ВРАЧИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
региональная общественная организация

№ 4–5 (07–08)
АПРЕЛЬ–
МАЙ 2014

ВРАЧИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Врачи получили премию Правительства Петербурга в области науки

Губернатор Петербурга вручил премии Правительства города за выдающиеся научные результаты в области науки и техники, а также в области высшего и среднего профессионального образования.

Премия по физиологии и медицине – премия им. И.П. Павлова – досталась Вадиму Ивановичу Мазурову, доктору медицинских наук, профессору, проректору по клинической работе, заведующему кафедрой терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда.

Премией за научные достижения, способствующие повышению качества подготовки специалистов и кадров высшей квалификации, был награжден авторский коллектив Федерального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова в составе Евгения Владимировича Шляхто и Елены Ивановны Барановой за работу «Разработка и внедрение системы непрерывного послевузовского медицинского образования на основе концепции трансляционной медицины».

За учебно-методическое обеспечение учебного процесса, направленное на повышение качества подготовки специалистов, премию также получили в составе коллектива Юрий Станиславович Александрович – профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования Петербургского государственного педиатрического медицинского университета и Константин Пшениснов – доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Источник: doctorpiter.ru

Дежурство врачей на дому оплатят лишь наполовину

За дежурство на дому медики получат только половину денег, которые могли бы заработать в медучреждении, однако экстренные вызовы им оплатят полностью. Минздрав утвердил Положение об учете рабочего времени врачей на домашних дежурствах.

Еще в прошлом году медработникам разрешили сидеть дома и заниматься своими делами в ожидании вызова. Эти правила касаются в первую очередь врачей в сельской местности. Они сами вправе выбрать удобную форму работы – в медучреждении или дома. Однако на домашнем дежурстве они потеряли бы половину зарплаты: власти не собирались платить за то, что врачи занимаются личными делами в рабочее время.

Однако теперь Минздрав усложнил систему оплаты. Пока врач сидит дома в ожидании вызова, час дежурства оплачивается как полчаса работы в медучреждении. Но, как только поступает вызов, схема меняется: каждый час, потраченный на дорогу и оказание медицинской помощи, полностью оплачивается как час работы в медцентре.

При этом закон обязывает работодателя следить за тем, чтобы врачи не перерабатывали: время домашнего дежурства не должно превышать норму рабочего дня. Фактически врачам предложили выбор: меньше денег при возможности заниматься домашними делами или больше денег и постоянное присутствие в медучреждении.

Предполагается, что работодатель сам будет вести учет времени, которое сотрудник потратил на ожидание вызова, разъезды и непосредственно саму работу. Однако Минздрав не дал никаких четких инструкций, каким образом отслеживать, сколько врачу приходится добираться до пациента и обратно.

Источник: medportal.ru

В России разработан глоссарий терминов в области медицинского образования

Департамент медицинского образования и кадровой политики Минздрава России совместно с Ассоциацией медицинских обществ по качеству подготовил глоссарий терминов в области медицинского образования. Он содержит русскоязычные термины, их толкования и эквиваленты в английском языке.

«Мы не претендовали на абсолютное и исчерпывающее толкование всех терминов, – отметила директор Департамента медицинского образования и кадровой политики Минздрава Татьяна Владимировна Семенова. – Были отобраны англоязычные термины, наиболее часто встречающиеся в нашей литературе и использующиеся на научных конгрессах, и мы попытались найти им русские эквиваленты, которые уже вошли в обиход или закреплены в законодательстве. Представленный глоссарий – это «открытая» публикация, и мы хотели бы, чтобы те, кто вовлечен в образовательный процесс – научные работники, педагоги, врачи, – направляли в наш адрес предложения для дальнейшей систематизации словаря терминов медицинского образования».

Источник: www.rosminzdrav.ru

Публикуемые в Википедии статьи по медицине признали ненадежными

Проанализировав в Википедии статьи на различные медицинские темы, например, о сердечно-сосудистых заболеваниях, раке легких, депрессии и сахарном диабете, американские ученые обнаружили, что онлайн-энциклопедия содержит ошибки в девяти из десяти статей о здоровье и патологических состояниях. 90% статей на медицинскую тематику содержали заявления, противоречащие данным последних медицинских исследований. Результаты исследования опубликованы в журнале The Journal of the American Osteopathic Association (JAOA).

Источник: medportal.ru

Уважаемые коллеги!

Со своими проблемами и предложениями вы можете обратиться к нам, отправив письмо по электронной почте: info@vrachi-spb.ru или прийти лично в наш офис. Наш адрес: Санкт-Петербург, Кузнечный переулок, д. 2, офис 202. Часы приема – с 14.00 до 17.00 еженедельно по вторникам. Также по указанному электронному адресу вы можете обратиться за консультацией юриста.

Вопросы, связанные с нашей газетой, вы можете задать по электронной почте: gazeta@vrachi-spb.ru. Мы будем рады предложенным темам и материалам.

Если вы хотите вступить в организацию «Врачи Санкт-Петербурга», достаточно заполнить бланк заявления, который есть у руководителей вашего медицинского учреждения. Кроме того, можно подать заявление прямо на сайте организации: www.vrachi-spb.ru, www.врачи-спб.рф или же написать заявление по установленной форме, которую тоже можно скачать с нашего сайта, и отправить его на электронный адрес: e-mail: info@vrachi-spb.ru.

В Петербурге начала работу авиамедицинская бригада скорой помощи

В Петербурге начала свое дежурство и выполнила первый экстренный вылет авиамедицинская бригада скорой медицинской помощи. Эта бригада организована в Городской станции скорой медицинской помощи в рамках пилотного проекта по развитию санитарной авиации в России.

Основная задача этой бригады «летающей скорой» – оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на кольцевой автомобильной дороге (КАД) вокруг Петербурга (А-118). Чтобы как можно быстрее забирать пострадавших с места аварии, используется легкий санитарный вертолет Bell 429 EMS, специально сконструированный для медицинской эвакуации двух пострадавших. Предоставило это воздушное судно вертолетный центр «Хели-драйв».

В состав авиамедицинской бригады входит врач анестезиолог-реаниматолог и фельдшер, имеющий опыт работы в выездных бригадах скорой медицинской помощи. Все медики авиамедицинской бригады прошли обучение по программе «Санитарно-авиационная эвакуация больных и пораженных» во Всероссийском центре медицины катастроф «Защита».

Из-за плотной застройки Петербурга эвакуация пострадавших в городе серьезно затруднена, поэтому для отработки принципов работы санитарной авиации была выбрана кольцевая автодорога, на которой ежегодно происходит более 250 ДТП с пострадавшими. 21 мая санитарный вертолет уже помог доставить пострадавшего в больницу. При этом время доставки пациента с любой точки КАД до ближайшей больницы с вертолетной площадкой составляет менее часа. В первом пробном вылете вертолет с пострадавшим приземлился в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе уже через 40 минут после поступления вызова на пульт «03».

Источник: doctorpiter.ru

Петербург похвалили за рейтинг городских больниц

Всего 9 регионов России составили в 2012 и 2013 годах рейтинги медицинских учреждений на основании мнения пациентов. Все остальные провалили поручение Президента России Владимира Путина.

Фонд независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье» опубликовал отчет о выполнении поручения, которое в 2011 году в должности Премьер-министра России дал Владимир Путин. Тогда глава Кабинета министров поручил местным органам управления здравоохранением сформировать систему рейтингов медицинских учреждений. Все эти данные должны были появиться в открытом доступе еще в 2012 году.

Однако 36 регионов не сделали эту работу ни за 2012, ни за 2013 год, другие решили отделаться половиной работы – составили рейтинги только за 2012-й или только за 2013-й.

Как отмечается в отчете фонда, только 9 регионов составили понятный и доступный рейтинг, в том числе Петербург, Республики Кабардино-Балкария и Татарстан, Новосибирская область и Ставропольский край. Рейтинги, составленные в этих регионах, хорошо продуманы и доступны для пользователя.

По мнению составителей отчета, отсутствие рейтингов говорит либо о плохой работе местных органов управления здравоохранением, либо о плачевном состоянии медицинских учреждений.

Напомним, по итогам 2013 года Комитет по здравоохранению и Медицинский информационно-аналитический центр (МИАЦ) оценивали качество медицинской помощи в крупнейших стационарах Петербурга. Для этого просили пациентов, которые находились на лечении в больнице не менее 4–5 дней, оценить ее по нескольким критериям. Также оценить медицинские учреждения попросили и медиков, их рейтинг также был опубликован Комитетом.

Источник: doctorpiter.ru

У остеопатов и врачей паллиативной медицины появились свои главные специалисты

Минздрав утвердил новый список главных специалистов: их общее число увеличилось до 77, появились новые должности и фамилии. Главными специалистами по остеопатии и лечению ВИЧ у детей стали петербуржцы.

27 мая Министерство здравоохранения разместило на своем сайте приказ, который вносит изменения в утвержденный ранее список главных внештатных специалистов Минздрава. Так, в нем появились 7 новых должностей:

• главный внештатный детский специалист аллерголог-иммунолог – Лейла Сеймуровна Намазова-Баранова, директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения научного центра здоровья детей РАМН;

• главный внештатный детский специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции – Евгений Евгеньевич Воронин, главный врач Республиканской клинической инфекционной больницы;

• главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации – Татьяна Тимофеевна Батышева, директор Научно-практического центра детской психоневрологии Москвы;

• главный внештатный специалист по паллиативной помощи – Диана Владимировна Невзорова, главный врач хосписа № 1 им. Миллионщиковой;

• главный внештатный специалист по остеопатии – Дмитрий Евгеньевич Мохов, директор Института остеопатии СЗГМУ им. Мечникова;

• главный внештатный специалист-радиолог – Евгений Витальевич Хмелевский, руководитель отдела лучевой терапии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена;

• главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью – Олег Иванович Аполихин, директор НИИ урологии.

