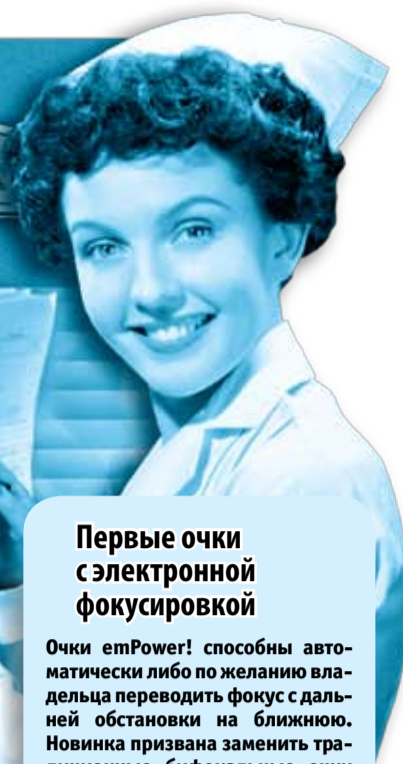


Наш  
«Дротаверин»  
против... западной  
«НО-ШПЫ»  
стр. 2

ПРАВО  
ПАЦИЕНТА  
стр. 6-7

Роль школьной  
медицины  
огромна!  
стр. 8

2000+  
ФАРМАЦЕВТИКА



№ 4-5  
(16-17)  
2011

# Современное здравоохранение

лучшие клиники Дона



## Только успешные медучреждения социально ответственны перед своими пациентами

Ни для кого не секрет, что любое предприятие с приходом нового руководителя ждут перемены. Руководить одним из ведущих медицинских учреждений Ростовской области – Областным консультативно-диагностическим центром (ОКДЦ) назначен **Дмитрий Владимирович БУРЦЕВ**, ранее возглавлявший ЦРБ Аксайского района. Представить областную систему здравоохранения без ОКДЦ невозможно. Поэтому с Дмитрием Бурцевым мы говорили не только о перспективах развития ОКДЦ, но и об участии Центра в Программе модернизации здравоохранения Донского края, конкурентной ситуации в региональной медицинской сфере и многом другом.

– Дмитрий Владимирович, каковы перспективы развития Областного консультативно-диагностического центра?

– Наш Центр – медицинское учреждение с большой историей и давними традициями. Он уникален и обоснованно является одним из ведущих в Южном федеральном округе. Уже одно это говорит о том, что дальнейшее развитие должно базироваться на незыблемых принципах – это известные и основополагающие для любого успешного дела составляющие: инвестиции в развитие и модернизацию, инновации и внедрение новых медицинских технологий, развитие инфраструктуры, совершенствование системы управления медучреждением и создание сплоченной команды инициативных и высокопрофессиональных специалистов.

У нашего Центра есть репутация, заработанная десятилетиями труда высокопрофессионального коллектива. Эта репутация вызывает доверие наших паци-

ентов. Так, по итогам 2010 г., за консультативно-диагностической помощью в ОКДЦ обратилось более 106 тыс. пациентов из всех 55 городов и районов Ростовской области и 85 территорий РФ. Наши специалисты в прошлом году выполнили более 1 млн диагностических исследований.

Основными принципами работы ОКДЦ по-прежнему являются завершенная диагностика по основному заболеванию, активное выявление сопутствующей патологии, влияющей на течение основного процесса в условиях консультативного отдела и продолжение диагностического и лечебного процессов в стационарах ОКДЦ. Широкие возможности ОКДЦ позволяют нам не просто ставить масштабные цели на перспективу, но и вполне объективно рассчитывать на их достижение.

– Медицина всегда считалась отраслью консервативной. Но в последнее время четко наметились тенденции ее модерниза-



### АДРЕС ОКДЦ на ул. Пушкинская

г. Ростов-на-Дону,  
ул. Пушкинская, 127.  
Тел.: 8 (863) 255-79-49, 255-79-50,  
255-79-51. E-mail: info@rokdc.ru

На консультацию  
к специалистам (в системе ДМС)  
можно записаться на сайте –  
[www.rokdc.ru](http://www.rokdc.ru)

ции. В Ростовской области принята Программа модернизации здравоохранения. Какую роль ОКДЦ будет играть в развитии здравоохранения области и округа, ведь сегодня ставка во многом делается именно на такие центры высокотехнологичной медицинской помощи, как ростовский ОКДЦ.

– Областной консультативно-диагностический центр активно включился в Программу модернизации здравоохранения Ростовской области. Например, в течение 2010 г. нами было приобретено и введено в эксплуатацию 54 единицы нового медицинского оборудования, из них 25 единиц – на сумму около 99 млн рублей (за счет средств областного бюджета). Это колоссальные средства! Мы понимаем и прекрасно осознаем, что вместе с материальной поддержкой из областного минздрава возрастают и требования к нам – к нашей профессиональной ответственности и нацеленности

на конечный результат. Нам не просто выделяют деньги на сверхсовременное оборудование, с нас затем спросят: а работает ли оно на благо населения области? Я уверен, что в каждом случае мы дадим утвердительный ответ.

В рамках модернизации многие медицинские учреждения только начинают заниматься вопросами внедрения современных технологий, а специалисты ОКДЦ еще в прошлом году внедрили такую услугу для пациентов, как электронная запись на прием к врачу посредством официального сайта учреждения. Разработанная в ОКДЦ медицинская информационная система позволила нам внедрить электронную историю болезни пациентов на амбулаторном и стационарном этапах. Мы активно участвуем и в решении вопросов профилактики социально-значимых заболеваний. Именно поэтому на базе ОКДЦ созданы десять специализированных центров, в том числе Областной глаукомный центр, Областной центр по профилактике остеопороза, Областной эпилептологический центр и другие.

Окончание на стр. 2 >>

### Первые очки с электронной фокусировкой

Очки emPower! способны автоматически либо по желанию владельца переводить фокус с дальней обстановки на ближнюю. Новинка призвана заменить традиционные бифокальные очки с составными линзами.

Работают очки от встроенного аккумулятора, которого хватает на 2-3 дня, а заряжается он за два часа.

В основе устройства лежат композитные линзы, состоящие, упрощенно говоря, из двух слоев стекла с набором жидких кристаллов между ними. Поворот кристаллов служит не для затемнения очков, а для изменения длины оптического пути через стекло. Компания-разработчик подготовила для emPower! 36 стилей оправы. Цена прибора – \$1000-1200.

MEMBRANA

### Даже одну раковую клетку обнаружит анализ крови

В США разработан новый метод анализа крови, позволяющий распознать единственную раковую клетку из миллиона (!) здоровых.

В основе методики лежит использование микрочипа, напоминающего предметное стекло микроскопа, содержащее тысячи микроиглолек, покрытых клейким веществом, которое удерживает раковые клетки при прохождении крови через микрочип.

Специалисты компании Johnson & Johnson, работающие в сотрудничестве с медиками из Massachusetts General Hospital и компанией Veridex говорят, что данный тест поможет обнаружить многие виды рака, прежде всего, молочной железы, простаты, толстой кишки и легких.

«С помощью новой технологии, исходя из результатов неинвазивного анализа крови, мы сможем контролировать опухолевые клетки и изучать биологию данных клеток», – рассказал Роберт Маккормак, руководитель отдела инновационных следований компании Veridex.

«Использование информации, содержащейся в этих клетках, позволит нам найти в клинических условиях инструменты, которые помогут подобрать правильное и своевременное лечение раковых заболеваний, а также контролировать реакцию пациентов на применяемое медицинское воздействие», – добавил он.

MIgnews.com

В министерстве  
здравоохранения  
Ростовской области работает  
горячая линия по вопросам  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО  
ЛЕКАРСТВЕННОГО  
ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАН

Специалисты фармацевтического управления ответят на все вопросы, а также помогут разрешить возникшие трудности в обеспечении лекарственными препаратами по телефону

(863) 263-20-50

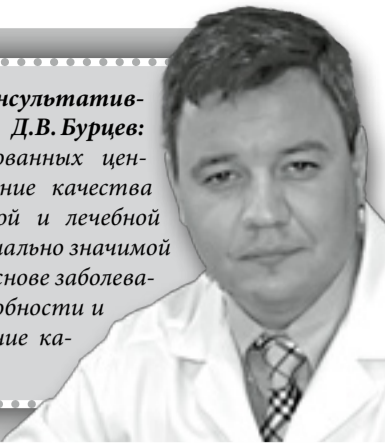
ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ  
РАБОТАЕТ ЕЖЕДНЕВНО

с понедельника по четверг –  
с 9.00 до 18.00, в пятницу – до 16.45



## Разговор по существу

Главный врач Областного консультативно-диагностического центра Д.В. Бурцев: «Основной целью специализированных центров ОКДЦ является повышение качества консультативно-диагностической и лечебной помощи больным со сложной социально значимой патологией, снижение на этой основе заболеваемости, временной нетрудоспособности и смертности населения, улучшение качества жизни больных».



## ВНИМАНИЕ! ГЛАУКОМА!

Пациенты Ростовской области с подозрением на глаукому направляются на обследование в межрайонные глаукомные кабинеты, которые работают в Волгодонске, Таганроге, Шахтах, Б. Калитве, Миллерово, Сальске, или в ОБЛАСТНОЙ ГЛАУКОМНЫЙ ЦЕНТР при ОКДЦ Ростова-на-Дону.

лучшие клиники Дона

<< Окончание. Начало на стр. 1

# Только успешные медучреждения социально ответственны перед своими пациентами

Мы ставим и такие цели, как развитие информационных медицинских технологий, обеспечивающих возможность создания банка данных по пациентам, обмена информацией между лечебно-профилактическими учреждениями различного уровня, внедрение новых управленческих технологий. В отношении последних могу сказать, что в ОКДЦ внедрена система менеджмента качества согласно требованиям международного стандарта ISO 9001:2008. Ассоциация по сертификации «Русский Регистр», сертификатом которой обладает ОКДЦ, заслуженно является признанным лидером в России и странах СНГ на рынке услуг по сертификации систем менеджмента. Руководство Центра осознает, что наличие у организации подобного сертификата не только создает большую уверенность в том, что оказываемые Центром медицинские услуги будут соответствовать установленным требованиям, но и делает само учреждение более конкурентоспособным, рентабельным и авторитетным.

– Как считают сегодня многие руководители, главный секрет успеха предприятия – в профессионализме его команды. Вы придерживаетесь такого же мнени-

ния? И, если да, то, кого вы предпочитаете приглашать на работу – молодых и одаренных или же специалистов, успевших заслужить авторитет?

– Отвечая на этот вопрос, в первую очередь, необходимо расшифровать понятие профессионального сотрудника. Для меня профессионал это не только тот специалист, который обладает необходимыми навыками по профессии, но и человек этичный, воспитанный, коммуникабельный. Без любой из этих составляющих невозможно считаться профессионалом. Эти принципы и становятся для меня основополагающими при подборе кадров. Команда ОКДЦ сегодня – одна из самых высокопрофессиональных в системе здравоохранения области. Этот факт подтверждают наши достижения. Постоянное внедрение современных технологий в диагностический процесс повысило выявляемость заболеваний. В ОКДЦ работают 159 врачей, из них 73 врача с высшей квалификационной категорией и 17 кандидатов наук. Все отделения ОКДЦ оснащены оборудованием экспертного класса. Наличие двух ультрасовременных аппаратных комплексов: магнито-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (СКТ), уни-

кальных лабораторий и другого оборудования накладывает дополнительную ответственность на наш коллектив. Ведь не секрет, что само по себе оборудование мало что значит, главное, чтобы с ним работали специалисты экстра-класса. Именно поэтому мы будем продолжать заниматься кадровыми вопросами, будем активно сотрудничать с кафедрами не только отечественных медицинских высших учебных заведений, но и зарубежных. Нас интересуют те специалисты, которые не просто владеют современными и инновационными медицинскими технологиями, но смогут их внедрить в Областном консультативно-диагностическом центре. А база для этого у нас не просто есть, она постоянно совершенствуется и развивается.

– Дмитрий Владимирович, в Ростовской области конкуренция не обошла стороной и здравоохранение. Но если сами медицинские работники прекрасно знают истинное положение дел в медицинских учреждениях, то пациенту очень сложно сориентироваться. Исходя из Вашего значительного опыта работы в системе здравоохранения, посоветуйте, на что обратить внимание пациенту при выборе

клиники для получения квалифицированной медицинской помощи?

– Безусловно, это должно быть учреждение со своей историей и проверенной годами репутацией. Другими словами, я бы не доверил здоровье, как свое, так и своих близких, клинике-однодневке. Это должно быть учреждение, которое постоянно развивается, совершенствуется, где сформирована сплоченная команда профессионалов. Ведь успех диагностики и лечения зависит не только от личного вклада каждого сотрудника, но и от слаженной работы всего коллектива. Также это учреждение должно иметь собственную базу для лабораторных исследований, ультразвуковой, лучевой, функциональной, эндоскопической диагностики. Безусловным плюсом станет и наличие собственных стационарных отделений, – в общем всего того, что мы, в ОКДЦ, называем комплексным подходом и принципом заверенной диагностики.

Приведу простой пример. Наш клинично-диагностический лабораторный комплекс является полноценной базой, позволяющей проводить лабораторную диагностику любых заболеваний. Контроль качества лабораторных исследований обеспечивается системой внутреннего контроля; федеральной и международной системами внешней оценки качества. КДЛК имеет два международных сертификата качества исследований.

