

# КТО ЕСТЬ ОТЯ

Who is Who

№7 (50)

2010

В М Е Д И Ц И Н Е



Сергей Колесников,  
доктор  
медицинских наук,  
заместитель  
председателя  
Комитета  
по охране  
здоровья  
Государственной  
думы РФ:

«Сохранение  
внебюджетных  
механизмов  
финансирования  
дорогой  
медицинской помощи –  
важнейшая задача  
российской  
онкологии  
на данный  
момент»

с. 8



**Сергей  
Юрасов,  
руководитель  
ФГУЗ КБ № 84  
ФМБА России:**

**«Думая о развитии  
больницы, надо  
прежде всего  
насытить её  
знаниями  
и сердцем»**

*с. 44*



# На пользу от благословенной Земли Русской!

## Минеральная лечебно-столовая вода «КРАИНСКАЯ»

Минеральная вода «Краинская» добывается из скважины, расположенной в центральной части курорта «Краинка» в Суворовском районе Тульской области. Целебную воду краинского источника с незапамятных времен использовали для лечения собственных недугов местные жители. В 1847 году по указу императора Николая Павловича здесь был открыт курорт, который сейчас является одним из старейших курортов России и известен своими минеральными водами и лечебными торфяными грязями.

Химический состав минеральной воды полностью соответствует показателям ГОСТ 13273-88 «Воды минеральные питьевые лечебные и лечебно-столовые» для группы XI и наименования типа «Краинский». Вода «Краинская» относится к безгазовым сульфатным щелочным холодным водам малой минерализации (содержанием солей с 1,5 - 5 г/л), что позволяет принимать её без строгого контроля врачей. Благодаря своим уникальным природным свойствам вода применяется при дисбактериозах, хронических гастритах, язвенной болезни, хронических колитах и энтероколитах, хронических заболеваниях печени, желчевыводящих и мочевыводящих путей, хронических панкреатитах, постхолецистэктомических синдромах, болезнях обмена веществ и как отличное профилактическое средство при заболеваниях центральной нервной системы.



Каир'98



Париж'98



Кёльн'99



Милан'01



АИКА

ИСПЫТАНО В УПРАВЛЕНИИ ДЕЛАМИ  
ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФГУ "ЦЕНТР КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И  
МЕДИЦИНСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ"

Химический состав, мг/дм<sup>3</sup>:  
Анионы: гидрокарбонаты 200 - 300,  
сульфаты 1400 - 1600, хлориды < 25.  
Катионы: магний < 100, кальций 500 - 600,  
натрий + калий < 100.  
Минерализация, г/л 2,2 - 2,8.

  
**КРАИНКА**

ТОРГОВЫЙ ДОМ

Торговый дом КРАИНКА  
121471, г. Москва, ул. Рябиновая, д. 43, стр. 1  
Тел.: +7 (495) 987 16 60  
E-mail: td-krainka@mail.ru  
www.td-krainka.ru

# ГРУППА КОМПАНИЙ «ТРОЛЛЬ»

осуществляет полный комплекс работ по проектированию, строительству и оснащению медицинских учреждений

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



Медико-санитарная часть ООО «Газпром трансгаз Уфа», г. Уфа

- проектирование, строительство, реконструкция и капитальный ремонт объектов здравоохранения
- создание комплексов чистых помещений

- монтаж инженерных сетей: отопление, вентиляция, кондиционирование воздуха, водоснабжение, канализация и медгазоразводка



УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Витебск



ФГУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт имени Г.И.Турнера», г. Санкт-Петербург, Пушкин

- комплексное оснащение медицинских учреждений

**МЫ СТРОИМ СВОЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДХОДЕ К КАЖДОМУ ЗАКАЗЧИКУ – ОТ КРУПНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ ДО НЕБОЛЬШИХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ!**

- производство оборудования для анестезиологии и реанимации: реанимационные и операционные консоли, оборудование для кислородотерапии, источники медицинских газов, расходные материалы



ФГУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт имени Г.И.Турнера», г. Санкт-Петербург, Пушкин



**ТРОЛЛЬ**  
ГРУППА КОМПАНИЙ  
[www.trollcompany.ru](http://www.trollcompany.ru)

Головной офис  
Управляющая компания  
ООО «СтройРеанимация»  
198095, Санкт-Петербург  
ул. Швецова, д. 41  
тел.: (812) 449-97-17  
факс: (812) 449-19-11  
[info@trollcompany.ru](mailto:info@trollcompany.ru)

Представительство  
по Москве и Московской обл.  
ООО «ТРОЛЛЬ-Медицина»  
129164, Москва  
ул. Ярославская, д. 8, к. 3, оф. 314  
тел.: (495) 662-34-81  
факс: (495) 662-34-01  
[trollmed@trollcompany.ru](mailto:trollmed@trollcompany.ru)



Журнал издаётся с 2003 года  
www.ktovmedicine.ru

## Редакция

Учредитель, главный редактор  
**Дмитрий НЕФЁДОВ**

Первый заместитель  
главного редактора  
**Анастасия НЕФЁДОВА**

Заместители главного редактора  
**Роман КИСЛОВ,**  
**Сергей СИНДЕЕВ,**  
**Наталья ДОЛЕВА**

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. Отпечатан с электронных носителей заказчика в типографии ОАО «Советская Сибирь», г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 104.

Тираж: 25000 экз.

Редакция не несёт ответственности за номера телефонов и содержание рекламных объявлений. Все права на созданные материалы принадлежат авторам. Перепечатка материалов и использование их в любой форме, в том числе и в электронных СМИ, возможны только с разрешения редакции.

Цена свободная.

Подписка на 4 номера журнала — 800 рублей, на 8 номеров — 1600 рублей. Непосредственно через издателя. Подписано в печать 17.12.2010 г.

Адрес редакции: 107023, г. Москва, пл. Журавлёва, д. 10, стр. 1.

Телефоны: (495)962-12-22,  
(495)962-16-53,  
(495)287-46-42 (многоканальный),  
8(916)346-50-57 (мобильный).

E-mail: 9621222@mail.ru

Филиал по Уральскому, Сибирскому, Дальневосточному федеральным округам РФ: 644043, г. Омск, ул. Тарская, 13а.

Телефоны: (3812)948-249, 948-359,  
948-831, 948-234.

E-mail: m9621222@mail.ru

Официальный сайт редакции: www.kto-cto.ru

## Экспертный совет редакции



**ЗОТОВ Владимир Валентинович**  
председатель экспертного совета редакции журнала «Кто есть кто в медицине», сопредседатель и руководитель Исполнительной дирекции Совета по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации, президент Межрегиональной общественной организации «Природное наследие нации»



**ТРОФИМОВ Евгений Никитович**  
заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению



**КОЛЕСНИКОВ Сергей Иванович**  
заместитель председателя Комитета Государственной думы по охране здоровья, член президиума РАМН, академик РАМН



**ЖИДКИХ Владимир Александрович**  
председатель Комиссии Совета Федерации по делам молодёжи и туризму, член Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению



**ЗОТОВА Татьяна Владимировна**  
руководитель программ развития Сенаторского клуба Совета Федерации, член президиума Совета по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации, помощник председателя Комитета Совета федерации по образованию и науке



**ТУЗОВ Николай Витальевич**  
директор Сенаторского клуба Совета Федерации, доктор наук, профессор, академик МАНПО, член-корреспондент РАЕН



**ИВАНОВ Андрей Иванович**  
заведующий ФГУП «Межбольничная аптека» Управления делами Президента РФ, доктор фармацевтических наук, профессор, академик РАЕН



**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 Росмедтехнологий», д.м.н., профессор, лауреат премии Правительства РФ



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



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



**САРКИСОВА Валентина Антоновна**  
президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестёр 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



**СЕРГЕЙ КОЛЕСНИКОВ**,  
доктор медицинских наук,  
заместитель председателя  
Комитета по охране здоровья  
Государственной думы РФ  
с. 8



**ГЕОРГИЙ МАНИХАС**,  
главный врач  
Санкт-Петербургского  
городского клинического  
онкологического диспансера  
с. 24



**АНДРЕЙ НЕСТЕРОВ**,  
главный врач Пензенского  
областного онкологического  
диспансера  
с. 29



**ИГОРЬ ПИМЕНОВ**,  
главный врач Тульского  
областного онкологического  
диспансера  
с. 30



**ВЛАДИМИР РУЧКИН**,  
главный врач ГУЗ РКОД  
Республики Башкортостан  
с. 32



**АНДРЕЙ ВАЖЕНИН**,  
главный врач ГЛПУ  
«Челябинский областной  
клинический  
онкологический диспансер»  
с. 34



**ВЯЧЕСЛАВ ШАМАНСКИЙ**,  
директор ГБУЗ СО  
«Свердловский областной  
онкологический диспансер»  
с. 35



**СЕРГЕЙ ОРЛОВ**,  
главный врач Омского  
областного клинического  
онкологического диспансера  
с. 36



**НАТАЛЬЯ БЫКОВА**,  
главный врач ГУЗ  
«Онкологический диспансер,  
г. Бийск»  
с. 39



**ВИКТОРИЯ ДВОРНИЧЕНКО**,  
главный врач Иркутского  
областного онкологического  
диспансера  
с. 40



**ВИТАЛИЙ КОВАЛЕНКО**,  
и.о. главного врача ГУЗ  
«Краевой клинический  
центр онкологии»  
МЗ Хабаровского края  
с. 42



**СЕРГЕЙ ЮРАСОВ**,  
руководитель ФГУЗ КБ  
№ 84 ФМБА России  
с. 44



**МАРИНА ВЛАСОВА**,  
начальник ФГУЗ МСЧ  
№ 144 ФМБА России  
с. 48



**ПЁТР ГЕРАСИМОВИЧ**,  
начальник МСЧ № 107  
ФМБА России  
с. 50



**ГАЛИНА СМИРНОВА**,  
заместитель главного врача  
по медицинской части ФГУ  
ЦКС «Малаховка» для детей  
с родителями ФМБА России  
с. 53



**ГУКАС ТЕР-АКОПОВ**,  
директор санатория  
«Юность» ФМБА России  
с. 56



**ГЕННАДИЙ ГУДИНО**,  
главный врач  
специолиники  
ФГУП ЛИИ им. Громова  
с. 58



**ЭЛЬМИРА КАРИМОВА**,  
начальник Ульяновского  
областного клинического  
госпиталя ветеранов войн  
с. 60



**ВАЛЕРИЙ ПОЦЕЛУЕВ**,  
главный врач МУЗ  
«Городская больница № 2»  
г. Ульяновска  
с. 61



**ВЛАДИМИР ЛЕВАНОВ**,  
главный врач МУЗ  
«Городская поликлиника  
№ 5» г. Ульяновска  
с. 62



**СТАНИСЛАВ ТЯН**,  
главный врач Учреждения  
ХМАО – Югры  
«Нижневартовский  
кожно-венерологический  
диспансер»  
с. 63



**ВИТАЛИЙ ЖАРАВИН**,  
главный врач  
УХМАО – Югры  
«СКПД»  
с. 64



**ЛЮБОВЬ БОРХОНОВА**,  
главный врач  
БУ ХМАО – Югры  
«Нижневартовский  
противотуберкулёзный  
диспансер»  
с. 66



**АНДРЕЙ НОВИКОВ**,  
главный врач БУ  
ХМАО – Югры «Советский  
психоневрологический  
диспансер»  
с. 67



**ЛЮДМИЛА ПРОХОРОВА**,  
директор Учреждения  
социального обслуживания  
ХМАО – Югры  
«Реабилитационный центр  
для детей и подростков  
с ограниченными  
возможностями «Анастасия»  
с. 68



**ВЛАДИМИР ВИССАРИОНОВ**,  
генеральный директор ОАО  
«Институт пластической  
хирургии и косметологии»  
с. 70



**ЛЮДМИЛА ЛАПА**,  
генеральный директор  
Медицинского центра  
иммунокоррекции  
им. Р.Н. Ходановой  
с. 72



**НИКОЛАЙ ФИСЕНКО**,  
главный врач  
Звенигородской  
центральной городской  
больницы им. А.П. Чехова  
с. 73



**НАТАЛИЯ МОТОВИЛОВА**,  
заведующая Центром  
планирования семьи  
Пушкинского района  
Санкт-Петербурга  
с. 74



**ИГОРЬ ТАДЖИЕВ**,  
главный врач ГУЗ «Областной  
центр по профилактике  
и борьбе со СПИД  
и инфекционными  
заболеваниями», г. Астрахань  
с. 75



**АНАТОЛИЙ КАРПОВ**,  
главный врач  
Новгородского областного  
противотуберкулёзного  
диспансера  
с. 76



**СЕРГЕЙ ФИЛИПОВ**,  
главный врач БСМП-1  
г. Омска  
с. 78



**ВЛАДИМИР ЖЕРЛИЦЫН**,  
генеральный директор ООО  
«Санаторий «Красная Поляна»,  
Белгородская область  
с. 80



**БОРИС АНДРЕЕВ**,  
главный врач ГУ «Респу-  
бликанская больница № 2 –  
Центр экстренной  
медицинской помощи»  
Министерства здравоохранения  
Республики Саха (Якутия)  
с. 81



РИА-Новости

## Поддержка государством материнства и детства — одно из ключевых направлений, оно будет продолжено

Ново-Огарёво, 15 декабря. Поддержка государством материнства и детства — это одно из ключевых направлений, и оно будет продолжено. Это подтвердил премьер-министр Владимир Путин на встрече с активом общественной организации «Союз женщин России», которая состоялась накануне.

По словам премьера, со следующего года начинается масштабная программа модернизации здравоохранения. 150 млрд рублей будут направлены на поддержку детства.

Из уже действующих проектов Путин особо отметил родовой сертификат. «Эта программа работает эффективно, мы проиндексировали её на 63%», — сказал он. «Ежегодно индексируем и материнский капитал, который составляет 344 тыс. рублей, а со следующего года будет 365 тыс. рублей», — отметил премьер, добавив, что материнский капитал теперь разрешили также использовать на выплаты по ипотечным кредитам раньше оговорённых сроков. По словам главы правительства, в этом году родовыми сертификатами воспользовались 1 млн 200 тыс. женщин.

«С 1 января мы проиндексируем все детские пособия», — добавил он.

Во время встречи Путин поздравил Союз женщин России с 20-летием. «Вы превратились в дееспособную общественную структуру, а ваши предложения находят отражение в законах и региональных программах», — подчеркнул он.

АМИ-ТАСС



РИА-Новости

## Светлана Медведева предложила создать ассоциацию диагностических центров здоровья по всей России

Москва, 13 декабря. Супруга президента России Светлана Медведева выступила с инициативой создания ассоциации благотворительных медицинских диагностических центров женского здоровья во всех регионах России.

Первый такой центр будет открыт в Санкт-Петербурге через год и займётся диагностикой онкологических заболеваний.

«К сожалению, опасность онкологических заболеваний у женщин по-прежнему высока, особенно в раннем возрасте. Хотя под постоянным контролем должны находиться все возрастные группы женщин, особого внимания требуют будущие матери», — сказала Светлана Медведева на встрече с ведущими онкологами, занимающимися изучением и лечением болезней женской репродуктивной системы.

Супруга президента отметила, что Благотворительный диагностический медицинский центр женского здоровья в Санкт-Петербурге создаётся на благотворительные пожертвования для профилактики опасных заболеваний женщин.

«В перспективе — создание Ассоциации благотворительных медицинских центров в различных регионах России», — объявила супруга

главы государства. Она напомнила о предпринимаемых государством мерах поддержки материнства и детства. «Новый импульс к поддержке материнства и детства дало послание президента России», — считает Медведева. Однако супруга главы государства уверена, что для выполнения идей послания потребуются усилия не только государства, но и всего общества.

«По инициативе Фонда социально-культурных инициатив проходит акция по укреплению семьи и здоровья женщины «Подари мне жизнь», — отметила Светлана Медведева. Среди акций последних дней — конференция с участием ведущих мировых онкологов, занимающихся изучением репродуктивной сферы женщин, в Санкт-Петербурге, сегодняшняя всероссийская научно-практическая конференция «Совершенствование организации онкологической помощи населению» в Москве. Однако, по мнению супруги президента, будущих матерей «нужно поддерживать не только в медицинском плане, но и духовно».

«Святое предназначение женщины — стать матерью, беречь свою семью. Мы хорошо знаем, что всякий раз, даря своему ребёнку жизнь, женщина отдаёт жизненные и духовные силы, отдаёт часть себя и своего здоровья», — сказала Медведева. Она призвала более активно вести разъяснительную работу в школах, училищах, институтах, рассказывая будущим мамам о том, как нужно заботиться о собственном здоровье. «Ведь будущее нации — в руках матерей», — подчеркнула Светлана Медведева.

АМИ-ТАСС

## Медведев обсудил с Голиковой выполнение его поручений по поддержке материнства и детства в соответствии с Посланием парламенту

Москва, 9 декабря. Президент России Дмитрий Медведев во время рабочей встречи с главой Минздравсоцразвития России Татьяной Голиковой попросил доложить, как идёт подготовка нормативных ак-

тов, направленных на реализацию положений его Послания Федеральному собранию, с которым он выступил 30 ноября.

«Главное, что меня интересует, это работа по поручению проведения изменений в законодательстве о детстве», — сказал Медведев. Он отметил, что правительству необходимо «предпринять целый набор действий и в этом году, и в начале следующего года».

Президент сообщил, что не ждёт «отдельных соображений на этот счёт», а просто обращает внимание, что «нужно начинать немедленно работать» и готовить проекты нормативных актов «в той части, которая касается Министерства здравоохранения и социального развития».

Второй вопрос, продолжил Медведев, связан с обеспечением лекарствами и некоторыми продуктами специализированного лечебного питания. Он сообщил, что подписал закон о нормативах финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего такую социальную помощь. «Это достаточно важный документ», — подчеркнул президент.

Голикова ответила, что в то время, когда готовилось Послание президента, проходило и обсуждение закона о бюджете. «И у нас были определённые направления, которые мы так или иначе пытались реализовать в законе о бюджете. Часть из них очень гармонично легла в те поручения, которые были в Послании», — считает министр.

Она сообщила, что «речь идёт о многочисленных обращениях граждан с просьбами продлить возможность действия материнского семейного капитала на цели погашения основного долга и на цели по кредиту, не дожидаясь трёхлетнего периода».

Президент напомнил, что остановился в Послании «на этом вопросе именно потому, что к нему обращались люди с подобной просьбой».

Голикова отметила, что «деньгами решение этой части вопроса обеспечено и министерство вместе с администрацией президента пере-



РИА-Новости

даёт законопроект в Госдуму». По её словам, они «будут стараться, чтобы он был принят в декабре».

Министр коснулась далее развития нескольких направлений в здравоохранении, сообщив, что её ведомство плотно работает с регионами «по поводу программы модернизации здравоохранения». «Для всех регионов абсолютным приоритетом является проблема детства, и я думаю, — продолжила Голикова, — что абсолютно реально мы можем увеличить на 25% финансовую поддержку медицинским учреждениям, работающим с детьми и по родовспоможению».

Глава Минздравсоцразвития России обратила внимание на несколько направлений, которые уже сейчас будут реально обеспечены. «Очень важно оказание финансовой поддержки экстракорпоральному оплодотворению», — сказала она, отметив, что на эти цели из федерального бюджета дополнительно выделяется 1,2 млрд рублей. По её словам, «это значит, что 9600 супружеских пар могут претендовать на использование этого метода». Министр также сообщила, что её ведомство обращает особое внимание на строительство или реконструкцию перинатальных центров.

Кроме того, Голикова остановилась на создании психологических центров или центров кризисной помощи. «В этом вопросе, — сказала она, — есть успешный международный опыт. Например, в США

таких центров работает 2500. У нас же, к сожалению, единицы. Но могу сказать, что у нас есть успешный опыт работы такого центра в Красноярском крае. При применении психологической реабилитации родилось 6400 детей».

Президент заметил, что «это дети, которых могло бы не быть».

Он также поинтересовался, как идёт работа по обслуживанию пожилых людей. Принятый закон, ответила министр, нацелен на выполнение обращений граждан и, в частности, о разделении внутрисоциального пакета, обеспечения лекарствами и санаторно-курортного обеспечения. Теперь граждане до 1 апреля 2011 года могут определиться с выбором, принимают ли они ту или иную часть помощи. Голикова добавила, что это необходимо сделать, потому что «не всем нужна совмещённая помощь». Президент поддержал эту работу.

Министр сказала, что сейчас готовится постановление правительства, касающееся создания мобильных бригад для социального обслуживания пожилых людей. Она сообщила, что «в бюджете Пенсионного фонда выделен 1 млрд рублей на поддержку регионов. Одной из целей будет предоставление денежных средств на приобретение этих специальных автомобилей и обеспечение ими населения». По её подсчётам, нуждающихся в такой помощи в стране насчитывается полтора миллиона человек.

Из них 500 тысяч проживают на селе. Голикова высказала убеждение, что «у отечественного автопрома есть такие возможности».

Президент заметил, что это «абсолютно точно».

Министр напомнила президенту о приглашении участвовать в первой декаде июня в Дне социального работника. Она сообщила, что будут вручаться премии по 20 номинациям. Из них 16 – лучшему социальному работнику, четыре – за долголетие в этой сфере. Будут и премии молодым работникам за лучшие достижения и за работу с трудными детьми. На все эти цели будет выделен 1 млн рублей, сообщила глава Минздравсоцразвития России.

АМИ-ТАСС

## Медведев утвердил перечень поручений по реализации своего Послания Федеральному собранию

Москва, 7 декабря. Президент России Дмитрий Медведев утвердил перечень поручений правительству и руководителям регионов по реализации своего Послания Федеральному собранию, с которым он выступил 30 ноября.

Значительная часть поручений направлена на поддержку материнства и детства, ставших главной темой Послания, и предусматривает внесение в Госдуму соответствующих законопроектов. Так, не позже 1 февраля 2011 года правительству предстоит внести в Госдуму проект Федерального закона, предусматривающего возможность применения на постоянной основе нормы об использовании средств материнского (семейного) капитала на погашение основного долга и уплату процентов по кредитам и займам на приобретение (строительство) жилого помещения, включая ипотечные кредиты, предоставленные гражданам по кредитному договору (договору займа). Руководители субъектов РФ должны к 1 марта 2011 года обеспечить создание в домах ребёнка, детских домах и коррекционных образовательных учреждениях попечительских со-

ветов. К 1 мая необходимо разработать порядок единовременного предоставления на безвозмездной основе земельных участков под строительство жилого дома или дачи семьям при рождении третьего (или последующего) ребёнка. В те же сроки президент поручил руководителям регионов проработать вопрос о введении в субъектах РФ материнского капитала, финансируемого за счёт средств бюджетов субъектов РФ. Он также дал до 1 марта поручение внести в Госдуму проект Федерального закона, предусматривающего увеличение начиная с 2011 года размера налоговых вычетов для семей с детьми, в том числе для семей с тремя и более несовершеннолетними детьми – до 3 тыс. рублей в месяц на каждого ребёнка начиная с третьего, а также отмену применяемого в настоящее время стандартного налогового вычета в размере 400 рублей. К 1 июня правительству и руководителям регионов поручено проанализировать имеющийся в субъектах Российской Федерации опыт работы служб по оказанию помощи детям и подросткам в случаях жестокого обращения с ними и обеспечить распространение наиболее эффективных форм работы во всех субъектах РФ. Кроме того, до 1 марта 2011 года необходимо начать разработку на основе инициативы «Наша новая школа» проектов перспективного развития для каждой школы и предусмотреть механизмы их реализации.

Другие поручения должны способствовать модернизации российской экономики, социально-экономическому развитию регионов, укреплению обороноспособности страны.

К 1 апреля правительству поручено разработать концепцию новой редакции Федерального закона о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд, учитывающую накопленный опыт и отвечающую задачам модернизации и инновационного развития экономики.

АМИ-ТАСС



Анастасия Нефёлова

## Министр Татьяна Голикова на форуме «Национальная лекарственная политика»: «Это был знаковый год для фармацевтической отрасли»

«2010 год стал знаковым для всей фармацевтической отрасли: было введено государственное регулирование цен, принят новый основополагающий закон «Об обращении лекарственных средств» и одобрена федеральная целевая программа развития фармацевтической промышленности», – сказала на открытии форума «Национальная лекарственная политика» министр Татьяна Голикова.

Глава Минздравсоцразвития России отметила, что в рамках ФЦП в фармотрасль будут впервые вложены такие большие инвестиции. «Это важно для развития производства на территории России современных и качественных лекарственных препаратов», – пояснила Татьяна Голикова.

В ходе выступления министр представила основные законодательные инициативы в сфере здравоохранения – законопроекты «Об охране здоровья граждан», «О биомедицинских технологиях», «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами», а также рассказала о принятом законе «Об обязательном медицинском страховании» и региональных программах развития здравоохранения, на которые в течение 2011–2012 годов будет выделено порядка 460 млрд рублей.

В числе основных новаций законопроектов Татьяна Голикова назвала переход на единые стандарты и порядки оказания медицинской помощи, установлении единых взносов ОМС на неработающее население, введение оплаты медуслуг по полному тарифу.

Минздравсоцразвития России



**19 февраля**  
2011 года  
«Президент-Отель»

Все рекомендации, заявки на участие и предложения о партнёрстве будут рассмотрены Организационным комитетом премии.

XI Торжественная церемония вручения наград  
Международной Премии

# «Профессия — Жизнь»

Наград премии удостоиваются выдающиеся современники, коллективы компаний, учреждений и организаций, руководители государственных и общественных институтов и объединений за вклад в социально значимые аспекты жизни и деятельности человека.

**Секретариат премии (Москва):** тел./факс: +7 (499) 241-07-72; +7 (495) 510-98-52, 510-98-51. Сайт: [www.pl-assembly.org](http://www.pl-assembly.org); эл. почта: [info@pl-assembly.org](mailto:info@pl-assembly.org).





*Т.В. Зотова, ведущая рубрики «Гостиная журнала», член экспертного совета журнала «Кто есть кто в медицине», руководитель программ развития Сенаторского клуба Совета Федерации*

**Общероссийская противораковая программа: проблемы, задачи и перспективы**

*Очевиден тот факт, что одним из важнейших разделов современной медицины на сегодняшний день является онкология.*

*Отвоевать у болезни жизнь человека – это главная задача онкологического сообщества. Практика последних лет показывает, что создание новых инновационных методов и приёмов в области диагностики, профилактики и лечения онкологических заболеваний дало*

*надежду на выздоровление многим пациентам. Но надо осознавать и то, что эта задача очень сложна для решения, она требует развития инновационных технологий, комплексного интеграционного подхода, научных и практических изысканий, финансирования.*

*Именно такой подход к решению онкологических проблем заложен в Государственной программе «Онкология». Однако, чтобы осуществить эту программу, нужно справиться с запущенными «болезнями» самой онкологической службы, а они напрямую связаны с реформированием организации и финансирования всего здравоохранения в целом.*

*Поделившись своими тревогами и надеждами, связанными с этим процессом, мы попросили заместителя председателя Комитета Государственной думы по охране здоровья Сергея Колесникова.*

**Будущее онкологической помощи в России создаётся сегодня**

■ Светлана Добровольная

**Болевые точки онкологии**

— Говоря о ходе противораковой программы в целом, могу отметить, что в настоящее время её финансирование из федерального бюджета, несмотря на кризис, идёт в предусмотренном объёме — 220 млн рублей в год, в следующем году планируется увеличить этот объём в 10 раз, до 2 млрд рублей, что правильно. Однако остаются проблемы, связанные с плохой организацией онкологической службы, маршрутизацией больных, неадекватными, не соответствующими приоритетам закупкам лекарств и оборудования.

**— Сергей Иванович, как сейчас поставлено лекарственное обеспечение онкологических больных?**

— В программу «Семь нозологий», по которой госбюджет оплачивает дорогостоящие лекарства, принимаемые при редких болезнях, из всех онкологических заболеваний входят только миелолейкозы. И здесь ситуация близка к оптимальной: полноценное, современное лечение получают около 40 тысяч пациентов со злокачественными новообразованиями кровяной системы.

В программе «Онкология» тоже есть раздел «Лекарственное обеспечение». Он не очень большой, в нём лекарства идут по списку, который определяет Минздравсоцразвития России.

Третий источник финансирования лекарственного обеспечения — региональные бюджеты. В них до кризиса закладывались средства на лекарства для онкологических больных: от 5 до 10 рублей на душу населения.

Поскольку онкологических больных примерно 2–3% населения, то на одного такого пациента получалось от 500 до 3 тысяч рублей в месяц.

Но в целом снабжение онкобольных лекарственными препаратами ещё недостаточное.

На дополнительное лекарственное обеспечение в этом году федеральным бюджетом направляется 88 млрд рублей. В следующем году будет несколько больше. Изменяются принципы закупки лекарств, особенно по редким заболеваниям, Минздравсоцразвития России переходит на годовые — двухгодичные закупки, что разумно.

Но есть и тревожный момент: блокируется несколько отечественных препаратов, которые могли бы участвовать в объявленных аукционах. Например, используемый для лечения рака препарат меланфор, который в три раза дешевле, чем зарубежный аналог, не допускается к конкурсу, потому что уже год с лишним Росздравнадзор и Минздравсоцразвития России не выда-

ют документацию по нему. На мой взгляд, выдача этих документов тормозится для того, чтобы в конкурсе (а его сумма составляет ни много ни мало 4 млрд рублей) участвовали только зарубежные производители. Я запросил информацию об этом в ряде контрольных органов.

**— Началось ли реальное переоснащение больниц и поликлиник новым оборудованием, применяемым в онкологии?**

— Да. Таким способом решается большая проблема онкологической помощи — неразвитость системы профилактики и ранней диагностики, на которую ещё национальный проект «Здоровье» частично обратил внимание. Когда в первые два года в муниципальные учреждения стали поставлять фиброгастроскопы, флюорографы, рентгеновские аппараты, колоноскопы, кольпоскопы, маммографы, то ранняя выявляемость рака повысилась.

Модернизация оборудования по национальной онкологической программе где-то идёт очень хорошо, где-то не очень — из-за резкого недостатка квалифицированных менеджеров здравоохранения. Управленцев, которые разбираются и в экономике, и в медицине, да ещё и не воруют, у нас относительно немного. Там, где такие кадры есть, там результаты нацпроекта «Здоровье» и противораковой программы видны очень ярко.

**Досье**

Сергей Иванович Колесников — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства РФ (2008). Академик РАМН, председатель Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН, которым руководит с 1987 года по настоящее время. Депутат Государственной думы, член фракции «Единая Россия», заместитель председателя Комитета Госдумы по охране здоровья.

Автор более 300 научных статей, 19 монографий, 2 учебников для вузов, 15 патентов и изобретений. Разработки широко используются в медицине и ветеринарии (10 гигиенических препаратов и БАД, лекарств, антисептиков, препаратов для ветеринарии и др.).

В настоящее время основным предметом исследований учёного являются правовые и экономические аспекты охраны здоровья, лекарственного обеспечения и социальной защиты населения России, научной и образовательной деятельности.

С 1991 года (после академика Чазова, с перерывом в 1999–2008 гг.) — сопresident Международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» (лауреат Нобелевской премии мира), сопresident Международной организации «Парламентарии за ядерное разоружение», один из основателей российского движения «За спасение народа».



— **Вы можете назвать регионы, где достигнуты успехи?**

— Бурятия. Казалось бы, бедная республика, тем не менее там хорошая организация помощи и медицинской системы. Традиционно хорошо организована медицинская помощь в Татарстане, Чувашии, Башкортостане. Не только потому, что там было лучше финансирование, там больше внимания уделяли здравоохранению. Но правильнее говорить не о регионах, а об отдельных районах, больницах, в которых уже удалось обновить оборудование.

Система онкологических диспансеров, на мой взгляд, отстала от жизни. Как правило, они плохо оснащены, стационары перегружены, поскольку там работают в основном с запущенными случаями, к огромному сожалению. В России более чем у половины больных рак диагностируется на 3-й и 4-й стадиях, когда лечение сложное и требуется не амбулаторная, а стационарная помощь. Поэтому тут основные задачи — оснащение онкологических дис-

пансеров и стационаров современным диагностическим и лечебным оборудованием: компьютерными томографами, линейными ускорителями, протонными пушками, аппаратами радионуклидной диагностики и лечения. Это успешно делается фактически только в федеральных учреждениях, таких как Обнинский медицинский научный радиологический центр, Российский научный радиологический центр рентгенорадиологии, Институт им. П.А. Герцена, РОНЦ им. Н.Н. Блохина, НИИ онкологии Томского научного центра Сибирского отделения РАМН, НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова в Санкт-Петербурге. Это очажки, которые внушают оптимизм. А вот вся служба в целом, к сожалению, ещё не очень хорошо отлажена.

— **В чём причина этого, на ваш взгляд?**

— В отсутствии центров управления специализированной медпомощью, что затрудняет её организацию и развитие. Система головных институтов, которая в советское вре-

мя очень хорошо работала, сейчас только воссоздаётся. Раньше Всесоюзный кардиологический научный центр отвечал за организацию кардиологической помощи в стране, Всесоюзный научный онкологический центр — за организацию онкологической службы и так далее.

Сейчас в России есть несколько уровней оказания медицинской помощи, в том числе онкологической. Первый — региональная сеть, достаточно хорошо отлаженная (от первичной до специализированной лечебной помощи, в том числе высокотехнологичной); второй — федеральные учреждения Минздрава, Минсоцразвития России и Академии медицинских наук; третья ветвь — это учреждения ФМБА России, четвёртая — акционерные, частные подразделения: больницы ОАО «РЖД» и несколько частных клиник. Но все они, к сожалению, действуют «веевром» и почти не связаны друг с другом. Надеюсь, всё это воедино свяжет новый закон об обязательном медицинском страховании.

**Ещё есть время одуматься**

— В новом законе об обязательном медицинском страховании есть раздел об онкологии?

