

В М Е Д И Ц И Н Е

**Вадим Поспелов,
президент Фонда
«Закон,
Справедливость,
Милосердие»:**

**«Впервые в России
мы запустили уникальный
проект:**

**в феврале 2011-го
Министерством юстиции
РФ был зарегистрирован
и приступил к работе
Межрегиональный
социально-медицинский
фонд для судейского
сообщества
и членов их семей.**

**На настоящий момент
успешно действуют
представительства
Фонда в Ставропольском,
Астраханском, Брянском,
Краснодарском,
Калининградском
регионах,
в Республике Калмыкия
и Московской области»**



ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ

(Модернизация государственной и частной медицины)



Что: *3-й международный
медицинский Форум / выставка*

Где: *МВЦ «Крокус Экспо»
1 павильон, зал №3*

Когда: *с 24 по 26 апреля
2018 года*

Показания:

- Учреждения государственной и частной медицины
- Научные и образовательные медицинские учреждения
- Медицинская техника, оборудование, инструменты
- Фармацевтические препараты
- Современные медицинские технологии
- Повышение профессионального уровня врачей
- Передвижные комплексы медицинского назначения
- Зарубежные фирмы, компании, учреждения
- Многое другое

МВЦ «Крокус Экспо»:
станция метро «Мякинино», 65-66 км МКАД
(пересечение МКАД и Волоколамского шоссе)

Организатор:

 **КРОКУС ЭКСПО**
Международный выставочный центр

Информационный партнер
МВЦ «Крокус Экспо»:



Дирекция: +7 (495) 987-31-63, (495) 727-25-28

Факс: +7 (495) 727-25-91

E-mail: rychkov@crocus-off.ru, med@crocus-off.ru

www.iz-expo.ru

**ЗОТОВ**

Владимир Валентинович председатель экспертного совета редакции журнала «Кто есть кто в медицине», сопresident Ассоциации руководителей учреждений здравоохранения, сопresident Совета по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации

**ЯКОВЛЕВА**

Татьяна Владимировна депутат Государственной думы, первый заместитель председателя Комитета Государственной думы по охране здоровья, д.м.н., заслуженный врач РФ

**КОЛЕСНИКОВ**

Сергей Иванович заместитель председателя президиума РАМН, академик РАМН

**КУШИН**

Владимир Георгиевич заместитель председателя МОБФ ПЗ «Здоровье», директор Дирекции региональных и целевых программ Федерального индустриально-финансового союза по реализации президентских программ

**ЖИДКИХ**

Владимир Александрович первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике

**ЗОТОВА**

Татьяна Владимировна руководитель программ развития Сенаторского клуба Совета Федерации, член президиума Совета по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации

**ТУЗОВ**

Николай Витальевич директор Сенаторского клуба Совета Федерации, доктор наук, профессор, академик РАЕН, академик МАНПО

**ИВАНОВ**

Андрей Иванович заведующий ФГУП «Межбольничная аптека» Управления делами Президента РФ, доктор фармацевтических наук, профессор, академик РАЕН, заслуженный работник здравоохранения РФ

**СУХИХ**

Геннадий Тихонович директор ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова», академик РАМН

**КУЛАКОВ**

Анатолий Алексеевич директор ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздравсоцразвития России», д.м.н., профессор, лауреат премии Правительства РФ

**ЦАРЕГОРОДЦЕВ**

Александр Дмитриевич директор Московского НИИ педиатрии и детской хирургии, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ

**МЕЛЬНИЧЕНКО**

Галина Афанасьевна директор Института клинической эндокринологии, член-корреспондент РАМН, вице-председатель Российской ассоциации эндокринологов

**ЛЕОНТЬЕВ**

Валерий Константинович профессор кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГДО МГМСУ, сопresident Ассоциации руководителей учреждений здравоохранения, академик РАМН, д.м.н., лауреат Государственной премии РФ, заслуженный деятель науки РФ

**АПОЛИХИН**

Олег Иванович директор ФГУ «НИИ урологии Минздравсоцразвития России», д.м.н., профессор

**ЛУКУТЦОВА**

Райса Тимофеевна председатель Российского Красного Креста

**ГОЛИКОВ**

Михаил Александрович вице-президент Международной академии проблем гипоксии, председатель редакционного совета МИАЦ РАМН, к.м.н.

**КУРНОСОВ**

Владимир Геннадьевич президент Фонда «Ассамблея Здоровья», комиссар Премии «Профессия – Жизнь»

**САРКИСОВА**

Валентина Антоновна президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России», заслуженный работник здравоохранения РФ

**ТИТОВ**

Сергей Сергеевич главный врач ГУЗ ОО «Наркологический диспансер», главный нарколог Омской области

**ЗОРИНА**

Татьяна Александровна президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация», заслуженный работник здравоохранения РФ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЖУРНАЛ

КТО ЕСТЬ КТО
Who is Who
В МЕДИЦИНЕ

Журнал издаётся с 2003 года
www.ktovmedicine.ru

Редакция

Учредитель, главный редактор
Дмитрий НЕФЁДОВ

Первый заместитель
главного редактора
Анастасия НЕФЁДОВА

Заместитель главного редактора
Елена РЕЙМХЕ

Редакторы
Наталья ЗАДОРЖНАЯ
Татьяна ТЕБЕНИХИНА

Технический редактор
Екатерина ШИПИЦИНА

Дизайнер-верстальщик
Надежда ВОРОНКОВА

Специальный корреспондент
Алиса ГОПКО

Корректор
Татьяна САВИСЬКО

Управляющий филиалом в г. Омске
Егор ВЕРЕТЕЛЬНИКОВ

Ассистент редакции
Ольга КЛЕВАКИНА

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-26672 от 28.04.2003 (21.12.2006 – перерегистрация) выдано Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия. Тираж 25000 экз. Издатель ООО ИД «Кто есть Кто». Перепечатка материалов без разрешения редакции запрещена. При использовании и цитировании материалов ссылка на источник обязательна.

Редакция не несёт ответственности за достоверность информации, содержащейся в рекламных объявлениях, сообщениях информационных агентств и материалах, размещённых на коммерческой основе. Все права на созданные материалы принадлежат авторам.

Отпечатано с электронных носителей заказчика в ОАО «АСТ-Московский Полиграфический дом» 111123, г. Москва, шоссе Энтузиастов, 56, стр. 22.

Журнал распространяется на территории РФ. В свободную продажу не поступает.
Подписано в печать 29.11.2011

Адрес редакции: 107023, г. Москва, пл. Журавлёва, д. 10, стр. 1.
Телефоны: (495)962-12-22, (495)962-16-53, (495)725-39-84 (мн/к), 8(916)346-50-57 (мобильный).
E-mail: 9621222@mail.ru

Филиал по Уральскому, Сибирскому, Дальневосточному федеральным округам РФ:
644043, г. Омск, ул. Фрунзе, 40, к. 7.
Телефоны: (3812)21-25-03, 21-31-14, 21-20-65, 21-11-89
E-mail: m9621222@mail.ru
Официальный сайт редакции:
www.kto-kto.ru



Андрей Притыко,
директор
Московского
научно-практического
центра
медицинской помощи детям
с пороками развития
черепно-лицевой области
и врожденными
заболеваниями
нервной системы
с. 16



Георгий Таварткиладзе,
директор
Научно-практического
центра аудиологии
и слухопротезирования
ФМБА России
с. 20



Владимир Рева,
ректор
ФГОУ ДПО «Институт
повышения
квалификации
Федерального
медико-биологического
агентства» ФМБА России
с. 22



Игорь Шведовченко,
генеральный директор
ФГБУ «Санкт-Петербургский
научно-практический центр
медико-социальной
экспертизы,
протезирования
и реабилитации инвалидов
им. Г.А. Альбрехта»
ФМБА России
с. 23



Алексей Сорокин,
руководитель
Саратовского
медицинского центра
ФМБА России
с. 24



Сергей Романов,
директор
ФБУЗ
«Приволжский окружной
медицинский центр»
ФМБА России
с. 26



Владимир Шутов,
директор
Западно-Сибирского
медицинского
центра ФМБА России
с. 27



Сергей Титов,
главный врач
БУЗ Омской области
«Наркологический
диспансер»
с. 28



Вадим Поспелов,
президент
Фонда «Закон,
Справедливость,
Милосердие»
с. 30



Сергей Русаков,
генеральный консультант
компании OncoTherm
в России и странах СНГ,
генеральный директор
ООО «ОптиМед»,
официального
дистрибьютора
OncoTherm в России
с. 34



Людмила Гребенщикова,
главный врач
ГУЗ «ОКПЦ
им. Е.М. Бакуниной»
с. 36



Сергей Архангельский,
главный врач
Саратовского областного
перинатального центра
с. 38



Лариса Белоцерковцева,
главный врач
Сургутского клинического
перинатального центра
с. 40



Иван Поздняков,
главный врач
муниципального
бюджетного учреждения
здравоохранения
г. Новосибирска
«Городской перинатальный
центр»
с. 42



Тамара Ермошкаева,
главный врач
муниципального
бюджетного учреждения
«Городской
родильный дом
им. О.А. Шунгаевой»,
г. Элиста
с. 44



Ольга Пришина,
директор
ФГУЗ «Центр крови
Федерального
медико-биологического
агентства»
с. 50



Светлана Белашкина,
главный врач
ФГУ «СПК ФМБА
России» в г. Челябинске
с. 53



Аминат Кабардиева,
главный врач
ГУЗ «Республиканская
станция
переливания крови»,
г. Махачкала
с. 56



Ирина Гусева,
медицинская сестра
ФГУЗ КБ № 122
им. Л.Г. Соколова ФМБА
России
с. 60



Юлия Меренкова,
медицинская сестра
ФГБУЗ МСЧ
№ 33 ФМБА России
(г. Нововоронеж
Воронежской области)
с. 61



Виктория Орлова,
руководитель
ФГУ ГБ МСЭ
по Новгородской области
с. 62



Ригель Низамов,
руководитель —
главный эксперт
МСЭ ФГУ
«Главное бюро
медико-социальной
экспертизы по Республике
Татарстан»
с. 63



Михаил Жилюк,
руководитель —
главный эксперт
по медико-социальной
экспертизе
ФГУ «ГБ МСЭ
по Мурманской области»
с. 64



Тамара Абрамова,
руководитель
Главного бюро
медико-социальной
экспертизы
по Республике Коми
с. 66



Елена Набиева,
руководитель —
главный эксперт
по МСЭ ФГУ
«ГБ МСЭ по Магаданской
области»
ФМБА России
с. 67



**Екатерина
Мухаметгалеева,**
руководитель —
главный эксперт
ФГУ «ГБ МСЭ
по Удмуртской Республике»
с. 68



Александр Захарьян,
руководитель
ФГУ «ГБ МСЭ
по Новосибирской области»
ФМБА России
с. 70



Вячеслав Перминов,
руководитель
ФГУ «ГБ МСЭ
по Томской области»
ФМБА России
с. 73



Людмила Гаркуша,
руководитель —
главный эксперт
ФГУ «ГБ МСЭ
по Иркутской области»
ФМБА России
с. 74



Григорий Данюк,
руководитель —
главный эксперт
ФГУ «ГБ МСЭ
по Красноярскому краю»
ФМБА России
с. 76



Олег Малкаров,
руководитель —
главный эксперт
медико-социальной
экспертизы
по Кабардино-Балкарской
Республике
с. 78



Владимир Кузубов,
начальник
ФГБУЗ МСЧ
№ 163 ФМБА России
с. 80



Сергей Романов,
директор
ФГУЗ КБ № 172
ФМБА России,
г. Димитровград
с. 84

На мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, в 2012 году выделено 820 млн рублей

Из федерального бюджета в 2012 году на мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, предусмотрено 820 млн рублей, в том числе на проведение коммуникационной кампании – 300 млн рублей, на предоставление субсидий бюджетам субъектов РФ – 520 млн рублей.

Реализация мероприятий позволит достичь следующих показателей:

- увеличить консультативную деятельность врачей психиатров-наркологов на 10 %, их участие в диспансеризации населения – на 5 %, а также увеличить число лиц, вовлеченных в процесс лечения в результате первичного обращения, на 5 %;

- увеличить число больных, вовлеченных в реабилитационные программы и завершивших их, на 5 %.

Справочно. С 2011 года в рамках реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни выделено новое направление по совершенствованию медицинской помощи наркологическим больным, включая профилактику, диагностику и медицинскую реабилитацию наркологических больных.

В 2009 году специализированными учреждениями Минздравсоцразвития России зарегистрировано 3250664 больных наркологическими расстройствами, т.е. 2290,7 больных в расчете на 100 тыс. населения, или около 2,3 % общей численности населения.

Мероприятия:

- повышение доступности, объема и качества оказания наркологической (медицинской, психологической и медико-социальной) помощи наркологическим больным и лицам с патологическим влечением к азартным играм;

- разработка новых и совершенствование существующих методов ранней диагностики наркологи-

ческих и других аддиктивных расстройств среди населения, в том числе среди детско-подросткового контингента;

- организация в регионах наркологических реабилитационных центров и подразделений, внедрение малозатратных технологий и стационарзамещающих форм организации и оказания наркологической реабилитационной помощи;

- организация и внедрение в регионах бригадных форм оказания наркологической помощи, психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации;

- выделение помещений в учреждениях здравоохранения в целях совершенствования медицинской помощи наркологическим больным и проведение при необходимости их текущих и капитальных ремонтов;

- оснащение наркологических подразделений (центры, диспансеры, отделения, кабинеты) различными видами медицинского оборудования для оказания профилактической, консультативной, диагностической и реабилитационной помощи, в соответствии с порядком оказания медицинской помощи наркологическим больным;

- обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров, в том числе по специальностям «психиатрия», «наркология» и «медицинская психология», для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

Субсидии предоставляются бюджетам субъектов РФ, отвечающих следующим критериям: наличие в субъекте РФ учреждений здравоохранения государственной и муниципальной систем здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь наркологическим больным, и иных структурных подразделений учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь; наличие утвержденной уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ региональной программы по совершенствованию медицинской помощи наркологическим больным, включая

профилактику, диагностику и медицинскую реабилитацию, с целевыми показателями по реализации мероприятий в наркологических диспансерах.

Минздравсоцразвития России



Анастасия Нефедова

Селектор по лекарствам

На состоявшемся 19 декабря 2011 года совещании министр здравоохранения Татьяна Голикова обсудила вопросы дополнительного лекарственного обеспечения, ситуацию с орфанными лекарствами, а также организацию лекарственного обеспечения в период новогодних праздников.

По словам министра, в 2012 году консолидированный норматив финансирования лекарственного обеспечения федеральных льготников увеличится на 8,1 %.

В ходе селекторного совещания Татьяна Голикова обратила особое внимание региональных руководителей на то, что в соответствии с законом норматив финансовых затрат не является планкой, ограничивающей стоимость рецепта для конкретного пациента. «Этот норматив – лишь основа для расчета субвенции, которая перечисляется в регионы для финансирования лекарственного обеспечения. Для конкретного гражданина, имеющего право на льготные лекарства, этот норматив не может ограничивать стоимость рецепта», – пояснила министр.

Татьяна Голикова рассказала, что в связи с принятием нового закона «Об основах охраны здоровья граждан» к 2012 году будут обеспечены лекарствами больные редкими (орфанными) заболеваниями.

Как сообщила глава ведомства, предварительный список редких заболеваний опубликован на сайте Минздравсоцразвития России для обсуждения.

Татьяна Алексеевна напомнила, что в 2011 году для бесперебойного обеспечения льготников по программе дополнительного лекарственного обеспечения было дополнительно выделено 2,3 млрд руб. «Эти средства выделены для обеспечения плавного перехода к 2012 году, чтобы препараты, которые требуются льготникам, были в наличии», — сказала она. «Вы должны организовать работу таким образом, чтобы в праздничные дни проблем с лекарственным обеспечением льготников не было», — подчеркнула глава ведомства.

В заключение министр рассказала о принятии перечня жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов.

Директор Департамента развития фармацевтического рынка и рынка медицинской техники Диана Михайлова рассказала о ситуации с отсроченными рецептами. «По России средний показатель количества рецептов, которые находятся на отсроченном обеспечении, составляет 0,02%», — сообщила директор департамента.

По словам Дианы Михайловой, в ряде регионов России показатель количества рецептов, которые находятся на отсроченном обеспечении, превышает среднероссийский.

И.о. руководителя Росздравнадзора Елена Тельнова сообщила о ситуации с выпиской рецептов. «По высокочувствительным нозологиям выписано и обслужено 531 тыс. рецептов на общую сумму порядка 25 млрд руб. В рамках реализации главами органов управления здравоохранением регионов России переданных полномочий по дополнительному лекарственному обеспечению было выписано и обеспечено 55,5 млн рецептов на общую сумму

порядка 43 млрд руб. Это больше на 9% показателей 2010 года», — рассказала Елена Тельнова.

АМИ-ТАСС



ИТАР-ТАСС

Владимир Путин: «Базовые услуги здравоохранения должны быть бесплатными»

Базовые услуги здравоохранения должны быть бесплатными. Об этом 15 декабря заявил председатель правительства Российской Федерации В.В. Путин в ходе программы «Разговор с Владимиром Путиным». Премьер напомнил, что в 1993 году финансирование медицинского обслуживания населения было передано в регионы. В итоге, отметил он, возникли перекосы, поскольку «регионы стали финансировать медицину исходя из своих конкретных возможностей, которые везде разные. Дифференциация в итоге составила 20 с лишним раз».

Наша задача, отметил Путин, «сконцентрировать часть ресурсов в центре и через систему ОМС передавать их туда, где совсем плохо». Таким образом, должно произойти поэтапное выравнивание и модернизация системы здравоохранения. Премьер также подчеркнул, что базовые услуги здравоохранения должны быть бесплатными.

АМИ-ТАСС

В Петербурге открылся диагностический центр женского здоровья

В Санкт-Петербурге открылся диагностический центр женского здоровья «Белая Роза». В церемонии открытия приняли участие супруга президента России Светлана Медведева и губернатор Санкт-Петербурга Георгий Полтавченко. Светлана Медведева назвала этот центр примером объединения уси-

лий государства, церкви и ответственности. Она подчеркнула, что в центре установлено самое современное оборудование и работают уникальные специалисты. «Центр благотворительный, а значит, лечение для женщин здесь будет бесплатным», — сказала Светлана Медведева.

Георгий Полтавченко отметил, что этот центр будет не только лечебной, но и просветительскую функцию. «Гораздо проще предупредить болезнь, чем с ней бороться», — сказал губернатор. Георгий Полтавченко подарил центру икону Божией Матери «Всецарица». Он подчеркнул, что это список с чудотворной иконы, которая хранится в монастыре на святой горе Афон и славится исцелением от онкологических заболеваний.

Светлана Медведева и Георгий Полтавченко поблагодарили всех людей, причастных к созданию этого центра, и пожелали всем крепкого здоровья.

Настоятельница Воскресенского Новодевичьего женского монастыря игуменья София сказала, что Новодевичий монастырь возьмет на себя духовное попечение и молитвы о здоровье врачей и пациентов центра.

Благотворительный медицинский диагностический центр женского здоровья «Белая роза» — первый в России подобный центр, построенный по инициативе Светланы Медведевой в рамках благотворительной акции «Белая роза». Главная цель акции — привлечь внимание широкой общественности к вопросам охраны женского здоровья и материнства. В дальнейшем будет создана Ассоциация благотворительных медицинских центров женского здоровья, которая объединит центры по всей



ИТАР-ТАСС

России. Они будут строиться при больницах и монастырях на средства благотворительных фондов.

В центре можно будет бесплатно пройти диагностику онкологических заболеваний репродуктивной системы и молочных желез. Здесь будут работать кабинеты УЗИ и маммографии. Прием будут вести врачи различных направлений — гинекологи, маммологи, рентгенологи, онкологи. Помимо диагностики и лечения, центры будут заниматься просветительской работой.

АМИ-ТАСС



ИТАР-ТАСС

Дмитрий Медведев заявил о «рекордной продолжительности жизни в России»

«В современной России самая высокая за ее историю средняя продолжительность жизни», — заявил президент РФ Дмитрий Медведев в ходе ежегодного послания к Федеральному собранию.

По словам политика, в стране удалось «полностью обеспечить реализацию демографических программ», что стало одним из факторов стабилизации численности населения. «За четыре года в стране родилось более 6 млн детей — это на самом деле очень приятная цифра, это рекорд за последние 20 лет. А смертность снижалась даже быстрее первоначальных ожиданий. В современной России самая высокая за ее историю средняя продолжительность жизни, она увеличилась с 2006 года почти на три года и приблизилась к 69

годам. Продолжительность жизни женщин (потому что они лучше к себе относятся, берегут себя больше) почти 75 лет. У нас никогда такого не было», — заявил Медведев.

Президент отметил, что указанные цифры станут еще выше благодаря новой программе модернизации здравоохранения. Напомним, что согласно опубликованным итогам Всероссийской переписи населения 2010 года, за последние восемь лет население страны сократилось на 2,3 млн человек. И хотя, как пояснил ИА REX профессор Валерий Елизаров, последние четыре года ситуация действительно несколько стабилизировалась, ресурсы на поддержание высокой рождаемости в стране исчерпаны.

АМИ-ТАСС

Смертность от туберкулеза в России снизилась за год на семь процентов

По данным Минздравсоцразвития России, за год смертность от туберкулеза в стране снизилась более чем на семь процентов. Об этом рассказала в ходе селекторного совещания с пилотными регионами по совершенствованию противотуберкулезной помощи в рамках нацпроекта «Здоровье» директор Департамента организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения Ольга Кривонос.

Глава департамента пояснила, что с января по сентябрь 2011 года показатель смертности от туберкулеза в России оказался на 7,2% ниже, чем за аналогичный период предыдущего года. Что послужило причиной подобных изменений, пресс-служба министерства не уточняет.

Кривонос прокомментировала снижение заболеваемости так: «Это радостный показатель. Безусловно, есть положительные сдвиги. Но есть также моменты, которые нас настораживают».

Чиновница подчеркнула, что охват российского населения профилактическими осмотрами не превышает 65%. «В разрезе регионов этот показатель у кого-то больше, у кого-то меньше. Но это достаточ-

но серьезная проблема, поэтому хотелось, чтобы вы представили ответ, какие меры будут предприняты по этому направлению», — заявила она.

Осенью 2011 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сообщила о снижении заболеваемости туберкулезом во всем мире. В 2010 году туберкулезом заразились 8,8 млн человек, а годом ранее этот показатель составил 9,4 млн новых случаев. При этом смертность от инфекции сократилась до минимума за последнее десятилетие (1,4 млн случаев). В то же время в Европе начали чаще регистрироваться лекарственно-устойчивые формы туберкулеза.

АМИ-ТАСС

На заседании Президиума Правительства РФ Татьяна Голикова рассказала об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации, санаторно-курортном лечении и лекарственном обеспечении россиян

Отвечая на вопрос В.В. Путина о том, как идет работа в этом направлении, министр здравоохранения и социального развития в первую очередь остановилась на технических средствах реабилитации. «Во время одной из встреч в рамках «Народного фронта», — сказала она, — вы давали поручение, чтобы мы совместно с регионами Российской Федерации очередь по обеспечению техническими средствами реабилитации, которая сложилась в регионах, закрыли по итогам I квартала 2012 года. В этой связи к тем деньгам, которые были предусмотрены ранее в бюджете, было добавлено 7,9 млрд рублей. Указанную государственную функцию администрирует Фонд социального страхования. На эксперименте у нас находится 21 регион, принявший на себя за счет наших средств исполнение этих полномочий. В результате у нас дополнительно 4,1 млрд рублей пойдут Фонду социального страхования на те субъекты,

которые не взяли на себя полномочия, и 3,8 млрд для тех субъектов, которые приняли на себя полномочия. Реализация этого поручения охватит 555 тыс. граждан с ограниченными возможностями, из них 380 тыс. — это очередь в субъектах Российской Федерации».

«На сегодняшний день речь идет о 292 средствах реабилитации, которые находятся в перечне, — продолжила Татьяна Голикова. — Наибольшая востребованность — это четыре вида средств реабилитации: памперсы, протезы, ортопедическая обувь и кресла-коляски.

Средства до регионов, до Фонда социального страхования уже доведены. 18 ноября мы провели селекторное совещание по организации этой работы с регионами РФ и отделениями соцстраха на местах, с тем чтобы можно было максимально оперативно эту задачу решить. Что касается двух других позиций — санаторно-курортного лечения и лекарственного обеспечения, — то я напомню, что это те две функции, которые мы реализуем в рамках монетизированных в 2005 году льгот. И речь здесь идет о тех гражданах, которые вместо выплат выбрали натуральные возмещения — либо лекарства, либо санаторно-курортное лечение с проездом.

Самая большая проблема у нас складывалась по санаторно-курортному лечению, потому что тот норматив, который сегодня существует, недостаточен для того, чтобы обеспечить всех граждан, нуждающихся в санаторно-курортном лечении. В этой связи мы выделили дополнительно к 4,8 млрд рублей еще 3,1 млрд... Из этих 3,1 млрд субъектам Российской Федерации пойдет 1,4 млрд, Фонду социального страхования — 1,7 млрд. И здесь обеспечение видно по соотношению 4,8 и 3,1. Оно практически удваивает ту сумму средств, которая была в бюджете, и поэтому дополнительно путевками будут обеспечены 194 тыс. льготников из тех, которые сегодня подали заявление».

Что касается лекарственного обеспечения, то в законе о бюд-

жете, утвержденном без поправок, эта льгота обеспечивается за счет двух источников, и выбор остается непосредственно за гражданами. На 2011 год установленный норматив для расчета субвенции равнялся 570 рублям. Кроме этого министерство, чтобы повысить уровень лекарственного обеспечения в субъектах, дополнительно выделило 13,6 млрд рублей. «Таким образом, до принятия поправок в закон мы выделили регионам Российской Федерации на эти цели 43,3 млрд рублей», — сказала Татьяна Голикова. В результате сумма для расчета субвенции стала составлять не 570, а 848 рублей. «Сегодня мы выделили эти деньги в размере 2,3 млрд рублей», — пояснила министр. И добавила, что в регионах уже знают о том, какие перечисления будут сделаны в субъекты, для того чтобы кампанию по закупке лекарственных препаратов провести в конце года, а не в начале января, чтобы, с учетом новогодних праздников, в решении этого вопроса не было перебоев.

Переходя к вопросу о ценах на лекарственные препараты, Татьяна Голикова заметила, что, по данным за девять месяцев, зафиксировано некоторое повышение цен — на 2% с небольшим. «Я говорю о перечне жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов, цены на которые регулируются Правительством, — подчеркнула министр. — И здесь ситуация была связана с тем, что в прошлом году мы принимали решение по поводу того, что мы индексировем в меру роста инфляции те цены, которые были зарегистрированы еще в 2010 году».

Татьяна Алексеевна высказалась также насчет обращений российских фармкомпаний к Минздравсоцразвития России, Правительству РФ и к Федеральной тарифной службе по поводу того, что «они подают документы, а цены мы не индексировем...». Нет никакого предвзятого отношения к компаниям с точки зрения рассмотрения их документов, заверила она: «Все документы, которые необходимы

для того, чтобы зарегистрировать новую цену, должны быть представлены соответствующими компаниями. Они в соответствии с положениями действующего законодательства будут рассмотрены, и по ним при необходимости будут приняты решения об индексации цены».

Есть еще одна тема, которая тоже присутствует, но по которой у нас нет абсолютного беспокойства. В ближайшее время вы (В.В. Путин. — Ред.) подпишите постановление о дополнении перечня жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов уже на 2012 год. Перечень всеми согласован, внесен. Там добавляются новые лекарственные препараты, цены на которые будут регулироваться в следующем году. У фармацевтических компаний есть беспокойство по поводу того, что они могут не успеть зарегистрировать цену до 1 января 2012 года. Я хочу сказать, что такого беспокойства быть не должно: после того как мы со всеми экспертами и федеральными органами исполнительной власти согласовали дополнения в этот перечень, мы сразу разместили его на официальном сайте министерства и уведомили Федеральную тарифную службу, что они уже сейчас могут подавать документы с целями рассмотрения и последующей регистрации цены. Поэтому в данном случае мы ответственно говорим, что все лекарственные препараты, которые дополнительно войдут в перечень жизненно важных с 1 января 2012 года (при подаче, естественно, документов на регистрацию цены, поскольку это в добровольном порядке осуществляется производителями или их официальными представителями), будут зарегистрированы в установленном порядке. С нашей стороны никаких перебоев по этому поводу не будет.

Владимир Путин, со своей стороны, рекомендовал все это сделать своевременно. «Нужно устранить всякие бюрократические проволочки, этого нельзя допустить ни в коем случае», — заявил он.

Премьер.РФ

Платиновая унция — 2011

■ ИСПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИРЕКЦИЯ КОНКУРСА



В Москве началась подготовка к главному фармацевтическому событию 2012 года – Всероссийскому открытому конкурсу профессионалов фармацевтической отрасли «Платиновая унция – 2011». Конкурс ежегодно привлекает внимание крупнейших игроков рынка. А в 2012 году «Оскар» отечественной фарминдустрии будет вручен ее лидерам в двенадцатый раз.



Генеральный директор АРФП **Виктор Дмитриев** получил награду от значимых деятелей отрасли – **Елены Тельновой** и **Рамила Хабриева**

По итогам независимого голосования выбрать лучших из лучших будет Экспертный совет. В него войдут первые лица крупнейших фармацевтических компаний, деятели науки, представители органов управления здравоохранением, профильных ассоциаций, аптечных сетей и дистрибуторских компаний.

Исполнительная дирекция в лице коммуникационного агентства «Аарон Ллойд» готовится вынести на обсуждение новые номинации, которые добавят конкурсу актуальности, привлекут новых участников и позволят открыть новые имена и компании.

Согласно традиции конкурс будет проводиться в два этапа. Сбор и регистрация заявок начнутся после стартовой конференции, которую планируется провести в январе 2012 года. На первом этапе голосования – с февраля по март 2012 года – Экспертным советом будут отобраны номинанты. На втором этапе – с марта по апрель 2012 года – большинством голосов всех экспертов будут определены победители. Финальным (и, надеемся, мажорным) аккордом конкурса станет торжественная церемония награждения победителей.

Состав Оргкомитета конкурса уже сформирован. В него вошли такие компании, как «КОМКОН-Фарма», «Институт

развития общественного здравоохранения», CegeDim, IMSHealth, ГК HeadHunter, ЦМИ «Фармэксперт», «Аарон Ллойд», «Фармацевтический вестник». Официальным аудитором конкурса третий год подряд выступит компания Ernst&Young.

Перед организаторами стоят непростые задачи. Во-первых, они должны обеспечить компетентное и прозрачное голосование. Во-вторых, организовать незабываемый вечер для гостей церемонии, которые с теплотой вспоминают конкурс 2011 года и с нетерпением ждут имена будущих победителей.

Виктор Дмитриев, генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей: «Церемония была хороша, как обычно. Прекрасные ведущие скрасили неполадку. А в целом хочу пожелать процветания «Унции», а конкурсантам – побед».

Ольга Глазкова, руководитель отдела «Женское здоровье» компании «Байер ШерингФарма»: «Само проведение конкурса было на высоте, так что, независимо от города, участвовать в церемонии всегда приятно».

Дмитрий Даин, руководитель проекта «ФАРМАТ»: «Церемония

является ярким и запоминающимся моментом. Вручение наград лучшим из лучших на фармацевтическом рынке – красивое и торжественное завершение насыщенного дня».

«Платиновая унция – 2011» – это не только профессиональное признание и новые возможности для лидеров отрасли, но и еще одна яркая страница в истории российской фармацевтики. ■



Миран Бевец (KRKA), победитель в номинации «Топ-менеджер года», получил статуэтку из рук генерального директора коммуникационного агентства «Аарон Ллойд» **Юрия Уляшева**

ПЛАТИНОВАЯ УНЦИЯ

2011



ВСЕРОССИЙСКИЙ ОТКРЫТЫЙ
КОНКУРС ПРОФЕССИОНАЛОВ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

ГЛАВНОЕ СОБЫТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ 2012 ГОДА

ПЛАТИНОВАЯ УНЦИЯ

Уже 11 лет конкурс является центральным событием на фармацевтическом рынке и самым ожидаемым светским мероприятием отрасли.

«Платиновая унция» — это объективная и прозрачная конкурсная методика и незабываемая церемония награждения победителей конкурса.

Исполнительная дирекция начала подготовку к вручению «Оскара» отечественной фарминдустрии «Платиновая унция 2011»

СЛЕДИТЕ ЗА ОБНОВЛЕНИЯМИ НА САЙТЕ КОНКУРСА
www.uncia.ru

Приглашаем к сотрудничеству!

По вопросам партнерства:

Лемешева Любовь
Тел.: +7(495) 589-84-10, +7(495) 786-25-43 (доб. 339),
моб.: +7 962-925-00-03
e-mail: 12@uncia.ru, lemesheva@aall.ru

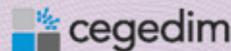
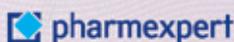
По вопросам информационного партнерства:

Маркуль Анастасия
Тел.: +7(495) 589-84-10, +7(495) 786-25-43 (доб. 321)
e-mail: 12@uncia.ru, markul@aall.ru

Организационный комитет



ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ
ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Исполнительная дирекция конкурса: «Аарон Ллойд»

117420, Москва, Профсоюзная ул., 57, тел.: +7(495) 589-84-10, +7 (495) 786-25-43, e-mail: 12@uncia.ru

Лаборатория инноваций

■ Татьяна Тебенихина

21 декабря 2011 года состоялась традиционная встреча руководителя Федерального медико-биологического агентства Владимира Уйба с журналистами, на которой были подведены итоги уходящего года. Задачи, стоящие перед агентством, масштабны, они определяют алгоритм развития отечественной медицины в целом. Обсуждение коснулось нескольких тем. Одна из актуальнейших – подготовка к летним Олимпийским играм в Лондоне.



Спортивная медицина

Успешно прошли предварительные испытания инновационных технологий медико-биологического и медико-санитарного обеспечения подготовки сборных команд Российской Федерации, которые будут апробированы в 2012 году. Теперь в арсенале медиков находятся несколько базовых технологий, позволяющих определять генетический статус и проводить комплексное протеогеомное и метаболомное обследование человека при различных видах спортивной деятельности; осуществлять мониторинг и проводить коррекцию иммунодефицитных состояний у спортсменов высшей квалификации. Также разработаны и апробированы базовые технологии, позволяющие разрабатывать индивидуальные программы лечения астмы у профессиональных спортсменов. Созданы базовые и типовые программы фармообеспечения подготовки олимпийцев, а также методики применения низкоинтенсивного магнито-лазерного излучения, кислородно-гелиевой терапии с использованием портативных и мобильных технических средств.

Особенностью проводимой работы является строго индивиду-

альный подход к каждому спортсмену. Комплексное генотипирование прошли 1267 спортсменов сборных команд. Это дало возможность выяснить риски развития общесоматической патологии, получить представление об интенсивности биохимических и метаболических реакций, энергоресурсах организма и психоэмоциональном статусе спортсменов.

Особый интерес представляет инновационная деятельность мультидисциплинарной лаборатории Центра спортивной медицины и реабилитации ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России. Здесь было проведено специализированное медико-психофизиологическое обследование более 300 спортсменов, включающее видеоанализ движений, функциональные нагрузочные тесты на сенсорной беговой дорожке и велоэргометре, диагностические тесты в климатической камере, диагностику силовых характеристик прыжка. Члены сборных команд России по академической гребле, синхронному плаванию, волейболу, легкой атлетике, конному спорту прошли эффективную реабилитацию, продолжавшуюся от одного до трех месяцев.

В Лондоне будет организован медико-восстановительный центр, для которого тщательно подбирается медицинский персонал. Предполагается, что он будет состоять из 39 специалистов: 17 врачей и 22 массажистов. Возглавит медицинскую службу руководитель Центра спортивной травматологии ФНКЦ ФМБА России С.В. Архипов.

Развитие службы крови продолжается

Завершена четырехлетняя Программа развития Службы крови, ставшая первым этапом большой и серьезной работы. За это время создана прочная основа безопасности донорства за счет оснащения учреждений службы крови современным оборудованием (освоено 12,7 млрд руб.) и их объединения в единое информационное пространство. Единая информационная система формируется на базе Центра крови ФМБА России, что дает возможность оперативно управлять запасами крови и повышать безопасность гемокомпонентов.

За четыре последних года общий объем заготовленной крови увеличился на 7,3%, свежзамороженной плазмы – на 5,8%. Почти на треть

возросли заготовки плазмы методом плазмафереза, на 74,9% — методом аппаратного плазмафереза и на 6,3% — методом цитафереза. Соответственно, больше стало доноров плазмы на 11%. Все это позволило увеличить выдачу свежемороженой плазмы в ЛПУ.

— Нельзя останавливать развитие донорства, поэтому программа развития Службы крови, носящая эволюционный характер, продолжается. За первым этапом следует второй, рассчитанный на период с 2012 по 2014 год, — подчеркнул Владимир Уйба. — Нам удалось успешно развить культуру донорства, исключая заготовку некачественной крови и плазмы.

На базе областных и краевых станций переливания крови созданы современные Центры, отвечающие всем требованиям безопасности, предъявляемых к заготовке и переработке компонентов крови. На очереди — модернизация остальных станций. На эти цели из федерального бюджета выделены средства: ежегодно будут осваиваться 5 млрд руб. В программе 2012 года примут участие 19 учреждений из 8 субъектов РФ и 14 учреждений федерального подчинения. В последующие два года преобразования затронут оставшиеся службы крови.

Владимир Уйба рассказал о планах создания Российского банка донорской крови, который станет членом Европейского банка.

— Первая ласточка уже есть: на базе лаборатории Кировского НИИ гематологии и переливания крови ФМБА России собраны 5 тыс. образцов донорской крови, — сказал руководитель ФМБА России. — Со временем современная технология хранения крови станет достоянием всей системы. Что нам даст членство в Европейском банке донорской крови? При гематологических заболеваниях требования к донорской крови повышенные. При пересадке костного мозга не просто подобрать подходящего донора: гемокомпоненты должны быть полностью аутентичными, соответствующими двум де-

сяткам показателей. Чем больше образцов содержит банк, тем шире возможности подбора нужной именно этому пациенту крови. Европейский банк содержит свыше 20 млн образцов, это очень хорошая база. Создание банка крови потребует не только высокотехнологического оборудования, но и подготовленных кадров.

Атом работает на здоровье

Продолжается развитие ядерной медицины. В Дмитровграде завершен очередной этап строительства Федерального высокотехнологического центра медицинской радиологии ФМБА России. Здесь будут сосредоточены уникальные методики, благодаря которым медицина вскоре сможет достичь качественных результатов в борьбе с онкологией. В Центре будет проводиться диагностика, в том числе ранняя, сердечно-сосудистых, неврологических заболеваний и злокачественных новообразований. Здесь создается первый Центр протонной терапии, в котором сосредоточатся уникальные сверхточные методики дистанционной лучевой терапии.

— Ядерная медицина — одно из направлений современной медицины, использующая для диагностики и лечения радиоактивные вещества, — сказал Владимир Уйба. — Уникальность и эффективность метода основаны на применении высокотехнологического оборудования и радиофармпрепаратов (РФП) в виде открытых источников ионизирующего излучения, способных накапливаться в определенных морфологических структурах (например, в патологических очагах — быстро растущих онкологических клетках). Радионуклидная диагностика способна отражать динамику протекающих в организме физиологических биохимических процессов, а метод радионуклидной терапии становится средством борьбы с опухолью.

Комиссия по модернизации и техническому развитию экономики России при Президенте РФ курирует производство радионуклидной продукции и способствует формированию сети услуг по оказа-

нию высокотехнологичной медицинской помощи.

Подведомственные ФМБА России организации проводят совместно с ведущими организациями страны и ближнего зарубежья научные исследования, направленные на разработку и внедрение в производственную практику новых отечественных радиофармпрепаратов (РФП) и изделий медицинского назначения.

Реализуется проект модернизации лаборатории по производству новых радиофармпрепаратов в г. Обнинске. Здесь будет организовано производство инновационной радионуклидной продукции в соответствии с требованиями GMP. На сегодня это первая российская технология по РФП, которая будет полностью соответствовать мировому стандарту. Пока производство не запущено, препараты импортируются. Таким образом, производство радиофармпрепаратов является социально значимой разработкой.

Одно из важнейших направлений — исследование пептидных препаратов альфа-фетопротеинов, меченных ^{99m}Tc , предназначенных для диагностики некоторых опухолей: медуллярного рака щитовидной железы, мелкоклеточного рака легкого, злокачественных образований молочной железы, предстательной железы, почек и т.д.

В 2011 году проведены положительные доклинические испытания терапевтических препаратов на основе ^{188}Re для лечения метастазов опухолей различной локализации в кости, а также воспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата. Следующий этап — клинические испытания.

Активно ведутся работы по созданию и продвижению $^{68}\text{Ge}/^{68}\text{Ga}$ генераторной системы и РФП на основе ^{68}Ge для диагностики методом позитронно-эмиссионной томографии опухолей нейроэндокринного происхождения. Ведутся работы по регистрации $^{68}\text{Ge}/^{68}\text{Ga}$ генераторной системы в качестве изделия медицинского назначения. ■

7 декабря 2011 года в Москве, в деловом центре «Александр Хаус», состоялась научно-практическая конференция «Новые технологии модернизации медицины». Главной темой обсуждения стала инновационная немецкая технология создания атмосферы горного воздуха в помещениях.

■ Татьяна Тебенихина



Анастасия Нефедова

Инновации «на высоте»: эффект горного воздуха

В конференции приняли участие специалисты фирмы L.O.S. LOWOXYGEN® SYSTEMS GmbH: исполнительный директор Детлеф Шварц; научный сотрудник по спорту и физической культуре, специалист по методическому применению гипоксии на основе технологии L.O.S. LOWOXYGEN® SYSTEMS в медицинском центре LOXYMED в Берлине Юлиан Респондек; официальный представитель фирмы L.O.S. LOWOXYGEN® SYSTEMS GmbH в России Зинаида Шредер. С российской стороны — президент международного клуба «Экономист» Олег Кулиш, президент Академии медико-технических наук Борис Леонов, вице-президент Международной академии проблем гипоксии Михаил Голиков, заведующий кафедрой биохимии и биоэнергетики спорта Российского государственного университета физической культуры, спорта, молодежи и туризма, заслуженный деятель науки РФ, профессор Николай Волков, а также представители государственных структур, науки и бизнеса. По итогам конференции были подписаны документы о сотрудничестве.

— В рамках программы «Новые технологии модернизации медицины» проходят презентации инновационных медицинских решений и технологий для российских регионов. Укрепление здоровья нации — эта тема сегодня приоритетна, руководство нашей страны уделяет ей максимум внимания, и сегодняшняя встреча с немецкими партнерами является подтверждением этому, —

такими словами открыл конференцию Олег Кулиш.

О технологии, позволяющей создавать в любых помещениях условия горного воздуха, подробно рассказали немецкие специалисты Детлеф Шварц и Юлиан Респондек. Они отметили, что инновационная технология L.O.S. LOWOXYGEN® SYSTEMS (Евразийский патент № 006734) — это полностью автоматизированная технология, позволяющая создавать и поддерживать горный климат и атмосферу в закрытых помещениях. Она широко используется в области медицины для профилактики, лечения и реабилитации; в спорте высоких достижений, альпинизме; в сельском хозяйстве (для длительного хранения продукции); в гостиничном бизнесе (Spa-салоны, Wellness- и фитнес-центры); может применяться для подготовки специалистов МЧС и Вооруженных сил.

Технология дает возможность поддерживать в автоматическом режиме заданные параметры чистого горного воздуха, независимо от размеров помещения. Управляя настенным дисплеем, можно запрограммировать любую высоту до 6000 метров и поддерживать ее под контролем компьютерной программы. Предусмотрен дистанционный контроль работы системы, расположенной в любой точке мира.