Изменился и персональный состав главных специалистов Минздрава. Главным кардиологом назначена Ирина Евгеньевна Чазова – заместитель директора Российского кардиологического научно-производственного комплекса. Она сменила на этом посту Евгения Ивановича Чазова, генерального директора Российского кардиологического научно-производственного комплекса. Главным нейрохирургом стал Владимир Крылов – заведующий кафедрой нейрохирургии и нейрореанимации МГМСУ им. А.И. Евдокимова. До него эту должность занимал Александр Николаевич Коновалов – директор Научно-исследовательского института нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко. Главный пластический хирург теперь Наталья Евгеньевна Мантурова – заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии клеточных технологий Российского научно-исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова. До нее главным пластическим хирургом был Николай Олегович Миланов, руководитель отделения Российского научного центра хирургии имени академика Б.В. Петровского. Главным специалистом по медицинской генетике назначен Сергей Иванович Куцев – заместитель директора Медико-генетического научного центра РАМН. Он сменил на этой должности Петра Васильевича Новикова – руководителя отдела Московского научно-исследовательского института педиатрии и детской хирургии.

Источник: doctorpiter.ru

Врачам предложили следить за здоровьем пациентов по телефону

По оценкам врачей, за 3 года проведения диспансеризации как минимум в 2 раза возрастет число россиян, нуждающихся в диспансерном наблюдении. Поэтому необходимо вводить новые методики контроля пациентов.

Для того, чтобы всеобщая диспансеризация населения стала эффективной, необходимы новые подходы в осуществлении диспансерного наблюдения. Такое мнение высказывают российские врачи в резолюции Всероссийской научно-практической конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России».

Они предлагают внедрять для пациентов новые профилактические услуги – телефонный (дистанционный) контакт врача, а также фельдшера или медицинской сестры с пациентами при диспансерном наблюдении.

Врачи также считают, что нужно компьютеризировать и автоматизировать процесс наблюдения за пациентами из групп риска. Например, разработать единую профилактическую платформу, использующую возможности мобильного здравоохранения, для персонализированной профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Это, по мнению экспертов, позволило бы снизить уровень нагрузки на участкового терапевта и внедрить технологии удаленного доступа в систему динамического наблюдения за пациентами высокого риска.

Авторы предлагают разработать порядок профилактики хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях и стандарта первичной медико-санитарной помощи пациентам по коррекции основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторных условиях. Помимо этого создать учебные программы последипломной подготовки врачей и фельдшеров, ориентированных на формирование здорового образа жизни и профилактику неинфекционных заболеваний, организовать обучение более 50 тысяч специалистов по этим программам и подготовить соответствующие пособия для врачей.

Как отметили эксперты, за последние годы в России существенно снизился общий показатель смертности и достиг в 2013 году уровня 13,1 на 1000 человек, а смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний за последние 10 лет снизилась на 25 % (с 928 на 100 тыс. населения в 2003 году до 697 – в 2013 году), ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 5,5 лет и составила 70,8 лет – что является максимальным достижением за всю историю России. В то же время это позволило России занять лишь 110 место среди стран-членов ВОЗ. Исправить ситуацию должно развитие профилактической службы в российском здравоохранении, считают врачи.

Источник: doctorpiter.ru

Центр имени В.А. Алмазова после реорганизации потеряет имя своего создателя

После того, как Институт нейрохирургии им. А.А. Поленова присоединится к Федеральному медицинскому исследовательскому центру им. В.А. Алмазова, единое учреждение получит новое название.

Министерство здравоохранения опубликовало официальный приказ о реорганизации двух известных и крупных федеральных центров Петербурга. Так, согласно документу, Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. профессора А.Л. Поленова присоединяется к Федеральному медицинскому исследовательскому центру имени В.А. Алмазова (ранее – Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова). После реорганизации новое медицинское учреждение получит название Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр (СЗФМИЦ). А бывший Институт им. Поленова станет, как сообщается, «обособленным подразделением (филиалом)».

Напомним, об объединении двух крупных федеральных лечебных учреждений Петербурга объявила министр здравоохранения Вероника Скворцова, выступая на попечительском совете Центра им. В.А. Алмазова.

Все документы о преобразовании учреждений должны быть поданы в Минздрав до 1 ноября 2014 года. Как отмечается, после реорганизации Минздрав планирует сохранить «предмет и основные цели деятельности» двух известных медицинских центров.

Источник: doctorpiter.ru

ВРАЧИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА – ВРАЧАМ СИМФЕРОПОЛЯ

После вхождения Крыма в состав России, Петербург начал активное сотрудничество с Симферополем в сфере здравоохранения. Что петербургские врачи планируют сделать для врачей Симферополя, рассказал Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга.

Информация Комитета по здравоохранению об оказании методической и материальной помощи в обеспечении надлежащего функционирования объектов коммунального хозяйства и социальной сферы г. Симферополя.

На основании вышеуказанных поручений Правительства Петербурга Комитетом по здравоохранению проводилась совместная работа с Управлением охраны здоровья Симферопольского городского совета.

24–26 апреля 2014 года состоялся визит официальной делегации от Санкт-Петербурга в Симферополь. От Комитета по здравоохранению в работе официальной делегации принял участие В.Ю. Детков – заместитель председателя Комитета по здравоохранению.

Комитет по здравоохранению издал распоряжение «О создании рабочей группы по подготовке и рассмотрению проектов сотрудничества в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга и Симферополя». Создана рабочая группа под руководством заместителя председателя Комитета по здравоохранению В.Ю. Деткова. В состав рабочей группы по подготовке конкретных предложений и мероприятий по вопросам сотрудничества Санкт-Петербурга и Симферополя в сфере здравоохранения вошли 8 специалистов системы здравоохранения Петербурга.

С 25 апреля этого года по настоящее время Комитет по здравоохранению Петербурга совместно с властями Симферополя провели следующие мероприятия.

25 апреля направлена благотворительная помощь в адрес Крымского республиканского учреждения «Онкологический клинический диспансер» им. В.М. Ефетова – медикаменты на общую сумму 1 987 086,83 рублей.

С 4 по 7 мая состоялся визит делегации из 6 специалистов здравоохранения Симферополя под руководством начальника Управления охраны здоровья Симферопольского городского совета Оксаны Петровны Козуб.

5 мая состоялся рабочий визит делегации г. Симферополя в Петербургский детский хоспис. По итогам встречи были приняты решения:

- изыскать средства для финансирования поездок сотрудников Министерства здравоохранения Республики Крым в учреждения детской паллиативной помощи Санкт-Петербурга для ознакомления и прохождения практики оказания медицинской и социально-психологической помощи детям и их законным представителям;
- исполнительный директор Благотворительного фонда «Детский хоспис» А.Е. Ткаченко вышел с предложением к Попечительскому совету Благотворительного фонда «Детский хоспис» о выделении целевых средств на финансирование работ выездной бригады для оказания паллиативной помощи детям в Автономной республике Крым в течение одного года, обеспечении деятельности бригады всеми необходимыми средствами, в том числе: автотранспортными средствами, горюче-смазочными материалами, лекарственными препаратами, санитарными средствами для пациентов. При наличии отдельно стоящего здания будет также рассмотрен вопрос о выделении средств на финансирование работ по реконструкции данного здания, для оборудования в нем стационаров детского хосписа;
- изыскать средства для финансирования поездок сотрудников Медицинского учреждения «Детский хоспис» и СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» в Республику Крым для проведения обучающих семинаров;
- от имени медицинского учреждения «Детский хоспис» были переданы методические материалы.

6 мая в Мариинской больнице состоялась передача двух комплексов суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру фирмы «ИНКАРТ» (Институт кардиологической техники г. СПб) для дальнейшего использования в отделениях Городской больницы № 7 г. Симферополя.

6 мая на площади Победы в Санкт-Петербурге состоялась церемония отправки гуманитарного груза в Симферополь. Помимо прочего, туда вошли 6,8 тонн медикаментов и изделий медицинского назначения от производителей Санкт-Петербурга на общую сумму 1 878 941,15 рублей.

В соответствии с Постановлением Правительства от 30.04.2014 г. № 326 «О рабочей группе по сотрудничеству между Правительством Санкт-Петербурга и Симферопольским городским советом» в целях развития и укрепления связей между Санкт-Петербургом и Симферополем в период с 13 по 16 мая 2014 г. состоялся визит в Симферополь членов рабочей группы по подготовке предложений и рассмотрению проектов сотрудничества в сфере здравоохранения.

В рамках визита члены делегации посетили медицинские учреждения Симферополя, где в 7-й Городской клинической больнице состоялась торжественная передача благотворительной помощи учреждениям здравоохранения города (медицинское оборудование, медикаменты, изделия медицинского назначения). Эти мероприятия получили широкое освещение в средствах массовой информации, печатных изданиях, на телевидении, в их проведении приняло участие более 200 медицинских работников города.

14–15 мая 2014 года заместитель главного врача по клинико-экспертной работе Детской городской больницы № 19 им. К.А. Раухфуса В.М. Образцова провела семинары с представителями медицинских учреждений Симферополя по вопросам оказания медицинской помощи в рамках законодательства Российской Федерации.

– *Практическая реализация положений Федерального закона от 21.10.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в работе медицинских организаций.*

– *Работа медицинской организации в системе ОМС. Федеральный закон от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании».*

– *Источники финансирования медицинской помощи в медицинской организации.*

Проведена совместная конференция с медицинской общественностью города Симферополя, где заместитель председателя Комитета по здравоохранению В.Ю. Детков выступил с докладом «Вопросы организации здравоохранения. Опыт Санкт-Петербурга».

По итогам визита достигнуты договоренности о сотрудничестве в сфере здравоохранения: обучение специалистов с последующей сертификацией, рабочие поездки врачей с целью обмена опытом на местах, семинары по вопросам работы медицинских учреждений в системе обязательного медицинского страхования.