— Там нет и не может быть такого раздела. В законе устанавливается, как в системе ОМС идёт финансирование и кто к нему имеет доступ. Есть утверждаемый раз в несколько лет перечень нозологий, лечение которых осуществляется за счёт средств ОМС.

Концепция изменения финансирования здравоохранения, заложенная в этом законе, вызывает у меня большую обеспокоенность. До 2013 года в ОМС идёт три проекта: информатизация, стандартизация здравоохранения и приведение учреждений в нормальный вид, как внешний, так и внутренний (то есть фактически реконструкция учреждений). На эти проекты на два года заложены 24, 136 и 300 млрд рублей соответственно. Ожидается, что доходы от дополнительных страховых взносов в фонд ОМС (за счёт увеличения страховых платежей в ОМС с 3,1 до 5,1% с 2011 года) составят 230 млрд рублей в год.

Поскольку предполагается, что финансирование здравоохранения будет одноканальное (только из бюджета ОМС), с 2013 года в систему ОМС войдут скорая помощь, а с 2015 года — высокотехнологичные методы лечения. Но больше всего вызывает опасение, что в систему ОМС передадут и дополнительное лекарственное обеспечение, и проекты по социально значимым заболеваниям (ВИЧ, туберкулёз, гипертония, онкология). Если это реализация мечты Минфина — переложить все затраты федерального бюджета по здравоохранению на систему ОМС, то есть страховые взносы населения, — то ничего хорошего я для отечественного здравоохранения не жду.

— К чему это приведёт?

— Если названные виды медпомощи, включая онкологическую, погрузят в систему ОМС, то либо фонд ОМС разорится, либо не будет оказываться современная помощь онкобольным и другим пациентам, нуждающимся в дорогостоящих методах лечения.

Вот смотрите. На скорую помощь требуется около 40 млрд в год, на дополнительное лекарственное обеспечение — примерно 90 млрд в год, программы национального проекта «Здоровье», включая социально значимые болезни, и высокотехнологичная медицинская помощь — это ещё 130–140 млрд рублей в год. Эти направления фактически «съедят» и даже перекроют ожидаемое в 2011–2013 годах поступление 230 млрд рублей от дополнительных 2% страховых взносов. Мы говорим, что постепенно увеличиваем финансирование медицины. А получится, что реально в неё больше денег не придёт — если её отрасли, ныне финансируемые бюджетом, погрузят в ОМС. Будет даже убыток в здравоохранении, а не прирост.

— Где же выход?

— Поскольку система онкологической помощи дорогостояща, она должна остаться вне системы обязательного медицинского страхования. Другого пути нет. У региональных бюджетов таких средств тоже нет. Все высокотехнологичные, дорогостоящие методы лечения нельзя включать в систему обязательного медицинского страхования, они должны финансироваться напрямую федеральным бюджетом, отдельной строкой. Иначе, во-первых, будет невозможно контролировать расходование средств, а во-вторых, возникнет достаточно серьёзный перекос в системе ОМС, который просто завалит систему. Важно сохранить и федеральное финансирование дополнительного лекарственного обеспечения, потому что если ещё и его отдадут в ОМС — а это тоже может случиться, — то будет плохо и с лекарствами для всех льготных категорий больных.

Это моя позиция, которую я везде высказываю. С ней не согласны некоторые другие эксперты, но я тоже эксперт, поэтому я вижу, что может произойти. Ещё до принятия закона об обязательном медицинском страховании я это говорил, предлагал, но меня никто особенно не услышал.

— А фонд ОМС планируется пополнять из каких-то иных источ-

ников, кроме страховых взносов предприятий?

— Есть обязательные взносы территорий на неработающее население. Но они небольшие. Если их увеличить, то мы можем разорить бюджеты субъектов федерации. Если же оставить их маленькими, то мы существенно не прибавим поступлений в систему ОМС. Взносы территорий в фонд ОМС с 2013 года будут расти три года. К минимальному размеру подушевых годовых взносов (предположительно это 2 или 3 тысячи рублей) ежегодно будет в течение трёх лет добавляться по 25%, и исходная сумма увеличится на 75%. Таким образом, общий бюджет здравоохранения к 2015 году доведётся, по моим подсчётам, примерно до 5% ВВП. А нам нужно 7%, то есть за ближайшее время необходим двукратный прирост бюджета здравоохранения. Но при нынешней финансовой политике он не будет достигнут.

До 2013 года в финансировании медицины серьёзных проблем я не предвижу. А вот после 2013-го, если наша власть — как законодательная, так и исполнительная — не одумается, то произойдёт возврат к худшей ситуации в здравоохранении, чем та, что имелаась пять лет назад, когда был полный развал и только стартовал национальный проект «Здоровье».

— Получается, закон об ОМС заложил финансовую мину с часовым механизмом под российскую онкологию, и не только под неё... Но есть ещё время, чтобы внести поправки в Закон об ОМС?

— Есть время, чтобы понять, что так мы проблемы здравоохранения не решим. Мы сделаем один денежный мешок, но в этот мешок погрузится вся медицина. С бюджета мы обязательства снимем, но зато мы не выполним обязательства перед пациентами. Есть переходный период — два года, с 2013-го по 2015-й. За это время надо общими усилиями депутатов и онкологов добиться сохранения внеОМСовских, внестраховых механизмов финансирования дорогой медицинской помощи. На мой взгляд, это важнейшая задача. ■

# 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.zeiss.ru](http://www.zeiss.ru)

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 литера «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. Топе 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



We make it visible

# Всероссийская конференция онкологов «Совершенствование организации онкологической помощи населению»: И НЕВОЗМОЖНОЕ ВОЗМОЖНО

■ СВЕТЛАНА ДОБРОВОЛИНА

*13–14 декабря в московском Центре международной торговли состоялось важнейшее для российской медицины событие. Руководители Минздравоустройства России и несколько сотен онкологов из всех регионов страны и федеральных лечебных учреждений собрались, чтобы сверить часы: оценить ход выполнения национальной онкологической программы, обменяться успешным опытом и наметить пути решения проблем. В зале мелькали и молодые лица: впервые на такое мероприятие были приглашены студенты-медики. Это символично, ведь противораковая программа тоже молода и энергично завоёвывает позиции в здравоохранении.*

## Программа шагает по стране

Открыв конференцию, министр **Татьяна Голикова** тепло поздравила её участников и в своём докладе обрисовала комплексный подход министерства к оказанию онкологической помощи населению России. Этот подход реализуется с учётом показателей заболеваемости и смертности от онкозаболеваний в российских регионах, которые условно разделены на три группы — в силу географических особенностей нашей страны, эндемичности территорий и различной оснащённости медицинских учреждений.

Первая группа — 44 региона с низкой заболеваемостью и низкой либо высокой смертностью, что вызвано, по словам министра, недорегистрацией случаев заболеваний и неудовлетворительной работой первичного звена здравоохранения. Вторая группа — 33 региона с высокой заболеваемостью злокачественными новообразованиями и высокой смертностью от

них. Улучшение выявления в этих регионах сразу сказалось на заболеваемости, но среди выявленных случаев преобладают запущенные формы заболеваний, что не позволяет снизить показатель смертности населения. Третья группа — 5 субъектов РФ с высокой заболеваемостью и низкой смертностью за счёт хорошей работы первичного звена и онкологических учреждений: Белгородская, Иркутская, Саратовская, Липецкая и Самарская области.

Группы регионов поэтапно (по 10–12 в год) включаются в национальную противораковую программу и усиливают работу первичного звена здравоохранения, готовят диагностическую, лечебно-реабилитационную базу в существующих онкологических диспансерах, а министерство финансирует закупки новейшего оборудования и противоопухолевых препаратов. И главным является то, что это финансирование реальное. Начиная с 2009 года на эти цели программы



Татьяна Голикова, министр здравоохранения и социального развития РФ

истрачено более 12 млрд руб., а с 2011 по 2013 год предусмотрено более 21 млрд руб.

Федеральные учреждения онкологического профиля занимаются качественной подготовкой кадров, разработкой и внедрением скрининговых программ, новых методов диагностики и лечения, разработкой единых стандартов и протоколов лечения больных, а также курируют регионы.

Министерством завершается процесс гармонизации существующего национального онкологического регистра и международного противоракового регистра, который позволит не только регистрировать существующую в онкологии ситуацию, но и даст возможность влиять на слабые звенья в системе противораковой борьбы.

Как отметила Т.А. Голикова, стартовавшие в марте 2009 года в регионах мероприятия национальной противораковой программы уже дали ощутимые результаты. Отмечается значительный прирост (более 22%) числа проведённых обследований в первичных онкологических кабинетах. Впервые наблюдается замедление темпов роста показателя смертности от онкологических заболеваний в Российской Федерации.

Анастасия Нефедова

### Справка Минздравсоцразвития России

В 2009 году в мероприятия национальной онкологической программы были включены учреждения 11 регионов и 2 федеральных государственных учреждения. Затраты – 6 805,0 млн руб.

В 2010 году включены в программу 10 регионов и 3 федеральных учреждения. Расходы – 5 706,6 млн руб.

В 2011 году планируется включить ещё 14 регионов и 2 федеральных учреждения. Планируемые затраты – 6 916,3 млн руб.

В 2012 году в программу будут включены 15 регионов России. Планируемые затраты – 7 072,3 млн руб.

В 2013 году в программу включатся 15 регионов России. Предстоящие затраты – 6918,2 млн руб.



Анастасия Нефёлова

**ВАЛЕРИЙ ЧИССОВ**, главный специалист онколог Минздравсоцразвития России, директор МНИОИ им. П.А. Герцена

За 2009/2010 учебный год было направлено в интернатуру и ординатуру 472 специалиста, что снизит дефицит врачей-онкологов почти на 10%.

Затем с докладом «Ход реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» по совершенствованию оказания медицинской помощи онкологическим больным» выступил **Валерий Чиссов**, главный специалист онколог Минздравсоцразвития России, руководитель МНИОИ им. П.А. Герцена, академик РАМН

В числе неотложных и очень радующих онкологов мер, принятых Министерством и сформулированных в приказе № 944, Валерий Иванович назвал определение порядка и этапов оказания медицинской помощи онкобольным, разработку стандартов диагностики и лечения. Важным достижением, по мнению В.И. Чиссова, стало разделение должностей специа-

листов по лучевой диагностике и по лучевой терапии.

Не один раз повторил Валерий Иванович, что ключевым звеном программы является её профилактическая направленность: «Необходимо добиться, чтобы вся амбулаторно-поликлиническая сеть сконцентрировала свою работу на широком, разумном разворачивании скрининговых программ, на своевременной диагностике онкологических заболеваний, что зависит не столько от онколога, сколько от всего медицинского врачебно-сестринского сообщества, от развития онкологической настороженности».

Для этого, подчеркнул докладчик, кардинально должна быть повышена ответственность департаментов субъектов РФ, главных специалистов, врачей и средних медработников всех профилей, которые должны отвечать за каждый случай запущенности онкобольного.

В качестве положительного примера внедрения скрининговых исследований В.И. Чиссов привёл данные по Москве. Здесь при маммографическом исследовании у 0,3% осмотренных 900 тыс. женщин в возрасте от 40 до 60 лет удалось выявить РМЖ, причём рак I–II стадии – у 89%. При цитологическом скрининге из осмотренных 2 млн женщин в возрасте от 35 до 65 лет рак найден у 0,4%, причём рак шейки матки на I–II стадии найден у 91% женщин. При скрининге рака предстательной железы обследовано более миллиона мужчин в возрасте старше 55 лет. Выявлен рак предстательной железы более чем у 9 тысяч мужчин (0,9%), это очень высокий процент.

Валерий Иванович поделился и своей тревогой: «Уже в течение ря-

да лет около 4% больных, которым впервые поставлен диагноз злокачественного новообразования, отказываются от лечения, считая, что рак неизлечим. А это 17 тысяч человек! Причём 39,4% – это больные ранних, т.е. курательных стадий заболевания. Кроме того, необоснованные противопоказания к лечению отмечены ещё у 9% от выявленных больных, среди которых 30,5% – с первыми стадиями заболевания. Это те, кого можно было бы эффективно лечить, ещё десятки тысяч спасённых жизней. Разве это несущественный резерв? Здесь роль врача как никогда велика».

Важнейшим звеном в организации онкопомощи населению В.И. Чиссов назвал первичный онкологический кабинет. По программе «Онкология» такие кабинеты должны быть развернуты в каждом амбулаторно-поликлиническом учреждении. Этот процесс уже идёт. Так, в Алтайском крае, помимо организации в каждом районе 29 первичных онкологических кабинетов, создано 7 зональных онкологических кабинетов, в которых проводятся цитологические маммографические и другие исследования. В крае функционирует 88 смотровых кабинетов, причём фельдшерско-акушерские пункты также работают по принципу смотровых кабинетов. И вот долгожданный результат: в 2009 году активное выявление злокачественных новообразований в Алтайском крае увеличилось до 20%, по сравнению с российскими 12,9%. Опухоли в стадии *in situ*, т.е. в самой начальной форме, выявлены в 2,4% (по России – в 0,5%).

Докладчик ярко обрисовал ситуацию ещё в нескольких российских регионах. Так, в Республике Татар-

стан в Альметьевске организовано диагностическое отделение республиканского онкологического диспансера, находящееся в 200 км от него. Население региона имеет возможность пройти необходимое догоспитальное обследование без выезда в столицу республики.

В Челябинской области в смотровых кабинетах в 2009 году было осмотрено около полумиллиона женщин и 170 тыс. мужчин. При этом диагностировано 775 злокачественных новообразований. Среди выявленных 61% составили большие I–II стадией заболевания.

Участие Хабаровского края в реализации мероприятий национальной онкологической программы обеспечило положительную динамику показателей онкологического здоровья края за последние годы: выявление онкобольных на I–II стадиях составило 52,7% (РФ – 46,7%), на III–IV стадиях – 43,1% (РФ – 45,7%).

Положительная динамика онкологических показателей отмечается также в Белгородской, Оренбургской и Тюменской областях.

В Чувашской Республике за последние полтора года обучено достаточное количество медицинских работников для фельдшерско-акушерских пунктов, поликлиник и 12 врачей-онкологов. «Вместе с тем, – обратил внимание В.И. Чиссов, – хотя в республике и наблюдается снижение показателя одногодичной летальности, её уровень всё же остаётся достаточно высоким: 35% по сравнению с 29% по РФ».

Неожиданным и интересным новшеством для многих участников конференции явилась система финансового стимулирования раннего выявления онкологических заболеваний. Как сообщил Валерий Иванович, эта система появилась в Челябинской, Ивановской и Амурской областях: «О таких материальных стимулах недавно говорил президент РФ в своём послании Федеральному собранию. Актуальность этого решения, в частности в Ивановской области, имеет серьёзное обоснование. По данным

на 2009 год, там летальность на первом году после установления диагноза составляет 38,7% по сравнению с 29% по РФ».

Отставание от среднероссийских показателей отмечено и в Волгоградской и Тульской областях.

Касаясь укрепления материально-технической базы онкослужбы, В.И. Чиссов пояснил, что в 2009–2010 годах оборудование в количестве 198 единиц, закупленное на средства федерального и территориальных бюджетов, поступило в лечебные учреждения Челябинской, Белгородской, Волгоградской, Калининградской, Кировской, Омской, Оренбургской, Пензенской, Тульской, Тюменской областей и Хабаровского края.

Однако в этом процессе, подчеркнул докладчик, был допущен и выявлен целый ряд системных ошибок, которые частично повторились и в 2010 году. Наиболее типичные: отсутствие подготовленных помещений для установки оборудования, закупка и поставка в учреждения оборудования, не соответствующего перечню, утверждённому приказом Минздравсоцразвития России, отсутствие лицензий на осуществление необходимой деятельности, а также простой уже установленно-го оборудования вследствие отсутствия разрешительных документов на его использование.

Сорваны сроки реализации программы 2009 года в Волгоградской и Липецкой областях. В Челябинском областном онкологическом центре до сих пор не могут ввести в действие уже построенный центр позитронно-эмиссионной томографии.

«В то же время следует отметить, что почти все региональные диспансеры – участники программы 2010 года справились с поставленными задачами, – продолжил Валерий Иванович. – В качестве примера разрешите привести Рязанскую область. Мы очень сомневались, что там смогут в такой короткий период времени всё реализовать. Но благодаря усилиям губернатора, администрации это состоялось».

Валерий Иванович демонстрирует ряд слайдов. Первый, ноябрь 2009 года: вместо помещения для оборудования – снежное поле... И второй слайд, декабрь этого года: возведённый за год современный 6-этажный корпус, три этажа которого введены в эксплуатацию. Заканчивается установка, монтаж линейного ускорителя и гамма-терапевтического аппарата для дистанционной лучевой терапии.

Завершая доклад, В.И. Чиссов обратился к коллегам с призывом, и в голосе его зазвучали решимость и страсть: «Я бы хотел ещё и ещё раз подчеркнуть: нет ничего невозможного! Невозможное становится возможным, когда мы с вами реально занимаемся профилактической работой, выявляем больных в ранней стадии. И тогда затраты на лечение, инвалидизация больных минимальны, люди возвращаются к нормальной трудовой и семейной жизни. Самое главное – нам достаточно хорошо помогают и правительство, и Минздравсоцразвития России, теперь дело за нами. При изменении всей нашей психологии мы сможем добиться прекрасных результатов».

## Свет – оружие в борьбе за жизнь

После доклада современные телеметрические видеотехнологии перенесли участники конференции в эндоскопическое отделение МНИОИ им. П.А. Герцена. Его руководитель **Виктор Соколов** в режиме реального времени продемонстрировал применение методов аутофлуоресцентного и ультрасонографического эндоскопического исследования для диагностики ранних форм рака, а также метода стентирования органов дыхательных путей при ранних и стенозирующих злокачественных опухолях.

Как рассказал Виктор Викторович, методика флуоресцентной диагностики позволяет вдвое чаще обнаруживать весьма ранние раки, которые не видны ни при обычной эндоскопии, ни при рентгенологическом исследовании, а

фотодинамическая терапия даёт возможность применять щадящие органосохраняющие методы хирургии и терапии.

На огромном экране, висящем на сцене, мы видим и самого профессора, и картинку, которую даёт флуоресцентный бронхоэндоскоп. В нежно-зелёный цвет нормальной слизистой оболочки бронхов местами вклиниваются пятна тревожно-пурпурного цвета...

Это давний пациент В.В. Соколова. Он обратился в Институт 4,5 года назад, когда ему было 67 лет, тогда был выявлен первично-множественный рак трахеи, бронхов и лёгкого. Больному была выполнена операция удаления доли лёгкого, а через 7 месяцев при флуоресцентной бронхоскопии были диагностированы четыре ранних рака бронхов в обоих лёгких. Эти опухоли, как и все периодически возникавшие впоследствии рецидивы, были удалены эндоскопическим методом фотодинамической терапии, а одна периферическая опухоль лёгкого — лучевой терапией с термодеструкцией. Всего с начала лечения было удалено более 11 опухолей, обнаруженных на ранних стадиях. И вот сейчас пациенту предстоит ещё один сеанс лечения. Ему почти 72 года, есть сопутствующие болезни, но человек живёт и имеет шанс ещё достаточно долго прожить.

Затем участники конференции стали свидетелями ещё более удивительной манипуляции, проведённой профессором В.В. Соколовым: эндоскопического стентирования трахеи саморасправляющимся стентом. Как пояснил профессор, сегодня методики установки стентов в органы дыхания и пищеварения значительно усовершенствованы и находят широкое применение.

У лежащей на столе пациентки 49 лет в марте 1997 года был диагностирован стенозирующий рак трахеи. «После эндоскопической лазерной деструкции опухоли, речевых просветов трахеи и сочетанной лучевой терапии опухоль полностью исчезла, и больная до

настоящего времени живёт без рецидивов, — рассказывает В.В. Соколов. — Однако два года назад у неё начал нарастать рубцовый стеноз трахеи, появилось затруднение дыхания. Наша цель — предотвратить дыхательную недостаточность с помощью установки саморасправляющегося стента. Процедура проводится под местной анестезией, пациентка находится в состоянии глубокого медикаментозного сна».

Мы видим, как профессор В.В. Соколов через левую половину носа пациентки вводит доставляющее устройство со сжатым стентом и под контролем фибробронхоскопа, введённого через правую половину носа, подводит стент к месту рубцового сужения над бифуркацией трахеи. Снимает доставляющее устройство... И, подобно распускающемуся цветку, в трахее раскрывается и прижимается к её стенкам нежная металлическая сеточка. Виктор Викторович поясняет: «Всё в порядке, теперь пациентка будет дышать нормально».

По завершении прямого включения Т.А. Голикова прокомментировала увиденное: «Продemonстрированные профессором Соколовым диагностические и лечебные манипуляции в настоящее время доступны во всех региональных окружных онкологических диспансерах тех регионов РФ, которые с 2009 года участвуют в национальной онкологической программе».

### Детская онкология должна пойти по пути «взрослой» онкологии

Следующим по порядку (и по значимости!) был доклад о состоянии и перспективах детской онкологии. **Владимир Поляков**, главный детский специалист онколог Минздравсоцразвития России, заместитель директора НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, профессор, доктор медицинских наук, привёл неутешительные цифры: «За последнее десятилетие количество детей с первично выявленными злокачественными новообразованиями увеличилось на 20% — как суммарно, так и по



Анастасия Нефёлова

**Владимир Поляков**, главный детский специалист онколог Минздравсоцразвития России

разным нозологиям: солидным опухолям и гемобластомам. Общая заболеваемость составляет от 12 до 15 человек на 100 тыс. детского населения. В целом в стране в год заболевает около 3 тыс. человек. На самом деле их больше, потому что имеет место недоучёт онкозаболеваний у детей, и при налаживании канцер-регистра, я думаю, количество этих больных станет значительно больше. Смертность детей от онкозаболеваний в России составляет более 40%, а по некоторым регионам и некоторым нозологическим единицам она превышает 50%».

В чём же причины этой тяжёлой ситуации? Среди детей, поступающих в специализированные отделения федеральных центров, только 20–25% больных поступают с I–II стадиями заболевания. А число больных с III–IV стадиями заболевания составляет 76,6%, что сильно осложняет и удорожает лечение, ухудшает результаты.

Особое напряжение и волнение, как сказал В.Г. Поляков, вызывают злокачественные новообразования у детей первого года жизни. В России смертность в этой группе втрое превышает смертность младенцев в США.

Владимир Георгиевич назвал объективные моменты, с которыми связана поздняя диагностика рака у детей: высокая биологическая активность клеток, быстрый рост опухоли, отношение родителей, малый вес, малый возраст, неспособность объективно рассказать о своих жалобах, негативизм, скрывание болезни. **И всё же основной момент — это отсутствие онкологической настороженности у педиатров, оториноларингологов, офтальмологов, детских хирургов и других врачей, к которым на первом этапе попадают эти дети с различной патологией.**

«Однако, несмотря на такую запущенность, — продолжал В.Г. Поляков, — мы достигли потрясающих результатов лечения в последние годы, поскольку появились колоссальные возможности лечения, отличающиеся от возможностей лечения у взрослых. Мезенхимальные злокачественные опухоли детей более чувствительны к проведению интенсивной химиотерапии, высокодозной терапии. При начальных стадиях заболевания выживает и окончательно излечивается практически 80% больных. Поэтому, несмотря на высокий уровень смертности, этот показатель всё-таки уменьшается при всех нозологиях благодаря агрессивности, интенсивности терапии, которая используется в детском возрасте. Это устойчивая тенденция».

В.Г. Поляков перечислил то не-малое, что сделано за два последних года. Прежде всего, наконец-то создана специальность «детская онкология», которая объединила в себе возможность диагностики и лечения детей со злокачественными опухолями. Создан экспертный совет в Минздравсоцразвития России, разработаны новые стандарты лечения, в том числе по высокотехнологичной медицинской помощи, и порядок оказания помощи детям с онкологическими заболеваниями (приказ от 20 апреля 2010 года). Подготовлен приказ по Перечню жизненно необходимых препаратов. Готовится приказ по паллиативной помощи и хоспису.

Очень большим достижением детской онкологии В.Г. Поляков назвал вступивший в силу приказ по эндопротезированию у детей: «Мы очень признательны Минздраву, это была очень большая проблема, потому что протезы стоили от 1 млн до 3,5 млн рублей. Сейчас государство финансирует эту программу».

Между тем в детской онкологии есть определённые трудности, которые не позволяют достаточно быстро продвигаться вперёд, докладчик подробно остановился на них. Первая — отсутствие полноценного финансирования, вследствие чего во многих регионах нет современного диагностического оборудования, необходимого для обследования детей: компьютерных и магнитно-резонансных томографов, ангиографических установок, аппаратов для сцинтиграфии, лабораторий для иммунофенотипирования и молекулярно-генетических исследований, слабо развита сеть морфологической диагностики.

Вторая проблема — расположение коечного фонда детской онкологии на базе не специализированных, а обычных отделений детских больниц: гематологических, хирургических, эндокринологических, гастроэнтерологических и других. Но там очень сложно обеспечить нашим маленьким пациентам полноценное лечение, потому что, во-первых, не могут врачи, ведущие в течение года всего лишь по 15–20 детей больных злокачественными опухолями, стать настоящими профессионалами, специалистами-онкологами. (К тому же лишь 55% врачей, занимающихся лечением детей с опухолевыми болезнями, имеют первичную специализацию детского онколога. Надо учесть также, что это достаточно сложная профессия с физической и моральной точки зрения, поэтому в неё мало кто идёт по желанию, часто случайные люди.) А во-вторых, в обычных детских больницах нет возможностей для проведения химиотерапии, лучевой терапии, хирургических вмешательств. Эти возможности есть только в детских

онкологических отделениях на базах онкологических диспансеров, но такие отделения открыты всего в восьми регионах России.

Третья проблема — невозможность оказания на местах современной высокотехнологичной медицинской помощи: высокодозной терапии, трансплантации стволовых клеток, это проводится в Москве и в нескольких областях России. Вот почему, согласно данным 2009 года, из округов в федеральные центры было направлено 36% пациентов, требующих высокотехнологичных методов лечения.

Четвёртая — мы намного опаздываем по сравнению с Западом в лекарственном обеспечении: препараты, которые уже работают на Западе, у нас не лицензированы, не прошли фармкомитет, и мы не можем применить современное эффективное лечение, которое проводится детям в развитых странах.

Что же делать? На этот вопрос у В.Г. Полякова есть ответ: «Нужно пойти по пути, по которому прошла «взрослая» онкология. На мой взгляд, необходимо укрупнять отделения детской онкологии. Должны быть созданы межрегиональные центры детской онкологии, пусть их будет семь по числу округов, и там должны быть сконцентрированы лучшие специалисты и сестринский персонал, дорогостоящее диагностическое и лабораторное оборудование, новейшие технологии лечения — на уровне федеральных центров. И только если мы пойдём таким путём, то добьёмся в лечении детей хороших результатов, которые сегодня есть в развитых странах».

### **Нейроонкология: дорогое оборудование — жизненная необходимость**

Программа конференции уделила достаточно много внимания ещё одной специфической отрасли онкологии — нейроонкологии. **Александр Коновалов**, главный специалист нейрохирург Минздравсоцразвития России, директор НИИ нейрохирургии им.



Анастасия Нефёлова

**Александр Коновалов**, главный специалист нейрохирург Минздравсоцразвития России

академика Н.Н. Бурденко РАМН, академик РАН и РАМН, в своём докладе о состоянии нейрохирургической помощи онкобольным отметил, что принципиальные отличия опухолей ЦНС (их развитие в замкнутом пространстве, что устраняет различие между злокачественными и доброкачественными опухолями, и невозможность удаления злокачественных опухолей в пределах здоровых тканей) делают необходимым применение здесь совершенно иного диагностического подхода и иных лечебных методов, чем в общей онкологии. В случаях злокачественных опухолей комплексный подход в лечении требуется всегда.

А для успеха этого лечения, как сказал А.Н. Коновалов, необходимо прежде всего применение новейших методик диагностики, и они, несмотря на дороговизну, должны стать стандартом обследования. В качестве примеров таких методов он назвал функциональную магнитно-резонансную томографию, позволяющую определять вовлечение основных центров головного мозга в опухолевый процесс и трактографию, выявляющую расположение опухоли относительно внутренних структур головного мозга и его проводящих путей.

А.Н. Коновалов ярко обрисовал необходимость наличия в операционной очень сложных микроскопов с системами навигации и контроля окрашивания опухолей, подчеркнув: «Я занимаюсь нейрохирургией уже полвека, и моё мнение — без микрохирургии лечение опухолей головного мозга просто недопустимо. Это может приводить к тяжёлой инвалидности и гибели больного».

Рассказал Александр Николаевич и о важности МРТ-контроля во время нейрохирургических операций для проверки радикализма выполненного вмешательства. В мире уже давно стало стандартом оснащение операционных МРТ-томографами. Но в нашей стране ни одной такой операционной нет.

Порадовало известие о том, что теперь поддаются лечению и множественные, метастатические поражения головного мозга, которые невозможно удалить обычным хирургическим путём. Это под силу стереотаксической радиохирургии. Но для неё тоже требуется сложное и дорогое оборудование.

По подсчётам А.Н. Коновалова, в специализированном нейрохирургическом лечении в стране ежегодно нуждается 35 тыс. больных в год. Но имеющихся 35 учреждений пока недостаточно для лечения их всех, и они не оборудованы в той степени, в какой это необходимо для обеспечения полноценного и безопасного нейрохирургического лечения.

«Даже в нашем Институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко мы испытываем серьёзные трудности с обеспечением химиотерапевтическими препаратами для послеоперационного лечения, у нас финансирование недостаточное, — сказал А.Н. Коновалов. — А большинство нейрохирургических отделений в регионах лишены этой возможности, там оказывается только хирургическая помощь».

Докладчик также предложил чётко определить в национальной онкологической программе порядок взаимодействия между нейроонкологией и общей онкологией.

## Переключки регионов

С анализом выполнения мероприятий национальной онкологической программы выступила **Елена Тельнова**, и.о. руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, дополнив картину участия регионов в программе «Онкология», нарисованную предыдущими выступающими.

Росздравнадзором совместно со специалистами был проведён медико-экономический анализ эффективности применения онкомаркеров в качестве скринингового метода. Выяснилось, что отклонение в стоимости одного исследования на онкомаркеры по субъектам РФ при проведении дополнительной диспансеризации достигает 23-кратного размера. А в пяти субъектах РФ данное обследование оказалось просто недоступным для всех нуждающихся в его проведении.

Характеризуя рынок лекарственных препаратов, применяемых в онкологии, Е.А. Тельнова отметила, что за девять месяцев 2010 года, по сравнению с таким же периодом 2009 года, общий объём реализации лекарственных препаратов, применяемых в онкологии, как по сумме, так и в упаковках, вырос в среднем на 7%. Особенно вырос объём лекарственных препаратов в секторе ОНЛС, в том числе в секторе высокотратной нозологии. В группе противоопухолевых препаратов лидируют такие препараты, как гливек, мабтера, герцептин, авастин, ряд других.

Свой вклад в лечение онкобольных вносит и программа «Семь нозологий», которая реализуется третий год. За это время в целом число пациентов, включённых в регистр, увеличилось практически в два раза, а по онкогематологии — в пять раз. Значительно возросло и финансирование программы. Есть и результаты: значительно увеличилась выживаемость пациентов.

В течение всего этого года и конца прошлого правительством проводится политика по обеспечению ценовой доступности препара-

тов для больных. Так, розничные цены в аптеках на противоопухолевые препараты в сравнении с февралём 2010 года в октябре 2010 года в РФ снизились на 6,11%, а закупочные — на 7,88%.

...И вот снова чудеса современной телеметрической техники побеждают расстояния: прямое включение соединяет конференц-зал с онкоцентрами Хабаровска, Пензы и Татарстана. Их врачи имели возможность слышать и видеть всё происходящее на конференции. А теперь их очередь поделиться достижениями и опытом с коллегами.

Главный радиолог Хабаровского края **Екатерина Иванова** рассказывает о приобретённом окружным онкоцентром в 2009 году и смонтированном высокоэнергетичном ускорителе: «В лечении каждого больного участвует комплексная бригада специалистов в составе двух медицинских физиков, врача-радиолога, техника по изготовлению индивидуальных фиксирующих устройств и двух операторов. Облучение с динамической модуляцией интенсивности дозы, облучение органов грудной клетки и малого таза с роботизированным позиционированием пациента, облучение опухолей головного мозга малых размеров в условиях стереотаксиса и многое другое — всё это теперь будни нашей работы. За период эксплуатации ускорителя выполнено 1614 сеансов облучения, завершили лучевую терапию 142 человека (9% от общего числа получивших лучевую терапию), 51 человек — по поводу опухолей головного мозга. 71 человек получил на новом ускорителе органосохраняющую лучевую терапию рака. Эта высокотехнологичная медпомощь теперь доступна жителям не только Хабаровского края, но и Приморья, Камчатки, Сахалина, Еврейской автономной области и Якутии».

Заведующий морфологической лабораторией республиканского онкологического диспансера Татарстана профессор **Семён Петров** докладывает, что благодаря национальной онкологической



Анастасия Нефедова

программе в его подразделении была введена в строй роботизированная система патоморфологической диагностики: «Она делает всё: от качественного получения образца до точного анализа диагностически значимых признаков опухолевых клеток. Сопряжённая с ней система телекоммуникации позволяет производить удалённую патоморфологическую диагностику, когда из Альметьевска нам передают для исследования цифровые изображения подозрительных на рак клеток, обнаруженных у пациентов. Это улучшило диагностику на местах».