В своем выступлении Д. Шварц рассказал, что фирма L.O.S. LOWOXYGEN® SYSTEMS GmbH была основана в 2002 году спортивным тренером и ученым Фолькером Шпигелем. Сегодня компания, наряду с собственной технологией, предла-

гает клиентам научно-медицинский и медико-терапевтический консалтинг, услуги по разработке проекта, управлению монтажом оборудования, сервисные услуги, маркетинг, тренинги и обучение персонала.

Господин Шварц подробно проинформировал собравшихся об уже осуществленных фирмой проектах, в частности, о более чем 15 помещениях общей площадью 1268 квадратных метров в Германии, среди которых — Центр олимпийской подготовки в Потсдаме, боксерский клуб Wolke во Франкфурте-на-Одере, торговый центр компании Globe Trotter по продаже снаряжения для активного отдыха в Мюнхене, клиники Франца Вольхардта в Берлине, лечебный курорт в Бад-Райхенхале, медицинский центр LOWOXYGEN® в Берлине, гериатрическая клиника в Бад-Айблинге и другие.

Из крупных международных проектов Д. Шварц упомянул Спортивный университет в Пекине и Спортивный научно-исследовательский центр в Шанхае (Китай), Олимпийский спортивный центр в Махараштре и Военный спортивный институт в Пуне (Индия), Спортивную арену в Минске (Белоруссия), Спортивный центр в Антверпене (Бельгия), медицинский центр LOWOXYGEN® Кувейт (Кувейт), фитнес-клуб Quay Gym в отеле Madinat Jumeirah в Дубаи (ОАЭ) и другие.

Среди российских внедрений Детлеф Шварц особо отметил завершающееся строительство Спортивного центра в Анапе Краснодарского края, в котором, кроме двух трениро-



Анастасия Нефёлова



Анастасия Нефёлова



Анастасия Нефёлова

вочных помещений площадью 84 кв. метра и трех зон отдыха площадью 40 кв. метров, предусмотрено подключение к системе горного воздуха 18 комнат для сна спортсменов площадью 25 кв. метров каждая. Этот масштабный проект осуществляется в рамках подготовки к предстоящим Олимпийским играм в г. Сочи.

Из выступления Ю. Респондека участники конференции узнали о технологии L.O.S. LOWOXYGEN® SYSTEMS. В частности, господин Респондек рассказал о методике применения технологии в спорте высоких достижений, при подготовке альпинистов, а также в комплексе реабилитационных мероприятий при метаболических расстройствах, для реабилитации после травм и ортопедических заболеваний. В выступлении было отмечено, что наилучших результатов можно достичь при насыщении крови кислородом 82–88%.

Немецкие специалисты подчеркнули, что система «Горный воздух», используемая для тренировок спортсменов, экономически более выгодна по сравнению с природными условиями, позволяет выбирать и оперативно в процессе тренировки менять «высоту». Четыре дня тренировок в помещениях с созданным установкой горным воздухом равноценны двухнедельному тренингу в горах.

В выступлении М.А. Голикова был обобщен советский, а затем российский и международный опыт применения «горного воздуха». В частности, отмечен вклад Н.Н. Сиротинина, А.А. Богомольца, В.П. Твердохлиба, В.А. Березовского, Ф.З. Меерсона, А.З. Колчинской, Р.Б. Стрелкова и А.Я. Чижова в создание методики, которая утверждена Минздравсоцразвития России

под названием «Прерывистая нормобарическая гипокситерапия», а в спортивной практике известна как интервальная гипоксическая тренировка. Ученый подробно остановился на механизмах повышения устойчивости организма к различным стрессовым нагрузкам под воздействием «горного воздуха», рассказал об основанной профессором Р.Б. Стрелковым Международной академии проблем гипоксии.

В выступлении отмечалось, что метод «горный воздух» способствует повышению неспецифической резистентности организма, и это позволяет использовать его при различных патологиях. М.А. Голиков привел впечатляющие результаты эффективности методики при профилактике, лечении и реабилитации различных заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Отмечена перспективность применения нормобарической гипоксической стимуляции и гипокситерапии в геронтологии в комплексе средств омоложения и продления жизни человека.

Для реализации метода «горный воздух» в нашей стране используются отечественные установки, позволяющие дышать гипоксической смесью через маску. Однако это ограничивает возможность применения метода в спорте и фитнесе, так как делает практически невозможным одновременное проведение тренировки и гипоксической стимуляции. Новая немецкая технология позволяет тренироваться в условиях горного климата, независимо от размера помещения, интенсивности тренировки и количества тренирующихся.

Профессор Н.И. Волков поделился опытом применения гипоксических тренировок при подготовке

российских спортсменов. Методика позволяет максимально персонифицировать тренировки, что обеспечивает впечатляющие результаты: уже через несколько дней средний спортсмен подтягивается до уровня лидеров.

Выступавшие отметили, что в результате комплексного воздействия увеличивается физическая выносливость и работоспособность спортсменов, растут предельная нагрузка, объем выполняемой работы. Даже переломы и иные травмы заживают в условиях гипоксии в 2–3 раза быстрее.

— Одна из целей прошедшей встречи, — подытожил тему заместитель генерального директора по региональным и целевым проектам НО «Фонд поддержки здравоохранения «Здоровье» Владимир Купин, — создание рабочей группы по продвижению технологии «горный воздух» на базе Международной академии проблем гипоксии в содружестве с Академией медико-технических наук, Олимпийским комитетом РФ, Госкорпорацией «Ростехнологии» и представителями государственной власти. Целесообразно включить метод «горный воздух» в перспективный государственный проект «Россия — Активное долголетие». Важно привлечь кредиты, разработать механизмы финансирования, чтобы практически использовать прогрессивный метод в педиатрии, терапии, геронтологии, реабилитации, фитнесе и спорте.

Подробности о фирме L.O.S. LOWOXYGEN® SYSTEMS GmbH можно узнать на сайте компании www.lowoxygen.ru, отчет о конференции и презентации докладов — на сайте Международной академии проблем гипоксии: www.interacademia.blogspot.com. ■



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефедова

Здоровье столицы: итоги, проблемы, планы

■ ЕКАТЕРИНА БЕЗРОДНОВА

15–16 декабря 2011 года в здании Правительства Москвы прошла X Московская ассамблея «Здоровье столицы». Главным вопросом пленарного заседания стал разговор о текущих проблемах отечественного здравоохранения и о том, как они решаются в рамках принятой Правительством Москвы программы модернизации столичного здравоохранения в 2011–2012 годах.

Как заявил первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы Н.Ф. Плавунов, основными направлениями деятельности в 2011 году являлись оптимизация организационной структуры оказания медицинской помощи на основе стандартизации лечебного процесса, реорганизация учреждений здравоохранения, развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения ЗУП НИИ г. Москвы, обеспечение достаточного количества подготовленных медицинских кадров, внедрение современных электронных систем, внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной помощи. «Подводя итоги реализации мероприятий программы, — сказал он, — необходимо обратить внимание на структурные изменения в системе организации оказания медицинской помощи. С целью децентрализации управленческих функций и повышения ответственности окружного звена здравоохранения в каждом округе создано казенное учреждение — Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения, в ведении которой по территориальному признаку перераспределены городские учреждения системы Департамента. Создание окружных дирекций позволило устранить функциональную разобщенность городских и окружных медицинских учреждений, тем самым повысив преемственность между учреждениями амбулаторной и стационарной медицинской помощи. Кроме того, организация дирекции способствовала созданию

сбалансированных систем управления потоками пациентов, а также ликвидации диспропорции финансовой и материально-технической обеспеченности учреждения».

На пленарном заседании речь шла не только о финансировании системы столичного здравоохранения. Был затронут целый ряд важных проблем, связанных с социально значимыми показателями развития общества. Руководитель Департамента здравоохранения г. Москвы Л.М. Печатников рассказал собравшимся о том, что за прошедший период в каждом округе были созданы комиссии по изучению летальных исходов. «Сегодня мы проводим анализ смертей независимо от того, произошли они в больнице, дома или на улице. При этом привлекается не только патологоанатомическая, но и судебно-медицинская служба, — сообщил главный врач Москвы. — Сегодня смерть любого человека, умершего в Москве, подвергается тщательному изучению. Наверно, многие из присутствующих уже были на клинико-анатомических конференциях, которые мы проводим в округах. Они становятся регулярными — не реже одного раза в месяц. Также мы проводим общегородские клинико-анатомические разборы. Ведь если мы не начнем серьезно заниматься этими вопросами, анализировать их, медицина мертва!».

Тему поддержал знаменитый ученый, генеральный директор Российского кардиологического научно-производственного комплекса Минздрава России, академик Е.И. Чазов: «Сегодня, когда остро стоит вопрос о состоянии здраво-

охранения, возникает много разговоров о путях совершенствования медицинской помощи. Я бы хотел вернуться назад и вспомнить те тяжелые для страны 90-е годы, когда из-за безразличия властных структур к состоянию здравоохранения, отсутствия достаточного финансирования здравоохранения, разрушения целого ряда эффективных систем, особенно специализированных, создалась обстановка, угрожающая не только здоровью нации, но и вообще существованию нашего народа. Тогда смертность достигла таких цифр, которых не знала история медицины! Могу вспомнить, что смертность в возрасте от 20 до 30 лет увеличилась на 80%. Мы были на грани... К счастью, новое руководство страны поняло все, что может случиться, и приняло те предложения, которые выдвигало медицинское сообщество... Конечно, нельзя успокаиваться на достигнутом. Снижение смертности на данном этапе — очень важный показатель, но необходимо сделать так, чтобы во всех звеньях современного здравоохранения большой мог получить современную медицинскую помощь с ранней диагностикой и эффективным лечением».

На заседании широко обсуждалась проблема квалификации медицинского персонала. Академик Чазов поделился, что лично его смущает обстоятельство, при котором «в медицинском сообществе еще сохраняется отношение к поликлиническим врачам как к специалистам второго сорта. Иногда это и их собственная вина, учитывая недостаток квалификации, широты знания, отсутствия аналитического мышления. Но давайте говорить честно: виноваты и мы! Организаторы здравоохранения, ведущие специалисты, ректоры медицинских институтов — виноваты, потому что еще не готовим семейных врачей». А руководитель Департамента здравоохранения г. Москвы добавил, что в сложившихся условиях «необходимо перераспределить соотношение сил медицинских сестер и врачей в пользу среднего медицинского персонала и устранить положение,

при котором врач выполняет большое количество реально сестринской работы. Для этого необходимо повышать квалификацию медицинских сестер, при этом делаться это должно не только на уровне города, но на уровне конкретно взятого медицинского учреждения, руководители которого и должны принять на себя большую часть работ в этом направлении».

Обсуждались и другие ключевые вопросы современного столичного здравоохранения. Выступавшие говорили о проведении большой работы по всем направлениям медицинской деятельности: от усиления роли высокотехнологичной медицинской помощи в системе здравоохранения до реализации приоритетного направления по вхождению в программу ВОЗ, поддержки беременных, оказавшихся в трудных жизненных ситуациях, коррекции врожденных пороков развития. Основная часть докладчиков не просто затрагивала проблемы столичного здравоохранения, но обращалась к самым болезненным и социально значимым вопросам. Л.М. Печатников еще раз заострил внимание собравшихся на том, что сегодня предпринимаются беспрецедентные меры по модернизации столичного здравоохранения, которые в дальнейшем могут позволить ему приблизиться к европейским стандартам качества медицинской помощи и показателям здоровья населения. При этом чрезвычайно важным фактором оказывается показатель удовлетворенности населения качеством предоставляемой медицинской помощи. Главный врач Москвы признал: «Удовлетворенность населения — вещь довольно субъективная. И при всем этом у нас мало критериев, на которые можно полагаться, поэтому следует опираться на показатели удовлетворенности населения. Для нас это сигнал, ведь пациенты беззащитны перед нами. Чаще всего они не могут оценить степень правильности назначаемого лечения. С сожалением, но мы за этот год расстались с несколькими десятками главных врачей поликлиник. Основным кри-

терием оценки деятельности этих руководителей было абсолютно не организованное броуновское движение пациентов внутри поликлиник... Люди должны чувствовать, что их уважают. При трезвой оценке показателей удовлетворенности населения скажу, что не обращать на них внимания нельзя!».

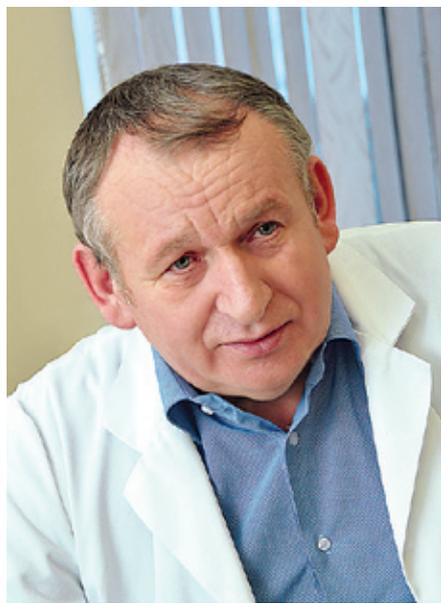
О планах Департамента здравоохранения на 2012 год рассказал Н.Ф. Плавунов. По его словам, «основными задачами московского здравоохранения на предстоящий год являются формирование капитальной системы организации и управления здравоохранения, обеспечение населения доступной и качественной медицинской помощью, совершенствование привычной медико-санитарной помощи, совершенствование оказания специализированной, в том числе и высокотехнологичной, медицинской помощи, развитие учреждений здравоохранения, оказывающих помощь матерям и детям, в том числе перинатальных центров, совершенствование системы реабилитации детей-инвалидов, создание невротической службы, увеличение качества оказания помощи пациентам старших возрастных групп, организация и проведение системы реабилитации инвалидов, повышение укомплектованности медицинских учреждений квалифицированными кадрами, а также дальнейшее укрепление материально-технической базы».

По результатам пленарного заседания Л.М. Печатников провел итоговую пресс-конференцию. Вопросы журналистов касались в основном частных вопросов современного столичного здравоохранения, среди которых — закупка лекарств в московские аптеки, внедрение электронной записи на прием к врачу, введение системы дополнительного профессионального образования для медицинских работников. Говоря о последнем, руководитель Департамента столичного здравоохранения отметил: «Пока в медицинское образование не вернется его трудность и тяжесть, ничего не изменится». ■

Центр в Солнцево: в мире ребенка не должно быть боли и беды

■ ТАТЬЯНА ТЕБЕНИХИНА

Известность НПЦ медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы перешагнула границы России. В московском Центре, которым руководит ведущий российский нейрохирург, профессор Андрей Георгиевич Притыко, проводятся уникальные операции, лечатся онкология и эпилепсия. Высокие медицинские технологии возвращают детям жизнь и здоровье.



Анастасия Нефедова

Последствия дефектов вызывают тяжелейшие анатомические и функциональные нарушения, зачастую несовместимые с жизнью. Статистика утверждает, что таких детей рождается все больше. Вызывает оптимизм, что ранняя медицинская коррекция врожденного дефекта дает впечатляющие и убедительные результаты.

Современные медицинские технологии позволяют проводить раннюю и полную реабилитацию детей с врожденными аномалиями лица. Принцип успешного лечения заложен в комплексном подходе, включающем этапное хирургическое лечение маленьких пациентов, не достигших годовалого возраста, и их динамичное диспансерное наблюдение до 18 лет в условиях специализированного центра.

Исправить природу под силу только бригаде высококвалифицированных специалистов, в составе которой челюстно-лицевой хирург, логопед, ортодонт, педиатр, невролог, оториноларинголог, генетик, психолог.

— Цель лечения ребенка с врожденными челюстно-лицевыми аномалиями — это не только устранение внешнего дефекта, — говорит профессор Гончаков. — Современные методики позволяют полностью преобразить ребенка, создать ему привлекательную внешность.

Результаты лечения зависят от многих составляющих, одна из важнейших — применение научных достижений, внедрение инновационных методик хирургического лечения, ортодонтической реабилитации и логопедического обучения. Врачи отделения направляют свое мастерство не только на медицинскую практику. Они проводят

фундаментальные научные разработки в области детской черепно-челюстно-лицевой хирургии и невропатологии, являясь авторами многочисленных патентов на изобретения. Сотрудники отделения сотрудничают с ведущими мировыми центрами по лечению детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба: в США (Florida и Dallas), Германии (Magdeburg) и Великобритании (Dorset, Pool). Авторитет московской школы безусловен: клиника в Солнцево делает 1200 операций ежегодно. Это дает самый богатый опыт лечения детишек, каким не обладает ни одна больница в мире.

Именно это обстоятельство становится решающим для родителей, доверяющих хирургам московского Центра судьбу своих детей. Речь идет не только о соотечественниках. Недавно здесь оперировали ребенка из Великобритании.

Легенды всегда красивы и поучительны, недаром они переживают века, вдохновляя творцов. Пигмалион создал Галатею и всем сердцем полюбил свое творение, вдохнув в него жизнь. Когда знакомишься с такими людьми, как московский профессор Гончаков, невольно попадаешь под обаяние их личности и начинаешь глубоко понимать Символ их Веры: в мире ребенка не должно быть боли и беды.

Вот уже три десятка лет московский хирург Геннадий Васильевич Гончаков силой своего врачебного искусства исправляет ошибки природы, возвращая лицо маленьким человечкам. Профессор делает технически сложные операции — и то, что происходит в операционной, не назовешь обыденно умением или мастерством, потому что это акт творчества, как в античной истории

Реконструктивная пластика: результат налицо

Доктор медицинских наук, профессор Геннадий Гончаков руководит челюстно-лицевым отделом Научно-практического центра медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы. Геннадий Васильевич, хирург высшей категории, постоянно практикует сам, делая по 500 сложнейших операций в год. Он член Европейской ассоциации черепно-лицевых хирургов, Британской ассоциации челюстно-лицевых хирургов. Ученый разработал протокол лечения врожденных пороков развития челюстно-лицевой области и методы лечения расщелин верхней губы и неба для новорожденных и детей в возрасте до года.

Расщелины верхней губы и неба занимают «почетное» третье место среди врожденных аномалий черепно-лицевой области: в России на каждую тысячу новорожденных приходится один-два случая.

с Пигмалионом, сумевшим одушевить неживую плоть.

За три десятилетия работы Геннадий Васильевич возвратил лицо многим детям. К сожалению, срывает наследственный фактор, и хирургу приходится работать над обликом детей своих выросших пациентов.

НПЦ в Солнцево — единственная отечественная клиника, в которой вот уже 20 лет оперируют малышом до года. Разработаны собственные уникальные методики, позволяющие реконструировать нос и губы.

Два года назад здесь прооперировал малышку из Волгоградского дома ребенка. От Танечки отказалась мать, больная СПИДом, внутриутробно заразившая ее этой страшной болезнью. У новорожденной девочки практически отсутствовало лицо. Врачи отказались от лечения, но малышку спасли московские хирурги Гончаровы — Геннадий Васильевич с дочерью Светланой, которая работает рядом с отцом.

— Мы сделали ребенку лицо фактически заново, используя в качестве материала его собственные ткани, — рассказывает Геннадий Васильевич. — Впоследствии малышку усыновила хорошая семья. Девочке предстоит перенести еще немало операций.

В отделение поступает много синдромальных больных с сочетанной патологией: нарушением слуха, отсутствием ушной раковины. Геннадий Васильевич рассказывает, что больным детям имплантируются слуховые аппараты костной проводимости Baha («Баха»), предназначенные для коррекции кондуктивных и смешанных потерь слуха.

— Мы начинаем устанавливать детям искусственные ушные раковины, сделанные из специального материала. — Профессор берет с рабочего стола образец и демонстрирует его. — Протез тщательно подбирается по цвету кожи и внешне полностью имитирует ухо. По мере роста ребенка протезы будут заменяться.

Специалисты отделения, являясь авторами собственных оригинальных методик, активно аккумулируют новейшие научные знания и навы-

ки, которые появляются в мировой медицине. Результат впечатляющий: тысячи детей, которым возвращает-ся радость жизни.

Челюстно-лицевая хирургия — сфера особо деликатная, ее результаты видны налицо (каламбур в данном случае вполне уместен), поэтому тема качества лечения стоит особо остро.

Родители, поставленные перед проблемой лечения ребенка с дефектами развития челюстно-лицевой области, должны решить принципиальный вопрос: выбор клиники. Результат зависит от используемых методик, опыта хирургов.

— К сожалению, есть методики, которые делают проблематичной последующую коррекцию, — профессор Гончаков проводит меня по палатам, где навстречу ему — широко распахнутые глаза родителей, в которых так много надежды и веры.

— Как правило, с возрастом человек стремится максимально исправить косметические дефекты своего лица, а устаревшие методики препятствуют этому, — Геннадий Васильевич склоняется над кроваткой малышки, нежное личико которой резко перечеркнул грубый шрам. — Посмотрите на типичный пример: до приезда в Москву родителей устраивала проведенная операция — дефект был закрыт, но рубец, который проходит по средней линии, отрезал нам все пути к последующим операциям. До сих пор я сделал только одну корригирующую операцию, но это стало возможным благодаря тому, что рубец проходил чуть выше линии губ. За счет увеличения полноты верхней губы удалось иссечь рубец. В данном случае рубец расположен как раз посередине носогубного пространства — не уберешь. Результат операции следует оценивать именно с таких позиций: есть ли возможность для дальнейшей реконструкции, можно ли будет через несколько лет переделать повзрослевшему ребенку нос и губу, потому что реконструктивную пластику делают в школьном возрасте, когда ткани становятся более зрелыми. Раньше мы оперировали детей нескольких дней от роду, но теперь

отказались от таких ранних операций: ткани незрелые, сложно работать, и результат не гарантирован.

— Мы охотно делимся опытом с коллегами, встречаемся на конференциях, — добавляет Геннадий Васильевич. — У нас весьма хорошие результаты, особенно по двусторонним расщелинам верхней губы и неба, поэтому пытаемся достучаться до коллег. Показываем, доказываем неэффективность и бесперспективность старых методов. Некоторые хирурги пытаются ставить под сомнение целесообразность последующей коррекции. Однако сегодня люди не хотят мириться с дефектами своей внешности и после двадцати лет, а иногда даже после пятидесяти решаются на повторные операции.



Анастасия Нефедова

Эпилепсия не приговор

Руководитель отдела психоневрологии и эпилептологии НПЦ медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы, кандидат медицинских наук Сергей Айвазян — потомственный врач, выпускник педиатрического факультета 2-го Медицинского института. Работал в районной поликлинике детским неврологом, в РДКБ, с 1995 года Сергей Оганесович — в НПЦ медицинской помощи детям.

Основное направление работы отделения психоневрологии и эпилеп-

тологии — лечение пациентов, страдающих пароксизмальными состояниями, в частности, эпилепсией.

Современные методы диагностики позволяют установить причины, вызывающие потерю сознания, только после этого для каждого пациента разрабатывается индивидуальная схема лечения.

— Мы обследуем детей, имеющих самые различные формы эпилепсии. У большинства пациентов, находящихся в нашем стационаре, эпилепсия имеет фармакорезистентное течение, т.е. не отвечает на стандартное медикаментозное лечение. Каждый третий пациент нуждается в подборе индивидуальной программы. Иными словами, формы проявления болезни уникальны, поэтому лечение невозможно полностью унифицировать, — говорит С.О. Айвазян. — В нашем стационаре лечатся самые тяжелые больные. В этой связи мы вынуждены постоянно осваивать новые методы лечения.

Центр в Солнцево — единственное в нашей стране учреждение здравоохранения, в котором применяется классический метод лечения резистентной эпилепсии посредством кетогенной диеты, являющейся альтернативой лечебному голоданию.

— Когда бессильна лекарственная терапия, применяется кетогенная диета, предназначенная для создания состояния старвации (голодания). Это побуждает организм использовать в качестве источников энергии больше жиров, чем обычно. В результате у части детей сокращается количество и продолжительность эпилептических припадков. Механизм этого явления до конца не изучен, — поясняет Сергей Оганесович. — Энергия вырабатывается в основном из жиров, расход глюкозы минимален, поэтому рацион составляют насыщенные жирами продукты со сниженным содержанием углеводов. Кетогенная диета требует неукоснительного соблюдения, поскольку даже небольшое отступление от нее может уничтожить достигнутый ранее положительный эффект. Диетотерапия эпилепсии достаточно эффективна, но психо-

логически сложна и трудоемка в реализации. Диетологи рассчитывают меню индивидуально для каждого ребенка, каждый пищевой ингредиент измеряется в граммах, при этом сохраняется баланс минералов и витаминов. Если пациент следует предписаниям диетологов на протяжении полутора — двух лет, он может полностью избавиться от приступов и будет считаться практически здоровым.

При лечении тяжелых форм эпилепсии в отделении применяется метод плазмафереза, способствующий обновлению крови, дезинтоксикации организма.

В отделении проводится уникальное для нашей страны предоперационное обследование пациентов с целью точного установления локализации очага возбуждения. Невролог определяет очаг поражения в коре головного мозга, являющийся пусковым механизмом приступов. В соответствии с результатом обследования и рекомендациями невролога нейрохирург удаляет пораженный участок мозга. Важность предварительного обследования невозможно переоценить.

Хирургический метод является наиболее кардинальным при лечении эпилепсии. Уже прооперировано 50 детей с тяжелыми, абсолютно резистентными к медикаментозному лечению формами эпилепсии, более чем у 50% пациентов наступила полная ремиссия, припадки прекратились. Это значит — пациент становится практически здоровым.

— Всегда надо помнить, что, даже встречаясь со сложной формой эпилепсии, есть шанс вылечить человека, — подчеркивает руководитель отдела. — Новейшие методы, которые используются в лечении пациентов, вначале изучаются в научном отделе, прежде чем стать нашими рабочими инструментами.

Медицина стремительно развивается, совершенствуются ее возможности. Специалисты отделения пытаются усовершенствовать методику, благодаря которой можно будет свести к минимуму резекцию пораженной зоны коры головного мозга, ибо операция чревата серьез-

ными последствиями, связанными с утратой основных функций — движения, речи, зрения.

— Функционально значимые зоны надо бережно обходить, удаляя минимальные участки, — подчеркивает С.О. Айвазян. — Площадь операции определяется посредством длительной имплантации электродов в полость черепа на кору головного мозга, что позволяет непрерывно вести запись энцефалограммы, осуществлять мониторинг состояния пациента, проводить картирование функционально значимых зон коры головного мозга. Эти данные позволяют точно определять локальный участок патологии.

Еще одно важное направление деятельности отделения связано с хирургическим лечением детского церебрального паралича (ДЦП). Эта операция, селективная дорсальная ризотомия (СДР), применяется в случае нарушения двигательных функций (спастики) нижних конечностей. Метод оперативного вмешательства в поясничный отдел спинного мозга способен эффективно восстановить двигательные функции.

Среди нейрохирургических методов лечения нижних спастических парализованных у больных детским церебральным параличом наиболее широкое распространение получила селективная дорсальная ризотомия (СДР). Нейрофизиологические исследования показали отчетливое влияние СДР на центральный уровень регуляции моторных функций, выразившиеся в повышении межполушарной когерентности биоэлектрических потенциалов и увеличении внутриполушарной когерентности отдельных ритмов.

Еще одно перспективное направление в лечении ДЦП, применяемое в отделении, — имплантация баклофеновых помп, предназначенных для хронического медикаментозного воздействия на структуры мозга, регулирующие мышечный тонус. Имплантация резервуара, снабженного электронным механизмом, позволяет точно дозировать лекарственный препарат, снижающий мышечный тонус.



Анастасия Нефедова

Успехи неонатологии

Руководитель неонатальной службы, доктор медицинских наук, неонатолог Марина Нароган рано почувствовала свое призвание, еще в школьные годы. Одновременно пришло осознание, что стать настоящим врачом непросто, этот путь требует большой затраты интеллектуальной энергии, фундаментального образования. Поэтому поступление в ММА им. Сеченова было закономерным. В студенческие годы заинтересовалась акушерством и педиатрией, что нашло свое выражение в оказании медицинской помощи новорожденным детям. Профессиональный интерес, связанный с педиатрией и неонатологией, сформировался рано. Марина Викторовна – молодой доктор наук, в 32 года защитила докторскую диссертацию, разрабатывает проблемы патологии новорожденных, преподает на факультете усовершенствования врачей.

– Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей рассчитано на 35 коек, реанимация занимает 18 коек, – вводит в курс дела Марина Викторовна. – Сюда поступают дети из родильных домов, имеющие различные проблемы здоровья, патологию раннего развития. Отделение специализируется на нейрохирургии и онкологии.

В отделении занимаются новорожденными и недоношенными детьми с сочетанной патологией со стороны легких, сердца, головного мозга, органа зрения и др.

Каждый малыш находится в руках многих специалистов. Задача микропедиатров-неонатологов – выводить маленького пациента, уберечь от послеоперационных осложнений, помочь незрелому организму приспособиться к жизни. Эти комплексные задачи помогают решать врачи других специальностей – неврологи, офтальмологи, нейрохирурги и др.

Уникальность отделения прежде всего в том, что здесь не только проводятся технически сложные операции у новорожденных и недоношенных детей но и, что самое ценное, обеспечивается выхаживание этих малюток.

Наша клиника практически единственная в России, где концентрируются новорожденные и недоношенные дети с врожденными опухолями и нейрохирургической патологией. Среди нейрохирургических заболеваний мы наиболее часто встречаемся с тяжелыми внутрижелудочковыми и внутримозговыми кровоизлияниями, гидроцефалией, спинномозговыми и черепно-мозговыми грыжами. Нашими нейрохирургами разрабатываются уникальные эндоскопические операции при гидроцефалии, пластические операции при гигантских черепно-мозговых грыжах, имеется опыт оперативного лечения новорожденных детей с врожденными опухолями головного мозга. А стабилизировать состояние малышей и помочь им адаптироваться после сложных операций – это уже входит в задачи неонатологов-реаниматологов и неонатологов.

– Каждый день требует от нас мобилизации всех сил и знаний, – говорит Марина Викторовна. – Каждый ребенок индивидуален, поэтому без творческого подхода невозможно достигнуть положительного результата. Некоторые операции настолько уникальны, что их делают только в нашем Центре.

В отделение поступают пациенты, нуждающиеся как в плановых операциях, так и в уточнении диагноза, при этом используется кардинальная современная база обследования – лучевая диагностика, МРТ, КТ, методики с контрастиро-

ванием сосудов и ликворопроводящих путей.

– Вспоминается один из последних случаев, – говорит Марина Викторовна. – К нам привезли новорожденного малыша, который находился в ургентном состоянии. Его жизнь поддерживалась посредством искусственной вентиляции легких, в дыхательных путях была установлена интубационная трубка. Предварительный диагноз, поставленный в родильном доме, свидетельствовал о наличии патологического образования в носоглотке, закрывающего хоаны и блокирующего физиологическую функцию – дыхание. Ребенка перевели в наш Центр, установили причину его критического состояния – опухоль teratoma, успешно прооперировали и выписали домой в удовлетворительном состоянии. Наблюдение за ним будет продолжено.

Мы стараемся сделать специализированную высококвалифицированную помощь более доступной для новорожденных и грудных детей. Для этого на базе нашего отделения создана выездная нейрохирургическая бригада, благодаря которой нейрохирурги нашего Центра могут оказать экстренную специализированную помощь ребенку любого возраста, находящемуся в любом медицинском учреждении города Москвы. Также на базе нашего Центра развивается направление дородовой диагностики врожденных заболеваний у плода, прежде всего это касается патологии ЦНС и врожденных опухолей. Его цель – возможность наиболее раннего оказания специализированной медицинской помощи ребенку сразу после его рождения.

Хотя и говорят, что медицина не всемогуща, но благодаря развитию высоких технологий ее возможности с каждым годом возрастают. Значит, больше шансов спасти детей, находящихся в критическом состоянии. Выходит, круг замыкается, и доля больных людей в популяции будет возрастать? Неонатолог Марина Нароган считает, что искусство врача возвращает человеку право на жизнь. А здоровье, как известно, более чем наполовину зависит от усилий каждого человека. ■



Анастасия Нефедова

Георгий Таварткиладзе: «Достигнутые результаты — итог творческих усилий нашего коллектива»

■ Татьяна Викторова

РНПЦ аудиологии и слухопротезирования ФМБА России создан в 1988 году. С первых дней учреждение возглавляет профессор Г.А. Таварткиладзе, интервью с которым мы предлагаем читателям журнала.

вам добиться и, главное, сделать достоянием страны?

— Достигнутые результаты — итог творческих усилий нашего коллектива, который удачно сложился и все эти годы практически не менялся. Мы разработали систему универсального аудиологического скрининга, который за последние три года охватил всю Россию. Нарушения слуха, выявленные у новорожденных в родильных домах, позволяют приступить к ранней реабилитации. Впервые скрининг, основанный на факторах риска, начался в 1993 году. Однако тогда отсутствовала соответствующая аппаратура, поэтому не было базы для проведения полномасштабных аудиологических мероприятий. Три года назад универсальный аудиологический скрининг вошел в нацпроект «Здоровье». Была закуплена аппаратура для всех родовспомогательных учреждений и диагностических центров, в результате сегодня каждый ребенок проходит объективное тестирование слуха в первые дни жизни. Четко действует международный стандарт проведения скрининга. Если все делается правильно, ребенку можно реально помочь.

— В вашем Центре проводится высокотехнологичное лечение глухоты, как врожденной, так и приобретенной. Все шире внедряется метод кохлеарной имплантации, возможности которого удивительны. Учитывая, что проблема глухоты касается очень многих, ваша деятельность высоко востребована. Можно ли рассчитывать, что со временем каждый пациент, которому показана такая операция, получит возможность ее сделать?

— Тема чрезвычайно актуальна, учитывая, что в мире насчитывается более 1 млрд людей, страдающих нарушением слуха. По статистике на каждую тысячу новорожденных приходится один глухой ребенок, в течение первых трех лет жизни еще два ребенка приобретают глухоту. На протяжении последних двадцати лет мы работаем по программе многоканальной кохлеарной имплантации. Это единственный метод реабилитации детей и взрослых с полной глухотой, заключающийся в хирургическом вживлении многоэлектродных систем во внутреннее ухо с последующей стимуляцией электродов при помощи электрических импульсов, в которые преобразуется речь. Реализация этой высокотехнологичной и дорогостоящей методики происходит за счет федерального бюджета. Если на первых порах мы устанавливали лишь два — три импланта в год, то в прошлом году были выделены средства на 1200 имплантов, а в нынешнем уже на 1400. Эти цифры гораздо ближе к реальной потребности. Так, в прошлом году в нашей стране родилось около 1,6 млн детей. Это значит, что потребность в кохлеарной имплантации — 3200 операций в год. Наша инфраструктура продолжает развиваться и совершенствоваться. Универсальный аудиологический скрининг позволяет делать имплантацию глухим детям, начиная с шестимесячного возраста. Если операция сделана вовремя, правильно отобраны кандидаты, то результаты ошеломляющие: у детей хорошо развиваются речь, слух, в дальнейшем они посещают общеобразовательную школу,

Досье

Директор Российского научно-практического центра аудиологии и слухопротезирования ФМБА России, доктор медицинских наук, профессор Георгий Таварткиладзе — авторитетный ученый с мировым именем, президент Международной академии оториноларингологии — хирургии головы и шеи. Академик РМТА и ряда международных академий.

С 2004 по 2008 год — президент Международного общества аудиологов. Продолжает школу выдающегося ученого, академика РАМН С.Н. Хечинашвили. Сегодня и в России, и за рубежом работает немало учеников Г.А. Таварткиладзе, защитивших десятки кандидатских и докторских диссертаций. Георгий Абелович ведет активную преподавательскую работу, заведует кафедрой сурдологии Российской медицинской академии последипломного образования. В 1996 году президент России наградил ученого за большой вклад в развитие аудиологии орденом Дружбы.

— **Г**еоргий Абелович, почти четверть века вы являетесь директором Центра, с полным правом можно сказать, что его создание — дело всей вашей жизни. Чего удалось

получают полноценное академическое образование, становятся полноценными членами общества. Также повышается качество жизни у людей, оглохших давно и не имевших возможности своевременно получить необходимое лечение. Такие пациенты начинают слышать звуки и реагировать на них. Если взрослый пациент потерял слух не так давно, то эта методика позволяет достичь потрясающих результатов.

— Вслед за установкой импланта следует серьезная реабилитация пациента, в результате которой и возвращается слух. В этой связи необходимо открывать новые центры?

— Эта очень важная и актуальная проблема. После интенсивного этапа развития кохлеарной имплантации первостепенное значение приобретает развитие сети реабилитационных центров. В России работают более 217 сурдологических кабинетов, которые охватывают все регионы, делая доступной для всех получение специализированной помощи. Все они оснащены самой современной диагностической аппаратурой, специалисты хорошо обучены. Сейчас имплантация производится в двух московских центрах и двух санкт-петербургских. Надо приближать эту помощь к регионам. Хирургия должна оставаться в центре, а реабилитацию надо перемещать непосредственно на периферию. Мы близки к реализации одного из направлений этой работы — внедрению дистанционного интернет-консультирования и программирования. Сегодня московские специалисты могут программировать имплант пациенту из другого города. Мы консультируем коллег из разных регионов, совместно корректируем лечение.

— В названии вашего Центра отражены научная и практическая составляющие деятельности. Какие фундаментальные исследования вы проводите?

— Мы изучаем механизмы генерации отоакустической эмиссии — феномен, присущий нормальному



Анастасия Нефёлова



Анастасия Нефёлова

полноценному слуху, который лежит в основе универсального аудиологического скрининга. Разрабатываем эту тему и с клинической стороны, и с научной. Исследуем особенности электрической стимуляции при различных формах патологии в эксперименте и в клинике, разрабатываем новые объективные методы, необходимые для программирования речевого процессора и оценки эффективности реабилитации у самых маленьких пациентов. В центре нашего внимания — особенности электроакустической стимуляции. Параллельно проводятся эпидемиологические изучения нарушения слуха. Большое будущее у генетических исследований. Научные работы ведутся совместно с Национальным институтом глухоты и других коммуникационных заболеваний в Бетесде (США). Наш центр возник одновременно с этим американским институтом, сотрудничество с которым приносит обоюдную пользу. Плодотворно сотрудничаем с Медико-генетическим научным центром РАМН (Москва), а также другими медучреждениями. В исследованиях участвуют российские коллеги из разных регионов. Наши доктора проводят операции на их клинических базах, в ближайшее время к самостоятельным операциям будут готовы и региональные хирурги.

Много внимания сегодня уделяется генетическим разработкам. Исследования проводятся на клеточном, субклеточном и молекулярном уровнях. Это дает возможность для дальнейшей компенсации глухоты благодаря пересадке генов.

— В 2012 году, в конце апреля, Москва на несколько дней станет

аудиологической столицей мира — здесь состоится Всемирный конгресс аудиологов. Вы будете президентом этого представительного форума. Что предполагает повестка дня?

— Прежде чем ответить на этот вопрос, замечу, что нынешний год был также богат событиями: Москва принимала участников престижного международного симпозиума, в конце ноября в Суздале состоялся национальный конгресс аудиологов. Что касается предстоящего Всемирного конгресса, по традиции тему одного из основных научных симпозиумов предлагают организаторы съезда. Темы, как и докладчики, определены. Первый симпозиум обсудит тему «Биологические и генетические основы тугоухости и глухоты», будут подняты вопросы фундаментальной науки. Второй симпозиум будет посвящен имплантационным технологиям реабилитации больных с потерей слуха. Третий симпозиум обсудит положение дел в подготовке и обучении аудиологов.

— Мы затронули многие вопросы, связанные с работой вашего Центра. Какие факторы могут повлиять на его дальнейшее развитие?

— Абстрагируясь от высокой науки и богатой практики, затрону, казалось бы, частный, но весьма существенный вопрос. Я рассчитываю, что разрешится, наконец, проблема отсутствия собственного здания у нашего Центра. До сих пор мы располагаемся на базе нескольких московских клиник, детских и взрослых, арендуя помещения. Решить этот вопрос — значит сделать существенный рывок в развитии отечественной аудиологии. ■



Владимир Рева, ректор
ИПК ФМБА России

ИПК ФМБА России: слушатели дают высокую оценку

■ Нина Злаказова

различное: для одних достаточно 72 часов, другие, такие как профессиональная переподготовка и смена профессии, требуют 500 и более часов.

У нас есть клиническая ординатура по основным специальностям, аспирантура. Работают специализированные диссертационные советы по защите докторских диссертаций по медицинским специальностям 14.01.11 – нервные болезни; 14.01.13 – лучевая диагностика, лучевая терапия; 14.01.14 – стоматология, 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение; 14.03.11 – восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия; 14.01.07 – глазные болезни.

Два года назад ФМБА России пошло на решительный шаг и передало нам здание бывшего института биологического приборостроения на Волоколамском шоссе, 91 площадью около 5 тыс. кв. м. С помощью агентства мы привели его в порядок и сейчас заканчиваем ремонт. Надо отметить, что при всех проблемах средства нам выделяют, и мы имеем возможность сделать многое. Сегодня у нас есть прекрасный конференц-зал на 180 мест, великолепно оборудованный зал для диссертационных советов, библиотека, 10 учебных аудиторий, оснащенных мультимедийными проекторами, теневой завесой, современной мебелью и т.д. Мы открыли свою столовую. В общем, у нас создаются все условия для успешной учебы и работы.

В нашем институте активно внедряются современные технологии обучения. В последние годы в учреждении появилось много нового оборудования, сейчас у нас около 200 компьютеров, 2 компьютерных класса.

Институт имеет постоянных слушателей, которые приходят к нам учиться раз в пять лет. На нашей базе работает аттестационная комиссия Федерального медико-биологического агентства. Я являюсь председателем Общественного

совета при ФМБА России, на заседаниях которого обсуждаются наиболее актуальные вопросы работы учреждений и организаций ФМБА России.

В сфере дополнительного последипломного образования наш институт является одним из лучших. Это видно по показателям нашей работы. Все заведующие кафедрами и профессора очень известные люди. Так, кафедру клинической иммунологии и аллергологии возглавляет академик РАН и РАМН, профессор Р.М. Хаитов; кафедру онкологии – член-корреспондент РАМН, профессор И.В. Решетов; кафедру инфекционных болезней – главный специалист Минздравсоцразвития и ФМБА России по инфекционным болезням, заслуженный врач России, д.м.н., профессор В.В. Никифоров; кафедру клинической стоматологии и имплантологии – главный специалист ФМБА России по стоматологии, президент Российской ассоциации стоматологической имплантологии, заместитель председателя профильной комиссии Минздравсоцразвития России по стоматологии, заслуженный врач России, д.м.н., профессор В.Н. Олесова. Именно поэтому к нам приходит так много слушателей: люди хотят учиться у знаменитых ученых и практиков. Многие известные ученые и клиницисты работают у нас по совместительству. Благодаря такому подходу мы успешно конкурируем на рынке образовательных услуг, а по многим позициям занимаем лидирующее положение. Имеются многочисленные положительные отзывы о нашей работе от руководителей лечебно-профилактических учреждений и курсантов.

Сегодня наше учреждение находится в процессе интенсивного развития. У нас появилась собственная территория, и с 2013 года мы планируем начать строить общежитие. Так что в будущем во время обучения слушатели из других городов России будут жить в «своем доме». ■

Федеральное государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства» пользуется большой популярностью среди врачей и медсестер в первую очередь благодаря качеству преподавания, глубокому и современному подходу к обучению слушателей. Институтом руководит заслуженный врач России, профессор, участник ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, председатель Общественного совета при ФМБА России Владимир Рева, имеющий огромный опыт как организаторской деятельности в здравоохранении, так и на педагогическом поприще.

– Нашему институту 22 года, – рассказывает Владимир Дмитриевич. – Сначала он существовал в качестве факультета при Втором медицинском институте им. Пирогова, а впоследствии стал самостоятельным учреждением (его организатором был первый замминистра здравоохранения СССР Г.В. Сергеев). Сейчас у нас 33 кафедры, в институте обучаются врачи, медсестры, экономисты, бухгалтеры, в среднем в год число наших слушателей превышает 8 тыс. человек. Программы разные, поэтому и время на их освоение отводится



Служим гражданам России с 1883 года!

■ **ЕВГЕНИЙ ПОГРЕБИНСКИЙ, ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА
ПО ОБЩИМ ВОПРОСАМ**

8 марта 1883 года был создан Мариинский приют для ампутированных и увечных воинов. В дореволюционной России это было первое государственное учреждение, оказывающее специализированную помощь в протезировании инвалидов войны. Мариинский приют был единственным стационарным учреждением подобного типа в Европе.