Такой базой больше не владеет ни одно медицинское учреждение в Ростовской области. А самое главное, на мой взгляд, это то, что лишь успешные и по-настоящему профессиональные медицинские учреждения могут вести себя социально-ответственно перед пациентами.

Вот уже несколько лет на базе ОКДЦ развивается направление работы по мониторингу пациентов с редкой и сложной патологией с целью контроля эффективности проводимых лечебных мероприятий, профилактики инвалидизации. Мониторинг представляет собой систему динамического контроля инструментальных и лабораторных показателей, большая часть которых выполняется только в ОКДЦ и осуществляется специалистами клинических служб центра на основе утвержденного перечня заболеваний. В 2010 г. осуществлялся мониторинг более пятисот пациентов со сложной и редко встречающейся патологией. У трети этих пациентов состояние здоровья улучшилось. В целом же все достижения современной медицины, все инновации, работа в рамках Программы модернизации, – все это и многое другое необходимо нам, чтобы улучшить качество обслуживания пациентов, повысить уровень оказываемых медицинских услуг и, как следствие, удовлетворенность наших пациентов. Если сложить все перечисленные мною составляющие воедино, то в итоге и должно получиться учреждение, в которое можно смело обращаться за медицинской помощью.

Беседовала Олеся Вологодская

инновации в здравоохранении

## Наш «Дротаверин» против... западной «НО-ШПЫ»

Примеров удачного внедрения научных разработок в России сотни. Они не имеют широкой известности, поскольку зачастую проигрывают в информационной войне своим зарубежным аналогам. Показательная в этом смысле история произошла с дженериком<sup>1</sup> «Дротаверин», разработанным в Институте физической и органической химии Южного университета.

На заре сотрудничества с компанией «ФармаДон» в ЮФУ поставили амбициозную задачу: получить препарат, который не могли выпустить в России без малого 40 лет. Цель была достигнута – синтезирован самый продаваемый на тот момент безрецептурный препарат, известный нам как «НО-ШПА». Дженерик под названием «Дротаверин» оказался не только лучше оригинала по медицинским пока-

зателям, но и дешевле в производстве почти в девять раз! Казалось бы, при таком явном объективном преимуществе дни «НО-ШПЫ» на российском рынке сочтены.

Но этого не произошло. Российские фармацевтические компании (а научные институты и подавно) не в состоянии меряться с агрессивными рекламными бюджетами международных фармкорпораций. В итоге вся страна смотрит ролики в эфире общенациональ-

ных телеканалов, где профессионально и убедительно рассказывают о достоинствах «НО-ШПЫ», а про не менее эффективный и дешевый «Дротаверин» знают, в лучшем случае, лечащие врачи.

Кстати, депутат Госдумы от Ростовской области Александр Попов уверен, что в случаях, подобных этому, государство может прийти

на помощь отечественному товаропроизводителю. Известно, что в программах по формированию госзаказа на обеспечение системы здравоохранения лекарственными препаратами ведется активная дискуссия по поиску альтернативы зарубежным медикаментам. «Дротаверин», между прочим, попал в разработку к специалистам Минздрава РФ и сейчас в Перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов вы «НО-ШПУ» не встретите. И, как многозначительно заметили разработчики на встрече в Институте физической и органической химии ЮФУ, «...мы

без рекламы каждый год «выдавливает» из России порядка двух тонн «НО-ШПЫ».

Безусловно, можно порадоваться достигнутым результатам, но инновационная деятельность, по сути своей, более склонна занимать позицию лидера, нежели догоняющего. Новый коммерчески успешный фламанский препарат института называется «Пантогам». Этот ноотропный препарат – единственный на сегодня способ доставить в нужное место организма гаммааминомасляную кислоту, которая восстанавливает разрушенные клетки мозга. В России посчитали емкость рынка для Пантогама – вышло 6 тонн. В прошлом году произвели и продали 20 тонн. Это означает лишь одно: препарат успешно продается за рубеж. Уже сейчас мы наблюдаем ситуацию, когда лекарство производится в России и расходуется по всему миру.



<sup>1</sup> Дженерик – это непатентованный лекарственный препарат, являющийся воспроизведением оригинального.



## Медицина. Общество. Человек

визиты

Депутат Государственной Думы Российской Федерации от Ростовской области А.В. Попов: «...Нам нужно научиться рационально использовать то, что уже есть. Дорогостоящее оборудование, которое поступает в клиники и научные учреждения, не должно простаивать в подвалах без дела...»

### Наша справка

Результативность ЭКО во всем мире варьируется в пределах 20-35 процентов. Причем, если в возрасте 25-28 лет после ЭКО беременность наступает в 80 процентах случаев, то после 30 лет – уже в 25 процентах, а после 40 лет его результативность составляет всего лишь 10-15 процентов...

# Трижды повторил – ребенка получил!



В ответ на настойчивые просьбы Александра Попова продемонстрировать практическое применение результатов разработок НИИ Биологии ЮФУ его директор – Татьяна Шкурат – привела пример сотрудничества с системой здравоохранения Ростовской области, не преминув посетовать на низкую реактивность государственных механизмов:

– У нас в стране на самом высоком уровне заявлена важность решения демографической проблемы. Делается, безусловно, многое. Но есть вещи, которые хотелось бы делать более эффективно. В частности, это касается вопроса искусственного зачатия. Средняя общемировая статистика такова: 30% операций по экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) заканчиваются удачей. Если операция повторить через год, шансы женщины забеременеть и выносить здорового ребенка останутся на том же уровне. Но есть и другая закономерность. Если в течение одного года провести три таких операции, статистика резко подсккаивает до 90%.

По этой причине деньги, выделяемые государством на ЭКО в

рамках мер по улучшению демографической ситуации, должны учитывать возможность повторной или даже третьей операции для одного пациента. Это значительно увеличивает возможности положительного результата самой процедуры, а значит и эффективность освоения выделенных государством средств. У нас с областью есть обоюдное понимание дела, но вопрос об изменении схемы финансирования может решиться только на федеральном уровне. А там не все делается быстро. Вынесение рекомендаций, подобных этой, стало возможным благодаря тому, что профильные

институты ЮФУ работают в тесном сотрудничестве с системой здравоохранения города и области: как с управлениями, так и с клиниками и специализированными учреждениями. Через них научные лаборатории получают реальную практику, первичную апробацию и статистику диагностических методов. В поликлиниках и больницах постоянный поток пациентов не оставляет достаточного времени на исследования, обобщение результатов. Поэтому совместные программы с учеными, когда каждая из сторон делится наработанными информацией, опытом, выводами, идут на пользу всем.

институты ЮФУ работают в тесном сотрудничестве с системой здравоохранения города и области: как с управлениями, так и с клиниками и специализированными учреждениями. Через них научные лаборатории получают реальную практику, первичную апробацию и статистику диагностических методов. В поликлиниках и больницах постоянный поток пациентов не оставляет достаточного времени на исследования, обобщение результатов. Поэтому совместные программы с учеными, когда каждая из сторон делится наработанными информацией, опытом, выводами, идут на пользу всем.

это интересно...

## В России побит рекорд рождаемости

За прошлый год в России на свет появились 1 млн 668 тыс. детей, что на 28 тыс. больше, чем в 2009 году и на 77 тыс., чем в 2008-м г. В стране родилось 862,7 тыс. мальчиков и 806,2 тыс. девочек (соответственно +14,9 тыс. и +13,9 тыс. к данным 2009 года).

Увеличение рождаемости отмечается во всех федеральных округах. Как и в прошлом году, первое место занимает Центральный федеральный округ: его детское население увеличилось на 365,6 тыс. человек. Второе место – за Приволжским федеральным округом – здесь стало больше на 355,9 тыс. маленьких жителей. На третьем – Сибирский – с показателями 255,8 тыс. Далее идут Уральский (161,8 тыс.), Южный (156,7 тыс.), Северо-Кавказский (148,4 тыс.), Северо-Западный (131,2 тыс.) и Дальневосточный (78,3 тыс.) федеральные округа.

В Центральном округе лидерство за Москвой (юных горожан, родившихся в 2010 году, стало больше на 102 тыс.), и Московской областью (62,22 тыс.). В тройку «передовиков» вошла также Воронежская область – 22,9 тыс. В Приволжском федеральном округе на первом месте Республика Башкортостан – 55,4 тыс. новорожденных. На втором – Республика Татарстан (46,3 тыс.). Пермский край (35,8 тыс.) – на третьем. В Сибирском федеральном округе первенство за Кемеровской областью – 34,2 тыс. детей и Красноярским краем – 34 тыс., Иркутской и Новосибирской областями – по 33,1 тыс. и Алтайским краем – 30,1 тыс.

По показателям рождаемости среди регионов страны снова на первом месте Москва и Московская область, Краснодарский край, Республика Башкортостан и Свердловская область.

Неизменными по сравнению с прошлым годом остаются среднестатистические показатели по весу и росту малыша. По данным родовых сертификатов они таковы: 3,36 кг, 51,9 см. Остался прежним и средний возраст матери – 27 лет. Но есть ряд регионов, где новорожденные тяжелее и выше. Средний вес малышей в Северо-Кавказском федеральном округе 3,41 кг. В Чеченской Республике родилось 150 тяжеловесов больше 5 кг, а в Республике Дагестан – 112. Самые рослые дети – в Дальневосточном округе – 52,4 см. В Приморском крае рост 401 новорожденного, а в Хабаровском – 289 превышает 58 см. В Приволжском федеральном округе этот показатель чуть больше среднестатистического, но зато в Самарской области сразу 913 детей выше сверстников.

Данные родовых сертификатов говорят еще об одной положительной динамике – российские семьи становятся больше. Женщины все чаще идут на рождение вторых, третьих и более детей. Если в 2009 г. соотношение первенцев и последующих детей было 54,7% к 45,3%, то в 2010 году – 52,4% к 47,6%. В цифрах этот показатель таков: первые дети – 873,6 тыс. (в 2009 году – 897 тыс.), вторые – 570,7 тыс. (в 2009 году – 533,6 тыс.), третьи – 151,2 тыс. (в 2009 г. – 140 тыс.), последующие – 58,5 тыс. (в 2009 г. – 54,6 тыс.). Семьи продолжают пополняться двойнями (14,5 тыс.) и тройнями (219). Не стал год исключением в появлении четверен. Дважды такие роды принимали в Центре планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения г. Москвы. Еще сразу четверо малышей увидели свет в Пензенской областной детской клинической больнице им. Н.Ф. Филатова, городской больнице №11 г. Барнаула, Георгиевской центральной городской больнице Ставропольского края.

актуальная тема

## Минздрав разрешил верующим отказываться от электронных карт

Отсутствие универсальной карты у верующих не может быть основанием для отказа в оказании медицинской помощи. Об этом говорится в официальном письме Минздравсоцразвития РФ протоиерею Всеволоду Чаплину, размещенном на сайте Московской патриархии.

Ранее, в этом году, В. Чаплин, возглавляющий Синодальный отдел по взаимоотношениям Церкви и общества, озвучил опасения части православных верующих, связанные с введением в России универсальной электронной карты, содержащей личные данные граждан, информацию об их правах на получение тех или иных социальных услуг, а также выполняющей функции электронного полиса медицинского страхования. В. Чаплин сообщил, что значительная часть верующих не готова по религиозным соображениям использовать такие карты и призвал Минздрав принять меры, для того чтобы не допустить дискриминации этих граждан.

В письме Минздрава В. Чаплину указывается, что предоставление

полиса медицинского страхования, в соответствии с действующим в России законодательством, действительно является обязательным условием получения медпомощи (за исключением экстренной).

Однако, отмечают в Минздраве, за гражданами РФ сохраняется право обращаться в органы власти субъектов РФ с заявлением об отказе от получения и использования универсальных электронных карт. Кроме того, застрахованные лица вправе выбирать вид полиса обязательного медицинского страхования: он может быть бумажным, электронным либо электронным в составе универсальной электронной карты. Таким образом, говорится в сообщении Минздрава, использование универсальной электронной карты является до-

бровольным и не может служить основанием для отказа в медпомощи в рамках ОМС. Такое положение дел, по мнению министерства, «в полной мере учитывает позицию верующей части населения в вопросах использования универсальных электронных карт».

Протесты консервативно настроенных православных верующих по поводу использования властями электронных средств регистрации и учета личных данных граждан объясняются словами Апостола Павла о «числе (начертании, печати) зверя», принятие которых будет означать подчинение богоборческой власти и отказ от христианства. Ранее протесты верующих вызывало введение в России идентификационного номера налогоплательщика (ИНН).





## Вопросы психиатрии

форумы, конференции

# Быть или не быть психиатрии в России?

Как врач, ученый, преподаватель, посвятивший психиатрии жизнь, А.О.Бухановский о проблемах и достижениях теоретической и практической психиатрии знает все. Все, что относится к психиатрии, в универсальном или частном ее проявлении, вызывает у него глубоко заинтересованное отношение и неравнодушную эмоциональную реакцию.

«Стигматизация психиатрии», «стигма», «клеймо» – высокочастотные слова А.О.Бухановского, которые обозначают одну из главных и насущных проблем.

«Под «стигмой» ходим мы все», – говорит он, – сама психиатрия, в которую многие не верят – ни в ее научные основы, ни в ее возможности, ходим и мы, врачи-психиатры, ходят наши пациенты...».

Это мешает людям обратиться к врачу, когда у них возникает расстройство психики, проще – болезнь, болезненное состояние. Потому что «все пациенты боятся психиатрии как отрасли медицины», – констатирует врач-психиатр, – боятся эфемерных социальных последствий». В общественном сознании живут страхи: обращение к психиатру обязательно получит огласку, «раскроется», «наложит отпечаток», «закроет судьбу».

Уже много лет профессор Бухановский, его коллеги по кафедре, которой он заведует, ученики прилагают много усилий, для того чтобы на практике доказать медицинскую эффективность психиатрии. Они исцеляют больных, ведут исследовательскую деятельность, постоянно повышают квалификацию, получают патенты на новые методы лечения серьезных заболеваний, делятся опытом с иностранными и российскими коллегами, – живут любимым делом. И хотя, чтобы психиатрия заняла и общественной и в государственной системе здравоохранения то место, которое она заслуживает. Ведь врачи-психиатры, как и другие медики, спасают людей: спасают от безумия, вытаскивают из тяжелейших психозов, которые угрожают жизни.

Больные выздоравливают, благодарят, называют именами психиатров своих детей, но не делают это публично, опасаясь огласки.

Зная все слабые места, которые существуют, в основном, в государственной психиатрии как медицинской службе и в системе



➔ 15-17 июня 2011 г. в Ростове-на-Дону состоится международная научно-практическая конференция «ПСИХИАТРИЯ: БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ?!». Актуальность темы нам обосновал инициатор и основной организатор конференции – президент лечебно-реабилитационного центра «Феникс», доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Ростовского государственного медуниверситета Александр Олимпиевич БУХАНОВСКИЙ.

медицинского образования, профессор Бухановский выражает неоднозначность своей отрасли образительной фразой: «Блеск и нищета психиатрии», – и объясняет, что имеет в виду.

### «БЛЕСК ПСИХИАТРИИ»

Под «блеском» А.О.Бухановский понимает все, что «психиатрия сегодня может». Ученый и практикующий врач считает эту область одной из самых динамично развивающихся научных дисциплин. В подтверждение этому он вспоминает недавно завершившийся цикл 10-летних исследований мозга, который сегодня при-

знается одним из самых хорошо изученных органов.

Появились принципиально новые методы, которые позволяют изучать мозг не только как живой орган, но как «инструмент в работе» – «мозг думающий». Хорошо изучена генетика мозга. По мнению ученого, психиатрия как наука «резко продвинулась вперед». Получены принципиально новые формулы лекарств для лечения тяжелых форм депрессии, эпилепсии, шизофрении, биполярного расстройства (ранее известного как маниакально-депрессивный психоз – МДП), алкоголизма, наркомании. В ближайшие 5–10 лет исследователи прогнозируют



«прорыв» в области уже испытываемых препаратов для лечения болезни Альцгеймера, депрессий и подобных им тяжелых заболеваний. Сегодня ВОЗ официально признала за психиатрией возможность полного излечения тяжелых затяжных форм депрессий – на 75%; на 50% – возможность полного выздоровления во многих случаях шизофрении, почти на 80% – устранения припадков у больных эпилепсией...

Что требуется для такого же блестящего результата в сфере практической психиатрии?

В первую очередь необходимы квалифицированные специалисты, служба, располагающая большими современными диагностическими, в том числе и терапевтическими, возможностями. Для глубоких, не «банальных», биохимических исследований требуется и соответствующая аппаратура. Необходимы современные лекарства в достаточных объемах и на длительный срок.

И обязательна заинтересованность всей политической и социальной системы в сохранении и улучшении психического здоровья нации, которое сегодня подорвано. Известный факт: психические заболевания ложатся тяжелым социально-экономическим бременем на бюджет страны, а, следовательно, лечить психически больных государству целесообразно и выгодно. Такой выход из ситуации видит А.О.Бухановский.

### «НИЩЕТА ПСИХИАТРИИ»

О нищете в психиатрии можно говорить в прямом и переносном смысле. «Нищета» – это, прежде всего, организация государственной системы психиатрической помощи. Первое, о чем говорит в этой связи профессор, – специалисты. Кому понятны его мысли и чувства? Он рассказывает, сколько труда он и его коллеги по кафедре вкладывают в своих учеников: «Даем современные знания, современные навыки, готовим хороших специалистов, а потом «вбрасываем» их в здравоохранение... Наши выпускники хорошо знают, что им делать.

Но в больницах нет элементарного оборудования, чтобы провести элементарные исследования (в Ростовской области нет!). Наш выпускник, врач психиатрического стационара, назначает современные лекарства, а ему говорят: «Мы не знаем даже, как это выглядит!...». И если родственники больного выразят желание купить лекарства за свой счет, рецепт им выписать врач не имеет права. «Хотя резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН предписано лечение психических больных лучшими лекарствами...», – добавляет А.О.Бухановский. Можно ли ждать эффективности от лечения в государственных психиатрических больницах, если «койко-день» (медикаменты и питание) в них стоит чуть более 200 рублей (для сравнения: в частных центрах – 1–1,5 тыс. рублей)?

В такой системе отношений, когда врач не может осуществлять то, чему учился и чему решил посвятить свою жизнь, выпускника кафедры психиатрии в стационаре неизбежно постигает «профессиональное выгорание» (это усугубляется маленькой зарплатой врача государственной клиники). «И начинается работа не на результат, а на процесс по принципу «как повезет». Такой врач Мастером уже не станет», – делится своими наблюдениями А.О.Бухановский.

На этом фоне идея повышения квалификации врача-психиатра кажется просто бессмысленной. Однако и это проблема. По закону о повышении квалификации, один раз в пять лет каждый врач должен обновлять знания и совершенствовать навыки при кафедре психиатрии медицинского вуза, на что отводится не менее 144 часов (один месяц). Показатель усвоения знаний составляет 15–20% от лекционного материала. Созидательный смысл занятий сходит на нет из-за документов, которыми нужно «сопроводить» весь процесс обучения. «Кафедры, которые учат врачей, должны оформить огромное количество бумаг... Выходит, что основная заинтересованность не в знаниях, а в бумажках», – говорит А.О.Бухановский, – а результат: и врачи перестают быть заинтересованными в переквалификации, и кафедра начинает выгорать». Если же врач вместо университетской кафедры, чтобы не оформ-





Официальные  
сообщения

лять такого количества подтверждающих его переквалификацию документов и интенсифицировать процесс учебы, найдет блестящую клинику, в которой его согласятся обучать в течение, например, 50 часов, то ему эту стажировку не зачтут и сертификат не выдадут.

Усложнение всех проблем, и в системе здравоохранения и в системе медицинского образования, ожидается также в связи с разработкой новых стандартов лечения пациентов и обучения врачей. Даже поверхностного взгляда на проблему стандартов достаточно, чтобы понять, что в них есть много того, что не соответствует требованиям отрасли и ее пациентов, но нет того, что жизненно необходимо (к примеру, в них совсем не вписано положение, как элементарный минимум, об аппаратуре, которой должны снабжаться психиатрические учреждения)... «И, кстати, подобное положение можно назвать – «нищетою общемировой», – говорит ученый, хорошо знакомый с ситуацией за рубежом – и в Америке, и в Европе.

Следствием перечисленных проблем является то, что у психиатров лечится одна шестая часть всех, кто в этом нуждается. Отсюда, огромная инвалидизация и смертность. Экономический государственный ущерб от психических заболеваний, в том числе и от депрессий, равен, без преувеличения, бюджетам небольших государств.

– Психиатрия как никакая другая наука и практика близка к правовой сфере. Врачи-психиатры руководствуются целым сводом специальных федеральных законов, – продолжает А.О.Бухановский.

Проблема «выгоревших специалистов» – это не исключительное «личное» дело врача с неудачной историей карьеры, она приобщается к проблеме «преступного использования должностных полномочий», что в контексте рыночных отношений, с одной стороны, и ничтожно малыми зарплатами врачей такого профиля – с другой, может быть расценено как «благоприятно сложившиеся обстоятельства» для коррупции в медицине. Поэтому вполне уместна постановка вопроса о применении международного этического кодекса врачей-психиатров и на российской почве.

Невозможно оставить без внимания вопрос о преемственности научных основ психиатрии и системы образования врачей-психиатров, в связи с чем фундаментально значимыми можно считать достижения отечественной науки и высшей школы, история которой связана, по словам Бухановского, «с благороднейшими учеными с мировым именем», с основательной методологией (в медицине, в частности, – методологией диагностического процесса). Вопрос о возрождении утраченной преемственности кажется ученому тем актуальнее, чем больше эклектики обнаруживается в системе «далеко уступающей нашей», «демократизированной» американской системы.

Весь этот круг теоретических и практических вопросов ляжет в основу выступлений, обмена опытом и дискуссий на международной психиатрической конференции, которая состоится в Ростове-на-Дону 15-17 июня этого года.

Н.Рошанская

**Министр здравоохранения и социального развития России Татьяна ГОЛИКОВА о психическом здоровье населения:**  
«К 2020 г. психические расстройства будут доминировать в плане заболеваемости населения в мире... По данным ВОЗ, каждый четвертый житель Земли страдает психическими расстройствами, а к 2020 г. депрессия выйдет на первое место по заболеваемости». По словам министра, увеличилось количество тех, кто обращается за помощью с симптомами соматических расстройств, хотя в действительности им требуется психологическая и психотерапевтическая помощь.

скандалы

Татьяна Голикова пока останется на своем посту...

В Кремле опровергли сообщение о предстоящей отставке Министра здравоохранения и социального развития Татьяны Голиковой. Об этом рассказал РИА «Новости» представитель администрации президента, фамилия которого не называется.

Как написала 4 мая газета «Аргументы Недели» со ссылкой на источник в кремлевской администрации, Президент РФ Дмитрий Медведев объявит об отставке министра в ходе внеплановой пресс-конференции 18 мая, посвященной «решению назревших кадровых вопросов».

Издание также приводит слова директора Международного института политической экспертизы Е.Минченко о том, что «у нас могут произойти небольшие кадровые революции – одна в мае, другая в августе», и гендиректора Центра политической информации А.Мухина о том, что «в группу риска входят из числа федеральных министров Татьяна Голикова и Игорь Левитин».

РИА «Новости» цитирует ответ представителя Кремля: «Информация, опубликованная в газете «Аргументы недели» со ссылкой на свои источники в администрации президента РФ, ни на чем не основана и полностью не соответствует действительности. Насколько нам известно, у этой газеты нет таких источников». Он также добавил, что «на пресс-конференциях министров не увольняют», а в преддверии предстоящего мероприятия «в СМИ будет появляться все больше домыслов и якобы проверенной информации о грядущих отставках». И, действительно, на встрече с прессой 18 мая громких отставок так и не состоялось...



реформа здравоохранения

Владимир Путин поручил улучшить условия прохождения интернатуры

Соответствующее распоряжение Министерству здравоохранения и социального развития, Министерству образования и науки, а также Министерству финансов премьер отдал, выступая на Всероссийском форуме медицинских работников.

Путин отметил, что в течение года обучения в интернатуре слушатели получают не зарплату, а стипендию в размере 2700 рублей. «Фактически мы толкаем уже взрослого человека с высшим образованием заниматься чем угодно, крутиться, подрабатывать, но не уделять время своему профессиональному росту», – заявил он.

Премьер также напомнил, что интернатуру можно пройти только на базе специализированных образовательных учреждений. По его данным, в России насчитывается лишь около 50 таких учреждений. В связи с этим глава правительства поручил Минздраву, Минобрнауки и Минфину расширить возможности прохождения интернатуры, а также улучшить материальное обеспечение интернов.

Путин также рассказал о намерении властей поддерживать регионы, заботящиеся о молодых медицинских специалистах. По его словам, правительство приступило к созданию специального стимулирующего фонда в размере 30 млрд рублей. По словам премьера, из этого фонда регионы, активно развивающие здравоохранение, будут получать дополнительное финансирование.

Глава Минздрава Татьяна Голикова, также принявшая участие в форуме медработников, напомнила о нехватке специалистов в сфере здравоохранения. Она отметила, что, в среднем по России, один врач занимает полторы ставки. Кроме того, министр предложила начинать специализацию студентов с четвертого года обучения в медвузах. По ее мнению, это даст учащимся возможность стажироваться по специальности на старших курсах.

Medportal.ru

Студенты медвузов должны начинать узкую специализацию уже с 4-го курса?

О необходимости изменений в образовательных стандартах в отношении учащихся медицинских вузов заявила глава Минздравсоцразвития РФ Татьяна Голикова.

«Должны быть внесены изменения в соответствующие образовательные стандарты», – считает министр. В качестве нужных изменений она назвала необходимость введения более ранней специализации, увеличение клинической практики, возможности практической работы на старших курсах.

«Хотелось бы обратиться к ректорам, – сказала Т.Голикова. – Скучные лекции студентам не дают попрактиковаться в постановке диагнозов, большого студенты не видят!».

С точки зрения Татьяны Голиковой, специализацию в медицинских вузах нужно начинать на несколько лет раньше, чем принято. Кроме того, как считает Т.Голикова, студенты шестых курсов могли бы уже работать участковыми терапевтами в случае, если они выбрали для себя терапевтическое направление.

Ami-tass.ru

мнение

«Врачи! Любите своих пациентов!» – об этом просит премьер-министр

Врачи должны изменить отношение к себе, к своему труду и к пациентам, одними деньгами проблемы здравоохранения не решить, заявил Премьер-министр РФ Владимир Путин.

В противном случае врачам не удастся добиться успеха, сказал он. Об этом сообщает РИА «Новости». «Известный русский философ Александр Ильин однажды спросил своего врача о секрете его мастерства. И тот ответил: «Любовь к больному, потому что, если этого нет, нет главного двигателя – души и сердца», – сказал В.Путин. – К сожалению, этот двигатель иногда барахлит в нашем здравоохранении».

Руководителей здравоохранения и общественные объединения премьер призвал обеспечить достойные условия труда в медучреждениях. «Что касается халатов, то некоторые лечебные учреждения их практически перестали закупать, предлагают врачам обеспечить себя своими силами. Видимо, кому-то не выгодно размещать заказы на такое, с позволения сказать, оборудование», – отметил он.

По словам Путина, все такие мелочи – низкая зарплата и бытовая неустроенность – выливаются в снижение престижа профессии врача. Также Путин поручил решить проблемы интернов: снять ограничения на порядок прохождения интернатуры и повысить им стипендию. Еще одним приоритетом он назвал укрепление фельдшерско-акушерских пунктов и амбулаторий на селе.

Кроме того, премьер сказал, что четверть медицинских учреждений в России нуждается в капитальном ремонте, более 30% российских больниц не имеют горячей воды, свыше 8% – водопровода, 9% – канализации. По его данным, более 60% рентгеновских аппаратов и почти 50% аппаратов УЗИ выработали свой ресурс. Зарплата сотрудников медучреждений едва превышает прожиточный минимум, в результате такое отношение к врачу оборачивается низким качеством медицинской помощи.

Теперь, когда власти страны сформировали финансовую основу для региональных программ, у них есть возможность за два года дополнительно вложить в систему здравоохранения 460 млрд рублей, пообещал В.Путин.

Для стимулирования работы регионов в сфере здравоохранения премьер пообещал создать специальный фонд.

GZT.RU

реплика

Путин предложил создать рейтинг медучреждений и страховых компаний

Рейтинг медучреждений и страховых компаний должен улучшить качество обслуживания населения. Такое мнение высказал Владимир Путин. Он предложил сделать такой рейтинг ежегодным.

«Я предлагаю ежегодно формировать рейтинги медицинских учреждений и страховых компаний с обязательным учетом оценок пациентов», – сказал он. По мнению премьера, начать следует именно с «государственных учреждений здравоохранения, с крупных частных медицинских организаций».

«Считаю, что информация о реальном состоянии дел в медучреждениях, о результатах рассмотрения жалоб граждан должна быть открытой», – добавил В.Путин, подчеркнув, что «замалчивать неприглядные явления, покрывать ошибки абсолютно неприемлемо и недопустимо». «Уверен, чем полнее и объективнее будет информация, тем быстрее пойдет процесс в системе здравоохранения» – заключил глава правительства.

Ami-tass.ru



- **Будь грамотным пациентом!**
- **Знай свои права и умей их защищать!**
- **Медицинские страховые компании всегда на твоей стороне!**

100+  
ФАРМАЦЕВТИКА

спец  
раздел

# ПРАВО ПАЦИЕНТА

реформа здравоохранения



## Закон ставит пациента на первое место!

➔ *Медицинская отрасль в России, как и во всем мире, постоянно движется вперед, предлагая новые методы лечения, диагностики, профилактики. В соответствии с этим законодательство должно отвечать современному развитию системы здравоохранения. В настоящее время в Государственной Думе РФ находится на рассмотрении федеральный законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». О том, что нового ждет отечественную медицину, рассказывает директор Департамента организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения Минздрава России, заслуженный врач России Ольга КРИВОНОС.*

– **Ольга Владимировна, какие задачи поможет решить реализация законопроекта?**

– Я бы хотела начать с понятийного аппарата. Это важно не только в плане законодательства. У нас зачастую не было четких толкований, что есть заболевание, медицинская услуга, диагностика, медицинское вмешательство и др. Это приводило к тому, что медицинский работник и пациент по-разному понимали, что это такое. Двойное толкование иногда приносило недопонимание, усугубление ситуации, всевозможные споры и конфликты. Нужно, чтобы каждый человек имел четкое понимание того, как это коснется именно его. Например, определение понятия «медицинское вмешательство» раскрывает контакт человека и медицинского работника, это как вмешательство в физическое состояние человека – осмотр тела, систем организма, так и беседа о состоянии здоровья.

Особая статья законопроекта, заслуживающая внимания, – профилактическое направление. Такой статьи в действующем законе нет, и мы осознанно прописали ее отдельно. Кроме ответственности государства за организацию раннего выявления заболеваний, профилактику факторов риска и многое другое, прописана и ответственность самого человека за свое здоровье. Речь идет о регулярном прохождении профилактических осмотров, скринингов, диспансеризации, другими словами каждый человек должен быть мотивирован заботиться о своем здоровье. Также в законопроекте определена позиция и роль здорового образа жизни. Мы решили это узаконить. Напомню, что Всемирная организация здравоохранения считает роль здорового образа жизни главенствующим направ-

лением профилактики заболеваний. Здоровый образ жизни – это правильное питание, физическая активность, психологическое состояние, отказ от вредных привычек и др.

– **Как отражены в документе вопросы оказания первой медицинской помощи?**

– Напомню, что поправка в действующий закон по поводу оказания первой помощи была внесена еще в ноябре прошлого года. Первая помощь – это не медицинская помощь, она оказывается сотрудниками специальных подразделений по специальному талону или правилу, а также может оказываться гражданами в рамках само- и взаимопомощи. В советский период был хороший опыт по организации домашних хозяйств в населенных пунктах с малой численностью населения. Мы предполагаем возрождение домашних хозяйств, что особенно важно для сельской местности. Так, есть поселения, где 5–10 домов, но ведь там тоже живут люди. В этом случае на одно из домохозяйств можно возложить обязанность по оказанию первой помощи. Например, в доме устанавливается телефонная связь с фельдшерско-акушерским пунктом, с участковой, центральной районной больницей, чтобы быстро вызвать медицинских работников, бригаду скорой помощи для оказания медицинской помощи. Предполагается оснащение домашнего хозяйства укладками первой помощи. Естественно, должно быть и желание самих жителей взять на себя эту функцию. Хочу отметить, что сельское здравоохранение – это особая проблема, смертность на селе значительно выше, чем в городе, заболеваемость выявляется на поздних стадиях, когда уже зачастую трудно вылечить болезнь.

Муниципалитеты, в силу действующих законов и ранее изданных нормативных актов Министерства, не всегда могли иметь себя в больнице должности врачей ряда узких специальностей, соответственно и финансово эти специальности не обеспечивались. Поэтому у нас нет кадров на селе, в отдаленных местностях.

В ряде регионов, чтобы как-то решить проблему, выстраивалась такая схема: врач был в штате на региональном уровне, а реально выезжал работать в сельскую местность. Теперь мы четко прописали возможность иметь врачей-специалистов на уровне первичной помощи и на селе.

– **Будет скорректировано время, выделяемое медикам на осмотр пациента, медицинские манипуляции?**

– Безусловно. Нагрузка на медиков требует пересмотра и распределения временных затрат на определенные медицинские манипуляции. Как только закон будет принят, у Министерства появятся полномочия по изданию единого порядка оказания первичной медико-санитарной помощи, в котором будет учтено все то, о чем я говорила выше, и многое другое. Например, создание кабинетов, отделений неотложной помощи. Также нужно разгрузить врачей от ненужной бюрократической работы, чтобы медики смогли больше своего времени уделять пациенту. Например, мы проанализировали рабочий день врача и посмотрели, сколько времени уходит на прием пациентов и сколько на заполнение медицинских документов: различных справок, оформление листов на МСЭ, выписку рецептов, учетно-отчетной документации. Ориентировочно 45% на осмотр пациентов и 65% на «писанину». Понимая, что максимально надо разгрузить врача от непрофиль-

ной работы, мы обсуждаем вопрос создания отделений, где бы, в том числе, могли трудиться и медсестры с высшим образованием, занимаясь заполнением различных документов по назначению врача. Кроме того, время приема пациента также корректируется (за 10-12 минут трудно посмотреть пациента, дать рекомендации и оформить соответствующую документацию), поэтому время осмотра должно быть пересмотрено в сторону увеличения.

В стационаре – наоборот, нагрузка на врача составляет от 20 до 25 человек, не может врач за рабочее время квалифицированно посмотреть 25 человек с инсультом, к примеру. И мы эти нормативы по ряду профилей уже пересмотрели в сторону уменьшения, сейчас пересматриваем остальные. Другой пример: скажем, на проведение процедуры гастроскопии заложено 40 минут. Новые технологии и оборудование позволяют уложиться в среднем в 10-15 минут. Получается, что если считать по-старому, то на гастроскопию можно принять за рабочий день 5-6 человек. То есть врачу так и заплатят. При всем при этом, стоимость медицинских услуг в действующей системе ОМС весьма низкая. Наложив одно на другое, возникает вопрос откуда же вырастет зарплата? Поэтому в рамках нового медицинского законодательства пересматриваются нормативы нагрузки, стоимость медицинской услуги в рамках системы ОМС. Все это позволит увеличить зарплату медицинским работникам.

– **Все мы привыкли обращаться в службу «03», подвергнется ли модернизации эта служба?**

– Наша задача – сделать так, чтобы пациенту не нужно было думать, в какое медучреждение ему обращаться, он должен быть

доставлен туда, где будет оказана необходимая медицинская помощь. С любой проблемой, связанной с состоянием здоровья, гражданин может обратиться как в медицинскую организацию, так и в службу «03». Если говорить об остром состоянии, человек традиционно привык вызывать бригаду скорой помощи, и возможность эта сохраняется. В регионах будет создана единая диспетчерская служба. Специалисты службы должны отправить бригаду «скорой» для оказания помощи и оценки состояния пациента или перенаправить вызов в больницу по месту жительства, где будет организована неотложная медицинская помощь. Это невозможно сделать сразу, одновременно по всей стране, хотя в ряде регионов такая система работает эффективно.

Мне задавали такой вопрос: как быть, если женщина живет в сельской местности и ежедневно вызывает скорую помощь при высоких показателях давления (140/90)? Теперь «скорая помощь» не будет выезжать, чтобы сделать укол? Конечно же, как выезжала скорая помощь на все острые вызовы, так и будет выезжать. При этом надо понимать, что разовые уколы купируют острое состояние, но ведь нужно плановое постоянное лечение. Возникает другой вопрос: где врачи первичного звена, почему в плановом порядке врач не назначает постоянного лечения или почему не госпитализировали женщину, чтобы оценить состояние? Правильнее ежедневно направлять бригаду на дом? Этот пример свидетельствует о том, что нет выстроенной системы, отсутствует преемственность между службами (скорой, первичным звеном, стационарами). Вот эти все вопросы и будут урегулированы в рамках нового закона и подзаконных нормативных актах. Также важный момент – медицинская эвакуация. Ее порядок будет определен Министерством. Эвакуация может производиться авиатранспортом, морским транспортом, наземным транспортом в зависимости от географических условий, чрезвычайных ситуаций, но только с медицинским сопровождением. Кроме того, появится ответственность за медицинское сопровождение. Ведь машины «скорой помощи» строго классифицированы в зависимости от оснащения. В настоящее время нормативные акты носят рекомендательный характер, с принятием нового закона вступят в силу единые требования, и региональные власти будут ответственны за создание условий по медицинской эвакуации (неснижаемый запас лекарственных препаратов, расходных материалов, работающее медицинское оборудование), а медицинские работники – за квалифицированное медицинское сопровождение, и тогда уйдет понятие «лишь бы довезти и передать врачам в больницу, а там пусть разбираются».

Беседовала **А. Баженова**, обозреватель ИТАР-ТАСС

**В министерстве здравоохранения Ростовской области работает горячая линия по вопросам ОРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**(863) 263-20-50**



## Проект «Здоровье» получит полтриллиона!

В ближайшие три года на развитие нацпроекта «Здоровье» будет направлено почти полтриллиона рублей. Об этом сообщил Председатель Правительства РФ Владимир Путин, выступая на Первой Глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям.



Помимо этого, на региональные программы в области здравоохранения в ближайшие два года из федерального бюджета будет дополнительно направлено 460 млрд рублей, отметил премьер. По его словам, в результате «будут приведены в порядок» около 40% всех медицинских учреждений страны.

«Болезни сердца, системы кровообращения, органов дыхания, рак, диабет сегодня представляют главную угрозу для здоровья человечества», – сказал премьер, отметив, что более чем в 60% случаев летальный исход наступает именно от этих заболеваний. А к 2030 г. этот процент может увеличиться до 75%! При этом, подчеркнул он, опыт многих государств доказывает, что с этой угрозой можно эффективно бороться, «если действовать целенаправленно и системно, объединяя возможности и стремление государства, общества и бизнеса».

«Для России, – особо отметил В. Путин, – охрана здоровья граждан была и остается важнейшим приоритетом. В вопросах профилактики, формирования приверженности здоровому образу жизни мы продолжаем развивать традиции, заложенные нашими выдающимися соотечественниками, такими как Боткин и другие. Даже во время мирового финансового кризиса мы последовательно увеличивали финансирование системы здравоохранения. В 2009 г., например, когда ситуация в мировой и российской экономике складывалась очень сложно, мы начали реализацию новой масштабной программы по формированию здорового образа жизни. И это была первая такая программа для нашей страны».

В рамках приоритетного национального проекта по здравоохранению, сообщил премьер, открыто более 500 центров здоровья для взрослых и более 200 – для детей и подростков.

«Мы стараемся, работаем над тем, чтобы качественно улучшить медицинскую помощь при сердечно-сосудистых, онкологических заболеваниях, а также при дорожно-транспортных происшествиях. Должен сказать, по всем этим направлениям наблюдается позитивная динамика, а по такому направлению работы, как снижение смертности при дорожно-транспортных происшествиях у нас существенное снижение – 26%», – подчеркнул он.

«До рабочих мест сегодня не доходит 80% медсестер, – говорит заместитель Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации, профессор Вероника СКВОРЦОВА. – Они уходят из профессии или переходят в частные структуры. Соотношение врач– медсестра уже вместо положенного 1:2 или 1:3. стало 1:1».

При избытке медиков в специальностях, которые считаются «более денежными», сказала Вероника Скворцова, существенно не достаёт целого ряда узких специалистов – анестезиологов-реаниматологов, хирургов.

## Медицина, общество, человек

актуальное интервью

## Успех приходит к тем, кто начал готовить его еще вчера...

<...>

– В прошлом году проводилась перепись населения. Что она показала и на какие размышления наводит?

– В Ростовской области, к сожалению, отмечается убыль населения. На Дону проживает сегодня около 4 млн 200 тыс. чел., то есть на 100 тыс. меньше, чем на момент предыдущей переписи. Общероссийская тенденция старения населения очень ярко демонстрируется в нашей области. К нам часто приезжают на постоянное место жительства военные пенсионеры; люди, проработавшие до пенсии на Крайнем Севере. В своей работе наши лечебные учреждения учитывают возрастной состав пациентов. Прикрепляем пожилых людей к определенным поликлиникам, в области работает госпиталь ветеранов войн. Когда разрабатывали программу модернизации здравоохранения, мы учитывали и это обстоятельство. Хочу отметить, что в нашей области средняя продолжительность жизни выше на полтора года среднероссийского уровня.

Однако медицинская статистика прошлого года дает и надежду: общая смертность населения осталась на уровне 2009 г. Несмотря на ужасающую жару прошлого лета, естественная убыль населения сократилась. Хочется отметить, что, по результатам 2010 г., вперед вышел город Батайск. Это свидетельствует о том, что позитивные изменения произошли, в том числе и в работе здравоохранения этого города.

Кроме того, увеличилась выявляемость онкологической, сердечно-сосудистой патологий. То есть мероприятия, которые проводились в рамках нацпроекта, программы по снижению смертности от сердечно-сосудистой заболеваемости, сработали. Выбрано правильное направление. Подтверждает этот тезис и ста-



Учитывая грядущие изменения в структуре областной власти, редакция «СЗ» посчитала небезынтересным познакомить читателей с выдержками из интервью министра здравоохранения Ростовской области Татьяны БЫКОВСКОЙ, данного корреспонденту «Медицинской газеты» А. Папырину.

тистика смертности от инсультов и инфарктов. В районах, которые вошли в названную программу, она уменьшилась почти на 32%.

В этом году планируем увеличить сеть первичных сосудистых центров: открыть три новых и «узаконить» четыре, практически уже работающих в Шахтах, Волгодонске, Новочеркасске, Азове.

Как известно, одним из основных включения в программу была распространенность этих заболеваний. В нашем регионе высокая степень урбанизации населения, а в промышленно развитых регионах и темп жизни быстрее, и стрессовые нагрузки сильнее. Поэтому и показатели сердечно-сосудистой заболеваемости высокие. Благодаря реализации мероприятий по борьбе с данной патологией, нам удалось добиться увеличения выявляемости по отдельным видам сосудистой патологии на 37%, снижения смертности от cerebrovascularных заболеваний на 10%. То есть на примере уже работающих центров мы видим эффективность предпринимаемых мер и будем продолжать эту программу.

– Дает ли свою отдачу программа по снижению смертности при дорожно-транспортных происшествиях?

– К сожалению, количество аварий на федеральной трассе «Дон» не стало меньше. Пострадавших в ДТП даже стало больше, чем в 2009 г. Хотим мы того или нет, но преобладают сочетанные травмы, очень сложные и опасные. А вот число погибших в ДТП уменьшилось на 11%. Этот результат пока-

зывает действенность принимаемых мер. Более того, мы внедрились систему травмацентров не только на трассе «М-4», но и распространили ее по всем дорогам области.

– Татьяна Юрьевна, годы реализации нацпроекта «Здоровье» показали, что увеличение финансирования здравоохранения повысило качество медицинской помощи, сделало ее более доступной и высокотехнологичной. На ваш взгляд, двигаясь вперед, каким должен быть механизм оценки эффективности вложенных средств?

– Главный критерий эффективности любых программ в здравоохранении – достижение целевых демографических показателей, указанных в Концепции 2020. Но с моей точки зрения, как бы эффективно не работали врачи (а 90% медиков пришли в профессию осознанно, по призванию), как бы не решались вопросы технического перевооружения медицины, мы не получим ожидаемого результата, если врачу не удастся получить в больном своего рода соратника в сохранении и восстановлении его здоровья. То есть человек должен сам захотеть быть здоровым. Он должен четко понимать, что несет ответственность за свое здоровье, что это огромное его богатство. Надо создать такие условия, чтобы предприятиям через систему налогообложения стало выгодно тратить прибыль на охрану здоровья работающих, восстановление их сил. Я думаю, когда-нибудь законодатели вернуться к разработке таких мер стимулирующего характера. Но и сегодня есть предприятия, которые доплачивают своим сотрудникам за то, что они бросили, например, курить. Есть компании, которые оплачивают своим сотрудникам занятия в спортивных залах. И надо сказать честно, все это стоит немалых денег. Отнюдь не у каждого человека есть сегодня средства, чтобы оплатить занятия в фитнес-клубе, в секции лечебной физкультуры, поехать в санаторий, восстановить утраченное здоровье. Всяческой поддержки заслуживают руководители, которые создают условия для укрепления здоровья прямо по месту работы.



Хотелось бы, чтобы и медики показывали пример, как много значит вести здоровый образ жизни. На деле оказывается, что самые больные люди у нас зачастую сами врачи. Им некогда заниматься своим здоровьем, часто они откладывают прохождение своей диспансеризации на потом. Как говорится, до себя у них руки часто не доходят... Это грустно и неправильно...

<...>

– В одном из интервью Вы сказали, что в последние годы врачи лучше подготовлены к использованию современной медицинской техники. Насколько эффективно она сегодня используется?

– С момента вступления в нацпроект «Здоровье» мы издали приказ, что любая командировка специалистов министерства в район обязательно должна сопровождаться проверкой, как используется новое оборудование. Параллельно осуществляется еще специальный мониторинг. Если я скажу, что все оборудование, поступившее по нацпроекту, работает постоянно со 100-процентной нагрузкой, вряд ли кто мне поверит. Нет, конечно. Но меры немедленно принимаются, когда возникают серьезные проблемы. Мы сталкиваемся и с тем, что в районах не хватает кадров. К примеру, специалист по УЗИ-диагностике ушел в отпуск. В этом случае трудно что-нибудь сделать. Но по каждому случаю «системного простоя» оборудования немедленно назначается проверка. Могу ответственно сказать, что это случается редко. Подобные вопросы прорабатывались и тогда, когда разрабатывалась региональная программа модернизации здравоохранения. В Ростовской области действует строгое правило: чтобы быть включенным в любую целевую программу, лечебное учреждение прежде должно подготовить сертифицированные кадры, обладать необходимыми помещениями, у коллектива должно быть желание осваивать новые методики. И только потом рассматриваются варианты приобретения нового оборудования.

врач – пациент

## В России вводится персональная ответственность врачей

В России вводится аккредитация врачей, которые будут нести ответственность за свои действия.

«С 1 января 2015 года мы внедряем аккредитацию медработников. Мы фактически переходим к персонализированной ответственности медицинского работника за свои действия и последствия», – приводит РИА «Новости» слова замминистра здравоохранения и социального развития РФ Вероники Скворцовой.

По ее словам, аккредитация будет состоять в том, что каждый выпускник вуза будет получать лист допуска к конкретному виду медицинской помощи. Со временем врач сможет расширять список за счет дополнительного образования.



## Детское здоровье

Благодаря нацпроекту «Здоровье» и программе модернизации здравоохранения, в стране были повышены зарплаты терапевтам, медсестрам, врачам-специалистам. Но за бортом остались школьные врачи. Их роль до сих пор толком не определена. Государство уделяет внимание лицензированию школьных кабинетов здоровья, оборудованию их современной техникой. А вот вопросы с кадрами, которые уже «разбегаются из школ», не решаются. Кто тогда будет осуществлять пятое направление Национальной образовательной инициативы «Наша новая школа» - сохранение здоровья школьников?!



### Цитата

На Совещании по проблемам детского здравоохранения, которое провел Президент РФ Дмитрий Медведев, первый заместитель руководителя фракции «Единая Россия», член Комитета Госдумы по охране здоровья, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Яковлева отметила:

– Школьные годы – длительный временной отрезок, в течении которого значительно меняется организм ребенка. К сожалению, на сегодняшний день не в лучшую сторону. Из школы новое поколение выносит целый букет патологических изменений. Уровень хронической патологии у детей в дошкольном возрасте – от 10%, а в старшем подростковом возрасте уже 60-70%. Всего лишь 10% выпускников российских школ сегодня являются здоровыми. В лидерах – заболевания нервной и опорно-двигательной систем, органов пищеварения, близорукость. В итоге – почти у каждого выпускника есть по 1-2 хронических заболевания...».

реформа здравоохранения

# Роль школьной медицины огромна

Всего лишь 10% выпускников российских школ сегодня являются здоровыми. Школьный медик имеет возможность сформировать устойчивые стереотипы здорового, правильного поведения. Школьный врач вместе с педагогами может распределить воздействие с учетом физвоспитания, организации питания, учебных нагрузок.

Разумеется, лучше профилактировать, устраняя факторы риска, чем потом тратить колоссальные деньги на лечение. Но родители зачастую уповают на участкового врача. А ведь педиатр в районной поликлинике видит ребенка уже с заболеванием, когда поздно работать на опережение. Поэтому здесь важна роль школьной медицины, главная задача которой – быть профилактической. Именно школьный медик имеет возможность сформировать устойчивые стереотипы здорового, правильного поведения. К тому же школьный врач вместе с педагогами и психологами может распределить воздействие с учетом физического воспитания, организации питания, учебных нагрузок.

Школьные кабинеты не должны превращаться в лечебницы. Лечить необходимо в поликлиниках. А школьный доктор – то звено, которое помогает формировать модель здорового образа жизни, пропагандировать отказ от вредных привычек. Причем, школьный медик – это не обязательно врач, с такой функцией может справиться и фельдшер, и медицинская сестра. Важно, чтобы они прошли специализацию, чтобы разбираться в особенностях образовательного процесса.

Поэтому необходимо определить статус школьного медицинского работника, прописать его функциональные обязанности, стандартизировать школьную медицину, сформулировать критерии ее эффективности. В основу

работы школьного медика должна быть положена формула: «просвещение + пропаганда + профилактика».

Именно школьный медик сможет проанализировать влияние учебного процесса на состояние здоровья детей, осуществить мониторинг факторов риска, дать конкретные рекомендации по здоровьесбережению в данной конкретной школе. Конечно, он не в состоянии один отвечать за профилактику. Вся школа и родители должны этим заниматься, следуя рекомендациям школьного врача. Так, учитель физкультуры должен обязательно консультироваться со школьным медиком, чтобы физические нагрузки соответствовали состоянию здоровья ребенка. Каждый третий подросток

(в возрасте от 10 до 17 лет) болен хроническим гастритом. Виною тому «бутербродное» питание или пережаренный фаст-фуд. Школьный медик может ввести диетотерапию, принять активное участие в модернизации пищеблоков, что, наверняка, значительно сократит количество пищевых отравлений школьников в столовых.

Да и при оборудовании класса школьной мебелью важен инструктаж медработника – к примеру, чтобы парты соответствовали росту учеников. Это позволит сократить заболеваемость сколиозами. Начальные явления сколиоза могут быть обнаружены уже в раннем возрасте, но в школьном (10-15 лет) он проявляется наиболее выраженно. Некоторые исследователи даже

выделяют отдельный вид сколиоза – «школьный». Эту категорию следует ликвидировать как вид. И это вполне возможно с участием школьного врача.

Так что роль школьной медицины огромна, но ее возможности до сих пор не используются.

Формирование здорового образа жизни должно стать главным рычагом профилактики, генеральной линией отечественного здравоохранения, отправной точкой которой могут стать школьные кабинеты здоровья. А школьная медицина должна войти в программу модернизации здравоохранения, ей требуется стандартизация и информатизация, при обязательном условии – повышении заработной платы школьных медиков.

### Почему властям это безразлично?

Стремясь повысить качество медицинской помощи, государство много внимания уделяет здравоохранению: новое оборудование, высокие зарплаты... Может быть, пришло время подумать и о пациентах? Может, стоит понять и врачу, что, уважая себя, нужно уважать и больного? Не надо тянуть из пациентов деньги! Не надо лечить их от болезней, которых у них нет! Не надо выписывать им ненужные лекарства!



Не бойтесь громко заявлять о своем недовольстве системой оказания медицинской помощи или работой органов социальной защиты.

Если вы столкнулись с несправедливостью в поликлинике или больнице – идите к главному врачу, делайте записи в книге жалоб, защищайте свое право на качественное здравоохранение. УВАЖАЙТЕ В СЕБЕ ГРАЖДАНИНА! СМОЛЧАТЬ – СДЕЛАТЬ ХУЖЕ СЕБЕ И ДРУГИМ...

### Почему властям это безразлично?

Вес школьного портфеля с учебниками и принадлежностями у детей, обучающихся в младших классах ростовских школ приближается к 10 килограммам! Вдумайтесь!

Стоит ли нагружать опорно-двигательный аппарат ребенка кучей дорогих (до 2000 рублей за комплект) (!) пособий? Все ли они нужны? Может стоит подумать о внутришкольных личных ученических шкафах? Или разделить литературу на ту, которая остается в классе, и ту, которая хранится дома?



это интересно

## Современные дети болеют больше, чем их родители

Исследователи выяснили: несмотря на прогресс, нынешнее молодое поколение испытывает больше страданий, чем предыдущие. Продолжительность жизни растет, однако людям, которые рождаются сегодня, приходится чаще иметь дело с недугами и хроническими заболеваниями, чем старшему поколению, пишет издание «The Times of India».



Исследователи прогнозируют, что период инвалидности для мальчиков, родившихся в 2007 году, увеличится в среднем до 13,7 лет по сравнению с 12,8 лет для тех, кто родился в 1981 году. Для женщин эти цифры составят 17,1 года вместо 16 лет.

Кроме того, мужчины, родившиеся в 2007 году, вероятно, проведут еще большую часть жизни с плохим здоровьем: 8,7 года по сравнению с 6,4 года у рожденных в 1981 году. Женщины – 11 лет со слабым здоровьем по сравнению с 10 годами у рожденных 30 лет на-

зад, утверждают данные зарубежных специалистов.

Если в 1998 году 20-летний мужчина имел больше шансов прожить еще 45 лет без сердечно-сосудистых заболеваний, рака или диабета, то к 2006 году эта цифра упала до 43,8 лет. Для молодых женщин число лет, когда они могут наслаждаться хорошим здоровьем, сократилось с 49,2 до 48. Кроме того, по словам ученых, наблюдается существенное увеличение случаев некоторых хронических заболеваний, в частности, сахарного диабета.





Министр здравоохранения Ростовской области Т.Ю. Быковская: «Все знают, что в последнее время в обиход вошли такие понятия, как материнский капитал, поддержка государством многодетных семей... Хочу рассказать о новых предложениях, которые сейчас рассматриваются. Например, о проекте постановления Губернатора В. Голубева, предусматривающем обеспечение микроавтобусами многодетных семей. Мы хотим больше внимания уделить также и семьям с приемными детьми. Надо отметить, что в нашей стране, наконец-то, социально начинает защищаться институт семьи».

# Медицина. Общество. Человек

## Вакцинация Живая вакцина ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА

Эксперт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Владимир Таточенко осудил включение живой вакцины против полиомиелита в российский календарь прививок.

Владимир Таточенко отметил, что при использовании живой вакцины, изготовленной на основе ослабленных возбудителей полиомиелита, существует риск заражения окружающих. По его словам, все педиатры и иммунологи были против включения указанного препарата в схему вакцинации.

Минздравсоцразвития включило прививку живой вакциной от полиомиелита в национальный календарь в феврале 2011 г. Препарат будет использоваться на третьем этапе иммунизации детей, начиная с 6-месячного возраста. Ранее детей до года разрешалось прививать только инактивированной вакциной. Для иммунизации детей в 18 и 20 мес., а также в 14 лет использовалась живая оральная вакцина.

Эксперт ВОЗ считает, что живую вакцину целесообразно использовать во время туровой иммунизации жителей Сев. Кавказа, так как в этом регионе неблагоприятная эпидемическая обстановка по полиомиелиту. Он добавил, что, по результатам иммунизации россиян инактивированной вакциной, ни один из привитых не заразился. ВОЗ включила Россию в список стран, где проводится эффективная вакцинапрофилактика полиомиелита в три этапа. Специалист отметил нецелесообразность использования живой вакцины на последнем этапе иммунизации, так как стойкий иммунитет формируется уже после первых двух прививок.



цитата

оздоровительная кампания - 2011

## Минздрав области: планы - 2011

Основной задачей, которая определена Правительством Российской Федерации и которую предстоит решать донским медикам в 2011 году, является модернизация здравоохранения.

На это нацелена Программа модернизации здравоохранения Ростовской области на 2011-2012 гг. В текущем году планируется выделить на мероприятия программы 4,7 млрд руб. из средств федерального бюджета на укрепление ресурсной базы здравоохранения области, внедрение стандартов оказания медицинской помощи, информатизацию и компьютеризацию медицинских учреждений. Будут активно развиваться телемедицинские технологии, планируется внедрение новых форм врачебной помощи на селе. Будет совершенствоваться алгоритм взаимодействия между медучреждениями различных уровней.

# Летний отдых детей требует особого подхода

Грамотное и профессиональное отношение к организации летнего отдыха решает массу важных вопросов – снижает уровень безнадзорности детей, чьи родители заняты на работе, уменьшает количество правонарушений, помогает подросткам овладеть профессиональными навыками. Как подчеркнул заместитель Губернатора Сергей Бондарев, вопросы оздоровления находятся на постоянном контроле Президента РФ и руководства Ростовской области.

Так, на совещании в Краснодарском крае, посвященном организации детской оздоровительной кампании – 2011, принимавший в нем участие Губернатор Ростовской области Василий Голубев, поднял вопросы, которые были одобрены Президентом России. Акцент был сделан на качестве предоставляемых оздоровительных услуг, а также на развитии сети оздоровительных учреждений.

По итогам кампании 2010 г. было оздоровлено 390 тыс. детей – 89% от общего количества детей в возрасте от 6 до 18 лет. На эти цели из разных источников израсходовано около 1 млрд рублей. На оздоровительную кампанию 2011 г. предусмотрено 1,2 млрд рублей.

Решению поставленных задач должны способствовать изменения в нормативно-правовых актах, которые регламентируют проведение кампании, – сказал

замгубернатора С.Бондарев. – Например, предоставление 50% компенсации организациям за фактически приобретенные путевки для детей своих работников, выплата гражданам компенсации в текущем финансовом году за самостоятельно приобретенные путевки в отчетном финансовом году. Все это позволит увеличить количество детей, которые направят свое здоровье.

По материалам www.donland.ru

**ДЛЯ СПРАВОК:**  
344003, с. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 87/85, оф. 315,  
тел./факс (863) 214-50-92, 239-95-05, e-mail: donland@donland.ru

**АДРЕС ДЕТСКОГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ «ПАРУС»:**  
348170, Ростовская область, Тельмановский район, с. Приморка, ул. Ленина, 180/1

**У нас все лето – праздник!**

- 1 ОТЛИЧНОЕ ПИТАНИЕ
- 2 КОМФОРТАБЕЛЬНОЕ ЖИЛЬЕ
- 3 ПРИМОРСКИЙ ВОЗДУХ И СОЛНЦЕ
- 4 КУПАНИЕ В ТЕПЛОМ МОРЕ
- 5 РАЗВИВАЮЩИЕ ИГРЫ

**Дорогие ребята и уважаемые родители!**

ОО «Азовкурортсервис» предлагает вашему вниманию широкий спектр возможностей по организации детского отдыха в детском оздоровительном лагере «Парус» (ООЛ «Парус»)! Начиная с 2000 г., в ООЛ «Парус» приезжают для отдыха и оздоровления ребята из Мурманской, Архангельской, Магаданской, Свердловской, Воронежской, Ростовской областей, Республики Коми, Карелии, Ненецкого автономного округа, Пермского края и многих других уголков нашей необъятной страны.

С нами давно и тесно сотрудничает областное министерство труда и социальной защиты, министерство образования, министерство по физической культуре и спорту. Комитет по молодежной политике при администрации Ростовской области, а также немало предприятий нашего региона и туристических компаний.

Мы располагаем полным пакетом необходимых разрешительных документов, подтверждающих соблюдение в лагере всех требований и нормативов для успешного обеспечения отдыха и оздоровления детей в круглогодичном режиме.

«Парус» удобно расположен в с. Приморка, на географической линии, соединяющей Ростов-на-Дону с Таганрогом. От лагеря до Ростова-на-Дону – всего 50 км, до Таганрога и того меньше – 15 км. Территория лагеря расположена на первой береговой линии Таганрогского залива, у самого Азовского моря.

Парковую зону составляют различные виды елей и хвойных пород, липовый воздух улитки виноградом, желтых корявцев, усеяны многолетними и однолетними цветами.

Отдыхающие неизменно отмечают свежесть и прозрачность воздуха, представляющего собой целебный коктейль ароматов лиственных и хвойных деревьев, цветников, степных разноцветий и ионизированного морского воздуха.

От жилой зоны до пляжа – всего 20-30 метров. Сама пляжная зона представляет собой 600 кв. м идеально ровного песчаного дна, с пологим спуском. На расстоянии 50 м от береговой линии глубина моря не превышает 1 метра.

На территории «Парус» расположены два двухэтажных корпуса с централизованным отоплением, семь одноэтажных летних корпусов, здание столовой, а также медпункт и изолятор. У нас вы найдете оборудованные спортивные площадки для волейбола, футбола, бадминтона, тенниса, есть здесь и гимнастические снаряды.

Детский оздоровительный лагерь «Парус» – лагерь круглогодичного действия. В основе оздоровительного эффекта здесь – климат озон, морские ванны, витаминизированные напитки. Водные процедуры оказывают усилительное действие, способствуют укреплению и закаливанию детского организма. По окончании сезона здесь можно пройти лечебный курс физиотерапии, ароматерапии, а также гомеопатии.



## Здравоохранение и техногенное воздействие

наука, техника и наше здоровье

# Насколько опасны атомные электростанции?

К 25-летию катастрофы на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС)

Открытие закономерностей ядерного распада создало невиданные ранее перспективы и возможности его использования как обладающего огромными запасами источника электрической энергии. С этой целью в мире построены и эксплуатируются более 440 атомных электростанций. Не случайно недавняя авария на японской атомной станции «Фукусима-1» стала весомым поводом нового всплеска тревоги и опасений относительно целесообразности строительства, эксплуатации и потенциальной опасности атомных электростанций для здоровья населения.

Взоры многих людей вновь обратились к глобальной ядерной катастрофе, случившейся 25 лет тому на Чернобыльской АЭС (ей был присвоен 7-й, наивысший балл радиационной опасности). Между авариями на «Фукусиме-1» и Чернобыльской АЭС есть весьма существенные различия. Они касаются причин аварий, мероприятий по их ликвидации, количеству жертв, медицинских последствий для населения и других факторов. Прошло еще слишком мало времени, чтобы подробно анализировать и оценивать все аспекты случившегося в Японии. Но уже сейчас можно ожидать, что скорее всего, последствия «Фукусимы -1» будут значительно менее масштабными, нежели связанные с катастрофой в Чернобыле.

Возвратимся на четверть века назад и попытаемся с позиций сегодняшнего дня кратко и, не вдаваясь в технические детали, рассказать о катастрофе на Чернобыльской АЭС и о ее последствиях для здоровья населения региона.

Предваряя наш рассказ, следует учесть, что и до настоящего времени не все детали случившегося выяснены, не все стало достоянием гласности. Можно лишь констатировать, что, как полагают многие исследователи, случившееся и масштабы его последствий были обусловлены, по меньшей мере, тремя группами факторов. Первая – недостаточный контроль и ошибки персонала, допущенные в самом начале аварийной ситуации и приведшие к ней. Вторая – вероятные просчеты в проектировании и месте расположения станции (немногим более 115 км от столицы Украины – Киева, с преимущественно надветренной стороны по отношению к нему, не совсем благоприятные для такого сооружения грунты и др.). Третья – недостаточная и несвоевременная информированность населения и проведение неотложных меро-

приятий по локализации и ликвидации аварии.

### АВАРИЯ: ШАГ ЗА ШАГОМ

В канун событий, 25 апреля 1986 г. на 4-м энергоблоке станции начались плановые ремонтно-испытательные работы. В ходе этих работ, в ночь с 25 на 26 апреля произошли два взрыва, которые обусловили возгорание и разрушение ядерной зоны реактора и выброс в окружающую среду более 8 тонн радиоактивного топлива и сопутствующих материалов. Впоследствии, поминутно анализируя ход работ и действия персонала за 24 часа, предшествовавшие взрывам, исследователи указали на десять серьезных ошибок, допущенных персоналом в процессе работ.

В момент аварии на участке АЭС находились 176 человек эксплуатационного персонала и 268 строителей, работавших на других объектах станции. Общая численность населения в 30-километровой зоне вокруг АЭС составляла примерно 116 тыс. человек, в том числе около 50 тысяч в г. Припять (3-4 км западнее ЧАЭС) и около 13 тыс. человек – г. Чернобыль (15 км юго-восточнее ее).

После взрывов уровни радиации на участке станции превысили 100 миллирентген в час, то есть были в несколько тысяч раз выше доаварийного природного фона (10-30 микрорентген в час).

Многие из находившихся 26-27 апреля на территории АЭС были облучены дозами радиации весьма высокого уровня – более 100 миллирентген/час. Такая доза облучения привела к возникновению острой лучевой болезни, с которой уже в первый день аварии 134 человека были срочно госпитализированы в специальные лечебные заведения Москвы и Киева. Несмотря на усилия медиков, 28 пожарных, получивших особо сильное облучение, спасти тогда не удалось.

Между техногенными авариями на японской «Фукусиме-1» и Чернобыльской АЭС есть весьма существенные различия. Они касаются причин аварий, мероприятий по их ликвидации, количеству жертв, медицинских последствий для населения и других факторов. Прошло еще слишком мало времени, чтобы подробно анализировать и оценивать все аспекты случившегося в Японии. Но уже сейчас можно сказать, что, скорее всего, последствия «Фукусимы -1» будут значительно менее масштабными, нежели те, которые были связаны с катастрофой в Чернобыле.



Разрушение реактора, массивный выброс радиоактивных веществ и материалов в окружающую среду привели к загрязнению ими значительных территорий. Загрязнение охватило около 2 тыс. населенных пунктов в 12 областях, в которых проживало более 20 млн человек, из числа которых 2 млн считаются непосредственно пострадавшими от аварии.

Подчиняясь направлению движения атмосферного воздуха, аварийный выброс распространился на значительные расстояния от Чернобыльской АЭС, достигнув ряда стран за пределами СССР. Повышение уровня радиоактивности, обусловленное этим выбросом, 27 апреля было зафиксировано в Швеции и Финляндии, 28 апреля – в Германии, 29 апреля – в Венгрии и Италии, 1 мая – в Швейцарии, Франции и Бельгии, 2 мая – в Англии, 5-6 мая – в США, Канаде и некоторых других странах. Максимальные уровни радиации за пределами СССР были зарегистрированы в Швеции, где они достигали 1600 микрорентген в час. Максимальный уровень радиации в Киеве был отмечен в период с 30 апреля по 2 мая, когда он доходил до 4000 микрорентген в час (доаварийный природный фон в Киеве обычно не превышал 10-20 микрорентген в час).

Таким образом, в тайне Чернобыльская катастрофа долго не пребывала. Уже утром 26 апреля, в ряде киевских институтов и учреждений, использовавших в своей работе дозиметрические приборы, обратили внимание на необычное повышение окружающего радиационного фона.

О том, что порождаемая радиоактивными веществами и рентгеновскими лучами ионизирующая радиация обладает весьма высокой биологической активностью известно давно. Первый случай лучевого рака был описан еще в 1902 году. В опубликованной в 1959 г. в Германии «Книге почта» перечислены фамилии 360

ученых и медиков, пожертвовавших своей жизнью при изучении путей эффективного и безопасного применения рентгеновских лучей и радия. Атомные бомбардировки Хиросимы и Нагасаки в 1945 г. продемонстрировали всему миру, к каким страшным разрушениям и человеческим жертвам способен привести не только сам взрыв бомбы, но и ионизирующее излучение вследствие обусловленного им радиоактивного загрязнения. Ядерная катастрофа на ЧАЭС со всей очевидностью показала, что к весьма тяжким последствиям может привести и плохо контролируемое использование атомной энергии и в мирных целях.

### ЗДОРОВЬЕ И РАДИАЦИЯ

С учетом характера аварийных выбросов и особенностей их распространения, заражение персонала и населения, связанное с аварией на ЧАЭС, происходило за счет вдыхания радиоактивных веществ, внешнего облучения от источников непосредственно на объекте, осадков от радиоактивного облака, поверхности загрязненной местности, облучения при употреблении пищевых продуктов и воды, загрязненных искусственными радиоизотопами.

Контингент субъектов облучения, обусловленного аварией на ЧАЭС, включал следующие три группы. Первая – пожарные, дежурный персонал АЭС, ликвидаторы – гражданские лица и военнослужащие, специалисты разных профессий, принимавшие участие в дезактивационных и строительно-монтажных работах непосредственно на АЭС и в 30-километровой зоне. В 1986-87 гг. их количество составляло 350 тыс. человек. Вторая группа – население, проживавшее в населенных пунктах в 30-километровой зоне вокруг АЭС (весной и летом 1986 г. бли эвакуированы 116 тыс. человек, с учетом переселенных

### Наша справка

Средняя доля АЭС в энергонабжении мира составляет около 20%, в Японии она более 30%, в отдельных странах достигает 60-70%. В 2010 году в стадии строительства находились 44 реактора. Предполагается, что к 2030 году количество АЭС увеличится на 60%. Между тем, хорошо известно, что порождаемое атомной энергией ионизирующее излучение обладает высокой биологической активностью, и в дозах, существенно превышающих природный фон, представляет большую опасность, может быть причиной тяжелых заболеваний и даже смерти человека. Поэтому закономерно, что широкое распространение АЭС породило серьезные опасения за здоровье их персонала, а также населения, проживающего в зонах расположения АЭС.

в последующие годы в незагрязненные районы их общее число достигло около 350 тыс. человек). Третья группа – население, проживающее в различных районах Украины, Белоруссии и России в зонах усиленного контроля (загрязнение цезием более 550 лБ/м<sup>2</sup>) – более 250 тыс. человек, и примерно 5 млн человек – в районах с содержанием цезия более 37-150 кБ/м<sup>2</sup>).

Подробный анализ последствий поставарийного надфоновое облучения этих контингентов был осуществлен международной группой ученых, которых под эгидой Всемирной организации здравоохранения объединил так называемый «Чернобыльский форум». Они констатировали следующее. Высокому уровню радиации в первые дни катастрофы подверглись около 1000 рабочих и спасателей. Более 200 тыс. спасателей (ликвидаторов) подверглись значительному надфоновому облучению в 1986-1987 гг. Из их числа погибли или тяжело больны около 2,5 тыс. человек. Более 4 тыс. человек заболели раком щитовидной железы. Следует отметить, что многие исследователи считают выводы «Чернобыльского форума» заниженными.

### ДЕТИ ОКАЗАЛИСЬ ОСОБЕННО УЯЗВИМЫ

Наиболее уязвимой группой гражданского населения в первые дни после аварии оказались дети, особенно младшего возраста. В выбросах, загрязнивших окружающую среду, помимо многих других, находился короткоживущий (период полураспада 7 дней) радиоактивный изотоп йода. Щитовидная железа его активно поглощает, в частности, с молоком коров, выпас которых происходил на участках, подвергнутых загрязнению в первый период (26 апреля – 6 мая) аварии.

Окончание на след. стр. >>



## Здравоохранение и техногенное воздействие



Следствием накопления радиоактивного йода в щитовидной железе явилось статистически достоверное увеличение количества случаев рака этой железы. В общей сложности диагностировано более 5 тыс. случаев рака щитовидной железы у детей, которым во время аварии было меньше 18 лет. Эксперты обращают внимание на то, что, поскольку срок жизни радиоактивного йода является коротким, то прекращение употребления зараженного молока в течение нескольких месяцев после аварии, вероятно, существенно снизило бы количество случаев рака щитовидной железы, индуцированного радиацией. Но дети продолжали употреблять зараженное молоко, не подозревая об опасности.

Особое внимание среди различных видов патологии, связанной с аварией, привлекают заболевания крови (лейкемия) и онкологические. Среди ликвидаторов аварии частота лейкемии выросла в два раза. Предположительно с надфоновой радиацией связан незначительный рост заболеваемости раком молочной железы в наиболее зараженных районах.

### ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ РАДИАЦИОННОГО ОБЛУЧЕНИЯ

Серьезную опасность для здоровья человека представляют отдаленные последствия острого или хронического облучения. Они могут проявиться и через длительное время (через 10-20 и более лет) после облучения. К таким последствиям относятся, в частности, онкологические заболевания, заболевания крови, генетические и другие поражения. Прогноз отдаленных последствий лучевых воздействий очень сложен, так как закономерности их развития существенно отличаются от тех, которые имеют место вследствие облучения высокими дозами.

Оценивая вероятность последствий надфоновой облучения

большой части населения в связи с аварией на ЧАЭС, специалисты считают, что в расчете на 70 лет жизни оно не превысит 10% естественной фоновой дозы, и не будет большей, чем 30-35 бер(Р), что в пять раз ниже предельно-допустимого безопасного профессионального облучения.

Согласно оценкам, средние эффективные дозы облучения всего населения загрязненных районов, накопленные за период 1986-2005 гг., в различных районах составляли от 10 до 20 мЗв. Подавляющее большинство из приблизительно 5 млн людей, постоянно проживающих в загрязненных районах Украины, Белоруссии и России и Украины, в настоящее время получают годовую эффективную дозу от радиоактивных осадков в результате аварии на Чернобыльской АЭС менее 1 мЗв. Рекомендованный Международной комиссией по радиологической защите безопасный дозовый предел дополнительного к фоновому облучения для населения составляет такую же величину (1000 мкЗв). При этом исходят из того, что, если в течение одного года 10 тыс. человек будут облучены дозой 0,01 Зв, то среди такой популяции теоретически возможно возникновение одного случая онкологического заболевания или генетического повреждения. Но такое количество пораженных за счет радиации составит не более 0,1% от спонтанного уровня фоновых колебаний показателей заболеваемости, предопределенных другими неблагоприятными факторами окружающей среды (химическим загрязнением атмосферного воздуха, воды, пищевых продуктов, курением и пр.).

В отличие от очевидных пагубных последствий катастрофы на сравнительно ограниченный контингент лиц, получивших высокие дозы радиации, отсутствует единое мнение относительно достоверности отдаленных медицинских последствий облучения насе-

ления Киева и других населенных пунктов. После аварии был создан «Национальный Центр радиационной медицины» Академии медицинских наук Украины, несколько подобных учреждений в Белоруссии и России. Большинство исследователей пришли к выводу, что после Чернобыльской катастрофы явно выросла частота самых различных заболеваний и смертность населения в регионах, где повысился радиационный фон местности.

Международные организации по радиационной защите приняли положение, согласно которому вероятность возникновения отрицательного для здоровья эффекта, обусловленного ионизирующим излучением, следует оценивать как равную 0,0004 на 1 бер (0,01 Зв). Это значит, что, если каждый человек в общей совокупности 10 тыс., в течение одного года получит поглощенную эффективную дозу облучения, равную 1 бер (0,01 Зв), то среди всего облученного контингента теоретически возможен только один случай заболевания или генетической поломки, обусловленный этим добавочным облучением. Естественная частота онкологических заболеваний составляет 1,5-2 тыс. случаев на 1 млн населения в год. Следовательно, количество пораженных за счет радиации составит не более 0,1% от спонтанного уровня фоновых колебаний показателей заболеваемости, предопределенных другими неблагоприятными факторами окружающей среды. Риск возникновения опухолей вследствие облучения дозой 0,01 Зв – 4-6 случаев в год. Предсказать, произойдет или не произойдет такое с конкретным человеком практически невозможно.

### ВЫВОДЫ

В суждениях и оценках медицинских последствий аварии на ЧАЭС следует учитывать чрезвычайно важный момент. Зачастую медицинская статистика фиксирует возрастание количества тех или иных заболеваний и нарушений здоровья и трактует их как результат воздействия повышенной радиации, обусловленной этой аварией. Между тем, существует и ряд других объективных факторов, которые могли повлиять на этот рост (ухудшение социально-бытовых условий жизни, рационального питания, психологические стрессы и др.). В числе таких факторов большое значение принадлежит и усилению медицинского диагностического мониторинга, позволившего выявить, диагностировать и учесть в медицинской статистике различные заболевания на ранних стадиях.

Представляют определенный интерес данные о динамике уровней радиационного фона, прошедшие после катастрофы на ЧАЭС в столице Украины Киеве. Наиболее

высокие показатели фона были зафиксированы в Киеве между 30 апреля и 2 мая 1986 г. Тогда они достигали 1-2 миллирентген в час (что в тысячу раз превышало естественный уровень). С июня 1986 г. уровень радиации начал снижаться и стабилизировался. Через 25 лет после аварии, вблизи перечисленных далее зданий он таков: Кабинет министров Украины – 22 микрорентген/час, Верховный Совет Украины – 19 мкР/час, Киевская горрадикация – 40 мкР/час, Центральный универмаг – 25 мкР/час, Бессарабский рынок – 23 мкР/час, Главпочтамт – 35 мкР/час, то есть можно констатировать, что радиационный фон в городе возвратился к присущим ему доаварийным уровням.

Однако, восприимчивая и оценивая относительно малотренированные статистические показатели отдаленных медицинских последствий Чернобыльской катастрофы для населения, не принимавшего непосредственного участия в ее ликвидации и избежавшего значительного облучения, нельзя не вспомнить известное высказывание «Смерть десяти тысяч человек – статистика. Смерть одного человека – трагедия». А посему, сколь бы малой не была вероятность серьезных неблагоприятных последствий для здоровья населения, хотя и находившегося на умеренно загрязненных выбросами ЧАЭС территориях, но избежавших значительного облучения, реальная опасность таких последствий существует и пренебрегать ею нет ни морального, ни юридического права. И совершенно справедливы слова бывшего Генерального секретаря Организации Объединенных Наций Кофи Аннана: «Всем нам хотелось бы стереть из памяти слово «Чернобыль». Одна-

ко, миллионы людей не могут позволить себе такую роскошь».

### САРКОРФАГ

Каково будущее Чернобыльской АЭС? Работа всех ее энергоблоков прекращена, как источник электроэнергии станция уже не функционирует и восстановлению ее в этом качестве не подлежит. Но под обломками аварийного четвертого реактора, закрытого саркофагом, продолжает оставаться большое количество (95% исходного) радиоактивного материала. Причем саркофаг, сооруженный над реактором ЧАЭС, имеет немало строительных и эксплуатационных недостатков, не является достаточно надежным, как с точки зрения герметичности и стойкости самих строительных конструкций, так и с точки зрения потенциальной опасности радиоактивного заражения окружающей среды. Сохраняется опасность выхода радиации за пределы саркофага в случае неизбежного со временем разрушения его корпуса. Поэтому, по согласованию с международными организациями, принято решение о строительстве нового объекта – «Укрытие», призванного обеспечить долговременную безопасность всех сооружений ЧАЭС. Европейский банк реконструкции и развития, США и другие страны выделили на строительство объекта «Укрытие» и обеспечение безопасности ЧАЭС более 500 млн долларов.

Этот объект будет представлять собой сооружение в форме арки высотой 105 метров, длиной 150 метров и шириной 260 метров. После возведения он будет «надвинут» на четвертый блок ЧАЭС.

И.И.Никберг, профессор, член-корреспондент РАЕ



### От редакции.

Обобщение приведенных выше авторитетных научных сведений позволяет сделать следующий общий вывод относительно медицинского аспекта проблем создания атомной энергетики. Атомные электростанции, спроектированные и построенные в соответствии с современными техническими и гигиеническими нормативами, функционирующие с жестким соблюдением всех требований радиационной безопасности, потенциально намного более безопасны, нежели различного рода природные и транспортные катастрофы, алкоголизм и другие вредные привычки, плохие социально-бытовые условия и т.п. Поэтому в каждой стране решение вопроса о будущем атомной энергетики и целесообразности строительства АЭС должно основываться не столько на соображениях медицинской безопасности, сколько на аргументах, вытекающих из конкретной социально-экономической и экологической ситуации в данной стране.



## Энциклопедия здоровья

это интересно

# Хотите быть здоровыми? Читайте этикетки!

➔ **Что должно быть написано на этикетке упаковки с продуктами питания? Этикетка должна содержать не только название продукта и его производителя, но и количество белков, жиров, углеводов и калорий на 100 г продукта, а также много другой необходимой информации.**

**Состав продукта** выглядит как список – в строчку через запятую или в столбик. Яркие надписи «без ГМО», «натуральный», «диетический», располагающиеся на этикетке, к составу продукта никакого отношения не имеют.

Если на продукте зарубежного производства нет наклейки с переводом на русский язык и координатами поставщика в России, продукт, скорее всего, попал на рынок нелегально, и может быть некачественным.

Покупайте продукты только с хорошо читаемыми этикетками, на которых указаны пищевая ценность и состав продукта.

**Обращайте внимание на вид этикетки.** Если этикетка стерлась, переклеена или перепечатана поверх старого текста, такой продукт лучше не покупать.

**Как должен быть обозначен срок хранения?** Срок хранения продукта может быть обозначен несколькими способами. «Годен до» означает, что в определенную дату и время продукт теряет годность. Если указан конкретный срок хранения, на упаковке надо искать дату и время производства продукта и рассчитывать, когда срок хранения у него заканчивается. Пищевых продуктов с неограниченным сроком хранения не бывает. Выбирайте только те продукты, срок хранения которых указан явно и еще не истек.

**Как выглядит дата производства?** Дата производства не может быть нанесена на упаковку шариковой ручкой или фломастером – она выбивается на краю упаковки

специальным станком или печатается штампом на этикетке.

**Как читать состав продуктов?** Названия ингредиентов в списке располагаются строго в порядке убывания по количеству, вошедшему в состав продукта. На первом месте стоят основные ингредиенты. В мясных продуктах это может быть только мясо, в хлебе – мука, в молочных продуктах – молоко.

**Состав на 100 грамм или на одну порцию?** Состав обычно принято указывать на 100 г продукта. В упаковке может быть и больше, и меньше этого количества. Поэтому содержание тех или иных ингредиентов придется пересчитать на реальный вес упаковки. Иногда состав продукта указывается из расчета на порцию весом чаще всего менее 100 г, и их в упаковке может быть несколько. В таком случае надо внимательно посмотреть, сколько порций содержит упаковка, и как их отмерять.

Всегда обращайте внимание не только на состав продукта, но и на вес упаковки и количество порций в ней.

**Обезжиренный – не значит здоровый.** Если продукт обезжиренный, он не обязательно низкокалорийный. Калорийность и вкусовые качества часто «добиваются» за счет добавленного сахара. Внимательно изучите состав продукта: если сахар стоит на первом или втором месте в списке – такой продукт нельзя назвать полезным.

Сравните обезжиренный продукт с его «жирным» соседом по

полке. Если различия в количестве калорий незначительны, то ищите альтернативу.

**Что означает «Без холестерина»?** Этот рекламный слоган иногда размещается на продуктах, которые никогда и не содержали холестерин – для привлечения дополнительного внимания. Например, его нет в любых растительных маслах, так как холестерин – продукт исключительно животного происхождения.

Продукты без холестерина не обязательно очень полезны для здоровья. Например, нет холестерина в спредах, сделанных на основе растительных масел, многих кондитерских жирах и дешевых маргаринах. Эти продукты высококалорийны и содержат трансжиры. Относитесь к рекламным слоганам на упаковках со здоровым скепсисом и обращайте больше внимания на состав.

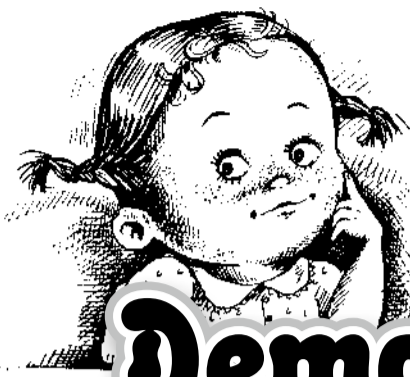
**Как выявить «быстрые углеводы»?** Не все углеводы – это сахар. Если в составе продукта много углеводов, но сахара в списке ингредиентов нет, или он стоит на последних местах, – продукт содержит в основном «медленные» углеводы.

Однако даже в продукт с надписью «без сахара» производитель может добавить лишние быстрые углеводы. Сахароза, мальтоза, кукурузный сироп, патока, сахарный тростник, кукурузный сахар, сахар-сырец, мед, фруктовый концентрат – это тоже сахар.

Контролируйте количество любого сахара в продуктах – это всегда лишние калории.

Продолжение темы – в след. номере >>

папа, мама, я и бабушка моя



Свои отзывы направляйте по адресу редакции, а также непосредственно автору рубрики – М.С.Терешкову (346341, г. Донецк Ростовской области, 3-й микрорайон, д. 13, кв. 91).

## Детский лепет



Вот уже 40 лет детский писатель из г. Донецка Ростовской области – Михаил Семенович Терешков – ведет дневник, в который заносит все интересное, что видит в жизни донских ребятишек. Это его увлечение началось с наблюдений за своими дочками и внучатами. Газета «Современное здравоохранение» начинает публикацию этих записей под рубрикой «Детский лепет». Надеемся, что наша рубрика подвигнет многих молодых родителей более внимательно прислушиваться к своим детям, ведь, как известно, их устами «глаголет истина».

А, возможно, у некоторых из вас, уважаемые читатели, тоже возникнет желание заняться коллекционированием своих наблюдений и заметок о мире детства.

• • •  
Перед уходом на работу папа спрашивает у своей трехлетней дочки Светочки, которая провожает его до дверей:  
– Ты русская?  
– Нет. Я – Терешкова (это ее фамилия – Авт.!).

• • •  
Маленькая Света смотрит по телевизору мультфильм. Вскоре подбегает ко мне и сообщает, что волк хочет укусить козлика. И показывает, как он это собирается делать, пребольно кусая мое колено. Потом она бежит смотреть сказку дальше. Наконец наступит момент, когда собачка хватает волка за горло. Света чувственно комментирует:  
– Собачка целует... Любит сильно-сильно.

• • •  
Маленькая Света устранила замахивая на меня со словами:  
– Как дама!  
– А я... не возьму, – отвечаю я ей.  
– А я буду слушаться, и ты возьмешь! – не терпящим возражений тоном заявляет дочка.

• • •  
Я кашлянул и тут же получил от Светочки пожелание:  
– Не чихай!

• • •  
Света научилась прыгать на одной ноге. Я в порядке поощрения обнял ее со словами:  
– Ах ты моя маленькая умница! Она мне в ответ:  
– Я уже большая.

• • •  
Маленькая Света смотрит по телевизору сказку, в которой встречается эпизод с Бабой Ягой. Через некоторое время дочка говорит мне:  
– Наша Баба Яга – хорошая, а эта – плохая.

• • •  
Я прошу уточнить, которая Баба Яга наша.  
– А вот она – показывает Света пальцем на свою бабушку.

• • •  
Я сделал Свете замечание, сказав, что она не очень вежливая. А она возразила:  
– Нет. Я – вежная!

• • •  
Чтобы Света ела свекольный суп со сметаной, бабушка сказала ей, что от свекольника у нее будут красивые красные щечки. И началось... Съест Света несколько ложек свекольника и бежит к зеркалу – смотреть, не покраснели ли щечки. Не обнаружив никаких изменений, она вновь принимается за еду.

В конце концов, она заявляет:  
– Обманщица ты, бабуся!

• • •  
Папа принес домой живую рыбу с рынка и положил ее в таз с водой до поры до времени. Света тут же позабыла о своих игрушках и начала забавляться с рыбой. Стала кормить ее, накладывая ей в рот кусочки хлеба. Слышим ее возмущение:

– Тебя упрашивай, хлеб давай, а ты шлепаешься... Что-то? Не слышу, – продолжает Света, принося ухом к самой голове рыбы.

Но, ничего от нее не услышав, констатирует:  
– Она еще маленькая, не умеет говорить...

• • •  
Бабушка нежно обняла внучку. Света возмутилась:  
– Бабушка, ты мне все кудри сломала!

• • •  
Света за что-то обиделась на папу и пригрозила:  
– Вот поеду на войну, а тебя с собой не возьму!

• • •  
Света пришла с улицы в испачканной одежде, мама стала ее укорять за это. А дочка оправдывается:  
– Саша сказал: кто влезет в лужу, тот – герой.

• • •  
Маленькая Света приболела, и мама предлагает ей принять жаропонижающую таблетку. Дочь морщится и отказывается.  
– Но ты же горячая вся, – настойчиво говорит мама дочке.  
– Ничего, до завтра остыну! – успокаивает Света.

• • •  
Маленькая Света что-то сказала маме, но та, погруженная в свои мысли, не обратила на ее слова внимания. Это обидело малышку, и она заявила:  
– Ух, ты самоволка!

• • •  
Бабушка помыла редиску и положила в тарелку, а маленькая Света взяла ее и бросила с балкона во двор. Обнаружив пропажу, бабушка спрашивает у Светы:  
– Где же моя редиска?  
– Я ее выбросила, – призналась внучка.

• • •  
Она тут же попыталась успокоить бабушку:

– Ты не ругайся, мама еще купит.

• • •  
– А деньги где мама возьмет? – спрашивает бабушка.

– В кармане у папы, – с достоинством отвечает Света.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### «Перинатальный центр Ростовской области»

Адрес центра: г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, 90 (район БСМП-2)

Персонал – 268 человек. Из них врачей – 67, среднего медицинского персонала – 96 человек. Среди врачебного персонала – доктор медицинских наук, 13 человек – кандидаты медицинских наук, 23 человека имеют высшую аттестационную категорию.



Ростовская областная информационно-аналитическая газета, № 4-5 (16-17) 2011

Современное  
здравоохранение

Св-во о регистрации СМИ – ПИ № ТУ 61 – 00294 от 09.02.2010 г. выдано Упр-м Роскомнадзора по РО

Учредитель и главный редактор – Д.В.Нефедов. Издатель – Д.В.Нефедов. Тел. отдела рекламы: (863) 220-38-27. Дизайн и верстка – ООО «Профпресс». Корректор – Павел Баргов. Адрес редакции и издателя: 344019, г. Ростов-на-Дону, ул. 13-я линия, 34, оф. 407, тел./факс (863) 220-38-27, 251-23-18, e-mail: farma2000@aanet.ru. Тираж издания в Ростове-на-Дону – 3000 экз. Подписано в печать: фактически – 20.05.2011 в 10.00, по плану – 20.05.2011 в 10.00. Отпечатано в типографии «Военный вестник Юга России» (г. Ростов-на-Дону, ул. Таганрогская, 92, тел. (863) 278-03-27). Рукописи не рецензируются и не возвращаются. Мнение авторов может не совпадать с мнением редакции. За содержание рекламной информации ответственность несет рекламодатель.

© Нефедов Д. В., 2009

Издание распространяется бесплатно.