Второй день конференции был посвящён отчётам региональных руководителей о совершенствовании онкологической помощи населению. Так, министр здравоохранения Омской области **Юрий Ерофеев** сообщил, что в рамках национальной программы в каждом из пяти административных округов города Омска и в пяти муниципальных районах области появятся хорошо оснащённые центры мужского здоровья — всего 10. Передвижные лабораторно-диагностические комплексы, установленные на автомобилях повышенной проходимости, доберутся к жителям отдалённых уголков пяти муниципальных центров. Ерофеев также рассказал, что при областном онкологическом дис-

пансере планируется возведение нового трёхэтажного операционного корпуса общей площадью 12,5 тыс. кв. метров с морфологической лабораторией, собственным централизованным стерилизационным отделением и операционным отделением на 2 септических и 14 асептических операционных, отделениями переливания крови и реанимации. Строительно-монтажные работы уже начались. Намечен ещё один важный шаг: врачи-онкологи Прииртышья, пользуясь дистанционными формами обучения, станут непрерывно совершенствовать свои знания.

### Потребности развития онкологии и отечественные разработки

Хотя невозможно объять необъятное, но организаторам и докладчикам Всероссийской научно-практической конференции «Совершенствование организации онкологической помощи населению РФ» удалось охватить практически все отрасли онкологии, охарактеризовать их состояние и перспективы. А в статье приходится касаться лишь наиболее важных достижений и проблем химиотерапии, лучевой и радионуклидной терапии.

Так, руководитель радиотерапевтического отделения МНИОИ им. П.А. Герцена **Андрей Черненко** в своём докладе рассказал:

как показала проверка клиник России, до сих пор только 62% установок соответствуют требованиям 5%-ного отпуска дозы, поэтому отпуск дозы не соответствует назначению врача, и при лечении часто возникают лучевые поражения. Именно поэтому при разработке национальной программы 70% бюджетного финансирования было ориентировано на приобретение современного оборудования для лучевой терапии. И тут же встала другая проблема: в России сейчас около 1,5 тыс. радиотерапевтов, но более половины из них — пенсионеры, которые в силу своей подготовки не смогут освоить новые технологии работы на линейных ускорителях. А.В. Черниченко выразил надежду, что вузы страны сумеют обеспечить подготовку 800 медицинских физиков и 1 тысячи врачей-радиологов, в которых так нуждается российская медицина.

**Ирина Поддубная**, заведующая кафедрой онкологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздравсоцразвития России, привела яркие примеры возможностей современной химиотерапии опухолевых заболеваний: «Очень наглядным является излечение лимфом у взрослых, ибо рождение и воспитание детей матерями, излеченными от лимфом, говорит само за себя. Появление и применение новых классов противопухолевых препаратов — герцептина в адьювантной терапии при раннем раке молочной железы — дало существенное улучшение результатов лечения. Однако частота применения подобных препаратов в России, по сравнению с другими странами, значительно ниже и недостаточна для адекватного лечения всех женщин, кому такое лечение показано».

Заведующий отделением радионуклидной терапии Медицинского радиологического научного центра Минздравсоцразвития России **Валерий Крылов** рассказал о замечательных результатах лечения рака щитовидной железы, дающих

полную регрессию опухолей и даже метастазов. Есть успехи при лечении больных с метастазами в кости с помощью отечественных препаратов изотопов стронция и самария-153, которые проникают в очаги и разрушают опухолевые клетки бета-излучением. Этот метод у 60–80% пациентов даёт хороший обезболивающий эффект и улучшает качество жизни даже тогда, когда иные методы не срабатывают. Но камень преткновения — острая нехватка центров радионуклидной терапии: в ней нуждается 20 тыс. человек в год, а два федеральных центра (в Обнинске и Москве) могут принять лишь 2 тыс. человек.

Небыстро и непросто идёт развитие российской онкологии. Но о том, что она двинулась вперёд, можно было судить и по выставке современного отечественного оборудования, развёрнутой в холле возле зала, где проходила конференция. На одном из стендов был представлен даже отечественный 16-срезовый компьютерный томограф, разработанный предприятием «Электрон» совместно с компанией Philips, адаптированный для российской реальности и изготовленный на заводе в Санкт-Петербурге. На другом стенде демонстрировался аппарат для диагностики опухолей молочной железы неинвазивным методом радиотермометрии (раз-

работчик — фирма «РЭС»). Согласно клиническим испытаниям, чувствительность прибора составляет 85,1–94,2%, специфичность — от 76,5 до 81,8%. На третьем стенде можно было увидеть универсальный комплекс для радиочастотного разрушения раковых опухолей «Метатон» путём малоинвазивной чрескожной радиочастотной абляции опухолей и метастазов (разработка предприятия «Техносвет»). Комплекс может быть использован также и при открытых, и эндоскопических вмешательствах. Все эти установки уже вышли на российский рынок и начинают появляться в российских онкологических клиниках.

Что ж, дорогу осилит идущий! В этом, похоже, едины и организаторы, и участники конференции. Диалогом с одним из них, врачом-онкологом, приехавшим с Дальнего Востока, я и закончу статью:

— **Ваши впечатления от мероприятия?**

— Конференция проходит замечательно, даёт нам очень многое в освоении опыта других организаций.

— **А в чём трудности на местах в реализации программы?**

— Трудностей я не вижу ни в чём. Нормальное финансирование даёт техническое переоснащение онкологических центров и обучение кадров. И эти две задачи решаются. ■



Анастасия Нефёлова



Пресс-служба ФМБА России

Константин Котенко, генеральный директор ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Юкия Аmano, генеральный директор МАГАТЭ, Владимир Уйба, руководитель ФМБА России

## Чудеса ядерной медицины — реальность онкологии в ФМБА России

■ Светлана Добровольная

*«Ничего подобного я никогда не видел», — так выразил генеральный директор МАГАТЭ Юкия Аmano свои впечатления от ознакомления с онко-радиологическими отделениями Федерального медико-биологического центра им. А.И. Бурназяна ФМБА России, который он посетил 25 октября в рамках официального визита в Россию. На «экскурсии», с которой его провели по Центру руководитель ФМБА России В.В. Уйба и генеральный директор ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России К.В. Котенко, действительно были продемонстрированы уникальные методы диагностики и лечения рака.*

### Робот удаляет опухоль... лучом

Первым чудом врачебной и инженерной мысли, с которым познакомились Юкия Аmano и его спутники, была установка для проведения стереотаксической лучевой терапии (радиохирургии) злокачественных и доброкачественных опухолей (технология «Кибер-Нож»). Это ускоритель электронов небольших размеров, который находится на роботизированном носителе американской фирмы Assiguа. Установка создаёт тонкий пучок тормозного излучения очень высокой энергии. Этот пучок фотонов благодаря перемещению робота вокруг пациента направляется точно на опухоль в соответствии с созданным на предпроцедурной подготовке планом облучения.

Это вторая такая установка в России, сейчас она находится в стадии ввода в эксплуатацию, пуск намечен на начало следующего года. О возможностях аппарата рассказал заведующий лабораторией планирования и обеспечения радиационной безопасности медицинского облучения, доктор технических наук Николай Борисов:

— От обычной лучевой терапии, курс которой включает двадцать сеансов облучения, Кибер-Нож отличается тем, что пациента можно вылечить всего лишь за несколько дней, во время которых очень большая доза излучения буквально выжигает опухоль. Каждый сеанс занимает до полутора часов. Процедура не требует наркоза, пациенту вводят только седативные средства.

Преимущество этой установки по сравнению с гамма-ножом в том, что не требуется кровавой, травмирующей пациента фиксации. Для Кибер-Ножа используются мягкие фиксирующие индивидуальные пластиковые маски, которые изготавливаются по форме головы, а для туловища используются вакуумные мешки, принимающие форму тела пациента.

Такая фиксация, двойная рентгеновская система слежения за дыхательными движениями пациента, за его органами и опухолью, а также прецизионные движения робота позволяют с субмиллиметровой точностью фокусировать всю дозу в опухолевом очаге, не повреждая окружающие ткани.

Если на гамма-ноже можно облучать только внутричерепные опухоли, то Кибер-Нож позволяет проводить радиохирургические операции и на шее, позвоночнике, печени, лёгких и предстательной железе. Эффективность очень высокая для опухолей небольшого размера. Метастазы поддаются этому лечению, если их размер до 5 см, если их можно хорошо очертить и они не слиты с первичной опухолью. Для каждого метастаза разрабатывается отдельный план облучения.

За рабочий день на установке можно пролечить 7–10 человек.

Юкия Аmano поинтересовался, зачем рядом с установкой находится ёмкость с водой, напоминающая аквариум.

— Это водяной фантом для предэксплуатационных измерений, — пояснил Николай Борисов. — Изменяя мощность дозы в толще воды, планирующая система калибрует



Генеральный директор МАГАТЭ г-н Юкия Аmano ознакомился с работой первого радиологического отделения



Николай Борисов демонстрирует установку «Кибер-Нож»

установку, что обеспечивает реальное качество лечения.

Задачам калибровки служит и стоящая в аппаратной разборная модель головы. Сотрудники лаборатории ласково называют её «Федя»...

### Дойти до каждой клеточки

Следующий пункт «экскурсии» по Центру – отделение радиоизотопных исследований. Мы подошли к аппарату, внешне похожему на обычный компьютерный томограф. Выяснилось, что это один из немногих аппаратов в России, который обнаруживает в организме опухоли малых размеров.

Заведующий отделением, кандидат медицинских наук Владимир Лапшин объяснил, как это удаётся:

– Этот метод объединяет в себе однофотонную эмиссионную и рентгеновскую компьютерную томографию, что на порядок повышает качество диагностики. Пациенту вводится радиофармацевтический препарат, меченый короткоживущим радиоактивным изотопом технеций 99m, это позволяет обследовать с минимальными лучевыми нагрузками на больного и исследуемый орган различными наборами диагностических препаратов. Совместив результаты обоих исследований, мы определяем как анатомические границы опухоли,

так и имеющиеся функциональные изменения за пределами этих границ, что является важным моментом для лечащего врача.

Руководитель ФМБА России Владимир Уйба добавил, что эта установка, как и все остальные методики Центра, даёт гарантию людям, работающим на радиационно опасных предприятиях и рискующим своим здоровьем, что в случае, если они, не дай Бог, заболеют, им будет бесплатно предоставлена самая высокотехнологичная медицинская помощь.

Юкия Аmano заверил, что в МАГАТЭ будут рады сотрудничать с учреждением, где ведутся такие высокотехнологические работы.

### Единственное место с нулевым радиационным фоном

Последним отделением Центра, которое посетила делегация во главе с генеральным директором МАГАТЭ Юкия Аmano, была лаборатория радиометрических и спектрометрических исследований человека (СИЧ). Здесь в специальных металлических камерах измеряют внутреннее облучение людей, подвергшихся радиационному заражению во время работы или при чрезвычайных ситуациях. Исследования доступны радионуклиды цезия, стронция, плутония, трития, урана, радия, радона и другие.

Всех поразила стена одной из камер толщиной почти в полметра. Старший научный сотрудник лаборатории Сергей Бурцев пояснил:

– При сооружении этой камеры использовался тоннельный метростроевский чугун, изготовленный до первого атомного взрыва, поэтому в металле нет той радиоактивности, которая появилась в результате испытаний ядерного оружия. Естественный фон внутри камеры нулевой. Это уникальная ситуация, такого металла сейчас в мире нет. Кроме того, в аппарате используются сверхчистые германиевые детекторы, которые охлаждаются жидким азотом, поэтому и от аппаратуры фона нет, и достигается стопроцентная точность измерений.

За несколько часов мы определяем, какой радионуклид внутри человека, сколько его и каков прогноз на жизнь.

В этом же помещении стоят металлические камеры, настроенные на обнаружение цезия в теле человека, одна для сидячих пациентов, другая – для лежачих. Ещё в одном аппарате проводится гамма-спектрометрия земли, воды, продуктов, мочи, кала, других объектов.

Наконец нам показали небольшой с виду прибор, который весит тонну из-за массивной свинцо-

Пресс-служба ФМБА России

Пресс-служба ФМБА России

вой защиты. Это единственный в стране жидко-сцинтилляционный альфа-, бета-спектрометр. Очень чувствительный, автоматизированный, выполняющий до 60 проб одновременно.

Именно сюда привозили в 1986 году пострадавших при Чернобыльской катастрофе. Тысячи людей прошли тогда обследование на этих камерах, а расшифровывать и обрабатывать показания стареньких приборов вручную (тогда ещё не было компьютеров) довелось инженеру-физику Юрию Вакарину, старейшему сотруднику лаборатории. Он и сейчас, в 80 лет, продолжает трудиться, передавая опыт молодёжи. Трудные времена были и в 90-е, когда почти все сотрудники уволились от безденежья, а лаборатория держалась на одном Юрии Анатольевиче, но выжила, что тоже смело можно считать чудом... Только недавно здесь несколько повысили зарплату, и талантливая молодёжь из МИФИ и других вузов снова потянулась в лабораторию СИЧ.

А ещё чудом было спасение сотен людей с лучевой болезнью, которых путём пересадки костного мозга вылечили в клинике института биофизики, возглавлявшейся тогда Анжелиной Константиновной Гуськовой.

В отделе острой лучевой патологии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России и сегодня выполняются аутологичные и аллогенные трансплантации костного мозга. Генеральный директор МАГАТЭ во время своего визита в Центр также посетил это отделение.

## Путь к здоровью нации

После завершения осмотра Центра Юкия Аmano и Владимир Уйба ответили на вопросы.

**— Господин Аmano, в настоящее время проблема рака желудка очень острая в России, как когда-то была в Японии. Скажите, пожалуйста, какие меры предприняло японское правительство, чтобы резко улучшить выявляемость рака на ранних стадиях и снизить смертность?**

— В прошлом рак желудка в Японии был самым фатальным заболеванием с наибольшей смертностью. Моя мать умерла из-за рака желудка. Считалось, что такие частые случаи заболевания раком желудка являются результатом диеты. Япония была бедной страной, не хватало мяса и даже рыбы, и мы ели в основном овощи, зачастую солёные и маринованные.

Но после войны ситуация изменилась: в Японии улучшился режим питания, а также появились методы медицинского исследования, такие как гастроскопия, и эти исследования охватывали большие массы населения. Ранняя диагностика, профилактические меры, а также хирургические вмешательства в настоящее время в Японии очень эффективны, и у меня много друзей, которые прошли через это и чувствуют себя сейчас замечательно, очень активны в социальной жизни.

**— Теперь вопрос к вам, Владимир Викторович. Может ли Россия пойти по японскому пути борьбы с раком?**

— Россия сегодня стоит на пороге изменения ситуации с онкозаболеваемостью и смертностью от онкологических заболеваний. Я говорю в первую очередь о Федеральной целевой программе «Онкология», которая уже два года работает в России. Это создание новых онкологических центров, радиологических отделений и модернизация имеющихся, создание отделений лечения радиофармпрепаратами. И самое большое достижение — это принятие решения о создании центров ядерной медицины.

Первый центр мы начали строить в этом году в Димитровграде. Уже подготовлена площадка, готовится котлован под протонный центр. Размещён заказ у бельгийской фирмы на самый современный, самый мощный протонный ускоритель 230 МэВ. По плану окончание строительных и монтажных работ — декабрь 2013 года. 2014 год мы берём на отработку технологий и подготовку персо-



Сотрудники лаборатории СИЧ  
Юрий Вакарин и Сергей Бурцев

нала. И уже начиная с 2014 года протонный центр будет набирать мощность. Максимальная мощность только одного протонного центра — около 3 тысяч пациентов в год. А весь Центр, с использованием всех методик радиационно-ядерной медицины, будет принимать до 20 тысяч человек в год со всей России.

В планах — создание ещё двух таких центров: в Обнинске и Томске, что позволит нам реально повлиять на снижение смертности от особенно агрессивных опухолей, практически неоперабельных. Это сложные опухоли головного мозга, нервной системы, глаз, в том числе у детей, и других органов, когда другие методы лечения, в том числе хирургические, невозможны.

В завершение импровизированной пресс-конференции Юкия Аmano поделился своими ощущениями от увиденного:

— Сегодняшнее посещение Центра и его клиники произвело на меня огромное впечатление. Работа ведётся систематически, у вас самые продвинутые технологии. Не у всех стран есть такие возможности. В развивающихся странах зачастую вообще нет никакого оборудования по лечению раковых заболеваний. МАГАТЭ совместно с Россией могло бы оказать существенную помощь развивающимся странам в лечении раковых заболеваний, поскольку онкологические заболевания в этих странах — серьёзная проблема. ФМБА России уже давно сотрудничает с МАГАТЭ, но я надеюсь, что мой приезд сюда сейчас даст новый импульс нашему сотрудничеству. ■



**Всероссийский форум  
индустрии здравоохранения  
«Медицина и фармацевтика – 2011»**



**28–29 марта 2011 г. Москва, ГК «Президент-Отель»**

**Основные темы для обсуждения:**

- Реформирование системы здравоохранения: текущие результаты и дальнейшие шаги
- Региональные программы модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы
- Развитие отечественной фармацевтической и медицинской промышленности
- Роль профессионального сообщества в отечественном здравоохранении
- Информатизация и техническое переоснащение отечественной системы здравоохранения

**[www.od-group.ru/pharm](http://www.od-group.ru/pharm)**



Организатор Форума: ГК «Открытый Диалог»  
Тел. (495) 287-88-77; e-mail: orgcom@opendialogue.ru; www.opendialogue.ru



## Досье

Георгий Манихас родился в городе Рыбинске в семье врачей. Окончил Владивостокский медицинский институт и аспирантуру по хирургии. Работал врачом-хирургом краевого онкологического диспансера города Владивостока.

Работал в Ленинграде заведующим хирургическим отделением, исполнял обязанности главного районного хирурга. В 1984–1987 годах был хирургом военного госпиталя в Монголии. С 1987 года работает в Санкт-Петербургском городском клиническом онкологическом диспансере. В 1989 году избран и назначен главным врачом.

Заслуженный врач Российской Федерации. Заведует кафедрой онкологии факультета последипломного образования Санкт-Петербургского государственного медицинского университета. Доктор медицинских наук, автор 193 научных работ, трёх патентных изобретений и четырёх монографий. Член правления Ассоциации онкологов России. Член-корреспондент Российской академии естественных наук. Вице-президент общественной ассоциации «Антирак».

Лауреат Международной премии «Профессия – Жизнь» (2006). Кавалер ордена «За честь, доблесть, созидание, милосердие» (2006). Награждён медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени (2009).

## Георгий Манихас: «Мы живём в эпоху перемен. Жить интересно!»

■ Нина ЗЛАКАЗОВА

*Поговорку про невесёлую жизнь в эпоху перемен относят к мудрости древних китайцев. Главный врач Санкт-Петербургского городского клинического онкологического диспансера Георгий Манихас добавляет к ней своё продолжение: но живём же! и жить становится всё интереснее. В следующем году главному онкологическому учреждению северной столицы исполнится 65 лет. Важных и интересных событий здесь происходит очень много, и о некоторых из них Георгий Моисеевич рассказал нашему корреспонденту.*

### Сколько стоит онкобольной

— Георгий Моисеевич, давайте расскажем о главных событиях последнего года в деятельности Петербургского городского онкодиспансера. Что было для него самым существенным и примечательным?

— Прошлый год для нас отмечен Съездом онкологов России. А съезд — это подведение итогов, представление их в рамках докладов и сообщений. Мы представляем свои нововведения, внедрённые технологии, оцениваем себя и смотрим на коллег из других регионов. Надо сказать, выглядим мы неплохо. В прошлом году готовились к внедрению системы квот по высокотехнологической медицинской помощи, причём мы заранее многое сделали в этом направлении. Строгие правила всегда заставляют определить приоритеты, по-иному расставить акценты по направлениям диагностики и лечения, наметить новые подходы к внедрению высокотехнологических методов. Высокотехнологическая помощь предоставляется петербуржцам, а оплата осуществляется за счёт федерального и регионального бюджетов. Это очень серьёзная и большая работа.

— Насколько сегодня работает система квотирования высокотехнологической помощи? Выполняет ли учреждение свои квоты?

— Да, система квот реально работает, и можно с уверенностью говорить о том, что пациенты от этого выигрывают, потому что получают очень дорогостоящую и качественную помощь. Врач и лечебное учреждение от этого тоже в выигрыше — идут средства на лекарства, на расходные материалы, а также и на зарплату. А это особенно важно сейчас, потому что во взаимодействиях со страховыми компаниями уже выстроена система плановых заданий. Мы к этому шли, и схема работает. Я говорю о том, что материальные ресурсы очень жёстко увязаны с тарифами и с плановыми заданиями. Это приводит к тому, что страховые компании, как говорится, не дремлют, строго следят за соблюдением всех условий договора, а нам прихо-

дится прикладывать больше усилий для перевыполнения этих заданий. Затраты как на плановую, так и на сверхплановую помощь одинаковые, но сверхплановая помощь требует доказательств её необходимости и объёма исполнения. Потому что сначала выполняешь объём, а потом ждёшь его оплату.

— И когда приходит момент расчёта, его оплачивают, например, по сниженным тарифам...

— Да, профессионалы понимают, что это вполне возможно. Ни для кого не секрет, что когда в системе в целом или в регионе не хватает денег, идут на снижение тарифов. Так и произошло у нас в 2009 году, когда мы перевыполнили план, и за больных, пролеченных в декабре, нам заплатили 35% стоимости. И это легло особым бременем на учреждение. А теперь представьте себе недалёкое будущее, когда у нас будет плановое госзадание, понимания о содержании которого пока до сих пор ни у кого нет. К 2012 году мы должны на него перейти, сейчас начинается переходный период, и по сути с января будущего года мы уже можем быть одним из учреждений, работающих по такому госзаказу. Но кто сегодня ответит на вопрос, что такое госзаказ? Что за ним стоит? Как будет работать его финансирование? Ясно, что средства пойдут в основном на те же защищённые статьи, что и сегодня. Но зато к нам придут расходы по коммунальной составляющей и многим другим. Как они будут компенсироваться, неизвестно, а вся ответственность ляжет на нас.

### Как почувствовать температуру земли

— Насколько тяжёлым будет для вас бремя по содержанию учреждения? Вы просчитывали уже сегодня, во что это может вылиться?

— Вы знаете, например, что только расходы по содержанию современного оборудования любой больницы — это серьёзные деньги. В учреждении его должны обеспечивать профессиональные инженеры, а должности такой у нас в штатном

расписании, между прочим, нет. Наш инженер лишён многих профессиональных льгот, он должен забыть о выслуге лет, об инженерных категориях и так далее, в медицине всё иначе. Не говоря уж о том, что до сих пор не предусмотрены должности инженеров-электронщиков, физиков-медиков, которые обслуживают оборудование стоимостью в десятки миллионов евро! Представьте, что дорогостоящее и долгожданное оборудование куплено, например: магнитно-резонансный томограф, — а дальше начинается его эксплуатация. А кто его эксплуатирует? Человек за копеечную зарплату, которая ниже, чем у слесаря трамвайного парка, обслуживает миллионное оборудование. Значит, мы не можем своих специалистов подготовить или готовим их долго и трудно, но в то же время нам приходится огромные деньги платить западным специалистам за обслуживание оборудования. И здесь условия уже нам диктуют жёстко: приезжает специалист, который получает более 50 евро за час. Вот где нужно экономить бюджетные средства! Такие статьи расходов всегда вызывают беспокойство из-за своей неопределённости, неточности. Ещё один момент, нигде не прописанный: должны ли существовать единые тарифы при различных условиях, обеспеченности и отличающихся больничных площадях? Ведь учреждения разные, и эксплуатация вновь построенной больницы очень многим отличается от эксплуатации больницы, построенной в прошлом или даже позапрошлом веке, что тоже бывает. Но, чтобы учреждение было готово к выполнению государственного задания, оно должно соответствовать единым требованиям или стандартам. А стандартов до сих пор так и нет.

— Прямо скажем, задача не из простых — «причесать» разношёрстное российское здравоохранение под категории, под строгие стандарты, принятие которых государство ко многому обязывает.

— Да, нам понятно, почему стандартов нет: невозможно уравнивать больницы, расположенные в Санкт-Петербурге и где-то в глубинке. Хотя

## Факты

- Городской онкодиспансер создан в 1946 году. В 1958 году учреждение получает отдельное здание, расположенное по ул. Красной связи, 17а. Устанавливается первый аппарат для дистанционной лучевой терапии.

- В 1964 году диспансер получает комплекс зданий на Каменном острове, 2-я Берёзовая аллея, 3/5, где развёртывается основная база стационаром на 450 коек.

- В 2002 году в рамках реструктуризации коечного фонда городского здравоохранения, с целью рационального использования ресурсов и повышения качества оказания специализированной медицинской помощи, проведена масштабная реорганизация онкологической стационарной службы. Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер» становится одним из самых крупных онкологических диспансеров в России, его мощность составляет 810 коек.

- Реорганизация учреждения открыла новые перспективы в совершенствовании и развитии диагностического и лечебного процессов. В диспансере:

- открыты отделения компьютерной и магнитно-ядерной томографии;

- создано отделение экстренной цитологической и морфологической диагностики;

- открыт ангиографический комплекс для диагностических и лечебных целей;

- широко внедряется эндовидеохирurgia;

- открыты отделения химиотерапии, нейрохирургии, восстановительного лечения (реабилитации) и паллиативной помощи;

- 9 операционных оборудованы видеохирургическими комплексами;

- открыто отделение гистохимии и молекулярной диагностики опухолей.

- В практике применяются криохирургия, ультразвуковая абляция опухолей, фотодинамические методы диагностики, интраоперационная радиотерапия.

сейчас, например, наши северные районы, особенно там, где проходят нефтегазовые пути, обеспечены, бывает, лучше столичных клиник. Но и это надо просчитать: а насколько такое оснащение эффективно? Поэтому вопросов очень много, и к будущим стандартам надо подходить очень осторожно. Я понимаю, российское здравоохранение торопится, нам хочется поскорее всё наладить, но при этом нельзя отрываться от реальности. Я бы сказал, надо чувствовать температуру земли, на которой стоим.

## Зачем капиталист лечит российского больного

— Разматывая ежедневно бесконечный клубок проблем, связанных с существованием городского диспансера, что вы думаете о настоящем и будущем российской онкологии в целом?

— Обозначенные проблемы общие, и мы не исключение. Я смело могу говорить об онкологии России в целом: раз в год, а то и чаще мы обязательно встречаемся с коллегами. Институт главных врачей-онкологов объединяет людей, которые друг друга понимают, примерно одинаково осознают свои задачи. Могу сказать следующее: уровень диагностики, уровень оказания помощи, применения современных технологий и лекарств — всё это в целом в России соответствует мировому уровню. Об этом можно говорить спокойно и уверенно. Один из показателей — участие практически всех головных учреждений в международных клинических исследованиях, и это говорит о мировом признании нашей онкологии. Потому что, как ни крути, а плохому центру спонсор не поручит проведение исследований.

— Спонсор — это фирма, которая производит то или иное лекарственное средство. Как вы считаете, что дают такие исследования пациентам?

— В разговорах на эту тему очень многое передёрнуто, многое трактуется совершенно не так, как

следовало бы. Вообще любая сложная, тяжёлая работа, которую кто-то хорошо выполняет, часто вызывает чувство неприятия у тех, кто такую работу сделать не в силах. Нужно знать главное: если посчитать, сколько в среднем онкологическое учреждение, занимающееся такими исследованиями, привлекает дополнительных средств для лечения больных (а это бесплатно для людей!), то снимаются многие вопросы. Если говорить о нашем диспансере, то это около 200 миллионов рублей в год. Благодаря клиническим исследованиям мы такую сумму вливаем в бюджет учреждения лекарствами и расходными материалами. И дали нам эти средства зарубежные спонсоры. А когда начинаются разговоры, что к нам, врачам и пациентам, относятся как к подопытным кроликам, я говорю, что это просто клевета. Это тоже разговоры людей, которые не могут хорошо делать своё дело. Потому что нет более защищённых пациентов, чем те, которые участвуют в клинических исследованиях. Конечно, такая работа хорошо оплачивается — потому что любая хорошая работа должна быть хорошо оплачена. Вот и весь разговор на эту актуальную тему.

## Как выглядит лицо Минздрава в онкологии

— Георгий Моисеевич, мы с вами начали разговор о состоянии онкологической отрасли в российском здравоохранении. Что ещё может быть показателем её сегодняшнего развития?

— Не будем забывать о том, что работает национальный проект «Здоровье». Вы знаете, на Съезде онкологов я впервые хорошо увидел лицо Министерства здравоохранения в онкологии, и оно произвело на меня неплохое впечатление. Мы боялись увидеть, что министерство далеко от нас, практических врачей, но оказалось, что это не так. Главное, мы почувствовали глубокий уровень знания проблем онкологии, услышали понимание этих проблем, то есть налицо чёткое, понятное

движение вперёд. Мы видим это на деле: сейчас многие регионы обеспечиваются новейшим дорогостоящим оборудованием, и это уже тот высокий уровень, о котором мы говорим. Приезжают пациенты из регионов, и мы видим потенциал врачей и лечебных учреждений, однако всё-таки заметно, что их сдерживают ресурсы. Но то, что врачи знают, как и чем лечить, — это уже дорогого стоит. Сегодня они широко используют возможность направления пациентов для высокотехнологичной помощи в федеральные и региональные учреждения, и это очень важно.

**— Сравните возможности вашего диспансера с работой подобных учреждений в других крупных городах России. Что нового появилось в его работе, какие моменты остаются постоянными и определяющими?**

— Сегодня диспансеры России работают на уровне научных институтов. Мы как клинический диспансер выполняем серьёзный объём учебной и научной работы. У нас базируются семь кафедр пяти высших медицинских учебных учреждений. А это значит, что к нашим сотрудникам добавляются профессора, доценты, аспиранты, которые становятся постоянными участниками лечебного процесса. Я возглавляю кафедру на факультете последипломного обучения, к нам приезжают коллеги из других регионов, проходят обучение сотрудники и ученики смежных кафедр, и иногда за одной партой оказываются клинический ординатор и профессор. Система переподготовки, система сертификации предполагают постоянные курсы и учебные занятия. И здесь мы используем потенциал друг друга, это интересно нашим слушателям, поскольку это взаимообогащающий процесс.

**— Что изменилось с точки зрения лечебного процесса и как почувствовали эти изменения ваши пациенты?**

— Например, у нас теперь совершенно другой подход к диагностике и лечению с учётом современных интервенционных радиологических методов. В частности, ангиография дала возможность принципиально

новых подходов для лечения метастазов печени. Во-первых, это совершенно иной подход к диагностике. Компьютерная ангиография даёт изображение в системе 3D, и это позволяет заранее предопределить характер хирургического или иного лечения. Во-вторых, совершенно другой подход к лечению больных раком шейки матки. Один из моментов, препятствующих активному лечению, — кровотечение и инвазивная инфильтрация. Мы проводим акклюзию сосудов и переводим больного на иной уровень противоопухолевого лечения, позволяющий провести лучевую терапию или даже операцию. Ещё одно важное направление — эндовидеохирургия. С каждым годом растёт опыт хирургов, это итог общения с российскими и зарубежными коллегами. Конечно, такой мультицентрический подход увеличивает наши возможности и наш потенциал.

### Может ли онкобольной думать о продолжении рода

**— Какие научные исследования, проводимые в диспансере, имеют самый прямой и перспективный выход на здоровье пациента, сохранение его жизненных возможностей?**

— Последний год позволил нам увидеть наши гипотезы и предположения о репродукции в онкологии в реальном измерении, и уже

получен соответствующий патент. Мы занимались этими вопросами несколько лет, а актуальны они для тех больных, которые встретились со злокачественным заболеванием тогда, когда ещё можно думать не только о сохранении жизни, но и о продолжении рода. Это больные дети, особенно если говорить о гемобластозах: ведь несколько лет назад они умирали в 90% случаях. Сейчас в 95% случаев они остаются живы, с возможностью нормальной трудовой жизни. А мы задумались ещё и о репродукции. Лечение онкологии — это агрессивное лечение, приводящее зачастую к изменениям хромосомных структур, что иногда полностью отвергает возможность дальнейшей репродукции. Больным предлагается до начала лечения задуматься о сохранении этой функции путём консервации репродуктивного материала. Когда пройдёт время, можно уже решать, что делать с такой возможностью. Иногда женщина впоследствии может даже сама свою яйцеклетку выносить. Или суррогатная мать. И второй метод: эту же ткань мы подсаживаем на брюшную полость или в другое место, и женщине, допустим, не нужна гормонозаместительная терапия, она сама себя обеспечивает гормонами. Здесь много интересных вопросов, это одно из интересных научных направлений, но всё это мы уже сейчас широко делаем. ■



Четвертый международный медицинский форум/выставка

# ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ



В РАМКАХ НЕДЕЛИ РОССИЙСКОГО БИЗНЕСА

18-20 апреля 2011 года

МВЦ «Крокус Экспо»

III павильон, зал № 20

## В ПРОГРАММЕ ФОРУМА:

ВЫСТАВОЧНАЯ ЭКСПОЗИЦИЯ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА «ВРАЧ РОССИИ XXI ВЕКА»  
ДЕЛОВАЯ ПРОГРАММА ВЫСТАВКИ

Приглашаем к участию регионы, министерства и департаменты здравоохранения республик, краев и областей; отечественных и зарубежных производителей и поставщиков медицинской техники, медицинских изделий и фармацевтических препаратов; НИИ, ВУЗы, ЛПУ; ведомственные учреждения здравоохранения; частные центры и клиники; санаторно-курортные учреждения; профессиональные ассоциации, страховые и лизинговые компании.



Организатор:

 **КРОКУС ЭКСПО**

Международный выставочный центр

МВЦ «Крокус Экспо»:

 «Мякинино»

65-66 км МКАД (пересечение МКАД и Волоколамского шоссе)

Дирекция форума выставки:

тел.: +7(495) 727-25-28, 983-06-70

e-mail: med@crocus-off.ru, med2@crocus-off.ru

www.iz-expo.ru

Информационный партнер  
МВЦ «Крокус Экспо»:



Реклама на сайте и на территории  
МВЦ «Крокус Экспо»:  
тел. (495) 727-26-39  
[www.crocus-reklama.ru](http://www.crocus-reklama.ru)

Аренда конференц-залов и  
презентационного оборудования:  
тел. (495) 727-25-93, 727-26-15

Онкологическая служба Пензенской области берёт начало с 1940 года. В 1992 году вступил в строй новый комплекс онкологического диспансера, включающий стационар на 485 коек, поликлинику на 480 посещений в смену, дневной стационар на 100 коек, радиологический и лечебно-диагностический корпус с лабораториями и операционным блоком.