Сегодня это Федеральное государственное бюджетное учреждение Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Федерального медико-биологического агентства.

В 2011 году Центр работал над следующими научными направлениями: совершенствование организации и деятельности учреждений медико-социальной экспертизы; научное обеспечение развития, повышения качества и эффективности систем реабилитации инвалидов в Российской Федерации; создание методов протезирования и новых видов технических средств реабилитации инвалидов; совершенствование протезно-ортопедической помощи населению.

Основная работа по плановой тематике, утвержденной ФМБА России, была сосредоточена на выполнении семнадцати научных тем.

В течение 2011 года Центр интенсивно работал над государственными контрактами с Министерством здравоохранения

и социального развития Российской Федерации в рамках Государственной программы «Доступная среда». Разработан кодификатор категорий инвалидности с учетом положений МКФ; проведено обучение 312 специалистов работе с кодификатором инвалидности непосредственно на базах Главных бюро МСЭ: по Республике Хакасия, Республике Удмуртия, Тюменской области.

Выполнены контракты с Комитетом по социальной защите населения Ленинградской области, ФГУП «Стандартинформ», ОАО «РКК «Энергия» и 23 договора на поставку нормативно-технической документации.

Сотрудниками Центра опубликовано более 200 научных печатных работ, составлено 7 рукописей методических пособий, получено 7 патентов на изобретения, 1 патент на полезную модель, 7 положительных решений на выдачу патента на изобретение, 4 положительных решения на выдачу патента на полезную модель, получено 2 разрешения на применение новых медицинских технологий, подано 6 заявок на выдачу патента.

На конгрессах, конференциях и симпозиумах различного уровня сделано более 40 научных докладов, из них 11 — на международных конгрессах.

Интенсифицирована подготовка молодых ученых — в аспирантуре обучается 15 человек по пяти научным направлениям, в клинической ординатуре — 29 человек.

Клиника Центра является полигоном для научных исследований и разработок; именно здесь апробируются новые технологии реабилитации, хирургической подготовки и протезирования; оценивается эффективность и целесообразность их последующего использования и тиражирования. За 2011 год реабилитацию прошли более 5000 инвалидов, в том числе 800 детей; 550 инвалидам осуществлено сложное и атипичное протезирование.

Специалисты Центра, возглавляемого доктором медицинских наук, профессором И.В. Шведовченко, реализуют накопленный научный и практический потенциал, давая своим подопечным (пациентам) возможность вернуться к активному образу жизни, производительному труду. ■



Саратовскому медицинскому центру ФМБА России — четверть века

■ Екатерина Шипицина

Досье

Алексей Сорокин — руководитель Саратовского медицинского центра Федерального медико-биологического агентства. Заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор.

В 1979 году окончил Горьковский медицинский институт им. С.М. Кирова по специальности «Лечебное дело», клиническую ординатуру по специальности «Хирургия». В системе ФМБА России работает с 1979 года. В 1987 году возглавил вновь созданную Медико-санитарную часть № 156. В 2005 году назначен министром здравоохранения и социальной поддержки Саратовской области. С сентября 2009 года работает директором Федерального государственного учреждения здравоохранения «Саратовский медицинский центр Федерального медико-биологического агентства».

Имеет высшую квалификационную категорию по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Отличник здравоохранения. Под руководством Алексея Викторовича построен и оснащен современным оборудованием весь комплекс медицинского центра, сформирован работоспособный коллектив сотрудников. Наряду с повседневной деятельностью руководитель учреждения занимается научно-исследовательской работой. Им опубликовано более 100 научных работ.

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Саратовский медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» организовано в 2009 году на базе Центральной медико-санитарной части № 156 ФМБА. Первых пациентов медсанчасть приняла 25 лет назад, и в 2012 году организация отмечает свой юбилей. К праздничной дате учреждение подошло достойно, сегодня оно представляет собой многопрофильный, современный, хорошо оборудованный медицинский центр. Здесь оказывается медицинская помощь работникам промышленных предприятий атомной энергетики, водного транспорта, объектов по уничтожению химического оружия и членам их семей. О работе Саратовского медицинского центра, о пути его модернизации рассказал руководитель учреждения Алексей Сорокин.

— Алексей Викторович, какова структура вашего Центра и основные направления деятельности? Как охарактеризуете работу учреждения в настоящее время?

— Уже четверть века мы успешно занимаемся профилактикой и лечением заболеваний у взрослых и детей. Центр включает в себя три круглосуточных многопрофильных стационара на 430 коек и четыре стационара дневного пребывания больных на 80 коек, семь поликлиник мощностью 875 посещений в смену, в том числе для детей, два отделения скорой медицинской помощи — в ЗАТО г. Шиханы и ЗАТО п. Михайловский Саратовской области; три здравпункта для работников промышленных предприятий.

Объединение более мелких медицинских учреждений в медицинский центр позволило в полной

мере реализовать возможности кадрового и материального ресурса, привело к более рациональному расходованию средств и дало возможность развития современных методов диагностики и лечения, открытию новых отделений. Так, в открытом в 2010 году онкологическом отделении пролечено более 1200 пациентов, значительно повысилась выявляемость опухолей в ранней стадии заболевания и процент радикально излеченных больных.

— Каковы объем и специфика оказываемой Саратовским центром медицинской помощи и какое количество человек обслуживается в нем ежегодно?

— Особенностью деятельности СМЦ является оказание первичной медико-санитарной помощи работникам объектов с источниками ионизирующего излучения, объектов по уничтожению химического ору-



зия, а также медицинского обслуживания жителей прикрепленных территорий, работников предприятий водного транспорта. Таким образом, сложилось, что на сегодня численность прикрепленного обслуживаемого населения составляет более 53 тысяч человек, из них 21 416 человек — это работники промышленных предприятий.

Показатели по объемам оказываемой медицинской помощи в нашем учреждении достаточно солидны. Приведу основные цифры, отражающие годовую нагрузку: в поликлиниках СМЦ пролечивается свыше 70 тысяч человек; в стационарных отделениях ежегодно лечится более 13 тысяч человек, выполняется более 4 тысяч операций; в клиничко-диагностических лабораториях проводится 1,5 млн исследований, УЗИ-исследований — 30 тысяч и более в год, эндоскопических — до 4 тысяч в год, компьютерных томографий — до 1 тысячи в год, функциональных исследований — более 50 тысяч, проводится сеансов гемодиализа 3,8 тыс. в год.

— **Главный вопрос современной медицины: оказывается ли в центре высокотехнологичная медицинская помощь? Какие виды ВМП были освоены за последнее время?**

— Открытие отделения хирургии сосудов приблизило наш центр к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи. В год проводятся более 400 оперативных вмешательств, в том числе на магистральных сосудах. В течение 10 лет офтальмологи Центра возвращают людям зрение, проводятся операции при катаракте и глаукоме.

В рамках проводимой реформы здравоохранения перед СМЦ открываются большие перспективы

в развитии своих возможностей, внедрению новых технологий в диагностике и лечении, дальнейшее развитие офтальмологии, сосудистой хирургии, онкологии (планируется внедрение лучевой терапии). Наша цель — войти в список медицинских центров, оказывающих высокотехнологическую медицинскую помощь по этим направлениям. В частности, надеемся, что дооснащение современной аппаратурой в рамках программы модернизации здравоохранения поможет нам в достижении этой цели.

— **В последнее время, наравне с освоением ВМП, происходит и очевидный прогресс в телемедицине. Как обстоят дела в этом отношении в Саратовском центре?**

— Мы также стараемся идти в ногу со временем. Поэтому на базе Саратовского центра с 2002 года применяются автоматизированные информационно-аналитические медицинские системы слежения за состоянием здоровья прикрепленного контингента на объектах и территориях, применяются телемедицинские технологии (дистанционное консультирование, видеоконференции), это значительно улучшает подготовку специалистов СМЦ, повышает качество диагностики и лечения. Внедряется программа электронной записи пациента на прием к врачу, имеется электронная медицинская библиотека.

— **Алексей Викторович, позвольте подвести итог нашей беседе, который прозвучит как пожелание на грядущий юбилей. Ваше учреждение уже достигло высоких результатов. Пусть начатые добрые дела продолжают с таким же успехом. Ведь эти 25 шагов вперед сделаны ради самого главного — ради здоровья людей, доверивших вам его!** ■

Базовое учреждение Саратовский медицинский центр организовано приказом МЗ СССР № 681 от 14 мая 1987 года.

Реорганизовано в ЦМСЧ № 156 приказом ФМБА России № 362 от 21 декабря 2007 года в целях улучшения медико-санитарного обеспечения и оказания медицинской помощи работникам организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населению отдельных территорий, определяемых Правительством Российской Федерации. ФГУЗ «Саратовский медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» организовано на базе ЦМСЧ № 156 приказом ФМБА России № 897 от 22 декабря 2009 года.

Саратовский медицинский центр осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения № ФС-64-01-001065 от 4 марта 2008 года на срок до 28 мая 2013 года.

Структура прикрепленного контингента определена Распоряжением Правительства Российской Федерации № 1156-Р от 21 августа 2006 года, приказом ФМБА России.

Приволжский окружной медицинский центр в 2011 году

■ СЕРГЕЙ РОМАНОВ, ДИРЕКТОР ФБУЗ ПОМЦ ФМБА РОССИИ

Отметившее в 2011 году свой 10-летний юбилей ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА является современным многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением, оказывающим самый широкий спектр медицинской помощи, в том числе и те ее виды, которые относятся к разделу высокотехнологичной медицинской помощи.

В настоящий момент в ПОМЦ создана система хирургического лечения заболеваний печени, действующая по принципу замкнутого цикла. За эту работу авторский коллектив ПОМЦ 7 сентября 2011 года получил премию г. Нижнего Новгорода. Ведущим звеном этой системы является резекционная хирургия и трансплантация. В Центре сделано 457 резекций печени. По данным ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова, ПОМЦ входит в число восьми лечебных учреждений России, выполняющих мультиорганные трансплантации (печень, почки), а на территории ПФО это единственное лечебное учреждение. На сегодняшний день выполнено 19 мультиорганных заборов донорских органов, 105 трансплантаций, из них 20 пересадок печени и 85 – почки.

С августа 2011 года в ПОМЦ функционирует отделение челюстно-лицевой хирургии, приоритетными направлениями деятельности которого являются лечение посттравматических деформаций и реконструктивно-пластические операции после удаления новообразований челюстно-лицевой области. Из 210 квот на высокотехнологичную помощь, выделенных ФМБА России, 50 % осуществлено в ПОМЦ (105 операций).

Имея в своем составе 15 филиалов, Центр поддерживает тесные связи с органами здравоохранения на территориях субъектов Приволжского округа. Возрастающий авторитет и заслуги трудового коллектива ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России были отмечены благодарственным письмом Полномочного

представителя Президента РФ в Приволжском федеральном округе.

Современный комплексный подход к лечению пациентов предопределил создание в ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России замкнутого цикла оказания медицинской помощи, состоящего из трех основных этапов: диагностический комплекс – стационар высоких технологий – центр реабилитации и восстановительного лечения (ранняя и поздняя реабилитация). Описанный подход позволил оптимальным образом осуществлять последовательность лечебно-диагностических мероприятий, быстрее добиваться положительных результатов, ускоренными темпами восстанавливая здоровье пациентов и значительно улучшая социальный прогноз.

Традиционно основными видами высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, были трансплантология, абдоминальная хирургия, сердечно-сосудистая хирургия, онкология, урология, травматология и ортопедия, акушерство и гинекология, вспомогательные репродуктивные технологии. За истекший год к этому прибавились нейрохирургия, офтальмология и челюстно-лицевая хирургия. Таким образом, в 2011 году количество выполненных квот высокотехнологичной медицинской помощи составило 2852. В 2012 году планируется увеличение объема государственного задания до 4493 квот, в которых предусмотрены впервые выделяемые для ПОМЦ высокотехнологичные квоты по профилю отоларингология.

Важным нововведением стало получение ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России четырех новых автомашин повышенной проходимости, оснащенных современным диагностическим и лечебным оборудованием для оказания специализированной медицинской помощи в составе мобильного госпиталя при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Наличие мощного современного диагностического комплекса обеспе-



чивает выявление заболеваний в самых ранних стадиях. Высокоразвитая материально-техническая база и возросший профессиональный уровень дают возможность внедрять в клиническую практику операционные и лечебные мероприятия высочайшего уровня сложности у пациентов с различной патологией и степенью тяжести заболевания. Лабораторный и инструментальный мониторинг всевозможных параметров жизнедеятельности организма позволяет максимально снижать риски осложнений основного заболевания и предупреждать развитие полиорганной патологии.

Особое значение имеет внедрение стандартов доказательной медицины в клиническую практику. Научная работа, как правило, осуществляется в рамках государственных грантов. За период с 2005 по 2011 год сотрудники Центра приняли участие в научных работах по пяти грантам Минобрнауки, РФФИ и РАН. Исследования проводятся в тесном взаимодействии с ведущими научными учреждениями региона: Нижегородской государственной медицинской академией, Нижегородским государственным университетом им. Н.И. Лобачевского, Нижегородским федеральным научно-исследовательским университетом и Институтом прикладной физики РАН.

Реализована многоцентровая модель координации деятельности исследовательских групп. Проводимая научная работа направлена на получение результатов, внедрение которых в клиническую практику обеспечивает существенное повышение качества медицинской помощи. ■

Курс Западно-Сибирского медицинского центра — высокотехнологичная медицинская помощь

■ РАИСА ЕМЕЛЬЯНОВА

О Западно-Сибирском медицинском центре Федерального медико-биологического агентства, расположенном в Омске и ранее известном жителям города как Больница водников, мы рассказывали уже не раз. Это крупное многопрофильное учреждение занимает особую нишу в системе здравоохранения региона, так как объединяет в своем составе несколько филиалов (поликлиники, стационары) и здравпунктов, расположенных в Уральском и Сибирском федеральных округах. Как и все другие учреждения здравоохранения, Западно-Сибирский центр в последние годы динамично развивается и совершенствуется. О самых важных событиях в жизни коллектива, произошедших в 2011 году, рассказывает директор ЗСМЦ, доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории Владимир Шутов.

— В 2011 году мы планировали дальнейшее развитие высокотехнологичной медицинской помощи и многое сделали в этом направлении. Если раньше у нас успешно были освоены такие направления в оказании ВМП, как отоларингология (слухоулучшающие операции), гинекология, ортопедия, хирургия печени, то сейчас мы получили лицензию на оказание такой помощи и по другим разделам медицины — урологии, неврологии (нейрореабилитации). Особо отмечу, что сегодня высокотехнологичная медицинская помощь оказывается не только в Омске, но и в Тюменском филиале, который получил лицензию на оказание ВМП по абдоминальной хирургии. Филиалы в Тобольске и Сургуте тоже не стоят на месте, успешно выполняя, к примеру, лапароскопические гинекологические операции.

— Владимир Юрьевич, как вы оцениваете оснащение Западно-Сибирского медицинского центра?

— В этом мы стремимся не только не отставать от ведущих учреждений здравоохранения РФ, но и соответствовать европейскому уровню. Поэтому ежегодно на модернизацию оборудования выделяются немалые средства, благо, руководство ФМБА России нас в этом полностью поддерживает. В этом году при большой финансовой помощи агентства приобрели новый УЗИ-аппарат экспертного класса, маммограф, флюорограф. Закупили наркозно-дыхательную аппаратуру, станцию мониторинга для реанимационных палат, важные для любой больницы. Кроме того, состав медицинской техники ЗСМЦ пополнили уникальный аппарат, позволяющий разрушать опухоли внутренних органов, аппарат для контактной литотрипсии при лечении мочекаменной болезни. Медицинская наука и медицинская практика постоянно развиваются, меняется и оборудование, с помощью которого проводятся диагностика и лечение, поэтому обновление техники для нашего учреждения — процесс непрерывный.

— Какие еще важные события произошли в медицинском центре в 2011 году?

— Создание на нашей базе центра профпатологии. Наши специалисты уже доказали свою высокую квалификацию в установлении причин той или иной болезни, ее связи с условиями работы. И сегодня к нам поступают заявки на проведение соответствующей экспертизы связи заболевания с профессией из разных регионов Сибири.

Кроме этого расширяется взаимодействие с Омской государственной медицинской академией. На нашей базе активно работает несколько кафедр этого вуза.

— О проблеме дефицита кадров в медицинской отрасли сегодня говорят на всех уровнях. Как обстоят дела в этом отноше-



нии в Западно-Сибирском центре?

— У нас всегда был костяк специалистов — грамотных, квалифицированных, опытных, любящих свою работу. Но, естественно, с учетом расширения видов медицинской помощи населению, увеличения обслуживаемого контингента, в том числе за счет прикрепления работников промышленных предприятий, мы привлекаем новых специалистов. К нам многие стремятся попасть, ведь Западно-Сибирский медицинский центр — одно из старейших и авторитетнейших медицинских учреждений Омска, имеющих хорошую историю и добрые традиции. Ну а нам в условиях большого выбора легче формировать коллектив профессионалов. При этом мы стараемся обучать наших специалистов и повышать их квалификацию в лучших учреждениях страны, а иногда и на зарубежных базах.

— Что в планах на будущий год?

— У нас есть конкретная цель — получить в 2012 году лицензию на оказание ВМП по онкологии. Мы уже приобрели часть необходимого оборудования. До конца 2011 года предстоит закупить ультразвуковой диссектор — аппарат, позволяющий бескровно разделять ткани.

Мы готовы помогать и омичам, и жителям других регионов России. Главное для нас — принести как можно больше пользы нашим пациентам. ■



Визитная карточка

Сергей Сергеевич Титов родился 8 апреля 1954 года в Омске. Отец Сергей Петрович – участник Великой Отечественной войны, кандидат медицинских наук, был травматологом, мама Оксана Алексеевна – учительницей. В 1976 году окончил Омский государственный медицинский институт, работал хирургом в областной больнице и медсанчасти № 2. Служил в армии в г. Дальнереченске военным врачом. После ординатуры получил назначение на должность врача-нарколога, а с 1985 года стал работать заместителем главного врача областного наркологического диспансера. Затем в течение десяти лет был советником по вопросам здравоохранения в аппарате губернатора Омской области Л.К. Полежаева. В 2002 году возглавил областной наркодиспансер, в котором продолжает трудиться и сегодня. Жена Галина Павловна – врач-терапевт. Воспитали двух сыновей – Дмитрия и Максима.

Разорвать круг зависимостей

■ Алиса Гопко, СПЕЦИАЛЬНЫЙ КОРРЕСПОНДЕНТ

С.С. Титов, главный врач бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Наркологический диспансер»: «Мы, наркологи, делаем все, чтобы разорвать круг зависимостей, и главное в работе – профилактика».

В 11-й раз в Омской области прошел конкурс на звание «Лучший врач года». Победителем в номинации «Лучший руководитель медицинской организации» объявлен С.С. Титов, который в течение десяти лет возглавляет наркологическую службу области, являясь главным врачом БУЗ ОО «Наркологический диспансер». К проблеме противодействия наркомании и алкоголизму, которые сегодня в стране носят характер национальной беды, здесь подошли с точки зрения семейной психологии, понимая, как важно с раннего возраста научить ребенка правильно реагировать на развивающийся мир, учить заниматься не только самовыражением, самовоспитанием, самообразованием, но и, по мере его взросления, устанавливать правильные связи с другими людьми, найти их и отразить свою индивидуальность. Врачи-наркологи

лучше других знают, как дорого обществу обходится человек, который уже находится в кругу зависимости, как трудно восстановить его здоровье, утраченные трудовые, социальные навыки, поэтому постоянно ищут пути для предотвращения этого зла. Через межведомственное взаимодействие учат специалистов, работающих непосредственно с населением – педагогов, работников культуры, правоохранительных органов и родителей, выявлять ранние признаки этих заболеваний.

Только факты

В Омской области наркологическая служба начала формироваться в 1950 году, когда в клинической психиатрической больнице был открыт кабинет психотерапии, где лечили больных алкоголизмом. И уже в 1983-м наркодиспансер имел стационар на 1345 коек. В 2007 году за-

кончена реорганизация областной наркологической службы, зарегистрировано единое бюджетное учреждение «Наркологический диспансер». Он имеет амбулаторно-поликлиническую, стационарную и реабилитационную службы, экспертный и организационно-методический отделы. В административных округах работают наркологические кабинеты и дневной стационар, а также кабинет оказания анонимной наркологической помощи. У врачей-наркологов наблюдается около 35 тыс. пациентов. Ежегодно комплексное стационарное лечение получают более 3 тыс. пациентов с наркологическими расстройствами. Реабилитационная служба диспансера включает в себя отделение с круглосуточным пребыванием больных на 25 коек и амбулаторное отделение для реабилитации детей и подростков. Ежегодно в реабилитационных программах участвуют около 1,5 тыс. пациентов.

Я попросила первого заместителя министра здравоохранения Омской области Виктора Викторовича Долгушина высказаться о работе С.С. Титова.

– Сергей Сергеевич Титов имеет хорошие организаторские способности, что позволило много сделать для развития службы.



За время его руководства значительно улучшилась материально-техническая база диспансера: открыт новый корпус, практически во всех подразделениях проведены ремонтные работы. Сейчас заканчивается ремонт в детском наркологическом отделении за счет средств, полученных по программе модернизации здравоохранения Омской области. В своей работе Сергей Сергеевич уделяет особое внимание межведомственному взаимодействию в вопросах профилактики зависимостей и сохранения здоровья населения Омской области. Он является не только главным внештатным наркологом нашего министерства, но и членом областной антинаркотической комиссии, которую возглавляет губернатор Омской области Л.К. Полежаев, членом городской антинаркотической комиссии. Высокий уровень межведомственного взаимодействия с правоохранительными органами в вопросах профилактики злоупотребления психоактивными веществами был отмечен руководством МВД России, и в прошлом году на территории нашей области проводилось совещание, изучался положительный опыт взаимодействия наркологической службы с Управлением Министерства внутренних дел.

Управление Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков по Омской области высоко оценило вклад в межведомственное взаимодействие С.С. Титова, наградив его медалью «За содействие ФСКН России» и нагрудным знаком «За заслуги». Благодаря его активной поддержке в Омской области одной из первых в России сформирована система мониторинга наркологической ситуации с использованием современных информационных технологий. На заседании Совета Сибирского Федерального округа по реализации нацпроекта «Здоровье» опыт работы наркологической службы области по профилактике наркологических заболеваний и пропаганде здорового образа жизни был одобрен и рекомендован к распространению в других регионах. Усилиями Сергея Сергеевича на территории Омской области удалось создать службу, отвечающую всем современным требованиям оказания наркологической помощи заболевшему человеку.

Хочу от себя добавить: в сентябре в Москве проходил VII Всероссийский форум «Здоровье нации — основа процветания России», в нем принял участие и коллектив наркодиспансера, представивший проекты, которые используются

в профилактической работе с населением. Он стал дипломантом этого Форума, а его руководителю вручен диплом лауреата за подписью президента Лиги здоровья нации, председателя оргкомитета Форума, члена Общественной палаты РФ Лео Бокерия.

В 2012 году желаем успехов коллективу наркологической службы Омской области и ее руководителю Сергею Сергеевичу Титову, удачных завершений всех планов, непрерывного развития и совершенствования, крепкого здоровья. ■



По закону справедливости и милосердия

Фонд «Закон, Справедливость, Милосердие» – проект уникальный, общественно значимый. От идеи создать общественный институт, главной целью которого должна стать многогранная социальная и медицинская поддержка работников судов Российской Федерации и членов их семей, до ее реализации пришлось преодолеть большую дистанцию. И вот почти год назад, в феврале 2011-го, Министерством юстиции РФ был зарегистрирован и начал работать уникальный социальный фонд. Еще не прошло и года, но за это малое время удалось сделать многое. Успешно действуют представительства Фонда в Ставропольском, Астраханском, Брянском, Краснодарском, Калининградском регионах, в Карачаево-Черкесской Республике, Калмыкии и Московской области. Попечителями Фонда стали влиятельные государственные структуры Российской Федерации. О медицинских проектах, уже заработавших и продолжающих набирать силу, рассказывает президент Фонда Вадим Поспелов.

■ ТАТЬЯНА ТЕБЕНИХИНА



Анастасия Нефедова

— Вадим Игоревич, безусловно, работники судебной системы, выступающие гарантом наших гражданских прав, и члены их семей должны быть сами надежно защищены от социальных рисков. Таким образом, Фонд выполняет важную социальную миссию. Что удалось сделать за неполный год его существования?

— Деятельность Фонда многогранна, но в нашей беседе мы ограничимся ее медицинским аспектом. Успешно решается задача качественного медицинского обслуживания членов судебного сообщества и их семей. Кроме этого, мы ведем сложных пациентов

из регионов, которые обращаются для получения высокотехнологичной медпомощи. В основном это онкологические и эндокринные заболевания, серьезные травматические повреждения и генетические отклонения. Благодаря своевременной и профессиональной помощи удалось спасти несколько детей, находившихся в urgentном состоянии с угрозой летального исхода. Специалисты Фонда владеют современными методиками диагностики заболеваний, выявляют их генетические первопричины. Сегодня такие задачи под силу только американским коллегам. Приняты целевые программы профилактики острых респираторных заболеваний, проведения скрининга пациентов на предмет выявления наследственности онкологических, диабетических и сосудистых заболеваний. В Брянской и Московской области, а также в Болгарии проводится подготовка к строительству реабилитационно-восстановительных и диагностическо-клинических центров. Развивается биометрическая диагностика.

торных заболеваний, проведения скрининга пациентов на предмет выявления наследственности онкологических, диабетических и сосудистых заболеваний. В Брянской и Московской области, а также в Болгарии проводится подготовка к строительству реабилитационно-восстановительных и диагностическо-клинических центров. Развивается биометрическая диагностика.

— Судя по направлению вашей деятельности, дети и их здоровье находятся в эпицентре внимания Фонда.

— Последние наши исследования показали, что современные дети интеллектуально более разви-

ты, чем прошлые поколения, однако обратная сторона медали — их слабое здоровье и высокая возбудимость. Не секрет, многие патологии стремительно омолаживаются, особенно страдает наиболее тонкая сфера — нервная система. Фонд подготовил и реализует собственную Федеральную программу скрининга наследственных заболеваний у школьников. Совместно с медицинским департаментом первые скрининговые генетические обследования начались в школах Брянской области. Этот регион пострадал от Чернобыля, в результате патология вышла на генетический уровень. Статистика свидетельствует, что в регионах, где выпали радиационные осадки, наблюдается повышенный уровень эндокринных и онкологических заболеваний. Когда будут обработаны данные скрининга, мы сделаем полноценный доклад, сравнив детей-ровесников из разных регионов. Затем проведем обследование детей Калмыкии. Кстати, национальная генетика этой республики представляет большой научный интерес. Это одна из степных народностей, пришедших в Россию шесть веков тому назад, участвовавшая в государственном строительстве Российской империи. В 1943 году весь народ поголовно был репатриирован за пределы республики, а вернуться назад удалось лишь в годы «оттепели». Тяжелые условия кочевой жизни способствовали образованию генетических особенностей и высокой смертности новорожденных детей, которые подвергались различным заболеваниям. В походе уход за больным ребенком всегда был проблематичным. И хотя теперь условия жизни калмыков изменились, но генетические особенности нации продолжают влиять на здоровье детей. В республике и сейчас реанимации заполнены маленькими пациентами, особенно новорожденными. Наш Фонд внес свой вклад в развитие республиканского здравоохранения, перечислив средства на завершение строительства восточного крыла детской клинической

больницы в столице Калмыкии, что позволило запустить дополнительные операционные и еще одну детскую реанимацию, новые палаты и даже игровые комнаты. Вы бы видели счастливые лица пациентов и врачей, которые радовались отличному оснащению, удобным комфортабельным палатам. Впрочем, это только начало долговременного сотрудничества с Калмыкией. В Элисте планируется строительство первого в этом регионе генетико-диагностического центра. На очереди — проект детского санатория, в котором будет организована кумысотерапия. Сегодня столь эффективный метод лечения в республике практически утрачен, надо его восстановить.

Дополнительно мы собираемся провести скрининг — исследование подростков 12–14 лет в Калининграде, Московской и Тульской областях. Подростковый возраст — период бурного развития и изменения организма, гормональных бурь и психологической неустойчивости, когда важно выявить наследственную тенденцию, предрасположенность к тому или иному заболеванию. Такая информация даст возможность разработать индивидуальную профилактическую программу для каждого пациента. В этот период еще можно правильно настроить организм и сохранить здоровье.

— Очень серьезная программа. Столь объемный скрининг требует концентрации сил и средств. Обследование коснется, видимо, отдельных групп детей?

— В каждом регионе проводится репрезентативное обследование нескольких школ и интернатов, что даст объемный материал для объективных выводов.

— Расскажите о программе «Счастливое детство», которая выходит за рамки сугубо медицинских проблем и приобретает широкое гуманитарное звучание.

— Мы хотим оказать помощь совсем маленьким деткам — грудничкам, которых бросили родители. Таких малышей называют

«отказниками». Мы намерены проследить за развитием и даже более того — за судьбой каждого такого ребенка. Даже если малыш попадет в приемную семью, его судьба останется под нашим контролем. При необходимости фонд окажет финансовую помощь. Отдельная тема — усыновление (удочерение) детей зарубежными семьями. По всем СМИ прошла шокирующая информация о трагической судьбе некоторых малышей, которые подвергаются жестокому насилию со стороны приемных родителей. Недопустимо выпускать ситуацию из-под контроля, надо использовать возможности наших посольств и общественных организаций. Примеры есть: в Болгарии, Чехии, Словакии, Черногории работают совместные с нашим Фондом программы.

— Вадим Игоревич, может ли помочь генетическая служба в решении этого вопроса? Вы наверняка владеете методиками, при помощи которых можно провести психологический контроль приемных родителей.

— Действительно, у нас есть эксклюзивные методики, позволяющие определить склонность к агрессии по отпечаткам пальцев и ладоней, с учетом снимков радужной оболочки глаз. В предыдущий период я работал первым заместителем директора Биометрического центра. Мы проводили такие разработки, апробировали их возможности на экспериментальных группах, в которые входили до 1000 человек. Результаты впечатляющие: удалось собрать внушительную статистику по таким направлениям, как наследственная склонность к шизофрении, запоям, агрессии и панике в экстремальных ситуациях.

— А говорят, преступником не рождаются.

— И тем не менее у некоторых людей есть генетическая склонность к агрессии, что нередко приводит к преступлению. И хотя это вероятностный подход, но такому человеку нужно и можно помочь скорректировать образ жизни

и стиль поведения. В свое время по заказу Газпрома нами были разработаны рекомендации по набору специалистов для работы вахтенным методом с учетом их психологических особенностей.

— **Давайте плавно перейдем к теме счастливого детства. Именно так называется одна из программ Фонда.**

— Программа «Счастливое детство» начнет активно работать со следующего года. Готовится ее презентация, во время которой пройдет аукцион рисунков воспитанников детских домов, переживших онкологию. Это очень трогательный вернисаж, не оставляющий равнодушным ни одного человека. Безусловно, творчество способно сотворить настоящее чудо, пробудить интерес к жизни. А если сочетать эмоциональный подъем с качественным медицинским обслуживанием и реабилитацией — эффект будет отличный. В Болгарии задумано строительство высокогорного реабилитационного центра для инвалидов и воспитанников детских домов, в лечении будет использоваться целебная сила гейзеров. Уже подписан договор с местной мэрией.

— **Ваша забота распространяется не только на детей, но и на взрослых, страдающих тяжелыми заболеваниями. Какие проекты задуманы в этом направлении?**

— Фонд разрабатывает программу строительства клиник инсульта, совместно с Пенсионным фондом РФ собираемся создавать геронтологические центры. Велика потребность в реабилитации пациентов, перенесших инсульт. После выписки из стационара им необходим качественный уход. Врачи и медсестры такого Центра будут вести каждого больного в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, а также оказывать адекватную психологическую поддержку. Мы разрабатываем методики психологической помощи совместно с нашим партнером — Центром эмоциональной и образной терапии. Пациент

поднимается на ноги при хорошем уходе достаточно быстро. Индивидуальный подход положен в основу обслуживания пациентов, находящихся в домах престарелых.

— **Действительно, деятельность Фонда удачно сочетает практическую и научную составляющие. Главный критерий успешной медицины — спасенные и продленные жизни пациентов. Поделитесь своими успехами.**

— Наиболее успешными я считаю методики помощи больным с IV стадией рецидивирующего рака. В этом случае важно, чтобы человек не доживал, а качественно жил. Пока эти программы проводятся как экспериментальные, но успехи очевидны. Совместно с Обнинским радиологическим центром разрабатываем новое направление — применение системной фотодинамики для пациентов с использованием новейших отечественных препаратов, производимых нашими партнерами. Уже получены впечатляющие результаты по продлению жизни пациентов и улучшению ее качества. Приведу наиболее показательный пример. После лечения по нашей методике пациентка 85 лет из Краснодарского края с раком легких IV стадии прожила еще два года, все это время вела активный образ жизни в станице, работала на огороде. Подобная работа стала возможной благодаря сотрудничеству с партнерами фонда. Один из них — ООО «Ниармедик плюс» — российская фармацевтическая, биотехнологическая и медицинская компания, созданная на базе НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи РАМН. Мы ведем совместные клинические исследования новых препаратов, один из которых был применен в описанном случае. На Западе патент российской инновационной фармацевтики оценен в 3 млрд рублей. Это яркий пример возможностей отечественной медицины. Также получен патент на фотосенсибилизатор для системной фотодинамики. Метод основан на введении

в одну вену фотодинамического препарата, а в другую — катетера с лазером. В результате лазерного воздействия на кровь организм начинает интенсивно продуцировать иммунные антитела. Наш подход заключается в мобилизации защитных сил организма.

— **Действительно, важно запустить механизм саморегуляции, поэтому столь важен наследственный фактор. Дает ли основания для научных обобщений и выводов полученный вами практический материал?**

— Наша генетическая лаборатория проводит серьезную работу. Генетики не только констатируют факт наследственного неблагополучия, но и разрабатывают индивидуальные профилактические программы, позволяющие победить болезнь. Когда будут обобщены результаты скрининга, можно будет представить в МЗСР РФ целевую программу генетического обследования всего населения страны. Программа должна работать, тем более что для скрининга нужна всего лишь капля слюны, которую можно отправить по почте, как уже делается в Англии. Решаема эта задача и организационно: достаточно сформировать в больницах службы приема анализов и затем передавать эти анализы в генетические лаборатории. В этом случае можно охватить обследованием широкий круг населения страны. В Великобритании, например, создана сеть опорных пунктов приема генетического материала, который поступает в генетические лаборатории, расположенные в Лондоне.

— **Это правда, что в вашу лабораторию поступают заказы из Германии на проведение генетического анализа крови?**

— Да, потому что мы обладаем уникальными методиками, позволяющими проводить тесты на онкологию. Нам удалось удачно сочетать преимущества американского оборудования, немецких реагентов и использовать свой отечественный интеллект, чтобы добиться впечатляющего результата. ■

INTRABEAM®

Точный удар по опухоли

Система **INTRABEAM** — прицельное, точное, высокодозное, короткорадиусное облучение послеоперационного ложа опухоли аппликаторами различного диаметра.

Мобильность и эргономичность

Быстро перемещается из одной операционной в другую. Не требует специальной радиационной защиты. Минимизирует рассеянное излучение, благодаря этому не допускает дополнительной нагрузки для персонала в операционной.

Основная область применения: маммология — органосберегающие операции при начальной стадии рака молочной железы, нейроонкология, абдоминальная хирургия и дерматология.

Точность и надёжность

Система **INTRABEAM** наводит излучение прицельно и точно. Блок управления **INTRABEAM** следит за тем, чтобы выбранная доза облучения соответствовала заданным параметрам. Отключение системы осуществляется автоматически. В результате резкого падения дозы окружающая ткань испытывает лишь минимальную нагрузку.

ООО «ОПТЭК»
в России и странах СНГ

www.optecgroup.com

Москва, 105005, Денисовский пер., 26, тел. (495)933-51-51, факс (495)933-51-55, e-mail: office@zeiss.ru. Новосибирск, 630058, ул. Русская, 41/1, к. 4, тел. (383)330-00-34, факс (383)330-00-35, e-mail: office-nsk@zeiss.ru. Санкт-Петербург, 197022, ул. Академика Павлова, 5 литеры «Е», тел./факс: (812)702-08-11, 702-08-12, e-mail: office-spb@zeiss.ru. Екатеринбург, 620028, ул. Татищева, 98, оф. 14, тел./факс (343)251-52-62. Краснодар, 350020, ул. Красная, 155/2, оф. 108, тел./факс: (861)210-64-15, (861)210-64-16. Казань, 420107, ул. Спартаковская, 2в, оф.121а, тел. +(843)236-69-99, e-mail: office-kazan@zeiss.ru. Киев, 04070, ул. Ильинская, 14/6, тел. +380(44)581-29-00, факс +380(44) 589-29-02, e-mail: office@zeiss.ua. Алматы, 050000, ул. Толе би, 189, оф. 409, тел. 7(272)328-74-40, e-mail: office-kz@zeiss.ru. Ташкент, 100000, квартал-Ц1, 32/1а, тел.: +998(71)136-76-69, 133-77-88, e-mail: info@zeiss.uz. Минск, 220113, ул. Мележа, 1, оф. 1518-10, тел./факс +375 17 2684580, e-mail: office-minsk@zeiss.ru

ОПТЭК
Объединяя решения



ООО «ОптиМед» является российским дистрибьютором компании OncoTherm — одного из ведущих мировых производителей систем для гипертермии в онкологии. Разработанная OncoTherm уникальная технология онкотермии (модулированной электрогипертермии) обладает наивысшей эффективностью, безопасностью и удобством в применении.

Онкотермия: раку брошен вызов

■ Юлия Сальникова

На протяжении десятилетий онкологи всего мира пытаются найти лекарство от рака, а человечество с надеждой ждет этих открытий. 40 лет назад таким революционным открытием казалась гипертермия — метод нагревания опухолей, однако ожидания оказались преувеличенными. Венгерский биофизик Андраш Сас, радикально переосмыслив существующие представления о гипертермии, изобрел новую технологию и принципиально новый метод, качественно отличающийся от «классической» гипертермии, который получил название онкотермии. О том, что это такое, рассказывает кандидат медицинских наук, генеральный консультант компании OncoTherm в России и странах СНГ, генеральный директор ООО «ОптиМед» Сергей Русаков.

— **Сергей Валентинович, в чем преимущества предлагаемого вами метода по сравнению с привычной гипертермией?**

— Гипертермию пытаются внедрить в онкологию уже более 40 лет, но до практического применения она так и не дошла. Из 108 существующих российских стандартов лечения в онкологии гипертермия упоминается только один раз — в стандарте лечения опухолей влагалища, — но в таком виде, в котором ее применять нельзя. За рубежом ситуация не лучше: одно упоминание в США и одно в Голландии. Фактически, гипертермии как клинического метода не существует.

— **И в чем причина такого положения дел? Гипертермия неэффективна?**

— Похоже на то. Мы проанализировали все гипертермические рандомизированные исследования, и 80 % исследований говорят, что гипертермия неэффективна. Причина же состоит в том, что за основу была взята температурная концепция. В 70-е годы это имело смысл, поскольку считалось, что достижение температуры в опухоли свыше 43 °С, своего рода пороговой температуры опухолевого повреждения, — это только проблема технологии, и в ближайшем будущем она будет решена. Был значительно переоценен терапевтический диапазон метода.

— **И все это оказалось неверным?**

— Да. Очень скоро оказалось, что на практике достичь температуры свыше 42 °С без резкого роста токсичности невозможно. С терапевтическим диапазоном тоже не заладилось — он при гипертермии по сути отрицательный: клинический эффект развивается после 42,5 °С, а необратимое повреждение здоровых тканей начинает развиваться после 41,8 °С. Гипертермия балансирует на зыбкой грани токсичности и эффективности и может быть либо токсичной и несколько эффективной, либо нетоксичной, но неэффективной.

— **Что нового предлагает онкотермия, что так существенно отличает ее от гипертермии?**

— Онкотермия исходит из нового понимания того факта, что задача метода лечения состоит в выполнении работы по разрушению злокачественных опухолей, а не в достижении высоких температур. Мы предлагаем новое решение,

основанное на так называемых нетермических эффектах, доля которых в общей эффективности составляет приблизительно 75 %, а на долю собственно температуры приходится лишь 25 % эффекта, которыми мы можем пренебречь в целях безопасности. Это позволяет резко повысить безопасность и эффективность.

— **Чем практически онкотермия отличается от гипертермии?**

— Онкотермия, в отличие от гипертермии, обладает выраженным самостоятельным эффектом, поэтому более эффективна в плане химио- и радиомодификации и может применяться самостоятельно, например, при лечении паллиативных пациентов, в неoadъювантном режиме и адъювантно. Классическая гипертермия применяется в основном при опухолях малого таза и брюшной полости. Она не используется на легких по той причине, что легкие невозможно нагреть до высоких температур по причине огромного кровотока и вентиляции, но для онкотермии это не проблема! За счет нетермических эффектов мы даем высокий эффект даже при обычной температуре. Имеется огромный массив данных по онкотермии головного мозга, где применение гипертермии ограничено или невозможно. В общем, у онкотермии неограниченный объем применения. Ну и онкотермия как минимум в 20 раз безопаснее гипертермии.

— **Какая стадия рака может быть побеждена с помощью данного метода?**

– Онкотермия может быть эффективной при любой стадии рака. По данным доктора Бреннера из клиника New Hope (Тель-Авив), применение онкотермии у хосписных пациентов позволило получить полную ремиссию у 2,5% пациентов. Но хочу подчеркнуть: онкотермия – не панацея, как и любой другой метод в онкологии.

– Применение онкотермии разрешено в России?

– Безусловно. Мы получили разрешение Росздравнадзора на применение нашей технологии. Де-юре сейчас онкотермия – единственная гипертермическая технология, разрешенная к применению в полном объеме в практической онкологии.

– Насколько этот метод доступен для россиян вообще и для москвичей в частности?

– В Москве сейчас две установки стоят в НИИ – РНЦРР и МНИОИ им. Герцена. В МНИОИ им. Герцена установка на апробации, попасть туда не легко, но есть возможность попасть в РНЦРР. В Новосибирске онкотермия используется исключительно как радиомодификатор, туда можно попасть только на лучевую терапию. Только что появилась установка в частной клинике в Уфе, туда могут попасть все желающие. До конца 2011 года должны быть введены в действие три новые установки в онкодиспансерах Нижнего Новгорода, Тамбова и Ижевска. География онкотермии быстро расширяется, так что можно надеяться, что скоро метод станет доступным.

– Анонсирован выход на рынок в 2011 году новой системы ОТ2010, сочетающей возможности локальной и мультилокальной онкотермии. В чем ее преимущества?

– Наряду с локальной гипертермией существует общая, при которой нагревается все тело целиком до температуры примерно 41,8 °С. Это экстремальный нагрев, тяжелая процедура с недостаточной эффективностью и высокой токсичностью. Онкотерм полностью переосмыслил концепцию и сде-

лал следующее. Все тело пациента накрывается большим тканым электродом – это абсолютно инновационная, уникальная разработка родом из NASA. Электрический ток воздействует на каждую опухоль и каждую злокачественную клетку избирательно, не нагревая организм в целом, поэтому метод называется мультилокальным.

– Как отреагировало на онкотермию медицинское сообщество? Нашлись ли скептики? Удалось их переубедить?

– Есть сопротивление. За 40 лет существования гипертермии сложилась определенная структура – те же гипертермические общества, институты, которые десятки лет занимаются проблемой гипертермии, ученые, которые сделали себе имя на классической температурной концепции. Есть производители гипертермического оборудования, которые питают всю эту систему и без которых гипертермия исчезла бы еще в конце 90-х. И эта структура сейчас оказывается под ударом: то, что мы говорим и делаем, опровергает все, во что верили и что делали они!

– Каков выход?

– На последней конференции Международного общества клинической гипертермии «отец» технологии онкотермии профессор Сас был избран его президентом. И сейчас мы будем активно использовать это сообщество для пропаганды наших взглядов, объясняя необходимость изменения парадигмы гипертермии. Мы пойдем по научному пути, не будем ни с кем препираться в кулуарах – это бессмысленно. Будем просто публиковать статьи, и пусть оппоненты оперируют не мнениями, а фактами на страницах печатных изданий.

Но ситуация уже меняется сама по себе, потому что необходимость изменений назрела объективно: невозможно 40 лет кормить общественность обещаниями и не давать ничего на выходе! В 2011 году вышла статья голландской группы, одной из ведущих в мировой гипертермии, в которой, наконец, озвучена страшная тайна: ни один



Анастасия Нефедова

Досье

Сергей Русаков – генеральный консультант компании OncoTherm в России и странах СНГ, генеральный директор ООО «ОптиМед», официального дистрибьютора OncoTherm в России.

Кандидат медицинских наук. Окончил с отличием Крымский медицинский институт, затем работал старшим научным сотрудником и завотделом новых медицинских технологий в НИИ медицинской климатологии и физических методов лечения (Ялта). С 1998 г. в медицинском бизнесе.

температурный параметр не был статистически достоверно связан ни с одним клиническим исходом. Это давно известно, но озвучено впервые. Так что изменения внутри самого гипертермического истеблишмента не за горами.

На сегодняшний день, без всякой поддержки мирового гипертермического сообщества, онкотермия уже стала мировым лидером. В мире работает вдвое больше онкотермических установок, чем у ближайшего гипертермического конкурента, и разрыв быстро растет. При таком ходе событий через 10 лет нам некого будет переубеждать. ■



ОКПЦ им. Е.М. Бакуниной: ради новых граждан России

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

Тверской областной перинатальный центр назван в честь Екатерины Михайловны Бакуниной, героини двух войн XIX века. Великий хирург Николай Иванович Пирогов, говоря о неоспоримом вкладе в мировую историю русских сестер милосердия, к наиболее выдающимся среди них справедливо относил Екатерину Бакунину, чьи корни тесно связаны с тверской землей. В Центре принимают пациентов не только из Твери и Тверской области, но и других регионов России. О гордости тверской медицины рассказывает главный врач ГУЗ «Областной клинический перинатальный центр им. Бакуниной» Людмила Гребенщикова.

— Людмила Юрьевна, утверждение, что дети — это наше будущее, неоспоримо. Будущее в таком свете для женщин и мужчин, чьи шансы стать родителями не так уж велики, становится реальным. И уже сегодня, и именно в вашем перинатальном центре. Расскажите, как вы исполняете мечты?

— Исполнять такие высокие мечты стало реальностью и для тверчан. Ведь ранее в Тверской области не было родовспомогательного учреждения третьего уровня. Теперь таковым является перинатальный центр. В нашем уникальном учреждении для рождения, спасения, лечения и новорожденных, и их родителей используются новейшие технологии. Здесь выхаживают детей весом от 500 граммов. Перинатальный центр рассчитан на 130 коек. В структуру Центра входит клиничко-диагностическая поликлиника, работающая на 100 посещений в смену, прием организован в две смены по шестидневке. В составе КДП — отделение УЗ-диагностики, которое оснащено аппаратурой первого и эксперт-

ного классов, отделение медико-генетической консультации и отделение вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), которое по амбулаторной помощи входит в состав поликлиники, а по инвазивному направлению это же отделение будет отнесено и к стационару, что произойдет в 2012 году. В КДП ведут прием не только акушеры-гинекологи, но и узкие специалисты: кардиолог, невролог, нефролог, офтальмолог, уролог, терапевт, эндокринолог. У нас проходят обследование и лечение не только беременные, но и женщины фертильного возраста с гинекологическими проблемами и женщины, планирующие беременность. Кроме того, у нас открыта школа матерей, куда обращаются не только будущие матери, но и семейные пары, планирующие партнерские роды, а также женщины, у которых беременность оказалась кризисной. Преодолеть возникший барьер помогают психолог и акушер-гинеколог. Мы сопровождаем женщину на протяжении всей беременности, и дальше она рождает в стенах нашего учреждения.

В помощь врачам — мощная лаборатория, которая проводит

клиническое, биохимическое, иммунологическое, бактериологическое, гистологическое исследование. По программе госгарантии женщина может быть также обследована бесплатно на ту или иную патологию. Педиатрический блок с отделением детской реанимации, которое мы планируем оснастить до 12 коек в 2012 году, и отделение патологии новорожденных на 30 коек, где выхаживаются дети с экстремально низкой массой тела. Также действует отделение патологии беременности, куда поступают женщины с экстрагенитальными заболеваниями либо с патологией самой беременности. А в гинекологическом отделении у нас проводятся операции любой сложности, при этом преобладает малоинвазивная хирургия (эндоскопическим доступом).

— Нельзя не сказать и о самом главном: как организуются роды в вашем Центре и каковы показатели в этой работе?

— Мощность центра выражается еще и в такой цифре, как количество родов в год. Наш центр рассчитан на 2,5–3 тысячи родов. Кроме того, в состав перинатального центра входит акушерское

Досье

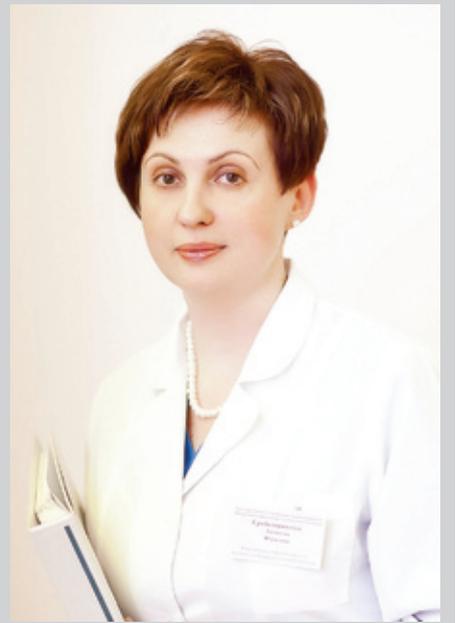
Людмила Гребенщикова, главный врач ГУЗ «ОКПЦ им. Е.М. Бакуниной». Родилась в 1968 году. В 1991 году окончила Дагестанский государственный медицинский институт по специальности лечебное дело. После интернатуры, которую проходила на базе Псковской областной больницы, работала врачом акушером-гинекологом в Роддоме № 5. г. Твери. В 1994–1996 годах проходила ординатуру по специальности акушерство и гинекология на базе Тверской государственной медицинской академии, после чего работала в ГУЗ ОКБ г. Твери: сначала врачом-гинекологом, а затем заместителем главного врача по акушерству и гинекологии.

С февраля 2008-го по апрель 2010 года Людмила Юрьевна находилась на гражданской службе в должности главного специалиста-эксперта отдела лечебно-профилактической по-

мощи матерям и детям Департамента здравоохранения Тверской области. Принимала активное участие в областных целевых программах снижения материнской и младенческой смертности, профилактике ранних репродуктивных потерь.

С апреля 2010 года по сентябрь 2011-го — заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГУЗ «ОКПЦ им. Е.М. Бакуниной», а с сентября 2011 года исполняет обязанности главного врача.

Врач высшей квалификационной категории по специальности акушерство и гинекология. Имеет свидетельство по эндоскопической технологии в хирургии и гинекологии, сертификат по эндоскопической хирургии, диплом о профессиональной переподготовке по специальности организация здравоохранения и общественное здоровье на базе специальности «Акушерство и гинекология» Московской акаде-



мии имени И.М. Сеченова. Награждена почетной грамотой Департамента здравоохранения Тверской области, почетным знаком отличия «Трудовая доблесть. Россия».

отделение, которое включает в себя родильный блок на 10 индивидуальных родовых. Каждая такая палата оснащена современным оборудованием плюс удобные сервисные условия. Здесь роженица может находиться либо одна, либо с мужем или другими родственниками. После родов мы переводим молодую маму с новорожденным в послеродовое отделение, где у нас 50 коек.

За 2010 год мы не могли выйти на полную мощность, но с 2011-го у нас другая ситуация — уже выполнено 2320 родов. Преждевременных родов за 2010 год было 10 %, а сейчас 19 %. Количество женщин группы высокого риска с осложненной беременностью — как на фоне соматической патологии, так и осложнение самой беременности — составило 79 % и 21 % — это нормальные физиологические роды.

— **Какую роль вы отводите медико-генетической консультации?**

— Об этой службе я хочу сказать отдельно. Медико-генетическая консультация у нас единственная в области. Здесь проводится

биохимический пренатальный скрининг, обследование на генетическую патологию, скрининг новорожденных. Также планируем со следующего года вводить инвазивную пренатальную диагностику при отклонениях в биохимическом скрининге, например, такую процедуру как кордоцентез. Раньше женщин, которым требовались инвазивные методы исследования, мы направляли в Москву и Санкт-Петербург. Из этого следует, что в масштабах области нам отведена роль первопроходцев.

— **Вы работаете с трудностями родовспомогательной практики. Человеческий фактор здесь превышает всего, однако как помогает в трудном деле техника и насколько ее уровень высок? Ведь он должен быть выше, чем риски, сопровождаемые диагнозами ваших пациенток?**

— Да, у нас рождают женщины с высоким риском осложнений, что может быть причиной патологической кровопотери, восполнить которую можно за счет собственной крови. У нас есть аппарат Cell Saver для реинфузии крови — специальное устройство,

при помощи которого женщина при кровопотерях тут же получает свою же кровь обратно, что избавляет от послеоперационных осложнений. Есть у нас и реанимационное отделение, которое также оснащено лучшей аппаратурой.

— **Известно, что на открытие центра к вам приезжал премьер Владимир Путин. Какое напутствие дал вам председатель правительства?**

— Да, мы открылись 2 августа 2010 года. И перинатальный центр появился в Твери благодаря федеральной программе. Надежда многих женщин и мужчин обрести счастье материнства и отцовства стала реальной при поддержке Правительства России, а также Правительства Тверской области. На встрече премьер Путин пожелал нам долгой работы, вести деятельность так, чтобы демографические показатели только улучшались, а также взять ориентир не только на пары, желающие родить первого ребенка, но и на мечтающих о втором, третьем... — словом, чтобы рождались и рождались новые граждане России. ■

Саратовский перинатальный центр: светлый храм материнства

■ АНАСТАСИЯ МЕШКОВА



Качественная и доступная акушерская помощь является основой здоровья нации. Здоровье человека во многом определяется факторами, влияющими на организм во время течения беременности и в момент родоразрешения его матери. Охране здоровья и профилактике осложнений на этих этапах посвящена работа Саратовского областного перинатального центра, который возглавляет заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук и потомственный акушер Сергей Архангельский.

— **Сергей Михайлович, давайте немного поговорим об истории учреждения. Когда был создан Перинатальный центр в Саратове и что он представляет собой сегодня?**

— Здание, в котором сегодня располагается Саратовский перинатальный центр, было сдано в эксплуатацию в 1996 году, и это событие стало символическим, так как пришлось на такую знаменательную дату, как 1 июня — День защиты детей. Но Городской родильный дом № 3 существовал на этой территории с 1947 года, а спектр задач, стоящих перед нашим учреждением, остается практически неизменным с самого момента основания. Наша основная цель — это оказание высококвалифицированной акушерской помощи наиболее тяжелому контингенту беременных и новорожденных, а также раннее выявление и коррекция акушерской патологии, профилактика материнской и младенческой смертности.

Решение о реорганизации учреждения и создании на его базе областного перинатального центра было принято в 2005 году. К тому моменту мы уже работали в статусе областного родильного дома, принимая пациенток из 37 районов Саратовской области. В настоящее время Центр является единственным в регионе акушерским стационаром третьего

уровня, отвечающим всем требованиям современного здравоохранения и ориентированным на решение наиболее сложных задач.

— **Какие подразделения входят в структуру Перинатального центра? Какова их материально-техническая оснащенность?**

— Структуру учреждения составляют два акушерских и два послеродовых отделения, отделение патологии новорожденных, отделение реанимации новорожденных, отделение второго этапа выхаживания, родильный блок, оперблок, четыре бокса, клиничко-диагностическая лаборатория и консультационно-диагностическая поликлиника. Суммарная мощность подразделений стационара составляет 280 коек.

Все отделения оснащены современным оборудованием для диагностики всех видов акушерской и экстрагенитальной патологии, мониторинга пациентов и оказания качественной медицинской помощи женщинам и новорожденным.

Уникальным подразделением, входящим в структуру перинатального центра, является созданный в 2002 году центр гемостаза, оснащенный самым передовым оборудованием. Здесь организовано круглосуточное дежурство врача-гемостазиолога, который готов в любую минуту выехать в район с полным набором необходимого оборудования для коррекции ге-

мостаза. Благодаря работе этого центра нам удалось приблизиться к нулевым показателям смертности от кровотечений в послеродовом периоде. Ряд кандидатских и докторских диссертаций, написанных сотрудниками перинатального центра, были в полном объеме выполнены на базе оборудования, приобретенного для центра гемостаза.

— **Сергей Михайлович, расскажите, пожалуйста, о новых подходах и методиках, которые применяются в работе учреждения?**

— В своей работе мы уделяем большое внимание внедрению в практику современных перинатальных технологий. Оборудованы индивидуальные родильные залы, широко практикуются партнерские роды (присутствие на родах отца ребенка), раннее прикладывание новорожденного к груди, совместное пребывание матери и ребенка в послеродовом отделении, включая родильный блок, кормление ребенка по требованию, ранняя выписка из стационара. Соблюдается принцип индивидуального ведения родов (профессиональное наблюдение за роженицей, организация ухода, оказание пособия в родах, наблюдение в раннем послеродовом периоде).

Наши специалисты разработали и внедрили программы «Подготовленные роды» и «Безболезненные роды», направленные на оказание

помощи женщинам с осложненным течением беременности, а также на внедрение максимально безопасных и эффективных методик обезболивания естественных родов и операций кесарева сечения. Сейчас создается новая программа – «Будущее поколение», ориентированная на создание в стационаре условий, при которых у пациентки будет желание родить еще одного ребенка.

– **Пока мы говорили о видимых результатах работы, о том, что уже создано. Но у учреждения наверняка имеются обширные планы на будущее. Расскажите о проектах, которые планируется реализовать на базе перинатального центра в ближайшее время.**

– Нашей главной задачей остается оказание высококвалифицированной медицинской помощи населению Саратовской области, профилактика осложнений, а также дальнейшее снижение показателей перинатальной и ранней неонатальной смертности. Эти цифры являются ключевыми показателями, характеризующими эффективность работы службы охраны материнства и детства, и мы можем наблюдать устойчивую тенденцию к их снижению. Так, показатели перинатальной смертности за одиннадцать месяцев 2010 года составили 4,6%, за этот же промежуток 2011 года – 3,9%. По неонатальной смертности цифры составили 1,7% и 1,6% соответственно. Для сохранения отрицательной динамики данных показателей нам необходимо развивать и совершенствовать консультационную и организационно-методическую работу с районными ЛПУ.

Хотелось бы отметить высокие показатели работы отделения второго этапа выхаживания: в настоящее время удается успешно выхаживать детей с критически низкой массой тела, нашим «рекордсменом» сегодня остается ребенок, имевший на момент рождения вес в 720 граммов. И эту работу мы планируем развивать и совершенствовать в дальнейшем.

Еще одним важным направлением работы является освоение методики органосохраняющих операций при массивных кровотечениях. Уже подготовлена необходимая материально-техническая база, проведено обучение врачей-хирургов, и можно с уверенностью говорить о том, что мы полностью готовы к внедрению столь сложных методик в повседневную практику работы.

В новом году планируется дальнейшее расширение спектра лабораторно-диагностических мероприятий, поставки новейшего оборудования для центра гемостаза. Также на этот год запланирован капитальный ремонт, первый с момента постройки здания.

– **Какие факторы позволяют вам поддерживать столь высокие показатели работы на протяжении многих лет?**

– Одним из важнейших факторов является сплоченность коллектива, преемственность профессиональных традиций, а также координированная работа различных служб и подразделений.

Мы смогли добиться того, что специалисты разных служб понимают друг друга даже не с полуслова, а с полувзгляда, и из этого взаимопонимания порой рождается настоящее чудо. В качестве примера могу привести один случай, произошедший в прошлом году. В родах возникла критическая ситуация – эмболия околоплодными водами, осложнившаяся трансмуральным инфарктом миокарда. Шанс на спасение пациентки в таких случаях ничтожно мал, и наши коллеги из других учреждений сначала даже отказывались верить в то, что нам удалось сохранить жизнь и матери, и ребенку. И здесь свою роль сыграла не только высокая квалификация персонала, но и максимально согласованная работа всех служб.

Неоценимый вклад в работу учреждения вносят преданные своему делу специалисты: Александр Милотин – заведующий отделением анестезиологии, Лариса Прокopenko – заместитель главного врача по неонатологии, Елена Стад-



Досье

Сергей Архангельский – главный врач Саратовского областного перинатального центра, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, профессор кафедры «Менеджмент в здравоохранении» Саратовского государственного социально-экономического университета. Почетный гражданин Саратовской области.

Родился в Саратове в 1950 году. Окончил Саратовский медицинский институт. В период с 1974 по 1996 год работал ассистентом кафедры акушерства и гинекологии СМА, основным направлением работы были исследования в области анестезиологии в структуре акушерской помощи. Имеет 48 публикаций в различных источниках.

С 1996 года возглавляет областную перинатальный центр, г. Саратов.

ник – заместитель главного врача по клинко-экспертной работе, Елена Делиникайтес – заместитель главного врача по лечебной части и многие другие профессионалы.

Вместе мы стремимся к тому, чтобы наш стационар становился светлым храмом материнства для каждой пациентки, чтобы женщина встречала здесь поддержку, заботу и любовь медицинского персонала к ней и к ее ребенку. ■



Лариса Белоцерковцева, главный врач, профессор, доктор медицинских наук

Сургутский клинический перинатальный центр: нам дорога жизнь каждого младенца

■ Инна Киличева, заместитель главного врача по медицинской части

Сургутский клинический перинатальный центр оказывает высококвалифицированную специализированную и высокотехнологичную амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам, новорожденным детям, гинекологическим больным включая оказание услуг по вспомогательным репродуктивным технологиям. Перинатальный центр является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии медицинского института Сургутского государственного университета.

Роды, принимаемые в Сургутском клиническом перинатальном центре, составляют третью часть всех родов Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Количество родов ежегодно увеличивается: с 5704 в 2003 году до 7417 в 2010-м. В 2011 году только за 11 месяцев было принято 7055 родов. Темп прироста за последние восемь лет составил 30 %.

С позиций современного перинатального акушерства для профилактики перинатальной и младенческой смертности, снижения заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни необходимо следующее:

- предгравидарная подготовка, оценка перинатальных рисков и распределение беременных по уровням оказания медицинской помощи;
- качественная антенатальная диагностика перинатальной патологии;
- клиническая и ультразвуковая диагностика акушерской патологии, в частности диагностика ИЦН – в целях ее своевременной и современной коррекции для предупреждения рождения глубоко недоношенных детей;
- адекватный и своевременный выбор метода родоразрешения;
- своевременное и качественное оказание экстренной медицинской помощи новорожденному, особен-

но эффективная первичная и реанимационная помощь в родильном зале с первых минут жизни;

- использование современных патогенетических методов лечения (экзогенный сурфактант, иммуноглобулины), новых подходов к выхаживанию;
- сохранение тепловой цепочки и предупреждение гипотермии новорожденного;
- вскармливание грудным молоком и совместное пребывание матери и новорожденного на всех этапах;
- использование современных методов и высоких технологий при проведении интенсивной и реанимационной помощи роженицам и родильницам – своевременное начало ИВЛ, продленная ИВЛ, мониторинг жизненно важных функций;
- применение методов профилактики инфекций, основанных на научных доказательствах.

Перинатальная патология в значительной степени определяет уровень и структуру детской инвалидности. Это связано с влиянием внутриутробных повреждающих факторов, обусловленных увеличением патологии беременных женщин, – гестозов, анемии, заболеваний мочеполовой системы, экстрагенитальных заболеваний, рост которых наблюдается у женщин в последние годы. С позиций доказательной медицины для профилактики перинатальной и младенческой смертности, сниже-

ния заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни необходимо обеспечить своевременное и качественное оказание экстренной первичной и реанимационной помощи новорожденному с первых минут жизни. Поэтому основная задача отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) – оказание высококвалифицированной превентивной неонатальной реанимационной помощи и проведение интенсивной терапии новорожденным с острыми нарушениями гомеостатических констант организма (или при реальной угрозе их развития), непосредственно в родильном доме.

В ОРИТН осуществляется реализация принципов доказательной медицины: сохранение тесных социальных контактов ребенка с семьей, поддержка грудного вскармливания, принципы открытых дверей и чистых рук, гуманизация реанимационно-интенсивной помощи новорожденным – совершенствование принципов соблюдения охранительного режима, обезболивание, снижение инвазивности лечебных манипуляций.

С целью унифицированного подхода к ведению больных созданы протоколы лечения основных патологических состояний, наблюдаемых в период новорожденности. Выхаживание новорожденных осуществляется в современных

инкубаторах Drager и инкубаторах-трансформерах Ohmeda-Giraffe, которые позволяют обеспечить максимально комфортные условия для выхаживания детей различного гестационного возраста, в том числе и с экстремально низкой массой тела. Каждое реанимационное место при необходимости может быть дополнено аппаратом для проведения респираторной терапии. Для этих целей отделение оснащено современными аппаратами ИВЛ (Drager Babylog 8000, Avea), которые позволяют проводить щадящую ИВЛ новорожденным с любой массой тела, вплоть до 500 г.

В лечебной практике отделения широко применяются современные диагностические и лечебные технологии:

- круглосуточный мониторинг витальных функций;
- выхаживание в инкубаторах интенсивного ухода, оснащенных системами контроля температуры и влажности;
- ИВЛ с учетом современных концепций респираторной терапии: традиционная, высокочастотная, назальный СРАР, неинвазивная вентиляция легких;
- метод раннего применения спонтанного дыхания под постоянным положительным давлением в дыхательных путях с переменным потоком;
- сурфактантная терапия;
- ЭХО-кардиография (выявление врожденных пороков сердца, открытого артериального протока, персистирующей легочной гипертензии), неинвазивный мониторинг сердечного выброса, электроэнцефалография;
- доплерометрия: оценка центральной гемодинамики, мозгового и почечного кровотока.

С 1 июня 2010 года организована деятельность выездной анестезиолого-реанимационной неонатальной бригады Сургутского клинического перинатального центра, оснащенной реанимобилем, укомплектованной врачами неонатальными анестезиологами-реаниматологами и оказывающей круглосуточную консультативную

помощь лечебно-профилактическим учреждениям округа. С 1 июля 2010 года специалистами неонатальной бригады выполнено около 100 выездов. Дистанционно проведено 120 консультаций, потребовавшихся 66 новорожденным.

Результатом работы Центра явилось значительное улучшение основных показателей. Перинатальная смертность за 2011 год по сравнению с 2007-м снизилась с 6,9 до 4,5 %, в том числе истинная по центру с 5 до 0,7%, ранняя неонатальная с 2,4 до 0,3%. За 11 месяцев 2011 года пролечено 86 детей массой тела менее 1500 г (из них 31 ребенок массой менее 1000 г), случаев ранней неонатальной смертности в данной группе не зарегистрировано.

Нам дорога жизнь каждого младенца. Наше учреждение, как и все передовые перинатальные центры, готовится к переходу на международные критерии учета перинатальной смертности с 500 г. Так, в 2008 году показатель перинатальной смертности с учетом детей от 500 г (фетонеонатальные потери) составил 7,9 на 1000 родившихся живыми и мертвыми, а за 2010 год — 6,3. В РФ показатель перинатальной смертности без учета 500-граммовых детей в 2010 году составил 7,37 на 1000 родившихся живыми и мертвыми. Улучшение показателя — новый вызов нашему перинатальному центру.

В Центре новорожденным выполнено 28 хирургических вмешательств в 2008 году, 42 в 2009-м и 33 в 2010 году. Операции по закрытию ОАП проходят также в стенах перинатального центра: в 2008 году их выполнено пять, в 2009-м и в 2010-м по шесть, за 10 месяцев 2011 года — четыре.

Уже сегодня учреждение широко использует телемедицинские технологии для консультирования сложных больных с ведущими специалистами в области неонатологии и перинатологии России.

На базе консультативно-диагностической поликлиники перинатального центра открыто отделение катамнеза для продолжения реабилитации детей с перинатальной



патологией, направленной на улучшение качества жизни у пациентов, перенесших критическое состояние в раннем неонатальном периоде.

Достижение всего этого невозможно без хорошей высококвалифицированной команды врачей-специалистов: акушеров-гинекологов, перинатологов, трансфузиологов и других, а также медицинских сестер, акушерок и высококвалифицированных управленцев.

Руководит центром профессор, доктор медицинских наук, очень известный в отечественном и зарубежном профессиональном сообществе врач акушер-гинеколог Лариса Белоцерковцева. Лариса Дмитриевна, кроме того, является заведующей кафедрой акушерства и гинекологии Сургутского государственного университета. Поэтому все самые современные перинатальные технологии внедряются, анализируются и работают в центре на результат — здоровье матери и ребенка. Непрерывное обучение персонала (как врачей, так и средних медицинских работников): тренинги в симуляционном классе, работа с врачами-экспертами и медицинской сестрой — преподавателем по отработке практических навыков, в том числе с привлечением ресурсов системы видеонаблюдения, разбор успехов и неудач, обучение на своем опыте и опыте коллег — неперемные требования к квалификации персонала.

Активное использование современных технологий в соединении с лучшими традициями отечественного и мирового здравоохранения, сочетающимися академизм и инновации, дает все основания полагать, что Сургутский клинический перинатальный центр находится на пути к новым достижениям в деле охраны репродуктивного здоровья семьи. ■

Новосибирский городской перинатальный центр: 30 лет

■ Екатерина Шипицина

Структура

- Административно-управленческий персонал.
- Амбулаторно-поликлиническая служба (Женская консультация № 1, Женская консультация № 2, Женская консультация № 3 (Центр нейроэндокринной патологии), Женская консультация № 4).
- Акушерский стационар (родовое отделение, акушерское физиологическое отделение, акушерское наблюдательное отделение, акушерское отделение патологии беременности, гинекологическое отделение, отделение анестезиологии — реанимации, отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных).
- Педиатрический стационар (физиологическое отделение новорожденных, наблюдательное отделение новорожденных, отделение патологии новорожденных).
- Клинико-диагностическая лаборатория.
- Патологоанатомическое отделение.
- Рентгеновский кабинет.
- Бактериологическая лаборатория.
- Отделение ультразвуковой диагностики.
- Организационно-методический отдел.



Статистические данные зачастую несправедливо называют сухими фактами. Однако ситуация меняется, если мы приведем такую характеристику: представьте, за тридцать лет в Новосибирском городском перинатальном центре родилось 111 тысяч детей! За этими цифрами стоит и огромный труд коллектива, и родительская радость, и новые-новые-новые судьбы. В этом году учреждение отмечает очередной день рождения: тридцать лет назад в Новосибирске появился городской перинатальный центр. Руководит учреждением опытный врач и управленец Иван Михайлович Поздняков. Сегодня он гость нашего журнала.

— Иван Михайлович, приоритетными направлениями работы НГПЦ являются качество и доступность медицинской помощи. При этом за вашим учреждением уже давно закрепился статус лучшего в регионе в сфере акушерства и гинекологии. Всему объяснение — накопленный опыт?

— Тридцать лет для учреждения — это важная отметка. Так как, имея за плечами такой период времени, нужно крепко стоять на ногах, иметь отличную материальную базу, лучшие кадры. Все это сегодня можно сказать и о нас. Результаты в работе — это еще один критерий, определяющий состоятельность учреждения. Приведу последние данные: в течение последних десяти лет в перинатальном центре не было материнской смертности от управ-

ляемых причин, а перинатальная смертность не превышает 2,5–3,0%. При этом значительно сократились тяжелые формы гестоза, процент преждевременных родов составляет 3,5–4%, проводится активная работа по профилактике незапланированной беременности и снижению числа аборт, что позволило уменьшить количество аборт до 30 на 1000 женщин фертильного возраста.

— А назовите самую главную цифру: сколько в году появляется на свет малышей в стенах вашего центра?

— К счастью, эта цифра постоянно растет. В 2008 году она равнялась 4743, в 2009-м — 5520, в 2010 году родилось 6072 ребенка. Что касается 2011 года, то только за десять месяцев прошло уже 5000 родов.

— В перинатальный центр госпитализируются беременные женщины, роженицы с тяжелой акушерской патологией. Чтобы спасти две жизни, матери и ребенка, учреждение такого уровня должно иметь лучшее оснащение.

— Укрепление материально-технической базы, безусловно, идет и в нашем перинатальном центре. Делается это поэтапно. В течение 2010–2011 годов проводилось плановое приобретение медицинского оборудования. В рамках программы модернизации из средств консолидированного бюджета в 2011 году приобретено новое медицинское оборудование: пять фетальных мониторов для двуплодной беременности, гистероскопы операционный и контактный. Далее в рам-

Досье

И.М. Поздняков — главный врач муниципального бюджетного учреждения здравоохранения города Новосибирска «Городской перинатальный центр», заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор. Родился 22 сентября 1955 года в Татарском районе Новосибирской области. В 1978 году, после окончания лечебного факультета Новосибирского государственного медицинского института, был направлен во вторую клиническую больницу города Новосибирска, где прошел путь от врача акушера-гинеколога до заместителя главного врача по акушерству и гинекологии. С 1986 года Иван Михайлович работает главным врачом самого крупного родильного дома города Новосибирска — бывшего роддома № 4, ныне муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Новосибирский городской перинатальный центр». Иван Михайлович активно занимается научной работой. Он профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Новосибирского государственного медицинского университета. Основные темы исследований доктора



Позднякова: пути снижения гнойно-септических осложнений после абдоминального родоразрешения; структурная организация рубца на матке после операции кесарева сечения в зависимости от ушивания миометрия различными шовными материалами; актуальные проблемы акушерско-гинекологической службы; современные тенденции в выполнении оперативных пособий. Эти направления являются приоритетными в научно-исследовательской работе НГПЦ.

как этой же программы произойдет дооснащение таким необходимым оборудованием, как анализатор газов и кислотно-основного состояния крови, наркозно-дыхательный аппарат с монитором дыхательных параметров и кислорода, аппараты неинвазивной искусственной вентиляции легких для новорожденных, аппарат УЗИ стационарного универсального высокого класса, гематологический анализатор, монитор пациента с датчиком капнографии прямого потока.

— **Иван Михайлович, вы активно занимаетесь наукой, наверняка и в условиях центра также идет освоение научных данных в медицинских целях?**

— Ежегодно в практику работы центра совместно с кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета НГМУ (заведующий кафедрой — доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист акушер-гинеколог Сибирского федерального округа О.Г. Пекарев) внедряется более десяти новых методов диагностики и лечения. Назову следующие:

— технологии выхаживания детей с массой тела до 1500 граммов (ежегодно более 100 новорожденных) с использованием инкубаторов, искусственной вентиляции легких, включая неинвазивные

методики ИВЛ, мониторов основных параметров жизнедеятельности, проведение дозированной инфузионно-трансфузионной терапии, парентерального питания;

— комплексное лечение беременных с применением химиотерапевтических и биологических препаратов, эфферентных методов терапии;

— открытие второго этапа лечения и реабилитации недоношенных детей, где в комплексе оздоровления применяются водные процедуры (жемчужные, кислородные ванны, плавание), различные виды физиотерапевтических процедур и массажа, ранняя реабилитация;

— 100%-ный обязательный кардиографический мониторинг при родах;

— кардиоспектральный анализ для прогнозирования беременности;

— ультразвуковая диагностика с цветным доплерометрическим картированием;

— в отделении восстановления репродуктивной функции проводится весь спектр реконструктивно-пластических операций и консервативно-пластических операций;

— для обеспечения высококвалифицированной диагностической помощи в центре функцио-

нирует круглосуточная клиничко-диагностическая лаборатория, оснащенная автоматическими анализаторами, лаборатория фетоплацентарной патологии, позволяющая обследовать пациентов на torch-группу, гормональный статус, гемостаз;

— в перинатальном центре — единственном из учреждений г. Новосибирска практикуют самопроизвольные роды после предшествующего кесарева сечения, вертикальные роды, что ведет к значительному снижению травматизма у родильниц и новорожденных, снижению развития осложнений родовой деятельности, гнойно-септических осложнений и, что самое важное, к сохранению репродуктивной функции у женщины. Кроме того, на базе Центра функционирует лаборатория фетоплацентарной патологии Центра клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения РАМН.

— **Иван Михайлович, желаем вам, чтобы синтез науки, практики и, главное, высокого профессионализма коллектива и дальше приносил свои плоды. Пусть прибавляются страницы истории вашего учреждения так же, как умножаются семьи, побывавшие в ваших чудесных стенах!** ■



ОКТАБРИНА
ШУНГАЕВА



ЕВДОКИЯ
ЛИДЖИ-ГОРЯЕВА



ЭЛЬЗА
БАДМАЕВА



ЛЮДМИЛА
АНТОНОВА



НИНА
ГАЙВОРОНСКАЯ



ЭЛЬЗА
УТНАСУНОВА



Пятидесятилетняя летопись МБУ «Городской родильный дом им. О.А. Шунгаевой»

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

1 января 2011 года исполнилось 50 лет муниципальному бюджетному учреждению «Городской родильный дом им. О.А. Шунгаевой». С 2010 года по настоящее время им руководит отличник здравоохранения РФ, заслуженный врач Республики Калмыкия, врач высшей квалификационной категории Тамара Ермошкаева. Об истории роддома, о его добрых традициях, грядущих переменах и, главное, о людях, работающих здесь, Тамара Улюмджиевна с искренней теплотой рассказала в интервью нашему журналу.

— **Т**амара Улюмджиевна, как нам стало известно, возглавляемое вами учреждение стоит на пороге перемен. Расскажите нашим читателям, чего же так ждет весь коллектив Городского родильного дома им. О.А. Шунгаевой?

— Да, действительно, в ближайшем будущем нас ожидает приятное событие. Оно связано с тем, что для оказания качественной специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в свете современных требований давно назрела необходимость создания лечебно-профилактического учреждения системы родовспоможения с хорошей материально-технической базой, оснащенной современной аппаратурой.

В рамках программы модернизации службы родовспоможения республики усилиями руководства РК, правительства, министерства здравоохранения и социального раз-

вития, мэрии г. Элиста, управления здравоохранения мэрии г. Элиста планируется создание многоуровневой системы оказания медицинской помощи во время беременности, родов и послеродовый период. С этой целью на базе родильного дома создается Перинатальный центр как единое учреждение системы родовспоможения. В настоящее время по госпрограмме модернизации здравоохранения, в частности родовспоможения, для капитального ремонта родильного дома выделено 33 млн рублей. В конце 2009 года родильному дому передано два аппарата ИВЛ для взрослых, три аппарата ИВЛ для новорожденных, кюветы, реанимационные открытые системы, мониторы, дозаторы, лампы фототерапии, лампы лучистого тепла для ОРИТН, фетальные мониторы, светильники, стерилизующая аппаратура, медицинская мебель.

В июле 2011 года по программе модернизации службы родовспоможения начался капитал-

ный ремонт двухэтажного основного корпуса. Согласно графику ремонтных работ, корпус сдастся в декабре 2011 года. В основном корпусе на втором этаже планируется развертывание отделения патологии беременности на 60 коек, в котором будет оказываться медицинская помощь наиболее сложному контингенту беременных со всей республики. На первом этаже здания планируется организация консультативно-диагностического отделения на 70 посещений в смену. Будут открыты кабинет планирования семьи (контрацептолог), специализированный прием по невынашиванию, по бесплодию, кризисный центр по оказанию помощи беременным, попавшим в тяжелую жизненную ситуацию (юрист, социолог, психолог), а также кабинеты узких специалистов. На 2012 год планируется капитальный ремонт пристройки, дооснащение необходимой аппаратурой с последующим открытием Перинатального центра.



— Тамара Улюмджиевна, 50 лет — это солидный возраст. Сегодняшний день говорит о прогрессивном развитии учреждения. Однако предлагаю перелистать пятьдесят страниц назад и вспомнить: как же все начиналось?

— Первой страницей истории нашего учреждения можно считать постановление Совета Министров КАССР № 737 от 30 ноября 1960 года, когда было принято решение об открытии роддома в городе Элиста на 80 коек. До этого в составе Элистинской больницы работало родильное отделение на 10 коек, что было, конечно, недостаточно для растущего города. Первым главным врачом Элистинского родильного дома стала Людмила Васильевна Антонова.

Вначале родильный дом располагался в перестроенном восьмиквартирном доме. Но город рос. Стремительно развивалась восстанавливаемая республика. Количество родов неуклонно увеличивалось. Приспособленное здание уже не отвечало требованиям времени.

Было построено новое типовое здание. Коллектив роддома с большим энтузиазмом принял в 1964 году новые, светлые, просторные помещения.

В 1967 году главным врачом роддома была назначена Октябрина Александровна Шунгаева, и в течение 14 лет она возглавляла одно из крупнейших лечебных учреждений Республики Калмыкия. Во многом благодаря ее усилиям, в числе которых и непосредственное обращение к депутату Верховного Совета СССР Лидии Лыковой, в 1980 году введена в строй пристройка родильного дома. С тех пор роддом функционировал на 220 коек,

оказывая помощь женщинам не только города Элисты, но и всей республики.

— Получается, что роддом назван в честь этого врача?

— Совершенно верно. Октябрина Шунгаева была прекрасным специалистом, учителем для многих акушеров-гинекологов. За неоценимый вклад в дело охраны здоровья матери и ребенка имя Октябрины Александровны увековечено в названии лечебного учреждения, в котором она проработала всю жизнь.

— Что изменилось с тех пор?

— С тех пор не изменилось только название — «роддом». В остальном за эти 50 лет роддом вырос в ведущее учреждение, оказывающее квалифицированную медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. Роддом имеет десять отделений: акушерское, физиологическое, наблюдательное, отделение патологии беременности, отделение гинекологии, реанимационно-анестезиологическое отделение, отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделение дневного пребывания беременных, клинично-диагностическую лабораторию с круглосуточным постом для непрерывного обследования пациентов, отделение новорожденных и АХЧ.

— Роддом — это дом тепла, радости, счастья обретения новой жизни, ее рождения. Какие люди работают здесь?

— У нас работают самые лучшие люди. Сегодня здесь трудится 48 врачей, 108 акушеров и медицинских сестер. 115 сотрудников (74%) — врачи и средний персонал имеют высшую, первую и вторую квалификационную категории,

что свидетельствует об уровне профессиональной подготовки специалистов роддома. За свой добросовестный труд многие члены коллектива награждены знаками отличия, почетными званиями и грамотами. Отличниками здравоохранения СССР и РФ стали девять специалистов, звание «Заслуженный врач РК» имеют шесть человек, заслуженными работниками здравоохранения РК являются десять врачей. Продолжают работать в родильном доме ветераны труда: врачи Н.Ч. Ладынова, Л.С. Суянова, С.А. Кекеева, Л.Д. Басхамджиева, Г.А. Иванова, К.Б. Джимбеева и многие др. Сегодняшнее поколение врачей, акушеров и медсестер сохранило лучшие традиции своих наставников, среди которых — заместитель главного врача по лечебной работе Д.Ю. Эвенова, заместитель главного врача по оргметодработе К.В. Нактанова, заведующие отделениями Е.Б. Шунгаева, Т.Г. Цакирова; врачи акушеры-гинекологи Н.М. Сагаева, Ч.Б. Очиров, И.О. Мухлаева, Б.В. Цыганкова, Л.Г. Чункурова, врачи УЗИ-кабинета: Т.Ю. Боронгушева, В.Н. Эрендженова, врачи анестезиологи-реаниматологи: М.В. Нюрюпова, С.П. Дедюкин, врачи-неонатологи: В.Д. Кекеева, З.Ц. Лиджи-Горяева, Е.С. Чапанова, К.Б. Антудинова, акушерки и медицинские сестры: Л.У. Манджиева, А.П. Горяева, В.Л. Бамбышева Т.Б. Босхаева и многие другие.

В родильном доме сохраняются принципы преемственности поколений, в коллектив влились молодые грамотные специалисты: врачи акушеры-гинекологи Г.Б. Уташова, А.Н. Громова, А.Б. Джурикова и др.

Помним о наших ветеранах, отдавших долгие годы жизни роддому,



таких как Э.Б. Утнасунова, А.Г. Жихарева, Э.А. Бембеева, Е.С. Лиджи-Горяева, — всех не перечислить!

— **Тамара Улюмджиевна, вы очень много теплых слов сказали в адрес коллег, столько перечислили имен и фамилий. В ваших словах читаются добро, искренность и огромное уважение к людям, которые работают вместе с вами. Из ваших слов очевидно, что кадры решают все. Но в наш век медицина стала еще и технически подкованной. На каком оборудовании работают ваши специалисты и какие новые технологии ими освоены?**

— МУ «Городской родильный дом им. О.А. Шунгаевой», являясь единственным профильным квалифицированным ЛПУ РК, концентрирует у себя всю тяжелую акушерскую и экстрагенитальную патологию у беременных со всей республики, оказывает стационарную первичную и специализированную медицинскую помощь. Более 60 % от общего количества родов в республике приходится на долю родильного дома, из них около 30 % беременных женщин из районов республики. Учитывая этот факт, технической стороне дела также уделено у нас особое внимание. За последние десять лет в родильном доме внедрены и функционируют аппарат искусственной вентиляции легких Sechrist с блендером, аппарат ИВЛ Millennium в ОРИТН, четыре фетальных монитора, интранатальный автоматизированный кардиограф «Уникос» с компьютерной обработкой информации в акушерских отделениях, газовый анализатор, анализатор КЩС, гематологический, биохимический анализаторы в Клинико-диагностической лаборатории

и много другой аппаратуры. В роддоме внедрены с целью бережной подготовки к родам интрацервикальное введение простенон-геля, ламинарий, мифепристона. С 2009 года в родильном доме внедрены новые медицинские технологии по остановке акушерских кровотечений: наложение гемостатических компрессионных швов на матку по методике Б-Линча, Перейра, применение современного ингибитора фибринолиза «Транексам» с целью местного и системного гемостаза, применение рекомбинантного препарата человеческого активированного VII фактора свертывания крови «Новосэвен» для борьбы с коагулопатическими кровотечениями, применение современных плазмозаменителей с целью профилактики и лечения гиповолемии.

— **Тамара Улюмджиевна, какие знаковые события произошли в учреждении в недавнем прошлом?**

— Я хочу упомянуть о важном эпизоде, который произошел в 1998 году. Именно тогда Элистинский родильный дом включился в инициативу ВОЗ — ЮНИСЕФ «Больница доброжелательная к ребенку», но еще с сентября 1996 года были развернуты палаты совместного пребывания «Мать и дитя» в физиологическом отделении, раннее прикладывание к груди.

С конца 1997 года организован круглосуточный пост врача-неонатолога в родильных залах. Роды ведутся при обязательном присутствии врача-неонатолога. В 2000 году международными и национальными экспертами ВОЗ — ЮНИСЕФ проведена экспертиза соответствия званию «Больница доброжелательная к ребенку». В сентябре 2000 года

в МЗ РФ родильному дому был вручен диплом «Больница доброжелательная к ребенку» и сертификат ВОЗ — ЮНИСЕФ. И в 2005 году коллектив с честью подтвердил это звание.

— **Далеко не каждое учреждение получает такое высокое звание, и одновременно — говорящее название. А какие показатели характеризуют работу коллектива?**

— В значительной степени улучшилась ситуация в связи с внедрением госпрограммы по улучшению демографической ситуации в стране, введением программы родовых сертификатов; с 2006 года наглядно стало отмечаться нарастание числа родов, ежегодно увеличиваясь на 6–7%. Стало увеличиваться число повторных родов — вторых, третьих, четвертых. В целом с 2000 года по родильному дому число родов возросло на 32,4%, уровень преждевременных родов имеет тенденцию к снижению с 8,2 до 6,2%, снижается уровень перинатальных потерь: за девять месяцев 2011 года перинатальная смертность снизилась с 12,3 до 7,1‰, ранняя неонатальная смертность — с 5,3 до 1,5‰, уменьшается уровень кровотечений.

С 2006 года по ноябрь 2011-го благодаря федеральной программе «Родовой сертификат» значительно улучшилось оснащение родильного дома: приобретено 82 единицы аппаратуры.

Я считаю, что создание благоприятных социально-экономических условий для населения, принципиальное улучшение качества медицинской помощи позволят добиться действенных результатов в охране материнства и детства. Что мы и делаем каждый день на протяжении уже пятидесяти лет. ■

X СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА - ФОРУМ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



ЮГА РОССИИ

АПТЕКА - 2012

21-23

**м а р т а
2 0 1 2**

КОНГРЕСС-ОТЕЛЬ «ДОН ПЛАЗА»
г. РОСТОВ-НА-ДОНУ, Б. САДОВАЯ, 115



Медицина
Специализированный медицинский журнал
от МЕДИКАФ

организаторы:



Министерство
Здравоохранения РФ



ВФ Дазлком

тел.: 263-02-70, 263-02-68



Анастасия Нефедова

Донорство: служение жизни

■ Татьяна Тебенихина

1 декабря 2011 года состоялся IV Всероссийский форум Службы крови, организованный Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным медико-биологическим агентством. Были подведены итоги Программы развития Службы крови с 2008-го по 2011 год. В форуме приняли участие специалисты станций переливания крови, представители бизнеса и некоммерческих организаций, доноры и журналисты.

Руководитель Федерального медико-биологического агентства **Владимир Уйба** посвятил свой доклад итогам государственной Программы развития донорства крови и стратегии ее развития.

— В 2008 году, по поручению президента РФ, в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» была подготовлена программа «Модернизация службы крови на среднесрочный период». Ее цель — обеспечение единых стандартов трансфузионной помощи на территории Российской Федерации, — сказал Владимир Уйба. — В эти годы проведены мероприятия по совершенствованию и модернизации материально-технической базы, формированию единой информационной системы службы крови и пропаганде массового донорства. В рамках реализации первого направления программы была организована поставка современного высокотехнологичного оборудования, позволяющего обеспечить заготовку качественных и безопасных компонентов донорской крови. Для решения этой задачи в учреждении службы крови поставлено

6879 единиц нового современного медоборудования. Ежегодно список пересматривается и дополняется новыми инновационными позициями. Повышается качество проводимых исследований, сокращается время, затраченное на анализы, минимизируются вмешательства операторов в процесс работы за счет полной автоматизации, необходимой для безопасности заготавливаемых компонентов донорской крови.

Перед службой крови стоит задача по внедрению современных методов оценки биологических факторов крови. Классические методы длительны, а это неприемлемо для компонентов крови, имеющих короткий срок хранения. Современная автоматизированная система позволяет получать надежные и быстрые, в течение нескольких часов, результаты.

Для эффективного решения вопросов заготовки компонентов крови в выездных условиях с 2008 года начали работать мобильные комплексы забора крови (МКЗК), позволяющие действовать вдали от стационарных пунктов. Трехлетний опыт эксплуатации позволит

усовершенствовать работу не только с точки зрения технической характеристики, но и с точки зрения расположения рабочих зон, необходимости разделения потоков доноров. В 2011 году в рамках программы начинаются поставки модулей отечественного производства.

Для реализации программы развития службы крови в рамках технического переоснащения внедряется оборудование для заготовки плазмы крови методом аппаратного плазмафереза, что уже позволило увеличить объемы заготовленной плазмы приблизительно на 75%.

За прошедшие четыре года работы Программы уже оснащены современным оборудованием 87 учреждений Службы крови в 83 регионах. Количество доноров плазмы значительно выросло, и сейчас клиническая потребность в плазме в каждом субъекте полностью удовлетворена.

София Малявина, помощник министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации, рассказала участникам Форума о коммуникационной кампании, сопровождающей Программу развития Службы крови. Она отметила важность популяризации донорства среди всего населения, особо выделив молодежь как социально активную группу общества. В России сложились традиционные донорские акции — «Авто-МотоДонор», «Спасибо, донор!», «Суббота доноров» и «День донорского совершенствования». В 2011 году успешно реализован проект «МузАртерия» — творческий конкурс Службы крови на лучшее музыкальное произведение о волонтерстве и донорстве крови, финальный концерт которого состоялся 3 декабря.

С докладом на тему развития Службы крови в Российской Федерации на Форуме выступил главный специалист гематолог-трансфузиолог Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации **Евгений Селиванов**. Он охарактеризовал состояние донорства в каждом федеральном округе России, сформулировал перспективные направления развития донор-



Анастасия Нефёдова



Анастасия Нефёдова



Анастасия Нефёдова



Анастасия Нефёдова

ства. Докладчик обратил внимание на положительный опыт регионов, в которых наибольшее количество доноров на 1000 человек населения: в Калмыкии — 27,6, Мордовии — 23,9, Туве — 23,8, Астраханской области — 20,3, Ивановской — 17,9. В России наблюдается положительная динамика увеличения количества регулярных доноров.

Директор Центра крови ФМБА России **Ольга Гришина**, вооружившись статистическими данными, убедительно показала значительное увеличение количества регулярных доноров крови и ее компонентов, подчеркнув, что это стало следствием более глубокой осведомленности населения о безопасности процедуры донации и вклада бизнеса в организацию коллективного донорства.

На Форуме выступили представители бизнеса: президент LG Electronics в России **Ким Ен Чан** и директор по связям с общественностью LG Electronics в России и странах СНГ **Татьяна Шахнес**. Вклад компании в развитие донорского движения был отмечен всеми участниками Форума. О собственном опыте донорства рассказал **Алексей Немов**, олимпийский чемпион, который служит примером участия в этой самой гуманной программе.

Станислав Давыдов, председатель правления Национального центра социальной помощи, рассказал о вкладе некоммерческих организаций в процесс укрепления института донорства крови. Нестандартными подходами к решению этой проблемы стали акции: «Олимпийские чемпионы по спасению жизней», «Донорские игры — 2010», «От сердца к сердцу», проекты «Радиодонор» и «Неделя донора». Благодаря им доноров стало больше, особенно

молодых, что само по себе чрезвычайно важно.

В рамках Форума состоялся пресс-брифинг с участием руководителя ФМБА России.

— Чем дальше мы продвигаемся по реке, как образно можно назвать Программу развития Службы крови, тем обширнее видится горизонт, — заметил на брифинге Владимир Уйба.

— На второй этап реализации программы выделены колоссальные средства, — подчеркнул он. — Мы предложили новое направление — быстровозводимая модульная станция переливания крови, которая работает в любом климатическом поясе. Срок ее службы 50 лет. Подготовлены типовые проекты на 2,5; 5 и 10 тонн заготовки плазмы, первый из них отработан на федеральной площадке в городе Лермонтове (2009 год), две другие — в Карачаево-Черкесии и в Сочи (2011). Проведенные обследования региональных станций показали, что 40 из них надо закрывать по причине технической отсталости. Поэтому столь актуален проект сооружения мобильных комплексов забора крови, который реализуется на принципах софинансирования из федеральных и региональных источников. На 2012 год подготовлены предложения по четырем субъектам на сооружение таких модульных конструкций.

Большим достижением является повсеместное внедрение аппаратного плазмафереза, гарантирующее качество и безопасность заготовок. Решается проблема восполнения дефицита белковых препаратов, в том числе альбумина. При условии оборудования современных линий по переработке плазмы, удовлетворяющих стандартам GMP, можно наладить выпуск дефицитного жизнен-

но важного препарата, что позволит заместить импорт. Подготовлены пять проектов, где будут установлены линии по переработке плазмы.

Продолжается сооружение завода в Кирове, мощность которого рассчитана на переработку 600 тонн плазмы в год. Стоимость завода 12 млрд рублей. Будут введены в эксплуатацию несколько линий по производству альбумина, иммуноглобулина, факторов крови, необходимых при лечении гемофилии. Рентабельность предприятия очевидна исходя из того, что для нужд отечественного здравоохранения ежегодно закупается только факторов крови на 11 млрд рублей.

На 2014 год запланирован технологический запуск производства, а со следующего года будет налажен серийный выпуск препаратов.

— Президент страны и премьер-министр высоко оценивают результаты работы Программы, что явилось основой для ее продления до 2014 года, — заметил Владимир Уйба. — Программа развития Службы крови уникальна, не похожа ни на какую другую, ее нельзя приостановить. В противном случае опять последуют сигналы SOS. Программа донорства — это программа жизни.

На брифинге были объявлены победители конкурса СМИ, проводившегося Службой крови в октябре — ноябре этого года при поддержке Медиасоюза, на лучший материал о донорстве крови. Дипломами и призами были награждены авторы лучших статей (Максим Горохов и Юрий Васюнькин, Москва), онлайн-публикации (Александр Сидачев, Брянск), фоторепортажа (Александр Бендюков, Новосибирск), телесюжета (Анастасия Логвинова, Королев) и радиосообщения (Мария Вдовина, Санкт-Петербург). ■

Центр крови ФМБА России: на уровне мировых стандартов



■ Денис Смирнов

службы крови качества работы, соответствующего мировым стандартам.

Недостаток финансирования, дефицит современного высокотехнологичного специального оборудования, устаревшая, неполная и противоречивая нормативная база при отсутствии жесткого контроля за деятельностью учреждений службы крови порождали возможность произвольного подхода к выпуску продукции, создавали условия необязательности контроля качества производимых компонентов крови.

Сегодня, например, хранение компонентов крови осуществляется только в специальных холодильниках, позволяющих в максимальной степени поддерживать оптимальные температурные режимы, а еще не так давно можно было применять бытовые. Быстрозамораживатели для производства свежезамороженной плазмы можно было также заменять бытовыми морозильниками. Допускалось не контролировать содержание факторов свертывания. И так далее. В итоге никто не мог гарантировать, получает ли пациент биологически полноценные и эффективные компоненты крови или непонятный коктейль, лишенный лечебного действия.

Сегодня ситуация коренным образом изменилась.

Переоснащение за счет федерального бюджета центров крови специальным высокотехнологичным оборудованием в рамках реализации госпрограммы в сочетании с упорчением вертикали управления, принятием новых нормативных актов подняло на высшую ступень уровень развития отечественной службы крови.

В перечень поставленного оборудования в целях повышения инфекционной безопасности компонентов донорской крови включен широкий спектр автоматических анализаторов для получения максимально достоверных результатов лабораторного обследования образцов донорской крови. Внедрение молекулярно-биологических методов

исследования существенно снизило риск переливания компонента крови от инфицированного донора, находящегося в периоде так называемого серологического окна.

Повысить безопасность компонентов крови призвана и создаваемая информационная база, объединяющая в единое информационное пространство сведения о каждом доноре и каждой донации.

В этом же ключе строится пропагандистская составляющая программы развития службы крови, ключевыми элементами которой являются опора на безвозмездное донорство, развитие института регулярных доноров как наиболее безопасных в плане носительства инфекций, передающихся с кровью.

Я со всей уверенностью могу утверждать, что сегодня в отечественной службе крови созданы все условия, чтобы гарантировать получателям наивысшие безопасность и качество производимой продукции.

— Как вы решаете проблему организации контроля качества готовых компонентов крови в отсутствие общепринятых методик проведения такого контроля?

— Для практического определения установленных показателей качества в нашем Центре сформирована и оснащена всем необходимым оборудованием лаборатория контроля качества, которая обеспечивает выполнение лабораторных исследований образцов донорской крови и ее компонентов по параметрам биологической полноценности, функциональной активности и лечебной эффективности.

Как вы справедливо отметили, основной проблемой в организации проведения исследований показателей качества является отсутствие общепринятых методик таких исследований. Попытки взять за основу методы исследований клинических показателей крови, применяемые в практическом здравоохранении, не всегда оказываются удачными вследствие различий в объектах исследо-

Служба крови занимает особое приоритетное место в здравоохранении России. Активное развитие высокотехнологичной медицинской помощи ведет к увеличению потребности учреждений здравоохранения в компонентах и препаратах крови. Обеспечение ЛПУ необходимым объемом безопасных и эффективных компонентов и препаратов крови отечественного производства стало главной целью стартовавшей в 2008 году Программы развития службы крови, реализуемой Минздравсоцразвития России и ФМБА России. О том, какие изменения произошли за это время в российской Службе крови, интервью директора ФГУЗ «Центр крови Федерального медико-биологического агентства» Ольги Гришиной.

— Ольга Валентиновна, обеспечение качества и безопасности выпускаемых гемотранфузионных сред является несомненным приоритетом деятельности всех учреждений службы крови. Что изменилось за последние годы в направлении повышения качества и безопасности компонентов крови?

— Глобальной целью начатых четыре года назад преобразований в службе крови ставилось достижение отечественными учреждениями



вания. При проведении, например, клинического анализа крови в лаборатории лечебного учреждения, как правило, исследуется образец капиллярной крови пациента. Лаборатория контроля качества учреждения службы занимается исследованием образцов готовых гемотрансфузионных сред, полученных из консервированной донорской крови. При приготовлении этих сред используются различные методы разделения крови на компоненты, в гемоконтейнеры добавляются консерванты и взвешивающие растворы, компоненты крови подвергаются замораживанию, отмыванию, фильтрованию, облучению и другим процедурам.

Таким образом, вследствие значительных различий физико-химических характеристик готовых компонентов крови по сравнению с кровью, используемой для проведения клинических лабораторных анализов, в учреждении службы крови должны быть разработаны и валидированы специальные, отличающиеся от общепринятых клинических, методики определения показателей качества.

Учитывая существующий пробел в нормативной базе, в лаборатории контроля качества Центра крови на основании действующих методических указаний и руководств, а также доступных зарубежных источников разработаны и оформлены в виде стандартных операционных процедур инструкции по выполнению рабочих операций для каждого из регламентированных исследований, включая отбор проб.

Правильность наших действий была подтверждена независимыми

экспертами в ходе серьезных государственных испытаний на компетентность в конце прошлого года. По результатам проверки Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии лаборатории контроля качества выдан аттестат аккредитации.

— А как изменились показатели работы в вашем Центре?

— С 2008 года в Центре крови отмечается убедительный рост (в среднем на 15–20 % ежегодно) количества донаций. Объем производства таких высокотехнологичных компонентов как, например, эритроцитная взвесь увеличился более чем вдвое, а количество производимого аферезного тромбоконцентрата позволило полностью прекратить выпуск тромбоцитов из дозы крови. Все наши потребители полностью обеспечиваются необходимыми компонентами крови. За последние три года не было ни одного отказа ни одному лечебному учреждению в удовлетворении заявки.

Особенно увеличились за последние годы показатели заготовки крови на выезде и количество выездов. Значительно возросло — с 28 до 115 количество наших партнерских организаций — коллективных доноров, где мы регулярно проводим донорские акции.

Центр крови исторически много лет плодотворно сотрудничал и продолжает сотрудничать со значительным числом предприятий оборонной отрасли — Объединенным институтом ядерных исследований, ракетно-космической корпорацией «Энергия», ракетно-космическим заводом им. Хруничева, Федераль-

ным центром двойных технологий «Союз», Машиностроительным заводом в Электростали, Научно-производственным центром автоматизации и приборостроения и др.

В последнее время этот перечень стал активно прирастать за счет крупных бизнес-структур, таких как корпорация LG-Electronics, международное агентство «Зенит-Оптимедиа», финансовая корпорация «Уралсиб», банки: ВТБ, Номос-банк, Русфинанс-банк, Сити-банк и т.д.

Немаловажным итогом работы стал приток в ряды доноров молодежи. Прекрасно, что наш донорский контингент значительно помолодел, что так много равнодушных людей среди студенчества, военнослужащих, молодых представителей бизнес-сообщества, различных молодежных организаций. Со всеми этими категориями мы активно работаем.

В качестве примера приведу нашу акцию с участием популярных и узнаваемых людей во время летнего молодежного форума на Селигере. В течение двух дней выезжавшая туда бригада Центра заготовила 262 дозы крови. Этот результат оказался самым массовым в условиях работы на базе мобильного комплекса заготовки крови и отмечен занесением в Книгу рекордов России.

— Налажен ли Центром крови индивидуальный подбор компонентов крови реципиентам?

— Необходимость проведения индивидуального подбора возникает при выполнении гемотрансфузионной терапии реципиентам с отягощенным трансфузионным анамнезом с целью снижения риска возникнове-

ния иммунных посттрансфузионных осложнений.

Возможность широкого проведения индивидуального подбора компонентов крови, позволившая значительно повысить уровень и качество наших услуг, появилась после оснащения Центра современными иммуногематологическими анализаторами.

В Центре крови, как это принято в ведущих странах, взят курс на проведение подбора компонентов крови всем реципиентам, осуществляющим лечение в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении ФМБА России. Теперь вместе с заявкой лечебного учреждения на отпуск того или иного компонента крови нам доставляется образец крови пациента. Наша лаборатория осуществляет типирование этого образца и ведет поиск компонентов крови с учетом максимальной совместимости фенотипов донора и реципиента. Это позволяет обеспечить трансфузионную терапию, особенно гематологическим больным, с учетом их антигенной структуры, без риска сенсибилизации к отсутствующим у них антигенам и, таким образом, предупреждает посттрансфузионные осложнения.

В этом году мне удалось ознакомиться с работой одного из крупнейших американских банков крови в Сан-Диего. Я увидела всю технологическую цепочку производства компонентов крови и организацию взаимодействия с получателями гемотрансфузионных сред. Могу вас заверить, что уровень применяемых в нашем Центре крови технологий ничуть не ниже.

— **Несмотря на очевидные достижения, в Москве еще встречаются проблемы, связанные с дефицитом некоторых компонентов крови, необходимых для лечения пациентов столичных лечебных учреждений. Проясните, пожалуйста, ситуацию.**

— Проблема дефицита некоторых компонентов, прежде всего резусотрицательных эритроцитов или тромбоконцентрата, действительно существует. И связана она с тем, что в столице сконцентрированы



большие федеральные клиники, которые оказывают высокотехнологичную помощь на мировом уровне. Сюда приезжают лечиться больные со всей страны, а доноров с собой, разумеется, не привозят. Кроме того, в Москве осуществляют свою деятельность учреждения службы крови различной ведомственной подчиненности (находящиеся в ведении Минздрава России и ФМБА России, Департамента здравоохранения г. Москвы, Министерства здравоохранения Московской области, РАМН, Минобороны и др.), финансируемые из разных бюджетов. Эти учреждения при всем желании, даже если у них имеется избыток, не могут просто отдать компоненты крови учреждению другой подчиненности. Межведомственная разобщенность, отсутствие у некоторых коллег желания правильно организовать свою работу в конечном итоге заставляют родственников пациентов метаться в поисках нужного компонента крови.

С тем чтобы разрешить ситуацию, хотя бы в отношении учреждений, подведомственных Минздравсоцразвития России и РАМН, в ближайшее время будут подготовлены и приняты нормативные акты, направленные на решение этой проблемы.

— **С переходом учреждений службы крови на более высокий уровень работы возросла актуальность проблемы подготовки специалистов. Как решается этот вопрос в системе ФМБА России?**

— Чтобы создать специалистам службы крови наиболее благоприятные условия для повышения своего профессионального уровня, в составе Института повышения квалификации ФМБА России образована кафедра трансфузиологии. Учебной базой новой кафедры является наш Центр крови.

Реализуя задачу прочного овладения слушателями практических навыков работы в модернизированных учреждениях службы крови, мы уделяем большую часть учебного времени практическим занятиям и строим цикл обучения непосредственно на рабочих местах в подразделениях нашего Центра. То есть в качестве учебных объектов и учебного оборудования используются реально работающие новейшие технологические комплексы. Это дает возможность слушателям своими руками профессионально овладеть всеми современными технологиями и научиться работать на любом оборудовании.

Хочу особо отметить, что у нас проходят подготовку различные специалисты службы крови — это и врачи-трансфузиологи, и врачи лабораторной клинической диагностики, работающие в интересах службы крови. Мы также осуществляем подготовку специалистов, связанных с обеспечением трансфузиологической помощи в лечебно-профилактических учреждениях. Всего на наших циклах усовершенствования ежегодно проходят обучение свыше пятидесяти врачей. ■



СПК ФМБА России в г. Челябинске: эпоха преобразований

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

ФГУ «Станция переливания крови ФМБА России» в г. Челябинске уже четыре года участвует в национальном проекте по развитию службы крови. Об этапах модернизации, ее неоспоримых плюсах и выгоде, которую в итоге получают пациенты, нуждающиеся в переливании крови, рассказала главный врач станции Светлана Белаешкина.

— В 2008 году наша станция в числе первых вошла в национальную целевую программу развития службы крови в Российской Федерации. Казалось бы, срок небольшой, но для нашей станции и, как я думаю, для всей службы крови страны последние четыре года стали эпохой кардинальных позитивных преобразований, совершенствования и соответствия требованиям сегодняшнего дня.

— Светлана Юрьевна, вы только что сравнили четырехлетний отрезок времени с эпохой. Почему так глобально?

— Ответ на поверхности: потому что за сравнительно небольшой период мы сделали такой огромный шаг вперед, чего не происходило со дня основания станции. Начнем с того, что в 2008 году станция получила новое высокотехнологическое оборудование на 100 млн рублей, включая мобильный пункт забора крови (МПЗК). Это был тяжелый, но очень интересный год, когда все происходило так стреми-

тельно, но организованно: по графику производились демонтаж старого и монтаж нового оборудования, установка АРМов, обучение медицинских кадров.

Новое технологическое оборудование, отвечающее мировым стандартам, вывело нас на новый уровень качества работы, это был подъем престижа как станции, так и труда наших медицинских сотрудников, что дало нашему коллективу уверенность в завтрашнем дне. Новое оборудование позволило нам повысить производительность труда при имеющемся дефиците медицинских кадров.

Вот результаты производственной деятельности в сравнении с 2007 годом. За четыре года среднегодовой показатель доноров составил более 10 тысяч человек, количество кроводач достигло 12 тысяч, число первичных доноров к этому году составило 20%. Объем заготавливаемой крови составляет не менее 6 тыс. литров цельной крови в год. И это не предел наших возможностей.

Кто-то скажет: объем заготовки не велик. Но мы не гонимся за объемом. Используя потенциал нашего нового технологического оборудования, коллектив видит своей главной задачей обеспечение качества и безопасности гемокомпонентов. Мы строим свою производственную деятельность, руководствуясь двумя главными, на мой взгляд, критериями. Это — потребность закрепленных за нами федеральных ЛПУ в наших гемокомпонентах и финансовые средства, выделяемые нам для удовлетворения этих потребностей главным распорядителем бюджетных средств. Я считаю, что до настоящего времени нам удается сохранять паритет этих двух составляющих нашего успеха.

— И все-таки, какова была картина дня до того, как станция получила столь значительный виток развития?

— Раньше наша станция была подведомственной РЖД. Так было до 2004 года. Руководство Южно-Уральской железной дороги вкла-



дывало в нашу станцию немалые по тем временам деньги, оплачивая нам отечественные центрифуги, микроскопы, холодильники. Дорога оплатила нам проектирование и монтаж холодильной камеры объемом 1000 литров и с температурой -35°C . Тогда она казалась роскошью, но, сравнивая ее с новой немецкой холодильной камерой, полученной нами по нацпроекту, я теперь оцениваю ту камеру как устаревшую. В 2000 году учреждение оснастили компьютерами и другой оргтехникой, что позволило нам работать по системе Единый Донорский Центр с Челябинской областной станцией. Лучшие производственные показатели были к началу 2008 года — это 2800 доноров, 6 тысяч кроводач, до 2500 литров цельной крови в год. Но этих объемов заготовленной нами крови катастрофически не хватало даже для того, чтобы покрыть потребности дорожной и отделенческой больницы ЮУЖД. Да и начавшееся реформирование МПС уже тогда угрожало тем, что недалек день, когда финансовый ручеек ЮУЖД на нашу станцию иссякнет. Были бессонные ночи и извечный вопрос: что делать?

— **Благо, на этот вопрос нашелся ответ.**

— Да, с этим не поспоришь. Неизвестно, какой ответ на этот вопрос дала бы жизнь, если бы не высоконравственный государствен-

ный подход инициатора нацпроекта по развитию и модернизации службы крови в России в лице Федерального медико-биологического агентства, являющегося сегодня координатором службы крови страны в соответствии с Постановлением Правительства РФ.

Уже сегодня работу станции замечают и отмечают также на уровне региональных властей: в 2009-м и 2010 годах нам были вручены почетная грамота от губернатора Челябинской области, а также благодарственное письмо и диплом от администрации города Челябинска.

— **Что стало основанием для поощрения вашей работы руководителями региона?**

— Уверена, что перечисленные награды нам были вручены за активную работу по пропаганде и развитию безвозмездного донорства, а значит, и здорового образа жизни среди жителей региона. Говоря о нашей работе по пропаганде безвозмездного донорства, нельзя переоценить роль МПЗК. Да, мы продолжаем успешно работать, как и до 2008 года, на станции, на железнодорожных предприятиях и на специализированном вагоне в трех областях (Челябинской, Курганской, Оренбургской) в тесном взаимодействии с руководством ЮУЖД, являющейся нашим давним и надежным корпоративным донором. Но свой высокий имидж

среди жителей Челябинской области наша СПК приобрела благодаря активной организации ярких, праздничных, креативных донорских акций как в студенческой среде, так и на городских мероприятиях среди горожан на МПЗК.

При проведении пропаганды безвозмездного донорства сегодня мы, конечно, делаем ставку на прогрессивную студенческую молодежь.

Накануне проведения студенческих акций мы идем в студенческую аудиторию с лекциями и с помощью активистов и волонтеров распространяем памятки, чтобы молодежь к нам шла морально подготовленной и с осознанным желанием стать донором. В день акции наш МПЗК мы украшаем гирляндами из шаров цвета российского триколора, выставляем разработанные нами флаги учреждения, баннеры, штендеры, стенды с памятками донорам. Мы сами готовим подарки нашим донорам: вручаем футболки, бейсболки, рюкзаки и другие сувениры с логотипом службы крови, нашим названием и телефоном, а лицам, отведенным от донорства по каким-либо показаниям, мы всегда вручаем утешительные призы.

С этого года на каждой акции используем разработанные нами ростовые куклы в форме сердца и капельки крови, что вызывает небывалый интерес к нашим акциям. Также в этом году мы провели две акции под названием «Донорское совершеннолетие», для чего разработали специальные донорские удостоверения. В этих удостоверениях помимо позиционирования нашей станции и ведомственной принадлежности к ФМБА России имеется памятка донора, отметка о первой





яркий и красивый, участвовать в котором престижно и почетно. То есть мы пытаемся призвать молодежь стать не разовыми «туристами» нашего МПЗК, а постоянными донорами с осознанной жизненной позицией взрослого, убежденного в своем деле человека, держащего курс на милосердие и гуманизм.

последствий дефицита донорской крови, которая нужна была ежедневно долгих три месяца для спасения жизни дорогих и любимых людей, я глубоко признательна руководству ФМБА России, управлению Службы крови и Центру крови ФМБА России за то, что они не только заметили и озвучили известную всем проблему критического состояния службы крови страны, но и взвалили на свои плечи глобальную по масштабам задачу: в кратчайшие сроки кардинальным образом реанимировать и оздоровить отечественную службу крови. И это удается. ■

для молодого человека кроводаче, кроме того, предусмотрено место для отметок о 40 кроводачах, о дате и месте их проведения.

Знаете, это имело колоссальный успех, ребята, буквально все, дождались вручения этих удостоверений, а организаторы и руководители вузов дали высокую оценку нашей идее. Почему я так много говорю об акциях? Потому, что мы, делая ставку на молодое поколение доноров, преследуем цель сформировать в сознании начинающих свою жизнь людей взгляд на данное событие как, с одной стороны, на «тихий подвиг» во имя спасения жизни, а с другой стороны — как на праздник,



— Такая работа, несомненно, каждый раз оставляет теплый след в сердцах ваших пациентов. А кому лично вы хотите адресовать самые сердечные слова?

— Как главный врач с двенадцатилетним стажем и как человек, переживший личную трагедию



Республиканская СПК: приоритет — модернизация

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

Служба крови Республики Дагестан включает три станции и семь отделений, которые практически обеспечивают потребность лечебной сети гемоконпонентами, диагностическими реагентами. Достижением в развитии службы крови республики явилась реализация Программы модернизации учреждений службы крови России. Отправной точкой модернизации стало постановление Правительства РФ «О финансовом обеспечении за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий по развитию службы крови». С первых дней станция была включена в первый этап нацпроекта совершенствования и модернизации материально-технической базы, что способствовало обеспечению безопасности и эффективности трансфузионной терапии, увеличению выпуска гемоконпонентов, внедрению новых методов плазмацитафереза и позволило добиться максимального соответствия выпускаемых трансфузионных средств мировым стандартам.

Значимость этой программы не только для системы здравоохранения, но и для безопасности нации отмечают в Правительстве РД, профинансировавшем строительство двухэтажного лабораторного корпуса, где размещено полученное по программе оборудование. Использование станцией высокотехнологического оборудования, мобильного пункта забора и переработки крови — уникальной передвижной станции на колесах, в которой созданы прекрасные условия для доноров и работы сотрудников, позволило улучшить качество заготавливаемой крови и ее компонентов, обеспечить иммунологическую безопасность гемотрансфузий.

Приоритетными задачами службы крови на ближайшую перспективу являются: развитие новых технологий в трансфузиологии; создание запасов вирусинактивированных, карантинизированных

компонентов крови; внедрение современных методов получения замороженных эритроцитов и новых видов донорства — компонентное и аутодонорство.

Шаги к успеху

Программу модернизации сразу же поддержала главный врач Республиканской СПК Аминат Кабардиева, при этом благодаря ее высокому профессионализму существенно улучшились основные показатели работы республиканской службы крови. В сложный период реформирования здравоохранения в 1996–2009 гг. при снижении числа доноров и объемов заготовки крови по РФ (на 12,4% и 9,5% соответственно) учреждение службы крови республики увеличило число доноров на 115%, объем заготовленной крови — на 64%, объем одной безвозмездной кроводачи увеличился с 300 мл до 439 мл (по РФ — 430, СКФО — 427). Средний показатель количества доноров на 1000 человек населения составил 16,8 (по РФ — 13,5 СКФО — 12,3). Положительным в работе является высокий удельный вес безвозмездных доноров — 99,9% (по РФ — 87%, СКФО — 99%).

Аминат Ибрагимовна начала свою трудовую деятельность в 1974 г. врачом-методистом, а продолжила заведующей отделом заготовки крови Республиканской СПК. Через 10 лет стала главным врачом этого же учреждения.

Являясь инициатором открытия иммуносерологической и иммуноферментной лабораторий в республике, главный врач Кабардиева наладила все производственные этапы заготовки и переработки крови, обеспечив бесперебойное снабжение лечебных учреждений республики кровью и ее компонентами. За период 2006–2010 гг. было заготовлено более 120 тыс. л консервированной крови, спасены жизни тысячам нуждающихся в трансфузиологической помощи больных.



Аминат Кабардиева, врач высшей квалификационной категории, заслуженный врач РД, отличник здравоохранения РФ, почетный донор России

Кроме того, под руководством главврача расширена и обновлена номенклатура выпускаемой продукции: эритроцитарная масса, обедненная лейкоцитами и тромбоцитами, отмытые и криоконсервированные эритроциты. Внедрен автоматизированный метод гелевой технологии, что позволило значительно повысить качество иммуногематологических исследований и имеет большое значение в практической медицине, дискретный и аппаратный плазмаферез, аппаратный тромбоцитаферез. В целях иммунологической и инфекционной безопасности главный врач использует в своей работе современные технологические методики: вирусинактивация, карантинизация, лейкофльтрация плазмы, замораживание эритроцитов. Будучи новатором, главврач постоянно работает в тесном контакте с практическим здравоохранением. Неоценимым вкладом для охраны материнства и детства явилось внедрение в республике лечебного плазмафереза. За многолетнюю добросовестную работу А.И. Кабардиева представлена к присвоению почетного звания «Заслуженный врач РФ». ■

21-я Международная
специализированная
выставка

**XIII Международный
медицинский форум**

**10-12 апреля
2012 ГОДА**

МЕДИЦИНА+



НАШ АДРЕС:

Россия, Нижний Новгород,
Всероссийское ЗАО "Нижегородская ярмарка"
ул. Совнаркомовская, 13, офис 225
директор форума - Антонова Лидия Ивановна
 (831) 277-55-83
факс (831) 277-51-93
E-mail: Lia@yarmarka.ru, <http://www.yarmarka.ru>





ФМБА России: итоги V Конкурса профессионального мастерства медицинских сестер

■ Полина Печникова, СПЕЦИАЛИСТ ПО МАРКЕТИНГУ ГОУ СПО ЦПО ФМБА России

Согласно Концепции развития сестринского дела в системе здравоохранения Федерального медико-биологического агентства, при организационной поддержке Российского профсоюза работников атомной энергетики и промышленности и ГОУ «Санкт-Петербургский центр последипломного образования» ФМБА России, в период с 7 по 11 ноября 2011 года прошел финал Пятого конкурса профессионального мастерства медицинских сестер. Он был организован на базе и при поддержке ФГУЗ Медико-санитарная часть № 59 ФМБА России в г. Заречный Пензенской области.

«Профессионализм и милосердие — навстречу новому» — таков девиз конкурса в этом году. Согласно положению о конкурсе, в нем предусматривался первый этап отборочных испытаний на базах медицинских учреждений и затем — финал в Заречном. Традиционно испытания лучших из лучших проходили по двум основным номинациям: творческой и профессиональной.

По инициативе организационного комитета, номинации творческой и профессиональной частей конкурса оценивались отдельно. Конкурс профессионального мастерства проходил в три этапа. Первый этап — защита научно-практической работы по теме конкурса; второй — провер-



ка теоретических знаний в форме тестового контроля; третий этап — непосредственная оценка практических навыков соискательниц. Конкурс художественной самодеятельности состоял из двух частей: «Приветствие» и «Домашнее задание». Также прошел дополнительный конкурс на лучшую фотоработу о повседневной деятельности медицинской сестры.

В конкурсе принимали участие медицинские сестры, имеющие базовое сестринское образование. Оргкомитет ставил своей целью максимально объективно подходить к оценке профессиональных компетенций медицинских сестер.

Целью этапа научно-практического исследования было мотивировать медсестер к поиску и анализу информации, изучению аспектов внедрения инновационных технологий в сестринской практике в условиях своего ЛПУ. Второй этап (тестовый контроль) уже не впервые прошел в нетрадиционной форме — с применением принципа известного телешоу «Своя игра». Участницам предлагалось 20 тем с вопросами различной степени сложности, из которых нужно было выбрать пять и ответить на них. Также имелась возможность показать свои знания, отвечая на вопрос категории «Кот в мешке» из неизвестной темы.

Апогеем конкурса профессионального мастерства стали практические испытания в форме ситуационной задачи, максимально приближенной к реальности. Трое «пострадавших» с ожогом, электротравмой, кровотечением и другими повреждениями были расположены на сцене таким образом, чтобы конкурсантка могла показать свои знания по медицинской сортировке и оказать неотложную помощь, используя предложенную аптечку и подручные средства. Видеотрансляция со сцены шла в зрительный зал.

В творческом конкурсе бронза досталась коллективу КБ № 50 ФМБА России (г. Саров Нижегородской области), серебро — хозяйкам сцены — МСЧ № 59 ФМБА России (г. Заречный Пензенской области). Золотом отмечено выступление творческой

команды ЦМСЧ № 31 ФМБА России (г. Новоуральск Свердловской области), которая зарядила положительными эмоциями весь зал, придав сил всем участницам.

Подсчет баллов производился по каждой номинации практического конкурса. Первая тройка победителей первого этапа имела право на первоочередное участие в тестовом отборе и далее — на практическом этапе. Также комитетом был учрежден отдельный приз для победителя в конкурсе научно-практических работ. Нельзя не отметить острую борьбу и высокий профессионализм участниц. Именно это привело к равному результату по баллам двух участниц, разделивших третье призовое место: это Ирина Александровна Гусева, медицинская сестра отделения анестезиологии-реанимации КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России (Санкт-Петербург), и Татьяна Михайловна Пузырева, медицинская сестра терапевтического отделения КБ № 50 ФМБА России (г. Саров Нижегородской области). Второе место присуждено Юлии Александровне Меренковой, медицинской сестре неврологического отделения МСЧ № 33 ФМБА России (г. Нововоронеж Воронежской области). Гран-при профессионального конкурса достался Эльвире Фазыльяновне Яковлевой, медицинской сестре пульмонологического отделения ЦМСЧ № 71 ФМБА России (г. Озерск Челябинской области).

Все лауреаты конкурса, по уже сложившейся традиции, были награждены не только дипломами, сертификатами и денежными премиями, но также стажировками в учреждениях здравоохранения ФМБА России, а победительница, занявшая первое место, получила возможность участия в программе краткосрочного обучения в Финляндии.

В дальнейшем конкурсная комиссия предусматривает проведение конкурсов в более узких областях сестринского дела, как-то: организация сестринского дела, операционное дело, сестринское дело в акушерстве и гинекологии, неврологии и т.д. ■



Ирина Гусева: «Важно осознать себя в нашей самой гуманной профессии»

■ ТАТЬЯНА ТЕБЕНИХИНА



Досье

Выбор жизненного пути для Ирины Гусевой был predetermined примером бабушки и мамы, посвятивших себя служению медицине. Ирина пришла в клинику им. Л.Г. Соколова ФМБА России сразу после окончания медицинского училища и уже 13 лет работает здесь. Начинала постовой сестрой, затем прошла специализацию по анестезиологии и реанимации. Третье место в V Конкурсе медицинских сестер учреждений здравоохранения ФМБА России стало закономерным итогом очередного этапа ее профессионального роста.

Конкурсы профмастерства медицинских сестер — это настоящий праздник высококвалифицированных специалистов, овладевших своим делом в совершенстве. Помимо этого, они выполняют немаловажную образовательную роль: каждая участница состязания делится с коллегами своими творческими и практическими находками. Сегодня гость редакции — одна из лучших медицинских сестер ФМБА России Ирина Гусева.

— **Ирина Александровна, примите наши поздравления с победой. Какие впечатления оставил конкурс?**

— На мой взгляд, конкурс еще раз подтвердил, что грамотное владение техникой ухода, безусловно, очень

важно, но не менее актуально осознать себя в нашей самой гуманной профессии. Недаром девиз конкурса звучал так: «Профессионализм и милосердие — навстречу новому».

Тема моей научно-практической работы — «Повышение квалификации среднего медицинского персонала при внедрении современных технологий инфузионной терапии». В нашей клинике эта манипуляция освоена хорошо, применяется на практике более 10 лет. Я обучаю этим приемам молодых коллег, помогаю преодолевать стереотипы специалистам, привыкшим работать по прежним методикам. Мануальные навыки совершенствуются на фантомах и муляжах. Собственно говоря, задача состояла не только в том, чтобы продемонстрировать, насколько виртуозно вы вводите иглу в вену, надо было рассказать, для чего производится эта манипуляция, показать ее преимущества. Медсестра должна владеть полной информацией об осложнениях, возможных при установке катетера. Мы проводим собственные исследования в повседневной клинической работе, отбираем и обобщаем информацию по этому виду манипуляций, изучаем специальную литературу. Работа по данному направлению у нас проводится уже несколько лет. Мы выпустили методические рекомендации, которые разослали во все крупные лечебные учреждения ФМБА России.

Также я участвовала в совместном образовательном семинаре Ассоциации медсестер России и компании ВД «Академия правильной инфузии». Цель семинара — повышение знаний и умений среднего медперсонала в современном подходе к обеспечению и уходу за периферическим венозным доступом. Я участвовала в разработке и внедрении протокола периферической катетеризации для всех лечебных учреждений России.

Кстати, итогом этого проекта стала научно-практическая конфе-

ренция «Единый стандарт периферического венозного доступа как возможность оптимизации работы лечебно-профилактических учреждений», которая состоялась 17 ноября 2011 года в Санкт-Петербурге. Я выступала с докладом «Организация дополнительного обучения медсестер на примере ФГБУЗ КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России».

— **Как вы считаете, что изменилось в профессии медсестры за последние годы?**

— Раньше медсестра была исполнителем воли врача, а сейчас на нее возлагается всё больше ответственности за результат лечения. Медсестра стала равноправным партнером, и немало вопросов, касающихся лечения, она решает самостоятельно. Хорошая медицинская сестра многое знает и обладает виртуозными практическими навыками, ее грамотные и четкие действия определяют успех врача. Поэтому медицинской сестре необходимо постоянно овладевать новыми навыками и методиками.

— **Кто из коллег оказал влияние на ваше профессиональное становление?**

— Прежде всего, моя семья — сложившаяся медицинская династия. Я медик в третьем поколении: мою бабушку помнят как отличного врача-рентгенолога, мама работает медсестрой более 30 лет. И в нашей больнице сформировалась хорошая профессиональная школа. Я благодарна старшей медицинской сестре Елене Ленгоровне Морозовой, главной медицинской сестре Виктории Викторовне Голиковой, которые помогли мне стать грамотным специалистом. В нашей работе нередки форс-мажорные ситуации, поэтому надо понимать врача с полуслова, в совершенстве владеть техникой медицинских манипуляций. Я дорожу честью и престижем своей профессии. Мое кредо: надо любить свою семью, к людям относиться милосердно, честно выполняя профессиональный долг. ■

МСЧ № 33: мы на правильном пути по развитию кадров

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА



Геннадий Ролдугин, начальник
ФГБУЗ МСЧ № 33 ФМБА России,
д.м.н., заслуженный врач РФ



Юлия Меренкова, победительница
конкурса

Победы в конкурсах профессионального мастерства являются реальным подтверждением эффективной кадровой политики внутри учреждения. Постоянное повышение квалификации кадров — одна из позиций начальника ФГБУЗ МСЧ № 33 ФМБА России (г. Нововоронеж Воронежской области), доктора медицинских наук, заслуженного врача РФ Геннадия Ролдугина. Геннадий Николаевич награжден медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, является автором ряда научных работ.

Идею совершенствования кадров поддерживает руководитель сестринской службы, специалист с высшим сестринским образованием Наталья Валентиновна

Профессионалов в самой милосердной профессии найти нетрудно, но победителями становятся те, кто стремится к новым знаниям, не забывая и об азах. Отличное знание профессии на V Конкурсе профессионального мастерства медицинских сестер продемонстрировала Юлия Меренкова, медицинская сестра неврологического отделения ФГБУЗ МСЧ № 33 ФМБА России, недавняя выпускница Острогожского медучилища. Она заняла почетное второе место. Победительнице вручили диплом лауреата, денежную премию и сертификат на стажировку в ведущих клиниках ФМБА России.

Хмелинина: «Большое значение для качества медицинской помощи пациентам имеет уровень образования медсестер. А доказать свое мастерство можно с такой трибуны, как конкурс. На повышение квалификации и роли медицинской сестры рассчитана Концепция развития сестринского дела в системе здравоохранения Федерального медико-биологического агентства. Результаты последнего профессионального конкурса доказывают, что мы на правильном пути по развитию кадров».

Победительница Юлия Меренкова работает медицинской сестрой в межрайонном первичном сосудистом отделении по оказанию медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Велика роль медицинской сестры в выживании больных, перенесших инсульт. Высокая квалификация, добрые взаимоотношения между медицинскими сестрами, коллегами и пациентами — это важнейшие условия эффективности медицинской помощи в ФГБУЗ МСЧ № 33.

Знание, практические навыки и милосердие — вот слагаемые успеха в конкурсах мастерства. Юлия Меренкова рассказала о том, как она шла к призовому месту: «Конкурс профессионального мастерства проходил в три этапа: защита научно-практической работы; проверка теоретических знаний; оценка практических навыков. Творческий потенциал оценивался в конкурсе художественной само-

деятельности. Кроме того, прошел дополнительный тур на лучшую фотоработу о повседневной деятельности медицинских сестер нашего лечебного учреждения. Моя научно-практическая работа была посвящена исследованию синдрома профессионального выгорания у медицинских сестер МСЧ № 33. Этот уровень выявляли при помощи специальных тестов. Проведенное исследование практически разрушило гипотезу исследования о возможно высоком уровне профессионального выгорания у медицинских сестер МСЧ, показав низкий процент. На основании данных исследований выпущено учебное пособие «Что нужно знать медицинским работникам о профессиональном выгорании».

Высоко оценили жюри и второй этап — теоретический контроль. Один из ответов на вопрос по донорству заслужил приз службы крови ФМБА России.

Но самым волнующим заданием стала практика. Трое «пострадавших» с ожогом, электротравмой, кровотечением и другими повреждениями были расположены на сцене таким образом, чтобы испытуемые могли показать свои знания по медицинской сортировке и оказать неотложную помощь, используя предложенную аптечку и подручные средства. Видеотрансляция со сцены шла в зрительный зал, поэтому каждое движение участницы отслеживалось и зрителями, и жюри. Все действия конкурсантки Меренковой оценены на «отлично». ■

ГБ МСЭ по Новгородской области: стремимся создать комфортную среду для людей с особыми возможностями

■ АНАСТАСИЯ МЕШКОВА

О работе Главного бюро медико-социальной экспертизы по Новгородской области, о задачах и проблемах, стоящих перед коллективом, и о том, как удастся их решать, мы беседуем с руководителем учреждения Викторией Орловой.

— Основными функциями учреждений медико-социальной экспертизы в соответствии с Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» является определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойкими расстройками функций организма, — рассказывает Виктория Михайловна. — В настоящее время бюро имеет статус государственного учреждения, находящегося в подчинении ФМБА России. Учреждение имеет развитую филиальную сеть, объединяющую в своей структуре десять первичных бюро (областной и районные центры), а также два экспертных состава главного бюро. Общий штат учреждения — 148 человек, более 80 % персонала имеют квалификационные категории, профессиональная деятельность многих врачей в системе МСЭ превысила 35-летний рубеж. Общая численность населения Новгородской области составляет 649 тыс. человек, и нашей основной задачей является комплексное и качественное предоставление услуг медико-социальной экспертизы гражданам.

— Действуют ли на территории области социальные программы, направленные на повышение качества жизни инвалидов и принимаете ли вы участие в их реализации?

— Под эгидой совета по делам инвалидов при губернаторе Новгородской области на территории региона действует программа «Доступная среда 2011–2015», объединившая все

органы медицинской и социальной защиты, службу занятости и т. д.

Хочется отметить активную позицию общества инвалидов, которое возглавляет Алексей Афанасьев, депутат городской думы, руководитель союза «Чернобыль» Регионального отделения Всероссийской организации инвалидов.

Реализуются многочисленные образовательные программы, проходят спортивно-досуговые мероприятия для людей с ограниченными возможностями, действует библиотека для слепых «Веда».

В настоящее время мы активно работаем над вопросами доступности среды для всех групп населения, оказывая консультативную и информационную помощь. Великий Новгород — историческая жемчужина России, и нам бы хотелось создать комфортную и дружелюбную среду для людей с особыми возможностями и привлечь туристов из России и других государств.

— Каким был для вас 2011 г. и какие планы намечены на 2012-й?

— Уходящий год выдался довольно активным: в соответствии с постановлением правительства РФ перед нами стояли сложные задачи, но все они были выполнены качественно и в срок. Не менее обширны планы на следующий год: в рамках государственной программы «Доступная среда» на 2011–2015 гг. в пилотных проектах будет реализована апробация перехода МСЭ на международную классификацию функционирования, согласно требованию ООН в рамках подписания Конвенции о правах инвалидов. Мы как учреждение, имеющее практическую направленность, принимаем активное участие в этой работе. Уже прошел ряд научно-практических конференций по проблеме внедрения МКФ в практику МСЭ, но предстоит еще много работы, в первую очередь в области повышения квалификации специалистов.



Досье

Виктория Орлова родилась в г. Североморске Мурманской области в 1966 г. Окончила Петрозаводский медицинский университет по специальности «Лечебное дело», затем проходила интернатуру при Санкт-Петербургском университете усовершенствования врачей-экспертов. По распределению была направлена терапевтом во фтизиатрическую службу ВТЭК. С 1996 г. работала терапевтом в областной ВТЭК, с 1999-го — главный эксперт. В 2005 г. назначена на должность руководителя ФГУ ГБ МСЭ по Новгородской области. Общий стаж работы в системе социальной защиты и медико-социальной экспертизы — более двадцати лет.

Врач высшей квалификационной категории (специализации: терапия и организация здравоохранения и общественное здоровье). Автор многих публикаций в печатных и электронных СМИ, сборниках НПК.

Замужем, дочери 22 года.

Одним из приоритетных направлений работы остается дальнейшее усовершенствование электронной системы информирования. Все эти задачи — звенья одной цепи, но решать их необходимо в комплексе.

Еще одной важной задачей, решение которой планируется в рамках проекта «Доступная среда», является выделение нам собственного помещения и размещение учреждения в соответствии с ратификацией Конвенции ООН о правах инвалидов. ■

Постановлением Кабинета министров Республики Татарстан от 30 декабря 1997 г. № 920 1 января 1998 г. в республике на базе врачебно-трудовых экспертных комиссий была создана Государственная служба медико-социальной экспертизы.

К началу 1998 г. в структуре Государственной службы МСЭ РТ функционировали 22 первичных бюро МСЭ общего профиля и 4 состава ГБ.

Сегодня ФГУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» представляет собой разветвленную сеть: 41 бюро МСЭ и 8 экспертных составов.



Досье

Ригель Низамов родился в д. Старые Бугады Актанышского района Республики Татарстан. В 1984 г., окончив Актанышскую среднюю школу, поступил на лечебный факультет Казанского государственного медицинского института им. С.В. Курашова. В 1988 г. перевелся на военно-медицинский факультет Куйбышевского медицинского института, который окончил в 1990 г. по специальности «Лечебное дело».

В 2006 г. с отличием окончил НОУ «Академия управления ТИС-БИ» по специальности «Юриспруденция». Военную службу завершил в 2010 г. в звании полковника. 5 апреля 2010 г. назначен руководителем — главным экспертом по МСЭ ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан». Кандидат медицинских наук. Женат, воспитывает трех дочерей. Увлекается охотой, рыбалкой.

Ригель Низамов: «Новые горизонты — это наша стихия»

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

В 2012 году в ФГУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» ФМБА России ожидается важный эпизод в истории развития учреждения. Благодаря содействию руководства ФМБА России в г. Казани будет открыто новое здание медико-социальной экспертизы, оснащенное современным оборудованием. О знаменитом событии, которое ждет весь коллектив, а также о других успехах возглавляемого учреждения рассказал руководитель — главный эксперт Ригель Низамов.

— **Ригель Халыфович, вы возглавили Главное бюро в прошлом году. Какие традиции учреждения будут вами продолжены?**

— Главная наша традиция — это передовая позиция, и все дела учреждения направлены на поступательное движение вперед. За всю историю ФГУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» наше учреждение было и остается в числе передовых. И этот статус лидера нам обязательно нужно удерживать, совершенствуя и дальше нашу работу.

— **Царица цифр — статистика доказывает успех?**

— Безусловно. Динамика первичной инвалидности среди трудоспособного населения у нас постоянно уменьшается. В итоге в период 2006–2011 гг. уровень по первичной инвалидности среди населения снизился с 68,8 до 50,5. Показатель первичной инвалидности в республике также снизился в 2010 г. по сравнению с предыдущим годом на 2,9%: в 2010 году на 10 тыс. взрослого населения он составил 75,6 (в 2009-м — 77,9).

— **Какие новшества медико-социальной экспертизы ста-**

ли применяться в учреждении в этом году? И какой главный плюс из этого извлекают ваши пациенты?

— Главным достижением этого года считаю внедрение в деятельность учреждения электронного документооборота: оказание государственной услуги по приему заявлений граждан осуществляется в электронном виде; все структурные подразделения ведут переписку между собой через портал «Электронное правительство РТ». С 1 сентября текущего года учреждение перешло на предоставление услуги по МСЭ в рамках Административного регламента по осуществлению МСЭ, утвержденного Минздравсоцразвития России. Благодаря этим техническим новшествам у нас организована четкая последовательность посещения пациентов. Каждый из них имеет индивидуальное время для прохождения освидетельствования в бюро МСЭ. В итоге человек, обратившийся в наше учреждение, находится у нас не более одного часа. И очередей у нас нет.

— **Главное бюро поистине остается главной надеждой и опорой для ваших пациентов. А какие планы рождаются в ваших стенах?**

— Мы с волнением ждем важное событие — переезд структурных подразделений, расположенных в Казани, в новое здание. Там мы планируем создать центр МСЭ, который будет отвечать всем требованиям доступности для людей с ограниченными возможностями. Это здание будет оснащено системой электронной очереди, блоком для детских МСЭ, отделом экспертной реабилитационной диагности-

ки, в котором будут представлены технические средства реабилитации и варианты квартир, полностью приспособленных для проживания инвалидов с различными видами патологий. Все поставленные цели и задачи будут обязательно достигнуты, ведь огромная поддержка нашему учреждению оказывается со стороны как ФМБА России, так и Правительства Республики Татарстан. Нам нельзя отставать. Ведь новые горизонты — это наша привычная стихия. ■

Михаил Жилюк: «Наша обязанность — принимать объективное решение»

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

По оценке Федерального медико-биологического агентства, ФГУ «ГБ МСЭ по Мурманской области» ФМБА России входит в пятерку лучших учреждений МСЭ Российской Федерации. В прошлом году учреждение отметило пятилетний юбилей. Об этом, а также о дальнейшем пути развития и качестве медико-социальной экспертизы рассказывает руководитель — главный эксперт по медико-социальной экспертизе ГБ МСЭ по Мурманской области Михаил Жилюк.

— Учреждения, занимающиеся установлением инвалидности, в России существуют довольно долго. За это время система, разумеется, претерпела немало изменений. Не будем слишком углубляться в историю, и точкой отсчета последнего преобразования возьмем 2005 год. Именно тогда на территории Мурманской области в соответствии с четвертой статьей федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ» было создано федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Мурманской области».

До этого момента в нашем регионе существовали несколько учреждений такого типа, находившихся в подчинении региональных и муниципальных органов власти. Их объединили в единую структуру с множеством филиалов, подчиняющихся Главному бюро. Деятельность стала более упорядоченной и согласованной, появилась определенная самостоятельность, это касается многих направлений работы, в том числе финансирования. На сегодня основная деятельность нашего

учреждения — оказание государственной услуги по проведению освидетельствования граждан с целью установления инвалидности и определения степени утраты профессиональной трудоспособности. А также определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством предусмотрено предоставление семье умершего мер социальной поддержки. С тех пор прошло шесть лет, это достаточный срок для подведения первых итогов работы.

— **Михаил Александрович, вы являетесь руководителем учреждения с первого дня его существования. Поэтому самое почетное и взвешенное итоговое слово прозвучит именно от вас.**

— Со своими задачами мы справляемся, и результаты нашей работы вполне ощутимы. Но если вернуться к началу пути, признаю, что на тот момент ситуация с материально-техническим оснащением была в плачевном состоянии и помещения требовали капитального ремонта. Но мы делали все возможное, и сегодня в распоряжении учреждения — здания с качественным ремонтом в основном помещении и в большинстве

филиалов, современные автомобили и даже автобусы для транспортировки инвалидов. Инфраструктура наших городов не всегда позволяет людям, вынужденным передвигаться в инвалидных колясках, спускаться с верхних этажей вниз — нет ни соответствующих лифтов, ни дверных проемов. К таким людям сотрудники МСЭ для проведения освидетельствования приезжают домой.

В ходе освидетельствования гражданам даются все необходимые разъяснения о порядке и условиях проведения медико-социальной экспертизы, социально-правовых последствиях признания лица инвалидом, целях и задачах реабилитационных мероприятий.

— **Тем не менее, как бы ни совершенствовалась работа системы или отдельного бюро МСЭ, среди обслуживаемого вами населения можно услышать проблемный вопрос, касающийся установления бессрочной инвалидности, что избавило бы человека от ежегодных походов на врачебные комиссии. Как вы оцениваете эту проблему?**

— Желание или требование граждан об установлении инвалидности без указания срока освидетельствования, то есть бессрочно, является одной из сложностей нашей работы. Однако этот вопрос четко регламентируется постановлением Правительства РФ, есть конкретный Перечень заболеваний и определенные условия для вынесения такого решения.

Разумеется, мы понимаем то, что людям тяжело каждый год проходить медицинские комиссии, к тому же с каждым годом они не молодеют. Итак, для чего же нужны нам ежегодные освидетельствования и почему инвалидность не устанавливается, скажем, на пять, десять лет? Дело в том, что одной из задач медико-социальной экспертизы является разработка индивидуальной программы реабилитации, которая дает неплохие результаты, особенно у молодых людей. Но для при-



Досье

Михаил Жилюк, руководитель – главный эксперт по медико-социальной экспертизе.

Родился в 1953 году. Прошел многоступенчатое образование: факультет подготовки врачей для ВМФ Военно-медицинской ордена Ленина Краснознаменной академии им. С.М. Кирова по специальности «Лечебно-профилактическое дело», факультет руководящего медицинского состава в той же академии по специальности «Лечебно-профилактическое обеспечение войск»; в этот период дважды

обучался в интернатуре Медсостава КТОФ г. Владивостока по хирургии и терапии с военно-морской терапией; следующий этап – Северо-Западная академия государственной службы в Санкт-Петербурге по специальности «Государственное и муниципальное управление».

Однако и это не стало точкой в образовании, так как впоследствии Михаил Александрович постоянно расширял свой медицинский кругозор, проходя различные специализации на факультете переподготовки и повышения квалификации ВМА им С.М. Кирова; на военно-медицинском факультете при РМАПО; в Государственном институте усовершенствования врачей МО РФ; на кафедре организации МСЭ и реабилитации инвалидов по направлению «Организация медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» в ФГУ «Санкт-Петербургский институт усовершенствования

врачей-экспертов Минздравсоцразвития России».

Имеет большой управленческий опыт: служил начальником медслужбы в плавсоставе на РПКСН и различных лечебно-организаторских должностях в госпиталях, комиссиях и санатории ВМФ флота РФ; замначальника управления по социальным вопросам администрации г. Мурманска. В 2004 году был ведущим специалистом отдела ветеранов и инвалидов, международной деятельности Комитета по социальной защите населения и труду администрации Мурманской области. И уже с 2005 года по настоящее время является руководителем – главным экспертом по МСЭ ФГУ «ГБ МСЭ по Мурманской области» ФМБА России.

Заслуженный врач России. Имеет множество правительственных наград, наград МО и ВМФ РФ, общественных организаций. Хобби – охота, рыбалка и путешествия.

знания человека инвалидом мало нарушений здоровья, учитывается еще и социальный аспект. Олигарх или просто хорошо обеспеченный человек, даже имея физический дефект, в социальной защите не нуждается, поскольку располагает более чем достаточными средствами для своего содержания.

Как доказательство успешного проведения реабилитационных мероприятий можно привести отличнейшие результаты наших спортсменов в Паралимпийских играх. Положительная тенденция отмечается и у остальных людей, не занимающихся профессионально спортом. Поэтому реализация реабилитационных программ – это наиважнейший пункт постоянного взаимодействия пациента и сотрудника Главного бюро.

Не секрет, что решения медико-социальной экспертизы зачастую граждан не устраивают. Причины бывают самые разные, нюансов множество. Встречаются граждане, недовольные результатами медико-социальной экспертизы,

однако наша обязанность – принимать объективное решение, пусть оно не всегда совпадает с желанием человека.

— Для таких случаев существует порядок обжалования? Каков этот порядок?

— Мы проводим освидетельствование в главном бюро в том случае, если гражданин не согласен с результатом освидетельствования в наших филиалах-бюро. Если его не устраивает решение и Главного бюро, существует третий уровень – федеральное бюро МСЭ, которое находится в Москве по адресу: ул. Ивана Сусанина, д. 3. Есть и второй вариант обжалования – сразу обратиться в суд. Подобные случаи в нашей практике отнюдь не редкость, но случаи изменения решений наших филиалов-бюро единичны.

Приведу, к примеру, статистику 2009 года: в филиалах-бюро МСЭ Мурманской области было освидетельствовано 19406 человек. По обжалованию было отменено

54 решения, из них в Главном бюро – 48 решений, в Федеральном бюро МСЭ – 5 решений, в судебном порядке – 1, что суммарно составило 0,3% от числа освидетельствованных.

Таким образом, 99,7% решений в филиалах-бюро МСЭ было вынесено обоснованно. Для сравнения: в 2004 году удельный вес отмененных решений от общего числа освидетельствованных составлял 0,6%. Это говорит о том, что ФГУ «ГБ МСЭ по Мурманской области» проводит колоссальную работу, направленную на повышение качества медико-социальной экспертизы.

Не могу не отметить, что, по оценке Федерального медико-биологического агентства, ФГУ «ГБ МСЭ по Мурманской области» входит в пятерку лучших учреждений МСЭ Российской Федерации. И этой оценкой мы дорожим, поэтому и дальше будем совершенствовать свою работу. Иначе нельзя, ведь тысячи людей ждут нашей поддержки. ■



Тамара Абрамова: «Мы реально помогаем людям»

■ АЛЕКСАНДРА ПОПОВА

стве. Как вы взаимодействуете с другими организациями вашего профиля?

— Я являюсь членом совета по делам инвалидов при главе Республики Коми. Мы постоянно сотрудничаем с Фондом социального страхования, в особенности по вопросам, связанным с техническими средствами адаптации. В тесном контакте работаем с органами соцзащиты, медучреждениями, со службой занятости. Давние партнерские отношения установлены у нас с различными общественными организациями — Всероссийским обществом инвалидов, обществами слепых, глухих. Вопросы, связанные с жизнью инвалидов, невозможно решать изолированно.

— **Бюро имеет много филиалов. Как организована работа между ними?**

— В нашем ведении находится одна из самых больших территорий, однако населенные пункты мало заселены, поэтому наше бюро имеет 24 филиала. Основная функция филиала состоит, как правило, в освидетельствовании граждан. Главное же бюро, наряду с основными функциями, занимается бухгалтерской, кадровой, юридической, экономической, статистической работой.

— **Тамара Александровна, вы занимаетесь медико-социальной экспертизой уже более 33 лет. Какие важные изменения, на ваш взгляд, произошли в этой сфере?**

— Когда я начинала работать, человек всеми силами держался за свое рабочее место. Инвалидности боялись и не хотели. Сегодня, как это ни печально, инвалидность стала способом дохода. Это связано в большинстве случаев с тем, что масса социальных гарантий и привилегий привязаны к инвалидности. Вся система здравоохранения построена на том, что сначала нужно получить документы, а потом уже назначают льготы и лечение. А должно быть наоборот. В этом я вижу некоторое несовершенство нашей системы.

— **Какие еще трудности возникают в работе?**

— Одна из важнейших проблем состоит в решении спорных вопросов и неординарных ситуаций, по которым твердую и однозначную позицию в законах и указах мы найти не можем. Необходимы проработка и совершенствование нормативной базы. Другая сложность — в отсутствии молодых кадров. Молодые специалисты зачастую не знают, что такое медико-социальная экспертиза: в медвузах нет соответствующих дисциплин. К тому же система оплаты труда не предполагает коммерческих услуг — значит, дополнительного дохода у нас нет. А работа довольно сложная: нужно знать социальное, трудовое право, разбираться в производственных особенностях разных профессий, быть психологом.

— **Означает ли это, что в медико-социальную экспертизу приходят только по-настоящему увлеченные люди?**

— Действительно, случайных людей у нас нет. Примером для нашего коллектива, профессионалом с большой буквы является В.А. Ясаков. Он был главным экспертом до меня. Фактически, я его преемница. Виктор Александрович всегда был готов дать мудрый совет, оказать сильную помощь. Весной этого года он ушел на заслуженный отдых.

— **Тамара Александровна, если бы у вас было больше возможностей, в каком направлении вы бы их использовали?**

— Прежде всего я бы организовала работу по привлечению молодых кадров через решение проблем материального стимулирования. Также большого внимания требует организация межведомственного электронного взаимодействия. Это значительно облегчило и ускорило бы деятельность бюро и его филиалов. Ведь наша работа сложна, но очень интересна. Не хотелось бы говорить громких слов, но так и есть: мы реально помогаем людям. ■

Досье

Тамара Абрамова руководит Главным бюро медико-социальной экспертизы по Республике Коми с 2005 года. Окончила Архангельский мединститут в 1977 году, затем интернатуру. По распределению была направлена на должность председателя межрайонной ВТЭК одного из подразделений Сыктывкара, где пришлось поднимать все с нуля. Позже стала главным экспертом по врачебно-трудовой экспертизе Министерства социального обеспечения Республики Коми, а затем — руководителем ФГУ «ГБ МСЭ по Республике Коми». Заслуженный работник социальной защиты населения РФ.

— **Н**аша структура стоит на рубеже между человеком с его болью и государством, установившим строгие правила, которые мы изменить не имеем права, — говорит Тамара Абрамова, руководитель ГБ МСЭ по Республике Коми. — В этих условиях наша основная задача — установить, насколько человек нетрудоспособен, и разработать программу реабилитации и адаптации. Также бюро решает все смежные вопросы, связанные с инвалидностью.

— **Медико-социальная экспертиза является лишь одним звеном в цепи обеспечения инвалидам помощи и их адаптации в обще-**

Елена Набиева: «Я горжусь нашим коллективом!»

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

Елена Набиева возглавляет Главное бюро медико-социальной экспертизы по Магаданской области. О работе вверенного ей учреждения она рассказала в интервью журналу.



Досье

Елена Набиева, руководитель — главный эксперт по МСЭ ФГУ «ГБ МСЭ по Магаданской области» ФМБА России. Является руководителем с 1999 года. В сфере МСЭ Елена Алексеевна пришла в 1998 году, когда стала работать руководителем в Главное бюро медико-социальной экспертизы при Управлении социальной защиты по Магаданской области. А первые шаги в медицину начались в 80-х годах. Сначала Елена Алексеевна окончила медицинское училище, а потом Алтайский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело», после чего прошла интернатуру и специализацию по неврологии на базе Магаданского областного больницы. В течение одиннадцати лет работала врачом-неврологом в Магаданском центре профпатологии.

В 2011 году окончила Санкт-Петербургскую академию управления и экономики. Имеет две высшие категории по неврологии и организации здравоохранения. Неоднократно награждалась благодарственными грамотами администрации Магаданской области и Магаданской областной думы.

Имеет почетную грамоту Министерства здравоохранения РФ.

— Елена Алексеевна, какова специфика работы вашего учреждения, если принять во внимание географический фактор? Ведь Магаданская область — это суровый край.

— Наш край хоть и суровый, но очень красивый. К тому же с большой площадью: по территориальному признаку область занимает 9-е место по России. На самом деле Магаданская область не отличается от других регионов России по структуре и причинам инвалидности. Однако определенную параллель между учреждениями МСЭ центральных регионов России и нашей области можно провести. Так, когда формировались филиалы учреждения, то учитывались следующие факторы: социально-демографический, географический, территориальный. Дело в том, что Магаданская область отличается очень большой территориальной протяженностью с низкой плотностью населения (0,4 человека на 1 кв. км). Поэтому в год у нас проводится всего около 3 тыс. освидетельствований. Большая протяженность и отдаленность поселений от областного и районных центров объясняет отсутствие у нас межрайонных бюро.

— Как преодолеваются расстояния?

— Наши услуги доступны, и мы в полном объеме проводим весь комплекс медико-социальной экспертизы в любой точке Магаданской области. Для отдаленных районов у нас действуют выездные бригады, существует авиа- и автомобильное сообщение. То есть расстояния — это не барьер для наших специалистов.

— Какие связи налажены между Главным бюро и другими структурами области?

— «ГБ МСЭ по Магаданской области» постоянно расширяет

и укрепляет круг взаимодействий. Работают связи со специалистами городской службы занятости, департаментами здравоохранения и образования Администрации Магаданской области, Магаданским региональным отделением Фонда социального страхования РФ, общественными организациями инвалидов.

— Елена Алексеевна, вы опытный руководитель. Наверняка у вас сформировались определенные управленческие установки. Какие они?

— Незыблемым правилом в работе я считаю строгое знание и соблюдение законодательства, регламентирующее деятельность МСЭ. Главным образом, специалистами не допускаются неправомерности вынесенных экспертных решений, а я всегда контролирую эту часть работы. По отношению к гражданам, я убеждена, всегда нужно действовать в рамках соблюдения этики и деонтологии. И, безусловно, свою работу я строю в отношении бережного отношения к кадрам.

— А принцип бережности исходит из того, что вы сами подбিরали кадры?

— Не только. Ведь по сути каждый работающий у нас человек на вес золота. Молодые специалисты не хотят ехать в наши края. Вузов, которые готовят врачей МСЭ, у нас нет. Однако, несмотря на все трудности, у нас собраны компетентные, высокопрофессиональные кадры. Я очень люблю наш коллектив и дорожу каждым сотрудником. У нас царят добрые, по-настоящему теплые отношения. Наше бюро — это территория комфорта не только для пациентов, но и для сотрудников. У нас живая, активный коллектив, в котором есть и свои традиции. Юбилей учреждения и дни рождения сотрудников всегда превращаются в праздник. ■

Главное бюро МСЭ по Удмуртии: наш путь — передовые технологии и инновации

■ Нина Злаказова

ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» занимает достойное место среди учреждений медико-социальной экспертизы в регионах Российской Федерации. Об этом говорит и тот факт, что руководитель учреждения Екатерина Мухаметгалеева стала лауреатом Всероссийской премии «Лучший врач года» в номинации «Лучший врач медико-социальной экспертизы». В последнее время в медико-социальной экспертизе появляется много нового, и Главное бюро Удмуртской Республики часто выступает разработчиком новых методик, основ нового подхода к системе МСЭ в Российской Федерации.



Александр Андрушкев

Бюро медико-социальной экспертизы расположены в четырех городах республики — Ижевске, Можге, Глазове и Сарапуле. Все специализированные бюро: педиатрическое, педиатрическо-психическое, офтальмологическое, педиатрическо-офтальмологическое, психическое, для больных туберкулезом и для лиц с психическими расстройствами — находятся в Ижевске.

Коллектив ФГУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» состоит из высококвалифицированных специалистов, в числе которых кандидаты медицинских наук, заслуженные работники здравоохранения и социальной защиты; 83 % специалистов Главного бюро имеют квалификационные категории. В коллективе большое внимание уделяют молодым специалистам, их направляют в интернатуру и ординатуру в ведущие профильные учебные заведения: Санкт-Петербургский институт экспертизы и Федеральное бюро медико-социальной экспертизы в Москве.

Ежегодно в службе МСЭ в Удмуртии проходят освидетельствование около 40 тысяч человек, из них около 4 тысяч — дети и подростки.

Сегодня одним из приоритетных направлений является реабилитация инвалидов, она же становится и главным звеном в системе социальной защиты людей с ограниченными возможностями.

Цель реабилитации — восстановление социального статуса человека, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация, интеграция или реинтеграция в общество. Механизм реабилитации работает благодаря индивидуальной программе реабилитации (ИПР), которая с марта 2005 г. разрабатывается для каждого человека, признанного инвалидом. В Главное бюро МСЭ обращаются и те, кто ранее, до 2005 г., был признан инвалидом без срока переосвидетельствования или по каким-то причинам не имеет индивидуальной программы реабилитации: для таких людей специалисты бюро также формируют необходимые реабилитационные мероприятия. В настоящее время можно отметить значительную положительную динамику в работе службы МСЭ по проблемам реабилитации инвалидов, наблюдается рост процента охвата инвалидов индивидуальными программами благодаря как работе службы, так и заинтересованности самих людей в реабилитации.

Федеральное учреждение МСЭ обеспечивает доступность медико-социальной экспертизы для всего населения региона. Для этого проводятся выездные заседания комиссий, работа ведется согласно графику, который утверждается на полгода и доводится до сведения медучреждений и пациентов. Если у пациентов возникают вопросы, требующие консультации, они могут обратиться в любой день (по телефону, через сайт или прийти лично) к специалистам Главного бюро, а также к заместителю руководителя по экспертной работе или к руководителю учреждения — главному эксперту по Удмуртии в приемные дни.

Объем оборудования диагностической базы медико-социальной экспертизы в Удмуртии соответствует требованиям, предъявляемым к учреждениям МСЭ. Здесь имеется современное оборудование для проведения экспертно-реабилитационной диагностики. Кроме того, есть качественное офтальмологическое оборудование. В отделе экспертно-реабилитационной диагностики имеется специализированный

Служба медико-социальной экспертизы в Удмуртии была создана в 1997 г., когда началась поэтапная реорганизация структуры ВТЭК и создание на ее основе новой Государственной службы медико-социальной экспертизы. Основное направление деятельности ФГУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике», как и всех учреждений МСЭ по РФ — проведение экспертной диагностики пациентов для определения их реабилитационного потенциала, ограничений жизнедеятельности, уточнения потребности человека в мерах социальной защиты. На службу МСЭ возложено определение группы инвалидности и ее причин. Специалисты МСЭ определяют, в каких видах социальной защиты нуждается человек, разрабатывают индивидуальные программы реабилитации инвалидов и комплексные программы профилактики инвалидности. В структуру учреждения входят 4 экспертных состава главного бюро, 22 бюро, административно-управленческий аппарат и отделы.

аппарат «Баланс-мастер», которых в России всего несколько десятков. С его помощью специалисты проверяют функциональные возможности человека, чтобы объективно оценить нарушения баланса стоя и в движении, после чего эксперты принимают решение о необходимости тех или иных технических средств реабилитации. Главное бюро планирует приобрести оборудование для функциональной оценки и диагностики опорно-двигательного аппарата, на котором можно проводить тесты на имитацию подъема тяжестей, различных профессиональных действий и другие. Еще одно очень важное направление — социально-бытовая адаптация инвалидов. В здании Главного бюро МСЭ в Ижевске создан модуль жилого помещения, где специалисты обучают и показывают пациентам и их родственникам, как можно оборудовать жилое помещение с учетом потребности инвалида: очень часто люди с ограниченными возможностями не знают, какими простыми и дешевыми средствами можно обойтись для самостоятельного обслуживания. В некоторых экспертных случаях проводится суточное мониторирование: пациенту устанавливается аппарат, изучающий функцию работы сердца в течение суток, при этом человек ведет свой обычный образ жизни, заполняя карту своего дня. Хорошая оснащенность во многом помогает специалистам принять грамотное экспертное решение, точно определить реабилитационный потенциал человека, подобрать реабилитационные меры и мероприятия.

Екатерина Мухаметгалеева, руководитель Главного бюро, отмечает, что врач медико-социальной экспертизы — это многопрофильный специалист. Для вынесения правильного экспертного решения о при-

знании гражданина инвалидом необходимо оценить все имеющиеся нарушения функций организма и его реабилитационный потенциал. Это позволит приступить к комплексной разработке индивидуальной программы реабилитации, помогающей человеку стать полезным членом общества. Цель работы бюро МСЭ, как считает Екатерина Дмитриевна, можно сформулировать так: независимо от горестей и болезней пациента нужно вернуть его к полноценной жизни.

Екатерина Мухаметгалеева возглавляет Главное бюро с июля 2009 г. Руководимое ею учреждение находится в авангарде перемен, происходящих в российской службе МСЭ в связи с подписанием Международной конвенции о правах инвалидов. Именно поэтому работа всего бюро в целом была отмечена как организаторами Всероссийского конкурса «Лучший врач года», так и медицинской общественностью России. Ближайшие планы работы учреждения связаны с переходом на новые критерии определения инвалидности. Ввод новых критериев на территории России будет осуществляться постепенно, поэтапно, и здесь Главное бюро МСЭ по Удмуртской Республике опять окажется в числе передовых: новый подход, реализуемый в соответствии с международной классификацией функционирования (МКФ), будет апробирован в трех субъектах РФ, в число которых входит и Удмуртия.

В июне 2011 г. в Ижевске в рамках федеральной программы «Доступная среда на 2011–2015 гг.» состоялась I научно-практическая конференция, посвященная совершенствованию российской системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в рамках перехода на МКФ. 4–5 раз в год специалисты-эксперты собираются вместе в разных регионах России, чтобы обсудить последние решения по развитию службы МСЭ.

Между бюро МСЭ, находящимися в разных городах Удмуртии, созданы защищенные каналы связи, что позволяет оперативно реагировать на обращения пациентов. В послед-



Досье

Екатерина Мухаметгалеева родилась 4 мая 1972 г. в Ижевске.

Окончила Ижевский медицинский институт по специальности «лечебное дело».

С 1998 г. занимала должность терапевта-эксперта экспертного состава Главного республиканского бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике. С 2005 г. работала заместителем руководителя бюро по экспертной работе.

8 июля 2009 г. назначена руководителем — главным экспертом ФГУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике».

Кандидат медицинских наук. Заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики. В 2011 г. заняла 2-е место во Всероссийском конкурсе «Лучший врач года».

нее время ведется работа с помощью Единого портала государственных услуг. Главное бюро работает в рамках федеральной программы по электронному документообороту, его специалисты обмениваются информацией по обращениям граждан, быстро анализируют их благодаря защищенным каналам связи и в кратчайшие сроки отправляют документы на место. Новая система будет отрабатываться в пилотных регионах — Удмуртии, Хакасии, Тюменской области. ■



Александр Андрушас



Досье

Александр Захарьян — руководитель ФГУ «ГБ МСЭ по Новосибирской области» ФМБА России. Врач высшей квалификационной категории. Доктор медицинских наук.

Родился 19 марта 1963 года в Новосибирске. В 1980 году, по окончании средней школы, поступил

в Новосибирский государственный медицинский институт. В 1986 году окончил его по специальности «лечебное дело».

Первый рабочий опыт Александр Гарьевич получил в отделе социального обеспечения Новосибирского облисполкома. В это же время прошел годичную специализацию в Санкт-Петербургском институте усовершенствования врачей-экспертов по хирургии. С 1987 по 1989 год работал хирургом-экспертом в онкологической ВТЭК; с 1989 по 1995-й — председателем этой же комиссии. Следующие три года занимал должность руководителя Главного бюро МСЭ, которое существовало при Управлении социального обеспечения. В 2009 году был назначен и.о. руководителя Главного бюро. В 2010 году утвержден на эту должность.

В 1992 году защитил кандидатскую диссертацию, в 2000 году получил ученую степень доктора медицинских наук. Тема докторской диссер-

тации — «Социально-гигиенические вопросы инвалидности, медико-социальная экспертиза и реабилитация при рецидивах злокачественных новообразований». Профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья Новосибирского медицинского университета, академик Российской академии медико-технических наук, отличник здравоохранения Российской Федерации.

Женат, в браке 27 лет. Супруга Александра Гарьевича также работает в системе МСЭ, с 1997 года она является председателем онкологического бюро МСЭ. Старшая дочь окончила медицинский университет, интернатуру по психиатрии, младшая дочь выбрала экономическое образование.

Александр Захарьян — автор более 90 публикаций (статьи, учебно-методические пособия, методические рекомендации), четырех монографий.

Александр Захарьян: «Мой основной принцип — это коллегиальность в сочетании с единоначалием»

■ Екатерина Шипицина

Этот главный управленческий принцип лежит в основе работы руководителя — главного эксперта ФГУ «Главное бюро МСЭ по Новосибирской области» ФМБА России, доктора медицинских наук Александра Захарьяна.

Выдержка золотой середины в построении рабочих отношений всегда является гарантом плодотворной работы руководителя и возглавляемого учреждения. Как доказательство: сегодня медико-социальная экспертиза по Новосибирской области представляет собой обширную сеть учреждений, состоящую из тридцати бюро, пяти экспертных составов главного бюро, шести отделов, обеспечивающих деятельность всего учреждения. Организация постоянно развивается. Ежегодно здесь проводится более 60 тысяч освидетельствований.

О рабочих планах учреждения, его истории и других вопросах, связанных с ФГУ «Главное бюро МСЭ по Новосибирской области» ФМБА России, корреспонденту журнала рассказал его руководитель.

— Александр Гарьевич, расскажите, как зародилась служба медико-социальной экспертизы в Новосибирской области. Что стало отправной точкой для истории учреждения и как охарактеризуете современный этап развития Главного бюро?

— Когда в 1999 году в нашем учреждении готовились к очеред-

ной юбилейной дате — это был 80-летний рубеж, мы обратились к архивам Новосибирской области. Согласно изученным документам, истоки становления нашей службы нужно отнести к далекому 1919 году. Именно в тот год вышло постановление о создании на территории Сибири отделов Труда и социального обеспечения, в функции которых входила организация

врачебно-трудовых экспертных комиссий.

Первая серьезная реорганизация произошла в 1997 году. А именно: была создана Государственная служба медико-социальной экспертизы на праве самостоятельного юридического лица при Управлении социальной защиты населения Новосибирской области. Следующая важная веха в истории — это 2005 год, когда



Ольга Барковская, заместитель руководителя по экспертной работе, к.м.н., врач-терапевт высшей квалификационной категории

была создана Федеральная государственная служба медико-социальной экспертизы.

Помню, как в 1986 году я пришел в эту службу — у нас было всего около 60 врачей, существовала лишь сеть областных и районных врачебно-трудовых экспертных комиссий, отсутствовали другие структурные подразделения. На сегодняшний день у нас по штатному расписанию насчитывается 511 единиц и фактически занято 284 ставки. То есть численность коллектива за последние годы увеличилась примерно в четыре раза.

— А что можете сказать о качестве коллектива, его потенциале?

— У нас сформировалась отличная команда единомышленников, где главными являются единые взгляды, цели и задачи. На сегодняшний день у нас в коллективе один доктор медицинских наук, три кандидата медицинских наук, кроме того, работают два отличника здравоохранения РФ. Более половины врачей имеют высшую квалификационную категорию, 10% — первую категорию. Проводится работа по привлечению в службу молодых специалистов, формированию кадрового резерва и обеспечению преемственности передачи накопленного экспертного опыта новому поколению.

— Какие новые веяния наблюдаются в сфере медико-социальной

экспертизы в Новосибирской области?

— Если брать во внимание кадровый вопрос, то в настоящее время нами ведется работа по привлечению дополнительных специалистов. Речь идет о врачах — специалистах по реабилитации, психологов, специалистов по социальной работе. Были созданы организационно-методический отдел, отдел по организации работы с документами, планово-финансовый отдел и отдел кадрово-правового обеспечения. Первопричиной таких изменений стал федеральный закон «О социальной защите инвалидов в РФ», принятый в 1995 году. Появились новые функции и задачи, что и потребовало привлечение дополнительных специалистов. Фактически эти специалисты были введены в 1997 году, но комплектация идет и сегодня.

— Ваше учреждение является подведомственным ФМБА России. Что, на ваш взгляд, изменилось с момента перехода в эту структуру?

— Наш переход от агентства по здравоохранению, после его ликвидации, к ФМБА России произошел в 2008 году. Став структурной единицей Федерального медико-биологического агентства, мы приобрели только плюсы. Первое, что нужно отметить, это появившаяся возможность унифицировать работу службы. Ведь раньше все замыкалось на уровне субъекта РФ и, соответственно, очень сложно было формировать единые подходы к проведению экспертизы, а также ведения документооборота. Курация службы Федеральным медико-биологическим агентством, владеющим богатейшим опытом по организации работы в сложнейших ситуациях и условиях, позволяет надеяться на своевременную, квалифицированную помощь в организационных, правовых вопросах деятельности учреждения и мощную материально-техническую поддержку. Если говорить от общего к частному, то в нашем учреждении заметно улучшилась материально-техническая база.

— Александр Гарьевич, вы возглавили Главное бюро два года на-

зад. Какие рабочие планы у нового руководителя?

— В этом году 1 августа я отметил свой профессиональный юбилей — 25 лет службы в медико-социальной экспертизе. У меня был последовательный путь: от врача межрайонной ВТЭК до руководителя. Был председателем межрайонной врачебно-трудовой экспертной комиссии, областной ВТЭК. До вступления на эту должность отработал десять лет заместителем руководителя по экспертной работе. Эту сферу я изучил подробно, и есть накопленный опыт, который пригодится мне на этом посту. Из тех задач, которые стоят передо мной и коллективом сегодня, выделю основную — это сделать процесс проведения медико-социальной экспертизы более качественным, доступным и комфортным для больного. Это невозможно без совершенствования организационных решений в работе, укрепления материально-технической базы учреждения, переводе государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы граждан в электронный вид. Для этого нам необходима дополнительная компьютерная и другая оргтехника, ведь пока в каждом бюро есть только по два компьютера, а для полноценной работы требуется не менее 4–5 единиц. Думаю, что впоследствии этот вопрос также будет благополучно решен. А процесс совершенствования качества экспертизы перманентный, и очень сложно расставлять точки в этом деле.

— Как построена работа учреждения и какова его структура?

— Первичную экспертную работу осуществляют тридцать бюро. Для координации их работы и проверки качества создано пять составов главного бюро, которые в свою очередь подчиняются заместителю по экспертной работе Ольге Сергеевне Барковской. В ее же ведении находится организационно-методический отдел и отдел по работе с документами. Второй блок — это хозяйственные и общие вопросы. Его возглавляет заместитель руководителя по общим вопросам

Любовь Александровна Семке. К этому блоку относятся отдел информационно-статистического обеспечения, отдел по общим вопросам, транспортный отдел.

Действует планово-финансовый отдел, находящийся в подчинении главного бухгалтера Нины Николаевны Петровой. Существует отдел кадрово-правового обеспечения, который напрямую подчиняется руководителю. Безусловно, мною осуществляется координация всех этих блоков.

– Александр Гарьевич, под общим словом «координация» определенно должны стоять конкретные управленческие принципы. Возможно, есть только один, но самый главный, который присущ именно вам. Поделитесь личным кредо руководителя.

– Я руководствуюсь принципом коллегиальности в сочетании с единоначалием. Как этот принцип действует на деле? Мы с помощниками совместно определяем основные направления, ставим задачи, назначаем исполнителей и далее – контроль за их исполнением.

– Какое из направлений работы учреждения является приоритетным? И почему?

– Мы обычно имеем дело с людьми, у которых уже есть признаки инвалидности, и поэтому приоритетным вопросом для наших специалистов является реабилитация лиц с ограниченными возможностями с последующим вовлечением их в общество. Наша задача – корректно использовать остаточные возможности гражданина, признанного инвалидом. Для этого как раз и разрабатываются индивидуальные программы реабилитации. Естественно, уделяется внимание и вопросам профилактики инвалидности.

С целью совершенствования реабилитационной деятельности и профилактики инвалидности постоянно проводятся рабочие встречи и конференции. Я вхожу в Совет по делам инвалидов при губернаторе Новосибирской области. Кроме этого у нас продолжается совместная работа в рамках заключаемых соглашений о взаимодействии с Министерством

здравоохранения Новосибирской области, Министерством социального развития, Фондом социального страхования, Отделением Пенсионного фонда, Министерством труда, занятости и трудовых ресурсов, Всероссийской общественной организацией инвалидов. Постоянно проводим совместные конференции с лечебно-профилактическими учреждениями, где также рассматриваем вопросы, связанные с профилактикой и реабилитацией инвалидов. Активно участвуем в семинарах, круглых столах, проводимых организациями инвалидов. Стараемся во всех возможных сферах сотрудничать по максимуму.

– Наверняка есть статистические данные по уровню инвалидизации населения в Новосибирской области. Какие цифры на сегодняшний день отражают положение данного вопроса по сравнению с другими российскими регионами?

– Основным индикатором инвалидизации населения является показатель первичной инвалидности. По этому критерию Новосибирская область характеризуется средними российскими показателями: порядка 79 впервые признанных инвалидов в год на 10 тысяч населения. Есть регионы, где эти цифры значительно выше, есть и ниже этой отметки. Варьирование данного показателя также во многом зависит от нормативно-правовой базы. Недавний пример – принятие в 2005 году федерального закона «О монетизации льгот». Вместе с ним у нас сразу же выросло число обращений более чем в три раза,

и соответственно увеличился показатель первичной инвалидности. Таким образом отразилось введение закона, когда вместо виртуальных льгот были утверждены конкретные денежные выплаты. Постепенно ситуация стабилизировалась, и на сегодняшний день мы приблизились по уровню первичной инвалидности к отметкам начала 2000 года.

– Хотелось бы обсудить еще один аспект деятельности учреждения – это научный. Исследуются ли на базе Главного бюро актуальные научные теории?

– В последнее время мы уделяем значительное внимание научным изысканиям в области МСЭ. За последние два года были защищены две кандидатские диссертации, посвященные социально-гигиенической характеристике лиц, пострадавших на производстве. В первом случае речь идет о пострадавших на производстве в результате несчастных случаев, во втором – об инвалидах, получивших профессиональные заболевания. Данные работы позволили изучить данный контингент населения по этим двум категориям и потребность этих людей в различных реабилитационных мероприятиях. Таким образом, это позволяет и здравоохранению, и органам социальной защиты планировать свою деятельность при условии, что становятся известны объемы предполагаемой работы.

– Александр Гарьевич, желаем вам дальнейших успехов в работе, хорошей статистики и экспертных решений для любых ситуаций. ■



Вячеслав Перминов: «Мое кредо — быть полезным»

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА



Досье

Вячеслав Перминов родился 28 сентября 1961 г. в п. Косино Кировской области. В 1984 г. окончил военно-медицинский факультет при Томском мединституте по специальности военный врач. В 1984–2007 гг. проходил военную службу на должностях от начальника медпункта полка до начальника ВВК военного комиссариата Томской области. С 2007 г. работает руководителем — главным экспертом по медико-социальной экспертизе ФГУ «ГБ МСЭ по Томской области».

Врач-организатор здравоохранения высшей квалификационной категории, отличник здравоохранения РФ, кандидат медицинских наук. Автор 73 печатных работ, имеет патент на изобретение. Работает над докторской диссертацией.

Удостоен девяти правительственных наград и благодарности Верховного главнокомандующего ВС РФ. Неоднократно награждался почетными грамотами и благодарностями губернатора и Законодательной думы Томской области.

Желание руководителя ФГУ «ГБ МСЭ по Томской области» ФМБА России Вячеслава Перминова быть полезным людям совпало с делом его жизни. Его призвание — помогать тем, чьи возможности, увы, ограничены. Как сказал сам Вячеслав Анатольевич, это

желание легче осуществлять, если рядом работает коллектив единомышленников, небезразличных к судьбе каждого пациента.

— Сейчас на территории Томской области проживает более 65 тысяч инвалидов (почти 7 % населения области), — рассказывает В. Перминов. — Тенденция к росту их численности сохраняется, в связи с чем специалистами Главного бюро проводится большая работа по решению проблем инвалидов — от проведения медико-социальной экспертизы, разработки программ реабилитации до взаимодействия с различными ведомствами в интересах граждан с ограниченными возможностями. В структуре учреждения имеется 16 первичных бюро: 7 общего профиля, 4 — смешанного и 5 специализированных. Их деятельность контролируют два экспертных состава главного бюро.

Показатель уровня первичной инвалидности по Томской области ниже, чем по СФО и РФ. В сравнении с предыдущими годами количество обращений за услугами в Главное бюро уменьшается. Данную позитивную тенденцию я объясняю следующими факторами: совершенствуется нормативно-правовая база, улучшается качество лечебно-профилактической и экспертной работы. Но не стоит расслабляться, ведь пока это только положительный сигнал о правильно выбранном курсе.

В последние годы удалось многое сделать для улучшения информирования населения по вопросам медико-социальной экспертизы: на официальном сайте учреждения (<http://mse.tomsk.ru>) ежедневно актуализируется информация, успешно функционирует круглосуточный информационный голосовой портал 8 (3822) 713-714 с возможностью консультирования граждан специалистами Главного бюро, работает аппаратно-информационный комплекс для инвалидов, адаптированный для слабовидящих людей. Активно развивается форма электронного общения с гражданами.

Мы стараемся максимально приблизить услугу к населению — сегодня каждое пятое освидетельствование граждан осуществляется на выезде. Эта услуга доступна для маломобильных граждан и детей до одного года. Многие сделано для создания комфортных условий пребывания граждан в подразделениях нашего учреждения и обеспечения доступной безбарьерной среды. Сегодня все бюро МСЭ оборудованы пандусами, перилами, поручнями, имеется парковка для автомобилей инвалидов.

— В одном из интервью прочла, что у вас работает и всегда актуален лозунг инвалидов-общественников Томской области: «Не делайте ничего для нас без нас». В этих словах скрыт основной смысл вашей работы: чуткость, тесный контакт и желание оказания действенной реальной помощи.

— Да, интересы и предложения граждан обязательно учитываются. Учреждение тесно сотрудничает с общественными организациями инвалидов, с участием профильных департаментов и ведомств сформирована дискуссионная площадка, на которой обсуждается широкий круг вопросов повышения качества жизни людей с инвалидностью. Используются различные формы — совместные методические совещания, круглые столы, конференции, коллегии, рабочие встречи.

На достигнутом останавливаться мы не собираемся. Требования сегодняшнего дня — движение вперед. Мы надеемся, что все наши планы будут реализованы вопреки любым кризисным явлениям.

Р.С. Приказом руководителя ФМБА России от 25 октября 2011 г. за проявленные отзывчивость, доброту и высокое профессиональное мастерство объявлена благодарность сотрудникам ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Томской области»: В.А. Перминову — руководителю ФГУ «ГБ МСЭ по Томской области», А.А. Пац — руководителю бюро № 9. ■

Досье

Людмила Гаркуша, руководитель – главный эксперт по медико-социальной экспертизе, кандидат медицинских наук. Родилась в г. Иркутске в 1947 году. Окончив Иркутский государственный медицинский институт (с красным дипломом), пришла на работу врачом-травматологом в травматологическую ВТЭК г. Иркутска. В 1972 году, будучи молодым специалистом, была направлена в клиническую ординатуру на базе ЦНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов в г. Москве. Спустя три года назначена на должность председателя травматологической ВТЭК. В 1998 году Людмила Генриховна возглавила экспертный состав главного

бюро МСЭ травматологического профиля, в мае 2003-го назначена начальником ОГУ «Государственная служба МСЭ Иркутской области», а с декабря 2004 года является руководителем ФГУ «ГБ МСЭ по Иркутской области».

Отмечена правительственными наградами: нагрудным значком «Отличник социального обеспечения РСФСР», значком «Отличник здравоохранения», медалью «За строительство Байкало-Амурской магистрали». Заслуженный работник социальной защиты населения РФ. Лауреат премии Михаила Ломоносова Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка в области науки, образования, культуры и искусства (с вручением золотой медали).



В 2011 году за профессиональную деятельность на протяжении 40 лет в медико-социальной экспертизе награждена нагрудным знаком «Золотой крест ФМБА России».

Новелла ГБ МСЭ по Иркутской области: путь к одному обращению

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

Фабула этой новеллы такова: ФГУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» ФМБА России ведет целенаправленную работу по освоению инноваций в сфере медико-социальной экспертизы, которая во многом направлена на упрощение системы взаимодействия пациент – ГБ МСЭ. Новые веяния, безусловно, еще принесут свои плоды. Тем более что руководитель – главный эксперт ГБ МСЭ по Иркутской области Людмила Гаркуша как никто другой знает толк в новаторстве. Еще в 80-е годы под ее руководством специалисты травматологического бюро одними из первых в стране начали разрабатывать инвалидам индивидуальные программы реабилитации (ИПР), впоследствии законодательно ставшие нормой.

— Людмила Генриховна, ваше учреждение идет по пути инноваций, улучшения качества услуг. Тернист ли этот путь и насколько эта работа полезна для Иркутской области, в частности, для ваших пациентов?

— Нововведения в сфере МСЭ стали возможны в связи с переходом в ведомство ФМБА России, произошедшим в 2008 году. У нас появилась реальная возможность укрепить материально-техническую базу и участвовать в инновационных проектах. Произведены закупки мебели, медицинского оборудования, оргтехники, комплектующих и расходных материалов для ее обслуживания, сетевого оборудования, программного обеспечения (в т.ч. системы интернет-консультирования), осу-

ществлено подключение к сети Интернет всех бюро ГБ МСЭ. Для учреждения приобретены автомобили, проведены ремонтные работы в помещениях.

Несмотря на ряд сложностей: значительная территориальная разобщенность структурных подразделений, большое их количество (40), климатогеографические особенности Иркутской области, — ФГУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» успешно продолжает внедрять инновационные технологии в свою деятельность. Определяющим этапом в развитии информационно-коммуникационных технологий явились необходимость внедрения в практику единой информационной системы и создание единого информационного пространства, что необходимо для повышения качества и оперативности оказания

экспертной помощи населению, организации полнофункционального электронного документооборота, формирования централизованной базы данных с осуществлением в перспективе межведомственного взаимодействия.

В настоящее время все экспертные составы и 99% бюро ГБ МСЭ по Иркутской области осуществляют освидетельствование граждан с использованием автоматизированных систем МСЭ (одно отдаленное бюро в связи с планируемым переездом на новое место временно работает на бумажных носителях).

Не менее значимы во внедрении информационно-коммуникационных технологий в нашу деятельность следующие шаги:

- самостоятельная разработка официального сайта учреждения;



Экспертный состав ГБ МСЭ

- размещение в каждом бюро МСЭ телевизоров для демонстрации информационных материалов;
- установка в крупных районных центрах четырех информационных сенсорных киосков (инфоматов);
- оснащение мультимедийным оборудованием двух конференц-залов — в областном центре, в администрации учреждения и в г. Братске;
- активное освоение портала государственных услуг.

Основной задачей в области информатизации на второе полугодие 2011-го и 2012 год остается реализация IV этапа перехода на оказание государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы в электронном виде (в соответствии с Планом перехода на предоставление государственных услуг и исполнение государственных функций в электронном виде федеральными органами исполнительной власти, утвержденным Распоряжением Правительства РФ), а также создание информационного взаимодействия с ведомствами, учреждениями и организациями, осуществляющими меры социальной защиты инвалидов, включая реабилитацию с целью реализации для инвалида принципа одного обращения.

— Дайте оценку сложившейся ситуации по вопросу инвалидизации населения Иркутской области. Как меняются данные показатели в регионе за последнее время?

— В области, по данным 2010 года, проживает 221823 инвалида, это более 9% от общего населения области. Более половины всех инвалидов (56,3%) — люди пенсионного возраста. Доля инвалидов трудоспособного возраста составляет 38,3%, детей-инвалидов — 5,4%.



Кабинет социально-бытовой и социально-средовой адаптации инвалидов

Общая численность инвалидов в области из года в год незначительно увеличивается. Наш регион занимает третье место по уровню первичной инвалидности взрослого населения среди субъектов СФО. Три главные причины, приводящие к инвалидизации людей старше 18 лет, — болезни системы кровообращения (29,7%), злокачественные опухоли (18,2%), болезни костно-мышечной системы (11,7%).

Среди причин первичной детской инвалидности лидируют врожденные аномалии (24,3%), психические расстройства (23,6%), болезни нервной системы (13,2%). Отмечу также, что детский уровень первичной инвалидности в нашей области значительно превышает средний показатель по России и уровни субъектов СФО. В связи с этим в июле в региональном министерстве здравоохранения прошло совместное совещание ведущих детских специалистов и представителей ГБ МСЭ. На нем были рассмотрены причины детской инвалидности и возможные пути выхода из сложившейся ситуации.

За 9 месяцев 2011 года в ГБ МСЭ по Иркутской области всего было освидетельствовано 54 120 человек, из них 47 723 гражданина старше 18 лет, 6397 — лица до 18 лет. Общее количество освидетельствованных граждан снижается. Так, за 9 месяцев 2011 года оно уменьшилось почти на 6%. Снижение числа освидетельствований связано прежде всего с уменьшением числа обращений граждан для переосвидетельствования, что обусловлено изменениями в законодательстве.



Технические средства реабилитации в педиатрическом бюро ГБ МСЭ

— Какова роль межведомственного взаимодействия для решения проблем инвалидности населения?

— Пути решения проблем инвалидности в области неоднократно рассматривались с участием ГБ МСЭ исполнительной и законодательной властью (в т.ч. лично губернатором), Комитетом по здравоохранению и социальному развитию Законодательного собрания области, на Байкальском экономическом форуме, на заседаниях Совета по делам инвалидов при администрации области, в Комиссии по здравоохранению, экологии, демографии и здоровому образу жизни Общественной палаты и Комиссией по квотированию рабочих мест для инвалидов.

На протяжении ряда лет ведется значительная методическая работа с лечебными учреждениями, направленная на снижение числа необоснованно направленных на МСЭ. Новеллы законодательства по МСЭ и реабилитации инвалидов разъясняются коллегам лечебного звена на семинарах и в информационных письмах, проводятся совместные совещания по разбору экспертных ошибок. Совместный труд дает положительные результаты. Главным достижением напряженной межведомственной работы считаю значительное снижение детской инвалидности в области.

— Людмила Генриховна, говорят, кто владеет информацией, тот владеет миром. Эти слова все чаще обретают настоящее звучание и для людей, чьи возможности ограничены. Новый мир распаивается для них благодаря вашей работе и работе целого коллектива. И это здорово! ■

ГБ МСЭ по Красноярскому краю: открытость переменам

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА



Стремление открывать новые горизонты не только для себя, но и для других людей – задача не из простых. Должность Григория Данюка, руководителя ФГУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» ФМБА России, связана с высокой ответственностью – делать достигаемыми новые грани жизни для людей, особенно нуждающихся в перспективах, ведь их возможности ограничены здоровьем. Чтобы дело помощи кипело и был результат, опытный руководитель ставит цель – быть открытым для перемен. Сегодня Григорий Григорьевич – гость нашего журнала.

Досье

Григорий Данюк, руководитель – главный эксперт по медико-социальной экспертизе по Красноярскому краю, кандидат медицинских наук.

Родился в Нижнеингашском районе Красноярского края в 1956 г. В 1980 г. окончил Красноярский государственный медицинский институт, в 1986-м – клиническую ординатуру. Три года работал в ЦРБ Емельяновского района, 11 лет – главврачом Городской детской больницы № 1 г. Красноярска. С 2001 г. возглавляет службу медико-социальной экспертизы в Красноярском крае. Защитил кандидатскую диссертацию в 1999 г.

Имеет три квалификационные категории по следующим специальностям: «Медико-социальная экспертиза», «Педиатрия» и «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

— **В** настоящее время организационная структура ФГУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» представлена 44 филиалами-бюро и Главным бюро, включающим 6 экспертных составов, а также администрацией и отделами (юридический, организационно-методический, по организации работы с докумен-

тами, экспертно-реабилитационных исследований, консультаций, информационного обеспечения, отдел кадров, планово-финансовый и по общим вопросам деятельности учреждения).

Основные направления деятельности учреждения осуществляются в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России «Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы». Специалисты наших бюро проводят освидетельствование граждан на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функции организма, устанавливают факт наличия инвалидности, причины, срок и время наступления инвалидности, определяют степень утраты профессиональной трудоспособности пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также определяют причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки.

Ежегодно в филиалах-бюро нашего учреждения проводится около 80 тыс. освидетельствований. Так, за 2010 год освидетельствовано 78 322 человека, из которых 70 302 (89,8%) – взрослые, 8020 (10,2%) – дети.

— **Григорий Григорьевич, как меняются данные показатели по инвалидизации в регионе за последнее время? Какие сдерживающие факторы этого процесса вы можете назвать?**

— По данным Главного бюро, уточненным с отделением ПФ РФ по Красноярскому краю, общее количество инвалидов, зарегистрированных на 1 января 2011 г., составило 198 624 человека, или около 7% населения Красноярского края. Эти данные сопоставимы с общероссийскими. Среди инвалидов в Красноярском крае 188 532 человека (94,9%) – взрослые, 10 092 (5,1%) – дети.

Уровень общей инвалидности на 10 тысяч общего населения по Красноярскому краю составляет 686,3 (2009 г. – 689,6). Уровень общей инвалидности среди взрослого населения составил в 2010 г. 808,1 (2009 г. – 814,4) на 10 тысяч взрослого населения края. Уровень общей инвалидности среди детей – 179,9 (2009 г. – 175,2) на 10 тысяч детского населения.

В последние годы в Красноярском крае наблюдается некоторое снижение общего количества инвалидов: если на 1 января 2011 г. оно составило 198 624 человека, то на соответствующую дату 2010 г. приходилось 199 284 человека, 2009 г. – 206 993 человека, а на 1 января 2008 г. – 208 529 человек.

На мой взгляд, важным фактором, способствующим снижению инвалидизации населения, является развитие системы учреждений здравоохранения, повышение уровня их оснащения диагностическим и лечебным оборудованием. Своевременная диагностика и ранняя медицинская реабилитация больных позволяют предотвращать формирование у них стойких нарушений функций организма или снижать их выраженность.

— Предполагаю, что практически все ваши пациенты нуждаются в том, чтобы им протянули руку помощи. Как организована работа Главного бюро МСЭ по Красноярскому краю в этом отношении?

— Следует сказать, что приоритетным направлением современной социальной политики Главного бюро является реабилитация инвалидов. Для всех граждан, которым установлена инвалидность, у нас разрабатывается индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР). За 9 месяцев текущего года для взрослых инвалидов разработано и выдано 38 151 ИПР и 2815 программ реабилитации пострадавших на производстве, детям разработано и выдано 5217 программ. За этот отчетный период показатель полной реабилитации инвалидов по Красноярскому краю составил 3,7 %, частичной реабилитации — 12,6 %. Помимо этого, наше учреждение задействовано в совместных краевых проектах и программах по реабилитации инвалидов.

Так, например, с 2010 г. ФГУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» совместно с Агентством труда и занятости населения и Роспотребнадзором края работает по программе трудоустройства инвалидов на специально создаваемые рабочие места, действующей в рамках реализации долгосрочной целевой программы снижения напряженности на рынке труда Красноярского края на 2009–2011 гг. С 2010 г. по настоящий момент по данной программе трудоустроено 207 инвалидов II и III групп на рабочие

места, созданные с учетом имеющихся у них трудовых рекомендаций и противопоказаний.

Значимым проектом, в котором задействовано наше учреждение, является региональная информационно-аналитическая система поддержки процесса реабилитации инвалидов (РИАС), которая в настоящее время разрабатывается Министерством социальной политики Красноярского края в рамках целевой программы «Доступная среда для инвалидов» на 2011–2013 гг. Это проект, направленный на формирование единой информационной системы учета реабилитационных потребностей инвалидов и способов их ресурсного обеспечения. В единую информационную систему будут вводиться сведения о реабилитационных мероприятиях, услугах и технических средствах реабилитации, в которых нуждается каждый инвалид в соответствии с ИПР, разработанной специалистами бюро медико-социальной экспертизы по результатам его освидетельствования. Это позволит другим пользователям системы — учреждениям и организациям, являющимся исполнителями ИПР, оперативно получать полную информацию о возникающих потребностях в оказываемых ими услугах.

Главное бюро уделяет внимание информированию населения — граждане с ограниченными возможностями здоровья должны знать о существующих механизмах социальной поддержки, о своих правах. На интернет-сайте учреждения мы размещаем информацию по вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации, имеются в свободном доступе соответствующие нормативно-правовые документы. Ведем разъяснительную работу по личным и письменным обращениям граждан, организуем встречи с представителями общественных организаций инвалидов.

— Расскажите, что ждет учреждение в ближайшем будущем, какие планы строите?

— Мой главный деловой принцип — быть открытым переменам. Поэтому за последние годы учреждением сделано немало, в том числе и нового, однако реальность ставит перед нами очередные задачи, требующие решения. В будущем году планируется продолжить совместную работу по таким перспективным и востребованным проектам, как региональная информационно-аналитическая система поддержки процесса реабилитации инвалидов, создание единой информационной среды взаимодействия по вопросам освидетельствования граждан, оказания мер социальной поддержки и реабилитации инвалидов.

Несомненно, внимания требует дальнейшая работа по предоставлению государственной услуги по медико-социальной экспертизе в электронном виде — планируется подключение к данному процессу учреждений здравоохранения, формирующих направительные документы на освидетельствование. Для подготовки к решению данной задачи в период с марта по июль 2011 г. ФГУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» активно проводилась работа с Красноярским краевым медицинским информационно-аналитическим центром по организации и апробации работы сотрудников лечебно-профилактических учреждений г. Красноярска на автоматизированном рабочем месте, разработанном по заказу ФМБА России.

— Григорий Григорьевич, вы возглавляете солидное учреждение, однако хотелось бы узнать, как организуется ваше свободное время? Есть ли увлечение, помимо работы?

— Моя работа требует от меня практической постоянной вовлеченности и отдачи, поэтому, если описывать мои рабочие будни, то в пору вспомнить название одного из произведений братьев Стругацких — «Понедельник начинается в субботу». Немного же свободное время с удовольствием посвящаю общению с семьей, детьми, воспитанию внуков. ■



ГБ МСЭ по Кабардино-Балкарской Республике: ВЫСОКИЙ КРИТЕРИЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

■ ТАТЬЯНА ВИКТОРОВА

ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кабардино-Балкарской Республике» ФМБА России создано в 2005 году, с 2008 года входит в структуру ФМБА России. За активный вклад в реализацию государственной Концепции совершенствования МСЭ, преодоление межведомственных барьеров в интересах людей с ограниченными возможностями коллектив бюро награжден грамотой Министерства труда КБР.

Досье

Главный эксперт медико-социальной экспертизы по Кабардино-Балкарской Республике, кандидат медицинских наук О.А. Малкаров руководит службой с 2004 года. Олег Ахматович — врач в третьем поколении, выпускник медицинского факультета Кабардино-Балкарского государственного университета. Имеет высшие квалификационные категории врача-офтальмолога, врача — организатора здравоохранения. Награжден почетными грамотами Парламента КБР, Федерального бюро МСЭ. Разработанная им тема кандидатской диссертации «Реализация индивидуальных программ инвалидов на территории КБР» имеет не только научное, но и прикладное значение, ее выводы используются в работе МСЭ.

— Олег Ахматович, какие приоритетные задачи стоят перед медико-социальной экспертизой Кабардино-Балкарской Республики?

— Вся наша работа строится в соответствии с постановлением Правительства РФ № 95 «О порядке и условиях признания гражданина инвалидом», в рамках реализации ст. 8 ФЗ «О социальной защите инвалидов». Административный регламент предоставления

государственной услуги проведения медико-социальной экспертизы утвержден Приказом Минздравсоцразвития России № 295-н. В соответствии с этими нормативными документами, медико-социальная экспертиза определяет группу инвалидности, оценивает потребность в мерах социальной поддержки и разрабатывает индивидуальную программу реабилитации, адаптируя реабилитационные учреждения республики к нуждам населения. Мы устанавливаем также потребность в реабилитационных мероприятиях, проводим оценку их эффективности, организуем обеспечение инвалидов техническими, протезно-ортопедическими изделиями и лекарствами.

— Какие изменения произошли в последние годы в работе ведомственного вам учреждения?

— С 2005 года учреждения МСЭ перешли в федеральное подчинение, что положительно сказалось на укреплении их материально-технической базы и кадрового потенциала. Наше учреждение вошло в число пятнадцати региональных бюро, в которых был реализован пилотный проект информатизации деятельности. Действительно, проводить единую государственную политику преобразований в социальной сфере, отслеживать и оценивать последствия реализации законов на каждом уровне

государственной власти можно только на основе всестороннего анализа информации об инвалидах, их потребностях и возможностях государства по обеспечению этих потребностей. Учреждения медико-социальной экспертизы как раз и аккумулируют эту информацию. Именно поэтому автоматизация нашей деятельности является одной из первоочередных задач. Внедренная информационная система «Орион» предназначена для автоматизации деятельности первичных, специализированных и главных бюро медико-социальной экспертизы. Она обеспечивает работу нескольких составов комиссий бюро и автоматизацию деятельности всего персонала. Система позволяет автоматизировать регистрацию граждан, обратившихся за консультацией или освидетельствованием в бюро МСЭ, и ведение очереди на прохождение экспертизы для различных комиссий бюро. В автоматическом режиме вводится информация об освидетельствованных лицах, включающая заключения специалистов, диагнозы, рекомендации врачей и т.п., а также принятое комиссией решение. Во всех наших бюро проведена информатизация, рабочие места врачей оснащены персональными компьютерами. У нас составлен плотный график работы выездных бригад, которые обслуживают все самые

отдаленные районы республики. График обслуживания районов составлен с учетом того, чтобы самые отдаленные районы республики не были обделены вниманием врачей. Дважды в неделю медицинская комиссия выезжает в глубинку и ведет там прием инвалидов. В условиях мобильности особо важна хорошая оснащенность врачей необходимой техникой: ноутбуками и принтерами. Благодаря Интернету все специалисты имеют возможность одновременно работать над составлением электронного акта освидетельствования пациента. Это сокращает время на подготовку документа. Активно ведется работа по взаимодействию с населением в формате электронных контактов. Заявление на оказание государственных услуг можно подать на нашем портале в электронном виде, предварительно зарегистрировавшись в личном кабинете.

— **Известно, что общая проблема для всех российских учреждений МСЭ — дефицит помещений. Насколько актуальна эта тема для вас?**

— В прошлом году наше учреждение расположилось в новом здании, приспособленном специально для маломобильных граждан: оборудованы пандусы, просторные холлы принимают посетителей. Особо внимательно формируются потоки больных с различными нозологиями, с расчетом чтобы было меньше точек соприкосновения между ними для соблюдения эпидемиологической безопасности. Этому способствует четкий регламент работы, исключая очереди. Оборудована специальная детская комната, предусмотрены ставки воспитателей.

— **Какие специализированные обследования организованы в рамках медико-социальной экспертизы?**

— В результате оптимизации структуры нашего учреждения создано одиннадцать филиалов, пять филиалов общего профиля и шесть специализированных: фтизиатрический, психоневрологический, офтальмологический, педиатрический. Создано бюро смешанного

профиля, принимающее пациентов, подвергшихся воздействию различных радиационных факторов.

— **Как решается кадровый вопрос — с учетом того, что в экспертизе должны работать самые квалифицированные и подготовленные специалисты?**

— У нас работают очень хорошие врачи, многие имеют высшую квалификационную категорию. Некоторые из них занимаются научной работой, готовят кандидатские диссертации. И это закономерно, в их распоряжении — богатый фактический материал. Администрация нашего учреждения уделяет значительное внимание повышению квалификации врачей, практически реализуя принцип: образование — через всю жизнь. Специалисты стажировались в Санкт-Петербургском институте усовершенствования врачей-экспертов, там же проходят обучение в интернатуре молодые врачи, выпускники нашего университета.

— **Олег Ахматович, можете вы привести данные, характеризующие общую тенденцию инвалидизации населения республики?**

— Последние три года общее число граждан, вышедших на инвалидность, имеет тенденцию к снижению. Это результат реализации индивидуальных программ реабилитации, которые проводятся в рамках единой системы лечебно-профилактических мероприятий. Традиционно на первом месте в структуре инвалидности — болезни системы кровообращения, затем следуют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, злокачественные новообразования, последствия травмы и психические расстройства. Аналогичная картина складывается в целом по РФ. Ежегодно снижается такой показатель, как дополнительное обследование граждан, направленных лечебно-профилактическими учреждениями на экспертизу, что является свидетельством более информативного состояния медицинской документации. Безусловно, улучшаются показатели полной, частичной и суммарной реабилитации. Наглядно



смотрится дифференцированная статистика. Так, показатель полной реабилитации сейчас составляет 4 %, частичной — 22,5 %, суммарной — 14 %. В этих цифрах — результат нашего труда.

— **Доступнее ли становится высокотехнологичная медпомощь? Эта тема продолжает наш разговор о показателях реабилитации пациентов.**

— По рекомендациям разработанных индивидуальных программ реабилитации инвалидов, все нуждающиеся в высокотехнологичных видах операции получают соответствующие направления по квотам в лучшие отечественные клиники, где проходят лечение. Результаты хорошие. Нередко мы наблюдаем пациентов, например, с коксартрозом, которые после перенесенной операции по эндопротезированию обретают подвижность, начинают самостоятельно передвигаться и переходят на более легкую группу инвалидности. Мы активно содействуем направлению инвалидов на высокотехнологичное лечение во все ведущие клиники страны. Если видно, что имеется лечебно-реабилитационный потенциал, его используем по максимуму. Наша задача состоит в качественной разработке индивидуальных программ реабилитации, а ее механизм реализации возложен на органы социальной защиты субъектов Российской Федерации. ■



Медсанчасть наукограда Кольцово

■ РАИСА ЕМЕЛЬЯНОВА

ФГБУЗ МСЧ № 163 ФМБА России занимает особую нишу в системе российского здравоохранения. Оно было создано в 1983 году для контроля за здоровьем сотрудников государственного научного центра вирусологии и биотехнологии «Вектор». Спустя 20 лет рабочий поселок Кольцово, где расположены научный центр «Вектор» и медсанчасть № 163, по Указу президента РФ получил статус наукограда. Такой статус на тот момент имели всего четыре города, Кольцово стал пятым наукоградом, но первым за Уралом.

О том, что изменилось в работе медсанчасти в связи с присвоением городу Кольцово статуса наукограда, об особенностях нынешнего периода в жизни коллектива МСЧ № 163 наш корреспондент беседует с ее начальником, специалистом высшей врачебной категории Владимиром Кузубовым.

– Владимир Иванович, если сравнить МСЧ № 163 на первом этапе работы, 20 лет назад, и сегодня, то в чем вы видите главное различие?

– Наша медсанчасть стала более открытым учреждением здравоохранения. Сегодня сюда могут обратиться все желающие и получить не только специализированную медицинскую помощь, но и консультации опытных врачей различных специальностей: хирурга, гинеколога, невролога, отоларинголога, иммунолога, дерматолога, стоматолога. При этом сотрудники медсанчасти по-прежнему контролируют безопасность работ в научном центре «Вектор», связанную с высокопатогенными организмами. Поэтому в медсанчасти № 163, как и 20 лет назад, большая роль отводится стационару особо опасных инфекций – уникальному в инженерном отношении зданию с собственной вентиляцией и термической обработкой стоков, противочумной станцией, выполняющей функцию центра гигиены и эпидемиологии,

несколькими специализированными лабораториями. Традиционно в поликлинике медсанчасти проводятся входные и периодические осмотры сотрудников «Вектора» для решения вопроса о допуске к работе во вредных и опасных условиях труда. При этом, как я уже сказал, медсанчасть сегодня доступна для всех жителей наукограда, они имеют теперь возможность обратиться в наше учреждение с любой проблемой в здоровье.

– Изменились ли главные задачи медсанчасти в связи с тем, что сегодня значительно увеличился объем работы, возложенной на ваших сотрудников?

– Нет, основной задачей МСЧ по-прежнему является оказание специализированной медицинской помощи больным с особо опасными инфекциями, инфицированным в результате аварийной ситуации на объекте или госпитализированным с территории Новосибирской области. Кроме того, наша медсанчасть – это база для проведения клинических испытаний вакцин и других иммунобиологических препаратов.

– Расскажите, пожалуйста, об особенностях работы медперсонала в связи с выполнением столь неординарных задач. В частности, по оказанию помощи пациентам с особо опасными инфекциями.

– Сразу же оговорюсь, что благодаря совместной профессиональной работе коллективов медсанчасти и государственного научного центра «Вектор» нашим врачам

крайне редко приходится оказывать подобную помощь на деле. Вместе мы должны тщательно следить за условиями хранения вирусов, за исследованиями, проводимыми в лабораториях ГНЦ «Вектор», чтобы ни в коем случае не допустить заражения сотрудников особо опасными инфекциями. Кстати сказать, через каждые два года экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) проводится проверка соответствия условий работы в центре требованиям биологической безопасности и биозащиты, определенных Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA60.1. Медсанчасть обязательно участвует в этих проверках. В ходе последнего визита два года назад особый акцент представители ВОЗ делали на охране здоровья сотрудников, работающих в лабораториях центра «Вектор». Так вот, в отчете по итогам проверки было отмечено, что условия работы специалистов «Вектора» и, в частности, занятых в работе лабораторий, в исследованиях высокопатогенных вирусов отвечают самым высоким требованиям биологической безопасности и биозащиты. Также было особо отмечено, что новые подходы и методы прививания против оспы, применяемые в МСЧ № 163, представляют существенный интерес для более широкого мирового сообщества, отвечающего за вопросы здравоохранения. В связи с этим члены комиссии ВОЗ, участвовавшие в проверке «Вектора» и МСЧ № 163, настоятельно при-



звали соответствующие органы опубликовать имеющиеся у нас данные о безопасности и эффективности этих новых противооспенных вакцин. При этом председатель комиссии ВОЗ доктор Даниэль Ольвье Лаванши выразил благодарность сотрудникам медсанчасти за высокий профессионализм и четкую организацию работы.

– Выходит, МСЧ № 163 стоит на переднем крае профилактики особо опасных инфекций?

– Вообще-то, весь медицинский персонал МСЧ № 163 ориентирован на возможность выявления заболеваний, вызванных микроорганизмами, с которыми работают сотрудники «Вектора», и для этого мы постоянно проводим занятия по выполнению мероприятий в случае выявления особо опасных инфекций. Несмотря на это, мы, конечно же, делаем все возможное, чтобы исключить случаи заражения людей на производстве. Одним из важнейших аспектов профориентационной работы является вакцинопрофилактика. Так, вакцинопрофилактика по натуральной оспе проводится согласно Методическим рекомендациям по натуральной оспе (клиника, лечение, иммунопрофилактика), утвержденным ФМБА России. Мы применяем вакцину оспенную живую, выращенную на коже телят и предназначенную для вакцинации и ревакцинации людей методом скарификации по эпидемическим показаниям НПО «Вирион», г. Томск). Также используем вакцину оспенную, таблетки ТЕОВак, выращенную на куриных эмбрионах и предназначенную для ревакцинации населения по эпидемическим показаниям (ВЦ НИИМ, г. Сергиев Посад). В течение последних трех лет на-

шими специалистами освоена новая методика прививания ранее не привитых людей, а также для людей с ослабленной иммунной системой вакциной Оспавир (убитая противооспенная вакцина, выращенная на коже телят и предназначенная для вакцинации и ревакцинации НПО «Вирион», г. Томск).

– Учитывая тесное сотрудничество медсанчасти с научным центром «Вектор», ваши специалисты наверняка принимают участие в лабораторных испытаниях вакцин против вирусов новых инфекционных заболеваний или хорошо знакомых миру, но подвергшихся со временем мутационным процессам. К примеру, несколько лет назад весь мир ожидал пандемию птичьего гриппа. В позапрошлом году все население земного шара было в панике по поводу эпидемии так называемого свиного гриппа. По-прежнему для каждого из живущих на Земле реально угроза заражения ВИЧ-инфекцией, так как до сих пор не изобретена вакцина, которая может победить вирус иммунодефицита человека. И подобные примеры можно продолжать. Каким образом коллектив вашей медсанчасти участвует в этой важнейшей работе — я имею в виду создание новых вакцин и их испытания?

– Наша медсанчасть является базой для проведения клинических испытаний различных вакцин и других иммунобиологических препаратов. В 2008 году мы, также совместно с учеными ГНЦ «Вектор», испытывали вакцину против птичьего гриппа «Ультрагравак». В течение 2010–2011 годов на базе поликлинического отделения и стационара особо опасных инфекций медсанчасти проводились кли-

нические испытания кандидатной вакцины против ВИЧ/СПИДА «КомбиВИЧвак». В этом году мы участвовали в клинических испытаниях еще одной вакцины против гриппа — «Вектор-Флю». Проведены клинические испытания вакцины менингококковой. Начаты испытания эмбриональной живой вакцины против натуральной оспы «Ревакс-ВТ». Отмечу, оспа по-прежнему занимает приоритетное положение в ряду особо опасных инфекций, против которых мы в содружестве с учеными «Вектора» ищем новое оружие в виде более совершенных вакцин. В вирусе оспы, как и в любом микроорганизме, заложена способность к мутации, приспособляемости к длительно применяемым вакцинам и лекарствам. Так что останавливаться на достигнутых результатах ни ученые ГНЦ «Вектор», ни сотрудники МСЧ № 163 никак не могут.

– Расскажите о том, что собой представляет стационар учреждения, который, как вы уже дали понять, совсем не похож на стационары обычных городских и областных учреждений здравоохранения?

– Да, таких стационаров, как наш, в России единицы. Он представляет собой одноэтажный корпус П-образной формы с глубоким подвальным помещением, где расположены инженерные системы. В коридорах корпуса — мельцеровские боксы. Кроме того, в корпусе развернуты вирусологическая и клиничко-биохимическая лаборатории, прозекторская. Уникальность корпуса в том, что при нормальной эксплуатации инженерной системы биобезопасности полностью исключается выход заразного материала за его пределы, а также инфициро-

вание персонала, если им не нарушаются правила биобезопасности.

– **За счет чего создается такая надежность в работе стационара?**

– Прежде всего, за счет герметичности «заразной» зоны. Ее создают монолитные стены, корабельные герметичные двери, герметичное остекление окон, наличие гермоклапанов на системе вентиляции, которые позволяют регулировать направленность воздушных потоков по помещениям, а также, в случае аварийной ситуации, автоматически перекрывают воздухопроводы. Тем самым сохраняется декомпрессионный режим в «заразной» зоне. В общем, о каждом из подразделений стационара можно говорить как о совершенной конструкции, гарантирующей безопасность работающих в нем сотрудников. И не только их безопасность. Возьмем, к примеру, систему сбора и обработки стоков. Стокоприемники оборудованы гидрозатворами. Трубопроводы выполнены из нержавеющей стальной трубы на сварке, качество которой проверяется галоидным течеискателем. Обработка стоков, поступающих в емкость через дробилку механических отходов, осуществляется паром при высокой температуре и давлении в течение определенного времени. Тем самым стоки становятся абсолютно безопасными.

– **Интересно, каким образом удается защитить от заражения тех специалистов, которые непосредственно работают с больными пациентами или теми, кто помещен в стационар с подозрением на заболеваемость особо опасными инфекциями?**

– Кроме того, что весь персонал в обязательном порядке периодически вакцинируется против особо опасных инфекций, он работает в специальных защитных пневмокостюмах с пневмошлемами. Подача воздуха для таких костюмов осуществляется с чистой половины корпуса по пневмолинии. В лечебных боксах, лабораториях имеются посты воздухоораздачи со шлангами, к которым «подключаются» сотруд-

ники, обслуживающие больных, и работающие в лабораториях. Что касается обеспечения «заразной» зоны стационара, где расположены боксы с пациентами, всем необходимым для организации лечебного процесса, то передача лекарств, расходных материалов, продуктов питания осуществляется через специальный передаточный шлюз. Двери шлюза герметичные и снабжены автоблокировкой, препятствующей их одновременному открыванию. После закрытия дверцы шлюза со стороны «заразной» зоны полость шлюза автоматически аэрозольно обрабатывается через форсунки централизованной подачи дезинфицирующего раствора.

– **А если вдруг плохо станет кому-нибудь из персонала: давление резко подскочит или, не дай бог, инфаркт случится? Что тогда?**

– Предусмотрен и такой вариант. Поэтому в основу работы персонала стационара особо опасных инфекций положен принцип парности. Сотрудники передвигаются по стационару из одного пункта в другой, к шлюзу и обратно, доставляют больных или лиц с подозрением на инфицирование исключительно по двое. Чтобы в случае неожиданной проблемы в здоровье или какого-то иного ЧП напарник всегда мог оказать необходимую поддержку, вызвать на помощь других специалистов медсанчасти.

– **Действительно, удивительное учреждение ваша медсанчасть! Восхищает способность коллектива изо дня в день, из месяца в месяц четко следовать инструкциям, не допускать ма-**

лейшего сбоя в их выполнении, не отступать ни на йоту от методик оказания помощи инфекционным больным, выработанным годами.

– У нас нет случайных людей. Все сотрудники – профессионалы, все понимают, где работают, с чем имеют дело. Они прекрасно осознают: малейшее отступление от правил создает угрозу не только их здоровью, но и здоровью окружающих. Ведь не зря биологическое оружие во всем мире признается как одно из самых опасных. И любое ослабление внимания работающих с вирусами особо опасных инфекций тотчас же аукнется непоправимыми последствиями.

– **Наверное, тяжело работать в условиях постоянного напряжения мыслей, чувств, знаний в течение всей смены? У вас никогда не возникало желания перейти на работу в обычное медицинское учреждение, где над головами сотрудников не висит дамочным мечом угроза возможного инфицирования опасным для жизни вирусом? Тем более что ваша первая врачебная специальность – педиатрия.**

– Мне нравится, что профессия, которую я выбрал, независимо от того, в какой области здравоохранения трудится врач, нужна людям. Также я испытываю удовлетворение от того, что моя работа достойно оценивается государством. Коллектив МСЧ № 163 не раз был отмечен почетными грамотами Минздравсоцразвития и ФМБА России. Любому человеку очень важно осознавать свою востребованность. ■



Форум «Здравоохранение Сибири и Дальнего Востока»

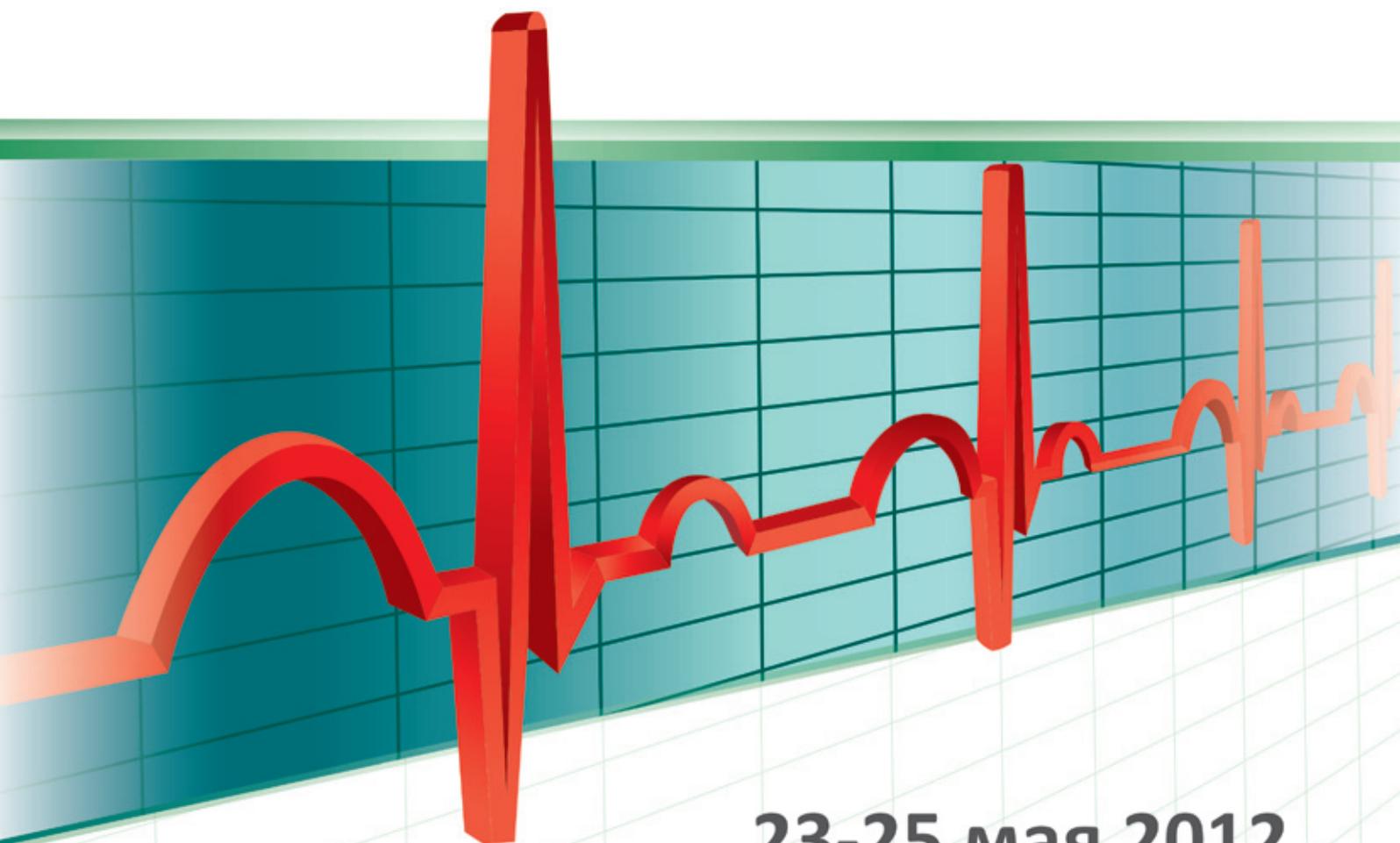
ufi

МЕДСИБ - 2012



XXIII Международная медицинская выставка

- Современные методы и технологии в медицине
- Медицинская техника, диагностика, оборудование, инструменты
- Фармацевтика
- Медицинская / лабораторная мебель, санитария, медицинская одежда, расходные материалы



23-25 мая 2012

www.medsib.com

ИТЕ СИБИРСКАЯ ЯРМАРКА
Россия, Новосибирск, ул. Станционная, 104
Тел.: (383) 363-00-63, 363-00-36, факс: (383) 220-97-47





Директор ФГУЗ КБ №172 С.А. Романов, руководитель ФМБА России В.В. Уйба и первый заместитель председателя правительства Ульяновской области А.Н. Силкин на встрече с коллективом КБ № 172



Терапевтический корпус МПС №2

Клиническая больница № 172, г. Димитровград: курс на модернизацию

■ Ильдар Субаев, специалист по связям с общественностью ФГУЗ КБ № 172

ФГУЗ КБ № 172 ФМБА России является одним из крупнейших лечебно-профилактических учреждений Федерального медико-биологического агентства, а по охвату обслуживаемого населения – 122 тысячи человек – ему нет равных.

История клинической больницы началась в 1957 году, когда в связи со строительством научно-исследовательского института атомных реакторов (ныне ОАО «ГНЦ НИИАР»), в городе Мелекесс (теперь Димитровград)

Ульяновской области открыли лечебное учреждение 3-го Главного управления МСЧ № 65.

Долгое время медсанчасть оказывала медицинские услуги только работникам института, но с 1 января 2007 года, в соответствии с Распоря-

жением Правительства Российской Федерации, ФГУЗ МСЧ № 172 ФМБА России взяло на медицинское обслуживание все население города Димитровграда. В 2011 году медсанчасть была преобразована в клиническую больницу.

Директором клинической больницы является Сергей Анатольевич Романов, врач-хирург высшей категории. В учреждении трудятся 424 врача и 1167 медсестер, в том числе шесть заслуженных врачей России, семь кандидатов медицинских наук. 44% докторов имеют квалификационные категории, в том числе 96 врачей – высшую категорию. 77% медицинских сестер также имеют категории, из которых 672 человека – высшую.

В настоящее время ведется работа по улучшению оказания медицин-



Мобильный комплекс забора крови на главной площади города



Прием доноров в Центре крови

ских услуг населению. Сотрудники регулярно проходят обучение в ведущих медицинских центрах Москвы и Санкт-Петербурга, участвуют в профессиональных конкурсах. Так, медсестра перевязочной онкологического отделения онкологической службы В.В. Кудряшова в 2009 году стала лучшей на профессиональном конкурсе ФМБА России. В 2010 году врачи С.А. Ходкевич и Т.А. Коршунова, участвуя в конкурсе докторов, вошли в число лучших специалистов агентства и приняли участие в церемонии награждения всероссийского конкурса «Лучший врач года». Детский хирург И.И. Казанцев – живая легенда медицинского учреждения – стал номинантом национальной премии «Призвание» в номинации «За верность профессии».

Подразделения клинической больницы регулярно получают новую технику и оборудование, обновляется автопарк учреждения. В частности, при активной поддержке ФМБА России открыт современный донорский центр с мобильным комплексом заготовки крови, а в онкологической службе установили аппарат «Термотрон» (первый в Поволжье), который, в комплексе с химиотерапией и лучевой терапией, улучшает качество и продлевает жизнь больным с четвертой стадией рака. Для проведения большого спектра клинических, биохимических и серологических реакций, необходимых для работы стационарных отделений и поликлиник, создана централизованная клинико-

диагностическая лаборатория, оснащенная современным высокопроизводительным оборудованием. Запущен в эксплуатацию центральный склад медико-иммунобиологических препаратов, обеспечивающий надежное хранение большой партии вакцин.

В 2007 году большинство объектов здравоохранения, переданных клинической больнице, находились в неудовлетворительном состоянии. Благодаря ФМБА России многие из них уже удалось привести в надлежащий порядок и, где – полностью, где – частично, оснастить необходимым оборудованием. Так, после ремонта помещений, открыли роддом, женскую консультацию № 1; приемное, неврологическое, кардиологическое, хирургическое, реанимационное отделения в многопрофильном стационаре № 1; детское стоматологическое отделение в детской поликлинике № 1, гинекологическое и реанимационное отделения в многопрофильном стационаре № 2, детский стационар. Полностью или частично проведен ремонт в семи поликлиниках, в том числе в трех детских. В ближайшие дни в клинической больнице откроют новое подразделение – отделение диализа с семью аппаратами искусственной почки.

Во время недавнего визита в Дмитровград руководитель ФМБА России В.В. Уйба, отмечая профессионализм и отдачу сотрудников учреждения, заметил, что агентство и впредь будет оказывать клиничес-

кой больнице поддержку. Например, в 2012 году планируется подготовить к эксплуатации, оснастив необходимым медицинским оборудованием, в том числе компьютерным и магнитно-резонансным томографами, хирургический корпус. Здесь будут оказывать все виды экстренной, плановой и травматологической хирургической помощи. Кроме этого клиническая больница, в рамках модернизации здравоохранения, получит значительные финансовые средства на закупку оборудования и проведение ремонта зданий и помещений.

В свою очередь, коллектив стремится к выполнению поставленных перед ним задач. Ежегодно госзаказ по оказанию бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы госгарантий Ульяновской области перевыполняется на 9–11%. Удалось снизить младенческую смертность (в 2008 году – 7,1 на 1000 новорожденных, в 2010 году – 5,9). Растет рождаемость (в 2008 году – 11,1 на 1000 населения, в 2010 году – 11,9). Активно проводится тромболитическая терапия, благодаря чему удалось снизить смертность от инфаркта миокарда. Особая гордость клинической больницы – Центр крови. Взаимодействие персонала с населением, оснащение подразделения современным оборудованием и мобильным комплексом для забора крови позволили добиться заслуживающего уважения показателя: 33 донора на 1000 человек! ■



Оказывается помощь пациенту реанимационного отделения многопрофильного стационара № 2



Операция в отделении плановой хирургии МПС № 1

Бренды здравоохранения

■ Татьяна Тебенихина

С 5 по 11 декабря 2011 года в Москве в Экспоцентре работала XXI Международная выставка «Здравоохранение, медицинская техника и лекарственные препараты» – «Здравоохранение – 2011». Экспозиция сохраняет статус крупнейшего и важнейшего смотра последних достижений медицинской науки и практического здравоохранения, в котором принимают участие мировые и российские лидеры отрасли. Выставка проводится под патронатом Торгово-промышленной палаты Российской Федерации и Правительства Москвы при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерства промышленности и торговли РФ, Российской академии медицинских наук, Общественной палаты Российской Федерации.

В торжественной атмосфере прошла официальная церемония открытия главного международного форума России в сфере здравоохранения и социального развития. В приветствии заместителя министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Скворцовой сказано, что Форум и проходящие в его рамках выставки стали престижным «смотром достижений научной медицины и практического здравоохранения».

– Укрепление здоровья россиян, обеспечение лечебно-профилактических учреждений качественной лекарственной продукцией и высокотехнологичными видами оборудования – важнейшая задача сегодняшнего дня, которая находится в центре внимания государства и общества. Решения этой задачи способствуют крупнейшая в России международная выставка «Здравоохранение» – ключевое событие выставочно-конгрессного форума «Российская неделя здравоохранения», тематика которого определена президентом РФ Д.А. Медведевым как одно из приоритетных направлений развития экономики России и отражена в Концепции развития здравоохранения до 2020 года, – подчеркнул генеральный директор ЦВК «Экспоцентр» В.П. Малькевич.

От имени Торгово-промышленной палаты РФ участников, гостей и организаторов выставки приветствовал вице-президент палаты А.М. Рыбаков. Он подчеркнул, что «для эффективной работы отечественной системы здравоохранения, обеспечения граждан и медучреждений качественными изделиями медицинского назначения необходимо предпринимать шаги, ускоряющие процесс внедрения инноваций в медицинскую науку и практику, стимулирующие отечественных производителей к выпуску конкурентоспособной продукции».

Спорт и физическая культура активно входят в жизнь россиян, ведь чем больше физической активности у человека, тем более шансов на крепкое здоровье и активное долголетие.

– Новые рекорды и победы в современном спорте невозможны без соответствующего медицинского обеспечения, – сказал, обращаясь к Форуму, президент Российской ассоциации по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов Б. Поляев. – Многие достижения спортивной медицины зачастую востребованы в лечебной практике широкого круга медицинских учреждений. Проведение VI Международной научной конференции по вопросам состояния и перспективам развития

медицины в спорте высших достижений «СпортМед – 2011» в рамках крупнейшей в России медицинской выставки поможет развитию спортивной медицины и улучшению эффективности медицинского обеспечения спорта.

Выставка «Здравоохранение» стала местом встречи представителей государства, влиятельных деловых кругов, производителей оборудования и изделий медицинского назначения, ученых и практикующих врачей – всех, кто заинтересован в улучшении качества медицинского обслуживания населения и реализации приоритетных национальных программ в сфере здравоохранения.

Насыщенной была программа выставочно-конгрессного блока, объединенного под эгидой Форума «Российская неделя здравоохранения – 2011», включившая разнообразные мероприятия, встречи, научно-практические конференции, конгрессы. В рамках научно-практической программы «Российская неделя здравоохранения – 2011» прошел конкурс комплексных социально значимых проектов в сфере здравоохранения. Участники симпозиумов, семинаров и круглых столов уделили внимание реализации комплексной социальной программы «Здоровье России». В центре внимания находились вопросы подготовки управленческих кадров в здравоохранении, разработки и внедрения новых медицинских технологий и персонализированных программ профилактики и лечения. Компании-участницы презентовали инновационную продукцию.

Программа деловых и научно-практических мероприятий отразила важнейшие аспекты развития отрасли.

Ведущие ученые и специалисты ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, практикующие врачи обсудили вопросы практической стоматологии на XIII Ежегодном научном форуме «Стоматология – 2011».

Участники Всероссийского научно-практического конгресса радиологов с международным уча-

стием «Рентгенодиагностика в онкологии» обсудили вопросы применения инновационных технологий в сфере диагностики и лечения онкологических заболеваний.

Научная конференция и круглый стол «Больница сегодня и завтра», конкурс комплексных социально значимых проектов в сфере здравоохранения прошли под эгидой Ассоциации «1000-коечная больница», объединяющей стационары всех уровней, расположенные в федеральных округах России.

Участники VI Международной научной конференции «СпортМед – 2011» обсудили вопросы состояния и перспективы развития медицины в спорте высших достижений.

Ведущие медицинские вузы, техникумы и колледжи России продемонстрировали в Центре профессионального образования и карьеры программы подготовки квалифицированных кадров.

Форум и проходящие в рамках его работы выставки стали традиционной площадкой для встреч и общения ученых и специалистов, студентов медицинских вузов и организаторов здравоохранения, которые непосредственно принимают участие в реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».



Анастасия Нефёлова

Высокотехнологичное оборудование от CoTiS

Корпорация CoTiS представила на стенде полный спектр услуг и работ, включая модернизацию существующих ЛПУ, комплексное оснащение медицинских учреждений и предприятий фармации, комплекс «Чистых помещений», проектирование, строительство, а также влагосберегающие повязки для лечения ожогов и ран «Бреймендерм».

На стенде было представлено оборудование партнеров Корпорации: ограждающие конструкции, герметичная потолочная система, воздухозаборные модули, двери, обрамляющие элементы для чистых помещений компании «АСП-Инжиниринг», криогенное оборудование и компактные газификаторы компании «Промэлектр».

На стенде Корпорации CoTiS был представлен образец высокотехнологичного оборудования Криоцилиндр – газификатор DLP – 175, который предназначен для полноценной замены газовых баллонов, а также для хранения и транспортировки жидкого кислорода.

Корпорация CoTiS уже более 17 лет специализируется на комплексном оснащении, капитальном ремонте и реконструкции медицинских учреждений. Залог качества предоставляемых услуг – квалифицированные сотрудники, работающие на рынке медицинского оборудования не один год. Компания освоила широкий ассортимент поставляемых товаров, производимых работ. Привлекает заказчиков гибкая ценовая политика. Профессионалы CoTiS помогут превратить любой проект в реальность.



Анастасия Нефёлова

«ЛайфКор Интернешнл»: автономное производство кислорода

Компания «ЛайфКор Интернешнл» начиная с августа 1997 года является эксклюзивным представителем компании AirSep (США) в Российской Федерации и странах СНГ.

В этом году компания отметила 14-летний юбилей работы на рынке медицинского оборудования. Основная область деятельности компании – продвижение на российском рынке современного высокотехно-

логичного оборудования по производству кислорода – кислородных концентраторов для медицины и промышленности.

С каждым годом неуклонно растет динамика продаж и расширяется география поставок ООО «ЛайфКор Интернешнл». Специально для российского рынка были разработаны новые модели совместно с инженерами компании AirSep (США) – кислородные концентраторы «Релайент» и «МЗ». Готовится к серийному выпуску новое оборудование – кислородный концентратор «Релайент» с кислородным и воздушным выходами. Фирма имеет сеть дилеров и сервисных центров в различных регионах России и СНГ, ее сотрудники готовы к сотрудничеству.



Анастасия Нефёлова

Газ ксенон – «четыре в одном»

ЗАО «АТОМ-МЕД Центр» – научно-производственная инновационная фирма. Здесь налажено производство медицинского ксенона – уникального газа с высоким уровнем очистки. Область его применения достаточно широка. Газ обладает четырьмя важнейшими терапевтическими качествами, что позволяет использовать его при анестезии, в терапии как антидепрессант, адаптоген и ноотропное вещество.

Проведено более 10 тыс. хирургических операций, в ходе которых применялась анестезия ксеноном. Практика подтвердила отсутствие противопоказаний при таком наркозе, что особенно актуально для пожилых пациентов.

Ксенон – «газ радости», обладающий свойствами антидепрессанта, помогающий пациентам преодолеть фобии, стрессы, страхи. Препарат обладает ноотропными свойствами, доставляет кислород

к клеткам головного мозга, является адаптогеном.

Люди, прошедшие терапию ксенонем, испытывают прилив сил, повышение работоспособности. Даже самые большие нагрузки переносятся легко, и на восстановление сил требуется меньше времени.

Эффективно применяется ксенон в наркологии. Совместно с учреждениями здравоохранения проведены исследования, получен обнадеживающий результат.

Хорошо зарекомендовал себя ксенон в спорте высших достижений. С 2002 года генеральный директор ЗАО «АТОМ-МЕД Центр» И.Н. Роцин наладил тесные контакты со спортивными федерациями в области использования препарата для реабилитации и восстановления сил спортсменов. Ксенон принадлежит к группе разрешенных средств, поэтому его применение не ограничено антидопинговым законодательством.

Предприятие занимается также разработкой и производством портативных аппаратов для ингаляции. Совместно с Арзамасским приборостроительным заводом разработана новая модель МАГИ-МЦ пятого поколения с электронным управлением. Освоен выпуск портативного переносного ингаляционного аппарата, который можно использовать в экстремальных ситуациях, в том числе в медицине катастроф, во время аварийных ситуаций, в работе скорой медицинской помощи. Ингаляция ксенонем быстро снимает болевой шок и смягчает стресс.

ЗАО «АТОМ-МЕД Центр» готов поставлять инновационную продукцию всем заинтересованным учреждениям. На предприятии организовано обучение специалистов — представителей заказчиков практической работе на этом оборудовании.

ЛПУ — под ключ

Выставка «Здравоохранение — 2011» стала для предприятий группы компаний «Троль» юбилейной, десятой.

Группа компаний «Троль» — стабильное и надежное медико-



Анастасия Нефедова

производственное и проектно-строительное объединение, включающее ряд научно-производственных и торговых предприятий Санкт-Петербурга.

Предприятия, входящие в состав холдинга, разрабатывают и производят современное медицинское оборудование и расходные материалы, главным образом, в области хирургии, анестезиологии и реанимации.

Основное поле деятельности — это полный цикл создания лечебных учреждений под ключ, от проектирования и строительства до оснащения медицинским оборудованием с соблюдением всех технических, санитарных и гигиенических требований.

В состав холдинга входит Управляющая компания ООО «Строй-Реанимация», которая занимается проектированием, реконструкцией, капитальным ремонтом объектов здравоохранения, поставкой медицинского и технологического оборудования, а также созданием медико-технологических комплексов чистых помещений, основные конструктивные элементы которых были продемонстрированы в собранном на выставке макете.

Также группа компаний объединяет три научно-производственных предприятия.

ЗАО «Завод «Электромедоборудование» (ЭМО) существует с 1937 года и является ведущим отечественным производителем наркозно-дыхательной аппаратуры и лабораторного оборудования, которые отвечают всем российским и международным стандартам. Завод представил на экспозиции две новые разработки. Первая из них — анестезиологический комплекс «Полиаркон-15», предназначенный для инвазивной подачи анестетических газов при общей анестезии

и оптимальный при проведении операций длительностью до шести часов. Вторая разработка — блочно-модульный наркозно-дыхательный комплекс экспертного класса НДК-01, предназначенный для инвазивной подачи анестетических газов при общей анестезии, включая сердечно-сосудистую хирургию.

ЗАО «Альтернативная наука» занимается проектированием, производством и монтажом оборудования для создания систем централизованного медицинского газоснабжения. На стенде были широко представлены комплектующие для систем централизованного газоснабжения: потолочная, настенная и световая консоли в различных вариантах исполнения, палатная сигнализация, оборудование для кислородотерапии и аспирации, медицинское электрооборудование.

ООО «Медсиликон» — производитель изделий медицинского назначения из катализаторной платиновой силиконовой резины: расходных материалов для наркозно-дыхательной техники (многоцветные дыхательные контуры), хирургии, анестезиологии и реанимации (комплекты хирургических дренажей).

Внешнеторговая деятельность и оснащение медицинских учреждений по заказу АО «Газпром» — прерогатива двух торговых компаний, входящих в состав ГК «Троль».

Компания «Наука-Сервис-Медицина» ведет внешнеторговую деятельность и осуществляет комплексное оснащение больниц ведущих мировых производителей, а также его гарантийное и послегарантийное обслуживание.

Компания «НС-Медицина» оснащает по заказу АО «Газпром» лечебные учреждения.

Предприятия, входящие в Группу компаний «Троль», постоянно совершенствуют свою продукцию и расширяют ассортимент оборудования и услуг. Они предлагают своим клиентам только лучшее.

Технология «Горный воздух»

Фирма представила инновационную технологию, которая позволяет,



Анастасия Нерфедова

независимо от размера помещения и количества находящихся в нем человек, быстро и надолго создавать и стабильно поддерживать атмосферу горного воздуха. С помощью электроники и компьютерной программы можно плавно регулировать «уровень высоты», температуру и качество воздуха в любом помещении при нормальном атмосферном давлении.

Технология «Горный воздух» может применяться в различных направлениях: медицине, спорте высоких достижений, сельском хозяйстве, противопожарной безопасности.

В медицине. Метод способствует повышению неспецифической резистентности организма, что позволяет его использовать при лечении многих болезней. Перспективно применение в геронтологии в комплексе средств омоложения и продления жизни человека.

В спорте. Многие профессиональные спортсмены используют технологию LOWOXOXYGEN® SYSTEMS. Эффект всего лишь нескольких часов воздействия оказывается не меньшим, чем месячное пребывание и тренировки в горах. Технология внедрена в Германии, Китае, ОАЭ, Бельгии, Индии, Кувейте и Швейцарии. Национальные олимпийские комитеты ряда стран Европы и Азии, а также многие клубы для спортсменов экстра-класса являются клиентами немецкой компании.

В сельском хозяйстве. Технология позволяет значительно увеличить продолжительность хранения сельскохозяйственной продукции и сохранить ее качество. Система поддерживает в помещении заданный температурный режим хранения, относительную влажность воздуха, состав атмосферы, содержание в ней кислорода и углекислого газа.

Для профилактики пожаров. Поскольку в атмосфере с понижен-

ным содержанием кислорода горение затруднено или невозможно, высок противопожарный эффект технологии LOWOXOXYGEN® SYSTEMS. Оборудование может применяться на складах токсичных и легковоспламеняющихся материалов, в отделах IT-техники, в серверных помещениях, секретных архивах, хранилищах банковских и музейных ценностей. При этом содержимое хранилищ не будет повреждено сопутствующими пожару факторами (дым, сажа) и не пострадает при тушении.



Анастасия Нерфедова

Инновации в сфере медицинской техники

Группа Компаний МЕДСНАБ ГРУПП создана коллективом врачей и инженеров-техников, начавших работу на рынке поставок и обслуживания медицинской техники в начале 90-х годов. Основное направление деятельности — оснащение лечебных учреждений современным высококачественным медицинским оборудованием для хирургии, анестезиологии и реанимации, акушерства и гинекологии, рентгенологии, функциональной диагностики, а также служб скорой и экстренной медицинской помощи.

Сегодня в холдинг входят несколько компаний, имеющих самостоятельные офисы в Москве: ООО «Владмедпоставка», ООО «Медолина», ООО фирма «Мосстоматрентген». Штат сотрудников холдинга составляет более 200 человек.

Группа Компаний МЕДСНАБ ГРУПП занимается разработкой новых видов медицинского оборудования. Департамент науки и промышленной политики г. Москвы заинтересовался этими исследованиями, выделив в 2009 году более 16 млн рублей на выполнение научно-исследовательской и опытно-конструкторской работы, связанной

с разработкой криохирургического аппарата для нейрохирургии.

Холдинг МЕДСНАБ ГРУПП осуществляет поставки оборудования на основе конкурсов, аукционов и котировок, предоставляя заказчику наиболее благоприятные условия расчета за поставленное оборудование, в том числе по лизингу, с возможностью отсрочки платежа и предоставления товарного кредита.



Комплексная модернизация

Для ЗАО «Компания «Интермедсервис» участие в выставке «Здравоохранение — 2011» явилось возможностью познакомить врачебное сообщество, российских ученых и сотрудников Минздравсоцразвития России с инновационными технологиями и эффективными способами их внедрения в практическое здравоохранение.

В этом году Компания построила стенд общей площадью 128 квадратных метров. Впервые в истории ИМС был сооружен двухэтажный стенд, состоящий из экспозиционного пространства первого этажа и переговорной зоны второго. Экспозицию стенда составили тематические части под названиями «Отделение реанимации новорожденных», «Палата интенсивной терапии и реанимации», «Операционный блок», «Кабинет УЗИ», «Отделение реабилитации и функциональной диагностики», «Лаборатория ЭКО». Каждая тематическая часть представляла инновационное оборудование и технологии, позволяющие улучшить качество медицинской помощи и снизить риск врачебной ошибки. Основной целью участия ИМС в международном форуме «Здравоохранение — 2011» была демонстрация услуг, товаров и комплексных инженеринговых решений для модернизации отечественного здравоохранения. ■

В рамках XXI Международной выставки «Здравоохранение – 2011» был проведен ряд круглых столов с участием известных медицинских и общественных деятелей, представителей учреждений здравоохранения, различных компаний и организаций.



Владимир Зотов, сопредседатель Совета по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации, сопresident Ассоциации руководителей учреждений здравоохранения, президент Межрегиональной общественной организации «Природное наследие нации»

Сергей Колесников, советник президиума РАМН, академик РАМН



Николай Чуркин, первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по аграрно-продовольственной политике и природопользованию

Владимир Купин, директор Дирекции региональных и целевых программ Федерального индустриально-финансового союза по реализации президентских программ



Валерий Леонтьев, профессор кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФПДО МГМСУ, сопresident Ассоциации руководителей учреждений здравоохранения, академик РАМН



Татьяна Зотова, вице-президент межрегиональной общественной организации «Природное наследие нации»

Зоя Тюмасева, директор Института здоровья и экологии человека;



Анастасия Нефёдова

XXI Международная выставка «Здравоохранение – 2011»: аспекты взаимодействия природы и общества

Природа и общество: влияние окружающей среды на здоровье человека

По инициативе Совета по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации, Межрегиональной общественной организации «Природное наследие нации», Межрегиональной общественной организации «Ассоциация руководителей учреждений здравоохранения», Межрегиональной общественной организации «Объединенная ассоциация заслуженных врачей, заслуженных деятелей науки и работников здравоохранения» и Федерального специализированного журнала «Кто есть Кто в медицине» в рамках XXI Международной выставки «Здравоохранение – 2011» был проведен круглый стол на тему «Природа и общество: влияние окружающей среды на здоровье человека».

На круглом столе выступили **В. Зотов, С. Колесников, Н. Чуркин, В. Купин, В. Леонтьев, Т. Зотова, А. Матвеев, О. Аполихин, Р. Лукутцова, Н. Тузов, Т. Медведева, Д. Нефёдов, З. Тюмасева.**

Окружающая среда, по мнению участников, является интегративным фактором, влияющим на уровень и качество здоровья населения российских регионов, фактором, от которого во многом зависит не только процесс сохранения здоровья каждого человека,

но и оздоровление общества в целом. От состояния природы на сегодняшний день зависят здоровье и благополучие человека.

В выступлениях были затронуты вопросы взаимоотношения человека и природы, влияния природной среды на здоровье человека, поиска инструментальных форм, методов и решений профилактики и лечения болезней с использованием элементов природы.

Участники круглого стола выступили с инициативой проведения на территории российских регионов ряда тематических мероприятий по рассмотрению вопросов влияния окружающей среды на здоровье человека, развитию здоровьесберегающих технологий, дальнейшему оздоровлению общества.

Окружающая среда как фактор активного долголетия

По инициативе Совета по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации, Федерального индустриально-финансового союза по реализации президентских программ, Межрегиональной общественной организации «Природное наследие нации», Межрегиональной общественной организации «Ассоциация



Анастасия Нефёдова

руководителей учреждений здравоохранения» и Федерального специализированного журнала «Кто есть Кто в медицине» на Международной выставке «Здравоохранение – 2011» был проведен круглый стол на тему «Окружающая среда как фактор активного долголетия».

Участниками круглого стола стали **В. Зотов, В. Купин, Г. Сухих, С. Колесников, Г. Горбунов, О. Волошина, Т. Зотова, Г. Мельниченко, Н. Тузов, Д. Нефёдов, С. Пальчиков, Д. Кулянов, В. Курносков**, а также представители учреждений здравоохранения, различных компаний и организаций.

Выступавшие обратили внимание на то, что процесс сохранения Природы напрямую связан не только с сохранением здоровья каждого человека, но и с оздоровлением общества в целом. Они отметили необходимость разработки государственной программы по активному долголетию и поддержки деятельности в этом направлении.

Участниками круглого стола отмечено, что человек и природа тесно связаны друг с другом и что физиологическое долголетие зависит от потенциала здоровья, который формируется начиная с внутриутробного развития, в детском и далее — в трудоспособном возрасте и зависит от состояния окружающей среды. Именно поэтому фактор влияния природы на здоровье человека должен учитывать-

ся при формировании политики оздоровления общества.

На круглом столе была отмечена большая роль Федерального специализированного журнала «Кто есть кто в медицине» в пропаганде здорового общества жизни, формировании активной позиции по сохранению и укреплению здоровья населения.

Здоровьесберегающие технологии: вопросы взаимоотношения человека и природы

В рамках XXI Международной выставки «Здравоохранение – 2011» были проведены круглые столы: «Здоровьесберегающие технологии: вопросы взаимоотношения человека и природы» и «Профилактика и лечение болезней с использованием элементов природы».

Большое внимание участниками круглых столов уделено развитию здоровьесберегающих технологий, использованию элементов природы в качестве форм и методов профилактики и лечения населения, оздоровлению средствами образования и экологии.

В выступлениях отмечена большая роль окружающей среды, уровня решения экологических проблем в сохранении здоровья человека, их тесная взаимосвязь. Негативные изменения качества внешней природной среды отрицательно сказываются на состоянии здоровья человека. Природа является одной из осно-



Александр Матвеев, первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по федеративному устройству, региональной политике, местному самоуправлению и делам Севера

Олег Аполихин, директор ФГУ «НИИ урологии Минздравсоцразвития России», доктор медицинских наук, профессор



Николай Тузов, директор Сенаторского клуба Совета Федерации, член Совета по сохранению природного наследия нации, доктор наук, профессор, академик РАЕН, академик МАНПО

Татьяна Медведева, заместитель руководителя Администрации Одинцовского муниципального района Московской области;

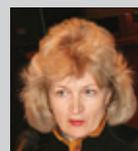


Дмитрий Нефёдов, главный редактор журнала «Кто есть кто в медицине»

Геннадий Сухих, директор ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»



Геннадий Горбунов, председатель Комитета Совета Федерации по аграрно-продовольственной политике и природопользованию



Ольга Волошина, председатель комитета по охране природы Администрации Одинцовского района Московской области



Галина Мельниченко, директор Института клинической эндокринологии

Сергей Пальчиков, член Совета по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации, президент НПСА «Здоровый лес»



Раиса Лукутцова, председатель Российского Красного Креста

Дмитрий Кулянов, член Совета по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации, соруководитель проекта «Окружающая природная среда и здоровье человека»



Владимир Курносков, президент Фонда «Ассамблея Здоровья», комиссар Премии «Профессия – Жизнь»



Анатолий Кулаков, директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздравсоцразвития России



Инна Аполихина, руководитель гинекологического отделения восстановительного лечения ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова», профессор

Сергей Осипов, член Совета по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации, координатор тематических программ Ассоциации руководителей учреждений здравоохранения



Михаил Голиков, вице-президент Международной академии проблем гипоксии

Андрей Подгорный, детский хирург и уролог ФГУ МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздравсоцразвития России, кандидат медицинских наук



Александр Крутиков, генеральный директор Национального инновационно-образовательного центра «РЕКОД», проректор Одинцовского гуманитарного института, депутат Совета депутатов Одинцовского муниципального района Московской области.

воплощающих составных частей большинства здоровьесберегающих технологий.

Выступающие коснулись ряда других вопросов, связанных с влиянием окружающей среды на здоровье человека и оздоровление общества в целом.

Организаторами круглых столов стали Совет по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации, Межрегиональная общественная организация «Природное наследие нации», Межрегиональная общественная организация «Ассоциация руководителей учреждений здравоохранения», Межрегиональная общественная организация «Объединенная ассоциация заслуженных врачей, заслуженных деятелей науки и работников здравоохранения» и Федеральный специализированный журнал «Кто есть Кто в медицине».

С докладами и сообщениями выступили **В. Зотов, А. Кулаков, Н. Чуркин, И. Аполихина, С. Осипов, М. Голиков, О. Волошина, А. Подгорный, А. Крутиков, Д. Нефёдов, З. Тюмасева.**

Природа и здоровье человека: инновационные программы, проекты и технологии

Уделяя большое внимание развитию инновационных программ, проектов и технологий в здравоохранении, в первую очередь с использованием элементов природы, в рамках XXI Международной выставки «Здравоохранение – 2011» Советом по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации, Межрегиональной общественной организацией «Природное наследие нации», Межрегиональной общественной организацией «Ассоциация руководителей учреждений здравоохранения», Межрегиональной общественной организацией «Объединенная ассоциация заслуженных врачей, заслуженных деятелей науки и работников здравоохранения» и Федеральным специализированным журналом «Кто есть Кто в медицине» был проведен круглый стол на тему «Природа и здоровье человека: инновационные программы, проекты и технологии».

В работе круглого стола приняли участие **В. Зотов, В. Купин, О. Аполихин, Р. Лукутцова, Г. Горбунов, А. Кулаков, Т. Зотова, С. Колесников, Н. Тузов, М. Голиков, Т. Медведева, Д. Нефёдов, С. Пальчиков.**

Выступающими было отмечено, что задача общего оздоровления населения не может быть эффективно и качественно решена только специальными средствами медицины. В процессе оздоровления общества проблеме взаимоотношения человека и природы как одной из главных составляющих общего процесса сохранения здоровья должно быть отведено ведущее место.

Участники круглого стола обратили внимание на вопросы развития и поддержки инициатив по разработке новых инновационных программ, проектов и технологий в медицине, поиска новых инновационных инструментариев, форм, методов и решений профилактики и лечения болезней с использованием элементов природы. ■



Анастасия Нефёлова

VI Национальный конгресс терапевтов

■ ТАТЬЯНА ТЕБЕНИХИНА

23–25 ноября в Москве состоялся VI Национальный конгресс терапевтов, приуроченный к 135-летию выдающегося украинского и советского терапевта Николая Дмитриевича Стражеско.

Конгресс, организованный Российским научным медицинским обществом терапевтов, осветил самый широкий спектр вопросов, касающихся всех сторон практической деятельности врача-терапевта. В качестве председателей секций и докладчиков были привлечены ведущие представители российской и мировой медицинской науки. Почетным председателем конгресса стал А.П. Голиков, почетный президент Российского научного медицинского общества терапевтов, академик РАМН.

На конгрессе выступил с докладом «Актуальность идей Николая Дмитриевича Стражеско в современной кардиологии» Владимир Николаевич Коваленко, академик Национальной академии медицинских наук Украины, директор Национального научного центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско».

Прозвучали пленарные лекции академика РАМН, главного кардиолога Минздравсоцразвития России Ю.Н. Беленкова на тему «Хроническая сердечная недостаточность: от Н.Д. Стражеско до наших дней» и академика В.С. Моисеева «Спорные вопросы острой сердечной недостаточности». Во многих выступлениях лейтмотивом звучала мысль, что сегодня как никогда врач-

терапевт должен занять центральную позицию в медицине.

В рамках Конгресса традиционно прошел конкурс молодых ученых, в котором приняли участие специалисты, имеющие инновационные работы в области внутренних болезней, и XII ежегодный форум «Скорая помощь», поднявший тему совершенствования догоспитальной помощи пожилым пациентам.

По данным Минздравсоцразвития России, ведущими причинами высокой смертности населения страны являются острые сосудистые нарушения (инсульты, инфаркты миокарда и внутренние кровотечения), онкологические заболевания, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), болезни органов пищеварения и инфекции. Согласно результатам патологоанатомических вскрытий, из приведенного списка заболеваний на одного умершего приходится 2–3 основных и более 5 сопутствующих патологий. Причем количество заболеваний увеличивается пропорционально возрасту больных. В последние десятилетия происходят изменения в характеристике здоровья, заболеваемости и смертности людей. Старение населения, урбанизация, глобальное изменение образа жизни, продовольственная безопасность, социальная напряжен-

ность и прочие причины приводят к увеличению бремени хронических неинфекционных заболеваний.

Особенно это актуально для России, где мы являемся свидетелями значительных колебаний смертности населения, зависимой от сугубо национальных особенностей, в том числе уровня потребления алкоголя, курения, психоэмоциональных стрессов, выраженности метаболических нарушений и др. Поэтому сохраняется столь высокая нагрузка на догоспитальную службу медицинской помощи, обусловленная увеличением вызовов к пожилым людям.

Трудности диагностики многих состояний у пожилых пациентов обуславливают и большое количество расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов, высокий процент досрочной летальности, что, естественно, требует более пристального внимания к данной проблеме.

При этом, помимо медицинского аспекта, ситуация имеет и большое социальное значение. На осуществление медицинской помощи пожилым больным расходуется значительно большее количество средств из-за тяжести их состояния и вынужденной полипрагмазии.

— Форум «Скорая помощь — 2011» обсудил актуальные вопросы, позволяющие оптимизировать медицинское обслуживание пожилых людей и способствовать улучшению качества их жизни, — подчеркнул руководитель ННПОСМП, заслуженный деятель науки РФ, профессор А.Л. Вёрткин.

В торжественной обстановке конгресс чествовал патриарха российской терапии академика А.П. Голикова, который был удостоен медали имени Н.Д. Стражеско и Золотого Знака «За заслуги в развитии отечественного здравоохранения» (золотой крест, украшенный рубинами).

На Конгрессе были вручены награды выдающимся ученым-медикам — ордена им. Е.М. Тареева и медаль им. В.Д. Шервинского.

Делегаты почтили память корифеев отечественной медицины — академиков В.А. Насоновой и В.А. Люсова. ■

КОНГРЕСС ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ – 2012

Инвестиционные возможности и финансовые решения

8 & 9 февраля 2012 г. Москва, Российская Федерация

Компания «Конференции Евроконвеншн» рада пригласить Вас на предстоящий «Конгресс по вопросам здравоохранения России 2012: Инвестиционные возможности и финансовые решения», который пройдет 8-9 февраля 2012 г. в Москве, в Отеле “Марриотт Гранд” по ул. Тверской, 26.

После нашего успеха в 2009 и в 2010 годах предстоящий конгресс соберёт представителей – государственных учреждений, ведущих специалистов в отрасли, заинтересованные компании и финансовые организации с заслуживающими особого внимания проектами в области здравоохранения. Будут рассматриваться важнейшие вопросы области здравоохранения РФ, включая систему медицинского страхования, развитие отрасли в региональной перспективе и структурирования государственно-частного партнерства (ГЧП).

Наши ключевые темы:

- Текущие законодательные инициативы, направленные на реформы в здравоохранении РФ
- Государственные приоритеты в реформировании здравоохранения и стимулирование инвестиций
- Пути решения проблемы региональной диспропорции в финансировании здравоохранения
- Какая схема медицинского страхования подходит для России?
- Международный опыт и передовая практика в медицинском страховании
- ГЧП как современный инструмент финансирования устойчивого развития системы здравоохранения
- Научные исследования как основной двигатель в развитии эффективного здравоохранения
- Финансирование проектов высокотехнологичной медицинской помощи

Для получения дополнительной информации, в том числе о возможности спонсорства или участия в выставке, будьте любезны, обращайтесь:



Брюссель: **Алла Граждан** | тел: +32 2 6269664 | eMail: agrazhdan@euroconvention.com
Братислава: **Преслав Бобев** | тел: +421 257 272856 | eMail: pbobev@euroconvention.com
Лондон: **Клаудио Кассуто** | тел: +44 20 7381 9291 | eMail: cassuto@euroconvention.com
С нетерпением ждем встречи с Вами на конгрессе.
www.euroconvention.com

XVII Специализированная медико-экологическая выставка-ярмарка

ЧЕЛОВЕК ЭКОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЕ

25-27 апреля

г. Барнаул,
Дворец зрелищ
и спорта



Дни здоровья и медицины на Алтае

Разделы выставки:

- Медицинское оборудование, технологии и материалы
- Стоматология
- Фармация
- Медицинские услуги
- Товары для здоровья
- Здоровое питание, воды и напитки
- Экология. Курортная медицина и туризм
- Все для материнства и детства

Организаторы:



т.: (3852) 65-88-44

Электронный пригласительный билет на www.med.altfair.ru



19-я КАЗАХСТАНСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ

ВЫСТАВКА "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"



www.kihe.kz

16 -18 мая 2012

Атакент, Алматы, Казахстан

ОРГАНИЗАТОРЫ



ITE (Лондон, Великобритания)
Тел.: +44 (0) 207 596 50 00
Факс: +44 (0) 207 596 5111
www.ite-exhibitions.com



Itesca (Алматы, Казахстан)
Тел.: +7 727 2 583434,
Факс: +7 727 2 583444,
E-mail: healthcare@itesca.kz



GIMA (Гамбург, Германия)
Тел.: +49 (0)40 23524335
Факс: +49 (0)40 23524404
E-mail: limbach@gima.de



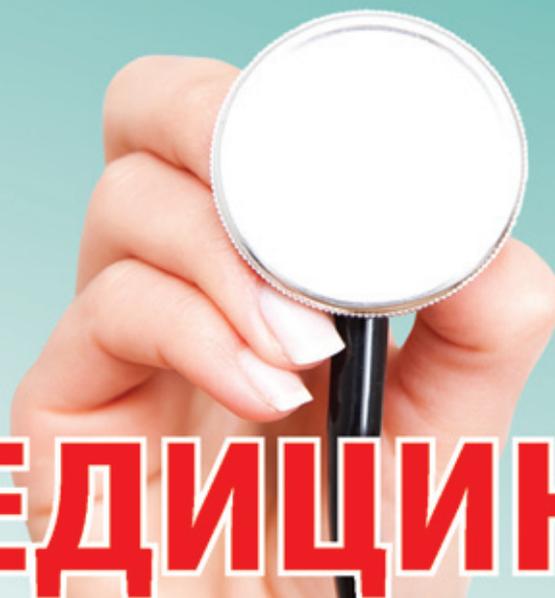
EUF (Стамбул, Турция)
Тел.: +90 212 291 83 10 (ext. 130)
Факс: +90 212 240 43 81
E-mail: yahyat@ite-turkey.com



СОЧИ **20-22** **ИЮНЯ** **2012**

Развиваем Юг России
ВМЕСТЕ!

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ
«ЗДОРОВЬЕ РОССИИ. СОЧИ 2012»**



МЕДИЦИНА СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

XIII специализированная **ВЫСТАВКА** медицинского оборудования, технологий и фармпрепаратов для здравоохранения

СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

III специализированная **ВЫСТАВКА** медицинского оборудования, технологий и фармпрепаратов для медицины спорта

Генеральный отраслевой партнер:



Главный информационный партнер:



Генеральный интернет-партнер:



Генеральный деловой партнер:



Главный отраслевой партнер:



Интернет-партнер:



Партнер:



ГРУППА КОМПАНИЙ
ИВЕНТ-СЕРВИС

● НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ

для гастроэнтерологов, аллергологов, терапевтов, эпидемиологов, инфекционистов, урологов, андрологов, пульмонологов, онкологов, кардиологов, семейных врачей

● III ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА. СОЧИ 2012» в рамках Международного Конгресса «Медицина спорта. Сочи 2012»


СОЧИЭКСПО

Выставочная компания «Сочи-Экспо ТПП г. Сочи»
тел.: (8622) 647-555, (495) 745-77-09
m.pisarenko@sochi-expo.ru, www.sochi-expo.ru

Компании, входящие в Корпорацию СоТиС, с 1993 года осуществляют работы в области проектирования, строительства и оснащения объектов в области здравоохранения и социальной защиты, представляя заказчикам полный комплекс услуг – с этапа консультаций и подготовки технического задания до сдачи уже готового, оснащенного медицинским оборудованием объекта.

★ Компания ОРГСТРОЙ

Комплексное проектирование нового строительства и реконструкции социальных объектов, в том числе учреждений здравоохранения. Полный комплекс работ по проектированию, поставке и монтажу комплексов «чистых помещений». Проектирование объектов сферы услуг и социально-бытового назначения (пищеблоки, химчистки, прачечные)

★ Экономинвестстрой

Строительство и реконструкция зданий и сооружений, в том числе объектов социально-культурного назначения с применением современных строительных технологий и материалов

★ УК СоТиС

Управление жилой и нежилой недвижимостью, бухгалтерское и юридическое сопровождение. Техническая эксплуатация зданий и объектов здравоохранения

★ МедГазПроект

Разработка проектной документации по разделу «Медицинские газы» (лечебное газоснабжение) для медицинских учреждений любого назначения и уровня

★ МедГазСтрой

Строительно-монтажные работы, в том числе монтаж систем медицинских газов в лечебно-профилактических учреждениях. Строительство станций по производству и хранению криогенных продуктов

★ Атриум

Производство медицинского и технологического оборудования для систем медицинского газоснабжения

★ СоТиС —М

Производство перевязочного материала «Бреймендерм»

★ НПП

Спецтехсервис
Поставка и монтаж систем медицинских газов и жизнеобеспечения, медицинское оборудование для больниц

Корпорация
СОТИС®

Представительства в ★Туле, ★Белгороде, ★Санкт-Петербурге, ★Самаре, ★Ставрополе, ★Краснодаре

- комплексные услуги
- использование передовых технологий
- высокое качество работ
- использование качественных материалов
- индивидуальный подход к каждому клиенту
- эксклюзивность решений и оборудования
- гибкая ценовая политика