится и от таких заболеваний, как невриты и плекситы другой этиологии.

Следует иметь в виду, что при невритах и плекситах нарушение чувствительности имеет иной характер; обязательно ангиоспазм, выявляются характерные болевые точки и т.д.

Миозиты отличаются острым началом, отсутствием расстройств чувствительности и хорошо поддаются лечению. При органических поражениях ЦНС, а также при дизэнцефальном синдроме необходимо исключить наличие инфекции.

Лечение

Основными принципами лечения вибрационной болезни являются этиологический, патогенетический и симптоматический. Соблюдение этиологического принципа заключается в том, что при любых степенях развития вибрационных патологий необходимо временное или постоянное исключение воздействия на организм вибрации и

других неблагоприятных профессиональных факторов, таких как значительное физическое напряжение конечностей, подъём и перенос тяжестей, охлаждение, воздействие шума и т.д.

При вибрационной болезни, обусловленной воздействием локальной вибрации, протекающей с преимущественными нейрососудистыми расстройствами, в случае появления более рекомендуется сочетанное применение ганглиоблокирующих веществ с малыми дозами центральных холинолитиков и сосудорасширяющих средств. Для лечения астеноневротического синдрома используют общепринятые седативные и общеукрепляющие средства, а также биогенные стимуляторы (алоз, глутаминовая кислота – по 0,25 г 3 раза в день в течение 1 месяца).

Из общеукрепляющих медикаментозных средств эффективно введение 40%-ного раствора глюкозы или глюконата кальция, хлорида кальция, небольших доз брома, кофеина. Особое внимание следует уделять активной витаминотерапии (витамин С, витамины группы В).

Хороший терапевтический результат отмечается при применении бальнеологических мероприятий: сероводородных, радоновых, кислородных, термальных ванн при температуре не выше 37°С продолжительностью не более 10-15 минут.

При осуществлении комплексной терапии большое значение придаётся лечебной гимнастике, массажу рук и воротниковой зоны, ежедневным гидропроцедурам с самомассажем, климатолечением (аэротерапия, воздушные ванны, гелиотерапия).

Профилактика

Основной профилактикой вибрационной болезни является максимально возможное снижение действия вибрации на организм (меры санитарно-технического, санитарно-гигиенического и медицинского характера). С целью предупреждения развития вибрационной болезни необходимо создание оборудования, механизмов и транспортных средств, соответствующих санитарно-гигиеническим стандартам и вибробезопасности (меры санитарно-технического характера).

В целях профилактики неблагоприятного воздействия локальной и общей вибрации

работающие также должны использовать средства индивидуальной защиты: рукавицы или перчатки (меры санитарно-гигиенического характера). К мерам медицинского характера относятся предварительные и периодические медицинские осмотры (с выявлением медицинских противопоказаний для работы в условиях воздействия вредного фактора, выявления признаков вибрационного поражения). Так, противопоказаниями для приёма на работу, связанную с воздействием вибрации, являются эндокринные заболевания, поражения вестибулярного и слухового аппарата, заболевания сердечно-сосудистой и нервной систем, желудочно-кишечного тракта.

Также противопоказана работа в условиях воздействия вибрации лицам с облитерирующим эндартериитом, болезнью Рейно. К мерам медицинского характера, направленным на профилактику вибрационной болезни, также относятся регламентированные перерывы, внутрисменные физиотерапевтические процедуры, санаторное лечение. Так, следует делать 10-минутные перерывы после каждого часа работы; обязателен обеденный перерыв, а также необходимы два перерыва для проведения комплекса производственной гимнастики и физиотерапевтических процедур (на 20 минут через 2 часа после начала смены и на 30 минут через 2 часа после обеденного перерыва).

Продолжительность одноразового непрерывного воздействия вибрации не должна превышать 15-20 минут, суммарное время контакта с вибрацией – 2/3 всего рабочего времени. После окончания работы рекомендуются физиотерапевтические процедуры: приём душа (веерный или типа Шарко), тёплые ванны для рук, массаж верхних конечностей.

Сергей БАБАНОВ,
профессор кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии, доктор медицинских наук.

Владислав КОСАРЕВ,
заведующий кафедрой профессиональных болезней и клинической фармакологии, доктор медицинских наук, профессор.

Самарский государственный медицинский университет.

возможности для дальнейшего развития, становится понятным, что основными направлениями управления им являются:

- а) оценка знаний, навыков, творческих способностей, моральных ценностей, культуры труда коллектива;
- б) планирование развития потенциала в соответствии со стратегическими потребностями организации;
- в) создание организационных и технических условий для реализации имеющегося потенциала сотрудников;
- г) приращение потенциала за счёт организации соответствующих систем обучения, повышение квалификации, профессиональное и личностное развитие;
- д) стимулирование профессионального роста, личного самосовершенствования;
- е) обеспечение условий и стимулирование передачи накопленных знаний, опыта (в рамках наставничества);
- ж) удержание талантливых сотрудников и наращивание потенциала за счёт привлечения талантов;
- з) охрана здоровья и поддержание длительного периода интеллектуальной деятельности и т.д.

Развитие интеллектуального потенциала – достаточно сложная задача, поскольку предполагает целевое инвестирование. В основе управления ИП лежат два ключевых принципа: обеспечение индивидуального подхода и целевое инвестирование.

- Основные виды инвестиций включают:
- а) расходы на образование, включая профессиональную подготовку кадров, профессиональное совершенствование (из практики известно, что в любом обучающем проекте до 80% знаний приходится на самообучение) и профессиональную переподготовку;
 - б) расходы на поддержание здоровья (профилактика, медицинская помощь, диетическое питание, улучшение жилищных условий и пр.);
 - в) расходы на планирование карьеры (последовательное продвижение по ряду должностей и выявление должности, где работник мог бы работать с наивысшей отдачей).
- Вследствие инвестиций ИП накапливает-

ся и преумножается. Установлено, что по сравнению с инвестициями в иные формы капитала инвестиции в ИП приносят большую социально-экономическую выгоду. Сумма прибылей от инвестиций в человеческий капитал почти втрое превышает прибыль от инвестиций в оборудование.

Среди основных управленческих механизмов, обеспечивающих реализацию и прирост ИП коллектива, можно выделить современный стиль руководства, использующий современную технологию управления человеческими ресурсами:

- использование специалистов в соответствии с требованиями должности и на должностях, соответствующих их потенциалу;
- постановку перед коллективом сложных задач; формирование сетевой организационной структуры, предусматривающей горизонтальное взаимодействие и развитие партнёрских отношений между сотрудниками, между сотрудниками и руководством;
- формирование среды, мотивирующей к саморазвитию, использованию новых технологий, участие в изобретательстве, рационализации, внедрении новшеств;
- формирование инновационной организационной культуры, развитие научных исследований, использование аутсорсинга с целью получения дополнительных знаний, практических консультаций, экспертной оценки ситуации и тенденций её развития, обучения персонала, повышения его творческой и инновационной активности.

В процессе управления ИП нельзя упускать из вида, что базисной основой для приращения интеллектуального потенциала личности являются: природные качества (здоровье, психофизиологическая устойчивость и др.); соответствующее воспитание, дающее индивиду возможность и желание упорно и дисциплинированно трудиться, систематическая работа над собой; постоянное повышение культурного уровня, расширяющего горизонт знаний и мышления.

При управлении развитием ИП необходимо учитывать менталитет российского народа, традиционно выделяющий страну среди мировых держав, а именно – неор-

динарность мышления. В условиях интенсивного развития значительно возрастает значимость таланта. Известно, что в среднем 80% работы любой организации выполняется 20% сотрудников. В случае наличия талантливых работников это соотношение принимает вид 95 и 5% соответственно.

В рамках реализации концепции управления талантами организации (преимущественно негосударственные) осуществляют прицельный поиск, сохранение и стимулирование талантливых людей. Численность талантливых сотрудников в коллективе в среднем составляет 3-5% работающих. Увеличение этого показателя значительно повышает конкурентоспособность организации.

Выделяют талант руководителя, талант исследователя, талант специалиста. Продолжающее бытовать представление о том, что талант не нуждается в поддержке и пробыёт себе дорогу сам, теряет актуальность. Слишком расточительный подход даже для незаинтересованных в интеллектуальном росте бюджетных организаций.

Говоря об интеллектуальном потенциале организации, необходимо сказать и о роли такой категории работников, которая в управленческой литературе называется «наиболее ценный сотрудник» (НЦС) и составляет «золотой фонд» любой организации. Их характеристика включает следующие параметры – это относительно небольшая и важная группа людей, которые склонны быть лидерами и мечтателями, рисковать и мыслить вне общепринятых рамок, которые могут выполнять работу, обязательную сегодня, и вести туда, где организация собирается быть лет через пять.

Это не просто люди, отлично справляющиеся со своей работой, но прекрасно определяющие направление будущего развития. Они обладают такими чертами, как опыт, умственная мощь и любопытство, которые позволяют им выйти за стандарты мышления, мыслить абстрактно и на ход вперёд. НЦС достигают необычно высоких результатов, постоянно стремятся всё делать лучше, добиваются успеха на любой должности. Кроме того, они притягивают таланты.

А когда число талантов в организации достигает критической массы, организация приобретает репутацию выдающейся и ещё более притягивает талантливых людей. Спецификой такой организации также является создание творческой обстановки, когда работники получают удовольствие от работы и работают не только ради денег, но и за удовлетворение.

НЦС больше мотивированы своей внутренней страстью. Вместе с тем их от талантливых сотрудников и даже «звёзд» отличает следующее: они работают на достижение результата; являются командными игроками; культивируют общий успех; умеют развивать других (даже не имея намерения делать это), проявляют моральное мужество (не боятся принимать ответственных решений, идти на риск).

Эти люди являются своеобразными «магнитами для талантов», лидерами и вдохновителями, умеют создать среду, привлекательную для талантливых людей, среду, в которой люди получают удовольствие от работы. Они непоколебимы, проявляют высокую увлечённость делом, активно ищут пути, как стать признанными и уважаемыми, способны хорошо понимать обстановку и всегда знают, каких результатов от них ждут, умеют строить взаимоотношения с людьми. Они не боятся критики, не боятся спорить и отстаивать свою точку зрения, не боятся разделить риск с коллегами. Это цельные личности с уникальным сочетанием природного таланта и приобретённого совершенства. Для них очень важно чувствовать, что их работа имеет смысл, что организация признаёт их вклад и относится к ним справедливо.

(Окончание следует.)

Татьяна СИБУРИНА,
заведующая отделением методологии стратегического планирования и мониторинга развития здравоохранения Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.

(Окончание. Начало в № 76 от 10.10.2014.)

При диагностике вибрационной болезни, помимо выяснения анамнеза, санитарно-гигиенической характеристики условий труда, необходимо тщательное объективное обследование больного с использованием клинико-физиологических методов. Это особенно важно как при выявлении самых ранних стадий заболевания, функционально компенсированных, «абортных» форм, так и для выяснения функциональных возможностей организма.

Прежде всего при опросе больного необходимо выяснить характер жалоб и их связь с работой. При жалобах на приступы побеления пальцев необходимо установить их локализацию, продолжительность и чистоту. При осмотре больного обращают внимание на цвет кожных покровов кистей, движения в пальцах, кистях и вообще конечностях.

Также проводят холодовую пробу (кисти рук погружают в воду с температурой 8-10°С на 5 минут, при появлении побеления пальцев рук холоддовая проба считается положительной). Для исследования болевой чувствительности можно воспользоваться альгезиметром Мочутковского или его модификациями, который даёт возможность дозировать степень погружения иглы в толщу кожи и определять порог болевой чувствительности по глубине её погружения.

Важное значение в диагностике вибрационной болезни играет паллестезиометрия, основное практическое значение которой имеет определение вибрационной чувствительности пальцев рук (пороги при паллестезиометрии (при 50 Гц): пальцы рук – 8–10 мА, пальцы ног – 40–45 мА).

При проведении оценки состояния тонуса капилляров при вибрационной болезни методом капилляроскопии следует обращать внимание на окраску фона (бледный, розовый, красный, цианотичный, мутный), число видимых капилляров, ширину их просвета, форму, длину и ширину капиллярных петель, характер тока крови, ранимость капиллярной стенки (наиболее характерны для вибрационной болезни спастическое и спастико-атоническое состояние капилляров).

При вибрационной болезни применение дистанционной термографии позволяет верифицировать наличие ангиоспастического и ангиодистонического синдромов. При этом заболевании также возможно значительное снижение свечения дистальных отделов конечности, вплоть до полной «термоампутации» одного или нескольких пальцев.

При интерпретации данных электронной миографии при вибрационной болезни учитываются форма мышечной активности,

исходное функциональное состояние нервно-мышечного аппарата (электромиограмма покоя), особенности биоэлектрической активности различных мышечных групп. В заключение отмечаются отклонения от нормы, локализация отклонений, изменения возбудимости и функциональной подвижности сенсомоторной системы, характер координационных отношений мышечных групп.

Дифференциальный диагноз

Вибрационную болезнь необходимо дифференцировать от других заболеваний непрофессиональной этиологии: болезни Рейно, синингомиелии, вегетативной полинейропатии, миозита. Так, синингомиелия сопровождается выраженными нарушениями двигательной сферы, ранним выпадением сухожильных рефлексов наряду с «пирамидной» симптоматикой, грубой атрофией мышц, развитием артропатий и бульбарными расстройствами.

Приступы «белых пальцев», или ангиоспазма, при болезни Рейно, как правило, наблюдаются у женщин; сосудистые нарушения обычно распространяются на все конечности, не сочетаются с сегментарными расстройствами чувствительности.

Дифференцировать вибрационную болезнь приходится и от таких заболеваний, как невриты и плекситы другой этиологии.

Следует иметь в виду, что при невритах и плекситах нарушение чувствительности имеет иной характер; обязательно ангиоспазм, выявляются характерные болевые точки и т.д.

Миозиты отличаются острым началом, отсутствием расстройств чувствительности и хорошо поддаются лечению. При органических поражениях ЦНС, а также при дизэнцефальном синдроме необходимо исключить наличие инфекции.

Лечение

Основными принципами лечения вибрационной болезни являются этиологический, патогенетический и симптоматический. Соблюдение этиологического принципа заключается в том, что при любых степенях развития вибрационных патологий необходимо временное или постоянное исключение воздействия на организм вибрации и

других неблагоприятных профессиональных факторов, таких как значительное физическое напряжение конечностей, подъём и перенос тяжестей, охлаждение, воздействие шума и т.д.

При вибрационной болезни, обусловленной воздействием локальной вибрации, протекающей с преимущественными нейрососудистыми расстройствами, в случае появления более рекомендуется сочетанное применение ганглиоблокирующих веществ с малыми дозами центральных холинолитиков и сосудорасширяющих средств. Для лечения астеноневротического синдрома используют общепринятые седативные и общеукрепляющие средства, а также биогенные стимуляторы (алоз, глутаминовая кислота – по 0,25 г 3 раза в день в течение 1 месяца).

Из общеукрепляющих медикаментозных средств эффективно введение 40%-ного раствора глюкозы или глюконата кальция, хлорида кальция, небольших доз брома, кофеина. Особое внимание следует уделять активной витаминотерапии (витамин С, витамины группы В).

Хороший терапевтический результат отмечается при применении бальнеологических мероприятий: сероводородных, радоновых, кислородных, термальных ванн при температуре не выше 37°С продолжительностью не более 10-15 минут.

При осуществлении комплексной терапии большое значение придаётся лечебной гимнастике, массажу рук и воротниковой зоны, ежедневным гидропроцедурам с самомассажем, климатолечением (аэротерапия, воздушные ванны, гелиотерапия).

Профилактика

Основной профилактикой вибрационной болезни является максимально возможное снижение действия вибрации на организм (меры санитарно-технического, санитарно-гигиенического и медицинского характера). С целью предупреждения развития вибрационной болезни необходимо создание оборудования, механизмов и транспортных средств, соответствующих санитарно-гигиеническим стандартам и вибробезопасности (меры санитарно-технического характера).

В целях профилактики неблагоприятного воздействия локальной и общей вибрации

работающие также должны использовать средства индивидуальной защиты: рукавицы или перчатки (меры санитарно-гигиенического характера). К мерам медицинского характера относятся предварительные и периодические медицинские осмотры (с выявлением медицинских противопоказаний для работы в условиях воздействия вредного фактора, выявления признаков вибрационного поражения). Так, противопоказаниями для приёма на работу, связанную с воздействием вибрации, являются эндокринные заболевания, поражения вестибулярного и слухового аппарата, заболевания сердечно-сосудистой и нервной систем, желудочно-кишечного тракта.

Также противопоказана работа в условиях воздействия вибрации лицам с облитерирующим эндартериитом, болезнью Рейно. К мерам медицинского характера, направленным на профилактику вибрационной болезни, также относятся регламентированные перерывы, внутрисменные физиотерапевтические процедуры, санаторное лечение. Так, следует делать 10-минутные перерывы после каждого часа работы; обязателен обеденный перерыв, а также необходимы два перерыва для проведения комплекса производственной гимнастики и физиотерапевтических процедур (на 20 минут через 2 часа после начала смены и на 30 минут через 2 часа после обеденного перерыва).

Продолжительность одноразового непрерывного воздействия вибрации не должна превышать 15-20 минут, суммарное время контакта с вибрацией – 2/3 всего рабочего времени. После окончания работы рекомендуются физиотерапевтические процедуры: приём душа (веерный или типа Шарко), тёплые ванны для рук, массаж верхних конечностей.

Сергей БАБАНОВ,
профессор кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии, доктор медицинских наук.

Владислав КОСАРЕВ,
заведующий кафедрой профессиональных болезней и клинической фармакологии, доктор медицинских наук, профессор.

Самарский государственный медицинский университет.

По оценке участников, этот форум был по-настоящему рабочим. Собравшиеся на съезде врачи и учёные – 620 человек против ожидавшихся 400 (!) – не только прослушали доклады по четырём тематикам (вопросы абдоминальной хирургии; вопросы грудной хирургии; колопроктология; гнойная хирургия), но что самое важное – имели возможность в живом общении с коллегами обсуждать, спорить, доказывать свою точку зрения по тем или иным подходам к организации работы службы и лечению хирургической патологии. Именно это – диалоги и дискуссии, в которых происходит обмен знаниями и опытом, – и есть основная цель подобных собраний специалистов.

Особенности региональной хирургии

– Традиция проведения окружных хирургических съездов ещё молода, но мы уже оценили её важность. В каждом из федеральных округов и даже в каждом из регионов, которые входят в этот округ, есть свои особенности в организации хирургической помощи населению. Всегда очень интересно посмотреть и оценить опыт разных субъектов РФ, – прокомментировал значение новосибирского съезда генеральный секретарь Российского общества хирургов профессор Андрей Фёдоров.

Региональные особенности организации оказания хирургической помощи зависят от целого ряда факторов, начиная от площади территории и качества автодорог, наличия медицинского университета как базы подготовки кадров и кадрового потенциала больниц, заканчивая материально-техническим уровнем лечебных учреждений. И на сегодняшний день есть разные модели организации работы хирургических служб. К примеру, модель Республики Саха (Якутия) – большая по площади территория с низкой плотностью населения, где принцип – всех экстренных хирургических больных забирать в крупные медицинские центры столичного города. Такая схема подразумевает серьёзные затраты на транспортировку, в том числе авиационным транспортом, но альтернативы ей нет: нет возможности да и нецелесообразно в каждом поселении строить участковую больницу и создавать хирургическое отделение.

Вторая модель – регионы центральной части России или, к примеру, Кемеровская область. Средняя по площади территории с высокой плотностью населения, где расположено несколько промышленных городов, которые вполне самостоятельны в плане здравоохранения. И работа хирургов по оказанию экстренной помощи в основном идёт на месте.

Наконец, третья модель – Новосибирская область. Большая территория, поделённая на 32 сельских района, в каждом из которых есть неплохо укомплектованная техникой и кадрами центральная районная больница. И есть областная клиническая больница с эффективно работающей службой плановой и экстренной консультативной помощи (по старинке – санавиация). Относительно неплохого качества внутриобластные автомобильные дороги позволяют врачам ОКБ при необходимости выехать на место, проконсультировать и прооперировать больного или эвакуировать его в областной центр. Перечень нозологических форм и состояний, при котором врач из района не просто может, а обязан позвонить в службу плановой и экстренной консультативной помощи областной больницы и поставить в известность коллег для принятия решения – лечить больного на месте или транспортировать в ГНОКБ – определён приказом Департамента (ныне



Деловые встречи

«Хирургическая» истина рождается в дискуссиях

В Новосибирске прошёл V съезд хирургов Сибири и Дальнего Востока



министерства – **авт.)** здравоохранения Новосибирской области.

Именно опыт Новосибирской области, по словам профессора А.Фёдорова, показался не просто интересным, но и возможным к тиражированию во многих других субъектах РФ со схожим территориально-административным устройством и географическими условиями.

Проблемы старые – подходы новые

В ходе работы съезда был рассмотрен широкий круг проблем современной хирургии: новые технологии в абдоминальной хирургии и трансплантации органов; эффективные подходы к хирургии органов грудной клетки; новые тенденции в колопроктологии; инфекционная хирургия, сепсис; вопросы торакальной и сердечно-сосудистой хирургии, в том числе эндоваскулярных вмешательств; актуальные проблемы хирургии печени и поджелудочной железы, эндоваскулярной и пластической хирургии; диагностика хирургических заболеваний; проблемы хирургии пищевода при раке и доброкачественных стенозирующих заболеваниях. Коснулись участники форума также актуальной на сегодняшний день темы

«Юридические и деонтологические аспекты работы хирурга».

– На пленарном заседании заслушаны сообщения, отражающие высокий уровень развития здравоохранения в субъектах Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, значение и эффективность применения инновационных технологий в хирургической службе этих регионов, – отметил генеральный секретарь РОХ. – Причём докладчики и участники не только говорили об актуальных проблемах диагностики и лечения хирургической патологии, но и о путях решения этих проблем, что отражено в резолюции съезда.

Так, говоря об оказании хирургической помощи пациентам с заболеваниями пищевода, трахеи и средостения, специалисты подчеркнули необходимость совершенствования методов оперативных вмешательств с использованием эндоваскулярных технологий. В лечении синдрома диабетической стопы ведущая роль сегодня отводится эндоваскулярным вмешательствам, которые направлены на восстановление проходимости артерий и улучшение кровоснабжения нижних конечностей, в том числе её эндоваскулярную коррекцию. В лечении осложнённых форм хронического панкреатита наиболее

эффективными по-прежнему остаются оперативные вмешательства, направленные на устранение внутрипротоковой гипертензии.

Значительные результаты достигнуты российскими хирургами при лечении злокачественных и доброкачественных опухолей толстой кишки. Эндоваскулярные методики удаления опухолей позволяют добиться снижения травматичности вмешательств и улучшить качество жизни пациентов. В настоящее время лапароскопическая хирургия рака толстой кишки является альтернативой традиционным оперативным вмешательствам, обеспечивая хорошие ближайшие и отдалённые результаты с минимальным числом осложнений.

По-новому была представлена

выполнил национальные клинические рекомендации, РОХ вместе со своим экспертным советом готово защищать этого врача и перед администрацией лечебного учреждения, и в судебных инстанциях, – говорит профессор А.Фёдоров.

Поддерживая в принципе идею создания национальных клинических рекомендаций по хирургической помощи, главный хирург Новосибирской области заслуженный врач России Анатолий Юданов полагает, что они не могут быть унифицированы:

– Создавая единые клинические рекомендации, мы в них закладываем «идеальный» стандарт диагностического обследования больного, выполнить который – давайте будем откровенны – не-

редко возможно только в федеральном медицинском центре или областной больнице. А как это сделать в центральных районных больницах? Следовательно, надо принять стратегическое решение: либо мы формируем несколько вариантов клинических рекомендаций под каждый из уровней оказания хирургической помощи, либо формируем один стандарт (одну форму клинических рекомендаций), но говорим, что для больниц такого-то уровня этот стандарт обязателен в полном объёме, а для больниц другого уровня он обязателен в определённом наборе исследований или видов хирургических пособий.

По-другому нельзя, считает А.Юданов. Иначе ЦРБ начнут возить на «скорой» всех больных с хирургической патологией в областные больницы и федеральные клиники: ведь если только будут приняты унифицированные клинические рекомендации, контролирующие органы, начиная с Росздравнадзора, сразу же отпрявляться проверять выполнение этих нормативных документов и выявлять несоответствие их требованиям. «Мы сами себя загоним в такой угол, из которого потом выбраться не сможем», – высказывали опасения участники дискуссии.

Другие важные темы, которые вынес на обсуждение коллег академик И.Затевахин, – аттестация хирургов и организация непрерывного медицинского образования. Оба направления работы поручены Российскому обществу хирургов. Если раньше профессиональное сообщество просто исполняло соответствующие приказы Министерства здравоохранения РФ, то теперь ему дано право самому заниматься этими важнейшими вопросами, и необходимо этим правом воспользоваться максимально эффективно.

Следующий съезд хирургов Сибири и Дальнего Востока решено провести в 2016 г. в Иркутске. К тому времени в российском здравоохранении вообще и в хирургической службе в частности, можно не сомневаться, появятся новые темы для обсуждения и принятия стратегических решений.

Елена БУШ,
с.б. корр. «МГ».

Фото Валерия КЛАММА.

Новосибирск.

Правильным будет коллегиальное решение

Важным событием в рамках съезда стало совещание главных хирургов и председателей хирургических обществ регионов Сибири и Дальнего Востока, которое провёл президент Российского общества хирургов академик РАН Игорь Затевахин. Обсуждалась, в частности, разработка национальных клинических рекомендаций.

– Мы попытаемся объединить в эти рекомендации весь лучший опыт российской хирургии. Когда мы их примем, они будут обязательными для каждого хирурга, особенно для каждого члена РОХ. И если у хирурга возникнет проблема – юридическая, административная, – но он с точностью

Практически все разногласия по спорным позициям поправок к Федеральному закону «Об обращении лекарственных средств» сняты.

«Б1-ФЗ попал в Госдуму РФ, прошёл первое чтение. Есть силы, которые он не удовлетворяет, есть силы, которые он удовлетворяет полностью. Мы встретимся в Госдуме РФ все в ближайший месяц и будем это обсуждать», – сообщил начальник Управления контроля социальной сферы и торговли ФАС Тимофей Нижегородцев, выступая на VI саммите «PharmaStrategies-2015: Ключевые вопросы фармацевтических компаний для разработки стратегий на 2015 г.».

Ко второму чтению сторонам-оппонентам предстоит договориться ещё об одном важном вопросе, связанном с регистрацией и получением разрешений на клинические исследования. В целом, по словам представителя ФАС, поправки, которые внесены в ФЗ-61, неплохие, и закон получился даже лучше, чем ожидалось.

После работы над поправками к ФЗ-61 антимонопольное ведомство намерено сконцентрироваться на вопросах регулирования цен на лекарственные препараты, прежде всего, зарубежного производства, а также на деятельности глобальных компаний на российском и других международных рынках.

Сегодня предельные отпускные цены производителей по большинству лекарственных средств в России значительно выше, чем розничные цены в других странах. Об этом, в частности, свидетельствуют результаты сравнительного исследования потребительских цен и ценообразования на лекарственные препараты в Российской Федерации и в странах, входящих в СНГ, Европейский союз и БРИКС, проведённого ФАС по поручению первого заместителя председателя Правительства РФ Игоря Шувалова.

Анализ и прогнозы

Увидеть то, что скрыто

Антимонопольное ведомство намерено разработать единую информационную платформу по ценам на лекарственные препараты

В рамках проведённого анализа специалисты ФАС сопоставили цены в России и за рубежом на три группы лекарств:

- «монопольные дорогостоящие лекарственные препараты» (стратегически значимые препараты, предназначенные для лечения наиболее сложных заболеваний, не имеющие в рамках одного МНН зарегистрированных аналогов) – всего 21 препарат;
- «наиболее покупаемые населением лекарства» – рецептурные средства (как включённые, так и не включённые в перечень ЖНВЛП), пользующиеся наибольшим спросом у населения – 44 препарата;
- «лекарства, применяемые в кардиологии» – всего 5 рецептурных препаратов.

«Отечественная система регистрации цен зарубежных производителей полностью основана на доверии. ФАС, Минздрав России и Росздравнадзор используют информацию, предоставленную производителем, не имея возможности её проверить», – подчеркнул Тимофей Нижегородцев. Вместе с тем сложность и неоднородный характер данных делают международные сопоставления не всегда объективными, что не позволяет в полной мере использовать их в целях государственного регулирования цен, и выводы из таких сопоставлений следует делать «очень осторожно».

Регуляторы, объединяйтесь!

При формировании системы возмещения стоимости ЛС и включении в государственные



программы или исключении из них лекарственных препаратов определяющее значение имеет цена, по которой они предлагаются. В этой связи ФАС намерен разработать инструмент, который позволял бы получать верифицированную информацию о ценах на ЛП от регуляторных органов разных стран, чтобы эти данные могли использоваться при решении вопросов о включении ЛП в программы возмещения, а также во время переговоров о цене на лекарства с фармкомпаниями.

За основу экспертами ФАС была взята аналогичная международная программа по индикаторам цен на нефтепродукты, которая уже несколько лет активно используется участниками этого сырьевого рынка.

«Работа предполагается в два этапа. Первый – описание рынков, будет проведена паспортизация регуляторных прак-

тик стран. Второй – сравнение данных и наполнение системы информацией об установленных в каждой стране предельных надбавках, о наличии лекарств, ценах на них и т.д.», – пояснил спикер.

При описании рынков эксперты будут учитывать такие аспекты, как межстрановая и национальная политика, нормативные правовые акты, нарушения, их расследования и решения, практика судов. На втором этапе источником данных должны стать сведения аналитических агентств, госорганов стран, таможи, а также информация, собранная из открытых источников.

По словам представителя ФАС, ведомство часто пользуется опытом своих европейских коллег, когда расследует очередное нарушение на российском фармрынке. Но в большинстве случаев применить его на практи-

ке сложно. Слишком много «дырок» в российской регуляторной системе, и фармацевтические компании научились этим пользоваться.

– Они совершают те же правонарушения, что и у себя дома, но там их за это наказывают, а мы пока не можем квалифицировать их действия как противоправные, – посетовал Т.Нижегородцев.

Создание единой информационной платформы по фармацевтике позволит решить многие проблемы в данной сфере и, самое главное, сближить позиции стран в области регулирования ценообразования на лекарства, с тем чтобы рынок «реально глобальный и формально также становился глобальным».

Сейчас интерес к работе над таким инструментом проявили страны БРИКС. Предполагается, что данная система будет открытой, доступной для неопределённого круга лиц. Между тем, как признал Т.Нижегородцев, информационная платформа также ориентирована и на европейские страны, где существует развитая система возмещения стоимости ЛС.

– Мы абсолютно уверены, что после запуска проекта к нему присоединятся наши европейские коллеги с тем, чтобы использовать эти данные для оптимизации бюджетов в системе здравоохранения в своих странах, – заключил представитель ФАС.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Исследования

Риски контрацепции

Исследование американских учёных показало, что использование некоторых современных противозачаточных таблеток может увеличивать риск развития рака молочной железы на 50%. Данные проведённой работы опубликованы в журнале Cancer Research.

В этом исследовании приняли участие 1102 женщины с диагностированным раком молочной железы и 21 952 здоровые женщины в возрасте от 20 до 49 лет. В отличие от множества основанных на опросах исследований, которые потенциально могут привести к возникновению систематической ошибки, в этой работе учёные использовали электронные данные аптек для получения подробной информации, включающей в себя название препарата, дозировку и продолжительность приёма.

Как выяснили исследователи, некоторые из проанализированных оральных контрацептивов повышали риск развития рака молочной железы на 50% из числа употреблявших контрацептивы по сравнению с теми, кто никогда их не принимал или принимал более года назад.

Противозачаточные препараты, содержащие высокую дозу

эстрогена, повышали этот риск в 2,7 раза, а таблетки, содержащие умеренную дозу эстрогена, – в 1,6 раза. Комбинированные контрацептивы, содержащие этинодиол диацетат, увеличивают риск развития рака молочной железы в 2,6 раза, а трёхфазные комбинированные препараты, содержащие в среднем 0,75 мг норэтиндрона, – в 3,1 раза. При этом противозачаточные препараты, содержащие низкую концентрацию эстрогена, не увеличивают этот риск.

«Наши результаты ещё требуют подтверждения, поэтому их следует интерпретировать с осторожностью», – отметила Элизабет Бизйбер, врач и один из авторов исследования из Онкологического научного центра им. Фреда Хатчинсона в Сиэтле. – Рак молочной железы редко встречается среди молодых женщин, и существует доказанная польза приёма оральных контрацептивов для женского здоровья. Кроме того, предыдущие исследования показали, что повышенный риск, связанный с приёмом противозачаточных препаратов, снижается после окончания его применения».

Ирина АНДРЕЕВА.

Изъяты!

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения сообщает о поступлении информации о выявлении лекарственных препаратов, качество которых не отвечает установленным требованиям:

- винпоцетин, таблетки 5 мг 10 шт., упаковки ячейковые контурные (5) пачки картонные, производства ЗАО «АЛСИ-Фарма», Россия, (владелец ООО Поликлиника «Гармония», пгт Морки, Республика Марий Эл), показатель «количественное определение» – серии 501113;
- винпоцетин, таблетки 5 мг 10 шт., упаковки ячейковые контурные (5) пачки картонные, производства ЗАО «АЛСИ-Фарма», Россия, (владелец Аптека ГБУЗ СК «Городская больница» Железноводск, Ставропольский край, показатель «количественное определение» – серии 390912;
- новокаин, раствор 2% 100 мл, изготовитель ООО «Губернская аптека» Курск (ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 125 ФМБА, Курчатова Курская область), показатель – «бактериальные эндотоксины» – АН.822;
- перекись водорода, раствор для местного применения, 3% 100 мл, флаконы полиэтиленовые, производства ООО «Йодные технологии и Маркетинг», Россия (владелец Аптечная организация ИП Ремша К.Г., Нальчик, Кабардино-Балкарская Республика),

Будьте бдительны

показатель «номинальный объём», серии – 840514;

- уголь активированный, таблетки 250 мг 10 шт., упаковки безъячейковые контурные, производства ОАО «Фармстандарт-Лексредства», Россия (владелец Аптечный пункт ОАО «Винница» п. Новый Ургал, Хабаровский край), показатель «средняя масса таблеток», серии – 6991112;

- трихопол, таблетки 250 мг 10 шт., блистеры (2), пачки картонные, производства Фармацевтический завод «Польфарма», Польша (владелец ООО «Медицинский центр «восточная медицина», Магадан, Магаданская область), показатель «количественное определение», серии – 80413;

- парацетамол-ЛекТ, таблетки 500 мг 10 шт., упаковки безъячейковые контурные, производства ОАО «Тюменский химико-фармацевтический завод», России (владелец КГБУЗ «Надеждинская центральная районная больница», Надеждинский район, Приморский край), показатели: «распадаемость», «растворение» серии – 070113;

- перекись водорода, раствор для местного и наружного применения, 3% 100 мл, флаконы полиэтиленовые, производства ООО «ЮжФарм», Россия (владелец Аптека ОАО «МЧС «Нефтяники»,

Тюменский район, Тюменская область), показатель «количественное определение», серии – 110514;

- метфогама 850, таблетки покрытые плёночной оболочкой, 850 мг, 10 шт., упаковки ячейковые контурные (12), пачки картонные, производства «Артезан Фарма ГмбХ и Ко.КГ», Россия, поставщик ЗАО «РОСТА», Ростовская область, показатели: «описание», «упаковка», серии – 13Н169;

- амброксол-Виал, сироп 15 мг/5 мл 100 мл, флаконы полиэтиленовые в комплекте с мерным колпачком, пачки картонные, производства «Янчжоу № 3 Фарм-сьютикал Ко.Лтд», Китай, поставщик ООО «Медэкспорт-Северная звезда», Омская область, показатель «упаковка» – серии 130507;
- хондроксид, гель для наружного применения, 5% 40 мг, тубы алюминиевые (1), пачки картонные, производства ОАО «Нижфарм», Россия, поставщик ЗАО «РОСТА» С.-Петербургский филиал, показатель «описание», серии – 150713.

Территориальным органам Росздравнадзора обеспечить контроль за изъятием из обращения и уничтожением в установленном порядке указанных партий. О результатах информировать Росздравнадзор.

Около 600 человек первого Всесоюзного ударного отряда имени XVII съезда ВЛКСМ отправился из Москвы на БАМ 27 апреля 1974 г. В него вошли делегаты-комсомольцы из Москвы, Ленинграда и всех союзных республик СССР – участники этого съезда. Им пришлось начинать «стройку века» – сквозь непроходимую тайгу, вечную мерзлоту и горные массивы. А 12 октября 1974 г. была создана Врачебно-санитарная служба в Тынде. Её сотрудникам предстояло обеспечивать уникальное в мировой истории железнодорожное строительство.

Янчукан

Это был полигон, где в трудных климатических условиях испытывалась сложнейшая система «среда – техника – человек». На БАМе наряду с комплексом проектных и инженерно-технических проблем возник целый ряд медико-биологических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических проблем. И Врачебно-санитарная служба (ВСС) БАМа успешно справилась с этими задачами...

Я приехал на БАМ в июле 1981 г. Был принят в отделенческую больницу города Северобайкальска на должность врача функциональной диагностики. Но уже через несколько дней, узнав, что требуются врачи для работы в строящихся на трассе БАМа амбулаториях, поехал в Тынду.

Добраться до этого таёжного города было непросто: самолётом до Улан-Удэ, потом поездом до Читы и снова поездом до Тынды. Этим маршрутом главные врачи добирались вплоть до 1985 г., когда железнодорожные пути соединили Северобайкальск и Тынду...

...Я вошёл в здание ВСС, поздоровался с вахтёром, а секретарь проводила меня в кабинет начальника – Галины Поповой. Она оказалась красивой брюнеткой, выше среднего роста. Поздоровавшись со мною за руку, попросила рассказать о себе. Я кратко доложил биографию, не утаив, что на БАМ уехал сразу после развода с женой. Галина Иннокентьевна чисто по-человечески посочувствовала мне, спросила о детях, а затем показала на карте два населённых пункта: Федькин Ключ и Янчукан, предложив должность главного врача линейной амбулатории в любом из них.

Я сразу выбрал посёлок Янчукан, так как недалеко от него – в 250 км, в посёлке Нижнеангарск жили мои давние знакомые... Прошёл инструктаж, познакомился с главными специалистами ВСС: начальником лечебного отдела В.Поддубной, начальником финансовой службы Г.Родионовой, заместителем начальника финансовой службы Т.Андреевой, главным педиатром Е.Кудрявцевой, главным акушером-гинекологом А.Косарыновой, главным хирургом В.Артюховым и главным терапевтом А.Артюховой. Все они были профессионалами, в чём впоследствии мы убедились. Принципиальными во время аттестации и сдачи отчётов, на конференциях, преобразаясь на вечерах отдыха в милых весёлых людей. Приезжая с проверками, они убеждались на местах, как трудно приходится медикам на трассе БАМа.

В моей памяти о том времени осталось много незабываемых, а порой и забавных эпизодов. Первый из них произошёл, когда я, получив выписку из приказа об образовании линейной амбулатории станции Янчукан и назначении меня на должность главного врача, на попутке стал добираться до далёкого посёлка – нового места моей работы. Долго стоял на обочине с сумкой и портретом Ленина (кто-то подарил мне его для амбулатории). Наконец остановился КамАЗ. Водитель открыл дверь, поздоровался, а я посетовал, что «мы с дедушкой устали ждать». Он и спрашивает: «А где же дед?» Я и показал ему портрет... Водитель долго смеялся. А потом по пути мы рассказывали друг другу байки и анекдоты. Так незаметно, по

грунтовой с колдобинами и ямами дороге проехали 300 км.

Смеркалось, когда Василий притормозил у столба с табличкой «591 км». С другой стороны дороги стояла стела «Янчукан», а ниже «СМП-669». КамАЗ поехал дальше, а я вошёл в контору строительно-монтажного поезда – так расшифровывалась аббревиатура СМП – и там переночевал.

Утром познакомился с начальником СМП А.Уфимцевым, который в дальнейшем постоянно помогал мне организовывать медицинскую службу посёлка, и отправился обозревать своё «хозяйство». Вагончик здравпункта оказался дряхлым,

который доставит столько трудностей проходчикам и отберёт не одну жизнь... А вокруг – огромные сопки! Их цепляют облака, проплывая мимо. Тоннель сдадут в эксплуатацию только в декабре 2003 г., а до этого времени поезда будут ходить вокруг сопки. Мой друг, главный врач Северомуйской линейной больницы Анатолий Георгиевич Пономарёв так и не дождался окончания строительства...

Такие были времена

С 1981 по 1986 г. в линейной амбулатории станции Янчукан работали педиатр Н.Севумян,

санитарка Т.Завьянцева и другие. Все они внесли свой достойный вклад в медицинское обеспечение и сохранение здоровья жителей посёлка. Хорошо помню сложные случаи в практике сотрудников нашей амбулатории.

Зимой 1982 г. на рабочем месте упала телефонистка Надя Демихина. Учитывая объективные данные (без сознания, кожные покровы бледные, артериальное давление низкое, пульс частый, малого наполнения и напряжения), можно было предположить внутрибрюшное кровотечение. Мы ввели сердечные и сосудистые препараты, пациентка пришла в сознание,

голову, ходила вокруг сугроба и приговаривала: «Если бы я знала, что так будет в медицине, я бы туда не пошла!» А я сел на снег, привалившись к колесу. Девочка, даже ради одного этого случая тебе стоило родиться!

Операция закончилась благополучно, предполагаемый диагноз «Внематочная беременность, разрыв трубы» подтвердился. А потом мы, медики, сели за стол... И поздним вечером, по свободной трассе, уже не спеша, мы ехали домой и горланили песни. А Надя и по нынешний день живёт в Северобайкальске.

Были, конечно, и потери. Помню, привезли к ночи лесоруба, жителя соседнего посёлка, которого на работе ударило стволом дерева. Почему его повезли не в больницу, а в амбулаторию? Было ближе. А он без сознания, из ушей и носа кровь течёт, «симптом очков», то есть перелом основания черепа. Был он нетранспортабельным. Вертолёт не прилетел, бригада хирургов из Северомуйской больницы задерживалась в тоннеле на аварии. Хирурги соседней больницы тоже оперировали... Капельницы ему ставили, а что толку... Сколько лет прошло, а я всё помню этого парня.

С задачами справились

В сентябре 1982 г. мы все в посёлке встречали первый поезд с почётными пассажирами и искренне радовались! В 1981 г. население Янчукана было 1208 человек, а в 1985 г. увеличилось до 3 тыс. – за счёт строителей «АрмБамСтроя». И началось строительство постоянного посёлка Янчукан. А я получил новое назначение – должность главного врача линейной больницы Куанда.

В Янчукане была построена железнодорожная станция Кюхель-бекерская, а новым фельдшерским пунктом стала заведовать наша Людмила Иннокентьевна Батышева, награждённая знаком «Заслуженный работник здравоохранения Республики Бурятия» и имевшая двоих взрослых сыновей-младенцев!

В последующие годы ВСС проделала огромную организационную работу: были налажены связи с медицинскими центрами Москвы, Иркутска, Благовещенска, Читы, Хабаровска, Красноярска, с клинической железнодорожной больницей им. Н.А.Семашко, проводили консультации для строителей, железнодорожников, членов их семей. Приезжие специалисты выполняли показательные операции на базе железнодорожной больницы Тынды, проводили научно-практические конференции. Так, в июне 1983 г. прошёл 3-дневный семинар терапевтов и кардиологов БАМа, который был посвящён проблемам здоровья строителей, железнодорожников, живущих в особо сложных, а порой и в экстремальных условиях. На нём рассматривались вопросы профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. В октябре 1984 г. прошла первая на БАМе научно-практическая конференция по вопросам охраны здоровья новорождённых. В Тынде проводил выездные курсы усовершенствования врачей, выпускались монографии, сборники научных статей, готовились диссертационные работы. Итоги, подведённые на юбилейной конференции «Здравоохранению БАМа – 10 лет» в ноябре 1984 г. показали, что Врачебно-санитарная служба магистрали, успешно справляется со своими задачами. Первым руководителем её был А.Абрамов, главным эпидемиологом – А.Бурлаков.

С днём 40-летия нашей службы вас, дорогие медики-бамовцы, работающие до сих пор и уехавшие на «большую землю», бывшие начальники и подчинённые. Здоровья вам, счастья, благополучия!

Вячеслав ДУБРОВСКИЙ,
бывший главный врач линейной амбулатории станции Янчукан,
бывший главный врач линейной больницы станции Куанда.

Далёкое - близкое

Первые медики БАМа, мы помним вас!

40 лет назад была создана Врачебно-санитарная служба Байкало-Амурской магистрали



Коллектив линейной амбулатории станции Янчукан, 1983 г.

под ним протекал ручей. Фельдшер В.Насонова, работавшая здесь с 1980 г., была в отпуске, её замещала медсестра Е.Бондаренко, которая, узнав, что я, оказалась очень словоохотливой женщиной...

Я ходил и осматривал посёлок. Он был построен бамовцами в феврале 1980 г. между двумя горными хребтами на левом берегу реки Верхняя Ангара. Дома в нём были щитосборными, напоминающими бараки, но, как потом я убедился, паровое отопление согревало их хорошо. Некоторые семьи строителей жили в балках – бревенчатых домиках. В посёлке работал магазин. Позже здесь построили среднюю школу, потом здание, где разместились почтовое отделение, «Бытслужги» и наша амбулатория. Но до этого времени я ежедневно скалывал лёд у порога вагончика, отдирав примёрзшую дверь, включал масляные радиаторы, надевал халат и вёл приём пациентов.

В день приезда поехал познакомиться с моими соседями – в больницу Нового Уояна, где потом оформлял финансовые документы, получал зарплату на сотрудников, в аптеке лекарства и т.д. Главный врач этой больницы Нина Дмитриевна Голдобина была по специальности акушером-гинекологом.

На следующий день поехал к другим соседям: в амбулатории посёлка Тоннельный к главному врачу Р.Рожко, посёлка Разлив к главному врачу В.Юрченко. Последним был посёлок Северомуйск. Дорога к нему вела круто в гору, под нами был строящийся знаменитый тон-

кожные покровы порозовели, она стала отвечать на вопросы. В это время сёстры принесли систему с полиглюкином, а водитель Женя Паньков – носилки. Подсоединили систему, положили Надю на носилки и бегом понесли в амбулаторию. Позвонил в Ново-Уоянскую больницу, они предложили везти, а туда – 75 км! До Северомуйска – 43 км, но по скользкой дороге на сопку не поднимешься. В то же время из Нижнеангарского аэропорта ответили, что «вертолёт не летает из-за непогоды».

Пристегнули мы носилки с Надей в салоне «уазика», прикрепили капельницу к стенке. Людмила Батышева села рядом с шприцами наготове, Надин муж Серёжа – рядом с водителем. И мы помчались!

Зимой трассу засыпает снегом, идущие машины с грузом утрамбовывают её как асфальт. Только отъехали от посёлка, как заглох двигатель, кончилось масло. Женя полез под машину.

Я выскакиваю на дорогу, чтобы остановить попутку, но, как нарочно, не видно ни одной. Но – молодчина у нас водитель! Вместо пробки завернул болт, и масло у него

нашлось, залил, и мы помчались. Проехали примерно половину пути, и артериальное давление у нашей Нади начало резко снижаться, кожные покровы снова побледнели, стала она засыпать... Не буду говорить, сколько ввели мы ей мезатона (гидрокортисона не было), но наша пациентка пришла в себя и начала жаловаться на сильную головную боль. Перед самым посёлком снова стало снижаться АД, и мы опять ввели мезатон. Влетели во двор больницы, подъехали к хирургическому отделению, где нас уже ждали.

Женщины в халатах на ходу начали буквально срывать с Нади одежду. На входе носилки у нас перехватили, и я ещё успел крикнуть, что «полгода назад пациентке сделали комиссуротомию по поводу митрального порока». Взглянул на своих: водитель – мокрый! А Людмила... Да простит она меня, прочтя эти строки, держась за



Главные специалисты Врачебно-санитарной службы и главные врачи Бурятского участка БАМа на озере Байкал

фельдшеры и медсёстры Г.Чернуха, И.Подбородникова, З.Батомункуева, Л.Батышева, Н.Куреня, И.Капустина, Н.Артюхова, зубные врачи В.Капустин, М.Пономарёв, Т.Махонина, водители Е.Паньков и В.Колесников,