## Пензенский областной онкологический диспансер: современный уровень диагностики и лечения

■ Андрей Нестеров, главный врач Пензенского областного онкологического диспансера



### Досье

Андрей Нестеров – главный врач Пензенского областного онкологического диспансера. Родился 23 сентября 1958 года. В 1981 году окончил II Московский государственный медицинский институт им. Н.И. Пирогова. Прошёл путь от хирурга до руководителя лечебного учреждения. Врач высшей квалификационной категории по специальности «Хирургия». Доцент кафедры «Хирургия». Кандидат медицинских наук. Автор более 40 научных, учебно-методических работ, 4 патентов, 6 рационализаторских предложений.

В штате диспансера 839 сотрудников, из них 134 врача, в т.ч. 8 кандидатов и 1 доктор медицинских наук, 7 отличников здравоохранения, 1 заслуженный врач РФ. Диспансер является клинической базой Пензенского ИУВ, Пензенского ГМИ и медицинских училищ г. Пензы. Высокий профессиональный уровень специалистов позволяет выполнять высокотехнологические комбинированные операции, связанные с резекцией грудной стенки, трахеи, перикарда, пищевода, реконструктивно-пластические операции на молочной железе, мочевом пузыре. Получены патенты на изобретения новых способов операции при раке лёгкого.

На базе Пензенского областного онкологического диспансера сконцентрирована помощь больным гематологического профиля: отделение взрослой гематологии на 60 коек и единственное в области отделение детской гематологии на 30 коек. Диспансер награждён дипломом и сертификатом, а также внесён в официальный реестр каталога «100 лучших медицинских учреждений – 2008».

В рамках целевой федеральной программы «Совершенствование организации онкологической помощи населению области» в сфере реализации приоритетных национальных проектов в ГУЗ «Областной онкологический диспансер» в 2009 году поставлено современное высокотехнологичное оборудование:

– **иммунолюминесцентный автоматический анализатор Elecsys** с компьютерным обеспечением учёта результатов анализов Cobas (Япония). Его использование позволило расширить перечень проводимых исследований, в частности онкомаркеров, необходимых для диагностики, мониторинга и выявления рецидивов злокачественных образований, что является актуальным в современной онкологии, а также проводить обследование гормонального статуса, маркеры инфекционных и вирусных заболеваний;

– **высокоэнергетический (20МВ) линейный ускоритель**, который располагает тормозным лучом и пучком электронов, позволяющим лечить обширные поражения кожи, в т.ч. глубоко расположенные опухоли, а также послеоперационные лучевые инфильтраты;

– **ОФЭТ КТ-комплекс**, включающий гамма-камеру и компьютерный томограф, позволяющие проводить динамические, функциональные, рентгенсцинографические исследования любых тканей и органов человека с выявлением патологических изменений и функциональных возможностей этих органов;

– **компьютерный томограф Light Speed RT16** с высокой разрешающей способностью;

– **эндоскопические видеосистемы EVIS EXERA II CLV-180** фирмы OLIMPUS для кабинетов бронхоскопии, гастроскопии и колоноскопии. Их внедрение позволяет выявлять патологию на ранних этапах, дифференцировать доброкачественные и злокачественные изменения, выявлять раковые изменения в органах на ранних стадиях развития и производить малоинвазивные эндоскопические операции, сохранять видеoinформацию и передавать её врачам других специальностей;

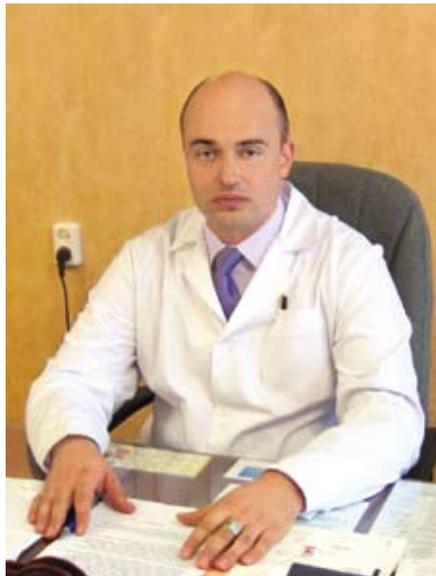
– **комплекс рентгеновский диагностический** с усилителем яркости рентгеновского изображения, имеющий телеуправляемый штатив, цифровую радиологическую систему;

– **роботизированная система гистологической и иммуногистохимической диагностики** позволит повысить и стандартизировать качество приготовления гистологических препаратов, что соответственно улучшит уровень диагностики. Точная верификация процесса позволит подобрать наиболее оптимальную схему терапии, улучшить отдалённые результаты лечения.

Оснащение онкодиспансера данным оборудованием позволит выйти онкологической службе области на новый современный уровень в плане ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований, что в результате существенно улучшит качество жизни онкологических больных. ■

# Тульский областной онкологический диспансер: ориентиры на врачебную онконастороженность и высокие технологии

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА



*В 2010 году онкологической службе в Тульской области исполнилось 85 лет. Отправной точкой стал 1925 год, когда при больнице им. Семашко был организован первый противораковый пункт на десять коек. Следующий этап – открытие областного онкологического диспансера на 35 коек и поликлиники на 750 посещений в 1947 году. И уже новый лечебный корпус на 270 коек был построен в 1974 году. Все последующие годы в работу диспансера поэтапно включались новые отделения, кабинеты, лаборатории, и внедрялись современные методы обследования и лечения онкологических больных. Сегодня главная надежда онкобольных – Областной онкологический диспансер – по-прежнему не просто даёт надежду, но и спасает жизни своих пациентов. На тему жизнедеятельности самого учреждения и его совершенствования состоялся диалог с главным врачом диспансера, кандидатом медицинских наук Игорем Викторовичем Пименовым.*

— **В** настоящее время в онкодиспансере в стационаре в год лечится 8 тысяч больных и 65 тысяч – амбулаторно. Основную нагрузку по лечению и уточняющей диагностике заболеваний несёт Тульский областной онкологический диспансер. Кроме того, в 17 районах области имеются онкологические кабинеты, укомплектованные врачами и средним медицинским персоналом. Количество смотровых кабинетов в области – 77. Лечение онкологического больного высокозатратно, а успех лечения чётко зависит от стадии заболевания. Чем ниже стадия, тем более эффективно лечение. Кроме того, большое значение в онкологии имеет этапность, первичная диагностика в районах и на участках.

Минздравсоцразвития России ставит своей целью качественно преобразовать систему оказания первичной и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи онкологическим больным; усилить роль первичного медико-санитарного звена для раннего выявления злокачественных новообразований. Акцент сделан на профилактику, раннюю диа-

гностику, а также комплексное оснащение поликлиник, диспансеров и больниц. Кроме того, необходимо совершенствовать систему взаимодействия между всеми уровнями оказания медицинской помощи – поликлиниками, онкологическими диспансерами и далее, если это необходимо, федеральными учреждениями. В связи с этим вступил в силу новый Порядок оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. В нём определена схема движения пациентов. Участковые врачи и врачи других специальностей должны проявлять большую онконастороженность и своевременно направлять граждан, приходящих на приём, пройти дополнительное обследование (скрининг), так называемую первичную диагностику.

— **Игорь Викторович, насколько актуальна проблема рака в Тульской области и какие конкретные шаги предпринимаются в вашем регионе по данной проблеме?**

— Ситуация, сложившаяся с онкопатологией, требовала принятия не-

замедлительных мер, направленных на совершенствование диагностики и лечения онкологических больных. В 2007 году была принята федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями до 2011 года». В рамках подпрограммы «Онкология» предусмотрено материально-техническое переоснащение современным оборудованием учреждений, оказывающих медицинскую помощь онкологическим больным. Кроме того, с 2009 года в рамках целевой программы осуществляется строительство и реконструкция специализированных учреждений, оказывающих помощь населению при онкологических заболеваниях.

Участие Тульской области в программе весьма актуально, так как в регионе со сложной демографической ситуацией остаются высокими показатели заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. Смертность от онкопатологии в Тульской области в 2009 году составила 255,0 на 100 тыс. населения (в 2008 году по



Theratron. Гамма-аппарат для дистанционного облучения



Линейный ускоритель Elekta



Аппарат мультисорс для контактной лучевой терапии MultiSource

Российской Федерации – 201,9). Более трети пациентов имеют злокачественные новообразования на поздних стадиях. Существуют также особенности в структуре заболеваемости. В Тульской области, как и в других промышленно развитых регионах, на первом месте стоит рак молочной железы, на втором – рак лёгкого, далее – рак желудка, на четвёртом месте – злокачественные новообразования кожи. Данные статистики – сигнал о необходимости улучшения организации первичной диагностики и профилактических мероприятий, включая выявление факторов риска развития онкологических заболеваний. Кроме того крайне важна санитарно-просветительская работа с населением с целью повышения его медицинской грамотности и разяжения необходимости диспансерного наблюдения.

Оказание лечебно-диагностической помощи онкобольным предстоит решать на высокотехнологичном уровне. Для перехода на современный, качественный уровень развития онкологической службы в области необходима её техническая и технологическая оснащённость.

В минувшем году между Администрацией Тульской области и Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации было заключено соглашение о реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению, в рамках которого Тульской области были выделены субсидии в размере 448,5 млн рублей. Департамент здравоохранения Тульской области провёл необходимую работу по организации

конкурсных закупок оборудования в соответствии с перечнем, утверждённым Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Организационные мероприятия, конкурсные закупки, реконструкция и строительство велись под контролем областной администрации. В рамках софинансирования за счёт средств бюджета Тульской области для областного онкологического диспансера приобретено и установлено современное гамма-терапевтическое и рентгенотерапевтическое оборудование на сумму 270 млн рублей. Обновлённая и значительно модернизированная диагностическая составляющая медицинской помощи онкологическим больным поможет специалистам поставить точный диагноз, даст возможность врачу-клиницисту подобрать точный и эффективный вид лечения. Для размещения и введения в эксплуатацию нового оборудования, на выполнение работ по реконструкции помещений областного онкологического диспансера и строительство каньона выделено около 70 млн рублей. На сегодняшний день эти работы полностью завершены. Сегодня в арсенале у тульских онкологов есть все возможности для диагностики онкологических заболеваний на уровне европейских стандартов.

**— Новое оборудование — это, несомненно, плюс: выигрывает и врач, и его пациент. Но как быстро осваивается новая техника вашими специалистами? Не возникает ли проблем в этом отношении?**

— Этой работе уделено особое внимание. На сегодняшний день у нас имеется гамма-терапевтический

аппарат, роботизированная система гистологической и иммуногистохимической диагностики, видеоэндоскопический комплекс, компьютерный томограф, линейный ускоритель. Всё перечисленное оборудование введено в эксплуатацию и в полном объёме используется для обследования и лечения пациентов. В связи с дополнительным оснащением областного онкологического диспансера медицинским оборудованием увеличена штатная численность медицинского и инженерного персонала на 39 человек. На базе Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина и Московского научно-исследовательского института им. П.А. Герцена прошло обучение врачей лучевой диагностики, радиологов, эндоскопистов и медицинских физиков. Кроме этого недавно у нас был проведён семинар по дополнительной форме подготовки специалистов на базе ESTRO (Европейское общество терапевтических радиационных онкологов).

Но подытожить свой ответ на этот вопрос хотел бы словами Валерия Чиссова, главного онколога Минздравсоцразвития России, сказавшего, что задача врача — быть подозрительным. Он должен осмотреть больного с пристрастием и при первом же сомнении отправить к специалисту-онкологу. И здесь не нужна никакая аппаратура — ни томографы, ни эндоскопы, ни магнитно-резонансный томограф. Глаз и внимание врача. Если это будет сделано, то и само лечение окажется и эффективным, и недорогим. Таким образом, человеческий фактор в нашем деле играет одну из главных ролей! ■

# ГУЗ РКОД Республики Башкортостан: научные достижения — в практическое здравоохранение

■ Л.К. ЗАКИРОВА, ЗАВЕДУЮЩАЯ ОРГМЕТОДОТДЕЛОМ

*История онкологической службы Республики Башкортостан берёт начало в 1945 году: Постановлением СНК Башкирской АССР на базе Республиканской клинической больницы был организован Республиканский онкологический диспансер на 50 коек, который возглавил Е.А. Волжский. В 1966 году диспансер переведён в новый корпус на 165 коек. После объединения Уфимского городского и Республиканского диспансеров в 1969 году в единое лечебное учреждение диспансер насчитывал 440 коек.*

Объединение диспансеров позволило создать в столице республики крупный онкологический центр, сосредоточить квалифицированные медицинские кадры, оснастить его современной диагностической и лечебной аппаратурой, значительно повысить уровень лечебной и организационно-методической работы. В 1980 году сдан в эксплуатацию новый лечебный корпус на 210 коек. Большая роль в строительстве диспансера, в организации онкологической службы принадлежит заслуженному врачу БАССР Н.Г. Абдуллину, за 20 лет руководства превратившему диспансер в крупное лечебное учреждение не только Республики Башкортостан, но и Российской Федерации.

В настоящее время Республиканский клинический онкологический диспансер (РКОД) насчитывает 600 коек. Организованы одиннадцать профильных отделений — восемь хирургических и три радиологических. В двух поликлиниках на 313 посещений в смену ведётся приём по пятнадцати специальностям.

Злокачественные новообразования остаются одной из сложнейших проблем в области медицины и здоровья населения. Каждый пятый житель Башкортостана заболевает в течение жизни одной из форм зло-

качественных новообразований. В Республике Башкортостан в 2009 году впервые взято на учёт 10 992 больных со злокачественными новообразованиями. Онкологическая заболеваемость в республике за последние три года выросла на 1,4% и в 2009 году составила 275,7 на 100 тыс. населения. Анализ основных показателей за последние годы свидетельствует о стабилизации заболеваемости и годичной летальности, снижении смертности. Запущенность остаётся практически на одном уровне.

Структура заболеваемости не претерпела каких-либо изменений. С 2003 года рак молочной железы вышел на второе место, оставив позади рак желудка. Наиболее часто болеют в возрасте 65–79 лет. В возрастных группах до 54 и старше 75 лет чаще болеют женщины, а в возрасте от 55 до 74 лет — мужчины. Из общего числа заболевших дети до 14 лет составляют 0,7%. Заболевание кроветворной и лимфатической систем диагностированы у 38,3% детей.

В последние годы отмечается рост заболеваемости раком предстательной железы на 14,6%, рака прямой кишки — на 5,0%, рака тела матки — на 9,0%. Снизилась заболеваемость раком желудка на 5,0%. Остаются стабильными качествен-

ные показатели диагностической работы: запущенность — 24,7–24,2% и годичная летальность, снизившаяся до 31,5%.

Болезненность населения достаточно высока — 1688,4 на 100 тыс. населения, и этот показатель постоянно увеличивается, что говорит об улучшении качества лечения онкологических больных. Живут пять и более лет с момента установления диагноза 58,1% больных.

Большая работа проводится медицинскими работниками по активному выявлению онкологических заболеваний при различных видах профилактических осмотров.

Ежегодно в стационаре РКОД получают лечение около 11 000 больных, из них 93% — больные с опухолевой патологией, 95,3% — больные с различными злокачественными опухолями. В двух поликлиниках проходят обследование более 110 тыс. человек. Государственное задание по обеспечению государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Республике Башкортостан на 2009 год выполнено в стационарных условиях на 100%, в поликлинике — на 100,7%. Пролечено 425 человек из других территорий России.

Врачи диспансера постоянно осваивают, совершенствуют и широко применяют современные методы лечения. За последние годы в работу РКОД широко внедрены профилактика лимфореи после пахово-бедренной лимфодиссекции, комбинированное лечение рака желудка, лечение метастазов в печени радиочастотной термоаблацией, брахитерапия рака предстательной железы, лечение патологии вульвы, влагалища и шейки матки радиоволновым методом, усовершенствованный метод непрямой лимфографии регионарной зоны полости рта. Продолжается внедрение методов реабилитации женщин, страдающих раком молочной железы после мастэктомии (пластические реконструктивно-восстановительные операции). Запатентовано устройство для инфракрасной диагностики злокачественных опухолей.

Республиканский клинический онкологический диспансер располагает уникальным кадровым составом. Из 176 врачей 55,7% имеют высшую квалификационную категорию, 17,6% – первую, 1,6% – вторую, в коллективе шесть докторов наук, пятьдесят шесть кандидатов медицинских наук. Заслуги врачей диспансера высоко оценены нашим государством: четырём врачам присвоено звание «Заслуженный врач РФ», двадцати двум – «Заслуженный врач РБ», двум – «Отличник здравоохранения РФ», двадцати четырём врачам и шестнадцати средним медработникам – «Отличник здравоохранения РБ», восьми специалистам – звание «Заслуженный медицинский работник». Три врача стали победителями Всероссийского конкурса в номинации «Лучший онколог года»: В.В. Лобода (2006), В.А. Пушкарев (2008), Г.Ю. Батталова (2009), девять врачей признаны победителями Республиканского конкурса «Лучший врач года». Главный врач РКОД, заслуженный врач Российской Федерации и Республики Башкортостан В.Н. Ручкин за личные научные достижения в онкологии награждён на съезде онкологов медалью им. Н.Н. Блохина. Директор клиники онкологии, заслуженный деятель науки РФ, профессор, заслуженный деятель науки Ш.Х. Ганцев награждён медалями «Профессионал России» (2005) и «За вклад в развитие здравоохранения и медицины» (2007).

Благодаря реализации мероприятий целевых программ ФЦП «Социально-экономическое развитие Республики Башкортостан» и РПЦ «Онкология» на 2006–2010 годы Правительство Республики Башкортостан в 2009 году выделило диспансеру 6500 тыс. руб. для приобретения современной медицинской техники и химиопрепаратов. Оборудование установлено, работает.

Приказом МЗ РБ № 513 от 30 марта 2009 утверждена ведомственная целевая программа Министерства здравоохранения Республики Башкортостан «Лечение рака молочной железы II–III стадии на 2009–2011 годы», на реализацию которой в 2009 году выделено из



Владимир Ручкин, главный врач РКОД, заслуженный врач Российской Федерации и Республики Башкортостан

средств республиканского бюджета 32 000 тыс. руб. на приобретение лекарственных препаратов. Создан регистр пациенток, нуждающихся в проведении адьювантной химиотерапии по программе ТАС в послеоперационном периоде. Лечение больных в рамках данной программы осуществляется на базе 5-го хирургического отделения и поликлиники № 2 РКОД.

В рамках реализации ПНП «Здоровье» получено два передвижных маммографических комплекса (ПМК) на шасси автомобилей КАМАЗ на сумму 17 000 тыс. руб. На них при выездах в районы проведено около 4000 профилактических маммографических исследований.

Постановлением Правительства РБ № 284 от 8 октября 2007 года выделены средства для осуществления реконструкции РКОД, что предусматривает комплексное проектирование, строительство и ввод в эксплуатацию нового хирургического корпуса в 2010 году, оснащение его современным технологическим и медицинским оборудованием, что обеспечит применение высокотехнологичной медицинской помощи, увеличит мощность стационара.

Большое внимание уделяется организации противораковой пропаганды и санитарно-просветительской

работы. Ежегодно специалисты диспансера выступают с беседами о профилактике онкозаболеваний в программе «Здоровье» ГТРК «Башкортостан». Ведётся работа по организации раннего выявления злокачественных опухолей в смотровых кабинетах ЛПУ и фельдшерско-акушерских пунктах республики. Совместно с врачами различных специальностей проводятся конференции и семинары, заседания научных ассоциаций онкологов и радиологов РБ, на которых определяются перспективные пути профилактики онкологических заболеваний. Ассоциация онкологов проводит совместные заседания с ассоциациями лучевых диагностов, терапевтов, хирургов, акушеров-гинекологов.

На базе РКОД работают кафедра хирургии и онкологии с курсами ИПО онкологии и патологической анатомии, кафедра лучевой диагностики Башкирского государственного медицинского университета. За последние пять лет в практику клинических отделений внедрено более 50 новых методов диагностики и лечения онкобольных, разработанных сотрудниками центра. Ведущие учёные кафедры выполняют большую работу и активно внедряют в практическое здравоохранение научные достижения. ■

## Челябинский ОКОД: высокотехнологичность, масштабность, стратегия

■ По материалам Челябинского областного клинического онкодиспансера



## Досье

Андрей Владимирович Важенин, главный врач ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой онкологии и радиологии ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия последиplomного образования» Росздрава, заведующий кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Росздрава.

А.В. Важенин является председателем Ассоциаций радиологов и онкологов Челябинской области, президентом Ассоциации онкологов Уральского ФО, членом правления Всероссийских ассоциаций онкологов и радиологов, вице-президентом Российской ассоциации рентгенорадиологов. С 1999 года является членом Европейской Ассоциации радиологов и онкологов. В 2006 году Президиумом Ассоциации космонавтики РФ награжден медалью академика В.П. Макеева за успехи в совместной деятельности; медалями Ассоциации онкологов РФ за разработку новых методов диагностики и лечения опухолей. Указом президента в 2006 году награжден медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени.

Государственное лечебно-профилактическое учреждение «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» – головное онкологическое учреждение Челябинской области на 590 коек. Знаковой датой стало 24 декабря 2008 года, когда на заседании Совета по реализации приоритетных нацпроектов при Президенте РФ Челябинскому ОКОД, впервые в истории отечественной онкологии, был присвоен статус окружного онкологического центра и выделены средства на дооснащение высокотехнологичным лечебно-диагностическим оборудованием.

Организация окружного онкоцентра в области позволит сконцентрировать здесь решение стратегических задач по оказанию высокотехнологичной и организационно-методической помощи соседним территориям и субъектам РФ. В 2009 году между Минздравсоцразвития России и Правительством Челябинской области было подписано соглашение № 26/8-1 о реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению. В основные (перспективные) задачи окружного центра входит: развитие и оказание высокотехнологичной медицинской помощи прикрепленному населению, координация работы онкологических служб вверенных территорий; мониторинг и единообразие их работы в сфере профилактических технологий и прежде всего раннего выявления опухолей; отработка оптимальных схем маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическую патологию.

В Челябинской области в течение ряда лет ведутся масштабные работы по онкологии. В течение последних 12 лет отработан ряд уникальных для РФ центровых направлений: нейтронной терапии, онкоофтальмологии, онкоурологии и терморрадиотерапии, фотодинамической терапии.

Здесь сформировалась оригинальная научная школа и имеется

значительный кадровый потенциал. За последние 10 лет проведено около 90 клинических исследований и по их итогам защищено 75 кандидатских и 12 докторских работ. Издано более 200 печатных работ в рецензируемых изданиях, в том числе 4 монографии в издательстве РАМН. Получено 34 патента на изобретения. В ЧОКОД из 146 врачей 1 член-корреспондент РАМН, 48 – имеют степень кандидата медицинских наук, 9 врачей – доктора медицинских наук, 6 заслуженных врачей РФ, 3 заслуженных работника здравоохранения, 36 врачей имеют высшую категорию. С 2000 года диспансер является проблемной лабораторией ЮЦНЦ РАМН «Радиационная онкология», а с 2006 года – базовой клиникой для ФГУ «РНЦ рентген-радиологии Росмедтехнологий». На базе диспансера работают 9 кафедр двух медицинских академий и Южно-Уральского госуниверситета и обеспечивают подготовку высококвалифицированных врачебных и инженерных кадров для онкоррадиологической составляющей службы.

С 2005 года в Челябинской области применяется комплекс профилактических технологий: социальная реклама, кадровая политика, которая складывается из онкологической грамотности врачей первичного звена и высококвалифицированных врачей-онкологов, финансовое стимулирование врачей общей сети за выявление рака на I–II стадиях, реорганизация смотровых кабинетов, программа онкоскрининга. В результате развития профилактического направления уже удалось добиться устойчивых тенденций в увеличении выявляемости ранних стадий, снижения запущенных случаев, уменьшения одногодичной летальности.

Кроме этого в Челябинске открыт единственный вне Москвы и Санкт-Петербурга центр позитронной эмиссионной томографии. В текущем году завершается строительство второго ПЭТ-центра в г. Магнитогорске. ■

## Нет ничего дороже жизни и здоровья человека...

■ Анастасия Мешкова

*...за многие десятилетия работы эти слова стали жизненным девизом специалистов Свердловского областного онкологического диспансера, отдающих все силы борьбе с одним из самых грозных недугов нашего времени – онкологией.*



**В**ячеслав Брониславович, несмотря на все успехи медицины, онкопатология остаётся одной из ведущих причин преждевременной смертности, а цифры заболеваемости имеют явную тенденцию к росту во всём мире. С чем связано подобное противоречие?

— В каком-то смысле рак можно назвать платой за прогресс: на фоне увеличившейся продолжительности жизни растёт и процент заболеваний пожилого и старческого возраста, к которым относится и онкопатология. Поэтому рост заболеваемости на уровне 1–1,5% в год — это реальность, от которой мы никуда не денемся. В этом отношении для Свердловской области характерны среднероссийские показатели заболеваемости — 350 случаев на 100 тысяч населения. Но на фоне этого происходит постоянное снижение смертности, что является прямой заслугой современной медицины и, в частности, развития диагностической службы.

— **Именно ранняя диагностика является ключом к победе над многими видами онкологической патологии, поэтому развитие онкослужбы занимает отдельную строку в национальном проекте «Здоровье».**

— Действительно, своевременно выявленное заболевание поддаётся успешной терапии в 80–100% случаев, и в этом отношении модернизация онкослужбы в рамках нацпроекта имеет огромное значение. Со своей стороны мы также ведём серьёзную работу по нескольким направлениям. Диспансер является организационно-методической базой для всех ЛПУ Свердловской области по вопросам ранней диагностики ЗНО и предраковых состояний. Регулярно проводятся обучающие семинары и курсы для врачей

1-го и 2-го звена, телеконференции, консультативная работа. Отдельное внимание уделяется развитию информационных технологий, что позволяет эффективно координировать работу онкологической службы региона и вести динамическое наблюдение пациентов с учётом всех этапов лечения.

— **Но, несмотря на все эти меры, цифры выявляемости онкозаболеваний I и II стадии сегодня не превышают 45–50%. В остальных случаях больным требуется неотложное высокотехнологичное и зачастую дорогостоящее лечение. Готов ли диспансер предоставить своим пациентам медицинскую помощь такого уровня?**

— Безусловно! ГУЗ «Свердловский областной онкологический диспансер» является одним из ведущих учреждений данного профиля в России и гарантирует пациентам предоставление всего объёма необходимой помощи, а при недостаточности материальной базы — лечение в центральных институтах и клиниках РФ.

В ГУЗ СООД постоянно внедряются новые высокотехнологичные методы диагностики и лечения всех локализаций ЗНО, приобретается современное оборудование для их реализации. В СООД применяются современные цифровые рентгеновские диагностические аппараты, маммографы, УЗИ, компьютерный 40-срезовый томограф Siemens. Освоена методика МР-ангиографии органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Проводятся трансназальное и трансфеноидальное удаление опухолей гипофиза с использованием стереотоксической нейронавигации. Совершенствуются радикальные оперативные вмешательства при опухолях внутренних органов. Проводится внутривисцеральная и интраоперационная брахитерапия на аппаратах GAMMAMED-12i.



### Досье

Вячеслав Шаманский — главный онколог Уральского федерального округа, директор ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», заслуженный врач Российской Федерации, кандидат медицинских наук.

В 1979 году окончил Свердловский государственный медицинский институт. По распределению работал в Михайловской городской больнице Нижнесергинского района Свердловской области сначала хирургом, затем главным врачом. С 1984 года Вячеслав Брониславович трудится в Свердловском областном онкологическом диспансере. С 1999 года — директор СООД.

ная и внутритканевая брахитерапия на аппаратах GAMMAMED-12i.

Успешность нашей работы подтверждена цифрами: показатели односторонней летальности имеют явную тенденцию к снижению (28,2% в 2009 году, 31,5% в 2005 году), а пятилетняя выживаемость (один из главных показателей работы учреждений онкологического профиля) составляет 55,7%, что также превышает среднероссийское значение. Эти показатели, а также высокий статус Свердловского областного онкодиспансера привлекают к нам за помощью пациентов из многих регионов России. ■



## ОКОД: программа «Онкология» — старт в здоровое будущее

■ РАИСА ЕМЕЛЬЯНОВА

*В Омской области стартует программа «Онкология». При том, что Омский областной диспансер входит в число лучших специализированных учреждений Зауралья, в начале XXI века стало ясно, что система медицинской помощи онкологических больных перестала отвечать требованиям дня. Ежегодно в Омской области диагноз злокачественное образование ставится более чем семи тысячам человек. В региональном регистре больных раком, который ведёт также Областной клинический онкологический диспансер (ОКОД), сегодня состоит 36 тысяч 995 человек – это 1,8 % населения региона. Заболеваемость на 100 тысяч населения в первом полугодии составила 159,4 на одну тысячу населения. Онкологические заболевания прочно вошли в тройку основных причин преждевременной смертности и инвалидности жителей Прииртышья. А в 2009 году вышли даже на второе место, уступив лидерство только сердечно-сосудистым заболеваниям.*

Распространение онкозаболеваний в Прииртышье давно уже вызывало тревогу у руководства региона. Развитие онкологической службы не раз оказывалось среди приоритетов в принимаемых правительством Омской области целевых медицинских программах. Поэтому власти региона сделали всё возможное, чтобы Омская область вошла в 2009 году в число 11 субъектов РФ, начавших реализацию Национальной онкологической программы «Комплекс мероприятий по совершенствованию организации онкологической помощи», принятой Правительством РФ. В частности, сразу же выполнили условие софинансирования поставок нового современного оборудования для областного онкологического диспансера. Из бюджета региона на эти цели было выделено 179 млн рублей. Общая стоимость оборудования, поставленного в Прииртышье в рамках Национальной онкологической программы, составила 627 млн рублей. В июле 2010 года власти Омского региона сделали ещё один важный шаг в борьбе с распространением

онкозаболеваний – приняли долгосрочную региональную целевую программу «Онкология» (2011–2015). О том, что получило омское здравоохранение по Национальной онкологической программе, как используется новое оборудование в диагностике и лечении пациентов с онкопатологией, чем вызвана необходимость принятия регионального приоритетного медицинского проекта по онкологии, наш корреспондент беседует с главным врачом БУЗОО «Клинический онкологический диспансер» Сергеем Орловым.

— **Сергей Николаевич, расскажите в первую очередь о том, что приобрёл ОКОД в 2009 году благодаря Национальной программе по онкологии?**

— По Национальной онкологической программе в Омский диспансер было поставлено разнообразное оборудование. В том числе – радиотерапевтический медицинский комплекс Clinac и гамма-терапевтический аппарат для брахитерапии, предназначенные для проведения дистанционной внутритканевой и внутритканевой лучевой терапии больным со злока-

чественными новообразованиями. Как известно, наши западные коллеги давно уже имеют возможность лечить пациентов не только оперативным путём, но и комбинированно, с активным использованием сверхточного радиологического лечения. На Западе более 80 процентов пациентов с онкопатологией проходят через такое лечение – в результате пятилетняя выживаемость почти в полтора раза превосходит российскую. Мы же, как и большинство региональных онкодиспансеров в России, до последнего времени располагали комплексами с устаревшими системами наведения. Теперь ситуация изменится. Современная модель и высокая мощность радиотерапевтического аппарата Clinac позволяют значительно увеличить количество пролеченных больных, сократить сроки лечения на аппарате, а также уменьшить лучевые осложнения после проведённого радиологического лечения. В настоящее время проводится завершающий этап пусконаладочных работ по введению в эксплуатацию этого аппарата с участием специалистов из Швейцарии и США

(компаний-производителей аппарата Clinac – «Вариан», «М-Медика», «Викфорт»).

– **Какие-то аппараты из полученных по Национальной онкологической программе уже работают? Какой эффект получен от их использования на практике?**

– В настоящее время запущен в работу, к примеру, аппарат для проведения внутрисполостной лучевой терапии больным со злокачественными новообразованиями женской половой сферы. Речь идёт о гамма-терапевтическом аппарате для брахитерапии. Особенностью такого оборудования является возможность внутритканевого воздействия на опухоль с помощью специальных игл – аппликаторов. Прежде подобный метод радиологического лечения на территории Омской области не использовался. За время, прошедшее после запуска гамма-терапевтического аппарата для брахитерапии, им пролечено 86 пациенток ОКОД.

Кроме того, в рамках нацпрограммы по онкологии в Омском областном клиническом онкологическом диспансере установлен компьютерный томограф Brilliance. Он предназначен для топометрической подготовки больных, используется тремя радиологическими отделениями диспансера для определения полей и объёма облучения опухоли. Проведено уже более 1200 процедур.

– **По линии национальной программы в омский диспансер поступило только лечебное оборудование?**

– Нет, помимо лечебного, мы получили и диагностическое оборудование. И какое! Например, комбинированную систему однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ/КТ), которая позволяет повысить надёжность исследования и сократить время его проведения. За полгода на ОФЭКТ проведено около 600 диагностических исследований.

С целью раннего выявления рака лёгких, гортани, глотки используется также полученный благодаря национальной программе видео-эндоскопический комплекс

с установкой для ультразвуковой и флуоресцентной эндоскопии. Таких исследований проведено уже более 800. Не могу не назвать роботизированную систему гистологической и иммуногистохимической диагностики. Аппарат был запущен в работу в декабре 2009 года. С тех пор проведено более 17 тысяч 400 исследований.

– **Сергей Николаевич, пока мы говорили об обеспечении новым современным оборудованием онкологического диспансера. Хотелось бы спросить, а были ли включены в программу городские и районные муниципальные учреждения здравоохранения? Ведь ОКОД является ещё и главным методическим центром в области онкологии на территории Прииртышья?**

– Действительно, техническое переоснащение происходило в 2009 году также и в учреждениях муниципального здравоохранения. Так, 14 муниципальных учреждений Омской области были оснащены аппаратурой для проведения скрининга и диагностики онкопатологии. Восемь сельских муниципальных районов получили маммографы, два – рентген-диагностические комплексы на три рабочих места. Кроме этого, в ряде центральных районных больниц появилось новое эндоскопическое оборудование – бронхоскопы, гастрофиброскопы. О том, насколько важно оснащение новейшим оборудованием муниципальных учреждений здравоохранения, можно судить на примере появления во многих из них маммографов. Ещё до старта в 2009 году Национальной онкологической программы городские и сельские ЛПУ получили диагностическое оборудование в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». В частности, в одиннадцать учреждений Омской области поступило одиннадцать современных маммографов. Они активно использовались во время проведения дополнительной диспансеризации населения. В результате этой кампании выявляемость рака молочных желёз в ранней стадии у женщин выросла в 2008 году более чем на 17 процентов. Это значит, что все эти женщи-



**Досье**

Сергей Орлов родился в 1957 году в с. Евгашино Большереченского района Омской области. В 1981 году окончил Омский государственный медицинский институт им. М.И. Калинина. После прохождения интернатуры по терапии в Областной клинической больнице был направлен врачом-терапевтом в Евгашинскую участковую больницу, в 1984 году был назначен зам. главного врача по медицинскому обслуживанию населения Большереченского района. С 1990 по 2010 год – главный врач Калачинской ЦРБ Омской области. С мая 2010-го возглавляет БУЗОО «Клинический онкологический диспансер». Врач высшей квалификационной категории по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Член партии «Единая Россия».

В 2002 году Сергей Николаевич награждён медалью ордена «За заслуги перед Отечеством», в 2009-м ему присвоено почётное звание «Заслуженный врач РФ».

Женат. Имеет двух детей.

ны получили реальный шанс после лечения полностью поправиться. Такова специфика злокачественных опухолей груди: раннее выявление – это выздоровление.

– **Сергей Николаевич, почему же, несмотря на большую техническую модернизацию областной службы онкологии в рамках сначала нацпроекта «Здоровье», за-**

тем Национальной онкологической программы в Омской области в этом году была разработана и утверждена ещё и региональная долгосрочная программа «Онкология» на 2011–2015 годы?»

— Национальная онкологическая программа была направлена в первую очередь на совершенствование методов диагностики и лечения онкопатологии и на подтягивание российских возможностей в излечении рака к лучшим мировым достижениям. Поэтому для региональных служб онкологии закупалось самое качественное и эффективное, а значит, и дорогое оборудование. Однако обеспечение умной аппаратурой — это ещё не победа в борьбе с распространением онкопатологии. Необходима система раннего выявления рака и профилактики осложнений его развития. Нельзя сказать, что в Омской области её до 2010 года вообще не было. Была, но действовала неэффективно. Участковые врачи, врачи общей практики, фельдшера, не имевшие соответствующей специализации, часто пропускают пациентов с онкопатологией. К примеру, за шесть месяцев 2010 года лишь 44,1 процента злокачественных новообразований были диагностированы в первой и второй стадиях заболевания. А в прошлом году этот показатель был ещё меньше — 39,9 процента. И эти цифры ни нас, медиков, не удовлетворяют, ни власти региона. Ведь если процент выявляемости рака в ранних стадиях недостаточно высокий, значит, будет большая доля запущенных случаев — в IV стадии развития опухолевого процесса. За шесть месяцев 2010 года у 22,1 процента вновь выявленных больных со злокачественными новообразованиями заболевание диагностировано в IV стадии. Замечу, это ещё далеко не самый плохой показатель. За последние десять лет медикам региона удалось снизить показатель запущенности на 8,5 процента. За аналогичный период прошлого года IV стадия была диагностирована у 26,6 процента новых больных. Увы, даже суперсовременное западное оборудование не гарантирует сегодня полное выздоровление пациентам в III–IV стадиях развития онкопроцес-

са. Тогда как при диагностировании в I–II стадиях есть возможность полного излечения. В Регистре больных ОКОД насчитывается около 3000 пациентов, которым диагноз рак в I и II стадиях был поставлен более 20 лет назад.

**— Какие основные мероприятия вошли в региональную целевую программу «Онкология»? Какие задачи поставлены перед врачами, медсёстрами области?**

— Правительство Омской области поставило перед медиками региона конкретные задачи на пятилетку. Снизить показатель запущенности онкопатологии на 12 процентов от базового уровня. И на столько же увеличить долю больных, выявленных в I и II стадиях заболевания. Также поставлена задача снизить на пять процентов одногодичную летальность и смертность от онкозаболеваний. Пути их решения — проведение первичной профилактики онкологических заболеваний, укрепление кадрового потенциала, развитие системы специализированной онкологической помощи. Но самое дорогое мероприятие в программе — строительство операционного корпуса общей площадью 12 тыс. 468 кв. метров. Корпус будет представлять собой трёхэтажное здание с техническим этажом, действующим подвалом и тёплым переходом. В нём по плану предусмотрены: морфологическая лаборатория, отделение крови, операционное отделение на две септические и 23 асептические операционные и отделение реанимации на 24 койки.

**— Понимаю, что с момента принятия региональной программы «Онкология» прошло совсем немного времени. И всё же, какие-то из мероприятий уже начали воплощаться на практике?**

— В программе «Онкология» чётко расставлены приоритеты раннего выявления онкопатологии. Это — функционирование смотровых кабинетов во всех ЛПУ области, цитологический скрининг, флюорография и профилактические осмотры. За первое полугодие 2010 года в области дополнительно организована работа 165 ФАПов в режиме

смотровых кабинетов. И сегодня на 531 ФАПе из 818, действующих на территории Прииртышья, развёрнута работа смотровых кабинетов. Это составляет 64,9 процента. Тогда как в 2009 году — 48. В семи районах открыты мужские смотровые кабинеты, в которых приём ведут врачи-мужчины. У сельских мужиков такая психология: умрёт от боли, но не пойдёт на приём к специалисту-женщине. Отсюда — дополнительные проценты запущенной онкопатологии. Теперь, надеюсь, и здесь ситуация будет меняться в лучшую сторону.

**— Сергей Николаевич, вы совсем недавно были назначены на должность главного врача ОКОД. Какие-то решения по реорганизации работы в диспансере уже принимали? Удалось добиться эффекта от их исполнения?**

— Пока своим главным успехом на новом посту считаю ликвидацию очередности на плановые операции пациентов торакального и абдоминального отделений. Сегодня уже никто из пациентов не ждёт неделями приглашения в ОКОД на операцию. Очередность удалось быстро и эффективно ликвидировать за счёт уплотнения графика работы хирургов (естественно, дополнительно оплачиваемого по приказу главврача) и сокращения пребывания пациентов в стационаре в предоперационный период — с 15 до пяти дней. Ещё один положительный момент в работе диспансера — ликвидация очереди на консультацию. Сегодня люди имеют возможность попасть на приём к врачу-онкологу диспансера если не в день обращения в регистратуру, то через день — два непременно. И это тоже конкретная мера по улучшению ранней выявляемости онкопатологии.

**— Что ж, нам остаётся пожелать вам такой же успешной реализации всех мероприятий, включённых в региональную программу «Онкология». А также эффективного использования во благо здоровья омичей той уникальной аппаратуры, которая пришла в Омскую область по Национальной онкологической программе.** ■

## ГУЗ «Онкологический диспансер, г. Бийск»: в соответствии со стандартами



■ Наталья Быкова, главный врач ГУЗ «Онкологический диспансер, г. Бийск»

**О**нкологический диспансер г. Бийска включает в себя стационарные отделения на 120 коек – 40 радиологических и 80 общей онкологии, отделение лучевой терапии, дневной стационар на 10 коек, диспансерное отделение на 150 посещений в смену. Высококвалифицированные специалисты (в штате 27 врачей, 7 из них имеют высшую, 10 – первую категорию) осуществляют специализированную онкологическую помощь населению Бийской медико-географической зоны, ведут первичный приём, проводят специализированное стационарное лечение онкологических больных (хирургический, лучевой, химиолучевой, лекарственный, комбинированный и комплексный методы лечения), диспансерное наблюдение, оказывают реабилитационную и паллиативную помощь онкологическим больным. Проводится большая организационно-методическая, просветительская и учебно-методическая работа в ЛПУ Бийской МГЗ, направленная на профилактику и раннюю диагностику онкологических заболеваний. Осуществляется статистический учёт и анализ онкологической заболеваемости на основе АСУ «Раковый регистр» Алтайского края. В основе работы диспансера лежит технология оказания специализированной онкологической помощи в Алтайском крае, опирающаяся на стандарты оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным в России.

Диспансер оснащён современными эндоскопами, двумя УЗИ-сканерами, сирескопом, маммографом «Амиго-М», линейным ускорителем и др. Современным диагностическим оборудованием укомплектованы клиничко-диагностическая лаборатория, патологоанатомическое отделение. Организован операционный блок с тремя операционными, в том числе эндоскопической.

**Основные направления работы:**

– профилактика и ранняя диагностика онкологических заболеваний среди населения;

- своевременное, адекватное на основе стандартов специализированной онкологической помощи лечение больных;
- уточняющая диагностика онкологических заболеваний;
- диспансерное наблюдение онкологических больных;
- снижение смертности от онкологических заболеваний за счёт ранней диагностики и своевременного полноценного лечения;
- увеличение продолжительности жизни онкологических больных, улучшение качества их жизни;
- психологическая помощь онкологическим больным и их родственникам:
- реабилитация онкологических больных после оперативных вмешательств и других методов лечения;
- паллиативная помощь онкологическим больным с распространёнными процессами:
- санитарно-просветительская работа среди населения;
- обучение специалистов региона принципам ранней диагностики онкологических заболеваний и динамического наблюдения излеченных больных;
- статистический учёт и анализ онкологической заболеваемости в регионе.

Приоритетное направление – ранняя диагностика, совершенствование онкологической помощи, формирование групп высокого онкологического риска, формирование онконастороженности у населения и специалистов ЛПУ общей сети.

В лечебно-реабилитационном процессе используются новые методики и технологии, такие как комбинированные и комплексные методы лечения, диагностика злокачественных заболеваний наружных локализаций методом пункционной биопсии под контролем УЗИ, дуктография, хромоскопия и другие.

Подробнее о работе ГУЗ «Онкологический диспансер г. Бийска» можно узнать на сайте:

[WWW.ONKO.BIYSK.RU](http://WWW.ONKO.BIYSK.RU)

**Досье**

Наталья Быкова в 1976 году окончила Новосибирский государственный медицинский институт по специальности «детская хирургия». С 1984 года врач-организатор. В её послужном списке – работа заведующей поликлиникой 1-й городской больницы, заместителем главного врача по поликлиническому разделу ЦГБ, заместителем заведующего отделом по организации амбулаторной помощи в г. Бийске.

Врач высшей категории. Депутат законодательного собрания Алтайского края, заместитель председателя комитета по здравоохранению и науке. Заслуженный работник здравоохранения РФ. Награждена знаком «Отличник здравоохранения», памятным знаком «За заслуги перед городом Бийском».

В 1999 году Наталья Алексеевна назначена главным врачом МУЗ «Бийский онкологический диспансер», где работает по настоящее время, активно занимаясь реконструкцией и строительством зданий онкодиспансера, повышением качества специализированной онкологической помощи населению Бийского района, внедрением новых медицинских технологий.

# Valetudo bonum optimum. Здоровье — наибольшее из благ

■ АЛЕКСАНДРА АЛИКОВА

*Иркутский областной онкологический диспансер (ИООД) — крупнейшее специализированное лечебное учреждение не только Иркутской области, но и Сибирского федерального округа. Он был организован в 1940 году на базе хирургической факультетской клиники мединститута. В декабре 2010 года ИООД исполняется 70 лет, а это означает, что за спиной — колоссальный опыт, а впереди — грандиозные проекты, для воплощения которых в жизнь есть и ресурсы, и компетенция, и желание.*

Сегодня в диспансере функционируют одиннадцать профильных отделений, каждое из них оснащено новейшим оборудованием. Это позволяет осуществлять диагностику и лечение пациентов на высоком профессиональном уровне. Активно внедряются современные технологии, используемые во многих странах. В частности, при-

меняются радиологические методы лечения рака молочной железы, гортани, пищевода, лёгких. Проводятся операции с использованием технологий сосудистой хирургии, развивается реконструктивно-восстановительная хирургия с элементами протезирования (например, после удаления гортани, гортаноглотки, молочных желёз и др.). Успешно выполняются эндоскопические, лапароскопические операции, операции при злокачественных новообразованиях кишечника, желудка, женской половой сферы, фотодинамическая и лазерная терапия, гипертермия опухолей при лучевой терапии и химиотерапии. Ресурсы ИООД позволяют одновременно размещать 920 больных. За год выполняется около 20 тыс. операций, а помощь оказывается более чем 25 тыс. пациентов. Отделения диспансера есть в крупных промышленных городах области — Ангарске, Братске и Усолье.

Весной 2010 года диспансер победил в конкурсе грантов, объявленном компанией Avon и филиалом благотворительного фонда САФ. В результате этой победы был получен уникальный мобильный маммограф, установленный на шасси автомобиля КАМАЗ. Теперь у врачей появилась возможность проводить обследование женщин в самых удалённых населённых пунктах Приангарья. Все исследования в мобильном маммографическом кабинете бесплатны. Всего за 15 минут делается достоверный

анализ состояния молочной железы. Пока в Иркутской области это единственный передвижной маммографический комплекс.

Являясь крупнейшим специализированным лечебным учреждением региона, диспансер принимает пациентов не только из Иркутска и Иркутской области, но и из Бурятии, Якутии, Забайкалья, Монголии.

Коллектив ИООД отличается высокой компетенцией и открытостью инновациям. 85 врачей имеют высшую квалификационную категорию, 14 специалистов — кандидаты медицинских наук, пять сотрудников диспансера удостоены звания «Заслуженный врач Российской Федерации», два работника награждены почётной грамотой губернатора за большие заслуги перед Иркутской областью. Ведущие специалисты регулярно участвуют в международных конгрессах и съездах. На базе диспансера ежегодно проводятся российские и международные симпозиумы, конференции, семинары. Врачи ИООД тесно сотрудничают с главным онкоучреждением России — Научно-исследовательским онкологическим институтом им. П.А. Герцена.

Помимо лечения уже диагностированных случаев, лечебное учреждение уделяет большое внимание профилактической работе. Так, в одном из микрорайонов Иркутска открыт Клинико-диагностический центр онкологического направления, оснащённый современным оборудованием. В нём работают кабинеты урологического и гинекологического приёма, а также кабинет маммологического приёма с возможностью проведения цитологических и ультразвуковых исследований. Недавно в центре Иркутска был организован филиал поликлиники диспансера, позволяющий сделать первичную онкологическую помощь более доступной. Профилактической работой занимается и Байкальское противораковое



общество, созданное в Иркутске 10 лет назад по инициативе областного диспансера. Для привлечения населения на профилактические осмотры регулярно проводятся дни открытых дверей. Со многими предприятиями области заключены договоры на проведение комплексного обследования коллективов.

Иркутский областной онкологический диспансер является старейшей научной базой, здесь повышают квалификацию по онкологии врачи лечебных учреждений Иркутска и области, с 1976 года работает курс онкологии Иркутского медицинского университета, заведует которым доктор медицинских наук, профессор Владимир Григорьевич Лалетин. В 1998 году на базе диспансера открыта кафедра онкологии Института усовершенствования врачей, и одна из основных её задач — обучение специалистов современным методам диагностики и лечения злокачественных новообразований. С 2005 года кафедра проводит циклы усовершенствования по цитологии, методам диагностики, патологической анатомии, радиологии и паллиативной помощи. Заведует кафедрой онкологии главный врач ИООД, доктор медицинских наук, профессор Виктория Дворниченко.

Достижения коллектива ИООД в борьбе против одного из самых серьёзных заболеваний трудно переоценить. За успехи в развитии онкологической службы и внедрение новых методов лечения Иркутский областной онкологический диспансер не единожды награждался гран-при региональной выставки «Сибздравоохранение».

Тем не менее довольно внушительные масштабы лечебного учреждения в современной ситуации оказались недостаточными для комплексного решения проблем диагностики и лечения онкозаболеваний, поэтому по инициативе руководства областного диспансера и при поддержке администрации Иркутской области и правительства Российской Федерации было начато строительство современного комплекса — Восточно-Сибирского

онкологического центра. Уже сдан первый блок — хирургический корпус, позволяющий выполнять все виды хирургических вмешательств, в том числе и пересадку органов. В ближайшее время завершится строительство радиологического корпуса, поликлиники, пансионата и административного здания. В перспективе старое здание диспансера будет реконструировано.

Масштабность проводимой ИООД деятельности очевидна. Однако известно, что ритм работы учреждения, направление развития и соответствующий настрой задаются руководителем. Имя Виктории Владимировны Дворниченко уже в течение многих лет является авторитетом для специалистов в области онкологии. Доктор медицинских наук, профессор, она возглавляет коллектив диспансера с 1995 года. Виктория Владимировна окончила Иркутский государственный медицинский институт. Мечтала стать нейрохирургом, но неожиданно для себя на третьем курсе выбрала иную специализацию — «Онкология головы и шеи». Ещё студенткой В. Дворниченко проходила практику в Иркутском областном онкологическом диспансере, и именно тогда ею был сделан окончательный выбор в пользу онкологии. В 1973 году, после окончания вуза с красным дипломом и интернатуры, Виктория Владимировна пришла работать в ИООД. С тех пор второй записи в трудовой книжке так и не появилось.

Главный врач умело совмещает в своей деятельности и работу хирурга, выполняя сложные операции; и научно-педагогический труд, заведя кафедрой онкологии Иркутского государственного института усовершенствования врачей; и общественную работу, являясь депутатом Законодательного собрания Иркутской области и членом комитета по здравоохранению и социальной защите. В.В. Дворниченко — автор одиннадцати рационализаторских предложений, десяти патентов на изобретения, ста пяти научных трудов, трёх монографий. Ею предложено



**Виктория Дворниченко**, главный врач, доктор медицинских наук, профессор

на новая методика лечения рака щитовидной железы и внедрена прогрессивная технология реабилитации прооперированных, в результате использования которой 80 процентов больных с незапущенным раком возвращаются к полноценной жизни.

С 2003 года Виктория Владимировна занимает пост главного онколога Сибирского федерального округа, несколько лет возглавляла Ассоциацию сибирских онкологов. Эти должности — результат оценки многолетнего кропотливого труда, глубокого профессиональных знаний и незаурядных организаторских способностей В.В. Дворниченко. Именно по её инициативе десять лет назад было создано Байкальское противораковое общество, которое и сегодня занимает одно из ведущих мест в деятельности по профилактике онкозаболеваний. Благодаря её трудам выпускается журнал «Будь здоров дома, на работе, в отпуске!», который сегодня распространяется по всему Сибирскому федеральному округу.

В 2007 году за профессиональные достижения и заслуги Виктория Владимировна Дворниченко была удостоена звания «Почётный гражданин Иркутской области». ■



### Досье

Виталий Леонидович Коваленко, и.о. главного врача ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» Министерства здравоохранения Хабаровского края, профессор кафедры онкологии ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения Министерства здравоохранения Хабаровского края», доктор медицинских наук, врач высшей квалификационной категории по специальности «онкология».

Краевой клинический центр онкологии Министерства здравоохранения Хабаровского края построен в 2003 году и является уникальным специализированным лечебно-профилактическим учреждением на Дальнем Востоке страны, соединившим в себе высокие медицинские технологии, современное оборудование, достижения науки, интеллектуальный потенциал практиков. В настоящее время Центр определен базовым лечебным учреждением для оказания специализированной онкологической помощи населению Хабаровского края с применением современных технологий диагностики и лечения.

Общая численность персонала Центра составляет 564 человек, в их числе 294 медицинских работника, из которых 116 врачи. Среди штатных сотрудников один доктор медицинских наук, шесть кандидатов медицинских наук, 51 врач высшей категории, 13 врачей первой категории, два заслуженных врача РФ, четыре заслуженных работника здравоохранения.

## Приоритеты Хабаровского краевого клинического центра онкологии

■ Виталий Коваленко, и.о. главного врача ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» МЗ Хабаровского края

В составе комплекса 18 зданий, площадь занимаемой территории — 15 гектаров. На сегодняшний день в Краевом клиническом центре онкологии функционируют стационар на 300 коек, где имеются оперблок, отделения реанимации и анестезиологии, хирургическое, урологическое, гинекологическое отделения, отделение торакальной хирургии, два радиологических, химиотерапевтическое, отделение медицинской физики, рентгенологическое, эндоскопическое, отделение функциональной и ультразвуковой диагностики, патологоанатомическое, приёмное отделения, лаборатории: клиничко-диагностическая, радионуклидной диагностики; консультативная поликлиника, которая включает маммологический центр, отделения амбулаторной хирургии и амбулаторной химиотерапии.

Ежегодно в стационарных условиях получают лечение более 5 тысяч больных, а в поликлинике обследуется свыше 53,5 тысячи пациентов.

Добиваться максимально возможных результатов предупреждения, раннего выявления и эффективного лечения онкозаболеваний онкологам-хирургам, радиологам, химиотерапевтам помогают фотодинамическая диагностика, диагностика с помощью сывороточных и тканевых онкомаркеров, наличие видеоцитогистологического комплекса, цифровой рентгенологической техники, современные видеоэндоскопическая, информационная системы и другое высокотехнологичное оборудование.

Специалисты в целях радикальной борьбы с онкозаболеваниями имеют возможность оптимально сочетать хирургические пособия, лучевой и химиотерапевтический методы.

В операционном блоке выполняются вмешательства по поводу новообразований грудной клетки, брюшной полости, почек, женских половых органов, щитовидной железы и другие. Для лечения больных с новообразованиями применяются радиочастотная абляция метастазов; орнаноусиленная коагуляция тканей; ультразвуковая деструкция тканей; криодеструкция опухолей, радионуклидная терапия высокими энергиями фотонов, электронов, кобальтовыми источниками и открытыми изотопами.

Внедрена и успешно используется брахитерапия кобальтом-60 для лечения опухолей простаты, пищевода, лёгкого.

Приоритетный путь развития Центра — постоянное совершенствование технологий диагностики и лечения опухолевых заболеваний.

Одним из перспективных направлений в ранней диагностике злокачественных новообразований является применение методов ядерной медицины с использованием ультракороткоживущих изотопов, к 2012 году планируется создание Центра позитронно-эмиссионной томографии. ■

680042, г. ХАБАРОВСК,  
ВОРОНЕЖСКОЕ ШОССЕ, 164  
ТЕЛ. (4212) 41-06-47 (ПРИЁМНАЯ)  
ТЕЛ./ФАКС (4212) 76-10-01  
E-MAIL: KSCO@MAIL.RU





Генеральный директор ООО «Оптисалт» Евгений Колесников — выпускник политехнического института. Он руководил крупным предприятием, пока не произошла знаменательная встреча с Валентиной Аксёновой, врачом-терапевтом. Вместе они создали компанию «Оптисалт». Следующий шаг — разработать состав лекарственного растительного препарата, действие которого направлено на оздоровление организма, был делом времени.

Валентина Ивановна взяла на себя научное руководство компанией, став впоследствии доктором натуральной медицины Европейской академии естественных наук, руководителем отделения паразитологии Общества натуральной медицины. Имя В.И. Аксёновой внесено в энциклопедию «Знаменитые люди России». 3 ноября 2010 года Российская геральдическая палата наградила В. Аксёнову орденом «За заслуги в развитии медицины и здравоохранения».

## ООО «Оптисалт»: будьте здоровы!

■ Татьяна Викторова

Компания «Оптисалт» образована в феврале 2003 года. Основные направления её деятельности — разработка, производство и реализация уникальных препаратов на основе растительного сырья. «Оптисалт» — член международного научного общества натуральной медицины.

По данным ВОЗ, независимо от уровня жизни от паразитарных болезней страдают около 75% населения Земли. Длительное «сосуществование» с паразитами нарушает деятельность иммунной системы, истощает запас микроэлементов, что приводит к сбою в работе эндокринной и нервной систем, вызывает психоневрологические расстройства, воспалительные поражения органов и тканей. Многие учёные считают паразитов скрытыми виновниками таких болезней с неясным происхождением, как рассеянный склероз, мышечная дистрофия, болезни Альцгеймера и Паркинсона, рак, артрит, СПИД.

ООО «Оптисалт» совместно с отделением паразитологии Института новых форм обучения и Научным обществом натуральной медицины предлагает новый подход в санации пациентов, элиминации гельминтозов и дисбаланса микроэлементов и вызванных ими осложнений.

— «Оптисалт» разрабатывает и производит комплексы препаратов для очищения организма от паразитов, нормализации микрофлоры и восстановления иммунитета, все они соответствуют международным

стандартам ISO 9001:2000 и награждены дипломом и медалью «Экологически чистая и безопасная продукция», — рассказывает Валентина Аксёнова. — Препараты *Метосент* и *Витанорм* помогают избавиться от паразитарной интоксикации. *Цимед*, *Хромацин* и *Максифарм* восполняют дефицит микроэлементов и помогают вытеснить тяжёлые металлы. *Регесол* способствует восстановлению соединительной ткани. *Фомидан* и *Имкан* обеспечивают антиоксидантную защиту организма. А *Невроном* и натуральный пребиотик *Бактрум* устраняют дискомфорт, возникающий при очищении организма от тяжёлых металлов и освобождении от паразитарной интоксикации. Наша новейшая разработка — прибор *Оптисалт ИридоСкрин* позволяет определить функциональное состояние организма по радужной оболочке глаза и установить основные причины недомоганий, уровень токсического поражения органов и тканей, выявить микроэлементный дисбаланс и уровень паразитарной интоксикации, подобрать индивидуальную программу оздоровления.

— Где можно познакомиться с вашей продукцией?

— Провести тестирование организма, получить консультацию специалиста, приобрести препараты и приборы можно в павильоне № 5 ВВЦ и некоторых аптеках Москвы.

— С какими центрами и медицинскими учреждениями вы сотрудничаете?

— Мы сотрудничаем с медицинскими центрами, больницами, ап-



ВАЛЕНТИНА АКСЁНОВА, доктор психологических наук, врач-терапевт

теками, сетью «Лавка жизни», врачами и косметологами по всей России и странам ближнего зарубежья. Большой интерес проявляют компании Израиля, Германии, США, Вьетнама и т. д. *Оптисалт* ищет партнёров и готов сотрудничать с представителями всех городов России и других стран. Мы предлагаем выгодные условия для постоянного сотрудничества, обеспечиваем весь товар сертификатами, аннотациями, документацией и рекламными материалами. Врачам, работающим с диагностическими приборами, осуществляем бесплатную рассылку образцов продукции для тестирования и рекламных материалов. ■



8(903) 797-06-79, 8(495) 988-02-50  
WWW.OPTISALT.SU

Реклама

# КБ № 84 ФМБА России: наша задача — служение человеку

■ Нина Злаказова

*Мы продолжаем знакомить наших читателей с учреждениями Федерального медико-биологического агентства, выполняющими важнейшую роль — обеспечение медицинского обслуживания сотрудников предприятий с особо опасными условиями труда. Клиническая больница № 84, расположенная в Москве на ул. Абельмановской, 4, недавно начала новый виток своего творческого развития. Новые реалии жизни больницы соответствуют требованиям современной медицины и нацеленности учреждения на плодотворное развитие в ближайшие годы. Руководитель Клинической больницы № 84 ФМБА России Сергей Николаевич Юрасов рассказывает о вчерашнем и сегодняшнем дне крупного медицинского учреждения, о переменах, которые происходят в жизни больницы в последнее время.*

**— Сергей Николаевич, известно, что лечебные учреждения Клинической больницы № 84 находятся в Москве, Воронеже и Коврове. Расскажите нашим читателям о самых заметных моментах в истории больницы, о том, как вы живёте сегодня.**

— На сегодняшний день больница № 84 в структуре ФМБА России — это, наверное, одно из старейших учреждений с очень большой и богатой историей. Учреждение, созданное на основании приказа Министерства здравоохранения СССР в январе 1950 года, изначально имело название Центральная поликлиника № 3. Но и до этого времени здесь уже была своя врачебная история. Здание, в котором и по сей день расположена наша поликлиника, было построено в 1928 году, тогда в нём размещалась школа. Во время Великой Отечественной войны, как и во многих других школах, здесь был расположен госпиталь. В первые годы существования учреждение оказывало в большей степени поликлиническую помощь. В начале 70-х годов был реализован проект по строительству стационара на 150 коек. Таким образом, клиническая больница стала полноценным учрежде-

нием, имеющим возможность оказывать комплексную помощь — и амбулаторно-поликлиническую, и стационарную.

Конечно, при такой длительной истории существования не обошлось без сложных периодов, это связано и с историей нашего государства. Как и вся страна, больница переживала непростую эпоху 90-х годов. По ряду факторов быстрого и продуктивного набора рабочих оборотов здесь не происходило. А когда дело стоит на месте, оно движется назад, и сейчас задача, которую ставим я как руководитель и наш коллектив, — в кратчайшие сроки ликвидировать этот небольшой провал в скорости движения и развития учреждения, достичь необходимого уровня и дальше уверенно двигаться вперёд.

Конечно, я стараюсь быть реалистом. Не скрою, мне приятно представлять себе нашу больницу в будущем в виде современного медицинского центра, оснащённого новейшим оборудованием, как диагностическим, так и манипуляционным, но я должен исходить из существующих реалий. Любой руководитель, управляющий подведомственной ему клиникой, расположенной в зданиях старой постройки, поймёт меня



Анастасия Нефедова

## Досье

Сергей Николаевич Юрасов, руководитель ФГУЗ КБ № 84 ФМБА России.

Родился в г. Рязани. В 1998 году окончил III Медицинский институт имени Семашко в г. Москве. В 2000 году окончил ординатуру в ГУ ЦНИКВ МЗ РФ. В 2004 году защитил диссертацию на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности дерматовенерология и урология. С 2005 года занимает руководящие должности в системе ФМБА России. С апреля 2010 года занимает должность руководителя Федерального государственного учреждения здравоохранения «Клиническая больница № 84 Федерального медико-биологического агентства».

Главный внештатный специалист-эксперт по дерматовенерологии ФМБА России, руководитель дерматовенерологической службы ФМБА России, кандидат медицинских наук, доцент кафедры по дерматовенерологии ИПК ФМБА России, член Европейской академии дерматовенерологии.

Женат, имеет дочь.

лучше других. Нельзя выстроить больницу заново, необходимо дodelывать и перedodelывать с учётом особенностей ветхости здания, места его расположения, предыдущего строительства. Нужно отдавать себе отчёт в силе очевидности, которая исключает любое плоское и поверхностное отношение к проблемам. Люди до меня строили «на века». Поэтому я просто обязан делать не «на день», а так же, как и мои предшественники, строить на века, чтобы никто не говорил о прошлом как о лучшем времени в истории больницы и чтобы собрать лучшее, что было сделано, и преумножить его в настоящем.

### Изменения внешние и внутренние

— **Расскажите подробнее о начатой вами реорганизации, о том, на каких принципах она основана, как проходит, как воспринимается сотрудниками лечебных учреждений КБ № 84.**

— В августе 2009 года вышло распоряжение Правительства Российской Федерации, которым клиническая больница была реорганизована путём присоединения к ней других лечебных учреждений. Таким образом, клиническая больница № 84 сейчас является неким центром, объединяющим в себе несколько медицинских учреждений не только в Москве, но и в других городах — Воронеже и Коврове. В результате объединения в выигрыше оказались медико-санитарные части, не имевшие в своём составе стационара. Так, работники ГКНПЦ им. М.В. Хруничева, которые получали медицинскую помощь в МСЧ № 7, теперь, после объединения, получили возможность пользоваться услугами стационара. Работники Конструкторского бюро «АТО», расположенного в подмосковных Мытищах, ранее пользовались услугами находящейся на их территории поликлиники № 2, входящей в состав МСЧ № 84. После объединения все они стали филиалами Клинической больницы № 84, работники КБ «АТО» получили возможность пользоваться услу-

гами стационара, а также получать помощь узких специалистов.

Нужно сказать о том, что многие работники обслуживаемых предприятий не знали, что несут в себе реорганизация и объединение, и это потребовало от нас некоторых нестандартных решений, так называемых в современном мире пиар-акций. Например, в МСЧ № 7 были проведены месяцы здоровья: первый месяц был посвящён здоровому сердцу, второй стал месяцем здорового желудка. По субботам, в течение месяца здорового сердца, был организован приём прикрепленного контингента врачами-кардиологами, с обязательным снятием ЭКГ и забором крови на лабораторные исследования. За четыре субботы врачами-кардиологами из КБ № 84 было осмотрено 670 пациентов, из которых сразу 30 пациентов были госпитализированы. Все приходящие на приём пациенты с интересом задавали вопросы про объединение, и каждому входящему врачи разъясняли, какие возможности перед ними раскрывает объединение клиник, что теперь каждый из них может обратиться к узкому специалисту, которого, например, нет в его поликлинике, и воспользоваться услугами стационара. Таким образом, происходило знакомство пациентов с врачами.

Аналогичная по своему содержанию акция прошла в поликлинике КБ «АТО» в Мытищах, называлась она «День здоровья». В указанной акции приняли участие 115 пациентов и врачи узких специальностей из КБ № 84. Руководство КБ «АТО» оказало большую поддержку в проведении акции дня здоровья и выразило заинтересованность в развитии мощностей поликлиники.

Я хочу сказать, что реорганизация — это не только замена учредительных документов, так называемые внешние действия, она имеет более объёмный смысл и требует реорганизации внутренней, то есть работы всех учреждений как единого звена.

Сейчас Клиническая больница № 84 — это довольно крупное лечебное учреждение со штатом бо-



лее 1300 человек, располагающая филиалами в нескольких городах. В целом больница обслуживает согласно распоряжению Правительства РФ № 1156-р прикрепленный контингент численностью около 50 тысяч человек.

— **Какие цели сегодня ставит перед КБ № 84 Федеральное медико-биологическое агентство? И в чём выражается поддержка руководства ФМБА России?**

— Основной поддержкой руководства ФМБА России, а именно его руководителя В.В. Уйба, было оказанное мне и коллективу КБ № 84 доверие в реализации поставленных государством задач. ФМБА России находится сейчас на новом уровне развития, ему доверено исполнение приоритетных национальных проектов, участие в ликвидации последствий экстремальных и чрезвычайных ситуаций на всей территории Российской Федерации. И мы, как часть этой важнейшей системы, должны быть всегда готовы выполнить любую возложенную на нас задачу.

Основная повседневная наша задача — это исполнение государственного заказа по медико-санитарному сопровождению и обеспечению работников предприятий, отнесённых по обслуживанию к системе ФМБА России. В 2010 году нам была передана функция медико-санитарного обслуживания ветеранов спорта. Все эти люди отдали себя целиком



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефедова

спорту и во имя спорта, они, каждый в своё время, дарили людям минуты счастья и гордости за свою страну. Теперь наша государственная задача — поддержать их.

Задача непростая, об этом хорошо знают специалисты, которые понимают всю глубину проблем, связанных с профессиональным спортом. Мы хорошо осознаём их масштабы, потому что всё — от списков людей, прикрепленных к нам по этому направлению, до методов диагностики и лечения — требует детальной проработки. Вся структура агентства подчинена жесточайшей организации работы и глубине подхода, в любом деле мы стараемся соблюдать эти составляющие. В больнице я возлагаю большие надежды на отделение физиотерапии, которое собираюсь развивать и модернизировать в ближайшее время.

### Легко ли справляться с трудностями

— Давайте вернёмся к происходящей в больнице реорганизации. С какими внутренними проблемами вы столкнулись как руководитель?

— Все работники когда-нибудь сталкивались со сменой руководителя, как и руководители сталкивались со сменой коллектива, и не всегда это проходит гладко. Как говорится, новая метла метёт по-новому, а если это не метла, а мощный уборочный агрегат, то немногие выдерживают происходящие изменения и зачастую спасаются бегством.

Основная проблема, с которой я столкнулся, — это отсутствие понимания со стороны работников и их полное безразличие. Складывалось ощущение, что никому ничего не надо. Были люди, которые хотели

что-то делать, но их либо не слышали, либо придавливали авторитетом или административным ресурсом. К сожалению, людей, которые чего-то хотят, гораздо меньше, чем людей, которые не хотят ничего. Над словом «надо» господствовало выражение «и так сойдёт».

— То есть вам как руководителю на первых порах приходилось нелегко?

— Это как идти по минному полю, когда наверняка не знаешь, где взорвётся, и при этом понимаешь, что мины ты не зарывал — они лежат здесь с давних времен. Уже сейчас, наработав некоторый опыт, я могу посоветовать любому руководителю набраться терпения в любом начинании, идти «на зубах», практически ползти. Если говорить откровенно, то в течение прошедшего года я неоднократно вспоминал всё, чему нас учили в институте на предмете «физиология», что человеческий ресурс неиссякаем и всегда находит силы для действий. Я, будучи врачом, занимаясь административной руководящей работой, понимаю, что важный принцип управления — это принцип разумности. Очень много людей в клинической больнице, как показала практика, которые хотят работать и имеют светлые головы, они любят работать — и не только врачевать, но и администрировать. Никогда нельзя применять устоявшиеся стереотипы и ставить клише на сотрудников, надо давать им возможность раскрыться. Если сотрудник молод, это не значит, что он глуп и неопытен, если сотрудник пенсионер — это не значит, что он выбит из обоймы и не может стратегически мыслить. Необходимо увидеть в каждом сотруднике личность и оценить его

потенциал. Кадры — это основной залог успеха.

У нас здесь есть великолепные врачи, которые многое знают и умеют, есть люди, которые хорошо знакомы с системой работы в учреждениях ФМБА России, и мы их очень ценим. Но есть и обратная сторона медали: есть люди, которые избалованы системой, и им сейчас сложно перестроиться, понять, что система идёт вперёд, наращивает обороты и предъявляет к работникам новые требования. Мы пытаемся с ними работать и надеемся на понимание. А если говорить об административном костяке, то это очень небольшой круг людей, которые выполняют серьёзные задачи. Вопрос, который я задаю на собеседовании каждому соискателю на должность врача в нашей клинике: «Что вы можете дать клинической больнице?». Только услышав ответ, я могу говорить о том, что клиника может дать взамен врачу. Лентяям и нытикам со мной не по пути.

— В каких направлениях вы хотели бы развивать клинику, каким оборудованием дооснастить её? У вас наверняка есть новые идеи в связи с этим.

— Внутри клиники будет сделано укрупнение подразделений, и мы к этому пришли опять-таки для того, чтобы обеспечить оптимизацию трудовых ресурсов внутри звеньев. Заблуждением является мнение, что если клиника не напичкана супермодным диагностическим оборудованием, то правильное диагностирование невозможно. Скажу вам, это не совсем так, ведь и сто лет назад врачи ставили пациентам правильные диагнозы. Часто в средствах массовой информации, рекламирующих ту или иную клинику, нам перечисляют так называемые

«мульки», которыми располагает клиника, например, наличие новейшего диагностического оборудования. Но аппаратура не работает сама по себе. Следует помнить, что врач — это кладёшь знаний, и зачастую, используя другие методы, он способен диагностировать заболевание и при отсутствии оборудования. И это надо ценить. Ведь понятие «заболевший человек» не абстрактное, как неабстрактны симптомы его недугов. Это живое существо, индивидуальное по способу своего бытия и своей болезни. Именно таким он предстает перед врачом. Исцеление — это взаимодействие врача и пациента. Любое врачевание — процесс строго индивидуальный. Только в учебниках говорится о заболеваниях и симптомах, а в действительности есть утратившие равновесие организмы и страдающие люди, поэтому врач должен видеть в каждом своём пациенте индивидуальность и своеобразие, понять каждого из них.

Приведу вам пример функционирующего у нас в больнице отделения «Брак и семья», персонал которого дарит надежду на обретение долгожданных детей парам, потерявшим последнюю надежду на это. Ведь 121 ребёнок, родившийся в 2010 году, — это результат, достигнутый не только профессиональными знаниями врачей отделения, но и их сердечным отношением к проблемам каждого пациента. Думая о развитии больницы, прежде чем насыщать её новейшим «железом», надо насытить её знаниями и сердцем. Укрепить имеющийся фундамент, увидеть, что есть в больнице, оценить это и развить.

### Эффективная работа и планы на будущее

— Сергей Николаевич, насколько сейчас уже выстроена система, которая обеспечивает эффективную работу больницы? Расскажите о ваших дальнейших планах.

— Система эффективной работы только выстраивается, и срок, который мы перед собой ставим, — это 2011 год. Сегодня стало уже немного проще. Я знаю, какого огромного

труда нашим людям стоило, чтобы больница и все её структуры продолжали работать. Мы продолжаем оптимизировать рабочий процесс, который бы позволил больнице существовать в режиме постоянного оказания качественной медицинской помощи. И ещё я бы сказал так: не только качественной, но и доступной. Вы знаете, что есть соглашение между ФМБА России и МЧС. Жизнь показывает, что мы должны быть доступны 24 часа в сутки 365 дней в году. Работники КБ № 84 принимали участие в ряде мероприятий, в том числе обеспечивали медицинское сопровождение парада Победы на Красной площади, который проводился 9 мая этого года. Мы принимаем участие в том случае, когда необходимо быстрое реагирование, присутствие бригад скорой помощи. В структуре КБ № 84 существует отделение скорой помощи, которое работает круглосуточно, есть автомобильный парк, укомплектованный благодаря агентству, то есть все 24 часа в сутки мы живём в режиме готовности к быстрому реагированию на происходящие события.

— Больница соседствует с Покровским женским монастырём, известным на всю Россию и зарубежье. Что для вас значит такое соседство?

— Это огромная ответственность и надежда на Божие благословение дел наших. Мы не просто соседствуем с монастырём, согласно картографическому плану мы имеем с ним одну стену. Каждый из пришедших сюда решает, куда ему идти в первую очередь и у кого просить помощи в избавлении от болезни. Я рад, что человек, приходя к нам в больницу, может просить помощи и у святой праведной Матроны московской, чьи мощи покоятся и доступны для почитания в монастырском храме, и у лечащего врача. Я знаю, что многие работники больницы и пациенты постоянно посещают монастырь.

— Перед Новым годом всегда хочется подумать о вечных ценностях, оторваться от суеты. Успеваете ли вы это сделать в вашей напряжённой работе?



Анастасия Нефёлова

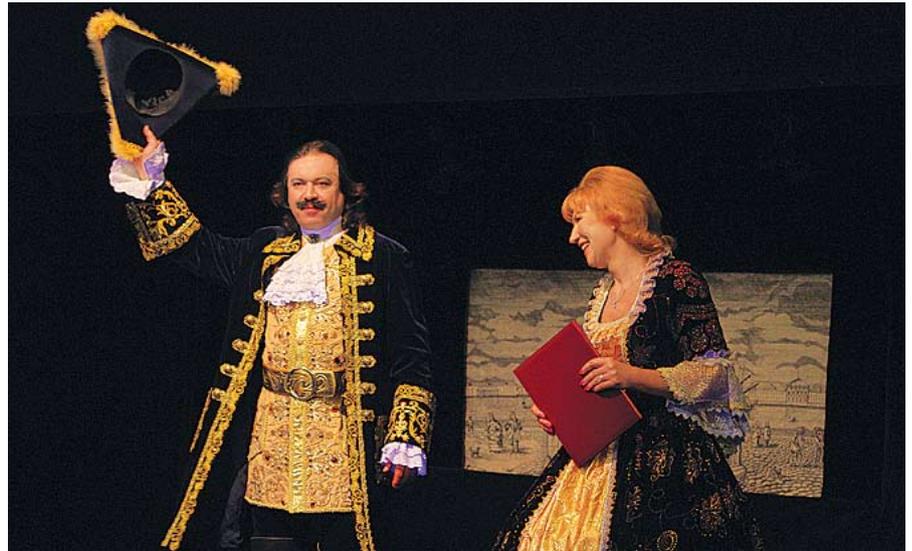
— Рядом с нами всегда находится кто-то, кто безмолвно наблюдает за нами. Например, на территории больницы живут собаки, которые, со слов работников, обосновались здесь уже почти семь лет назад и никуда не уходят. И кто-то может сказать, что они просто лентяи, завоевавшие себе территорию, но это не так: чуткие четвероногие сторожа служат на благо больницы, охраняя территорию и в течение дня дружной стаей делая обход по периметру больницы. Всегда нужно стараться видеть невидимое и слышать неслышимое.

— Что бы вы пожелали нашим читателям и вашим коллегам в преддверии Нового года?

— Никогда не нужно забывать о чудесах, и я хочу пожелать всем мешок искренности, любви и доброты, а всем руководителям дополнительно к этому — чувство выполненного долга и терпения на будущие годы. ■



Анастасия Нефёлова



## ФГУЗ МСЧ № 144: торжественный реверанс в честь юбилея!

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

*9 декабря 2010 года на малой сцене Балтийского дома, что в Александровском парке, состоялось необычное торжество. ФГУЗ МСЧ № 144 ФМБА России отметило 295-летие создания медицинской службы на предприятиях, обслуживаемых МСЧ. Необычным сюрпризом для всех присутствующих стали неожиданные образы участников праздника. Ровно на один день врачи из МСЧ № 144 предстали в ином амплуа. Не поверите, но их привычные белые халаты заменили кавалерские камзолы и дамские платья с кринолином XVIII века. Зачем? Как оказалось, красочное шествие в модных туалетах прошлых веков – дань уже (без пяти лет) трёхвековой истории своего родного учреждения.*

Медсанчасть с юбилеем поздравляли: руководитель Федерального медико-биологического агентства В.В. Уйба и его заместители Д.С. Зверев, Е.Ю. Хавкина; глава администрации Красногвардейского района М.Д. Щербакова, глава администрации Калининского района М.М. Сафонов, генеральный директор ОАО МЗ «Арсенал» С.Ю. Шаррагин, генеральный директор ФГУП НПО «Импульс» И.А. Устинов, генеральный директор ФГУП НИИ КП А.Р. Мкртчян. Посетили праздник и ветераны подразделений особого риска и представители 18 учреждений в Санкт-Петербурге. С приветственным словом в адрес присутствующих выступила М.М. Власова, начальник ФГУЗ МСЧ № 144, профессор кафедры рентгенологии Санкт-Петербургского государственного

медицинского университета им. академика И.П. Павлова, доктор медицинских наук, врач высшей категории лучевой диагностики. Всем гостям были вручены специальные медали с изображением богини здоровья Гигиены, бога врачевания Асклепия и символикой МСЧ № 144.

После официальной части программы для присутствующих была проведена презентация книги «Прошлое, настоящее и будущее Медсанчасти № 144». На эту же тему: об истории основания медсанчасти, о её развитии, — был показан документальный фильм. Неменьший зрительский интерес вызвало выступление артистов из театра пластики Hand Made. Не остались без аплодисментов и актёры из спектакля «Всадник CUPRUM» театра «Кукольный формат». В основе спектакля — легенда о царе, построившем город на берегу Балтийского моря

в память о возлюбленной. Показ спектакля, где одним из героев является Пётр Первый, приурочен к основанию МСЧ № 144 потому, что именно указом Пётра Великого был основан Пороховской завод, на котором и появились первые лекари медучреждений, позднее вошедших в МСЧ № 144.

### XVIII век: лекари для огненного спасения

Редко на примере отдельно взятого учреждения можно проследить и историю медицины, и историю государства. Однако жизнь МСЧ № 144 как раз является летописью и медицинской, и государственной, во всяком случае, его военной истории.

Повествование истории МСЧ № 144 нужно начать с даты основания Порохового завода на Охте. Третье июля 1715 года — эта дата стоит на донесении на имя князя Александра Меншикова, подписанном начальником русской артиллерии генералом-фельдцейхмейстером Я.В. Брюсом. Приведём цитату из этого указа: «...Его царское величество указал завесть и сделать на реках Большой и Малой Охте пороховые мельницы на порогах и надлежит тамо того дела мастеровым людям построить дворы, которых надобно человек на шестьдесят, а тем дворам быть от тех мельниц на расстоянии от огненного опасения (...). Для оказания медицинской помощи военным и рабочим при взрывах, а также от

негативных факторов вредного производства здесь и появились первые врачеватели.

**XIX век: медицинская помощь растёт**

В 1800 году была организована медицинская помощь на заводе «Арсенал», который тоже основан Петром I (в 1711 году). Завод также работал для военных нужд. Возглавил медицинскую помощь на «Арсенале» доктор Алексей Любордовский. В штате имелось три фельдшера. Приёмный покой был рассчитан на 10 коек. На содержание больных выделялось 200 рублей в год.

В 1863 году был построен Обуховский завод (завод «Большевик»). Его основатель – известный русский металлург Павел Обухов. В то время на заводе имелись лишь две амбулатории, где работали шесть врачей, два фельдшера, санитар. И это на 50 тысяч человек! В течение шести часов врач умудрялся принять 300 больных. На фабриках и заводах медицинскую помощь часто оказывал фельдшер, который совмещал свои обязанности с работой конторщика, артельщика.

**XX век: от амбулатории к МСЧ**

В июле 1919 года лазарет Охтинского завода был переименован в Пороховскую больницу. В 1927-м ей присвоено имя Л.Б. Красина, находилась она в ведении Губздравотдела. В 1928 году на заводе «Арсенал» образуется амбулатория под руководством Флавиа Немченко. В 1931 году в ней работает 35 человек, в том числе 4 профессора-консультанта. Амбулаторию переводят в новое здание, где имеется рентгеновская установка. Уже в 30-е годы появилась новая форма обслуживания рабочих промышленных предприятий – медико-санитарная часть. Так, на Обуховском заводе в 1942 году организована МСЧ 13 «ГОЗ Обуховский завод». Через сорок лет на её базе создана Медсанчасть № 144 Минздрава СССР, которая наделена правами юридического лица и подчинена ФМБА России.

Особая тема – работа Научно-

лечебного центра (НЛЦ) ветеранов подразделений особого риска РФ, который входит в структуру МСЧ № 144. Известно, что в 1958 году началась эксплуатация первой атомной подводной лодки («К-3»), а в последующие 12 лет в строй вступили ещё два поколения многоцелевых атомных подводных лодок (АПЛ). Испытания ядерного оружия неоднократно сопровождались нештатными ситуациями, а эксплуатация АПЛ – многочисленными радиационными авариями, в том числе с человеческими жертвами. Многие категории людей, которые стали пациентами НЛЦ, прошли через площадки ядерных испытаний и через аварии на атомных подводных лодках. В настоящее время в центре лечатся ветераны подразделения особого риска и члены их семей.

**Наши дни: реконструкция и развитие!**

Сегодня МСЧ № 144 обслуживает ведущие предприятия Петербурга, в том числе в оборонной отрасли города Санкт-Петербурга: ФГУП «НПО «Импульс», ФГУП «НИИ космического приборостроения», ОАО «Машиностроительный завод «Арсенал», ОАО «ГОЗ Обуховский завод».

В настоящее время в Научно-лечебном центре, работающем в режиме стационара, функционирует четыре лечебных отделения (два терапевтических, хирургическое и гинекологическое), поликлиническое отделение, стоматологический кабинет, диагностические отделения, научная группа и

вспомогательные службы. Научной группой, с участием врачей НЛЦ, совместно с Военно-медицинской академией, Санкт-Петербургским НИИ радиационной гигиены, рентгенорадиологическим институтом, Санкт-Петербургским научно-практическим центром медико-социальной экспертизы протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, в том числе по гранту РФФИ № 99-04-49402 (совместно с НИИ нормальной физиологии РАМН), проводится научно-исследовательская работа, в результате которой защищены 4 кандидатские диссертации. НЛЦ участвовал в 12 научно-практических конференциях, в том числе международных, опубликовано 8 отчётов, сделан 41 доклад, выпущено в свет 87 публикаций (в том числе в журналах «Успехи геронтологии», «Медицина экстремальных ситуаций», в материалах Европейского съезда геронтологов в 2007 году). В настоящее время в штате Научно-лечебного центра состоят 1 доктор медицинских наук, 5 кандидатов медицинских наук, 1 кандидат биологических наук.

Сегодня МСЧ № 144 ждут большие перемены. Разработан проект и ведутся работы по реконструкции и строительству новых зданий на месте бывшего лазарета Охтинского порохового завода.

Вот такая история в деталях. Большая и интересная история знатного и наиважнейшего медучреждения атомщиков из города Петра! С юбилеем, ФГУЗ МСЧ № 144 ФМБА России! ■

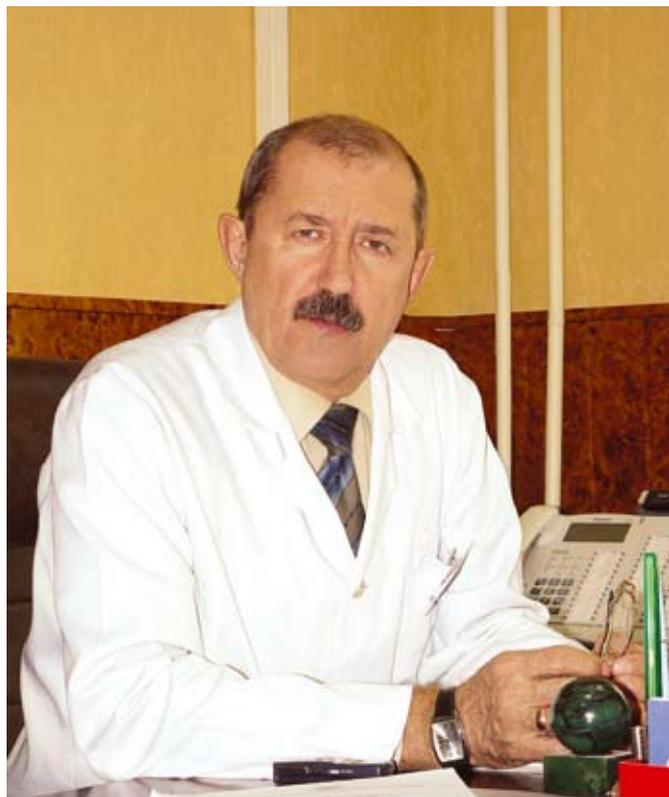


## Досье

Пётр Герасимович родился в Читинской области. Окончил среднюю школу в г. Чите. Учился в Читинском медицинском институте (теперь – медакадемия). В 1975 году приехал в г. Краснокаменск, прошёл интернатуру по терапии, четыре года работал участковым врачом. Был в резерве управленческих кадров.

В 1979 году стал заместителем главного врача горбольницы по поликлиническому разделу работы МСЧ № 107. С 1993 года – начальник ФГУЗ МСЧ. В общей сложности работает в медсанчасти 35 лет.

Заслуженный врач РФ. Награждён медалью ордена «За заслуги перед Отечеством», медалью Курчатова. Ветеран атомной промышленности.



*Находясь в системе Федерального медико-биологического агентства, обеспечивающего медико-санитарное сопровождение предприятия и производства с особо опасными условиями труда, каждое лечебное учреждение ФМБА России тем не менее имеет своё лицо, свои особенности. Медико-санитарная часть № 107 в г. Краснокаменске Забайкальского края – ровесница знаменитого Приаргунского горно-химического комбината. Её специалисты пользуются в городе заслуженной славой, а сама медсанчасть имеет репутацию надёжного медицинского учреждения, где любой пациент получает качественную помощь. Начальник МСЧ № 107 ФМБА России Пётр Геннадьевич Герасимович рассказывает об истории медсанчасти и её сегодняшнем дне.*

## Краснокаменск, МСЧ 107: идти вперёд к новым знаниям

■ **Нина Злаказова**

— **Н**аша медико-санитарная часть организовалась в 1968 году, когда на юго-востоке Читинской области, теперь Забайкальского края, было разведано большое месторождение природного урана, необходимого для создания ядерного щита страны и для топлива атомных электростанций. С того времени медсанчасть росла и развивалась. Тогда ставилась задача оказания специализированной и первичной медицинской помощи и санитарно-эпидемиологического обеспечения работников строящегося предприятия и жителей города, который возводился одновременно с комбинатом. Раньше на этой территории не было вообще никаких населённых

пунктов, город развивался с первой палатки, первого колышка. Медсанчасть входила в структуру III ГУ при Министерстве здравоохранения СССР, которое обеспечивало медицинское обслуживание оборонного комплекса. Работы персонала комбината были связаны с источниками повышенной опасности, вредными и особо вредными условиями труда. Это ионизирующее излучение, физические факторы – вибрация, шум, пыль, физические нагрузки. Медсанчасть последовательно решала следующие задачи: во-первых, отбор персонала, то есть предварительные медосмотры перед устройством на работу, в последующем периодические ежегодные осмотры работников, своевременное

выявление заболеваний на ранних, доклинических стадиях, поскольку часть профессиональных заболеваний – онкологические. Были созданы группы риска из числа работающих – по возможному развитию онкозаболеваний, шумовой болезни, вибрационной, и с этими группами проводилась дополнительная профилактическая работа, более углублённые осмотры с использованием диагностической аппаратуры, профилактическое лечение за счёт средств предприятий, санаторно-курортное лечение, оздоровление в санатории-профилактории предприятия. Всё было направлено на то, чтобы предотвратить развитие профзаболевания или выявить его на самой ранней стадии.



Начиналось всё с небольшого деревянного здания в посёлке геологов, в котором изначально размещалась вся медсанчасть — и стационар на 20–40 коек, и поликлиника, и административно-хозяйственные службы. Комбинат строился очень быстро, параллельно в городе шёл поиск подходящего здания, и одну из школ перепрофилировали под медико-санитарную часть. Местные жители до сих пор его иногда называют «школа-больница», по старой памяти. Поликлиника занимала один из этажей жилого дома, где был один узкий коридор и несколько кабинетов. Наши специалисты работали тогда в очень стеснённых условиях. В 70-х годах началось строительство больничного городка по типовым проектам: сначала появилось инфекционное отделение, следом поликлиника для взрослых, далее был сдан терапевтический стационар, потом — хирургический корпус, в последующем — родильный дом на 110 коек. В нашем больничном городке появилось здание санэпидстанции, скорой помощи. Последний объект — детская многопрофильная больница на 120 коек — сдан в конце 80-х годов. Таким образом, менее чем за 15 лет была создана хорошо оснащённая оборудованная медико-санитарная часть в общей сложности на 830 коек со своим пищеблоком, кислородной станцией с разводкой кислорода и газа. Причём все здания были соединены подземными переходами, чтобы не перевозить больных по улице.

Надо отдать должное моим предшественникам — в первую очередь Николаю Филипповичу Олейникову и Александру Ивановичу Гриш-

кову, который внёс основной вклад в строительство многих корпусов медсанчасти. При нём были построены практически все основные здания. Это два руководителя, которые заложили и прочные материальные основы нашего учреждения, и правильные отношения между комбинатом и медсанчастью. Эти отношения всегда были хорошими.

1994 год стал переломным для центральной медико-санитарной части: в связи с финансовыми проблемами произошло её разделение на два лечебных учреждения.

На базе МСЧ образовалась областная больница, и часть зданий была передана областному комитету здравоохранения. В сфере обслуживания медсанчасти остались исключительно работники комбината, в соответствии с Уставом нашего учреждения. До этого момента мы обслуживали всё население Краснокаменска, от младенцев до стариков, поэтому в состав МСЧ входили и патологоанатомическое бюро, и судебно-медицинское бюро. После реорганизации в 1994 году и до сегодняшнего дня наша медсанчасть представлена стационаром на 75 коек по профилю основной соматической заболеваемости, здравпунктами и достаточно мощной поликлиникой с плановой мощностью 250 посещений в день. Фактически же она выполняет более 400 посещений в день.

Сейчас в связи с открытием ещё одного месторождения в Забайкальском крае и в соседней Бурятской республике произошло расширение сферы нашей деятельности. Мы уже обслуживаем предприятие «Хиагда» в Бурятии, которое находится от

нас на расстоянии 700 км, там работает наш фельдшерский здравпункт. После освоения новых месторождений и начала производственной деятельности обслуживание работников новых предприятий, видимо, тоже поручат нам. И всё это от Краснокаменска на расстоянии от 500 до 700 км. Так что хлопот у нас в ближайшем будущем прибавится.

Сегодня задачи МСЧ в принципе остались такими же: предварительный медосмотр, периодический осмотр, работа с диспансерной группой больных как по соматическим, так и по профессиональным заболеваниям. Большое внимание мы уделяем готовности персонала медсанчасти и здравпунктов на предприятиях (а их у нас всего 14, причём половина из них работают в круглосуточном режиме) оказать медицинскую помощь шахтёрам при аварийных ситуациях, получении травм. И, видимо, благодаря высокому уровню этой готовности, хорошему взаимодействию со службами комбината, службой охраны труда и техники безопасности заметных нештатных ситуаций за период деятельности медсанчасти у нас не было. В последнее время получили довольно большое распространение алкоголизм, наркомания, поэтому особенно большое внимание обращается на безопасность производства. Администрацией объединения предприняты значительные меры по стопроцентному освидетельствованию работников, которые идут в шахту, на смены. Я уж не говорю о работниках автотранспортных предприятий. Эти меры дают неплохие результаты, снижение травматизма, улучшение дисциплины.



## Факты

1968 год – МСЧ-107 размещалась в небольшом деревянном здании в посёлке геологов.

1974-й – конец 80-х годов – строительство больничного городка по типовым проектам. К концу 80-х годов в состав МСЧ, которая обслуживала всё население г. Краснокаменска, входили инфекционное отделение, поликлиника для взрослых, терапевтический стационар, хирургический корпус, родильный дом на 110 коек, станция скорой помощи, многопрофильная детская больница на 120 коек.

1994 год – произошло разделение МСЧ на два лечебных учреждения. На базе медсанчасти была создана областная больница.

Сегодня в состав МСЧ-107 входят стационар на 75 коек, поликлиника и здравпункты. В последние годы медсанчасть обслуживает и работников предприятия ОАО «Хиагда» в Республике Бурятия.

Даже в нелёгкие годы благодаря нашим собственным возможностям и вниманию Федерального медико-биологического агентства мы наращивали оснащённость диагностическим оборудованием. Мы поменяли полностью рентгенологическое оборудование, приобрели маммограф, стоматологические рентгенологические установки. Практически полностью обновили функциональную диагностику – электрокардиографы, спирографы, на всех здравпунктах имеются электрокардиографы с автоматической расшифровкой записи. По нейрофизиологии обновили всю аппаратуру, эхоэнцефалоскопы,

энцефалограф японского производства 32-канальный.

Клинико-диагностическая лаборатория фактически переоснащена полностью. Мы используем ИФА-методы диагностики, есть биохимический анализатор, который может определять более 180 параметров крови, автоматические анализаторы биосред. Ультразвуковая диагностика: два аппарата нам передало агентство по целевому распределению, и мы сами приобрели ещё две установки. Произошло улучшение условий труда наших работников: на сегодня выполнены ремонты поликлиники, двух корпусов стационара, практически вся медсанчасть у нас обновлена. Это мы делаем на свои средства. С 1996 года все здания, которыми располагает медсанчасть, переданы нам в оперативное управление, с хозяйственным содержанием этих зданий мы справляемся. На свои средства мы приобрели и весь транспорт. Мы неплохо зарабатываем на платных услугах, потому что в медсанчасти подобраны квалифицированные кадры плюс хорошее аппаратное оснащение, что и привлекает к нам пациентов. Это помогает нам зарабатывать средства на проведение ремонтов, приобретение оборудования и т.д.

В любые времена существования медсанчасти мы старались сделать всё для пациентов. Даже в тяжёлые годы наши больные не покупали ни одной таблетки, у нас всегда было и есть оборудование, расходные материалы, мы всегда обеспечивали больных достаточным диетическим питанием в нашем стационаре. Но имеются и проблемы, конечно. Мы катастрофически страдаем из-за отсутствия площадей как в стационаре, так и в поликлинике. Есть возможность приобрести современное оборудование, а ставить некуда. И пока нам не удаётся решить этот вопрос, хотя мы обращались с ним к руководству комбината, для которого мы в первую очередь работаем. Пока понимания в этом направлении мы не находим.

Я считаю, самое главное из того, чем сегодня обладает медсанчасть, – кадровый потенциал,

квалифицированные, грамотные, опытные люди. Но время идёт, и надо думать о молодой смене. Краснокаменск – второй по величине город в крае, комфортабельный, ни одного деревянного строения, ни одной дымящей трубы, но популярностью у молодых специалистов не пользуется. Конечно, у нас сложно с жильём, но мы постарались, бронировали три квартиры в общежитии для молодых семей. По уровню зарплаты проблем нет, она гораздо выше, чем в территориальном здравоохранении. Но молодых докторов пока нам не хватает.

Мы очень ценим прекрасных специалистов, которые у нас работают. Например, врачи высшей категории, заведующие терапевтическими отделениями Галина Семёновна Суркова, заслуженный врач России, и Ольга Николаевна Зубарева. Кабинетом функциональной диагностики заведует Валентина Гимразиевна Никифорова – это человек, который несёт непомерную нагрузку по обследованию больных, и качество обследования при этом всегда на высоте. Огромная нагрузка и у нашего единственного врача-лаборанта, заведующей клинико-диагностической лабораторией Ирины Викторовны Протасовой. Работают наши специалисты с чувством удовлетворения, потому что всех нас объединяет общий подход к жизни и работе – надо идти вперёд, невзирая ни на какие трудности, к новым знаниям, к освоению новой техники.

Есть показатели, которые демонстрируют уровень качества работы ЛПУ. В нашем стационаре вот уже несколько лет нет летальных случаев. Ещё один важный показатель: на лечение пациентов, которое мы проводим как в поликлинике, так и в стационаре, жалоб не поступает. Иногда, когда нам приходится с участием Росздравнадзора доказывать свою правоту, например страховым компаниям, контролирующие органы только подтверждают качество и правильность нашего лечения. А это самый главный критерий оценки работы персонала ФГУЗ МСЧ № 107 ФМБА России. ■

# Санаторий «Малаховка» ФМБА России: точки роста



■ ТАТЬЯНА ВИКТОРОВА

*В следующем году ФГУ ЦКС «Малаховка» исполнится 75 лет – возраст солидный, отмеченный большим опытом работы. О перспективах развития здравницы нашему корреспонденту рассказала заместитель главного врача Галина Евгеньевна Смирнова.*

**П**редваряя беседу, главный врач санатория кандидат медицинских наук Николай Арсеньевич Шмаков подчеркнул, что стартовая федеральная программа модернизации здравоохранения позволит учреждению выйти на качественно новый уровень развития:

– Ближайшие три года будут посвящены реализации федеральной программы модернизации здравоохранения. Надеемся, что в числе федеральных учреждений здравоохранения, которые будут модернизированы, окажется и наш санаторий. Став структурным подразделением ФМБА России, санаторий получил возможность дальнейшего развития. Нашему агентству переданы функции медицинского сопровождения большого спорта, мы готовы стать частью этой государственной программы, которая будет ещё одной точкой развития и роста. В Минздравсоцразвития России подготовлен новый порядок, регламентирующий принципы санаторно-курортного и восстановительного лечения. Если раньше показанием для пребывания в санатории было заболевание, то теперь добавилась и профилактическая составляющая. К нам всё чаще приезжают люди, не имеющие патологии, с целью продлить свою работоспособность и укрепить здоровье. Мы не только заговорили о профилактике, но и стали активно заниматься ею. Оздоровительное лечение, восстановление и первичная профилактика в целях повышения защитно-приспособительных реакций организма – вот грани нашей работы. Отныне санаторно-курортная отрасль имеет законодательные основы для более ши-

рокой деятельности. С государственной точки зрения гораздо выгоднее именно профилактика, а не лечение запущенной болезни. Продлением активного долголетия здорового человека надо заниматься с ранних лет. Наш санаторий принимает пациентов разных возрастных и социальных групп, мы готовы развивать спортивную составляющую реабилитологии. Санаторий становится многофункциональным учреждением.

– Медицинский персонал нашего санатория постоянно стремится к тому, чтобы планка качества медицинской помощи детям и взрослым разных категорий с различными заболеваниями поднималась вверх, – продолжила тему Галина Евгеньевна. – Это главная задача коллектива. С переходом в ФМБА России наши сотрудники получили возможность повышать свой профессиональный уровень на лучших лечебных базах агентства, а это не только получение новых профессиональных знаний, но и новые контакты с коллегами из разных медицинских учреждений агентства. Участие санатория в Федеральной целевой программе «Дети России» в 2008–2010 годах позволило приобрести неоценимый опыт в работе с детьми, попавшими в трудную жизненную ситуацию. Отдыхающие у нас пациенты, и дети, и взрослые, получают полный объём медицинских услуг в соответствии с направительным диагнозом. Процесс лечения, оценка эффективности проведённого курса процедур проходят под наблюдением квалифицированных врачей, среди которых 6 кандидатов медицинских наук, боль-

## Досье

Заместитель главного врача по медицинской части ФГУ ЦКС «Малаховка» для детей с родителями ФМБА России, кандидат медицинских наук Галина Смирнова родилась в Сахалинской области.

После окончания медицинского училища продолжила обучение в Московском медико-стоматологическом институте, затем – в ГУ «Эндокринологический научный центр РАМН», там же защитила кандидатскую диссертацию. В течение 10 лет работы в Центре приобрела неоценимый опыт в научной и лечебной работе.

С 2007 года работает в санатории «Малаховка».

Ежегодно публикует результаты своей работы в научных журналах, выступает на медицинских форумах.

«Я первый врач в семье. Выбрала профессию осознанно, – говорит Галина Евгеньевна. – Уверена, что в медицину не должен попадать случайный человек. Быть врачом – тяжёлый и не всегда благодарный труд, но я не жалею о выбранном пути.

Главная награда для врача – видеть счастливые глаза выздоравливающих пациентов».



шинство врачей имеют высшую квалификационную категорию, врачи-специалисты: эндокринолог, гастроэнтеролог, отоларинголог, кардиолог, врач ультразвуковой и функциональной диагностики, стоматолог. Большинство медицинских сестёр, работающих у нас, имеют высшую категорию и различные знаки отличия, а также значительный стаж работы в сфере реабилитации. Для коррекции психологических нарушений, влияющих на соматическое здоровье детей и нарушений речи, проводятся коррекционные занятия психологами и логопедом.

**— Жара и смог минувшего лета ещё не изгладились из памяти. Как вы спасали от них детей и взрослых, лечили и восстанавливали их силы?**

— Санаторий функционирует круглогодично, и для коллектива особенно жарким во всех отношениях является летний период. За прошедшее лето у нас отдохнули 500 пожилых москвичей-инвалидов, около 800 детей и их родителей из многодетных семей, порядка 300 детей без сопровождения взрослых, а также пациенты, направленные по бюджетным путёвкам «Мать и дитя». Несмотря на аномальную жару и неблагоприятную экологическую обстановку, связанную с пожарами, мы справились с трудностями. Персонал санатория проводил профилактические мероприятия, рекомендуемые главным санитарным врачом Минздравсоцразвития России. В комплекс лечения были добавлены витамины, адаптогены, гомеопатические средства-антиоксиданты. Проводимые мероприятия благоприятно сказались на настроении и самочувствии пациентов.

**— Всё это предполагает наличие хорошо отрегулированной и оснащённой лечебной базы. Расскажите подробнее, чем располагает санаторий, одно из направлений деятельности которого — лечение эндокринных заболеваний у детей.**

— В основе оздоровительных и реабилитационных программ в нашем санатории лежит подход с использованием комплекса различных преформированных факторов. Так, лечебная база санатория включает физиотерапевтическое отделение, бальнеолечебницу, гамокамеру, залы для лечебной физкультуры, тренажёрный зал, проводится ручной массаж. Ежегодно база санатория пополняется новым современным оборудованием, внедряются современные методики лечения, исследуется эффективность различных схем оздоровления. Контроль за проведением лечения осуществляется с помощью лабораторных и диагностических исследований. Проводятся клинические исследования крови и мочи, биохимическое исследование крови, ЭКГ, СМАД, УЗИ, исследование резервов организма на аппаратно-программном комплексе «Истоки здоровья» и др. Пациенты, нуждающиеся в консультации специалистов, получают её на месте либо направляются в ведущие медицинские учреждения г. Москвы.

Хочется особенное внимание уделить 16-летнему опыту работы с пациентами, страдающими сахарным диабетом I типа. Для них разработан и внедрён комплекс диагностики и реабилитации, состоящий из нескольких этапов. Первый этап — диагностика осложнений и степени компенсации метаболических нарушений. Для этого, кроме



**Николай Шмаков**, главный врач санатория, кандидат медицинских наук

общедоступных методов, в санатории имеются широкие возможности лабораторной диагностики, не уступающие таковым в центральных специализированных клиниках: определение гликозилированного гемоглобина, микроальбуминурии, суточного мониторирования гликемии, осмотр глазного дна на электронно-цифровом оборудовании (кабинет офтальмолога). Второй — проведение реабилитационных мероприятий с учётом наличия осложнений, степени компенсации (здесь широкое применение находят все виды физиотерапевтического воздействия в сочетании с водолечением, ЛФК, массажем, приёмом минеральной воды, фитотерапией и коррекцией инсулинотерапии; курс лечения проводится строго под контролем гликемии). Третий этап реабилитации детей с сахарным диабетом — Школа самоконтроля и работа психолога. Пребывание вместе с ребёнком его близкого родственника даёт возможность им вместе пройти все этапы, получить полную информацию об особенностях заболевания и правильном образе жизни. Тесная связь с Институтом детской эндокринологии ГУ «Эндокринологический научный центр МЗиСР РФ» даёт возможность не только внедрять новые методики в данном направлении, но и проводить совместные исследования.

За годы деятельности ФГУ ЦКС «Малаховка» коллективом накоплен большой опыт по реабилитации детей разного возраста с патологией желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей и сердечно-сосудистой систем. В 90-е годы санаторий получил статус федерального медицинского учреждения, с этого времени сюда стали принимать на реабилитацию детей с сахарным диабетом в сопровождении родителей. В 2008 году санаторий перешёл в ведомство ФМБА России, в 2009-м, после присоединения детского санатория «Ильинское», расширился коечный фонд. Сейчас это современный многопрофильный реабилитационный комплекс на 410 коек, в котором ежегодно оздоравливаются около 6000 пациентов — дети с родителями и дети без сопровождения. Приоритет — за детьми, родители которых работают на производствах, подведомственных ФМБА России.

— Думаю, особое слово следует сказать о питании. Без диеты улучшить состояние больного ребёнка, тем более если у него сахарный диабет, невозможно.

— Совершенно верно. Диетотерапия у нас на почётном месте, и мы её рассматриваем как важный лечебный фактор. Вся работа пищеблока регламентирована законодательством РФ. Существует возможность разработки индивидуального меню, если этого требует лечение. При приготовлении используются только натуральные ингредиенты. Исключено использование красителей, усилителей вкуса, консервантов — вредных для организма веществ. Все блюда готовятся только из свежих и свежемороженых продуктов, т.е. сохраняющих максимум полезных свойств. Мы придерживаемся классической теории питания. Одновременно благодаря сотрудничеству с НИИ Питания РАМН на нашей базе внедряются новые научные разработки и методики диетотерапии, направленные на улучшение здоровья пациентов. Для пациентов проводится просветительская работа.

— Постоянное развитие, внедрение в практику современных новаций — главное преимущество вашего санатория. Какие перспективы намечаются и каким направлениям отводится первоочередная роль?

— Основными направлениями исследовательской деятельности санатория являются сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, ожирение у детей. Выбор этих направлений продиктован временем: увеличение детской заболеваемости, высокий риск развития тяжёлых осложнений у детей с сахарным

диабетом и ожирением. Ежегодно внедряются новые технологии лечения. Благодаря накопленному опыту и постоянному движению вперёд санаторий становится одним из ведущих среди санаторно-курортных учреждений страны по реабилитации детей с данными патологиями, недаром он был награждён на ежегодных Всероссийских форумах «Здравница года» двумя золотыми и тремя серебряными медалями.

Непрерывно хочется отметить, что осуществление такой крупномасштабной деятельности возможно без участия наших врачей и медицинских сестёр. Хорошо подготовленный медицинский персонал — залог успешной работы, клинической и научно-исследовательской. В конце сентября 2010 года главная медицинская сестра санатория Елена Ивановна Разуваева принимала участие в российско-финской конференции медицинских сестёр. Новые знания позволяют не только расширить кругозор, но и использовать в работе опыт коллег, внедрять современные методы управления и организации сестринского процесса. Но без творчества и инициативы со стороны сотрудников рабочий процесс будет казаться скучным и безынтересным. В нашем санатории благодаря руководству Николая Арсеньевича для этого созданы все условия.

Научно-клиническому направлению деятельности уделяется немало внимания. Мы тесно сотрудничаем с ведущими научно-исследовательскими медицинскими учреждениями страны: НИИ Питания РАМН, Институтом педиатрии и детской хирургии МЗиСР, Московским медицинским университетом, Эндокринологическим

научным центром Минздравсоцразвития. Организацией научной работы занимается кандидат медицинских наук Любовь Игоревна Елезова, она курирует и реализует все научно-исследовательские программы.

Результатами научной работы являются опубликованные статьи и выступления с докладами на всероссийских и международных форумах. В этом году наши сотрудники выступили с двумя докладами на Всероссийском форуме развития санаторно-курортной помощи, восстановительного лечения и медицинской реабилитации; на Конгрессе Европейского общества детских эндокринологов в г. Праге постерным докладом мы представили исследование, касающееся обмена витамина Д у детей; на IX Российском конгрессе инновационных технологий в педиатрии и детской хирургии прозвучал наш доклад о диетотерапии детей с избыточным весом, разработанной совместно с НИИ Питания РАМН.

Для дальнейшего развития санатория и продвижения вперёд важно не только получать новую информацию о новациях и открытиях в различных областях медицины, но и обмениваться собственным опытом с коллегами, интересующимися вопросами реабилитации детей с различной патологией. С этой целью стало традиционным проводить на базе санатория ежегодные научно-практические конференции «Малаховские чтения». Профессиональное общение практиков и исследователей даёт импульс не только для зарождения новых контактов, идей, но и стимул для их внедрения. Следующая конференция, посвящённая 75-летию санатория, планируется в 2011 году. ■



Гукас Тер-Акопов, директор санатория

## Санаторий «Юность»: сохранить будущее России

■ По материалам ФГУ Санаторий «Юность» ФМБА России

*Известность городов-курортов Кавказских Минеральных Вод, знаменитых своими уникальными климатическими условиями, целебными минеральными источниками, лечебными грязями и великолепными терренкурами, проходящими по подножью живописных гор-лакколитов, простирается далеко за пределы России. Эссентуки являются одним из самых комфортных и уютных городов особо охраняемого эколого-курортного региона. Многие годы сюда приезжают поправить своё здоровье и отдохнуть люди из разных регионов России и зарубежья. В Эссентуках расположен замечательный санаторий «Юность» ФМБА России.*

История санатория неразрывно связана с замечательной датой – Международным днём защиты детей: именно 1 июня 1957 года по приказу Министерства здравоохранения в Эссентуках было открыто первое детское оздоровительное учреждение курортного типа. Размещалось оно на улице Тихой в небольшом двухэтажном особняке, рассчитанном на 50 мест. Санаторий был призван восстанавливать и укреплять генофонд нашей страны, сохранять её будущее.

За прошедшие годы санаторий сильно видоизменился. Сейчас это популярная здравница, имеющая 50-летний опыт работы с детьми и подростками, расположенная в центре Эссентуков, рядом с лечебным парком и питьевыми бюветами. Ёмкость санатория – 250 круглогодичных коек: 130 – для детей и 120 – для детей с сопровождающими.

Руководит санаторием «Юность» Гукас Николаевич Тер-Акопов. Он родился 24 июля 1978 года в г. Сочи Краснодарского края. В 2000 году окончил Северо-Кавказский государственный технический университет, в 2006 году – аспирантуру Кисловодского института экономики и права, получил учёную степень кандидата экономических наук. В 2007 году он прошёл профессиональную переподготовку в Межотраслевом региональном центре повышения квалификации и переподготовки кадров Института экономики и управления в медицине и

социальной сфере Кубанского государственного медицинского университета по программе «Экономика и управление в здравоохранении». В 2010 году Гукас Николаевич окончил Российскую академию государственной службы при Президенте Российской Федерации. В ФГУ санаторий «Юность» работает с 2007 года в должности заместителя главного врача по общим вопросам, в 2008 году назначен директором.

При лицензировании в 2009 году было увеличено количество оказываемых лицензированных медицинских услуг на 10 видов по сравнению с предыдущей лицензией 2005 года. Лечебно-диагностическое отделение представлено клинико-диагностической лабораторией, оснащённой современным оборудованием ведущих отечественных и мировых производителей, позволяющим в кратчайшие сроки проводить качественные исследования. Кабинеты эндоскопических исследований представлены новейшей аппаратурой – видеоконструкциями OLYMPUS, Pentax, Karl Shtorc, адаптированными для обслуживания детей, подростков и взрослых.

Кабинет ультразвуковой диагностики оснащён оборудованием Aloka с высокой разрешающей способностью, позволяющей проводить ультразвуковую диагностику всех органов и систем организма. Кабинеты стоматологов с современным бесшумным оборудованием и грамотными терпеливыми специалистами

пользуются спросом даже у малышей. Современный ингаляторий, кабинеты массажа, физиотерапевтическое отделение, аппаратура которого регулярно обновляется и пополняется усовершенствованным оборудованием. Никогда не пустует кабинет фитотерапии и кислородных коктейлей – уютно, комфортно, вкусно!

В распоряжении отдыхающих санатория источники знаменитых минеральных вод курорта Эссентуки: № 4, № 17 и Эссентуки-Новая. В настоящее время завершается строительство минералопровода для минеральных вод двух типов, что позволит значительно расширить возможности лечения больных с различной патологией и использовать природные лечебные факторы непосредственно в санатории.

Санаторий специализируется на профилактике и лечении заболеваний органов пищеварения, нарушений обмена веществ, а также профилактики и лечения многих сопутствующих заболеваний. С высокой эффективностью получают лечение пациенты с сахарным диабетом. «Юность» – единственная здравница в России, где лечатся пациенты с муковисцидозом. Впервые в мире совместно с Медико-генетическим центром МЗ РФ были отработаны методики применения курортных факторов при этой патологии.

Один из основных методов лечения – диетотерапия. Диетические блюда готовят по правилам традиционной технологии, однако в зависимости от характера заболевания

выдвигаются специальные требования к выбору продуктов и способам приготовления. Освоено меню аглютеновой диеты для пациентов с целиакией, меню для пациентов с муковисцидозом, гипоаллергенные диеты, вегетарианские; ежедневно в рационе свежие овощи и фрукты, соки, кисломолочные продукты.

К услугам пациентов — водолечение (минеральные ванны, циркулярные и прочие души), грязелечение. На курорте гастроэнтерологического профиля неотъемлемым звеном является работа кабинетов кишечных процедур: это микроклизмы с травяными, лекарственными сборами, сифонные промывания минеральной водой.

Методики наружного применения минеральных вод широко используют минеральные ванны и орошение дёсен, гинекологические, кишечные орошения. При поддержке ФМБА России после капитального ремонта в лечебно-диагностическом отделении появились кабинеты спелеотерапии, офтальмолога, лорврача, кабинеты гидромассажных процедур, банно-оздоровительный комплекс, кабинет функциональной диагностики и многое другое.

В учреждении работают врачи высшей квалификационной категории: гастроэнтерологи, педиатры, эндокринологи, терапевт, диетолог, стоматолог, оториноларинголог, офтальмолог, гинеколог, проводятся занятия с психологом.

В санатории ведётся большая научно-исследовательская работа совместно с ведущими специалистами Пятигорского ГНИИК, Ставропольской медакадемии, руководителями и врачами учреждений, подведомственных ФМБА России. На базе санатория разрабатываются и вводятся новые лечебно-диагностические методики и технологии по применению бальнеофакторов курорта.

В 2009 и 2010 годах Федеральным медико-биологическим агентством были осуществлены поставки для санатория необходимого медицинского оборудования и транспортных средств, что позволило значительно улучшить качество оказываемой медицинской помощи.

В 2010 году пролечено нуждающихся в санаторно-курортной помощи отдыхающих из 62 регионов Российской Федерации. За 9 месяцев 2010 года оздоровлено 3438 человек.

Санаторий состоит из трёх спальных корпусов, некоторые из них претерпели реконструкцию в последние годы. Внутренняя архитектура и дизайн отвечают требованиям детских лечебных учреждений. Прекрасные комфортабельные номера со всеми удобствами позволяют в полной мере насладиться отдыхом и покоем. Привлекательно выглядят здания администрации и клуба, в котором проводятся встречи с интересными людьми, организовываются просмотры художественных фильмов, дискотеки, соревнования по шашкам, шахматам, настольному теннису, различные конкурсы.

Для того чтобы не допустить отставания подростков от учебного процесса, в санатории в 1986 году по индивидуальному проекту была построена школа, где занятия ведут опытные педагоги. Здесь же имеется прекрасно оборудованный читальный зал.

Лечебная физкультура — важный элемент в процессе санаторно-курортного лечения. В большом светлом зале пациенты с удовольствием занимаются физическими упражнениями. В ближайших планах — строительство большого спортивного комплекса.

Коллектив санатория «Юность» неоднократно награждался золотыми медалями «Лучшая детская здравница России», а также дипломами в различных номинациях.

Но главное, он является объектом искренней благодарности тысяч детей и их родителей, которым в санатории даются телесные и духовные силы, чтобы полноценно жить, работать, творить. ■

**357600, СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ,  
г. ЕССЕНТУКИ, ул. СОВЕТСКАЯ, 124.  
ФГУ САНАТОРИЙ «ЮНОСТЬ»  
ФМБА РОССИИ  
ТЕЛ./ФАКС 8 (879-34) 6-31-50  
E-MAIL: RODODEN@ESSTEL.RU;  
WWW.YUNOSTK.MV.RU**



# Спецполиклиника ЛИИ им. Громова в Жуковском: каждого пациента мы знаем в лицо

■ Нина Злаказова

*В подмосковном Жуковском есть Спецполиклиника Лётно-исследовательского института имени М.М. Громова, которая в течение всех 67 лет существования занимается проблемами здоровья авиаторов и авиационной медицины. Сама поликлиника по сути является частью богатой истории советской и российской авиации. О замечательных моментах её прошлого, о её настоящем рассказывает главный врач спецполиклиники ФГУП ЛИИ им. Громова Геннадий Васильевич Гудыно.*

— **В**ся деятельность нашей поликлиники связана с испытательной авиацией. Сейчас к нам обращаются за медицинской помощью порядка тридцати Героев России и Героев Советского Союза, которые получили свои звания за испытательные полёты.

В истории поликлиники немало славных страниц, и одна из них связана с первыми космонавтами страны Юрием Гагариным и Германом Титовым! У нас на территории до сих пор сохранилось старое здание бывшей центрифуги, где они проходили испытания, готовились к полёту. Сейчас оно морально устарело, но мы всегда помним, что первые космонавты планеты жили у нас на третьем этаже и проходили здесь все необходимые обследования.

В поликлинике работают около 80 врачей и 70 человек среднего медперсонала. У нас проходит врачебно-лётную экспертизу лётный состав: лётчики, штурманы, техники и бортпроводники. Это самое главное в нашей работе.

Распорядок работы выглядит примерно так: с утра лётный состав вне всякой очереди идёт на комиссию – годовую, полугодовую, контрольную. Комиссий много, поэтому нагрузки хватает. Потом идёт диспансеризация по профессиональной вредности, и следом начинается приём больных. По-

ликлиника рассчитана на 500 посещений в смену, а работаем мы в две смены.

Кроме того, на территории нашего аэродрома в Жуковском есть отделение по медицинскому обеспечению безопасности полётов. Его задача – обеспечить максимальную медицинскую безопасность полётов, наш персонал хорошо обучен, мы имеем все виды лицензий на этот вид медицинской деятельности. Наши специалисты дежурят у спасательного вертолёта вместе со спасателями. Если возникает нештатная ситуация, наш вертолёт вылетает в зону ответственности аэродрома (а это большая зона) и оказывает помощь по всем медицинским и авиационным канонам.

История поликлиники началась ещё в 1943 году, когда был создан медпункт на аэродроме в Жуковском, потом появился медико-санитарный отдел института, а с середины 50-х годов начала работу врачебно-лётная экспертная комиссия.

Первое здание поликлиники было построено в 1960 году. Сегодня, работая как подразделение лётно-исследовательского института, поликлиника осуществляет медицинское обеспечение многих организаций, которые носят имена замечательных конструкторов: Туполева, Яковлева, Сухого, Громова. Работать со специалистами этих организаций бывает непросто: все

они научные сотрудники, и их проблемы со здоровьем (гипертония, сердечно-сосудистые заболевания) связаны не с физическими нагрузками, а с интенсивной работой мозга. Как правило, это заслуженные люди, доктора и кандидаты наук, и мы уделяем им большое внимание.

Хочу рассказать о специалистах поликлиники, которые часто просто уникальны. От их квалификации зависит успешное разрешение любой ситуации.

Основная тяжесть руководства лечебным процессом, проведением большого объёма профилактических мероприятий лежит на заместителе главного врача по медицинской части, враче высшей квалификационной категории Ларисе Ивановне Майоровой.

У нас есть молодой врач-эндоскопист, настоящий самородок, Александр Наумов. Вот один из случаев: во время прохождения ВЛЭК одним из лётчиков Александр Алексеевич обнаруживает у него полип желудка, проводит операцию, отправляет материал на гистологию, делает всё, что необходимо с точки зрения современной медицины. Пациент первые полгода находился у нас на строгом контроле, и сейчас он прекрасно летает, прекрасно работает.

А нашу врачебную лётно-экспертную комиссию возглавляет Любовь Гламазда: она начинала

в поликлинике медицинской сестрой, потом окончила институт и вернулась к нам, всю жизнь фактически проработав в авиационной медицине. Любовь Михайловна знает каждого лётчика с того момента, как только он к нам приходит, дальше ведёт его через все комиссии, рекомендует стационар, если необходимо, нужные обследования и лечение. Как бы ни менялось время, мы считаем, в будущем необходимо сохранять в нашей медицине ответственность и преемственность традиций. Наш врач знает каждого лётчика: что у него в семье, какие проблемы возникают со здоровьем, предполагает, какие болячки могут возникнуть в будущем и что нужно предпринять, чтобы сохранить его профессиональное и человеческое здоровье.

Любовь Васильевна Арутюнова, специалист по УЗИ-диагностике, общий стаж в поликлинике около 50 лет, прекрасно знает специфику авиационной медицины.

Эрика Александровна Глотова, врач-рентгенолог: на конференциях 4-го медицинского округа, объединяющего Жуковский, Люберцы, Раменское, Бронницы, её снимки всегда признаются лучшими, и в диагностике ей нет равных и в городе, и в округе.

Функциональная диагностика: Людмила Крючкова. Людмила Николаевна проверяет толерантность к физической нагрузке, лётчики наши хорошо знают её знаменитый велосипед, ЭКГ, доплеровское исследование сосудов головного мозга.

Нина Борисовна Селезнёва, окулист. Слава о ней идёт далеко за пределами нашей поликлиники. И такое можно сказать о многих, многих наших докторов.

Вот, например, наш отоларинголог Лидия Владимировна Романова: ей 83 года, она до сих пор ведёт приёмы, применяет как новые, так и опробованные ранее методы лечения, в прошлом году отучилась, подтвердила свою высшую категорию, получила сертификат и имеет прекрасные результаты по лечению пациентов.

Не могу не вспомнить тех, на ком держалась история поликлиники. Мы и сейчас храним память о медицинской сестре Людмиле Михайловне Васиной, заслуженном работнике здравоохранения Московской области, человеке с феноменальной памятью, знавшем в лицо и по имени любого нашего пациента. Когда приходил в поликлинику молодой доктор, Людмила Михайловна брала его за руку и вела в музей нашего института. Всех заслуженных лётчиков-испытателей она называла запросто по именам, потому что имела на это право. После посещения музея молодой врач сразу понимал, что он пришёл не в рядовую поликлинику, что здесь спрос особый и отношение к делу должно быть особенное.

В работе любого медицинского учреждения очень многое зависит от руководства предприятия, тем более у нас. Несмотря на то что наш институт сейчас проходит акционирование и на это нужно очень много средств, руководители института Павел Николаевич Власов, начальник института, герой России, заслуженный лётчик-испытатель, и его первый заместитель Сергей Терентьевич Ангельчук с пониманием относятся к потребностям поликлиники. Впервые за несколько десятков лет принято решение о закупке для поликлиники современного рентген-аппарата и сканера УЗИ.

Развитие спецполиклиники ЛИИ им. Громова в будущем, я думаю, связано с указом президента о создании национального центра авиационной медицины. Ведь без авиации существовать не может. При создании объединённой авиационной корпорации было запланировано строительство медицинского центра на базе поликлиники. И место предварительно определено достойное – на базе знаменитой гагаринской центрифуги. В связи с финансовым кризисом реализация этих планов пока приостановлена, но я верю, что в будущем они успешно претворятся в жизнь. ■



### Досье

Геннадий Васильевич Гудино, главный врач спецполиклиники ФГУП ЛИИ им. М.М. Громова.

Родился в 1950 году в небольшом белорусском городке, окончил школу, медицинское училище, отслужил в армии.

Окончил Военно-медицинскую академию им. Кирова в Ленинграде и служил в ВС. Общий стаж службы составил 36 лет, а вместе со льготной выслугой лет с учётом времени, проведённого в «горячих точках», – 48 лет. Прошёл Карабах, Осетию, Чечню.

Врач высшей квалификационной категории по организации здравоохранения.

Повышал квалификацию на базе Ивановской медицинской академии по оценке качества оказания медицинской помощи, на базе Российского университета дружбы народов по вопросам геронтологии.

На базе академии последипломного образования на кафедре международной медицины прошёл курс по организации здравоохранения.

Награждён орденами «За военные заслуги» и «За заслуги перед Отечеством» II степени. Имеет около 20 медалей.

## Досье

Эльмира Абдулловна Каримова, кандидат медицинских наук, отличник здравоохранения РФ, ветеран госпиталя. Родилась в 1958 году в Ульяновской области. В 1982 году, окончив Саратовский государственный медицинский институт, работала в Центральной районной больнице Ульяновской области. В госпиталь ветеранов войн пришла в 1987 году врачом-неврологом, в 1999 году назначена заведующей неврологическим отделением. С 2007 года возглавляет учреждение.

■ Э. Каримова, начальник Ульяновского областного клинического госпиталя ветеранов войн



Д. Медведев вручает Э. Каримовой высокую награду

## Ульяновский госпиталь — ровесник Победы

Развёртывание эвакуационных госпиталей в Ульяновске началось уже 25 июня 1941 года. В числе первых был и эвакогоспиталь № 1647 общехирургического профиля на 400 коек. Целью создания госпиталя явилось осуществление многопрофильной лечебно-диагностической, медико-социальной помощи ветеранам войн и лицам, приравненным к ним по льготам, а также проведение организационно-методической работы с лечебно-профилактическими учреждениями области по работе с ветеранами.

В 1993–1994 годах наша область одной из первых в стране на базе госпиталя внедрила новый вид медико-социальной помощи ветеранам войн и лицам пожилого возраста. В трёх районах города открыты гериатрические центры дневного пребывания на 210 пациенто-дней, а в Кузovatовском и Чердаклинском районах на базе действующих участковых больниц открыты два загородных гериатрических центра круглосуточного пребывания на 80 коек. Особенностью этих центров является то, что в них широко используются немедикаментозные методы лечения: фитотерапия, галотерапия, ЛФК, массаж. Большое значение имеет психологическая поддержка лиц пожилого возраста и ветеранов войн. Для этого в каждом дневном и загородных центрах созданы клубы по интересам, где работают социальные педагоги, музыкальные руководители, психологи. Несмотря на короткий срок пребывания (15–16 дней), больные

получают качественную медицинскую и психологическую реабилитацию, что повышает их адаптационные резервы к социально-бытовым проблемам. Работа этих центров оценена на государственном уровне. Во Всероссийском конкурсе в 2007 году в номинации «Наши родители» госпиталь занял 1-е место на региональном уровне и 3-е по России.

В рамках выполнения решения Всероссийского оргкомитета «Победа» в 2002 году на базе госпиталя был открыт Центр реабилитации участников боевых действий. Его задача — восстановление здоровья, профилактика постстрессовых военных реакций лиц, прошедших «горячие точки».

Госпиталь располагает мощной диагностической службой, отделениями реабилитации и физиотерапии, гипербарической оксигенации, гравитационной хирургии крови, стоматологическим кабинетом, отделением анестезиологии и реанимации. В консультативной поликлинике мощностью 62 посещения в смену ветераны могут получить амбулаторную помощь по 13 специальностям. Медицинская помощь оказывается по принципу этапности, динамического наблюдения за состоянием здоровья ветеранов, научного обобщения клинических и статистических данных. Проводится еженедельный мониторинг по оказанию медико-социальной помощи ветеранам войн в районах области.

В коллективе трудятся 634 человека, в том числе 8 кандидатов медицинских наук, 17 отличников здраво-

охранения, 22 обладателя почётных грамот Минздравсоцразвития России, 3 заслуженных работника здравоохранения; 1 сотрудник награждён медалью «За трудовую доблесть», 5 — медалью «За ратную доблесть», 25 сотрудников — медалью «За милосердие» от меценатов столетия.

На счету учреждения множество дипломов и денежных премий за победу в конкурсах различного уровня, в том числе диплом лауреата VII Всероссийского конкурса «Российская организация высокой социальной эффективности» и свидетельство о включении в Федеральный реестр «Всероссийская книга Почёта». Итогом хорошо налаженной системы оказания медицинской помощи ветеранам войн является 3-е место в 2010 году среди госпиталей РФ, многочисленные грамоты и благодарности от общественных организаций, духовных конфессий, пациентов.

6 мая 2003 года постановлением Администрации Ульяновской области создан Попечительский совет госпиталя, который возглавляет губернатор. По решению Совета на его средства проводится укрепление материально-технической базы госпиталя, оплачивается обучение сотрудников.

Концепция развития госпиталя предусматривает открытие отделения восстановительной медицины, где будет осуществляться современный комплекс мероприятий, направленных на реабилитацию больных кардиологического, неврологического и хирургического профилей, а создание мобильного диагностического комплекса позволит проводить скрининговые исследования пациентов. ■

## Городская больница № 2 г. Ульяновска: результативность и эффективность

■ По материалам МУЗ «Городская больница № 2» г. Ульяновска

*Лечебное учреждение МУЗ «Городская больница № 2» г. Ульяновска целенаправленно решает поставленные задачи. Свой жизненный путь учреждение начало в 60-х годах прошлого столетия с постройки здания поликлиники. В конце 80-х – начале 90-х годов в ведение Городской больницы были переданы ещё два корпуса – женская консультация и административное здание с терапевтическим отделением.*

**В** настоящее время МУЗ «Городская больница № 2» представляет собой лечебное учреждение, имеющее в своём составе поликлинику с терапевтическими отделениями, отделением неотложной помощи и отделением врачей общей практики, кабинеты функциональной диагностики, эндоскопический, УЗИ-кабинет, физиотерапевтическое отделение, клинично-диагностическую лабораторию, рентгенологическое отделение, лечебно-физкультурной кабинет, терапевтический стационар, рассчитанный на 40 коек круглосуточного и 20 коек дневного пребывания, женскую консультацию с дневным стационаром.

Медицинская деятельность в учреждении осуществляется в соответствии с нормативными документами согласно лицензии № ЛО-73-01-000386 от 30 июня 2010 года по 18 специальностям (терапия, хирургия, урология, неврология, эндокринология, отоларингология, офтальмология, акушерство-гинекология, инфекционные болезни и др.).

Все службы и профили МУЗ «Городская больница № 2» оснащены современным, соответствующим новым требованиям и условиям жизни медицинским оборудованием, часть которого получена учреждением в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», в том числе: флюорограф, фиброгастроскоп, рентгеновский аппарат, два аппарата УЗИ, гистероскоп, два санитарных автомобиля. Обеспечение врачебными кадрами первично-амбулаторного

звена (участковой службы) составляет более 90%.

Медицинский персонал больницы обеспечивает результативность и эффективность производственной деятельности лечебно-профилактического учреждения. От уровня профессиональной подготовки медицинских кадров и их заинтересованности в конечных результатах своего труда зависит качество оказания медицинской помощи. По людям, работающим в объединении, можно судить о достаточно высоком потенциале коллектива. Вот имена лишь некоторых из них. Людмила Антоновна Антонова, врач терапевт участковый высшей категории, удостоена звания «Отличник здравоохранения». Валентина Константиновна Определёнова, врач терапевт участковый, награждена почётной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Мария Николаевна Синицина, заведующая женской консультацией, врач акушер-гинеколог высшей категории, награждена почётной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Всего высшую категорию имеют девять врачей, первую – тринадцать, вторую категорию – один врач.

В 2010 году МУЗ «Городская больница № 2» открыло отделение врачей общей практики, один из офисов находится в селе Лаишевка Ленинского района г. Ульяновска, два других офиса расположены на базе стационара, что значительно приближает оказание медицинской помощи населению территориально.



ВАЛЕРИЙ ПОЦЕЛУЕВ, главный врач

Врачи отделения общей практики осуществляют функции не только терапевта, но и невролога, хирурга, отоларинголога и офтальмолога. В перспективе – расширение развития офисов общей врачебной практики.

В 2010 году открыто также отделение неотложной помощи, что значительно уменьшило нагрузку на службу скорой помощи и улучшило доступность и быстроту оказания неотложной помощи на дому. При поддержке губернатора и правительства Ульяновской области получено два новых санитарных автомобиля.

В конце 2010 года планируется приобретение нового лабораторного оборудования, что позволит проводить иммунологические исследования населению. На 2011 год намечено открытие смотрового кабинета для мужчин по программе «Мужское здоровье».

Коллектив больницы надеется, что эти мероприятия приведут к улучшению качества обслуживания населения, увеличению доступности медицинской помощи и росту продолжительности жизни.

В будущем учреждение здравоохранения «Городская больница № 2» продолжит свою плодотворную работу по охране здоровья и лечению жителей Ленинского района г. Ульяновска. ■

# Гарантия надёжности и качества

■ Владимир Леванов, главный врач МУЗ «Городская поликлиника № 5» г. Ульяновска

Основное внимание в МУЗ «Городская поликлиника № 5» уделяется качеству и доступности медицинской помощи, развитию стационарзамещающих технологий, внедрению новых методов диагностики и лечения, обучению персонала. В поликлинике сконцентрирована хорошая база врачей специализированного профиля: маммолог, колопроктолог, сосудистый хирург, специалист хирургии кисти, что значительно экономит время пациента и приближает амбулаторную помощь к населению.

Мощная аппаратура и высококвалифицированный кадровый состав позволяют провести качественную диагностику: помимо общеизвестных методов (исследование брюшной полости, органов малого таза, щитовидной железы), на вооружении обследование сердца, триплексное сканирование сосудов и трансректальное исследование предстательной железы, проводимое врачом-урологом. Для эффективной диагностики остеопороза имеется единственный в области ультразвуковой денситометр.

Гордость поликлиники — лаборатория. Здесь используется более 300 методов исследования, в том числе эксклюзивные: ПЦР, иммунодиагностика, определение липидного спектра, спектра иммуноглобулинов и белковые фракции на единственном в Новом городе аппарате, который проведёт анализ всего за 5 минут! А израильский спермограф поможет молодым семьям определить качество белкового материала и незамедлительно выдаст результат. Поликлиника сотрудничает с крупнейшими российскими и европейскими производителями сырья для лабораторных исследований. Это, безусловно, гарантирует надёжность и качество наборов биохимических реактивов для клинической диагностики. Лаборатория пользуется спросом и легко конкурирует с частными собратьями.

В многопрофильном дневном стационаре наряду с современны-

ми используются традиционные методы диагностики и лечения. В стационаре функционирует единственное в городе офтальмологическое отделение, создано и развивается хирургическое отделение. Активное развитие стационарзамещающих технологий и перераспределение стационарных объёмов медицинской помощи на амбулаторно-поликлинический уровень в настоящее время считаются основными направлениями структурных преобразований в системе здравоохранения России. Сейчас в моде здоровый образ жизни. В нашей поликлинике подберут физические упражнения для каждого. Кроме группы «Здоровье», при поликлинике действует фитнес-клубе «Космос». Есть у нас и фитобар. В составе чаёв используется 56 сборов трав. Традиционный русский напиток в гармонии с дарами леса не только лечит, тонизирует и стимулирует иммунную систему, но и обладает необыкновенно приятным вкусом.

Стоматологическое отделение, существующее с августа 1987 года, обслуживает всё население Нового города — 114 тыс. человек. Развита терапевтическая, хирургическая, ортопедическая служба, ортодонтические услуги оказываются и взрослым, и детям. Стоматологическое отделение располагает своей зуботехнической лабораторией, имеет литейная установка, кабинет металлокерамических протезов. Для максимальной приближённости к жителям открыт филиал в дневном стационаре, а с 1998 года функционирует стоматологический центр в ЗАО «Авиастар-СП».

В физиотерапевтическом отделении помимо стандартного набора аппаратов открыт кабинет лазеротерапии, оснащённый аппаратурой нового поколения «Матрикс». Отделение располагает кабинетами парафинолечения, нормобарической гипоксигенотерапии «Горный воздух», ингалятором с небулайзерной установкой. Для



## Досье

Владимир Леванов с 2006 года возглавляет МУЗ «Городская поликлиника № 5». Успешный управленец, врач-хирург высшей категории, ветеран труда, отличник здравоохранения. В 2008 году имя Владимира Андреевича занесено на доску почёта «Лучшие люди Заволжского района», в 2010-м — «Лучшие люди города Ульяновска». Кавалер высшей национальной награды общественного признания в сфере науки, медицины и здравоохранения, обладатель ордена «Лучший медицинский работник России» и почётного звания общественного признания «Лучший медицинский работник России». За время его работы одна из передовых поликлиник города зарекомендовала себя с лучшей стороны и в непростое для здравоохранения время перехода на одноканальное финансирование и модернизацию является эталоном стабильности.

коррекции фигуры и красоты предлагаются кишечные орошения, душ Шарко, гидромассаж, СПА-капсула, бассейн, сауна. В отремонтированной грязелечебнице используются анапские и саакские грязи — по сути это настоящий санаторный оазис в средней полосе и в центре города. ■



Станислав Тянь, главный врач Нижневартовского КВД

## Нижневартровский кожно-венерологический диспансер: формирование пациентоориентированной модели работы

■ По материалам Учреждения ХМАО — Югры «Нижневартровский кожно-венерологический диспансер»

*Лечебно-профилактическое учреждение ХМАО — Югры «Нижневартровский кожно-венерологический диспансер» оказывает высококвалифицированную специализированную дерматовенерологическую помощь населению Нижневартовска и жителям Ханты-Мансийского автономного округа. Начинаясь с амбулаторного приёма одного врача-дерматовенеролога и трёх коек в инфекционном отделении ЦРБ (1971), диспансер за 39 лет превратился в современное медицинское учреждение дерматовенерологического профиля на 100 коек, являющееся клинической базой Нижневартовского медицинского училища.*

Первым врачом-дерматовенерологом в Нижневартовске стала заслуженный врач РФ Вера Фёдоровна Калганова. А возглавляла диспансер со дня основания отличник здравоохранения, заслуженный врач РФ Нэля Авелевна Белоногова. В 2006 году на посту главного врача её сменил нынешний руководитель Станислав Петрович Тянь, труд которого неоднократно отмечался почётными грамотами и благодарностями Управления здравоохранения г. Нижневартовска, Департамента здравоохранения ХМАО — Югры, а также Тюменской думы.

Сейчас в диспансере работают 33 врача, 15 из них имеют высшую квалификационную категорию, 9 — первую. Три врача окончили клиническую ординатуру на базе ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росздрава». Нижневартровский кожно-венерологический диспансер является центральным учреждением Восточной зоны Югры по организационно-методической и лечебно-консультативной работе и осуществляет координацию мероприятий по профилактике инфекций, передаваемых половым путём, и заразных кожных заболеваний.

В составе диспансера — поликлиническое отделение на 373 посещения в смену; стационарное отделение на 100 коек; отделение

первичной профилактики; объединённая клиничко-диагностическая лаборатория; виварий с лабораторными животными.

Ежегодно более 100 тыс. пациентов обращаются в поликлинику диспансера. Более 2 тыс. пациентов проходят лечение в стационаре. Ханты-Мансийский округ является одним из самых активно развивающихся регионов, в том числе в здравоохранении. Правительством округа всесторонне поддерживаются программы, направленные на повышение качества оказываемой населению медицинской помощи. В 2008 году в рамках реализации нацпроекта «Здоровье» принят Закон «О программе ХМАО — Югры «Реализация приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения на территории Ханты-Мансийского автономного округа — Югры на 2008–2010 годы». Не менее важной является окружная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», утверждённая Законом автономного округа, и её подпрограмма «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путём». В 2008–2009 годах в рамках этих программ диспансером получено новейшее диагностическое и лечебное оборудование, позволяющее оптимизировать диагностический маршрут пациентов,

достичь положительного эффекта в лечении заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, сократить сроки лечения, усовершенствовать качество диагностики при подозрении на онкопатологию кожи, что позволяет улучшить качество жизни пациентов.

Ежегодно на базе нашего диспансера проводятся научно-практические конференции с участием ведущих научных деятелей в области дерматовенерологии из Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга.

С целью предупреждения инфекций, передаваемых половым путём, и заразных кожных заболеваний врачи ежегодно проводят лекции среди учащихся средних учебных заведений и студентов первых курсов вузов г. Нижневартовска.

Перспективы развития Учреждения ХМАО — Югры «Нижневартровский кожно-венерологический диспансер» администрация видит в дальнейшем обеспечении приоритета профилактических мер в области охраны здоровья граждан с акцентом на социально значимые и социально опасные заболевания дерматовенерологического профиля, формировании пациентоориентированной модели работы учреждения, совершенствовании методов диагностики, лечения и реабилитации пациентов дерматовенерологического профиля, осуществлении деятельности в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9001-2008. ■

## Сургутский клинический противотуберкулёзный диспансер: главная задача — обеспечить доступную, качественную фтизиатрическую помощь населению

■ А.И. Вялков, заместитель главного врача УХМАО — Югры «СКПТД» по ОМР

*Противотуберкулёзная служба Сургутского района берёт своё начало с 1950 года, когда в Сургуте (в то время ещё посёлке) было открыто отделение на 10 коек для лечения больных туберкулёзом. С началом освоения нефтегазовых богатств региона и ростом в связи с этим населения Сургутского района и г. Сургута в 1967 году был открыт противотуберкулёзный диспансер на 50 коек.*

**П**редставить точные данные о заболеваемости туберкулёзом в 50-х — начале 60-х годов в Сургутском районе не представляется возможным, однако известно, что среди коренных жителей района свирепствовали тяжёлые и быстро прогрессирующие формы туберкулёза, такие как казеозная пневмония, милиарный туберкулёз, туберкулёз периферических лимфатических узлов.

60-е и 70-е годы характеризовались в Сургутском районе бурным развитием нефтяной и газовой промышленности, что привело к громадному жилищному строительству как в городе, так и в районе, последнее дало возможность обеспечивать в первую очередь больных туберкулёзом благоустроенными и изолированными квартирами и, таким образом, оздоровить очаги туберкулёза.

В этих же целях был установлен первоочередной приём в детские ясли, детские сады и школы-интернаты (с постоянным пребыванием) детей, в семьях которых есть больные открытой формой туберкулёза.

Противотуберкулёзная служба получила в своё распоряжение высокоэффективные противотуберкулёзные препараты и антибиотики. Результатом проведённых мероприятий явилось значительное уменьшение заболеваемости и смертности от туберкулёза.

Бурное освоение недр Западной Сибири вызвало приток населения в г. Сургут и Сургутский район, что в свою очередь требовало усиления противотуберкулёзной службы.

В 1975 году вышло Решение областного совета народных депутатов о строительстве противотуберкулёзного диспансера на 300 коек в г. Сургуте, но только в 1980 году Министерство нефтяной и газовой промышленности включило туберкулёзный диспансер в план строительства на 1981 год.

В 1981 году началось возведение нового здания туберкулёзного диспансера. Однако к окончанию строительства показатели заболеваемости и смертности от туберкулёза в Сургутском районе снизились настолько, что фтизиатрам не удалось отстоять диспансер, и решением комитетов городского и районного советов депутатов предназначавшийся для диспансера корпус был передан под травматологическую больницу.

Перестройка и последующие за ней социальные катаклизмы тяжело отразились на заболеваемости туберкулёзом и его распространённости.

В последующие годы в Сургутском регионе, как и в целом в России, продолжали сохраняться все основные причины, вызвавшие ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулёзу.

Сегодня Учреждение ХМАО — Югры «Сургутский клинический противотуберкулёзный диспансер» оказывает квалифицированную специализированную консультативно-диагностическую помощь населению автономного округа, является центром по организационно-методической и консультативной работе и осуществляет координацию мероприятий по профилактике туберку-

лёза в Сургуте, Сургутском районе и г. Когалыме, а также — клинической базой для курса «Туберкулёз» Сургутского госуниверситета. В городе внедрены современные технологии по диагностике туберкулёза: эндоскопические; цитологические и гистологические; лучевые, в том числе: рентгенологические, компьютерная и магниторезонансная томографии, ультразвуковое исследование. В результате широкого использования современных методов диагностики и лечения сократилась необходимость направления больных в иногородние центры.

В состав диспансера входят диспансерное отделение на 200 посещений в смену с 16 фтизиатрическими участками, физиотерапевтический кабинет, ингаляторий, кабинеты функциональной диагностики и стоматологический. Рентгенологическое отделение имеет три рентгенодиагностических кабинета, два флюорографических — стационарный и передвижной, кабинет УЗИ-диагностики, лабораторное отделение, стационар на 210 коек, из них три отделения на 65, 35 и 60 коек для лечения взрослых больных и детское отделение на 50 коек, обслуживающее всё детское население округа.

С 1988 года противотуберкулёзный диспансер размещён в освободившихся зданиях бывшей районной больницы, представляющих собой деревянные одно- и двухэтажные жилые дома, приспособленные для медицинского учреждения. Стационар для взрослых располагается в капитальном четырёхэтажном здании (проект общезжития на 100 мест).

В последние годы проведена определённая работа по улучшению материальнотехнической базы учреждения: сдана в эксплуатацию пристройка к стационарному зданию, в которой расположена современная кухня-столовая; проведён капитальный ремонт здания, где раз-



**Виталий ЖАРАВИН** — главный врач, врач высшей категории, заслуженный работник здравоохранения ХМАО — Югры

местилось лабораторное отделение, получившее при этом современное оборудование. Проведён капитальный ремонт детского отделения, открыты дополнительно два рентгеновских кабинета и кабинет УЗИ-диагностики. Произведён ремонт поликлиники. Выделены средства для приобретения твёрдого инвентаря и оборудования для ремонтируемых зданий. В конце 2009 года закончен капитальный ремонт четырёхэтажного корпуса, где развёрнуты два отделения с круглосуточной охраной и видеонаблюдением для бактериальных больных. Работает септик для обеззараживания сточных вод, установка «Ньюстер» по переработке особо опасных отходов.

В рамках медико-социальных программ «Неотложные меры борьбы с туберкулёзом в г. Сургуте и Сургутском районе», окружной целевой программы «Неотложные мероприятия по борьбе с туберкулёзом» в 2003–2005 годах диспансер дополнительно получил медикаменты и оборудования на сумму свыше 20 млн рублей.

В целях совершенствования ранней диагностики туберкулёза в рамках региональных программ реализовано переоснащение ЛПУ города и района новыми малодозовыми флюорографами. Разработан и внедряется в лечебно-профилактических учреждениях города и района программный комплекс «Обязательные осмотры», что позволило обеспечить полицейской автоматизированный учёт населения, подлежащего профилактическому обследованию.

В 2006–2008 годах в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и окружной целевой программы по борьбе с туберкулёзом профинансировано приобретение медикаментов, диагностических и дезинфекционных средств, медицинского оборудования и инвентаря, автотранспорта для Сургутского противотуберкулёзного диспансера на сумму более 40 млн рублей.

В целях укрепления материально-технической базы противотуберкулёзной службы Постановлением Правительства ХМАО от 11.08.2003 № 558-рп предусмотрено строительство в г. Сургуте противотуберкулёзного диспансера со стационаром на 300 коек. Строительство начато в декабре 2006 года, финансирование ведётся по программе «Сотрудничество». Предполагается, что в 2011 году финансирование составит 1 млрд рублей. Окончание строительства намечено на 2013 год.

В диспансере работают 40 врачей, 19 из них с высшей категорией. Из 103 средних медработников высшую категорию имеют 50 человек. С 1974 года по настоящее время Сургутский противотуберкулёзный диспансер возглавляет В.К. Жаравин — врач высшей категории, заслуженный работник здравоохранения ХМАО — Югры.

Врачи и средние медработники систематически проходят усовершенствование в ГИДУВах и НИИФП страны. С 1993 года на базе тубдиспансера регулярно проводятся выездные циклы усовершенствования по фтизиатрии для фтизиа-

тров, рентгенологов, участковых врачей общей лечебной сети. Также на базе тубдиспансера проходят обучение по ранней диагностике и прививкам участковые терапевты, педиатры и средние медицинские работники ЛПУ города и района.

В настоящее время значительно улучшилось финансирование противотуберкулёзных мероприятий, особенно обеспечение медикаментами, благодаря чему за последние пять лет заболеваемость туберкулёзом в г. Сургуте снизилась на 32%, количество больных, состоящих на учёте, снизилось почти в два раза. Заболеваемость детского населения — одна из самых низких в РФ. Уровень смертности от туберкулёза на 20% ниже среднероссийского показателя.

В России стартует программа модернизации здравоохранения, достаточно много в этом плане уже сделано при осуществлении ПНП «Здоровье», но ещё больше предстоит сделать. Главная задача, стоящая перед нами, — обеспечить доступную, качественную фтизиатрическую помощь населению. А для этого необходимо продолжить внедрение современных информационных систем; поддерживать достигнутый уровень менеджмента качества, отвечающего набору стандартизированных требований ИСО; поддерживать обеспечение подразделений современным оборудованием. ■

## Факты

**1969 год** — начало становления противотуберкулёзной службы города (с появлением в штате Нижневартовской районной больницы врача-фтизиатра С. Ордовской).

**1972 год** — в составе МСЧ НГДУ «Мегионнефть» открыт тубкабинет Нижневартовска и Нижневартовского района. (В 1975 году штат пополнился врачом-педиатром А. Савченко; с 1976 года кабинетом заведовал врач-фтизиатр В. Любичев.)

**25 января 1981 года** открыто туберкулёзное отделение без коек в составе МСЧ п/о ННГ (заведующим назначен В. Любичев).

В **1983 году** отделение возглавил В. Нимченко, при котором оно получило статус диспансера. Открыт посевной пункт, клинико-

диагностическая лаборатория, рентгенодиагностическое отделение.

**26 декабря 1994 года** туберкулёзное отделение реорганизовано в МУ «Региональный противотуберкулёзный диспансер», главным врачом назначен В. Нимченко, проработавший в этой должности до 2001 года.

**1995 год** — диспансеру передано трёхэтажное здание детского сада; реконструкция и капитальный ремонт закончены в 1998 году.

**Август 1998 года** — распоряжением Комитета по управлению имуществом администрации города фтизиатрической службе передано здание санатория-профилактория «Жарки» для организации стационарной помощи больным туберкулёзом.

**2006 год** — диспансер приобрёл статус окружного учреждения,

оказывающего фтизиатрическую консультативную, организационно-методическую и стационарную помощь населению восточной зоны округа (города Мегион, Покачи, Лангепас, Радужный и Нижневартовский район).

Нижневартовский противотуберкулёзный диспансер имеет Свидетельство № 0001633 участника Федерального реестра «Всероссийская книга почёта» от **10 октября 2008 года**.

В **июне 2010 года** получен Сертификат соответствия системы менеджмента качества применительно к деятельности по оказанию медицинской помощи, специализированной в области заболеваний туберкулёзом, требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2008.

## Нижневартовский противотуберкулёзный диспансер — участник Всероссийской книги почёта

■ Л.С. Борхонова, главный врач БУ ХМАО — Югры «Нижневартовский противотуберкулёзный диспансер»



С 2001 года противотуберкулёзный диспансер г. Нижневартовска возглавляет **ЛЮБОВЬ СОНОВНА БОРХОНОВА**, врач-фтизиатр высшей категории, отличник здравоохранения, обладательница почётной грамоты Минздравсоцразвития России

В диспансере трудится высококвалифицированный коллектив из 41 врача и 105 средних медработников. Высшую квалификационную категорию имеют 15 врачей, первую — 6, вторую — 8. Из числа средних медицинских работников аттестовано 80%. В коллективе три отличника здравоохранения, один заслуженный врач РФ — А.А. Савченко; один заслуженный работник здра-

воохранения ХМАО — Югры — врач Н.К. Онешко.

В январе 2002 года, после реконструкции и капитального ремонта здания бывшего санатория-профилактория «Жарки», открылся стационар на 200 коек, в его состав вошли три терапевтических и лёгочно-хирургическое отделения. С декабря 2003 года высокотехнологичная хирургическая помощь стала оказываться больным туберкулёзом всего автономного округа. За период с 2003 по 2009 год с применением оперативного лечения оздоровлено более 1000 больных туберкулёзом. Терапевтические отделения профилированы для лечения впервые выявленных больных с распространёнными формами туберкулёза, малыми формами туберкулёза органов дыхания и для хронических больных.

Диспансерное отделение рассчитано на 344 посещения в смену и работает по участково-территориальному принципу, приём осуществляется на 8 взрослых и 4 детских участках. В январе 2010 года при отделении открылся дневной стационар на 15 койко-мест с двухсменным режимом работы.

В составе учреждения — рентгенодиагностическое отделение, клиническая и бактериологическая ла-

боратории; кабинеты: УЗИ, эндоскопический, физиотерапевтические, кабинет функциональной диагностики; ингаляторий; ЦСО и др.

Основные направления и виды деятельности:

- диагностика, лечение, диспансерное наблюдение, реабилитация больных туберкулёзом;
- оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи;
- организация профилактических мероприятий в очагах туберкулёзной инфекции и среди населения, направленных на снижение заболеваемости туберкулёзом и смертности от него;
- организационно-методическая помощь ЛПУ общей лечебной сети по вопросам раннего выявления и профилактики туберкулёза;
- консультативная, лечебно-диагностическая и организационно-методическая помощь фтизиатрического профиля населению восточной зоны округа, а также учреждениям УФСИН РФ, расположенным на территории г. Нижневартовска. ■

**628624, Тюменская область,  
Ханты-Мансийский АО — Югра,  
г. Нижневартовск, ул. Мира, 74б  
Тел./факс: (3466) 45-41-86  
E-MAIL: PTD@NV-NET.RU**

логических и детско-подростковое психоневрологическое отделения. Функционируют два дневных стационара при амбулаторно-поликлиническом отделении на 40 мест. Поликлиническое отделение мощностью 114 посещений в смену занимается оказанием лечебно-профилактической помощи населению.

В штате диспансера 310 сотрудников, укомплектованность врачами составляет 51%, средним медицинским персоналом – 101%. Относительно кадровой составляющей главный врач Андрей Новиков подчеркнул: «Наш коллектив сплочённый и работают здесь высококвалифицированные сотрудники. Среди работников диспансера есть люди, награждённые государственными наградами. Ежегодно наиболее достойные медицинские работники получают почётные грамоты, благодарственные письма департамента здравоохранения ХМАО – Югры».

Специалисты диспансера каждый день ведут борьбу с социальными заболеваниями. Главный врач дал анализ ситуации: «Число больных с первично установленными наркологическими расстройствами за последний год составляет 191,01 на 100 тысяч населения, что выше средних показателей по округу (177,8) и по России (141,6). На первом месте пациенты с алкоголизмом (79%), остальные пациенты – с наркоманией. Здесь наблюдается сложная ситуация. На конец 2009 года на учёте в учреждении с диагнозом «наркомания» состояло 398 человек.

Ещё одну опасность для социума представляют заболевания психического характера. Статистические данные о впервые заболевших этими расстройствами среди обслуживаемого населения превышают общероссийские и по округу на 29

и 31% соответственно. На сегодня к нашим психиатрам впервые обратились за помощью 194 человека, что составляет 11% от общего числа пациентов данной сферы.

Для борьбы с указанными заболеваниями было принято решение о вступлении учреждения в

ВС      ждялеждения

**С**оветский психоневрологический диспансер начал свою работу в 1987 году (в то время Межрайонный наркологический диспансер). Современное название диспансер получил в 2007 году. Тогда же на базах психиатрического отделения МУ «Центральная городская больница» г. Урая и психоневрологического отделения МЛПУ «Центральная городская больница» г. Югорска созданы Урайский и Югорский филиалы данного диспансера. Общая численность обслуживаемого населения – более 300 тыс. человек.

В стационаре на 180 коек развернуты два психиатрических, два наркологических, два психоневро-

# «Анастасия» придёт на помощь

■ По материалам реабилитационного центра «Анастасия»

*Учреждение социального обслуживания Ханты-Мансийского округа – Югры «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Анастасия» образовано в 1994 году с целью оказания несовершеннолетним лицам, имеющим отклонения в физическом или умственном развитии, медико-социальной, психолого-социальной и социально-педагогической помощи, а также обеспечения их социальной адаптации к жизни в обществе, семье, к обучению и труду.*

**В** учреждении создана система комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями. Социально-реабилитационная деятельность представляет единое реабилитационное пространство, подразумевает организацию деятельности и связей всех структурных подразделений учреждения, при которых методы, приёмы и технологии являются интегрированными. Кадровый потенциал центра – специалисты высшей, первой и второй категории. Руководит коллективом почётный работник общего образования РФ, отличник народного просвещения Республики Казахстан Людмила Анастасовна Прохорова.

Реабилитация детей-инвалидов проводится по индивидуальным программам, с едиными оценочными критериями, едиными подходами к организации процесса реабилитации, с использованием инновационных технологий, с непременным вовлечением в процесс реабилитации семьи воспитанника. Организация процесса оказания услуг исходит из потребностей и возможностей клиентов (детей с ограниченными возможностями здоровья и их родителей). Учреждение обслуживает несовершеннолетних от рождения до 18 лет, имеющих отклонения в физическом или умственном развитии, и несовершеннолетних, не имеющих инвалидности, с соматическими заболеваниями.

Формы обслуживания воспитанников разнообразные: пребывание детей в центре может быть стационарным, полустационарным, кратко-

временным, курсовым, практикуется обслуживание и на платной основе.

Мы предоставляем социальные услуги, предусматривающие помощь и всестороннюю поддержку семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями и детей без инвалидности, но с проблемами со здоровьем. Используем современные методики и технологии, такие как БОС-терапия: логотерапевтический, психоэмоциональный, опорно-двигательный, инновационный дошкольный комплекс «БОС-здоровье»; коррекционно-диагностический комплекс с биологической обратной связью «Зеркальце»; сурдологический тренажёр «Дельфа-130»; логопедический тренажёр «Дельфа-142»; песочная терапия; водотерапия, а также новейшие комплексные программы и тренажёры.

Важными компонентами развития детей и укрепления их здоровья являются занятия АФК и плаванием. С целью ранней социализации в общество и снятия инвалидности учреждение оказывает социально-медицинские услуги детям в возрасте до трёх лет, имеющим статус ребёнок-инвалид.

Успех комплексной реабилитации несовершеннолетних с ограниченными возможностями зависит от взаимодействия и сотрудничества специалистов Центра и семьи. Работа специалистов с семьёй основывается на принципах партнёрства, добросовестного выполнения взаимных обязательств, мотивации родителей на участие в реабилитационном процессе. Положительным опытом организации работы с родителями является



## Досье

Людмила Прохорова родилась в 1960 году. В 1984 году окончила Кустанайский педагогический институт по специальности «учитель биологии», в 2000 году получила второе высшее образование в Уральском государственном педагогическом университете по специальности «менеджер в социальной сфере». В реабилитационном центре работает с 1995 года, в должности директора учреждения – с сентября 2004-го.

проведение совместных праздников и досугов. Совместная деятельность сближает родителей и детей, учит взаимопониманию, доверию. В результате этой деятельности укрепляются семейные связи, происходит гармонизация детско-родительских отношений, развитие отношений сотрудничества между родителями и специалистами учреждения.

В целях исполнения основных функций специалисты отделения осуществляют межведомственное взаимодействие с учреждениями разного уровня для повышения эффективности социальной реабилитации несовершеннолетних с ограниченными возможностями. ■

**628672, Тюменская область,  
ХМАО – Югра, г. Лангепас,  
ул. Ленина, стр. 48.  
Тел./факс 8 (34669) 2-80-09,  
тел. 8 (34669) 2-80-89  
E-mail: rcdip@mail.ru**



#### Тематика Салона

- пластическая хирургия
- оборудование и инструменты для пластической хирургии
- лазерные системы для эстетической хирургии и косметологии
- новые технологии и средства коррекции фигуры
- моделирование фигуры с помощью косметологии
- специализированные издания по косметологии и здоровому образу жизни
- новинки лечебной косметики и средств гигиены
- декоративная косметика
- парфюмерия и ароматерапия
- средства для макияжа, аксессуары красоты
- бытовые косметологические приборы
- услуги, оборудование, мебель для салонов красоты, фитнес-клубов, тренажерных залов
- массажные кабинеты, солярии
- оборудование для бани и сауны, принадлежности
- средства сбалансированного и диетического питания
- гомеопатические и витаминные препараты, БАДы
- товары для здоровья
- мед и продукция пчеловодства, растительные масла
- санаторно-курортные учреждения и оздоровительные центры

#### Основная тематика выставки:

- диагностические приборы и установки
- оборудование для врачебных кабинетов, лечебных учреждений и больниц
- инструментарий, расходные материалы
- дезинфекционные и санитарные средства, медицинские услуги
- фармацевтические препараты, вакцины, ферменты
- диетическое и детское питание
- офтальмологическое и оптическое оборудование
- технологии и оборудование для медицинских лабораторий
- лабораторная техника
- средства оказания неотложной помощи
- средства транспортировки больных
- автомобили скорой помощи и реанимобили
- компьютерные системы приема и передачи вызовов
- системы обработки данных и мониторинга
- стоматологические установки и инструменты
- зуботехническое и рентгеновское оборудование
- оборудование и материалы для имплантологии
- лекарственные средства для стоматологии
- современные расходные материалы для стоматологии
- мебель для стоматологии

**24 – 27  
февраля  
2011 г.  
г. СУРГУТ**

**Контактная информация:  
(3462) 32-34-53, 52-00-40,  
e-mail: expo\_eco@wsmail.ru,  
www.yugcont.ru**

# Институт пластической хирургии и косметологии на Ольховке: мы думаем о качестве жизни пациента

■ Нина Злаказова

*В знаменитом Московском институте пластической хирургии и косметологии на Ольховской улице, 27 с удовлетворением встретили приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в соответствии с которым специальности «косметология» и «пластическая хирургия» приобрели государственный статус и стали наконец официально узаконенными. Именно с этого мы начали разговор с генеральным директором ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии», доктором медицинских наук, профессором Владимиром Виссарионовым.*



— Пользуетесь ли вы поддержкой международных организаций?

— Мы работаем с международным благотворительным фондом «Меценаты столетия» и с фондом «Добрые люди мира». Тут тоже есть сложности. Мы провели благотворительные операции почти на 2 млн рублей, а денежных поступлений практически нет. А сотрудники института из части этих средств должны получать зарплату, потому что государственного финансирования у нас нет.

— Но сейчас существует обязательное медицинское страхование — и есть жизненно необходимые показания, когда пластическая хирургия остро необходима человеку. Я знаю, что ваш институт делает много именно таких операций.

— Потребность в такой помощи очень велика. Реконструкция носа или губы после травмы, например, или врождённая деформация лица, губы, нёба и множество других. И это не везде делают, хотя многие операции известны со времён Пирогова, и многие люди действительно предпочитают обратиться к нам. Такие заболевания непременно должны подлежать обязательному медицинскому страхованию. Речь идёт ведь не только о том, можно или нет жить с таким заболеванием или последствием травмы. Вопрос — как жить? А мы говорим о качестве жизни человека, о том, каков коэффициент его полезного действия. Часть наших услуг, видимо, в ближайшее время войдёт в перечень ОМС, и страховые компании в связи с этим, я думаю, активизируют свою деятельность.

— Мы рады приказу Минздрава, потому что нужно наводить порядок, в том числе и в эстетической медицине. Потребность людей в такой медицине очень высока, а, к сожалению, бывают довольно серьёзные ситуации, связанные с недостаточно правильным оказанием косметологической помощи или неточным выполнением технологий. Наш институт существует 73 года, и мы хорошо помним приказ Минздрава СССР 1982 года об улучшении косметологической помощи населению. Этот приказ работал больше четверти века, но время идёт, требования меняются, разрабатываются новые технологии, расширяются сферы деятельности — и нужны изменения в подходе к организации косметологической помощи. Но важно, чтобы управленцы здравоохранения прислушивались к специалистам, именно в этом я вижу залог успеха.

— Вы как институт с именем, наработанными традициями и опытом сможете работать в условиях жёсткой регламентации и чётких стандартов. Но многим небольшим клиникам многое придётся поменять в работе, да и само их существование может оказаться под угрозой. С кем из коллег вы сотрудничаете, чьё мнение для вас авторитетно? И какие ваши услуги сегодня наиболее востребованы?

— Я здесь работаю около 35 лет, мы всегда сотрудничали и сотрудни-

чаем с институтом красоты на Арбате, которому исполнилось 80 лет. Мы немного младше, но часто действуем сообща, нас объединяет общее понимание задач косметологии и даже правильная, на мой взгляд, конкуренция, т.е. конкуренция с настоящими профессионалами. Специалисты могут и должны спорить, обосновывать свою позицию, и в этом рождается настоящая истина. В каждом учреждении есть свои определённые фишки, что ли. У нас это — возрастные изменения, врождённые патологии, возможно, в силу того, что я этим занимаюсь очень много лет, у меня и моих коллег уже есть своя школа, и люди часто идут именно к нам. Мы занимаемся в этих направлениях и наукой, и практикой, поэтому получаем качественные результаты.

— Владимир Алексеевич, чем сегодня гордится институт красоты на Ольховке?

— Мы гордимся своей активной благотворительной деятельностью. Несмотря на то что в связи с кризисом несколько уменьшилось число наших пациентов, мы в этом году поддержали погорельцев, перевели в их фонд 250 тысяч руб., помогаем детскому дому, церкви. Но делать добро становится всё труднее, так как налоговая система пока не идёт навстречу тем организациям, которые оказывают благотворительную помощь, то есть необходимо сделать так, как это работает за рубежом.

**Досье**

Родом из Москвы. В 1973 году окончил II Московский мединститут им. Пирогова. Начинал медбратом и фельдшером скорой помощи. