Журнал для медицинских специалистов

# МЕДИЦИНА Забайкалья

ИННОВАЦИИ

## ЗАБАЙКАЛЬСКИЕ ОНКОЛОГИ: ВСЕ НОВОЕ – В ИНТЕРЕСАХ ПАЦИЕНТОВ

ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА

## ДОСТУПНОСТЬ НЕ ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАВИСИМОЙ

## КОНКУРС

ПРИСОЕДИНЯЙТЕСЬ, ВЫ – ЛУЧШИЙ!

# БОРИС КОРЖОВ:

**о забайкальской медицине, людях и диагностическом центре**

www.chitazdrav.ru

**Дорогие читатели!**

Вы держите в руках первый номер журнала «Медицина Забайкалья». Это издание для профессионального сообщества и о профессионалах, это – площадка для дискуссий и освещения значимых событий в области медицины края и страны в целом, это рупор для озвучивания проблем в региональном здравоохранении и инструмент для совместного их решения.

Сегодня медицина в целом переживает не лучшие времена, но мы не должны впадать в уныние. Время перемен – это как раз отличная возможность для творческих прорывов, смелых и нестандартных решений, для изменения нашего собственного мышления, для объединения и сплочения.

Первый номер на заседании редколлегии было решено посвятить доступности медицинской помощи в Забайкальском крае. За полгода в региональном здравоохранении произошел ряд масштабных изменений в различных направлениях, общим итогом которых должна стать доступная и качественная медицинская помощь жителям Забайкальского края. Успешно шагает проект «Доступная поликлиника», который включает в себя ряд масштабных мероприятий, при которых существенно повышается эффективность первичной медицинской помощи забайкальцам. Параллельно реализуется проект «Доступная онкология», в рамках которого большое внимание уделяется маршрутизации пациентов, а также выходу на более современные методы оказания онкологической помощи посредством телекоммуникационных онлайн-консультаций. Большая работа проводится и в кардиологической службе, и в службе скорой медицинской помощи.

Во главу угла в сложном процессе под названием «Доступная медицина» должен ставиться человек. Именно для него мы должны вместе с вами сделать так, чтобы он мог получить медицинскую услугу вежливо, искренне, профессионально и точно в срок. Мы должны предугадывать желания пациента, работать на опережение.

В забайкальской медицинской отрасли сегодня трудится свыше 26 тысяч сотрудников. Это большие профессионалы, люди, сознательно выбравшие самую благородную профессию – профессию врача. Поэтому появление журнала «Медицина Забайкалья» еще больше сплотит наши ряды.

***С уважением,***
***министр здравоохранения***
***Забайкальского края***
***Сергей Давыдов***

# СОДЕРЖАНИЕ


***КОЛОНКА РУКОВОДИТЕЛЯ*** ..... 1

***ВИЗИТНАЯ КАРТОЧКА.***
*Диагностическому центру – 25 лет* .....2-3

***ПЕРСОНА НОМЕРА.***
*Штрихи к портрету. Борис Коржов: о забайкальской медицине, людях и диагностическом центре* .....4-7

***ОТ ДУШИ!***
*Так зарождалась диагностика*.....8-9

***НЕПРОСТАЯ ТЕМА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ***
*Медицинская помощь. О нескольких гранях доступности*..... 10-13

***ИННОВАЦИИ***
*Забайкальские онкологи: все новое – в интересах пациентов* ..... 14-16

***В ЦИФРАХ И ФАКТАХ***
*А знаете ли вы?..* .....17

***ПЕРВИЧНОЕ – ЗНАЧИТ ПЕРЕДОВОЕ***
*Поликлиника: доступность начинается с регистратуры*..... 18-19

***АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ***
*Вопросы доступности можно решать и на региональном уровне* ..... 20-21

***МЕСТНЫЙ АКЦЕНТ***
*Скорая помощь: работать, как требует время* ..... 22-23

***ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА***
*Доступность не должна быть зависимой*..... 24-25

***ОСТРЫЙ ВОПРОС***
*Проблемы с лекарствами помогают решать государственные аптеки* ..... 26-27

***ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ЗДОРОВЬЯ***
*Когда речь идет о здоровье – мелочей не бывает* ..... 28-29

***ЮРИДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ***
*Как основной принцип охраны здоровья* ..... 30-31

***КОНКУРС***
*Присоединяйтесь, вы – лучший!*.....32

***КОНКУРС***
*Профессионалам в участии отказано*.....33

***НЕСЕРЬЕЗНО О СЕРЬЕЗНОМ***
*Врачи-труэнты: от Мойнигана до Че Гевары* ..... 34-35

***АНЕКДОТЫ***
*Если пациент хочет жить – медицина бессильна*.....36

# ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ ЦЕНТРУ - 25 ЛЕТ

## ХРОНИКА ОДНОГО ЮБИЛЕЯ

Открытие в Чите в 1991 году уникального по тем временам медицинского учреждения, объединившего в своих стенах новейшие методики диагностики и лечения заболеваний, стало существенным прорывом для забайкальской медицины по внедрению инноваций в практическое здравоохранение.

***1992 год:***

***ЗабКДЦ является базой стажировки врачей. Создана информационная система «Медина».***

***1998 год:***

***Впервые в Читинской области внедрена пункционная биопсия под контролем УЗ–луча, а также УЗИ глазного яблока и ретробульбарного пространства, легких и средостения, желудка и 12-перстной кишки, костно-суставной системы.***

***2001 год:***

***Установлены магнитно-резонансный и 4-срезовый спиральный компьютерные томографы, начала проводиться чреспищеводная эхо-кардиография.***

***2001 год:***

***Открыт дневной стационар на 12 коек, получила дальнейшее развитие физиотерапия, гирудотерапия, массаж, косметология.***
***Создан центр артериальной гипертензии.***

**2002 год:**

***Начал действовать лечебный отдел.***

**2003 год:**

***Открыт Телемедицинский центр, обеспечивающий виртуальный доступ врачей к ресурсам центральных клиник Москвы, Санкт-Петербурга и Новосибирска, в том числе - учебных медицинских центров России.***

**2003 год:**

***Освоен метод иммуногистохимии, приобретен микроскоп «Axioplan», внедрена программа «Axiovizion».***

**2006 год:**

***За шесть лет внедрены 52 новые диагностические методики.***

**2007 год:**

***Начал принимать пациентов Центр амбулаторной хирургии.***

**2012 год:**

***Развернуты медико-генетическая консультация, генетическая лаборатория с современным оборудованием и программным обеспечением для проведения хромосомного анализа плода.***

**2014 год:**

***Создано отделение пренатальной (дородовой) диагностики для выявления внутриутробных пороков развития плода.***

**2015 год:**

***Реорганизация в Клинический медицинский центр, объединивший все взрослые поликлиники Читы.***

**2016 год:**

***В настоящее время приоритетным направлением деятельности консультативно-диагностического подразделения ГУЗ «КМЦ г. Читы» остается своевременное диагностирование целого ряда ключевой патологии, в том числе сердечно-сосудистых, эндокринных и генетических нарушений, онкологических заболеваний, осложнений беременности и прочих.***
***Проводится многопрофильная комплексная лучевая, функциональная, ультразвуковая, эндоскопическая диагностика заболеваний. В том числе – патоморфологическое, цитологическое, гематологическое, гистологическое, иммуногистохимическое исследование биоматериала; верификация диагнозов, консультативная помощь населению, организационно-методическое руководство региональными диагностическими службами, подготовка специалистов параклиники.***

*Штрихи к портрету*

# БОРИС КОРЖОВ:

## *о забайкальской медицине, людях и диагностическом центре*

***Борис Викторович Коржов известен забайкальским медикам и пациентам как организатор и руководитель диагностического центра, ставшего 25 лет назад - в последнее десятилетие уходящего века - прорывом в медицину грядущей эпохи.***

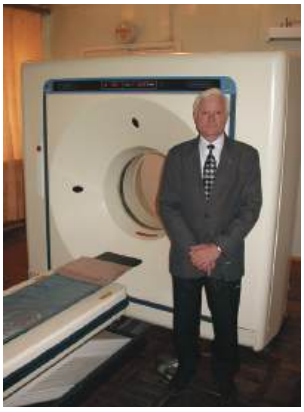
Не помню, чтобы он когда-то кричал или даже заговорил с кем-то раздраженно. Но авторитет Коржова был неоспорим, его слова всегда были законом для специалистов диагностического центра, а к тихому голосу прислушивались руководители всех уровней – от коллег-главных врачей - до регионального и даже российского.

Его уважали, любили, о нем плакали, когда два года назад на одном из Советов главных врачей он так же спокойно произнес сакраментальную фразу: «Уходить надо вовремя». Казалось, как это, диагностический – и без Коржова?

### КАБИНЕТ – НА КОТЛОВАН

В свое время решение регионального руководства назначить Бориса Викторовича Коржова главным врачом строящегося диагностического центра было неслучайным – к этому моменту у него уже имелся успешный опыт руководства сначала Забайкальской центральной районной больницей, позднее – Областной больницей №2. Впечатляли и результаты работы учреждений, которые возглавлял Коржов: преображалась материально-техническая база, укомплектованность медицинскими специалистами приближалась к заветным 100%, а основные статистические показатели уверенно держались на уровне республиканских.

- Первые диагностические центры были созданы в Англии ещё в довоенное время, затем - в Германии, Франции, скандинавских странах, США. А претворять в жизнь идею ранней высококачественной диагностики на нашей земле начал бывший министр здравоохранения СССР, знаменитый кардиолог, академик Евгений Иванович Чазов. В те годы он баллотировался в депутаты Верховного Совета от Читинской области, поэтому всячески поддерживал «свой» регион, - рассказывает Борис Викторович. – Загорелся замыслом создания центра диагностики в Чите и председатель облисполкома Константин Кузьмич Шабаршин, и вместе с Олегом Николаевичем Троицким, Вячеславом Александровичем Рогожниковыми и Борисом Петровичем Сормолотовым начали воплощать его в жизнь.



Борис Викторович до сих пор помнит собственное изумление, когда в первое посещение будущий центр предстал перед ним в виде огромного котлована:

- Так здесь же вообще ничего нет?!

- Работай – будет! – невозмутимо ответил Шабаршин.

Так вчерашний главный врач сменил кабинет руководителя на котлован и стал прорабом на стройке, которую сегодня смело можно назвать одной из главных строек XX века для забайкальской медицины.

Это оказалось совсем не то, что быть главным врачом. Приходилось не только руководить, участвовать в разработке проекта и обеспечивать стройматериалами, нередко используя наработанные за последние годы связи. Нужно было контролировать, проверять и охранять. Контролировать процессы поставки, самому проверять качество стеновых панелей, которое оставляло желать лучшего, и даже охранять, чтобы не сняли со стен только что положенную плитку.

**Борис Викторович до сих пор помнит собственное изумление, когда в первое посещение будущий центр предстал перед ним в виде огромного котлована:**

***- Так здесь же вообще ничего нет?!***

***- Работай – будет! – невозмутимо ответил Шабаршин.***

Стояла задача не просто возвести добротный типовой центр диагностики, а построить его быстро и вовремя – иначе оборудование, предназначенное для него, запросто могло уйти в другой регион. Работа на стройке кипела постоянно, и все же к тому моменту, когда нужно было рапортовать о готовности, оставался недостроенным еще один этаж.

Сегодня Борис Викторович смеется, рассказывая о том, как совместно принимали решение все-таки доложить о том, что центр готов к приему оборудования. Но тогда, в 1991-м, было не до смеха – поступавшие один за другим контейнеры и коробки с аппаратурой пришлось пристраивать на хранение в другие лечебные учреждения. Откликнулись все главные врачи – кто-то выделил кабинет, кто-то – закуток в подвале. Так или иначе, но к окончанию строительства всем основным оборудованием Читинский диагностический центр был обеспечен.

***Борис Коржов***

## ДВА С ПОЛОВИНОЙ КАМАЗА

С открытием и развитием центра для забайкальцев впервые стали реальностью такие суперсовременные по тем временам методы диагностики, как эхокардиография, чреспищеводная эхокардиография, стресс-эхокардиография, генетические методы исследования, ультразвуковая диагностика многих органов, фармакокинетические исследования, высококачественная биохимическая диагностика и др.

**Анекдотичность ситуации заключалась в том, что после долгих переговоров доторговались до того, что договорились о поставке отличного литотриптора в обмен на «два с половиной КАМАЗа».**

Чтобы и дальше поддерживать процесс на достойном уровне, приходилось постоянно осваивать новые методики и пополнять медицинскую технику. Притчей во языцех стало приобретение литотриптора, с помощью которого за несколько лет работы было проведено дробление камней в почках более чем 250 пациентам. Сам литотриптор был китайского производства с японскими наводящими трубками, чтобы им обзавестись – поехали в Поднебесную, где в те годы было намного больше возможностей закупить качественное импортное оборудование.

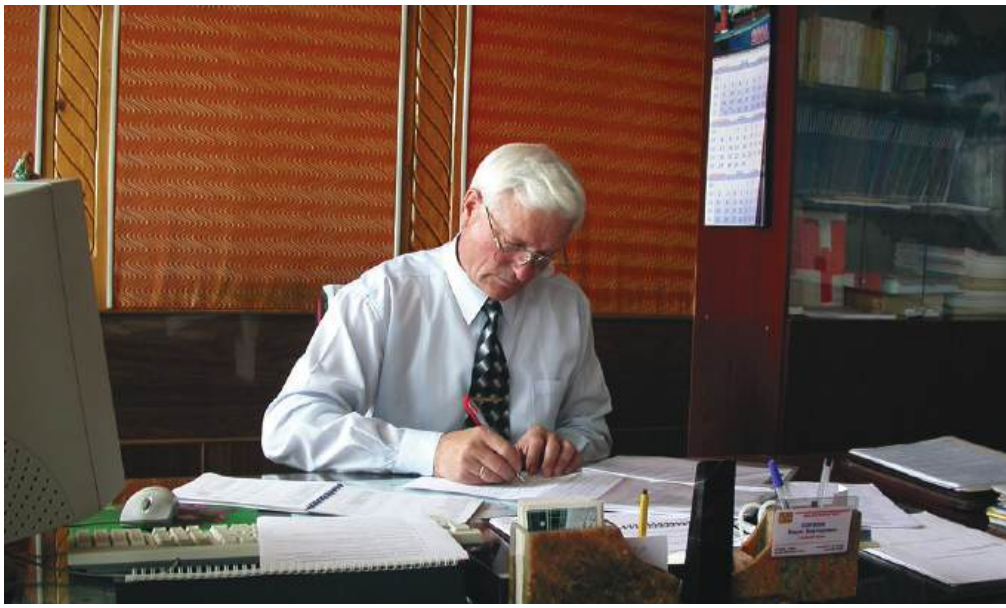
- Разумеется, никакой валюты, необходимой для проведения такой сделки, у читинского здравоохранения не было, поэтому договорились с китайскими товарищами о бартере. А что оставалось делать? Камни-то в почках дробить как-то надо было, потребность в этом аппарате была колоссальная, - делится Коржов. - У китайцев в это время наблюдался подъем производства и строительства, им очень нужна была тяжелая автотранспортная техника. Анекдотичность ситуации заключалась в том, что после долгих переговоров доторговались до того, что договорились о поставке отличного литотриптора в обмен на «два с половиной КАМАЗа». Чего нам стоило найти и обеспечить поставку этих КАМАЗов – отдельная история, но главное – аппарат оправдал все наши затраты и хлопоты. Кстати, китайцы потом еще долго удивлялись и даже возмущались, почему мы проводим такую сложную медицинскую процедуру, как дробление камней в почках, а денег с пациентов при этом не берем, а значит - и дохода никакого не имеем. Пришлось долго и совершенно непонятно для них объяснять, что медицина в нашей стране бесплатная.

## ГЛАВНОЕ – ЭТО ЛЮДИ

Помню свою первую встречу с Борисом Викторовичем и первую фразу, которую он произнес для интервью: «Каждый руководитель силен своим заместителем». Она стала заголовком материала о Евгении Леонидовиче Баженове, долгое время являвшемся начмедом в диагностическом центре, «правой рукой» главного врача, который очень уважал и ценил своего заместителя. Евгений Леонидович и стал в свое время первым специалистом, которого Коржов пригласил на работу в новый центр диагностики.

Борис Викторович не скрывает – приглашали лучших. Тех, кто уже многое знал и умел, жил своей профессией. Кто вдохновенно учился и осваивал самое сложное и современное, и кого, конечно же, не хотели отпускать из других больниц и поликлиник. Но они были нужны новому центру диагностики и его пациентам, нужны, чтобы освоить чудо-технику и все ее премудрости. И потому Коржов вместе с начмедом тщательно выбирали каждого специалиста, уговаривали, объяснялись с возмущенными главными врачами, собирая свой по-настоящему уникальный коллектив забайкальских диагностов.

Нина Павловна Резанович, Евгения Степановна Пархоменко, Ольга Борисовна Клименко, Елена Геннадьевна Эдуардова, Владимир Владимирович Ермолаев, Владимир Николаевич Карпов, Лариса Леонидовна Алешина, Вячеслав Викторович Мельников, Михаил Борисович Лига – имена, известные всем забайкальским медиками и сотням, да нет – давно уже тысячам пациентов. Мы не ставим себе целью рассказать обо всех специалистах – да это и невозможно сделать в одном материале. Но каждый из них, если попросить, может рассказать о Борисе Викторовиче Коржове, и их рассказы могли бы стать еще не одним журнальным очерком.



- Оборудование - это только половина дела, необходимо еще, чтобы данные, полученные с его помощью, были интерпретированы грамотным опытным специалистом. Что толку, если лабораторная техника выдает 40 показателей, а врач по привычке рассматривает только 3-4-5? – объясняет Коржов.

Насколько эффективен симбиоз консультантов и узких специалистов, показали первые же месяцы работы центра. Впрочем, эффективную работу продемонстрировали не только медики, но и специалисты технической направленности. Чтобы поддерживать в рабочем состоянии суперсовременную по тем временам технику, нужно было также обладать немалыми знаниями, проявлять изобретательность. Как говорит Борис Викторович – обладать Божьим даром:

- Виктор Антонов, Дмитрий Шатов и другие наши ребята работают в центре с самого основания. Встал у нас как-то один аппарат, и ликвидировать неполадку пришлось своими силами. Так наши гении вместо сопротивления тока, которое найти было невозможно, поставили обыкновенную лампочку.

И аппарат после этого благополучно проработал еще 9 лет, а представители фирмы очень удивлялись неординарному способу решения проблемы, который называется «голь на выдумки хитра».

Как получилось, что практически каждый из специалистов этого большого и дружного коллектива стал не просто настоящим профессионалом, но и значимой личностью в забайкальской медицине? Что сыграло решающую роль: личные качества или атмосфера увлеченности и творчества, царившая в эти годы в диагностическом центре? Борис Викторович только руками разводит:

**Как получилось, что практически каждый из специалистов этого большого и дружного коллектива стал не просто настоящим профессионалом, но и значимой личностью в забайкальской медицине?**

- Ну, так сложилось, что не было у нас за все годы лентяев и склочников, собрались только мастера своего дела и замечательные, порядочные люди. Результат всегда зависит от специалистов, от команды, а чтобы команду создать, нужно любить своих сотрудников, уважать, поддерживать, быть великодушным и прощать – это руководитель тоже должен уметь. Разбрасываться медицинскими кадрами недопустимо, ведь чтобы вырастить настоящего врача – необходимо минимум 10 лет, только при таком опыте можно начинать говорить о качестве работы.

## САМОЕ СТРАШНОЕ – ЭТО ЧЕРСТВОСТЬ

Сегодня Борис Викторович продолжает трудиться на благо коллег и пациентов - недавно он возглавил общественный совет, который занимается вопросами оказания медицинской помощи в Забайкальском крае. Сейчас много спорят о том, как сделать здравоохранение более доступным, чего не хватает в первую очередь: специалистов, оборудования, финансирования? И что мешает сегодня медицине стать такой, какой хотели бы ее видеть пациенты?

- В первую очередь, чтоб повысить доступность, нужно максимально усилить первичное звено: поликлинику, участковую больницу, фельдшерский пункт, а также развивать институт семейного врача. С медициной на селе очень сложно, нет жилья – значит, нет и доктора. Нужно, чтобы решение о строительстве жилья для медицинского специалиста принимал сход граждан. Если селяне хотят, чтобы рядом был свой врач, надо использовать все возможности: привлекать государственные деньги и средства предпринимателей, самим скидываться, в конце концов. А в процессе организации медпомощи необходимо обязательно учитывать территориальные особенности. Недавно пришлось побывать в Газ-Заводском районе, где рожениц из двух деревень - Кактолга и Будюмкан - везут в Краснокаменск, который находится на расстоянии 500 километров, где же здесь разумность? - резюмирует Борис Викторович. - Но самое страшное сегодня – это черствость. Главное, что должен уметь врач - это сопереживать, без этого результата не будет. И «тестировать» на этот момент профпригодности нужно начинать еще с первых дней обучения в вузе или колледже.

Про самого Коржова рассказывают, что в свою бытность главным врачом, узнав о том, что кто-то из жителей района не сумел за день пройти в центре все назначенные обследования и ему негде остановиться, он мог запросто пригласить бедолагу к себе домой, предоставить кров, отдых и стол.

И потому он считает верхом непрофессионализма случаи, когда пациенты из отдаленных деревень, например, приезжают на прием к врачу центральной районной больницы, ждут несколько часов – а потом им сообщают, что доктор уехал и приема сегодня не будет.

- Даже если врач вынужден уехать по чрезвычайным обстоятельствам, можно ведь заранее предупредить пациентов, перенести прием на другой день. Хуже всего, когда вообще не попытаются каким-то образом уладить возникшую проблему, даже не извиняются, - возмущается он. - Сейчас растет юридическая грамотность населения, и рано или поздно возникнет прецедент, когда пациент в такой ситуации пойдет в суд и потребует вернуть ему деньги за потерянное

**- Но самое страшное сегодня – это черствость. Главное, что должен уметь врач - это сопереживать, без этого результата не будет.**

время, за напрасно потраченный бензин, за моральный ущерб, наконец. И будет прав, поскольку на прием он приехал не просто так, а по предварительной записи, о чем свидетельствует талон и данные компьютерной системы.

Я немного сочувствую всем главным врачам центра – тем, кто был, есть и будут после Коржова. На фоне предшественника первое время им придется нелегко. Волей-неволей будут сравнивать, вспоминать. А с другой стороны – все-таки проще, когда совершенно точно знаешь, какой ориентир держать, и, слава Богу, есть у кого попросить совета.

***Ирина Белошицкая***

# СТРОКИ ИЗ БИОГРАФИИ:

***Борис Викторович Коржов родился 19 февраля 1947 г. в селе Мулино Александрово-Заводского района Читинской области. В 1975 году окончил Читинский государственный медицинский институт. После интернатуры по специальности хирургия в Областной больнице им. В.И. Ленина получил распределение в Центральную районную больницу поселка Забайкальск, где с 1976 по 1983 гг. являлся главным врачом, совмещая работу организатора здравоохранения и врача-хирурга.***

*С 1983 до 1989 года – руководитель Областной больницы №2.*

*С 1989 до 2014 года – главный врач Читинского областного (с 2008 года – краевого) консультативно-диагностического центра.*

*Депутат Читинской областной Думы второго созыва (1996-2000 гг.), член постоянного комитета по экономической политике.*

*Труд Бориса Викторовича в разные годы был отмечен правительственными и региональными наградами: медалью «За трудовую доблесть» (1981 г.), медалью «За заслуги перед Читинской областью» (1997 г.), орденом Знак Почета (1998 г.). Звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» Борису Викторовичу Коржову было присвоено в 2006 г.*

# ТАК ЗАРОЖДАЛАСЬ ДИАГНОСТИКА

## НЕ ДОВОДИТЬ ДО КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА

***Константин ШАБАРШИН, председатель облисполкома Читинской области (1987-1991 гг.). Один из тех, благодаря кому в Чите появился первый на территории от Омска до Дальнего Востока современный диагностический центр. Константин Кузьмич на региональном уровне принимал решение о строительстве центра и в дальнейшем курировал его строительство.***

- Остались самые теплые воспоминания об этих годах, об этом суровом регионе и особенно - о забайкальцах. В свое время, получив назначение, я без особой охоты поехал в эти края. А потом разглядел людей, понял особенности Читинской области, многие из которых были обусловлены ее непростым территориальным расположением. Поэтому мы старались использовать каждую возможность сделать что-то для развития этого сложного, но очень богатого края, и кое-что действительно удавалось. В том числе - в медицине. Среди самых значительных достижений того времени - строительство в Чите диагностического центра, одной из самых крупных строек прошедшего столетия в Забайкалье.

Я был председателем Читинского облисполкома второй год, когда в Читу приехали министр здравоохранения СССР Евгений Иванович Чазов и министр здравоохранения РСФСР Анатолий Иванович Потапов. Вместе мы посетили наши основные больницы, а перед отъездом Евгений Иванович спросил, какую помощь мы бы хотели получить для областного здравоохранения от федерального министерства?

Я ответил, что, будучи по образованию инженером, точно знаю, что в эксплуатации любых механизмов самое главное – не доводить до капитального ремонта. Нужно решать любую проблему на уровне профилактики, избегая серьезных повреждений, когда уже потребуются и серьезные затраты, и непростые ремонтные работы. За любым механизмом нужно следить, вовремя проводить техническое обслуживание и диагностику, и тогда он прослужит еще долго и без проблем. То же самое и с человеческим организмом - все основные принципы механики применимы и здесь.

Приведя это сравнение, я высказал Евгению Ивановичу Чазову наши пожелания: «Вы все равно не сможете полностью перестроить существующую сегодня в области систему здравоохранения - на это не хватит ни ваших, ни наших возможностей. А вот сделать так, чтобы все забайкальцы, в том числе из районов области, получили возможность выяснить, какие заболевания у них уже имеются, и потом смогли вовремя и планомерно их лечить, вполне реально. А для этого нужен современный мощный диагностический центр, который бы располагался рядом с областной больницей, чтобы их врачи могли вместе заниматься здоровьем наших земляков: один - выявлением болезней, другой – незамедлительным их лечением».

На это Евгений Чазов ответил: «Согласен, это хорошее предложение, я подберу для Читинской области лучший в Советском Союзе проект диагностического центра. Строить будете сами, а мы профинансируем строительство и поставим импортное оборудование, в том числе – компьютерный томограф».

В те годы, медицинской аппаратуры, необходимой для такого уровня диагностики, в стране не производилось. А компьютерный томограф и подавно представлялся техникой на грани фантастики. Рядом стояли в тот момент все мои заместители, в том числе и по строительству, поэтому вопрос мы решили сразу на месте. Строили очень быстро, и примерно через два года диагностический центр в Чите был открыт, но открывали его уже без меня, по стечению обстоятельств я к тому времени занимался другой работой. В самом начале строительства центра было принято еще одно важное решение - главным врачом был назначен Борис Викторович Коржов – замечательный руководитель, который бессменно и успешно возглавлял учреждение более 20 лет.

Здравоохранение – отрасль особая, я всегда преклонялся перед медицинскими специалистами и помогал всем, чем мог. И даже когда мне самому понадобилось делать непростую операцию – я не поехал в «кремлёвку», а доверился нашим читинским врачам, хирургам – их в Забайкалье была целая плеяда. И сейчас, спустя много лет, я нередко вспоминаю о них заслуженным добрым словом.

**Сегодня Константин Шабаршин проживает в городе Омске.**

Сегодня, накануне 25-летнего юбилея диагностического центра, я желаю читинским медикам, в первую очередь, самим быть всегда здоровыми – врачи не должны болеть! И, несмотря на трудности переживаемого пока в экономике периода, относиться к людям так же, как и раньше: лечить, лечить и еще раз лечить, помогать бороться с болезнями и сохранять здоровье – самое главное богатство любого человека. Больших вам успехов в вашей нелегкой профессии и продолжать начатое дело!

*Фото из архива К.К. Шабаршина: визит министра здравоохранения СССР Е.И. Чазова и министра здравоохранения РСФСР А.И. Потапова в Читу.*

***На фото (справа налево):*** *председатель Читинского облисполкома К.К. Шабаршин, министр здравоохранения СССР Е.И. Чазов, заведующий отделом облисполкома А.И. Пешков, руководитель облздравотдела О.Н. Троицкий, заместитель председателя облисполкома по социальным вопросам Д.Ш. Ахметов, министр здравоохранения РСФСР А.И. Потапов, второй секретарь Читинского обкома КПСС В.Д. Баев.*

# НА БЛАГО ВСЕГО КРАЯ

***Борис СОРМОЛОТОВ, прошел трудовой путь от врача, руководителя центральной районной больницы, заведующего Читинским городским отделом здравоохранения, первого заместителя начальника областного управления здравоохранения до председателя комитета здравоохранения Читинской области. Первый министр здравоохранения Забайкальского края (2008-2013 гг.).***

- Строительство диагностического центра было для Забайкалья одним из важных и главных событий конца 20 века. Во-первых, в те годы можно было по пальцам пересчитать российские регионы, где имелись такие центры. Во-вторых, в нашей области его удалось построить и оснастить современным импортным оборудованием за рекордно короткое время. Сделано это было по договоренности между руководством Читинской области – обкомом и облисполкомом и министерствами здравоохранения СССР и РСФСР. Соглашение с региональным руководством заключили министр здравоохранения СССР Евгений Иванович Чазов и министр здравоохранения РСФСР Анатолий Иванович Потапов. В соответствии с этим соглашением область в течение года должна была построить по представленному проекту первоклассное помещение для диагностического центра, а российский и федеральный минздравы, в свою очередь, обещали обеспечить новое учреждение суперсовременным на то время диагностическим оборудованием.

И действительно за короткий срок и область выполнила свои обязательства, и министерства СССР и России – центр, о котором в других территориях даже не мечтали, был запущен. В этом огромная заслуга руководителя облздравотдела Вячеслава Александровича Рогожникова и Бориса Викторовича Коржова, который был назначен главным врачом еще с первых дней строительства центра, следил и за стройкой и за подведением всех инженерных сооружений. Для установки и запуска оборудования в Читу приезжали многие специалисты из Америки, Германии и других стран - своего высококлассного медицинского оборудования тогда не производили, было только импортное. И потом уже сама жизнь доказала, насколько этот центр был нужен краю. Потому что здесь проходили обследование все: и читинцы, и жители районов края. Конечно, новые возможности диагностики позволили раньше выявлять заболевания, а, значит, и добиваться лучших результатов в лечении. Для работы в диагностическом центре были привлечены замечательные специалисты, которые затем постоянно ездили на учебу и в крупные города России, и Советского Союза, и за рубеж. Поставили для центра даже компьютерный томограф, о котором почти никто тогда даже представления не имел – настолько сказочной казалась эта техника. Зато спустя какое-то время, уже наши, читинские, врачи стали говорить о том, что не представляют теперь, как могли раньше работать без компьютерного томографа.

И сегодня такой уникальный центр должен работать на благо всего Забайкальского края. Жители районов нисколько не меньше, а, может, даже и больше читинцев, нуждаются в современных диагностических исследованиях – возможностей для этого в населенных пунктах районов гораздо меньше, чем в краевой столице, к тому же в районах края проживают 800 000 человек, а в Чите - только 300 000. Поэтому пользоваться центром диагностики обязательно должны и городские жители, и пациенты из самых отдаленных сел.

Огромное спасибо коллективу диагностического центра, который много лет подряд профессионально выполнял свои задачи на самом высоком уровне, а самое главное – за то, что наши больные своевременно получали качественную диагностику. Сколько было спасено здоровья и жизней пациентов, именно благодаря диагностическому центру! Я желаю его коллективу дальнейших успехов, чтобы медицинское оборудование постоянно заменялось на более современное и всегда шло в ногу со временем. Чтобы возможности диагностической аппаратуры специалисты использовали на все 100%, и чтобы наши больные всегда могли спасти свое здоровье и жизнь, вовремя пройдя обследование в центре медицинской диагностики. А специалистов центра призываю всегда помнить о том, что они творят великое дело, желаю крепкого здоровья, счастья и успехов в деле их жизни!

***Беседовала Ирина Белошицкая***

# МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

## О НЕСКОЛЬКИХ ГРАНЯХ ДОСТУПНОСТИ

***Сегодня о проблеме доступности и качества медицинской помощи, о мерах, принимаемых региональным Министерством здравоохранения и медицинскими организациями в целях улучшения обслуживания населения, читателям «Медицины Забайкалья» рассказывают руководители краевого здравоохранения, общественных медицинских организаций и медицинских учреждений.***

***Иван ШОВДРА, первый заместитель министра здравоохранения Забайкальского края:***

- Приоритетная задача краевого Минздрава – усилить медпомощь в районном звене, чтобы люди не ехали за ней в Читу, преодолевая сотни километров. В первую очередь, нужно сделать акцент на том, что помощь должна оказываться непосредственно на местах в большем объеме и более высокого качества, чем сейчас. Только тогда мы сможем разгрузить краевые учреждения, которые сегодня по причине наплыва пациентов, нуждающихся в элементарных обследованиях и лечении, не имеют возможности в полной мере заниматься тем, чем должны по своему статусу.

В связи с этим руководством краевого здравоохранения было принято решение о возрождении межрайонных многофункциональных центров, которые будут забирать на себя часть больных из районов края и для оперативного лечения, и для диагностических мероприятий. Первые шаги в этом направлении сделаны в стабилизации работы по линии травматологических центров, которые в свое время были построены на федеральные деньги и достаточно хорошо оснащены оборудованием. Такие центры имеются в Борзинском, Агинском, Краснокаменском, Шилкинском и Петровск-Забайкальском районах. В эти базовые больницы и будут обращаться жители близлежащих районов. Постепенно во многих случаях необходимость выезжать в краевой центр отпадет, поскольку медицинскую помощь на достойном уровне можно будет получить на месте. С 1 октября межрайонные центры начали действовать, сейчас отрабатывается маршрутизация пациентов.

Большую роль играет и наличие при этих больницах первичных сердечно-сосудистых отделений - ни для кого не секрет, что смертность от этого вида заболеваний сегодня является одной из самых серьезных проблем. И именно в сердечно-сосудистых отделениях есть все возможности для проведения своевременного адекватного лечения при сердечно-сосудистых катастрофах. Считаю, что для районов это одно из основных направлений работы, которое приблизит медицинскую помощь к населению, сделает ее доступнее и качественнее. Тем самым мы поможем краевым учреждениям решить проблему очередей на лечение и обследование.

Что касается доступности скорой помощи, мы разворачиваем сегодня, в том числе и в районах края, дополнительные подстанции. В первую очередь – в самом протяженном районе – Читинском, кроме того планируем развернуть такие же модули в отдаленных крупных районах края. В Читинском районе дополнительные пункты появятся в Смоленке и на арахлейской трассе. В отдаленных районах новые модули «скорой» будут развернуты в Могочинском и Красночикойском районах. Именно в Могочинском районе были недавно объединены два муниципальных образования – Могочинский и Тунгиро-Олекминский районы, кроме того, на уровне Минздрава недавно был решен вопрос о приобретении для районной больницы рентген-аппарата. В Могочинской ЦРБ начали действовать и первые планшеты для фельдшеров, с помощью которых фельдшера отдаленных ФАПов, где есть возможность подключения к интернет-связи, смогут получать консультации от коллег из онкологического диспансера и кардиодиспансера ККБ.

Конечно, у руководства регионального здравоохранения есть и другие планы по повышению доступности медицинской помощи в районах края, но, думаю, что сегодня есть смысл говорить о том, что уже реально удалось сделать.

***Валентина ВИШНЯКОВА, главный внештатный специалист по сестринскому делу МЗ ЗК, президент ЗРОО «ПрофМедСпец», главный внештатный специалист по сестринскому делу СФО:***

- Каждый представитель профессионального сестринского сообщества понимает, что имидж лечебного учреждения, а, следовательно, и количество пациентов, желающих получать медицинские услуги в отдельно взятой медицинской организации, целиком зависят от той или иной степени доступности, которая, считаю, является синонимом пациентоориентированности. Большая часть коллектива лечебных учреждений представлена сестринским персоналом, поэтому медицинские специалисты среднего звена особо заинтересованы в оказании по-настоящему качественной, профессиональной и доступной медицинской помощи населению края, вне зависимости от ведомственной принадлежности. В этой связи нашей организации удалось сделать многое, и прежде всего, привить

медицинским специалистам чувство корпоративной культуры. Пациент имеет право требовать от нас комфорт, уважение и чуткое отношение. Это – наша обязанность. Уважение должно проявляться во всем – начиная от приятного внешнего вида сотрудников до качественного оказания медицинской помощи. Оно располагает к доверию, которое, в свою очередь, является успешным залогом благоприятного исхода в лечении самых сложных заболеваний. Инструментом для воссоздания корпоративной культуры в медучреждениях явился ежегодный профессиональный конкурс «Я работаю для пациента», который проводится под патронажем регионального Минздрава и ЗРОО «ПрофМедСпец», участие в котором вырабатывает у специалистов среднего звена не только сильную мотивацию к качественному труду, но и к непрерывному обучению, оттачиванию профессиональных навыков, внедрению инновационных процессов в организации повседневной деятельности. Так, по итогам конкурса специальную премию, учрежденную организацией, получили 667 специалистов со средним медицинским образованием.

Специалисты среднего звена сегодня выступают инициаторами внедрения в деятельность первичного звена региональной системы здравоохранения различных программ, направленных, прежде всего, на повышение доступности медицинской помощи. Спектр участия медицинских сестер в организации доступного и качественного лечебного процесса широк. В настоящее время значительно расширяется деятельность школ пациента, работающих при поликлиниках для больных с хроническими и острыми профильными заболеваниями. Третий месяц в поликлинических подразделениях региона работают бригады патронажных медицинских сестер, призванные облегчить врачебную задачу, оптимизировать лечебно-диагностический процесс в первичном звене, максимально приблизив доступную и качественную медицинскую помощь к пациенту. Современная медицинская сестра не только ведет наблюдение за динамикой состояния больного, соблюдением им диеты и режима, приема лекарственных препаратов, но и выполняет различные процедуры – не только инъекции и измерение физиологических показателей. При необходимости она проводит забор биологических материалов для исследования, а также снимает ЭКГ.

Успешно стартовал в крае и проект «Мобильный фельдшер», в рамках которого 60 электронных планшетов получили главные медицинские сестры для ЦРБ районов. При этом применение мобильных устройств и приложений позволит жителям глубинки получать более качественную и своевременную помощь, тогда как сельский фельдшер сегодня имеет возможность консультации с ведущими медицинскими специалистами медучреждений районного и краевого центра, коллегиально поставить правильный диагноз и скорректировать лечение больного. Такой опыт тоже является хорошей мотивацией к непрерывному повышению квалификации медработника.

Кроме того, в целях расширения функций представителей среднего звена в сообществе проходит внедрение новая организационно-правовая модель деятельности: в краевых онкологическом диспансере, клинической и инфекционной больницах, в госпитале ветеранов, в 1-й горбольнице, в ряде центральных районных медучреждений уже работают универсальные – клинические медицинские сестры.

Главным для медицинской сестры является пациент, требующий индивидуального подхода. Вежливость, понимание, уважение, высокий профессионализм, терпимость и улыбка – основные правила деятельности медицинской сестры. Только ориентация на интересы больного приведет в конечном итоге к доступности и качеству медицинской помощи, оказываемой населению в крае. Вот основные задачи, над решением которых сегодня работает профессиональное сестринское сообщество.

***Сергей БЯНКИН, главный врач Шилкинской центральной районной больницы:***

- Обеспечение доступности медицинской помощи, как и повышение эффективности медицинских услуг населению крупного района – задача непростая, но выполнимая. Ежедневно в поликлиническое отделение больницы обращается до четырехсот селян, поэтому первый эшелон - регистратура - теперь встречает пациентов обновленным интерьером, где больной может ожидать своей очереди на удобных мягких диванах, получить интересующую информацию о расписании работы медицинских специалистов по информационному табло, пользоваться электронным инфоматом, для чего существенно обновили информационную систему больницы. Число работающих окон в регистратуре в часы «пик» увеличивается до 4-х, в штат введена должность старшего медрегистратора, причем один из специалистов начинает работу раньше остальных. Телефонные звонки от населения принимает отдельный сотрудник.

В районе действует 2 участковых больницы, 5 сельских врачебных амбулаторий и 25 ФАПов, где сегодня также активно внедряются современные медицинские информационные программы. Населенные пункты в Шилкинском районе достаточно удалены друг от друга, а в некоторых расстояние от одного края улицы до другого более двух километров, специалисты некоторых ФАПов обслуживают по нескольку деревень. Поэтому наши фельдшеры одними из первых подключились к пилотному проекту регионального Минздрава «Мобильный фельдшер». В ближайшее время наши средние медицинские специалисты получат порядка 20 электронных планшетов и «кардиофлешек», работа с которыми позволяет проводить телемедицинские консультации и диагностику заболеваний пациентов со специалистами ведущих медучреждений края в режиме онлайн по мобильной связи без выезда фельдшера в районный центр. Более того, используя маленький прибор-электрокардиограф, медики получают результаты исследования больного с описанием и рекомендациями по тактике лечения в течение нескольких минут. Кроме того, в районе строго соблюдается маршрутизация больных с ОНМК, острым коронарным синдромом, злокачественными новообразованиями, пострадавших в следствии ДТП, проводятся скрининговые обследования населения для раннего выявления злокачественных новообразований.

У многих вызвало улыбку и возмущение наше решение пересадить наших фельдшеров (а в профессии преимущественно женщины) на велосипеды. На средства больницы были закуплены 5 велосипедов, что существенно облегчило труд специалистов, повысило скорость приезда медика на вызов и увеличило охват населения. И потом, лично я убеждён, что медицинские работники должны на личном примере демонстрировать активный здоровый образ жизни. При этом автотранспортные средства в первую очередь были направлены в ФАПы, оказывающие медицинскую помощь жителям нескольких деревень.

На правах аренды уже несколько месяцев работает передвижной цифровой рентгенологический комплекс, который помогает обследовать население в отдаленных селах не только Шилкинского района, но и соседних. Учитывая высокий уровень заболеваемости туберкулезом, такая установка необходима для обследования тех, кто по каким-то причинам не может приехать в районный центр. В текущем году обследование пройдут около 9 тыс. селян.

Действующий на базе Шилкинской ЦРБ травмацентр 2-го уровня помогает медицинским специалистам развивать межрайонное сотрудничество в оказании медицинской помощи. Так, для обследования на современном компьютерном томографе к центру прикреплены жители соседних пяти районов.

Коллектив больницы и дальше намерен создавать все условия для повышения и качества доступности медицинской помощи, оказываемой пациенту. Для этого в больнице будет продолжено внедрение информационных систем, при помощи которых будет создан «Личный кабинет пациента», внедрены электронные медицинские карты и смс-рассылка пациентам с сообщениями об изменениях во врачебном расписании, о проведении диспансеризации, профосмотров, с приглашением на скрининговое обследование и акции. Кроме того, уже заключены договора на приобретение электронных модулей «флюоротеки» и «вакцинопрофилактики взрослого и детского населения» с смс-рассылкой.

А фельдшеры, работающие на отдаленных ФАПах, получат электронные планшеты.

***Оксана НЕМАКИНА, главный врач Забайкальского краевого госпиталя ветеранов войн:***

- В концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года многое предусмотрено и для медицинского обслуживания граждан зрелого возраста. Среди ее разделов – создание центров гериатрии в российских регионах. В Забайкальском крае, как и в большинстве регионов, такой центр создается на базе госпиталя ветеранов войн. Это позволит сделать более доступным лечение, в том числе и восстановительное, для пациентов пожилого возраста, у которых сегодня крайне мало возможностей.

Фактически госпиталь ветеранов всегда работал для пожилых людей, и сказать конкретно – вот эта койка для ветерана, а вот эта для пожилого гражданина - было порой невозможно. Но раньше мы были ориентированы на контингент, который определен Законом о ветеранах, хотя при этом у нас всегда проходили лечение и просто забайкальцы пожилого возраста, не относящиеся к этой категории. С созданием центра гериатрии контингент пациентов, которые смогут пройти лечение в госпитале, расширится.

По статистике двухлетней давности забайкальцы пенсионного возраста уже тогда составляли 20% от всего населения края, и конечно, в одиночку, даже при создании центра гериатрии, госпиталь ветеранов обслужить такое количество пациентов не сможет. Но для проведения полноценного лечения наших больных и не требуется оказания всех медицинских услуг непосредственно в гериатрическом центре. Экстренная помощь и высокие медицинские технологии – в крупных медицинских организациях, имеющих соответствующие лицензии и работающих в системе ОМС. А реабилитация после лечения – на базе нашего учреждения, которое изначально специализировалось на ней и имеет всю необходимую базу: физиотерапевтическую лечебницу, грязелечебницу, бассейн, барокамеру, зал лечебной физкультуры и др.

При этом именно гериатрический центр будет координировать все лечение пациентов пожилого возраста, а при необходимости - направлять в те медицинские учреждения, где им могут оказать помощь. Мы хотим, чтобы наши пациенты, относящиеся с медицинской точки зрения к наиболее сложным категориям, находились под постоянным вниманием специалистов-гериатров, знающих их особенности, начиная от амбулаторно-поликлинической помощи, помощи на дому, лабораторных анализов, до реабилитации после сложных оперативных вмешательств.

Центр гериатрии должен работать в тесном контакте с районными больницами, в частности, по вопросам направления и доставки пациентов. Такая схема уже отработана с Оловяннинским районом - составлен совместный график госпитализации, в ЦРБ два раза в неделю выделяется автомобиль, который доставляет пациентов из района на лечение в Читу, в госпиталь ветеранов войн, а после лечения - обратно в Оловяннинский район.

Начали мы в июне нынешнего года на базе ЧГМА и подготовку по специальности «гериатрия». Раньше специалистов этого профиля в крае не было. Первый выпуск специалистов состоялся недавно, в числе выпускников, в основном, были врачи госпиталя ветеранов войн и Клинического медицинского центра г. Читы. Очень надеемся, что в дальнейшем обучение пройдут и терапевты, и врачи общей практики из районов края, во многих из которых при центральных районных больницах также можно было бы открыть хотя бы несколько гериатрических коек. Ведь районам врачи-гериатры нужны не меньше, чем краевому центру, и их услуги, безусловно, будут востребованы.

***Юлия КОВАЛЕНКО, руководитель поликлинического подразделения №2 КМЦ г. Читы:***

- Подразделение, обслуживающее более 50 тысяч читинцев, нуждалось в модернизации не только работы регистратуры, хотя вначале мы обратили особое внимание именно на этот участок. Сегодня в поликлинике одновременно приступает к работе семь медицинских регистраторов в семи окнах. В пиковые утренние часы их количество увеличивается, а в зависимости от потребности - уменьшается. Всего в регистратуре работает 14 медрегистраторов, прошедших специальное психологическое тестирование, способных правильно вести беседу с пациентом, избежать и урегулировать назревающие и возникающие конфликты с пациентом. Холл-менеджер, встречающий больного у входа, помогает определиться с выбором медицинского специалиста. Кроме того, успешно действует связка – «холл-менеджер - специалист регистратуры – участковая медицинская сестра», позволяющая равномерно распределить поток пациентов на приеме.

В учреждении отработана система первичных и повторных приемов. Пациент четко знает свое время посещения врача как при первичном посещении подразделения, так и в последующие повторные визиты, когда появляется необходимость в наблюдении за динамикой развития заболевания. Вся запись ведется в подразделении через систему РМИС. Такие моменты, когда доктор говорит пациенту: « Вы подойдите ко мне в первой или во второй половине дня во время приема, я вас возьму», - мы максимально стараемся исключить. Это позволяет также сократить время приема и очереди у кабинетов, уменьшить беспокойство больного, который не должен волноваться. Даже если прием врача, в силу каких-то объективных причин задерживается, пациент должен

зайти в кабинет доктора в свое время.

В том числе, в настоящее время отлажена работа процедурного кабинета, который долгое время являлся в подразделении самой проблемной зоной. Сегодня кабинет работает в течение всего дня, для забора анализов пациенты приходят строго по предварительной записи, в определенное время, что позволяет и врачам более рационально спланировать свою работу.

Кроме того, интегрировав в работу подразделения опыт работы московских коллег, в медучреждении существенно, однако, без увеличения нагрузки, изменена система работы терапевтов при действии сформированных мобильных бригад. Сегодня наши терапевты работают на приеме практически шесть часов, что позволило увеличить доступность медпомощи для больного, посетившего поликлинику. А те вызова, которые поступили в подразделение от пациентов, страдающих острыми либо обострением хронических заболеваний, обслуживают бригады неотложной помощи, которые работают с 10 часов утра до 21 часа вечером. Для пациентов так называемого «хронического ряда», для тех, кто состоит под наблюдением и нуждается в регулярном посещении медицинского специалиста, в подразделении действует система активных посещений врача и сестринских патронажей. К примеру, для того, чтобы бабушка могла без многочасовых очередей выписать рецепт на получение льготных лекарственных препаратов, не вызывала доктора на дом для измерения артериального давления, врач или медицинская сестра активно посещают пациентов в строго отведенное для этого время, определенное в том числе и нормативными документами. При этом существенно систематизировалась организация труда врача, повторюсь, без изменения нагрузки, которая строго рассчитана, исходя из объема посещений прикрепленного населения. Большую помощь в этом вопросе оказывает действие региональной медицинской информационно-аналитической системы в плане контроля над расписанием приема докторов, загрузкой врачебных кабинетов. Ко мне, как к руководителю подразделения, стали меньше обращаться с жалобами по организационным вопросам.

Одним из незавершенных проектов пока остается организация выделенного врачебного приема в подразделении для льготной категории граждан. Вскоре пациент, имеющий льготу на получение лекарственных препаратов, сможет обращаться только к тому врачу, который выпишет все необходимые медикаменты, а в случае необходимости – запишет его на прием к участковому терапевту или к врачам-специалистам для корректировки лечения или обследования, в случае изменения состояния больного. Данная мера, считаю, также позволит максимально разгрузить терапевта, что в конечном итоге, позволит врачу в полной мере заниматься уже стандартизацией лечебного процесса при большей доступности и качестве медицинской помощи.

***Записали Оксана Леонтьева и Ирина Белошицкая***

# ЗАБАЙКАЛЬСКИЕ ОНКОЛОГИ:

## ВСЕ НОВОЕ – В ИНТЕРЕСАХ ПАЦИЕНТОВ

***И медики, и пациенты согласятся, что важнее всего обеспечить доступность медицинской помощи там, где от этого зависит не только здоровье, но и жизнь человека, а решающим фактором, в первую очередь, является время. Особенно, если счет идет не на месяцы и недели, а на дни или даже часы, как утверждают сами специалисты. Речь об онкологии – области медицины, с каждым годом становящейся все более значимой в здравоохранении всего мира.***

***О том, как в Забайкалье обеспечивается доступность медицинской помощи для пациентов, над чьей судьбой нависло страшное слово «рак», разговор с руководителем Краевого онкологического диспансера Виктором КУЛИКОВЫМ. Увеличить число операций, сократить очереди и решить проблему нехватки кадров - это первоочередные задачи, которые решаются здесь сегодня.***

Онкологи говорят, что чаще всего в Забайкальском крае умирают от злокачественных образований органов дыхания, желудка и опухолей молочных желез. Всего же за прошлый год онкопатологии стали причиной смерти 1996 забайкальцев. И хотя смертность от злокачественных образований в нашем крае ниже, чем в среднем по стране, все же в прошлом году её уровень составил 183,5 на 100 тыс. населения (РФ- 199,5, в Сибирском федеральном округе - 206,6). Поэтому вопросам повышения доступности медицинской помощи в Краевом онкологическом диспансере, оказывающем как плановую, так и экстренную помощь больным со всего Забайкалья, уделяется самое серьезное внимание.

Как и все российское здравоохранение, забайкальская онкология страдает от нехватки кадров. Врачи данного профиля отсутствуют сегодня в 13 районах края, а, значит, там не проводится и первичная работа с пациентами. Чтобы найти выход из ситуации, решили возродить систему кураторов–онкологов из Забайкальского краевого онкологического диспансера, которые теперь оказывают коллегам из районов организационно-методическую помощь и консультируют местных жителей по вопросам онкологии. **Как пояснил Виктор Куликов,** за последние три месяца специалисты диспансера уже побывали в Забайкальском, Краснокаменском, Могочинском, Оловяннинском, Сретенском, Улетовском, Читинском, Шилкинском, Могойтуйском, Дульдургинском районах.

- Каждый район был взят под контроль нашими врачами: они выезжают туда, направляют, помогают, обследуют. У каждого района – свой куратор-онколог, еще по одному куратору – в каждом поликлиническом подразделении клинических медицинских центров в Чите. Стараемся, чтобы в свои «подопечные» районы наши специалисты выезжали раз в квартал. Кроме того, в рамках соглашения между краевым Минздравом и ЧГМА с сентября началась очная и заочная подготовка врачей-хирургов и онкологов.

## ВРЕМЯ РАБОТАЕТ НА ПАЦИЕНТА

Ни для кого не секрет, что одним из решающих факторов благоприятного исхода онкологического заболевания становится своевременность его выявления. Чем раньше удастся обнаружить в организме опухоль злокачественной природы – тем лучше будет результат операции. Поэтому было предложено установить забайкальским врачам, которые выявили у пациента онкозаболевание на первой стадии, стимулирующие

выплаты в размере 5000 рублей. Сейчас прорабатывается механизм реализации этого проекта.

- Мы считаем, что эффект должен быть существенный, это повлияет и на показатели запущенности, и смертности, - рассказал руководитель онкологического диспансера. – Премиальные выплаты коснутся специалистов, работающих в «первичном звене» - фельдшеров ФАПов, участковых терапевтов, и др. Пока за год выявляется около 1250 пациентов с онкозаболеваниями в нулевой и первой стадии. В большинстве случаев это означает практически полное излечивание, ремиссию, снижение инвалидизации. С точки зрения затрат на лечение факты тоже впечатляют – лечение пациентов с заболеваниями в ранней стадии обходится кратно дешевле, а затраты на премирование медицинских специалистов на этом фоне и вовсе невелики, особенно если производить их в медицинских организациях за счет средств обязательного медицинского страхования. По такой схеме премирования успешно работает Сахалин, Кемеровская область, Алтайский край, Красноярский край.

Другая сторона проекта по выявлению онкологических заболеваний на ранних стадиях – обследование пациентов в специализированных межрайонных центрах. В качестве пилотного проекта выбран межрайонный центр Краевой больницы №3 поселка Первомайский. В него будут направляться пациенты из близлежащих районов - Нерчинского, Балейского, Сретенского и Чернышевского.

- К сожалению, в последние годы мы пришли к тому, что в большинстве районов пациентов вообще перестали обследовать. Врачи в ЦРБ работают как диспетчера, просто отправляя пациентов в краевой центр, - делится Виктор Дмитриевич. – Как следствие – очереди и вынужденные ожидания приема и обследования в онкодиспансере, поскольку наши возможности просто не позволяют обследовать всех без исключения. Мы хотим, чтобы при подозрении на онкопатологию пациенты направлялись в межрайонные центры, где будут обеспечены все возможности для полноценного обследования по нашему профилю. Так, Краевая больница №3 уже давно располагает всей необходимой для этого диагностической базой, вплоть до выдачи гистологических заключений. На лечение в наше учреждение пациенты оттуда поступают уже со всеми необходимыми исследованиями. Мы надеемся, что с помощью таких межрайонных центров в дальнейшем не только разгрузим от рутинных исследований наше учреждение, но и передадим наработанный опыт другим медицинским организациям, поскольку постепенно будет создана целая сеть межрайонных центров по разным направлениям.

## ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ – В НАШИ ОПЕРАЦИОННЫЕ

Вторая половина успеха – чтобы своевременно выявленное онкологическое заболевание было максимально оперативно пролечено. Это еще одна задача, над решением которой работают сегодня руководство и коллектив Краевого онкологического диспансера. Ежегодно стационарное лечение здесь проходят около девяти тысяч человек, проводится до пяти тысяч оперативных вмешательств. Тем не менее, проблему очередей на операции пока решить не удается - среднее время ожидания составляет от двух недель до двух месяцев. Конечно, для пациентов, здоровье и дальнейшая судьба которых напрямую зависят от такого ожидания, это очень долго.

Чтобы увеличить количество операций, в онкологическом диспансере решили максимально эффективно использовать имеющиеся операционные блоки. А технологию обработки медицинских инструментов специалисты диспансера решили перенять у европейских коллег, применяющих специальные контейнеры для транспортировки хирургических инструментов. Их использование сокращает время на обработку между операциями, а, значит, и очереди на оперативное вмешательство. Проект планируется воплотить в жизнь уже в начале октября, когда в диспансере появятся несколько дополнительных наборов хирургического инструментария и специальные кейсы для их транспортировки, на приобретение которых учреждение из своих средств изыскало около 8 миллионов рублей.

- Схема работы операционной проста: после каждой операции проводится первичная обработка инструментария, которая в общей сложности занимает примерно час в день, причём заниматься этой работой приходится операционным медсестрам. Для того чтобы сократить этот час, будем

помещать после операции хирургический инструментарий в специальные кейсы без первичной обработки. Герметично закрытые контейнеры полностью предотвращают контакт инструментов с внешней средой. За счет времени, которое уходило на обработку инструментов, планируем в каждой из восьми операционных проводить по одной дополнительной операции в день. Таким образом, восемь операционных умножаем на количество операционных дней в году – в итоге цифра получается серьезная, - подсчитывает главный врач.

## ПРИЁМ С КОМФОРТОМ

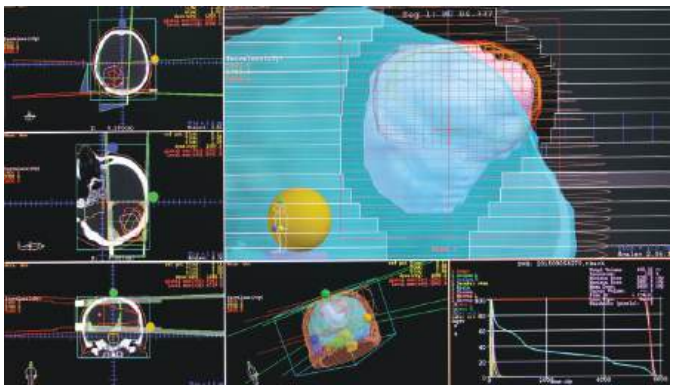
Изменилась сегодня обстановка и в поликлинике диспансера. Недавно проведенный здесь ремонт сказался на комфорте посетителей, ожидающих врачебного приема, самым непосредственным образом: холл и кабинеты, где ведут прием специалисты, были существенно расширены, а в распоряжении пациентов появились удобные кресла, кулеры с горячей и холодной водой, телевизионные панели, с помощью которых демонстрируется полезная, познавательная и развлекательная информация. Теперь в отремонтированном блоке разместились кабинеты УЗИ-диагностики, манипуляционная и кабинеты врачебного приема.

Перед регистратурой посетителей встречает электронный терминал, который определяет порядок в очереди. Скопления людей у окон регистратуры теперь практически нет, ведь их число было увеличено и теперь здесь работают не пять, а 10 специалистов.

- Окна регистратуры во время перепланировки помещения поликлиники мы разместили «зубчиками», и теперь пациент остается с регистратором один на один, больные не пересекаются друг с другом, что позволяет сохранять конфиденциальность информации. Кроме регистраторов, работают еще два оператора в зале, которые помогают пациентам сориентироваться, если нужно – провожают до кабинетов. Имеется еще и старший администратор, который решает более сложные, спорные вопросы, если такие возникают. Но за последнее время у нас не было ни одной жалобы от посетителей на работу регистратуры, - констатирует Виктор Куликов. - В поликлинике мы провели практически полную реконструкцию. Несмотря на то, что это приспособленное помещение, бывшее общежитие, избавились от лишних перегородок, расширили кабинеты, ушли от темных стен. А с легкой руки застройщиков, возводивших новый корпус, наш диспансер теперь стал ассоциироваться с оранжевым цветом.

Основательно изменилась и процедура работы с картами пациентов. Для ускорения обслуживания регистраторы уже с вечера уносят к врачам медицинские документы граждан, записанных на приём. А отследить место нахождения карты на конкретный момент можно с помощью электронной системы, отражающей все ее перемещения. Ввели в диспансере и цветовую маркировку карт, которая показывает место проживания пациента.

Кроме того, именно здесь, в онкологическом диспансере, начал действовать первый среди медицинских учреждений края колл-центр в «общероссийском» формате. Его номер



**Система мониторинга при проведении лучевой терапии в Забайкальском краевом онкодиспансере**

8-800-234-22-64, а позвонить и получить консультацию любой желающий может совершенно бесплатно. Операторы центра принимают звонки и записывают на приём, а также обзванивают пациентов, напоминая о времени встречи с врачом. Только за первый месяц работы колл-центра было зарегистрировано более 5000 звонков.

А чтобы пациентам было легче ориентироваться при посещении диспансера, площадь помещений которого сегодня составляет более 27 000 квадратных метров, на территории учреждения, со стороны улицы Ленинградская, установили стенд, на котором показана маршрутизация пациентов. На схеме пронумерован каждый корпус диспансера, есть подробное описание расположения отделений. В вечернее время на стенде включается подсветка. По словам посетителей, благодаря его установке сориентироваться в поиске необходимого отделения стало намного проще.

## ПО БЛЕСКУ В ГЛАЗАХ

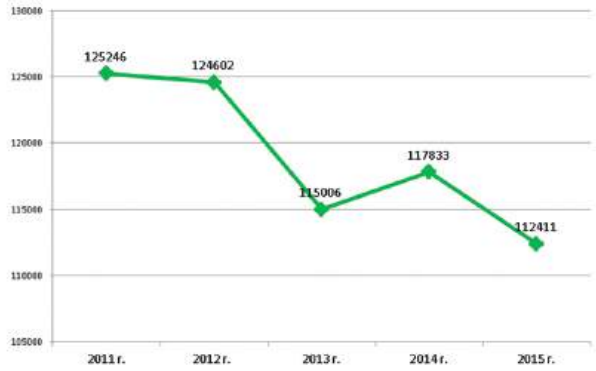
**Рассказывая о прогрессивных переменах в Забайкальском краевом онкологическом диспансере, его руководитель Виктор Куликов подчеркивает:**

- Людей на работу нужно подбирать по блеску в глазах, если его нет – бесполезно пытаться изменить что-то к лучшему. Именно такие специалисты – залог успеха любых преобразований. Недавно мы приняли на работу менеджера по персоналу, нашего бывшего работника, медсестру, которая закончила факультет по управлению персоналом. Теперь она проводит с сотрудниками различные тренинги. И если поначалу наши специалисты воспринимали их с сомнением, то постепенно втянулись и теперь уже даже ждут предстоящих занятий. Темы тренингов самые различные – и работа с пациентами, и культура, и отношения с коллегами. Еще мы оборудуем зал, где будет установлена аппаратура для обучения и тестирования персонала. А одну из операционных подключаем к видеонаблюдению, одна камера будет снимать общий план операционной, другая – непосредственно операционное поле. Разумеется, все съемки будут вестись исключительно с согласия пациентов. Изображение будет выводиться на мониторы в зале, что позволит обучать специалистов диспансера и врачей в районах. Планируем также приглашать для проведения операций известных онкологов из крупных российских городов. И пациентов прооперируем, и видеозаписи для обучения наших специалистов останутся. В общем, еще много всего собираемся сделать…

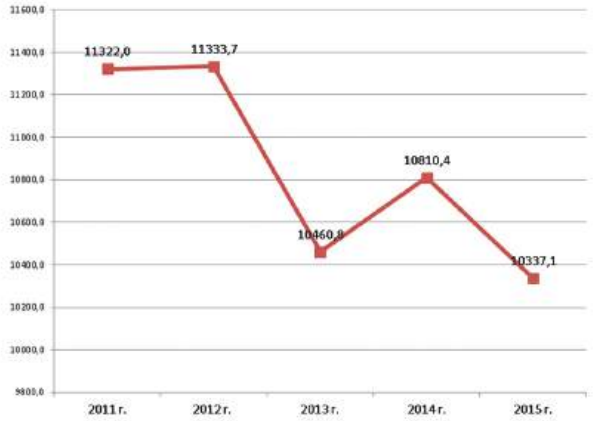
***Ирина Белошицкая***

# А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?..

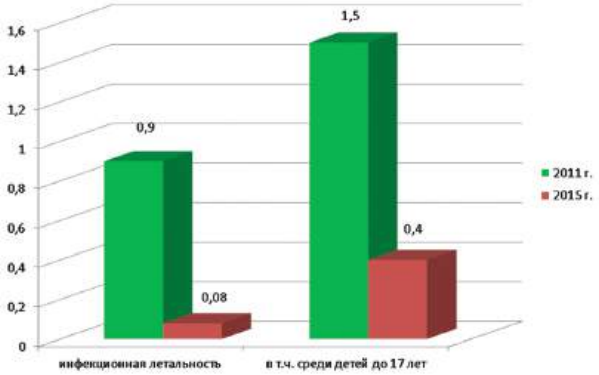
## ВСЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ



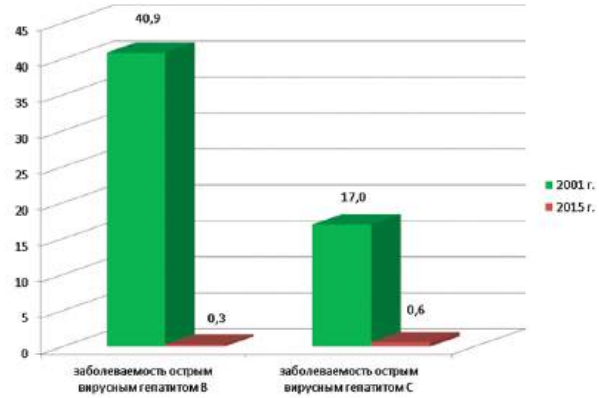

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ




## ИНФЕКЦИОННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ




## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ




**В прошлом году по Забайкальскому краю по данным Управления Роспотребнадзора зарегистрировано 112411 случаев инфекционных заболеваний (заболеваемость на 100 тыс. составила - 10337,1) , из них у детей- 80396 или 71%.**

**Первое место среди инфекционной патологии занимают заболевания органов дыхания - 77141 случаев (75,6% заболевших приходится на детей), пневмоний – 7465 (57% заболевших дети до 17 лет), гриппа - 403 случая (60% заболевших дети). Второе место занимают острые кишечные инфекции – 6258 заболевших (дети – 79%), уточненные кишечные инфекции составляют 1067 (2014- 1348 случаев), в т. ч 221 случая сальмонеллеза, 276 случай дизентерии, 796 случаев вирусных диарей. Третье место занимает ветряная оспа - 5097 случай.**

**За 15 лет на территории Забайкальского края в эпидемическом процессе парентеральных вирусных гепатитов наблюдались тенденции к снижению заболеваемости острыми вирусными гепатитами В и С, а с 2011 года - к снижению заболеваемости хроническими вирусными гепатитами В и С.**

**Так, заболеваемость острым вирусным гепатитом в 2015 году в сравнении с 2001 годом сократилась в 136,3 раза (0,3 и 40,9 на 100 тыс. населения соответственно), острым вирусным гепатитом С – в 28,3 раза (0,6 в 2015 году и 17,0 в 2001 году).**

**Снижение уровня заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами свидетельствует об эффективности целенаправленных лечебно-диагностических, профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий, способствующих предупреждению заражений и ограничивающих распространение вирусных гепатитов в популяции.**

***Елена Веселова,***
***главный внештатный инфекционист***
***Министерства здравоохранения***
***Забайкальского края***

# ПОЛИКЛИНИКА:

## ДОСТУПНОСТЬ НАЧИНАЕТСЯ С РЕГИСТРАТУРЫ

***Проект «Доступная поликлиника» стартовал в Клиническом медицинском центре в мае нынешнего года. Его цель - существенно повысить качество и доступность амбулаторной медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно, в рамках территориальной программы государственных гарантий. Сегодня проект «Доступная поликлиника» внедряется не только в деятельность читинских Клинических медицинских центров для детей и взрослых, но и в поликлинических отделениях Центральных районных больниц.***

***О том, как интегрируется «Доступная поликлиника» в деятельность подразделений Клинического медицинского центра города Читы, наш разговор с руководителем учреждения Натальей РЫКОВОЙ:***

**Государственное учреждение здравоохранения «Клинический медицинский центр г. Читы» оказывает первичную медико-санитарную помощь 194 тысячам читинцев, прикрепленных к подразделениям центра.**

- Больной, обратившийся за медицинской помощью в поликлинику, не должен переживать, насколько затянется его очередь на получение той или иной медицинской услуги. А медицинские специалисты, в свою очередь, обязаны строго соблюдать сроки ее оказания в рамках программы госгарантий. Поэтому среди первоочередных задач и мероприятий проекта - решение кадровой проблемы и организация схемы общей маршрутизации пациентов на прием к врачам-терапевтам и специалистам узкого профиля, увеличение рабочих мест регистратуры, обеспечение необходимой численности персонала, введение дополнительных телефонных линий, мотивация медицинских работников.

**- Кадровая проблема в здравоохранении наиболее остро проявляется именно в первичном звене. С чего решили начать в вашем центре?**

- Начали с обеспечения необходимой численности врачей, регистраторов, операторов. Работу по привлечению кадров ведем непрерывно. В целом по клиническому медицинскому центру количество регистраторов и операторов для работы с предварительной записью и регистрацией вызовов на дом выросло с 98 до 122.

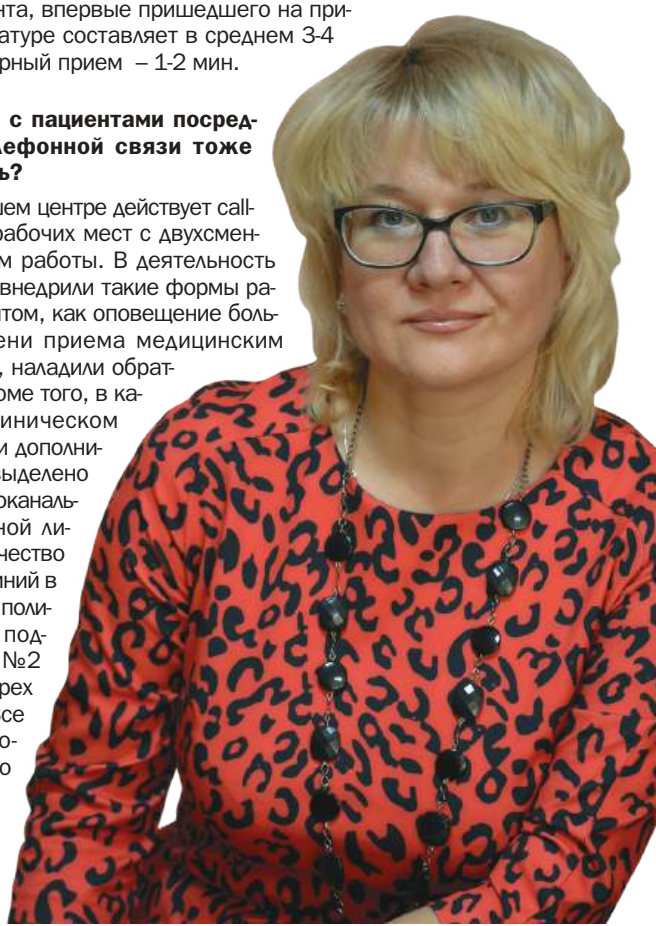
Сегодня регистратуры наших подразделений укомплектованы преимущественно сотрудниками до 35 лет, способными к быстрому обучению, мобильными, имеющими средне-специальное или педагогическое образование, а также опыт работы в социальной сфере или в сфере культуры. Все они прошли тестирование, ведь именно от них, в первую очередь, зависит эффективность и бесперебойная деятельность всего учреждения первичного звена, маршрутизация пациента, его настроение. Тестирование показало, что 25% сотрудников регистратуры подвержены психологическим срывам, у 25% сотрудников отмечен низкий уровень коммуникативных навыков, а у 50% - повышенный уровень конфликтности. С учетом выявленных фактов проведено обучение регистраторов и операторов конфликтологами центра «Пси-фактор» и психологами Детского клинического медицинского центра.

Кроме того, для регистраторов, операторов и других медицинских работников организованы регулярные занятия с психологами, принятыми в штат Клинического медицинского центра на постоянной основе. Делается это с целью предупреждения профессионального выгорания и обучения основам конфликтологии всех работников центра.

Увеличили мы в регистратурах и количество рабочих мест, оборудованных АРМ, с 41 до 53. Сегодня время обслуживания одного пациента, впервые пришедшего на прием, в регистратуре составляет в среднем 3-4 мин, на повторный прием – 1-2 мин.

**- Общение с пациентами посредством телефонной связи тоже изменилось?**

- В нашем центре действует call-центр на 15 рабочих мест с двухсменным графиком работы. В деятельность регистратуры внедрили такие формы работы с пациентом, как оповещение больного о времени приема медицинским специалистом, наладили обратную связь. Кроме того, в каждом поликлиническом подразделении дополнительно было выделено по одной многоканальной телефонной линии. Так, количество телефонных линий в пилотируемом поликлиническом подразделении №2 увеличено с трех до четырех. Все линии – многоканальные, по



***Наталья Рыкова***

двум из них предварительная запись ведется через call-центр.

**- Как сегодня в Клиническом медицинском центре организована маршрутизация пациентов?**

- В рамках проекта ведущая роль в распределении потоков отводится участковым врачам-терапевтам, организовано распределение потоков пациентов от них к узким специалистам и на параклинические обследования.

Теперь расписание на врачебные приемы и методы исследования во всех поликлинических подразделениях и консультативно-диагностическом подразделении открыто на месяц, а для предотвращения неявок пациентов регистраторы обзванивают их по телефону.

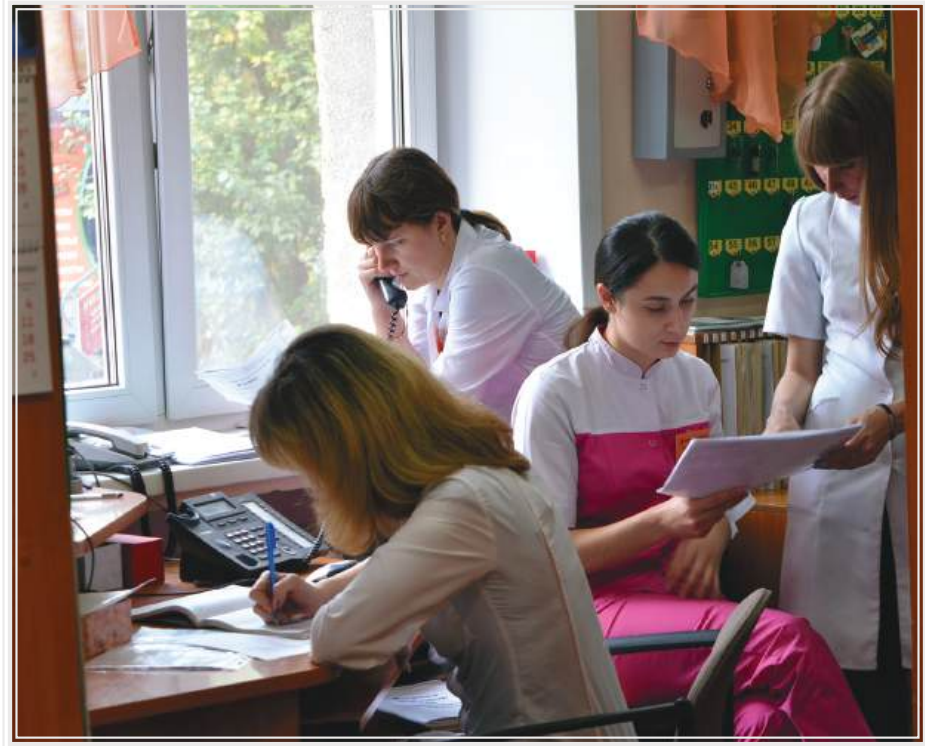
Проведено распределение талонов на оказание консультативных, диагностических и лечебных процедур между двумя потоками: население районов Забайкальского края и прикрепленное население 60/40 соответственно. Расписание для лечащих врачей районов Забайкальского края открыто в РМИС. При этом будут разделены потоки первичных и повторных пациентов с обязательным разделением электронного расписания, с учетом свободной возможности для врача записи больного на повторный прием.

В помощь пациентам у нас появились маршрутные листы с памяткой на обратной стороне, напоминающей о том, что после консультации специалиста другой медицинской организации, а также стационарного или реабилитационного лечения нужно посетить участкового врача-терапевта, который определит дальнейшую тактику лечения. Кроме того, памятки содержат информацию о необходимости прибытия на прием в назначенное время, о подготовке к предстоящей процедуре.

**- Помощь на дому – как она организована сегодня?**

- В деятельность подразделения внедрена работа мобильных врачебных бригад по обслуживанию пациентов на дому, система активных патронажей медицинскими специалистами среднего звена в рамках оказания паллиативной медицинской помощи, по обслуживанию лиц пенсионного возраста. В рамках этих мероприятий осуществляются патронажи участковой сестринской службой по сформированному регистру пациентов пока по четырем нозологиям. Такая форма работы предусматривает повышение доступности медицинской помощи для маломобильных и нетранспортабельных граждан с хроническими обструктивными болезнями легких, заболеваниями системы кровообращения, в том в числе - с гипертонической болезнью, хроническим болевым синдромом и злокачественными новообразованиями. Обратную связь с пациентами, к которым осуществлены патронажи участковыми сестрами, будут поддерживать специалисты call-центра. Во всех подразделениях КМЦ прошли аппаратные совещания по организации и развитию паллиативной медицинской помощи, патронажной сестринской службы взрослому населению.

**Мощность Клинического медицинского центра г. Читы составляет 2770 посещений в смену при двухсменном режиме работы. В центре трудятся свыше 500 врачей и 700 медицинских работников со средним образованием.**



**- Нововведения отразились на затратах по оплате труда?**

- Разработка механизма мотивации специалистов поликлинического подразделения играла очень важную роль. Были проведены расчеты по увеличению заработной платы персонала, участвующего в проекте, оплате труда дополнительно принятых медицинских работников (врачей, среднего медицинского персонала, медицинских регистраторов, операторов). В рамках проекта на основное место работы приняты 88 сотрудников, кроме того - 22 человека на основании внешнего и внутреннего совместительства.

**- Что еще предстоит сделать в рамках «Доступной поликлиники»?**

- В планах на будущее - информирование и обучение пациентов записи на прием через интернет, организация работы кабинета по выписке рецептов в рамках программы Дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. Также в рамках проекта предусматривается изменение продолжительности работы регистратуры, дневного стационара, процедурного кабинета, времени забора анализов, с учетом комфортности для пациента.

**- Как реагируют на изменения сами пациенты?**

- Об этом судим, анализируя обращения граждан, а также по результатам анкетирования, которое показывает, насколько удовлетворены пациенты оказанием медицинской помощи в подразделениях центра. Его результаты и первые результаты нашей работы подтверждают, что мы движемся в нужном направлении.

***Интервью вела Ирина Белошицкая***

# ВОПРОСЫ ДОСТУПНОСТИ МОЖНО РЕШАТЬ И НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

***Доступность - важнейшее условие оказания медицинской помощи населению во всех странах мира, определяющее как экономические возможности государства в целом, так и возможности каждого человека. В то же время следует сказать о том, что нигде не обеспечивается всеобщий, равный и неограниченный доступ ко всем видам медицинских услуг. Единственным выходом из такой ситуации является сокращение расходов на неэффективные виды медицинских вмешательств и концентрация усилий на предоставление равного доступа граждан к самым эффективным медицинским услугам, путем совершенствования организационных форм медицинского обеспечения населения. Этот подход к рациональному использованию ограниченных ресурсов практикуется в разной степени во всех государствах мира. В последние годы и в российских регионах предпринят комплекс мер, призванных реализовывать эти приоритеты.***

**Кроме вышеперечисленных факторов на доступность медицинской помощи населению влияет географическое положение региона, развитие путей сообщения между населенными пунктами (автомобильные, железнодорожные, авиационные), доступность связи и т.д.**

В 2011-2013 гг. во всех субъектах РФ была реализована программа модернизации здравоохранения, включая масштабное оснащение больниц и поликлиник медицинским оборудованием. Выполнение этой программы должно увеличить для населения возможность прохождения диагностических исследований и содействовать росту качества медицинской помощи за счет внедрения новых медицинских технологий. С 2013 г. реализуется государственная программа развития здравоохранения, включая, помимо новых инвестиций, масштабное расширение профилактических мероприятий. Повышение доступности медицинской помощи должно также содействовать внедрению новых информационных технологий. С 2013 г. во всех субъектах РФ выполняются мероприятия (дорожные карты), направленные на эффективность здравоохранения, включая реструктуризацию организаций, оказывающих медицинскую помощь, перемещение части объемов медицинской помощи, оказываемой в стационарах на амбулаторном этапе. Все эти мероприятия должны содействовать повышению доступности и качества медицинской помощи.

Но, несмотря на принимаемые меры, существуют значительные различия в возможностях получения медицинской помощи для разных групп населения. Они обусловлены самой историей формирования российской системы здравоохранения (наличие, помимо сети общедоступных государственных учреждений здравоохранения, параллельных ей систем ведомственного здравоохранения), сокращением государственного финансирования здравоохранения, существенными различиями в экономическом потенциале разных территорий, ростом неравенства в распределении доходов между различными социальными и территориальными группами.

***Николай Горяев***

Кроме вышеперечисленных факторов на доступность медицинской помощи населению влияет географическое положение региона, развитие путей сообщения между населенными пунктами (автомобильные, железнодорожные, авиационные), доступность связи и т.д. Для получения специализированной медицинской помощи жителям сельских районов значительные транспортные расходы и затраты времени часто являются определяющими. Возможность ее получения по месту жительства затруднено в связи с недостаточной укомплектованностью центральных районных больниц врачами-специалистами, необходимым диагностическим оборудованием. Исключение не составляет и Забайкальский край.

Территория Забайкальского края - 432 тысячи км$^2$, что составляет 2,5% территории РФ. Население - 1 млн. 80 тысяч человек, плотность населения составляет 2,6 человек на 1 м2 (РФ 8,3 человек на 1 м2). Более 700 тысяч человек проживают в сельской местности. Протяженность с юга на север - 200 тысяч км, с запада на восток - 1400 км, на территории края находится 31 административный район.

Специфика географического положения Забайкальского края, неравномерное расселение населения, неразвитая логистика, наличие в административных районах маломощных медицинских организаций не позволяют в полном объеме обеспечить

**Опыт Краевой больницы №3 подтверждает, что организация межрайонных центров является наиболее приемлемым и менее затратным вариантом обеспечения доступности населения к диагностическим и терапевтическим видам медицинской помощи,**

доступность населению к многим видам медицинских услуг. Выход напрашивается один: создание на территории Забайкальского края сети межмуниципальных медицинских центров.

Краевая больница №3 одной из первых вошла в проект Министерства здравоохранения Забайкальского края по созданию на базе медицинских организаций, обладающих хорошей материально-технической базой и квалифицированным персоналом, специализированных медицинских центров.

В 90-х годах прошлого столетия на базе Краевой больницы №3 был открыт центр профессиональных заболеваний, основными функциями которого стали оказание специализированной медицинской помощи больным, страдающим профессиональными заболеваниями; экспертиза профпригодности, экспертиза связи заболевания с профессией. До создания центра все больные с подозрением на профессиональные заболевания обращались за медицинской помощью за пределы Забайкальского края. За предоставление таким пациентам медицинских услуг за пределами Забайкальского края из бюджета регионального Министерства здравоохранения ежегодно тратилось 12-15 млн. рублей.

В июне 1998 г. на базе Краевой больницы № 3 начал действовать межрайонный диагностический центр, с этого момента жители 7 близлежащих районов беспрепятственно могли получить все виды диагностических обследований. Для этого в межрайонном диагностическом центре имеется и хорошая материально-техническая база, и квалифицированный медицинский персонал.

**Краевая больница №3 одной из первых вошла в проект Министерства здравоохранения Забайкальского края по созданию на базе медицинских организаций, обладающих хорошей материально-технической базой и квалифицированным персоналом, специализированных медицинских центров.**

Для оказания плановой хирургической помощи в ноябре 2004 г. в нашей больнице был открыт центр плановой хирургии, где и по сей день жители 6 близлежащих районов получают высококвалифицированную хирургическую помощь.

В августе 2008 г. жители из 12 близлежащих районов стали получать гемодиализ в непосредственной близости от места жительства, так как в Краевой больнице №3 начал действовать самый крупный в Забайкальском крае центр амбулаторного гемодиализа.

В феврале 2013 г. было открыто первичное сосудистое отделение для больных с ОКС и ОНМК. Ежегодно в нем проходят лечение более 600 больных из 12 прикрепленных районов.

С 2015 года в нашей больнице принимает пациентов отделение реабилитации на 10 коек. А в настоящее время завершается работа по созданию здесь амбулаторного центра реабилитации. Центр оснащен всем необходимым для ее проведения больным, перенесшим разные травматические повреждения, ОКС, ОНМК, отклонения в состоянии здоровья, выявленные в процессе диспансеризации, профилактических медосмотров, в том числе у детей. Возможности центра в этом направлении рассчитаны на 10-12 прикрепленных районов.

С сентября 2016 г. в учреждении реализуется пилотный проект по обследованию больных с подозрением на онкозаболевания для жителей четырех прикрепленных районов. Кроме того, для населения близжащих районов края в Краевой больнице № 3 в течение последних 5 лет проводится ПЦР - диагностика и пренатальная диагностика.

Опыт Краевой больницы №3 подтверждает, что организация межрайонных центров является наиболее приемлемым и менее затратным вариантом обеспечения доступности населения к диагностическим и терапевтическим видам медицинской помощи, обеспечивающей оптимальный объем и качество оказываемой медицинской помощи в условиях ограниченных финансовых ресурсов, способствует соблюдению этапности в оказании медицинской помощи.

Считаю, что построение уровневой, технологичной, территориальной системы не только улучшает организацию оказания медицинской помощи, ее доступность, но и влечет за собой реформирование системы здравоохранения на региональном уровне. Это в свою очередь даст повышение эффективности использования ресурсов медицинской организации, преодоление структурных диспропорций в ее организации, возможность финансирования и развития приоритетных направлений за счет высвобождения ресурсов, обеспечить доступность и качество оказания специализированной медицинской помощи вне зависимости от статуса и места жительства.

В совокупности это позволяет обеспечить контроль над состоянием здоровья населения, увеличить объем профилактических мероприятий, координировать лечебно-диагностический процесс, эффективно используя финансовые ресурсы.

***Николай Горяев,***
***главный врач Краевой больницы №3***

# СКОРАЯ ПОМОЩЬ: РАБОТАТЬ, КАК ТРЕБУЕТ ВРЕМЯ

***С 1 июля в России действуют новые правила работы скорой медицинской помощи, утвержденные Минздравом РФ. Они предусматривают и ограничение времени прибытия бригады на экстренные вызовы к пациентам, и кадровые поправки, касающиеся комплектации бригад, и изменения в оснащении медицинским оборудованием.***

Выдержать эти нормативы в Забайкальском крае особенно непросто: дороги в огромном и отдаленном регионе всегда оставляли желать лучшего, расстояние между многими населенными пунктами очень велико, а изношенность автотранспорта региональной службы скорой медицинской помощи в последние годы буквально зашкаливает.

Одной из мер для перехода службы на новые порядки работы стало открытие в Чите и районах края дополнительных пунктов скорой медицинской помощи. Первый открылся для читинцев - в Ингодинском районе краевой столицы, по ул. Ярославского, 18. Новый пункт «скорой», являющийся структурным подразделением городской Станции скорой медицинской помощи, создан на базе поликлинического отделения №6 Клинического медицинского центра г. Читы. Его основная функциональная единица - выездная фельдшерская бригада. С 08.30 до 24.00 ч. специалисты бригады оказывают помощь взрослым и детям на месте происшествий, а также «в пути следования в стационар при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан или окружающих их лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострением хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах».

**Одной из мер для перехода службы на новые порядки работы стало открытие в Чите и районах края дополнительных пунктов скорой медицинской помощи.**

Этот пункт скорой помощи организован с учетом новых правил транспортной доступности. В зону его обслуживания входят: ул. Луговая, 8 Марта, Сибирская, Лучевая, Заречная, Островская, Охотничья, Дачная, Оздоровительная, Песчаная, Лазо, 1-й мкр, Московский тракт, Шевченко, Верхнеудинская, Ярославского, Шубзаводская, Бекетова, Бульварная, Лесозаводская, Шестиперова, Промышленная, Логовая, Балейская, Больничная, а также другие улицы и переулки, прилегающие к ним. Границы зоны обозначены условно и при необходимости выездная бригада пункта может быть направлена в зоны деятельности других подстанций.

Еще несколько дополнительных пунктов скорой помощи будут открыты в Читинском районе Забайкалья. Так решен вопрос об открытии до конца года пункта «скорой» в Смоленке. Для его организации администрация сельского

**Сделаны и первые шаги по обновлению изношенного автопарка. В текущем году Правительство РФ выделило 3 миллиарда рублей на закупку более тысячи автомобилей «скорой помощи» разной комплектации, 13 из которых были направлены в Забайкальский край**

поселения выделила помещение, и сегодня там уже проводятся ремонтные работы. Еще один дополнительный пункт скорой медицинской помощи в первом полугодии 2017 года появится в районе Соснового бора. Кроме того, будет открыт круглосуточный притрассовый пункт «скорой» в районе Арахлейского КП. В зону обслуживания его бригады попадут и жители села Верх-Чита.

А в планах второго полугодия 2017 года – организация дополнительного пункта скорой медицинской помощи на федеральной трассе Чита-Хабаровск, в районе Чернышевского КП.

Сделаны и первые шаги по обновлению изношенного автопарка. В текущем году Правительство РФ выделило 3 миллиарда рублей на закупку более тысячи автомобилей «скорой помощи» разной комплектации, 13 из которых были направлены в Забайкальский край. Эксклюзивными поставщиками автомобилей для российских регионов были определены российские производители: «ГАЗ», «УАЗ», «Форд Соллерс Холдинг». Больше всего автомобилей — по 45 «Газелей» — получили самые крупные по населению регионы – Краснодарский край и Московская область. Соседняя Республика Бурятия, как и Забайкалье, получила 13 автомобилей, а Иркутская область — 22.

9 сентября новые машины скорой помощи, закупленные на средства федерального бюджета, забайкальцам передал председатель правительства Российской Федерации Дмитрий Медведев, прибывший в этот день в Читу с рабочим визитом. Забайкалье получило 13 машин: один реанимобиль класса С марки «Форд», пять машин ГАЗ класса В и семь санитарных автомобилей УАЗ. «Газели» и «Форд» были предназначены для учреждений Читы и Краевой больницы №4 г. Краснокаменска, санитарные автомобили УАЗ распределили по районам края. По техническим характеристикам все они – автомобили нового поколения, отличающиеся высокой проходимостью, оснащенные всем необходимым для оказания неотложной помощи оборудованием.

Во время визита в Читу премьер-министр России отметил, что федеральное правительство намерено продолжить реализацию программы по оснащению регионов машинами скорой помощи.

Повышению доступности скорой медицинской помощи для населения сегодня служат и изменения в составе врачебных и фельдшерских бригад, где в соответствии с новыми порядками, появились и новые штатные единицы – медицинские сестры. В состав врачебных бригад «скорой» теперь могут входить врач, медсестра и водитель, в состав фельдшерских бригад - фельдшер, медсестра и водитель.

Как это способствовало повышению доступности? Главный врач Станции скорой медицинской помощи Николай Коновалов пояснил, что если раньше на станции ежедневно работали 21-22 бригады, то перераспределение кадров дало возможность увеличить их количество на 4-5.

- В качестве второго члена бригады новый порядок разрешил привлекать медицинских сестер. Должность медсестры - без права самостоятельной работы, только под руководством доктора или фельдшера. Коллектив Станции скорой медицинской помощи постепенно пополнился 24 медицинскими сестрами. Благодаря нововведению, у нас появилась возможность перераспределить кадры - часть фельдшеров заменить медсестрами, а высвободившихся фельдшеров к началу сезонного подъема заболеваемости поставить во главе вновь скомплектованных 4-5 фельдшерских бригад, - пояснил главный врач. – Теперь анализируем поступающие вызовы – на менее сложные направляются фельдшерские бригады, в составе которых будут фельдшеры, имеющие большой опыт работы, на более сложные – врачебные бригады. Изменения нужные, при имеющемся сегодня кадровом дефиците увеличение числа бригад позволяет нам существенно сократить время прибытия к пациентам, а, значит, и повысить доступность скорой медицинской помощи для забайкальцев.

***Ирина Белошицкая***

# ДОСТУПНОСТЬ НЕ ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАВИСИМОЙ

***Центральная районная больница Читинского района является, пожалуй, самой «густонаселенной» среди прочих на периферии. Так, согласно статистике, количество прикрепленного к медучреждению населения составляло на начало текущего года около 66 тысяч человек. Пережив два года назад серьезную структурную реорганизацию, сменив статус краевой на районную, получив в разы увеличенную нагрузку в виде обслуживаемого населения, коллектив лечебного учреждения сегодня с особой ответственностью решает вопросы доступности медицинской помощи для потенциальных пациентов, проживающих в 43-х населенных пунктах района. О том, что уже сделано, над чем еще предстоит серьезная работа – беседа с главным врачом Читинской ЦРБ Геннадием ЕМЕЛЬЯНОВЫМ.***

**- Геннадий Константинович, на уровне главного лечебного учреждения одного из крупных районов края, «опекающего» более 23-х сельских населенных пунктов, наверное, сложно достигнуть абсолютной доступности?**

- Доступность медицинской помощи, а значит и качество, я подразумеваю в отсутствии географических (радиус вверенных мне учреждений составляет более трехсот километров), экономических, организационных и социальных барьеров. Так, сегодня в структуру ЦРБ входят 4 участковые больницы, 4 врачебных амбулатории, поликлиника в поселке Атамановка, 34 фельдшерско-акушерских пункта и 4 домовых хозяйства. Однако, Читинская центральная районная больница, являясь лечебно-организационно-методическим, диагностическим и консультативным центром, в полном объёме оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь как жителям собственного, так и соседних районов, причем, не только плановую, но и экстренную, имея в своём составе скорую, соответствующую самым современным медицинским стандартам. Несмотря на то, что в районе действуют более 30 ФАПов, постоянно в работе действующие мобильные врачебные бригады, которые, имея современный автомобильный медицинский комплекс, являются частыми гостями у селян. В районе, часть из которого является пригородом, проживает большое количество не только взрослых пациентов, но и детей, которым в нашей больнице также оказывается своевременная медицинская помощь в составе педиатрического отделения, которое, для удобства как детей, так и родителей, занимает целое крыло с отдельным входом и регистратурой. Обеспечивая жизнедеятельность довольно непростого больничного хозяйства, приходится учитывать ежедневно любые нюансы, а это, прежде всего – правильная маршрутизация пациента, как правило, преодолевшего немалые расстояния на пути к получению медицинской услуги, которую, мы, в свою очередь, обязаны ему оказать без проволочек.

**Доступность медицинской помощи – это, прежде всего, отсутствие географических, экономических, организационных и социальных барьеров.**

**- В последние месяцы в вашей поликлинике заметно сократились очереди к окну регистратуры. Как удалось достичь такого?**

- Во-первых, путем разумного перераспределения потоков пациентов и увеличением количества действующих окон в регистратуре. Для этого в штат ЦРБ были введены дополнительно три ставки медицинских регистраторов. Кроме того, с середины мая регистратуры всех структурных подразделений нашего лечебного учреждения, в том числе, на периферии, открыты для больного с 7 часов 30 минут утра, что, в свою очередь, позволило начинать работу врачебного персонала своевременно, с 8 часов 00 минут.

**Для улучшения качества обслуживания пациентов, дополнительно введено в штатное расписание ЦРБ 3,0 ставки регистратора, из них 2,0 – колл-центр, 1,0 – холл-менеджер. Таким образом, общее количество ставок регистраторов ЦРБ составило 8,0.**

Следующий шаг, заключающийся в расширении поля доступной и своевременной информации, которую хочет получить каждый пациент, позволил нам отладить механизм маршрутизации. Представьте, что вы пришли в поликлинику, а вашему взору предстала огромная очередь, ни конца, ни начала которой вы найти не смогли. К окнам медрегистраторов не пробиться, на стендах мало что понятно, а к врачу прорваться надо во чтобы то не стало.

Сегодня вы не увидите подобного – для упорядочения потока пациентов к окнам регистратуры внедрена электронная очередь, что позволяет избежать скопления пациентов и очереди у окон регистратуры, которых в поликлинике действует теперь шесть. Причем, в двух из которых медрегистраторы отвечают за оформление направлений больного в иные лечебные учреждения, в том числе и за регистрацию заявлений от граждан на прикрепление к медицинскому обслуживанию в нашей ЦРБ. Плюс – мы позаботились о комфорте наших пациентов. Для этого был существенно расширен холл поликлиники, где установлены удобные мягкие диваны.

**- Регистраторы частенько вынуждены отвлекаться на телефонные звонки, ведь кому-то нужно вызвать доктора или записаться на прием ...**

- С позвонившим в регистратуру работают два медицинских регистратора – сотрудники колл-центра, имеющие отдельные рабочие места. Девушки непосредственно отвечают за телефонную связь с пациентами (прием вызовов и оповещение обратившегося о записи на прием или обследование). С 1 июня в регистратуре поликлиники были установлены 2 телефонных номера и выведены отдельные линии на каждого регистратора.

**- И все-таки, если, придя впервые в вашу поликлинику, больной не знает, к какому врачу ему обратиться, то он создает сумятицу в регистратуре?**

- Эту проблему мы тоже решили, учитывая потребности сомневающегося пациента, его у входа встречает холл-менеджер, отвечающий за маршрутизацию и распределение потоков населения, работающий на протяжении всего рабочего дня в холле регистратуры. Причем, вопросы, которые не требуют вмешательства регистраторов, легко решаются таким специалистом, что дало нам возможность разгрузить регистратуры. Кроме того, мы прибегли и к «наглядной агитации»: для правильной ориентации в центральном холле работает электронное табло, а на всех этажах поликлиники ЦРБ размещены маршрутизаторы с указанием номеров кабинетов и направления движения, что также позволило достичь наибольшего удобства для пациентов.

**- В структурных подразделениях удалось достичь подобного эффекта?**

- Несомненно. Были капитально отремонтированы и расширены отделения регистратур в Верх-Читинской, Домнинской и Новинской участковых больницах, проведено обучение медрегистраторов на предмет рациональной работы с пациентом, правильной организации рабочего времени и места, тренинги на темы этики и деонтологии медицинских работников.

**- Как видим, количество прикрепленного населения к вашему учреждению растет, равно как и нагрузка на медицинский персонал. Какие в дальнейшем будут предприняты шаги для увеличения для населения доступности медицинской помощи?**

- Как я уже говорил в начале беседы, доступность не должна зависеть от разных факторов, добавлю только - в том числе, и от человеческого. Доступность – это еще и вежливость, милосердие и сострадание по отношению к пациенту. К великому сожалению, в настоящем нередкими стали случаи прохладного отношения к медицинской этике. Поэтому считаю, что наряду с первостепенными задачами, необходимо увеличить количество регулярных тренингов, способствующих повышению стрессоустойчивости всего коллектива. В команде не должна прекращаться работа и по улучшению этико–деонтологических принципов.

**В структуру Читинской ЦРБ входят 4 участковые больницы, 4 амбулатории, 1 поликлиника в поселке Атамановка, 34 ФАПа, 4 домовых хозяйства. Количество прикрепленного населения составляет 65 860 человек.**

Как руководителю, мне просто необходимо достичь стопроцентной укомплектованности кадрами структурных подразделений Читинской ЦРБ, включая участковых врачей-терапевтов, врачей узких специальностей и фельдшеров ФАПов. А для этого нужно активнее продолжать привлекать к сотрудничеству руководство района, студентов-целевиков Читинской государственной медицинской академии, работать с программой «Земский доктор». Среди главных задач - обеспечение постоянного профессионального роста медицинских работников как врачебного, так и среднего звена. Кроме того, мы будем продолжать и внедрение новых информационных технологий в больнице.

Каждый винтик в механизме должен крутиться без скрипа и выполнять строго отведенную функцию. Только так, считаю, можно достичь наибольшей слаженности и успеха. В этом случае уже можно будет говорить о качестве и открытой доступности медицинских услуг для населения, здоровье которого в наших руках.

***Подготовила Оксана Леонтьева***

# ПРОБЛЕМЫ С ЛЕКАРСТВАМИ ПОМОГАЮТ РЕШАТЬ ГОСУДАРСТВЕННЫЕ АПТЕКИ

***За последние два года сеть государственных аптек в Забайкалье пополнилась 31 аптекой и аптечными пунктами. Для многих забайкальцев уже давно не секрет – аптеки с вывесками в коричневых тонах, работающие под эгидой «государственных», имеют более выгодные цены на многие востребованные препараты, а также занимаются выдачей лекарств льготникам и обеспечивают население наркотическими и обезболивающими лекарственными средствами. Об этом – разговор с директором ГУП «Аптечный склад» Сергеем ЧУМАКОВЫМ.***

**В общероссийском масштабе система государственных аптек – это возможность планировать и контролировать как производство, так и снабжение населения жизненно необходимыми препаратами.**

- Большинство наших аптек и аптечных пунктов открыты в лечебных учреждениях, таким образом у льготных категорий граждан появилась возможность получать препараты непосредственно там, где был выписан рецепт. В 2015 году мы открыли 23 аптеки и аптечных пункта, еще 8 начали действовать в 2016 году, - рассказывает директор ГУП «Аптечный склад» Сергей Чумаков. – 13 из наших аптек обеспечивают забайкальцев наркотическими и обезболивающими средствами.

**Последнее директор «аптечного склада» пояснил более подробно:**

- Стало очевидным, что государственная система обеспечения населения наркотическими и обезболивающими препаратами крайне важна, поскольку частники за это браться не хотят – невыгодно. Затраты на отпуск таких препаратов очень высоки: требуется оборудовать помещение, сейфовую комнату, провести сигнализацию, за нарушение – уголовная ответственность. После ужесточения требований к условиям хранения НС и ПВ частные и даже некоторые муниципальные аптеки из-за низкой рентабельности предпочли отказаться от необходимой процедуры лицензирования данного вида медицинской деятельности. Но если частный бизнес живет по своим законам, то аптеки, подведомственные Минздраву, являются неким гарантом того, что будут выполнять поставленные перед ними задачи, имеющие социальное значение.

До 2015 года читинцев наркотическими средствами обеспечивали только две аптеки в городе. Пациенты, страдающие заболеваниями, при которых нельзя обойтись без обезболивания, или их родственники были вынуждены ехать за ними в центр Читы даже из отдаленных районов краевой столицы. Этот факт учитывался в первую очередь при открытии государственных аптек, имеющих лицензии на оборот наркотических средств - город был разбит на сектора, а помощь, таким образом, была приближена к пациентам, проживающим в разных районах. В Чите лицензии на оборот наркотических средств получили государственные аптеки при поликлиниках и стационарах, расположенных на Черновских, в Сосновом Бору, на КСК, на улицах Амурской и Курнатовского.

- И сегодня мы работаем, в первую очередь, с районами, где остро стоит вопрос именно с обеспечением наркотическими и обезболивающими препаратами. С правом реализации сильнодействующих, психотропных веществ в районах края на первом этапе открыли аптеки только в районных центрах – нужно обеспечить этими препаратами каждый район, чтобы людям не приходилось для получения выезжать за их пределы, - говорит Чумаков.

При открытии новых государственных аптек обязательно учитывается, в каких населенных пунктах Забайкалья потребность в них наиболее острая. Так, особое внимание было уделено вопросу создания в Борзе второй государственной аптеки – находящейся в районе, расположенном за железнодорожным полотном, в

***Сергей Чумаков***

так называемой «залинейной» части. Население этого района составляет около 8 тысяч человек, а ближайшие аптеки находятся в центре города, куда нужно добираться на общественном транспорте около получаса. Попытки открыть в этой части Борзи аптечные пункты успехом не увенчались – за последние годы здесь закрылись по причине нерентабельности четыре аптеки. Решение проблемы взяло на себя предприятие «Аптечный склад» - сейчас уже подобрано помещение, ведётся подготовка документов.

**Одна из задач, которую призвана решать сеть государственных аптек, – положительно воздействовать на ценовую политику в области лекарственного обеспечения.**

Еще одним примером работы «Аптечного склада» стал поселок Горный-1, жители которого еще совсем недавно были вынуждены ездить за лекарствами в соседний населенный пункт или даже в краевой центр. И хотя в поселке проживают всего 630 человек, им, как и жителям «залинейной» части Борзи, приходилось тратить немало времени и денег, чтобы добраться до ближайшей аптеки. Сегодня здесь отремонтировано помещение, получена лицензия и открыт аптечный пункт, в котором пока имеется более двух тысяч наименований лекарственных препаратов, но со временем этот ассортимент будет увеличен. Реализовываться здесь будут не только обычные препараты, но и лекарства для льготных категорий граждан.

Призвана сеть государственных аптек и положительно воздействовать на ценовую политику в области лекарственного обеспечения, и на ассортимент.

- С одной стороны, наши аптеки должны стать конкурентоспособными, с другой - мы не должны забывать, что это государственные аптеки со всеми их социальными функциями. С первых дней мы разрабатываем ассортиментную политику сети, опираясь на которую будет легче формировать оптимальный набор лекарственных препаратов и медикаментов для каждой конкретной торговой точки. Отработана оптимальная система доставки – это один из залогов бесперебойного снабжения препаратами всех наших аптек, в том числе и тех, что расположены в отдаленных населенных пунктах. Сегодня в распоряжении «Аптечного склада» для этого имеется все необходимое, включая специализированный автотранспорт. Кроме того, мы непременно должны помнить, что среди посетителей наших аптек много людей с небольшим достатком, и учитывать это, формируя цены и выполняя социальные функции аптек нашей сети. Поэтому в подразделениях нашей аптечной сети были снижены цены на 300 позиций лекарственных препаратов. Как показывает мониторинг, сегодня они существенно ниже, чем в других аптеках. 300 позиций были выбраны, исходя из востребованности в каждой конкретной аптеке, и в разных наших подразделениях перечни «ходовых» препаратов могут существенно отличаться друг от друга. Наша задача – снизить цену именно на 300 позиций препаратов, самых востребованных в данной аптеке, - уточнил директор предприятия.

Только за последние три месяца в крае начали действовать пять государственных аптек (в Балее, Калге, Цасучее, Атамановке, Горном), на подходе – шестая, в поселке Забайкальск.

На очереди - государственные аптеки в Карымской, Кокуе, Чернышевске, Ясногорске, Приаргунске, Новокручининске.

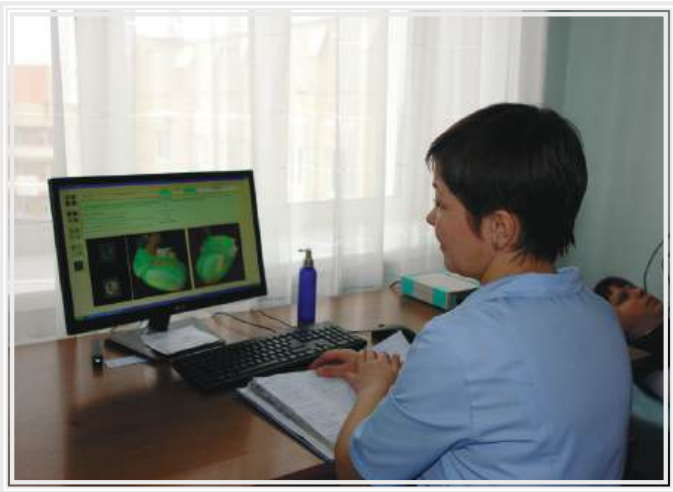
До конца 2017 года аптеки и аптечные пункты с вывеской «государственные» планируется открыть во всех районах Забайкалья.

***Ирина Белошицкая***

**Как правило, пункты реализации лекарств открываются при учреждениях здравоохранения, чтобы соблюсти принцип «шаговой» доступности – препараты получаются там же, где выписан рецепт.**

# КОГДА РЕЧЬ ИДЕТ О ЗДОРОВЬЕ – МЕЛОЧЕЙ НЕ БЫВАЕТ

## *Самый доступный и легкий способ пройти обследование – посетить центр здоровья*



**Для массовых скрининговых обследований граждан, позволяющих доступными методами за короткое время качественно выявить патологию и для формирования приверженности к принципам здорового образа жизни у населения различных возрастов на территории Российской Федерации в 2009–2010 гг. было создано более 500 центров здоровья, пять из которых – в Забайкальском крае.**

За счет федерального и регионального бюджетов для новых центров было поставлено самое передовое оборудование на сумму более 15 миллионов рублей. Так в арсенале специалистов центров здоровья появились аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, компьютеризированная система скрининга сердца (кардиовизор), артериограф, компьютеризированный спирометр, кардиотренажер, универсальная стоматологическая установка, биоимпедансметр, смокелайзер, экспресс-анализатор для определения общего холестерина и глюкозы в крови, автоматический рефрактометр и пневмотонометр, спортивные тренажеры и др.

**Главный принцип центров здоровья - экспресс-методы диагностики. От 45 минут до 1,5 часов – и врачи уже смогут сделать прогноз на ближайшее будущее.**

Центры здоровья консультируют население по вопросам сохранения и укрепления здоровья, информируют граждан о вредных и опасных для здоровья человека факторах, активно их выявляют и осуществляют коррекцию по индивидуальному плану. Специалисты проводят пропаганду здорового образа жизни по формированию у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких. Во всех центрах здоровья имеются необходимые для осуществления соответствующих видов деятельности лицензии.

В структуре центров - кабинеты инструментального и лабораторного обследования; кабинеты врачей - специалистов, гигиениста стоматологического, здорового питания, ЛФК. Обследоваться и получить консультацию специалиста, обучиться в школе здоровья, позаниматься на спортивных тренажерах может каждый желающий, необходимо только наличие страхового медицинского полиса. Дети посещать центры должны обязательно в сопровождении родителей или опекунов.

Во всех центрах здоровья введены штатные расписания, оптимальные для проведения качественной планомерной работы с полной нагрузкой, в две смены. Все поставленное оборудование действует. Медицинским персоналом за эти годы в совершенстве отработана логистика оказания комплексной профилактической услуги. Кроме того, индикаторные показатели работы центров здоровья внесены в территориальную программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Деление центров здоровья на «взрослые» и «детские» в Забайкалье до 2014 г. было в большей части условным - на закупленном оборудовании пройти скрининговое обследование могли граждане любого возраста, поэтому было принято приходить туда и обследоваться семьями. Несмотря на проведенные мероприятия оптимизации в здравоохранении и реорганизации ряда медицинских учреждений, структура и работа центров здоровья в Забайкальском крае в целом не были нарушены. Действует центр здоровья, где могут обследоваться граждане 18 лет и старше (г. Чита, ул. Богомягкова, 23, поликлиническое

***Марина Загирова***

подразделение №1 Клинического медицинского центра г. Читы). Прием для детей с самых первых дней жизни до 17 лет включительно ведут два центра здоровья, расположенные в реабилитационном подразделении Детского клинического медицинского центра г. Читы и его филиале (ул. Угданская, 29 и на КСК). Работа двух центров здоровья организована по семейному принципу – в них оказываются профилактические услуги как детям, так и взрослым, они действуют на базе Краевой больницы №4 г. Краснокаменска и Клинического медицинского центра г. Читы по ул. Шилова, 49.

Основной повод посещения центров здоровья - самообращения граждан старше 18 лет, которые составляют 64% от всех обращений. В 50% случаев решение привести ребенка в центр принимают родители. Это свидетельствует о том, что востребованность профилактических учреждений, их значимость для населения Забайкальского края с годами не снижается.

За 6,5 лет работы в центрах здоровья обследовано около 250 тысяч человек (23% населения Забайкальского края), из них более 150 тысяч детей и подростков. Средний возраст посетивших центры здоровья взрослых – 43 года, детей – 9 лет. Средний показатель по обращаемости жителей Забайкалья в один центр стабильно высокий и составляет в среднем 8500 граждан в год (РФ 7600), средняя нагрузка – 30 человек в день.

В состав комплексной услуги входит оценка психофизиологического и соматического здоровья, работы сердца и дыхательной системы, зубов, пародонта и органа зрения, проведение ангиологического скрининга, исследование крови на содержание сахара, холестерина и кислорода. По итогам получения услуги специалисты проводят индивидуальное консультирование, составляют план по коррекции выявленных факторов риска развития заболеваний, определяют степень риска возникновения смертельных кардиоваскулярных осложнений, ведут при необходимости динамическое наблюдение, обучают граждан правилам оказания первой помощи при жизнеугрожающих состояниях. В целом здоровыми признаны всего 28% взрослых граждан и 23% детей и подростков.

**Все исследования в центрах бесплатные – так же, как и индивидуальная программа оздоровления. Для получения комплексной услуги гражданин должен иметь при себе только паспорт и полис медицинского страхования.**

Специалисты центров здоровья - активные участники массовых мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, в том числе пропаганды, направленной на прекращение потребления табака, пагубного потребления алкоголя, наркотических средств среди населения, на предприятиях, в образовательных организациях, детских оздоровительных лагерях, куда сотрудники центров выезжают на двух мобильных комплексах. За год участниками таких мероприятий становятся около 10 тысяч забайкальцев, кроме того, медики распространяют более 60 тысяч тематических памяток и листовок.

Целенаправленная работа центров здоровья по оздоровлению жителей края продолжается, в ближайших планах – создание школ правильного (здорового) питания и снижения веса, высокого кардиоваскулярного риска, а также открытие кабинетов по оказанию помощи гражданам в отказе от курения.

***Марина Загирова,***
***главный врач Краевого центра***
***медицинской профилактики***

# КАК ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ...

***На сегодняшний день достижение адекватного уровня доступности и качества медицинской помощи для населения является универсальной целью развития системы здравоохранения для любого государства. В соответствии со Стратегией национальной безопасности Российской Федерации, утверждённой Указом Президента РФ от 31.12.2015 г. № 683, повышение доступности и качества медицинской помощи является стратегической целью долгосрочной государственной политики в сфере охраны здоровья граждан. Это обусловлено юридической гарантией реализации конституционного права каждого гражданина на квалифицированную медицинскую помощь.***

**Сегодня пациент оценивает здравоохранение, в первую очередь, именно как возможность своевременно получить необходимую медицинскую помощь вне зависимости от своего социального статуса, места жительства и достатка.**

С учётом этого, в последние несколько лет государством предпринимается целый комплекс мер, призванных реализовать эти приоритеты в области охраны здоровья. Так, концептуальным отраслевым Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – закон) доступность и качество медицинской помощи отнесены к основным принципам охраны здоровья, являясь также главной целью Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Действительно, понятие доступности медицины в немалой мере служит объективным показателем развития отрасли, в том числе в Забайкальском крае. Сегодня пациент оценивает здравоохранение, в первую очередь, именно как возможность своевременно получить необходимую медицинскую помощь вне зависимости от своего социального статуса, места жительства и достатка.

При этом принимаются во внимание такие составляющие, как бесплатность необходимой медицинской помощи, время, необходимое для её получения, транспортная доступность до медицинского учреждения, возможность получения определенной медицинской услуги в медицинских учреждениях по месту жительства, наличие необходимого медицинского оборудования и многое другое.

Качество медицинской помощи в целом отражает своевременность её оказания, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата.

В практической деятельности медицинского работника часто возникают вопросы, связанные с юридическими аспектами обеспечения гарантированного уровня доступности.

***ИТАК**, рассмотрим основные направления в реализации принципа доступности, предусмотренные статьёй 10 Закона, а также конкретные требования для их достижения.*

**1). Организация оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения.**

Это одна из основных задач для создания оптимальных условий своевременного получения медицинской помощи различными группами населения.

**2). Наличие необходимого количества медицинских работников и уровень их квалификации.**

При этом формирование штата специалистов осуществляется непосредственно медицинским учреждением с учётом таких показателей, как количество обслуживаемого населения, количество обратившихся за медицинской помощью в предыдущих отчетных периодах; принимаемые на работу специалисты должны иметь соответствующий уровень образования и квалификации.

**3). Возможность выбора медицинской организации и врача** – статьёй 21 Закона предусмотрено, что при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, он имеет право на выбор медицинской организации в установленном порядке и на выбор врача с учетом согласия врача (порядок детально регламентируется приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 г. №406н).

**4). Применение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.**

Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи разрабатываются и утверждаются Минздравом РФ по отдельным видам медицинской помощи с учетом ее специфики по отдельным заболеваниям.

***Алексей Морицан***

Следует отметить, что в силу статьи 37 Закона порядки оказания медицинской помощи являются обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями.

**5). Предоставление медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.**

Этот документ в необходимом объёме следует знать каждому медицинскому работнику, участвующему в оказании бесплатной медицинской помощи гражданам.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Забайкальского края на 2016 год утверждена постановлением Правительства Забайкальского края от 26.01.2016 года № 41.

*В соответствии с положениями Программы, конкретные показатели доступности медицинской помощи, а именно сроки её получения, следующие:*

- при оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме – в течение 2 часов с момента обращения;

- при приёме врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми – в течение 24 часов с момента обращения;

- при приёме врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме – в течение 14 календарных дней с момента обращения;

- при проведении диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме – в течение 14 календарных дней;

- при проведении компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме в течение 30 календарных дней.

**Огромное значение в повышении доступности вместе с тем имеет реализация мер по развитию профилактической медицины, усилению роли амбулаторной службы, маршрутизации потоков пациентов, внедрению современных информационных технологий, оснащению медицинским оборудованием и т.д.**

**6). Установление требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения, исходя из потребностей населения.**

Полномочиями по установлению таких требований обладает Минздрав России.

**7). Транспортная доступность медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения.**

Требования к размещению и территории медицинских организаций предусмотрены СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 г. №58.

**8) Возможность беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью.**

**9). Оснащение медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья.**

Речь идёт о Порядке обеспечения условий доступности для инвалидов объектов инфраструктуры государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и предоставляемых услуг в сфере охраны здоровья, а также оказания им при этом необходимой помощи, утверждённом приказом Минздрава России от 12.11.2015 г. № 802н.

Все эти направления являются общими, базовыми. Огромное значение в повышении доступности вместе с тем имеет реализация мер по развитию профилактической медицины, усилению роли амбулаторной службы, маршрутизации потоков пациентов, внедрению современных информационных технологий, оснащению медицинским оборудованием и т.д.

При этом неизменным условием эффективности проводимых государством мероприятий служит профессионализм каждого медицинского работника, его искреннее стремление к совершенствованию российской системы здравоохранения.

Таким образом, достижение максимального уровня доступности и качества медицинской помощи остаётся одной из приоритетных задач медицины на любом этапе её реформирования.

Соблюдение очевидных, гарантированных государством критериев доступности позволит действительно приблизить медицинскую помощь к населению, способствует повышению имиджа любой медицинской организации и её дальнейшему успешному развитию.

***Алексей Морицан,***
***ведущий юрисконсульт Клинического медицинского центра г.Читы***

# ПРОФЕССИОНАЛАМ В УЧАСТИИ ОТКАЗАНО!

*Фоторабoты, выполненные только непрофессиональными фотографами, принимаются на конкурс «Жизнь моя – хирургия!», объявленный в Забайкалье.*

Вам когда-то спасли жизнь, поправили здоровье, помогли вернуться на любимую работу? Держа в руках камеру, вы остановили мгновения в общении с любимым доктором или, будучи врачом, провели уникальную операцию? Тогда вам необходимо поделиться своими впечатлениями, прислав свое авторское фото на конкурс, итоги которого организаторы планируют подвести 25 ноября 2016 года, в День рождения великого русского хирурга Николая Пирогова. Тема фотоконкурса заложена в его названии, цель - популяризация хирургической специальности среди представителей медицинского сообщества и населения. Кроме того, по мнению организаторов, любой забайкалец получит возможность вспомнить или увидеть на фото тех врачей, которые подарили им жизнь и здоровье.

**Авторы лучших фоторабoт получат в награду Почетные грамоты Министерства здравоохранения Забайкальского края, Благодарственные письма Законодательного Собрания, ценные призы.**

Ваши работы в составе жюри оценят министр здравоохранения Забайкальского края Сергей Давыдов, депутат Законодательного Собрания края Алексей Саклаков, легенды детской хирургии и фотожурналистики Анатолий Пажитнов и Евгений Епанчинцев.

## *РАБОТЫ УЧАСТНИКОВ:*

**ФОТО №1 Романа Кожина,** хирурга Краевой больницы №4 Краснокаменска

**ФОТО №2 Андрея Леонтьева**, эндоскописта Краевой больницы № 4 Краснокаменска

Работы фотографы-любители могут присылать по электронному адресу: **saklakov.aleksey@mail.ru.**

*Организаторы фотоконкурса обращаются с просьбой к участникам: обязательно указывать имена героев своих работ, по возможности – время и место съемки, а также свои контактные данные (ФИО, место работы, контактный телефон). Кроме того, все присланные фоторабoты будут собраны и опубликованы в мультимедийном альбоме под названием «**Жизнь моя – хирургия!**».*

Конкурс проводится по инициативе и под патронатом Министерства здравоохранения Забайкальского края и регионального Законодательного Собрания.

# ПРИСОЕДИНЯЙТЕСЬ, ВЫ – ЛУЧШИЙ!

Заслуги тысяч медицинских специалистов, ежедневно спасающих жизнь и здоровье забайкальцев, считающих, что **их благой труд не подвиг, а святой долг, нередко и совершенно незаслуженно остаются незамеченными. Это неправильно,** потому что, возвращая людям здоровье и надежду, каждый врач вносит значительный вклад в развитие здравоохранения Забайкалья.

**Отныне в крае будет проходить ежегодный профессиональный конкурс «Лучший врач Забайкальского края», учрежденный министром здравоохранения региона Сергеем Давыдовым.**

Так, представитель любой из врачебных специальностей имеет возможность стать заявителем на победу в 30 различных номинациях, в каждой из которых к конкурсантам выдвинут ряд определенных профессиональных требований. К примеру, в номинации «За верность профессии» доктор должен проработать в медицинской организации не менее 50 лет, а в номинации «За проведение уникальной операции, спасшей жизнь человеку» могут быть представлены хирурги или бригада хирургов и анестезиологов.

**ИТОГИ** профессионального конкурса «Лучший врач Забайкальского края - 2016» будут подведены экспертной комиссией к 1 декабря текущего года.

Ознакомиться с пакетом документов, которые будет необходимо подать на конкурс, можно на официальном портале регионального Минздрава в сети Internet, в разделе «Нормативно-правовые акты Министерства здравоохранения Забайкальского края», пройдя по ссылке **http://chitazdrav.ru/taxonomy/term/70.**

# ВРАЧИ – ТРУЭНТЫ: ОТ МОЙНИГАНА ДО ЧЕ ГЕВАРЫ

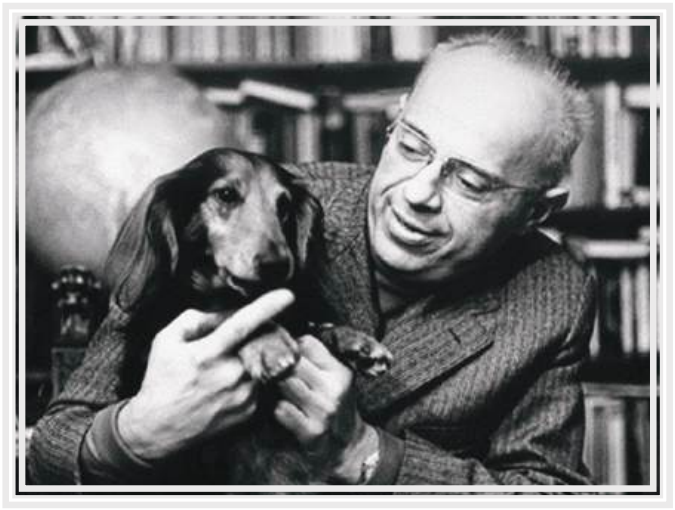
***Среди медиков, посвятивших свою жизнь карьере в другой специальности, найдется немало талантливых людей, имеющих порой мировую известность. Существует специальный термин: «врачи – труэнты» (от английского truent – прогульщик). Термин мне абсолютно не нравится, так как искажает смысл жизни этих весьма талантливых людей, но так как он давно прижился, приходится им пользоваться. Авторство принадлежит знаменитому британскому хирургу лорду Бёркли Мойнигану (годы жизни с 1865 по 1936-й). Так, во время доклада своей лекции в Кембриджском университете, он рассказал о 61 враче, прославившемся вне медицины – в политике, искусстве, литературе, спорте, философии, назвав их труэнтами. Как же обстоит дело с нашими коллегами – современниками?***

Итак, для начала давайте вспомним самых известных врачей, которых наш мир знает благодаря их заслугам в самых разных специальностях, исключая врачебную. Начнем с писателей, так как они действительно широко известны.

**Антон Чехов** работал уездным врачом Чикинской больницы, заведовал больницей в Звенигороде. **Михаил Булгаков,** будучи военным врачом, участвовал в Брусиловском прорыве, позже врачевал в Вязьме, работал венерологом в Киеве. Во время русско-японской войны служил врачом **Викентий Вересаев.** «Отец» наилюбимейшего Шерлока Холмса, доктор от медицины **Конан Дойль**, ходил на китобойном судне «Надежда» корабельным врачом, имел практику в Портсмуте, во время англо-бурской войны являлся хирургом в военном госпитале.

**Станислав Лем** служил младшим ассистентом в анатомическом театре при университете, **Франсуа Рабле** работал врачом в Лионе, преподавал медицину в Монпелье. **Луи Буссенар** служил военным врачом во время франко-прусской войны. **Василий Аксенов** в прошлом - карантинный врач на Крайнем Севере, в Карелии, в Ленинградском морском торговом порту, Сергей Лукьяненко – врач-психиатр, а **Григорий Горин** выезжал к больным в составе врачебной бригады скорой помощи.

**Глядя на этот «золотой» список, хочется воскликнуть:** «Каких врачей мы потеряли!», однако - каких приобрели писателей! Думаю, что когда мои коллеги в те далекие от нас времена ходили в море на китобойном судне или служили в анатомическом театре, впечатлений и эмоций у них хватало более чем на тысячи книг. Вспомнив произведения, становится понятней, где они брали вдохновение и различные жизненные истории для воплощения в своих нетленных повестях и романах. Нам, хирургам мирного времени, никогда не понять тех нечеловеческих усилий по спасению



**Станислав Лем**

жизней раненых и больных, когда современных достижений медицины не было и в помине.

В творческой среде также найдется немалое количество медиков. Попробуем вспомнить некоторых талантливых актеров, режиссеров, музыкантов, продюсеров, ведущих популярных передач.

Так, известная российская актриса **Татьяна Друбич** - врач-эндокринолог районной поликлиники. **Яна Рудковская** по профессии врач дерматовенеролог-косметолог, Гарик Мартиросян – невропатолог-психотерапевт, **Юлий Гусман** – врач-психиатр. **Юрий Сенкевич** в свое время являлся сначала начальником медицинского пункта, затем - Учебно-тренировочного специализированного центра медико-биологической подготовки космонавтов. Анестезиологи-реаниматологи по профессии **Михаил Шац** и **Александр Розенбаум.**

**А. Розембаум**

У этих врачей были свои пациенты и спасенные жизни, но сейчас они лечат людей духовно и одновременно душевно. Свои новые вершины они взяли, доказав, что талант – это результат упорного, ежедневного труда, поиски нового, необычного и неординарного. Недаром реаниматолог человеческих душ **Александр Розенбаум** поет: «Лечить – так лечить! Любить – так любить!».

Наибольшая группа бывших врачей, представленных в этой статье, это крупные и влиятельные политики разных стран и разных времен. Так, **Сальвадор Альенде**, в свое время занимал ведущие посты в правительстве Чили - министра здравоохранения, президента страны. Фельдшер на наливных судах, помощник аргентинского аллерголога **Сальвадора Писани**, превратился в пламенного революционера **Че Гевару.** Политический деятель Великой французской революции **Жан - Поль Марат,** политический деятель Великой французской революции, служил

**«Хочу пожелать своим коллегам дальнейших успехов на благо развития нашего родного Забайкальского края!» Алексей Саклаков**

***Алексей Саклаков***

Папа Док

доктором медицины в придворном штате графа дэ Артуа. **Франсуа Дювалье** по прозвищу Папа Док, является одним из самых мрачных и жестоких правителей XX века. В своей небольшой вотчине, стране Гаити, он устроил невероятно свирепый кровавый кутеж, мечту любого тирана. **Доктор Жорж Клемансо** стал премьер-министром Франции. Глава Республики Афганистан **Мохаммад Наджибулла,** по профессии врач-гинеколог, окончил Кабульский университет. Китайский революционер, «Отец нации» **Сунь Ят Сен** в свое время окончил Гуанчжоускую медицинскую школу, затем - медицинский институт в Гонконге.

Психиатр больницы в Сараево и штатный психиатр футбольной команды **Радован Караджич** стал президентом Сербской Республики, а врач-стоматолог **Гурбангулы Бердымухамедов,** имеющий звание доктора медицинских наук, был министром здравоохранения, позже возглавил Туркменистан. Президент Бразилии **Жуселину Кубичек ди Оливейра** тоже получил медицинское образование, являлся депутатом штата Минас-Жерайс, губернатором, затем - президентом Бразилии. Президент Сирии **Башар Асад** служил врачом-офтальмологом в военном госпитале Тишрин в пригороде Дамаска. **Дмитрий Ульянов**, родной брат Ленина, работавший врачом в Симбирске и Севастополе, впоследствии стал наркомом здравоохранения и социального обеспечения РСФСР.

Наджибулла

Врач травматолог-ортопед 2-й Рижской больницы **Валдис Затлерс** - президент Латвии, его коллега, врач-стоматолог **Эктор Хосе Кампора** - президент Аргентины. Кроме того, первый президент Анголы **Антонио Агостино Нето** окончил медицинский факультет Коимбрского факультета в Португалии, а **Гру Харлем Брунтланн** (врач Управления здравоохранения Норвегии, премьер-министр Норвегии) - генеральный директор ВОЗ. Министр иностранных дел Франции **Филипп Дует – Блази** по профессии врач – кардиолог, его коллега **Вероника Мишель Бачелет Херия** – президент Чили с 2006 года, врач -хирург и эпидемиолог, а кардиохирург **Сали Бериши** - президент Албании.

А вот «редкие специалисты». Известный хирург **Валентин Войно-Ясенецкий** становится священником – святителем Лукой, врач кардиореанимации **Дмитрий Рыболовлев** перевоплощается в бизнесмена - миллиардера. Список можно продолжать долго, врачами были **Николай Коперник, Нострадамус, Луиджи Гальвани, Фридрих Шиллер.**

И в нашем Забайкалье найдется немало подобных примеров врачей - труэнтов. Многих из нижеперечисленных коллег я хорошо знаю лично, с некоторыми плечом к плечу многие годы стоял в операционной, спасая земляков от болезней. Убежден, что врачебное прошлое только помогло им в новой работе, закалило их характер, в котором (знаю не понаслышке!) есть главная черта – помогать людям в любой ситуации, идти вперед, несмотря на трудности, открывать новые горизонты для себя и своих близких. А еще у них в крови – хорошая школа учебы и жизни, смелость принимать важные решения, умение правильно анализировать ситуацию, неравнодушие. **Назову самых известных докторов, реально влияющих на жизнь и «здоровье» Забайкальского края:**

**Алексей Бутыльский** (анестезиолог-реаниматолог, главный врач Центра по борьбе со СПИД, первый замминистра здравоохранения региона, руководитель представительства Забайкальского края в Москве);

**Игорь Лиханов** (торакальный хирург высшей категории, главный врач Краевой клинической больницы, Председатель Законодательного Собрания Забайкальского края);

**Николай Говорин** (врач - психиатр, заведующий кафедрой психиатрии ЧГМА, доктор медицинских наук, депутат Государственной Думы РФ);

**Андрей Федотов** (врач-хирург, главный врач Борзинской ЦРБ, министр социальной защиты населения Забайкальского края);

**Лариса Аникина** (врач, заведующая кафедрой физиотерапии ЧГМА, председатель комитета социальной политики Читинской областной Думы четвертого созыва);

**Сергей Ушаков** (хирург Атамановской поликлиники, военный врач, глава городского поселения «Атамановское»);

**Юрий Бажин** (врач-инфекционист, генеральный директор торговой сети «Привоз»);

**Михаил Степанов** (врач, преподаватель кафедры микробиологии ЧГМИ, один из лидеров рекламного рынка Читы);

**Юлиан Некрасов** – педиатр, основатель комплекса известных ресторанов Читы).

Юлиан Некрасов

***Алексей Саклаков,***
***врач, сердечно-сосудистый хирург,***
***депутат Законодательного Собрания***
***Забайкальского края***

# ЕСЛИ ПАЦИЕНТ ХОЧЕТ ЖИТЬ – МЕДИЦИНА БЕССИЛЬНА!

Из отчета патологоанатома: «На поверхности трупа были обнаружены многочисленные ожоги размером с 5-копеечную монету на общую сумму 2 руб. 45 коп.»

Врач рассказывает своим коллегам: - Представьте себе, сегодня в три часа ночи раздается телефонный звонок. Снимаю трубку, и какой-то мужчина заявляет, что умрет, если я не приеду. Я спросил у пациента адрес, но в этот момент жена сказала, что звонят, видимо, ей...

«...нарезаешь мясо, кладёшь на сковородку, жаришь, и где-то между второй и третьей степенью ожогов добавляешь в него овощи...»

- Что у тебя мизинцы в гипсе? - Сломал.
- Сразу два? - В ушах ковырялся и чихнул...

На экзамене по анатомии студент-медик то и дело говорит «печенка».

- Да печень же, печень, - не выдержав, наконец, резко поправляет его профессор, после чего спрашивает о строении селезенки.

- Селезень представляет собой... - растерянно лопочет студент.

Сын спрашивает у отца: - Пап, а ты кого боишься больше всего на свете?

Отец отвечает: - Темноты и стоматологов.

Сынок в шоке: - Ну, стоматологов - ясно, а темноты-то почему?

- А кто знает, сколько их там, в темноте, стоматологов-то...

- А сколько лет мне всего жить осталось?
- Ку-ку, ку-ку, ку...
- Доктор, ну вы в своем уме?

Рассказывает эпидемиолог:

«Последний вопрос в кроссворде: «Вид клещей» - 9 букв. Перерыла все энциклопедии, даже однокурснику позвонила, ну нет таких клещей! В следующем номере ответ: «Пассатижи»...

Стюардесса спрашивает: «Нет ли в самолете врача?»
Один мужчина встает и идет в кабину пилота.
Через 2 минуты: «Нет ли среди пассажиров летчика?»

- Пап, смотри, сиськи на елке!
- ГДЕ? Елки-палки, и за что только я логопеду плачу?!

Стоматологи - весёлые люди !!! «Тут у вас будет мост ... и тут, я думаю, тоже ...»
- Эх, прям не рот, а Санкт-Петербург!

- Скажите, доктор, а это серьезно?
- Ну, новый сериал я бы на вашем месте смотреть не начинал...

Приходит психбольной в аптеку и спрашивает:
- У вас хлебушек есть?
- Нет! - отвечает продавщица, - у нас продаются таблеточки, микстурочки...
На следующий день больной снова приходит и опять спрашивает:
- У вас хлебушек есть?
- Нет! - отвечает продавщица, - у нас продаются таблеточки, микстурочки.
Надоело продавщице, и решила она купить хлебушек. Через день опять приходит этот психбольной в аптеку и спрашивает:
- У вас колбаска есть?
- Нет! - отвечает продавщица, - но у нас есть хлебушек!
- Ну, хлебушек-то теперь в каждой аптеке есть! - отвечает довольный посетитель.

В наше время многие ездят отдыхать в экзотические страны, откуда привозят разные сувениры, после чего идут на прием к врачам-сувенирологам...