По итогам рабочей поездки в Симферополь достигнута договоренность о том, что до 10 июня 2014 года учреждения здравоохранения Санкт-Петербурга – СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 19 им. К.А. Раухфуса» и СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» примут на лечение 10 детей и 10 взрослых пациентов Симферополя, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

В настоящее время данный вопрос находится в стадии согласования с Территориальным фондом ОМС Санкт-Петербурга (письмо в адрес Директора ТФ ОМС А.М. Кужеля от 19.05.2014 г. № 2014/05–15).

Принято решение о направлении двух специалистов из ТФ ОМС Санкт-Петербурга в Симферополь 2–4 июня 2014 года с целью организации и проведения обучающего семинара для специалистов Симферополя.

Учитывая низкую оснащенность медицинским оборудованием учреждений здравоохранения Симферополя, в особенности диагностическим оборудованием, в том числе для дифференциальной диагностики заболеваний, заместителем председателя Комитета по здравоохранению В.Ю. Детковым подготовлено и направлено в адрес вице-губернатора Санкт-Петербурга И.Б. Дивинского письмо с просьбой рассмотреть возможность приобретения Санкт-Петербургом с целью торжественной передачи в учреждения здравоохранения Симферополя передвижного флюорографа (диапазон цен 6–7 млн рублей).

Работа по обеспечению оказания методической и материальной помощи в организации надлежащего функционирования объектов коммунального хозяйства и социальной сферы Республики Крым и города Симферополя в части, касающейся здравоохранения, будет продолжена.

С конца апреля Санкт-Петербургский педиатрический университет начал принимать пациентов из Крыма. По словам ректора СПбГПМУ Владимира Викторовича Левановича, за полтора месяца лечение за счет средств федерального бюджета получили около десяти детей, в основном с ревматическими патологиями. На данный момент из-за некоторых документальных сложностей прием крымских детей временно приостановлен. Сейчас Терфонд ОМС отрабатывает схему организации лечения жителей Крыма в петербургских клиниках, после внедрения которой помощь петербургских медиков станет для крымчан более доступной.

ВРАЧИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА СОЗДАЛИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КЛУБ

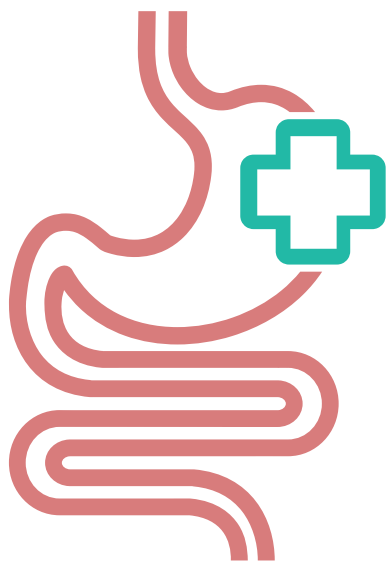
В Санкт-Петербурге появился гастроэнтерологический клуб «Метаболика». Первое заседание его состоялось 3 апреля 2014 года в особняке Нейдгарта (Захарьевская ул., 31). Инициатива основания клуба принадлежит Региональному общественному движению «Адаптационная медицина и превентология. Терапевтический альянс».

Гастроклуб объединил врачей различных специальностей (гастроэнтерологов, терапевтов, врачей общей практики, педиатров и всех других заинтересованных специалистов).

На заседании обсуждались темы: «Единство органов гепатобилиарной системы как основа для патогенетически обоснованной терапии», «Повреждения и реституция печени», «Лекарственные поражения печени; влияние антибиотиков, НПВС, вакцин и сывороток», «Гепатопротекторы на основе природных соединений», «Эффективность гепатопротективной терапии: как отделить зерна от плевел», «Адекватность холереза и холекинеза в обеспечении оптимальной энтерогепатической циркуляции желчных кислот».

Следующее заседание клуба состоится 25 сентября 2014 года там же – в особняке Нейдгарта (Захарьевская ул., 31; ближайшая ст. метро – «Чернышевская»). Тема: «Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта». Организаторы клуба ждут всех специалистов, заинтересованных в диалоге, который позволит достичь научного консенсуса взглядов на преемственность ведения и согласовать рекомендации по лечению пациентов с гастроэнтерологической патологией.

С более подробной информацией можно ознакомиться на сайте клуба: http://gastro-club.ru.



ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ПАЦИЕНТ БЕЗ ПОЛИСА, И КАК ОКАЗЫВАТЬ ПОМОЩЬ КРЫМЧАНАМ?

Консультация юриста

Пациент пришел на прием без полиса – ситуация, знакомая каждому врачу. Должен ли врач оказывать ему помощь и когда? Как оказать помощь такому пациенту и обезопасить себя от претензий проверяющих организаций? Как оказывать помощь крымчам? Что делать с гастарбайтерами? И на какую помощь могут рассчитывать граждане Беларуси? На эти и другие вопросы отвечает юрист Городской многопрофильной больницы № 2 Евгения Примечаева.

Порядок оказания медицинской помощи людям, не застрахованным на территории Российской Федерации, регулируется Постановлением Правительства РФ от 6 марта 2013 года № 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации». На основании этого Постановления порядок оказания медицинской помощи иностранцам приведен в соответствие с действующим законодательством, а именно с Законом «Об основах охраны здоровья граждан»; уточнено, что медицинскую помощь иностранцам могут оказывать медицинские и иные организации, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность. Бесплатно иностранцам оказывается экстренная медицинская помощь – при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. Также бесплатно предоставляется и неотложная медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения – при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента, но требующих медицинского вмешательства. Плановая медицинская помощь оказывается иностранным гражданам за плату или по договорам добровольного и (или) обязательного медицинского страхования. Для получения плановой медицинской помощи иностранец теперь должен представить письменные гарантии исполнения обязательства по оплате медицинских услуг, такой гарантией может служить и страховой полис, или внести предоплату, исходя из предполагаемого их объема, установленную администрацей медицинского учреждения.

Исключение составляют иностранные граждане, направляемые иностранной коммерческой организацией, зарегистрированной на территории государства – члена Всемирной торговой организации. Они могут рассчитывать на бесплатную медицинскую помощь при наличии действующего на территории РФ договора (полиса) медицинского страхования либо на основании соответствующего договора, заключенного работодателем с медицинской организацией, на получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

Пользоваться одинаковыми с россиянами правами по обязательному медицинскому страхованию иностранный гражданин или человек без гражданства может, если он постоянно или временно проживает в Российской Федерации или имеет право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах». До официального получения статуса беженца, подтвержденного удостоверением, пациент имеет право на медицинское обслуживание, как и все иностранцы – на экстренную и неотложную помощь. Документом, удостоверяющим личность беженца, должно быть свидетельство (о рассмотрении ходатайства о признании лица беженцем или последующем отказе) о статусе беженца. В соответствии со статьей 8 указанного закона человек, признанный беженцем, имеет право на медицинскую и лекарственную помощь наравне с гражданами РФ. Документом, подтверждающим статус беженца, является удостоверение, имеющее силу на территории всей России.

На каких условиях медицинская помощь оказывается жителям Крыма?

Медицинская помощь жителям Крыма оказывается так же, как и гражданам Российской Федерации, каковыми они и являются. Правительство РФ дало поручение Министерству здравоохранения обеспечить медицинскую помощь жителям республики в рамках программы госгарантий бесплатного оказания медпомощи. Как сообщает пресс-служба Кабинета министров, 30 мая жителям Крыма и города федерального значения Севастополя должны были выдать первые полисы обязательного медицинского страхования. В Петербурге до получения полисов ОМС жители Крыма имеют право на оказание экстренной и неотложной помощи, а также получить медицинскую помощь по федеральным квотам.

На каких условиях получают медицинскую помощь граждане СНГ и Таможенного Союза?

Граждане стран СНГ и ТС могут получить медицинскую помощь на территории России, как и все иностранцы.

На каких условиях получают медицинскую помощь граждане Беларуси?

Оказание медицинской помощи белорусским гражданам, находящимся в России, осуществляется в соответствии с Соглашением между правительством РБ и правительством РФ об оказании медицинской помощи гражданам республики в учреждениях здравоохранения РФ и гражданам РФ в учреждениях здравоохранения РБ от 24 января 2006 года и законодательством РФ. Белорусские граждане, постоянно проживающие в России (имеющие вид на жительство в РФ), обладают равными правами с гражданами России на получение медицинской помощи, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения РФ по полису обязательного медицинского страхования. При этом получить помощь врачей по полису ОМС можно в любом регионе России вне зависимости от места постоянной регистрации и получения полиса ОМС. Временно прибывшие в Россию или временно проживающие и не работающие имеют право на получение бесплатной скорой и неотложной медицинской помощи, а также медпомощи в случае возникновения у них заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Граждане Беларуси также могут приобретать в России полисы добровольного медицинского страхования и в соответствии с ними получать медицинскую помощь.

Временно пребывающие и работающие в России граждане Беларуси имеют равные права с россиянами, работающими в этих же учреждениях (организациях), на получение медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения РФ в соответствии с территориальными программами государственных гарантий оказания гражданам России бесплатной медицинской помощи. Временно пребывающим и работающим в России гражданам Беларуси для получения бесплатной медицинской помощи требуется, как правило, подать заявление главному врачу медицинского учреждения по месту жительства, приложить копию паспорта, копию документов, подтверждающих постановку на миграционный учет по месту пребывания, или копию договора на аренду жилого помещения. В случае отказа медицинского учреждения в оказании бесплатной медицинской помощи следует обращаться в территориальные органы здравоохранения.

На каких условиях могут получать медицинскую помощь гастарбайтеры?

Бесплатно медицинская помощь может быть оказана только в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. Лицам, прибывшим на территорию России для заключения трудового договора (контракта), медицинская помощь оказывается на основании заключенного договора добровольного медицинского страхования при предоставлении гарантий оплаты оказанной медицинской помощи (форму гарантии законодатель не предусмотрел, поэтому надежность гаранта определяется администрацией лечебного учреждения самостоятельно) и за оплату наличными. Также, если работодатель оформил для своего работника полис ОМС, то медицинская помощь будет оказана в рамках государственных гарантий.

Сколько дней стационар имеет право лечить иностранного гражданина, поступившего по экстренным показаниям, без оплаты?

Так как законодатели не ограничивают срок пребывания иностранного гражданина в лечебном учреждении или сумму, которая может быть потрачена на его лечение, то исходить надо из того, что помощь оказывается при состоянии угрожающем жизни или здоровью. То есть иностранный гражданин может находиться в лечебном учреждении бесплатно до устранения угрозы жизни больного.

Как быть с гражданами России, проживающими за рубежом и не имеющими, по каким-либо причинам, полиса ОМС? И что делать, если человек уехал из страны очень давно и не успел поменять паспорт СССР на российский или паспорт просрочен?

Эти категории лиц необходимо различать: либо гражданин России, постоянно проживающий за рубежом, либо лицо, чье гражданство можно установить только с его слов. Все граждане РФ имеют право на бесплатную медицинскую помощь согласно части 1 ст. 41 Конституции РФ. Это право реализуется через Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, которая ежегодно утверждается Правительством РФ. Согласно пункту 3 утвержденной на 2014 год Программы, гражданам России медицинская помощь оказывается бесплатно при следующих заболеваниях и состояниях:

– инфекционные и паразитарные болезни;
– новообразования;
– болезни эндокринной системы;
– расстройства питания и нарушения обмена веществ;
– болезни нервной системы;
– болезни крови, кроветворных органов;
– отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
– болезни глаза и его придаточного аппарата;
– болезни уха и сосцевидного отростка;
– болезни системы кровообращения;
– болезни органов дыхания;
– болезни органов пищеварения;
– болезни мочеполовой системы;
– болезни кожи и подкожной клетчатки;
– болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
– травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
– врожденные аномалии (пороки развития); деформации и хромосомные нарушения;
– беременность, роды, послеродовой период и аборты;
– отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период;
– психические расстройства и расстройства поведения;
– симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

В случаях же, когда гражданство лица установить невозможно, медицинская помощь оказывается в рамках Постановления Правительства РФ от 6 марта 2013 г. № 186, то есть как иностранцам.

Какую помощь врачи могут оказывать россиянам, приехавшим из других областей и регионов страны? И как поступить, если у таких людей нет при себе полиса ОМС?

Программа госгарантий, утвержденная Постановлением Правительства РФ от 18 октября 2013 г. № 932-Г «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» действует на всей территории страны. И любой гражданин России имеет право получить медицинскую помощь в соответствии с ней в любой точке страны при предъявлении полиса ОМС. Если у гражданина при себе нет полиса ОМС, медработники обязаны оказать этому человеку экстренную и неотложную помощь, в других видах медицинской помощи медики могут пациенту отказать. Кстати, это касается не только жителей других областей и регионов, но и петербуржцев. Однако понятно, что желание помочь пациенту вполне естественно для врача. Поэтому, если у пациента нет на руках полиса ОМС, доктор может попросить его связаться с родственниками, чтобы те продиктовали данные полиса ОМС, или связаться с работодателем, а затем со страховой компанией и проверить информацию. Также врач может попросить СНИЛС пациента – номера пенсионных удостоверений и полисов ОМС хранятся в одной информационной базе. Есть и еще более надежный вариант – врач может попросить написать пациента расписку, в которой он гарантирует оплатить оказанные медицинские услуги или предоставить данные полиса ОМС, или сам полис. Рукописная денежная расписка – один из немногих документов, имеющих юридическую силу без заверения нотариуса.

ПОЧЕМУ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ В БЕЛАРУСИ НАМНОГО ЛУЧШЕ, ЧЕМ В РОССИИ?

Трансплантационные программы в Беларуси стали развиваться позже, чем в России, однако с большим успехом. В России же, в которой в том числе, учились специалисты из братской республики, дела в этой области обстоят хуже. Какова ситуация в нашем городе, «Врачи Санкт-Петербурга» спросили у руководителя Центра органного донорства СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, доктора медицинских наук, Олега Николаевича Резника.

– Олег Николаевич, в чем особенности трансплантации, какие трудности препятствуют дальнейшему ее развитию? Может быть, у нас финансирование хуже?

– Следует сразу отметить, что все, что непосредственно связано с пересадкой органов, финансируется сегодня неплохо, и на местном и на федеральном уровнях. Но собственно пересадка органов – это надводная часть айсберга. Операция и последующее ведение реципиента – это завершающая часть сложного комплекса мероприятий, большая часть которых, происходит не в трансплантационном центре, а начинается гораздо раньше, в обычных городских стационарах, оказывающих нейрохирургическую и неврологическую помощь. Проблема в том, что и в медицинском сообществе и, тем более, среди обычных граждан, господствует представление, что работа с донором легче, чем, например, с тяжелым пациентом, поскольку человек уже скончался, – представляется, что и технологии обращения с ним становятся проще. Однако это не так, – после констатации смерти пациента необходимо сохранять жизнеспособность органов в организме – это требует напряжения всех сил реанимационного отделения, в котором находится такой потенциальный донор. То есть, чтобы выявлять доноров, проводить диагностику смерти мозга, поддерживать жизнь органов в умершем человеке, должны существовать специалисты, которые только этим и занимаются, а также получают согласие родственников, ведут документацию и много чего еще. Однако вся эта нагрузка сегодня делегируется обычному персоналу, который не может заниматься донорством в ущерб другим пациентам, находящимся в реанимации. Во всем мире есть специалисты, занимающиеся только донорством – это трансплантационные координаторы. Трансплантационный координатор, а не хирург, является базовым элементом, если хотите, основой, всей трансплантационной системы, в которой трансплантационные центры играют, если позволите, вторичную роль. Во всем мире трансплантационные координаторы объединены, как правило, в трехуровневую систему – «страна – регион – стационар». Вот такие элементы координации есть в Беларуси, и они закреплены законом и подзаконными актами. Мы сейчас работаем по закону от 1992 года. Этот закон вполне удовлетворяет современным требованиям права, он был написан в точном соответствии с рядом европейских нормативов. Однако кто именно, за счет каких средств, в каком порядке должен осуществлять донорство, в Законе детально не указано. Сейчас готовится новый Закон о трансплантации, который будет учитывать мировой опыт. Но в первой редакции у трансплантационного сообщества он вызвал неприятие из-за нагромождения конструкций, плохо сочетающихся друг с другом. Сегодня на сайте Минздрава находится третья редакция проекта Закона, появившаяся после интенсивных обсуждений, – она значительно отличается, в лучшую сторону, от предыдущих проектов. Во всяком случае, мы все, и пациенты в первую очередь, надеемся, что в конце концов, на основании нового закона можно будет выстроить эффективную систему донорства органов, которая будет не хуже белорусской модели.

– Какие же ожидания связывают трансплантологи с новой моделью?

– Как я уже говорил, до нынешнего времени у нас не было четко прописанного алгоритма организации процесса по выявлению, идентификации, ведению посмертных доноров органов, как и не было определено специалиста, ответственного за этот процесс. Считалось, что отвечать за появление доноров должен либо заведующий отделением, либо дежурный анестезиолог-реаниматолог. А что значит «отвечать за появление доноров»? То есть врач, понимающий, что пациента уже не спасти, должен инициировать процедуру диагностики смерти мозга, после установления такого диагноза, сообщить родственникам о кончине пациента, поговорить с ними об их вероятном согласии на эксплантацию органов, затем вызвать трансплантационную бригаду, организовать эффективное реанимационное сопровождение для сохранения органов в умершем пациенте, оформить необходимую юридическую документацию, отправить кровь вероятного донора для обследования на социально-значимые инфекции. А если учесть, что процедура констатации смерти мозга, которую проводит консилиум врачей, занимает от 6 до 24 часов, совершенно понятно, что врачам иногда проще предоставить все как будто-бы «естественному» ходу событий: «тяжелая травма, несовместимая с жизнью – остановка сердца – патанатомия». Согласно проекту нового Закона, будет вводится понятие «трансплантационного координатора». Это очень приятно, так как, начиная с 2006 года, коллектив НИИСП им. И.И. Джанелидзе, и в печати, и на конференциях, и на многочисленных школах и семинарах, проходивших в инициативном порядке, настойчиво проводил мысль о необходимости введения таких должностей в каждом стационаре и выстраивании на этой основе трансплантационной системы. Первый опыт трансплантационной координации в нашей стране принадлежит Санкт-Петербургу. Сейчас готовится распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, чтобы в каждой больнице был такой специалист. Он будет подконтролен главному врачу, судмедэксперту и прокуратуре. Ко всему, создан механизм восполнения затрат стационаров на этот вид высокотехнологичных медицинских работ. Кроме того, проект Закона, предложенный Минздравом, предполагает создание национального регистра прижизненных волеизъявлений граждан о посмертном донорстве.

– Как будет выглядеть регистр доноров?

– В проекте нового Закона, как и в старом, сохранится презумпция согласия, но при этом, строго регламентируется процедура информирования родственников о смерти пациента. Если родственники не сообщат в стационар, что они против эксплантации, и если в регистре не будет отказа от донорства самого умершего, то его органы могут послужить нуждающимся в них пациентам. В Беларуси также действует презумпция согласия, и там есть специальный регистр, в котором отмечены люди, нежелающие становится донорами после смерти. Проект нового Закона предполагает наличие двух регистров – и «согласных», и «несогласных», это, на мой взгляд, может усложнить работу. Однако мы говорим о проекте и необходимо воздержаться от эмоций, неконструктивной критики, и сосредоточиться на совершенствовании текста, перед тем, как он будет принят, как Закон.

– А будет ли регистр, ведущий учет пациентов, нуждающихся в пересадке?

– Да, несомненно, он будет создан. Если мы понимаем, скольким людям нужна пересадка, мы можем представить, сколько нам нужно ресурсов на развитие донорских программ. В листе ожидания пересадки почки в Санкт-Петербурге сейчас около 300 человек, в листе ожидания пересадки печени около 100, несколько десятков человек в листе ожидания пересадки сердца, однако расширять листы ожидания пока нецелесообразно, пока не будет прогресса в донорстве.

– Трансплантационные координаторы появятся в номенклатуре специальностей Минздрава?

На данный момент в системе здравоохранения нет не только медицинской специальности «трансплантационный координатор», но и «трансплантолог». Я кстати, не убежден, что последний нужен, – такую работу выполняют хирурги и терапевты, работающие в специализированных центрах. Думаю, что должны быть требования к должности трансплантационного координатора, на которой могли бы работать и врач-хирург, и врач-анестзиолог, и врач-невролог. Но они должны пройти специальную подготовку и обладать определенным набором знаний и полномочий. Убежден, что предстоит большая экспертная работа по созданию новых подзаконных актов и документов, из которых ясно будет следовать, что работа по донорству является неотъемлемой частью общей системы здравоохранения. Сегодня же донорство, выражаясь образно, является «стыдливым пасынком здравоохранения».

– Есть ли уже сейчас какие-то обучающие программы?

– Кафедра трансплантологии есть в Москве, главная обучающая площадка – Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова. В Петербурге есть Ассоциация трансплантационных координаторов, которая ежегодно проводит школу под названием «Основы трансплантационной координации». Это двухдневные обучающие семинары, на которые мы приглашаем зарубежных специалистов – трансплантационных координаторов, которые делятся своим опытом с врачами городских стационаров. Кроме того, в Государственном Северо-Западном Медицинском Университете им. И.И. Мечникова, в течение 6 лет проводится курс «Органное донорство и трансплантация почки» – два раза в год по 144 часа. Такой же курс недавно открыт и в Первом Санкт-Петербургском Медицинском Университете им. И.П. Павлова. Он ориентирован не только на хирургов, но и анестезиологов-реаниматологов, и на врачей других специальностей, задействованных в донорстве, повторюсь, в деле предоставления донора органов задействован подчас весь коллектив донорского стационара. Залог развития трансплантации в развитии донорства, а оно напрямую зависит от уровня образовательных программ.

– Что, на Ваш взгляд, нужно сделать, чтобы изменить общественное мнение?

– Думаю, что подход здесь должен быть комплексным, и, в первую очередь, должна быть мощная информационная поддержка со стороны государства. Должна появляться социальная реклама, программы на телевидении и радио. Сейчас в наших СМИ уже нельзя встретить статей, откровенно искажающих гуманистическую суть трансплантации органов, однако акцент часто делается на исключительности хирурга, или коллектива, выполнившего очередную уникальную операцию, при этом, за кадром остаются люди с несчастной судьбой, которые обречены без трансплантации. О них необходимо говорить с не меньшей настойчивостью, чтобы каждый мог понять, что от сегодняшнего отношения к донорству зависит наша или наших родственников судьба. Это должно впечатлять куда больше, и вызывать альтруистические мотивы при определении с прижизненной позицией в отношении персонального посмертного донорства. Причем видеть таких пациентов должны как люди, не связанные с медициной, так и врачи, поскольку даже среди врачей нет единого мнения о трансплантации. Важно, что такие программы не могут появляться ниоткуда, и за рубежом, они как правило, оплачиваются из бюджета национальной донорской службы. В нашей стране есть хорошие примеры подобной кампании при освещении проблем донорства крови.

– Мне кажется, люди предвзято относятся не к самому донорству, а к вероятности появления криминальной составляющей в трансплантологии. Насколько она велика?

– Эта вероятность стремится к нулю. Чтобы организовать изъятие органов, которые будут эффективно служить реципиенту после операции, должны быть очень хорошо организованы усилия нескольких коллективов, нескольких десятков человек, – нам такой слаженности и в обычных условиях добиться-то трудно. Наша беседа как раз и посвящена трудностям выполнения трансплантации и донорства даже при благосклонном отношении широкой общественности. Кроме того, после пересадки органа пациент должен пожизненно наблюдаться и принимать дорогостоящие лекарства, а это возможно только при внесении в регистр, что требует нахождения в «системе» еще до трансплантации. Высокие технологии невозможно осуществлять в нелегальных условиях. На территории нашей страны не было ни одного случая незаконного изъятия органов, а случаи судебных разбирательств скорее отражают то обстоятельство, что наука и медицина способны опережать возможности восприятия обществом такого прогресса.

– Как скоро можно ожидать улучшения ситуации в трансплантологической помощи Петербурга?

– У нас был определенный подъем донорской активности, связанный с внедрением «ленинградской» модели трансплантационной координации, с 2006 по 2011 год, это привело к тому, что в нашем городе появились программы трансплантации сердца, печени, легких, поджелудочной железы. Эта модель в том или ином виде внедрена в Москве, Уфе, Новосибирске, Екатеринбурге, Краснодаре и в других городах. Часть инициатив была внедрена в Беларуси. Пусть эти программы были не очень интенсивны, но они появились, и работают до сих пор.

Я хотел бы обратить внимание на следующее обстоятельство. От внимания общественности, и от критиков неудовлетворительного состояния донорства часто ускользает тот факт, что по мере развития программ оказания нейро- и неврологической помощи, число доноров будет неуклонно снижаться, что потребует новых форм организации донорства органов. К счастью, благодаря эффективной организации нейрохирургической помощи в Санкт-Петербурге, число погибших от черепно-мозговой травмы за последние 5 лет снизилось в 8 раз, соответственно, радикально сократилось и число доноров. Тем не менее, благодаря образовательным и организационно-финансовым инициативам Комитета по здравоохранению, ситуацию так называемого «ухудшения состояния органного донорства» удалось стабилизировать, и за первое полугодие 2014 года доноров и пересадок в Санкт-Петербурге больше, чем за весь 2013 год.

Отрадно отметить, что такого внимания к трансплантологии и со стороны Минздрава, и со стороны Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, как в последние два года, я не припомню за предыдущие 15 лет.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИНТЕРНЕТ–СООБЩЕСТВА

Социальные сети начали завоевывать популярность в Интернете уже с конца 90-х годов прошлого века. В Россию мода на них пришла в 2006 году с появлением «Одноклассников» и «ВКонтакте». Специализация была лишь вопросом времени. В последние годы в интернет-среде отмечается бурный рост числа профессиональных медицинских сообществ, среди них наиболее известны в мире такие, как Sermo (www.sermo.com), Doc2Doc (www.doc2doc.com), Ozmosis (www.ozmosis.com), Healtheva (www.healtheva.com).

Российские врачи также постепенно начинают осваивать область IT-медицины. Мы постараемся помочь разобраться в том, чем профессиональные социальные сети могут быть полезны для работников медицинских организаций, какую из них предпочесть и каковы особенности процедуры вступления в ее члены.

Основные цели профессиональных медицинских сообществ – упростить взаимодействие врачей друг с другом и способствовать их профессиональному развитию. Медицинские соцсети размещают разного рода актуальную медицинскую информацию: клинические разборы и случаи из личной практики, статьи, обзоры медицинской литературы, дискуссии в формате форумов или комментариев к публикациям, медицинских новостей и ссылок. Кроме того, медицинские социальные сети позволяют получить консультацию юриста.

Подобные сообщества, как правило, закрытые и требуют регистрации, включающей не только указание своих персональных данных (в том числе Ф.И.О., наименования вуза и года его окончания, основной специальности), но и подтверждение статуса врача, которое может осуществляться различными способами. Так, каждый новый участник сети «ВрачиРФ» в обязательном порядке проверяется по открытым источникам, а также по базе «Врачи России», уже много лет поддерживаемой издательством «РЛС» и содержащей сведения о почти 400 000 врачей со всей Российской Федерации. В случае, если администраторам сайта не удается убедиться в наличии у пользователя высшего медицинского образования, для успешного прохождения регистрации необходимо предоставить электронную копию одного из следующих документов: диплома о высшем медицинском образовании или сертификата на право врачебной деятельности (сразу после подтверждения статуса врача файлы безвозвратно удаляются).

Верификация наличия медицинского образования на сайте «Доктор на работе» происходит одним из трех способов: сопоставлением регистрационных данных врача со списками выпускников вузов, проверкой наличия диплома или подтверждением по месту работы (учебы) врача.

Некоторые сайты медицинских сообществ предоставляют альтернативную возможность подтверждения статуса врача – прохождение теста медицинских знаний (общих или по основной специальности). Уровень вопросов на каждом сайте значительно разнится. Например, социальная сеть «Эврика» предлагает нам выбрать, «какие клетки не относятся к форменным элементам крови». При этом среди вариантов ответа правильного нет (эритроциты, нейтрофилы, лейкоциты, тромбоциты). Наиболее высокий уровень вопросов мы отметили на сайте сообщества «Я врач». Однако, если вам не повезло успешно пройти тест с первого раза, число попыток неограничено.

После того, как успешно будет подтвержден статус врача, вам откроется весь спектр предоставляемых сайтом возможностей и информации.

http://www.evrika.ru

* Возможность заказать через сайт медицинскую литературу.

* Наличие образовательных проектов, в том числе сервиса для хирургов, объединяющего на своих страницах возможности Российского общества хирургов и высокотехнологичную IT-программу для обеспечения прохождения врачами-хирургами дистанционных курсов повышения квалификации. Также здесь можно найти образовательные программы кафедры хирургии Университета МГМСУ, образовательные вебинары кафедры пульмонологии Университета МГМСУ и образовательные передачи при поддержке общества терапевтов.

* Просмотр видеозаписей хирургических операций.

* В разделе «События» можно ознакомиться с предстоящими циклами повышения квалификации и профессиональной переподготовки, конференциями, конгрессами и форумами. Доступны фильтры по специальности, категории, дате. Неудобство состоит в том, что нельзя выбрать место проведения: город или регион.

* Наличие тематических групп, включающих профессиональные общества, как, например, Общество по сердечно-сосудистой недостаточности, медицинских центров и другие.

* Справочник лекарственных препаратов с большим спектром торговых наименований.

* Словарь медицинских сокращений.

* Медицинский софт с не очень широким ассортиментом программ, например, таких как АРМ «Статистика» и анатомические атласы.

* Полные тексты федеральных стандартов медицинской помощи.

http://vrachirf.ru

* Позволяет искать коллег по Ф.И.О., вузу и году выпуска, месту работы и т. д.

* Информация по лекарственным препаратам из РЛС с указанием стоимости в интернет-аптеках г. Москвы, можно посмотреть публикации на сайте, имеющие отношение к данному препарату. Для некоторых препаратов существует так называемое «досье» – статьи из различных медицинских журналов с рекомендациями по применению и данными исследований, а также существует возможность задать вопрос представителю фармакологической компании.

* Можно подписаться на профили фирм-партнеров (в основном, фармакологических компаний, но не только) и знакомиться с их публикациями.

http://myvrachi.ru

* Статьи о том, как стать врачом в других странах (Израиле, Италии и др.), как организована экстренная помощь за рубежом.

* Расписание конгрессов и конференций.

* Возможность задать вопрос экспертам (выбор не велик – пара сотрудников НИИ кардиологии и ЦКБ, на момент написания статьи).

* Препараты исключительно фирмы-спонсора.

* Небольшой список вакансий, в основном медицинских представителей и менеджеров.

* Словарь медицинских терминов.

* Справочник всех стандартных показателей и значений анализов.

http://mirvracha.ru

* Любопытные викторины, которые позволяют нам узнать о том, например, что Уильям Сомерсет Моэм получил диплом терапевта и хирурга по окончании медицинской школы при лондонской больнице Святого Фомы, где недолго работал. По мотивам своей производственной деятельности написал роман «Лиза из Ламбета», успех которого стал поводом для оставления медицинского поприща. Или о том, что Крылов умер вовсе не от заворота кишок вследствие переедания, а, на самом деле причина его смерти – двустороннее воспаление легких.

* Переводы научных статей и клинических примеров по разным специальностям.

* Возможность зарабатывать баллы и переводить их в деньги. Набирать баллы можно двумя способами (в последующем их будет больше): посредством публикации клинических случаев или создания тем на форуме. Получить деньги можно двумя способами: на счет мобильного телефона или на счет интернет-кошелька.

* Посмотреть блоги врачей-писателей.

* Ознакомиться со страницами вузов (зашла на страницу своего вуза – активность пользователей за последний период не отмечена).

* В разделе «Рекомендации» представлены 750 российских стандартов и 22 протокола лечения заболеваний, а также переводы 130 рекомендаций международных медицинских ассоциаций по диагностике и лечению. В качестве минусов необходимо отметить, что представлены не самые свежие рекомендации и не полный их спектр, не по всем специальностям, в том числе мало англоязычных.

* Доступно 22 медицинских онлайн калькулятора.

* Информация о лекарственных препаратах, предоставленная порталом www.vidal.ru.

* База клинических исследований, в состав которых включены данные из следующих источников:

– Росздравнадзор (информация по клиническим исследованиям лекарственных препаратов для медицинского применения, разрешенным Росздравнадзором к проведению в Российской Федерации в 2010 году);

– U.S. National Institute of Health (клинические исследования, начатые в РФ в 2011 и 2012 годах, по материалам сайта «ClinicalTrials.gov» по состоянию на сентябрь 2012 года);

* Раздел «Медицинская карьера» – вакансии можно отфильтровать по зарплате и региону. В Санкт-Петербурге удалось найти на середину апреля более 100 вакансий от менеджера и администратора медицинского центра до врачей поликлинического звена разных специальностей и заведующего отделением городского стационара.

* «ОрфаМир» – информационный портал редких (орфанных) заболеваний для экспертов, всех практикующих врачей и пациентов.

* Викторины с ценными подарками (например, iPhone 4S).

«Доктор на работе»
http://www.doktornarabote.ru

Крупнейшая в мире профессиональная сеть для русскоязычных врачей.

В базе подписчиков на электронную рассылку публикаций собраны свыше 400 тысяч врачей из России.

Самая посещаемая социальная сеть для врачей в мире, социальная сеть для врачей с самой активной аудиторией в мире (данные Alexa.com). Победитель национальной премии «Стартап года 2011» в номинации «Команда года», один из лидеров национального рейтинга «30 самых перспективных стартапов Рунета 2011», победитель международного конкурса «Лучший предприниматель в области медиа в России 2011», обладатель высшего индекса «AAA» в национальном рейтинге «Russian Startup Rating 2012» и 2013, обладатель международной премии «The Next Web Russian Startup Awards 2013» в номинации «Best Web App», победитель национального конкурса мобильных приложений «Imi.vc Competition for Developers of Wow-projects» на «Live Mobile! European Mobile Congress 2013», обладатель национальной премии «Web Ready 2013» в номинации «Growth».

* Основное достоинство – большое количество клинических разборов, публикаций и обсуждений, благодаря, вероятно, наличию широкой и активной аудитории.

* Также существует возможность заработать деньги публикациями.

http://medtusovka.ru

* Возможность создать «круг общения».

* Вакансии.

* Анонсы конференций

http://www.ivrach.com

* Игры: врач-эрудит, эпонимы в травматологии и другие. Создать игру может любой участник.

* Справочник лекарственных препаратов с диаграммами распределения предпочтений по торговым наименованиям препарата и назначений препарата по показаниям. Возможность вести дискуссию по поводу того или иного препарата.

* Школа врача, включащая статьи, игры, тесты и многое другое по нескольким специальностям.

Наверное, трудно создать идеальное медицинское сообщество, которое предоставляло бы доступ и к полному спектру актуальной справочной информации, и к последним новостям медицины, и к анонсам разнообразных событий, и к вакансиям, объединяло и привлекало едва ли не каждого врача, вне зависимости от специальности, должности и занятости. Но, думается, главная идея социальной сети – общение, а специализация ее позволяет создать приватные условия для обсуждения тех вопросов и тем, к которым не всегда должен иметь доступ обыватель без медицинского образования. Ведь в Интернете есть сотни способов найти нужную конкретную информацию. А вот дельный совет, поддержка и приятное общение с коллегами дорого стоят. Особенно для врачей, находящихся в условиях профессиональной изоляции (ведь не у всех есть возможность посещать конгрессы, конференции, семинары). Конечно, виртуальное общение никогда не сравнится с непосредственным и не заменит его, но все в большей степени информационные технологии (IT) входят в нашу жизнь, а, имея выбор и зная о достоинствах каждого из сообществ, мы сможем применять IT во благо своего профессионального развития.

Татьяна Некрасова

ВРАЧИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА – ВРАЧАМ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА

Педиатрический университет во время блокады

Мы продолжаем серию публикаций, посвященных 70-летию снятия блокады Ленинграда. В этом выпуске мы расскажем о блокадных днях Санкт-Петербургского педиатрического университета.

Ленинградский педиатрический медицинский институт (ЛПМИ), как именовался педиатрический университет до 1944 года, во время блокады не прекращал работы ни на один день.

Начало блокады

В первые же дни войны в институте организовали госпиталь ына 300 коек для инфекционных больных. В сентябре 1941 года в помещении акушерско-гинекологического корпуса был развернут хирургический госпиталь для раненых красноармейцев на 250 коек и гражданского населения на 150 коек. Осенью 1941 года ЛПМИ организовал медико-санитарную службу Выборгской дивизии народного ополчения и оснастил ее санитарную часть.

В первый месяц войны ушли на фронт 129 врачей и 150 медицинских сестер.

Чтобы сохранить жизни сотрудников и студентов в блокаду, институт пошел на крайние меры. Студентов разместили в общежитиях на территории института в наиболее теплых и наименее пострадавших от артобстрелов корпусах. Сотрудникам разрешили жить на кафедрах. Для студентов и сотрудников организовали пункты лечебного питания и столовые для профессорского состава. Наиболее ослабленных помещали в специально созданные стационары. В рацион ввели льняное масло, выделенное из натуральной олифы, и витамин С из хвои, полученные на кафедре неорганической химии доцентом М.М. Котоном.

Учебная работа: за годы войны – 7 плановых и досрочных выпусков

Педиатрический институт на немецкой карте артобстрелов значился как объект № 708 – специальная мишень, подлежавшая уничтожению. В некоторые дни число обстрелов достигало 8–12, многие здания пострадали от снарядов.

Лекции часто читали под грохот снарядов

и бомб, иногда переносили в бомбоубежище, но почти никогда не отменяли. Профессор А.Б. Воловик вспоминал: «Студентов было немного… Сидел я у печки, а вокруг – студенты. Могу сказать, что ни до, ни после этого учебного года не имел я такого контакта с аудиторией». Успеваемость была не ниже довоенной. Даже в тех труднейших условиях студенты продолжали научную работу. Кроме того, они участвовали в укреплении обороны города – рыли окопы, противотанковые рвы, строили газо- и бомбоубежища, работали на торфоразработках.

За время войны институт произвел 7 плановых и досрочных выпусков и подготовил 947 врачей.

Лечебная работа. От артобстрелов и бомбежек ни один ребенок не пострадал

В дни блокады в Ленинграде осталось около 400 тыс. детей, из них более 12 тыс. в возрасте до 3 лет. Многие из них выжили благодаря самоотверженной работе сотрудников ЛПМИ, который возглавляла профессор Ю.А. Менделеева. В клиниках ЛПМИ помещались раненые и больные дети, некоторые из них, страдавшие тяжелыми хроническими заболеваниями, оставались здесь в течение всех лет войны. Кроме того, в клиниках находились дети, родители которых были на фронте или погибли. Однако основную массу составляли дети с явлениями алиментарной дистрофии, гипо- и авитаминозов.

Ежедневно профессор А.Ф. Тур совершал обход. Во время воздушной тревоги детей приходилось срочно спускать в бомбоубежище, а затем снова поднимать в отделение. Это было трудное дело для ослабленных и истощенных сотрудников. Позже вся работа института была сосредоточена в бомбоубежищах, где дети пробыли 175 дней. Зимой 1941–1942 гг. вышли из строя центральное отопление, водопровод и канализация, с перебоями подавалась электроэнергия, прекратила работу центральная прачечная. Сотрудники сами ходили к Неве за водой и привозили ее в ваннах, бидонах, ведрах, на санках или накачивали насосом по длинному резиновому шлангу прямо из реки. Была создана бригада печников из состава сотрудников, которые соорудили печи-времянки, в палатах стало теплее. Доцент Н.Н. Келлер вспоминала: «Дети оживились – они уже не лежали, а сидели, ходили, даже играли. В палате же мы и купали их раз в десять дней, а в соседней пустой палате стирали вручную, сушили и гладили белье… Мы старались как-то развлечь и занять детей. Очень любили дети сидеть у печурки и поджаривать на ней хлеб, который грызли как какое-то лакомство, слушать чтение, рассказы, сами читали стихи». В клиниках института устраивались праздники новогодней елки. С фронтовиками, дети которых находились в клиниках ЛПМИ, медицинские сестры вели переписку. Весной и летом 1942 года возобновились прогулки детей, начали проводиться школьные занятия.

Дети фронтовиков за обедом в одной из клиник института. Апрель 1943 г.

В связи со случаями брюшного тифа у детей раннего возраста в 1942 г. была создана специальная прививочная комиссия во главе с А.Ф. Туром, в задачи которой входил контроль за проводившимися впервые в стране прививками против брюшного тифа детям с 2-летнего возраста. В 1943–1944 гг. реэвакуация детского населения в Ленинград вызвала увеличение заболеваемости корью. Сразу же для педиатров в институте были организованы специальные занятия, на которых давались рекомендации о необходимости тщательного патронажа прибывающих, о методах ранней диагностики, лечения и профилактики кори.

В клиниках института получили помощь 3793 больных ребенка, а детскую поликлинику посетили около 55 тыс. детей. В условиях непрекращающихся воздушных налетов и артобстрелов ни один ребенок не пострадал на территории института.

Результаты выхаживания недоношенных впечатляют и сегодня

В институте работал родильный дом, отделение для новорожденных и недоношенных детей. Дети, рождавшиеся в конце 1941 года и в 1942 году от сильно истощенных матерей, были очень малого веса и отличались крайне низкой жизнеспособностью. У матерей же, как правило, было очень мало молока, а потому многих новорожденных уже в первые дни приходилось докармливать искусственными смесями. В конце 1942 – начале 1943 года были получены впечатляющие и сегодня результаты. Дети, родившиеся с крайне низким весом, к году по массе тела и психомоторному развитию догоняли своих сверстников, родившихся с нормальным весом. А.Ф. Тур писал в 1944 году, какими средствами и мерами

были достигнуты эти результаты: «*Первое и самое главное – это безупречно преданное, добросовестное и любовное отношение к делу всего персонала; без этого добиться более или менее хороших результатов было бы невозможно. Второе – правильное построение режима жизни и воспитания ребенка, применительно к необычным условиям жизни в бомбоубежище и, конечно, с достаточно строгим учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка. Третье – весьма существенное – это правильное, строго индивидуальное питание детей*».

Для рационального использования продуктов в июне 1942 года начал работу совет детского питания, в состав его входили директор ЛПМИ Ю.А. Менделеева и профессор А.Ф. Тур. Для питания детей раннего возраста использовали соевое молоко, из которого сотрудники ЛПМИ разработали 18 лечебных смесей.

В ЛПМИ всю войну работали отдел питания и молочная станция. Несмотря на частые перерывы в подаче воды, нарушение нормальной работы котельной, затруднения с транспортом и т. д., в дни блокады молочная станция ежедневно отпускала по 13 тыс. порций для 7–8 тыс. детей.

Научная работа

Заседание ученого совета института, август 1943 г.

Исходя из нужд военного времени, тематика научных работ изменилась. Недостаток медицинского персонала, увеличение педиатрических участков, необходимость более тщательного наблюдения за детьми всех возрастов заставили перестроить работу детских поликлинических учреждений по принципу единого педиатра. С этой целью детские консультации были объединены с детскими поликлиниками. Методика работы объединенной консультации – поликлиники была разработана кафедрой организации здравоохранения ЛПМИ (Ю.А. Менделеева) совместно с детскими поликлиническими учреждениями Свердловского района (Н.Г. Синявская). Наиболее обширной является группа работ, посвященных изучению особенностей течения детских заболеваний в период блокады: дистрофии, авитаминозов (А.Ф. Тур, А.Б. Воловик, С.А. Гаврилов, Э.И. Фридман, Р.М. Муравина, Г.А. Николаев, М.В. Миллер-Шабанова и др.), пневмонии (А.Б. Воловик, А.В. Щеглова и др.), анемии (А.Н. Антонов, Ю.А. Котиков и др.), детских инфекционных заболеваний (А.Б. Воловик, В.Н. Офицеров и др.), туберкулеза (А.Э. Певзнер и др.) и других.

За 1941–1945 гг. сотрудники ЛПМИ выполнили около 450 научных работ, защитили 9 докторских и 36 кандидатских диссертаций.

Подготовлено на основе материала Г.Л. Микиртичан, gpma.ru

Героизм сотрудников в годы войны и постановка работы с детьми в военные и послевоенные годы стала известна за пределами страны. ЛПМИ неоднократно посещали иностранные делегации. 10 апреля 1945 года институт посетила Клементина Черчилль. Здесь побывала Индира Ганди, Элеонора Рузвельт, Голда Меир, сенаторы Бразилии, мэры городов-побратимов и другие гости.

Представитель одного из самых мощных информационных агентств в США «Юнайтед-пресс», побывавший в ЛПМИ в дни войны, писал: «…случай позволил мне увидеть в истерзанном войной Ленинграде это замечательное учреждение, продолжающее работать, несмотря на блокаду, голод, холод, учреждение, держащее высоко в руке факел науки, который нацисты пытаются угасить. Ведение научной работы и в то же время активное участие в деле борьбы с врагом – замечательное достижение педиатрического института».

ЛУКА ВОЙНО–ЯСЕНЕЦКИЙ: СВЯТОЙ ВРАЧ

Образ святого Луки (Войно-Ясенецкого) становится все более почитаемым и среди врачей, и среди пациентов. Как сочетались в одном человеке блестящий хирург и верный вере священнослужитель, врачи Санкт-Петербурга могут узнать из рассказа участника Великой Отечественной войны, профессора-хирурга Петра Васильевича Кузионова.

Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий дал медицинской науке много нового и ценного, одновременно являясь врачом и священнослужителем. Он родился в Керчи 27 апреля 1877 года в семье аптекаря третьим ребенком из пятерых детей. Его отец был католиком, мать – православной. В Киеве, куда семья впоследствии переехала, Валентин окончил гимназию, получив среднее образование, и одновременно – рисовальную школу. Попытка поступить на медицинский факультет Киевского университета оказалась безуспешной, так как все вакантные места были заняты. Тогда он начал учебу на юридическом факультете. Вскоре он уехал в Мюнхен, где учился в частной школе живописи у профессора Кнаппа, но уже через три недели, затосковав по дому, вернулся в Киев, где продолжил заниматься живописью. Наконец, он осуществил свое заветное горячее желание «быть полезным для народа, нуждающегося в медицинской помощи» и поступил на медицинский факультет Киевского университета, который успешно закончил в 1903 году.

Земский врач: Войно-Ясенецкий лечил больных у себя дома

Отказавшись от научной карьеры, он решил стать земским врачом. Осенью 1903 года, работая в Киеве, он начал посещать глазную клинику, ибо в то время, особенно среди сельского населения, была очень распространена трахома. Валентин Феликсович стал приводить больных для лечения к себе домой, располагая их по комнатам, как в больничных палатах. Его мать обеспечивала пациентов питанием.

Выдающийся хирург: за 15 лет имя Войно-Ясенецкого облетело Россию и Европу

В Русско-японскую войну В.Ф. Войно-Ясенецкий заведовал хирургическим отделением в госпитале киевского Красного Креста в Чите, где и женился на сестре милосердия Анне Ланской. С 1905 по 1917 годы Валентин Феликсович работал хирургом в городских и сельских больницах Симбирской, Курской и Саратовской губерний, на Украине и в Переславле-Залесском. В 1908 году он переехал в Москву и стал работать экстерном в хирургической клинике проф. П.И. Дьяконова. В 1908–09 гг. он начал печатать в журнале «Хирургия» свои научные статьи, посвященные вопросам обезболивания. Надо напомнить, что в то время не было эндотрахеального наркоза, а применялся в основном эфирный масочный. Всего за десять лет работы хирургом В.Ф. Войно-Ясенецкий опубликовал 19 из 42 своих научных статей. Свой материал по итогам практического опыта применения обезболивания во время хирургических операций он изложил в виде докторской диссертации, озаглавленной «Регионарная (проводниковая) анестезия», которую блестяще защитил в Москве в 1916 году, получил хорошие отзывы профессоров Мартынова и Карузина. Кроме того, Варшавский университет присудил соискателю премию имени Хойнацкого в сумме 900 рублей золотом за лучшую работу по медицине. С тех пор метод обезболивания, называемый регионарной анестезией, стал достоянием мировой медицинской науки и практики. С 1917 по 1923 годы Валентин Феликсович работал хирургом в Ново-Городской больнице Ташкента, преподавал в медицинской школе, преобразованной в медицинский факультет открывшегося в 1920 году Туркестанского государственного университета. В 1919-м от туберкулеза умерла жена Анна, оставив четверых детей. Осенью 1920 года В.Ф. Войно-Ясенецкий возглавил кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии. В октябре 1922 года Валентин Феликсович активно участвовал в работе I научного Съезда врачей Туркестана. Впоследствии он стал главным врачом Ташкентской больницы и председателем Союза врачей. Владея немецким, французским и английским языками, профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий опубликовал несколько своих статей на немецком языке за границей. После этого он стал пользоваться большим авторитетом среди хирургов не только в нашей стране, но и за рубежом.

Священнослужитель: Войно-Ясенецкий стал священником при советской власти из-за гонений на церковь

Двадцатые годы XX века известны как время гонения не только на религию, но и на бывших купцов, дворян и пр. Так, на костях трудового крестьянства, ставшего зажиточным («кулаков»), был выстроен Беломорско-Балтийский канал. В дальнейшем был организован «Гулаг». Тогда же стали закрываться церкви и мечети. Гонения на церковь выражались ещё и в том, что в те годы с целью борьбы с голодом из церквей изымалось все самое ценное. В.Ф. Войно-Ясенецкий стал активно участвовать в церковной жизни. В 1920 году он сделал доклад о современном положении церкви в стране, получивший высокую оценку. После этого ему было сделано предложение стать священником, на что он дал согласие. Через год Валентин Феликсович был рукоположен в чин дьякона, а через неделю – в иереи. Ему было поручено проповедовать в Ташкентском соборе. Постепенно церковный сан Войно-Ясенецкого повышался, и он достиг звания архиепископа по имени Лука. Работая в университете, Валентин Феликсович стал читать лекции и ходить по городу в рясе и с крестом на груди, чем вызывал недовольство ташкентского начальства. Старые операционные сестры, которые работали с Войно-Ясенецким, рассказывали, что он был высокого роста, с окладистой бородой, никогда, даже в критических ситуациях, не выходил из себя. Если во время операции возникали трудности с трагическим исходом, он не пытался переложить ответственность на ассистентов, а обвинял в случившемся только себя. В предоперационной у Валентина Феликсовича висела небольшая икона, иногда зажигалась лампада. Прежде чем взять скальпель, он осенял больного крестным знамением. Нередко после лекции и освобождения аудитории от студентов зал заполнялся верующими для проведения церковной службы, зная о популярности профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого в народе, получавшем от него и медицинскую помощь, и священнослужение.

Начало репрессий

Власти Ташкента побоялись сразу приступить к репрессивным действиям по отношению к Валентину Феликсовичу, остерегались «как бы чего не вышло». Да и серьезных оснований у них не было. Поэтому его аресту предшествовала антирелигиозная травля в «рабоче-крестьянской» прессе. Стали появляться статьи, порочащие Войно-Ясенецкого, опубликованные по заказу Главного политического управления (ГПУ). Однажды ночью к нему домой пришли сотрудники НКВД с обыском, во время которого обнаружили медицинскую книгу на немецком языке и, посчитав его за немецкого шпиона, тут же арестовали. Обвиняли Валентина Феликсовича также в связях с британской разведкой, которую он якобы осуществлял через турецкую границу. На самом деле ничего такого не было.

10 июня 1923 года профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий был арестован за связь с оренбургскими контрреволюционными казаками и англичанами. Один из партийных деятелей спас Валентина Феликсовича от расстрела, назначенного приговором революционного суда. Находясь в ташкентской тюрьме, он закончил свой капитальный труд, подытоживавший большой личный хирургический опыт, названный «Очерки гнойной хирургии». Перед отправкой в ссылку Войно-Ясенецкий обратился к Наркому просвещения А.В. Луначарскому с просьбой разрешить указать на обложке его монографии рядом с фамилией автора и его духовный сан. Нарком ответил отказом, заявив, что Советское государство не может выпускать книги епископа Луки.

«Контра» – лауреат Сталинской премии

Забегая вперед, следует отметить, что в 1934 году за эту книгу Валентин Феликсович получил Сталинскую премию I степени с денежным вознаграждением в сумме 200 тысяч рублей. Когда читаешь «Очерки гнойной хирургии», создается впечатление, что это художественное произведение с описанием не только топографической картины гнойника, но и личности самого больного. Книга В.Ф. Войно-Ясенецкого принесла ему всемирную славу.

10 лет по тюрьмам и по ссылкам

В августе 1923 года Валентина Феликсовича отправляют в Московское ГПУ, ему было разрешено проживать на частной квартире, заниматься хирургией и священнослужением. Однако вскоре его снова арестовали, поместили сначала в Бутырскую, затем в Таганскую тюрьму, где он переболел тяжелой формой гриппа. К декабрю был сформирован восточносибирский этап, с которым Войно-Ясенецкий был отправлен в ссылку на Енисей. Арестантов везли в «столыпинских» вагонах через Тюмень, Омск, Новониколаевск (нынешний Новосибирск), а последнюю часть пути до Енисейска (400 км) проделали в лютую январскую стужу на санях (Архиепископ Лука, Войно-Ясенецкий. Дух, душа и тело. М., 1977. С. 11). В Енисейске Валентину Феликсовичу было разрешено проживать на квартире и заниматься амбулаторной хирургией. В начале 1924 года Войно-Ясенецкий пересадил почку теленка мужчине, умирающему от уремии, с последующим временным улучшением здоровья пациента. В марте 1924 года – снова арест и отправка под конвоем в деревню Хая на реке Чуне Енисейской области. В июне профессора пересылают в Туруханск. В январе 1925 года его высылают в Плохино – глухое место за Полярным кругом, а в апреле возвращают в Туруханск. После окончания северной ссылки Войно-Ясенецкий вернулся в Ташкент, где служил в церкви Сергия Радонежского. 6 мая 1930 года последовал очередной арест по делу о смерти профессора медицинского факультета И.П. Михайловского, застрелившегося будучи в невменяемом состоянии. 15 мая 1931 года после года тюремного заключения без суда был вынесен приговор о ссылке Валентина Феликсовича на три года в Архангельск. В течение трех лет ссыльный профессор проработал хирургом в Архангельской больнице.

Возвращение в Ташкент

Весной 1934 года Войно-Ясенецкий вновь приехал в Ташкент, где переболел лихорадкой паппатачи, после чего утратил зрение на один глаз. Тем не менее он продолжил вести церковную службу и одновременно руководил отделом в Институте неотложной помощи.

…И еще 9 лет ссылок

13 декабря 1937 года последовал очередной арест за отказ подписать провокационные протоколы допроса в тюрьме, после чего Валентин Феликсович был вновь сослан в Сибирь, в село Большая Мурта Красноярской области. С началом Великой Отечественной войны, уже в сентябре 1941 года ссыльный священник стал консультантом военных госпиталей в Красноярске. С фронтов для долечивания направляли сюда раненых с тяжелыми осложнениями, особенно после повреждений живота. У В.Ф. Войно-Ясенецкого многие из них выздоравливали. Авторитет профессора-хирурга был весьма высоким. В 1943 году Валентин Феликсович становится архиепископом Красноярским, а через год его переводят в Тамбов, где назначают консультантом военных госпиталей. Здесь же ему присваивается сан архиепископа Тамбовского и Мичуринского. В 1945 году он был награжден медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.».

Лука – архиепископ Крымский и Симферопольский

26 мая 1946 года В.Ф. Войно-Ясенецкого переводят в Симферополь с назначением его архиепископом Крымским и Симферопольским. Болезнь глаз прогрессировала, в 1958 году и наступила полная слепота, несмотря на которую он посещал храм, иногда принимал больных. Скончался Валентин Феликсович 11 июня 1961 года, похоронен на городском кладбище в Симферополе. По решению Украинского и Московского патриархата 20 марта 1996 года тело архиепископа Луки было перенесено в Свято-Троицкий кафедральный собор, а 25 марта он был причислен к лику святых. В поселке Кацивели в честь святого Луки был построен храм.

Профессор-хирург В.Ф. Войно-Ясенецкий прожил свои 84 года в тяжелейших условиях морального угнетения, в многократных ссылках за свои религиозные убеждения. Несмотря на такое отношение к нему со стороны властей, он оставался человеком с большой буквы, помогая простым людям и медицинским обслуживанием, и христианским просвещением. Когда в 1999 году были рассекречены документы ГПУ, его внук В.А. Лисичкин обнаружил в архиве пять закрытых уголовных дел (1923–1937 гг.) и одно незавершенное, датированное 1925 годом.

Петр Васильевич КУЗИОНОВ

ВРАЧИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
Учредитель: Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга». 197720, Санкт-Петербург, г. Зеленогорск, пр. Красных Командиров, д. 45, литер А.
Издатель: Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга». 197720, Санкт-Петербург, г. Зеленогорск, пр. Красных Командиров, д. 45, литер А.
Адрес редакции: 197720, Санкт-Петербург, г. Зеленогорск, пр. Красных Командиров, д. 45, литер А.
Главный редактор: Е. Ртищева.
Корректура: М. Водолазова, Т. Некрасова, Д. Яровиков. E-mail: info@vrachi-spb.ru.
Газета зарегистрирована в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Санкт-Петербургу и Ленинградской области ПИ №ТУ78-01372 от 27.06.2013 года.
Дизайн, компьютерная верстка: ООО «Эри».
Газета отпечатана в ООО «Типографский комплекс «Девиз». 199178, Санкт-Петербург, В. О., 17 линия, д. 60, лит. А, пом. 4Н. Заказ № 4249. Тираж 3 000 экз.
Распространяется бесплатно.
Подписано в печать: 30.05.2014 г. 18.00 (по графику 18.00).
Перепечатка материалов разрешается при указании автора и названия газеты.
Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов публикаций.
Рекламируемые товары и услуги подлежат обязательной сертификации.
Редакция не несет ответственности за достоверность информации, содержащейся в рекламных объявлениях.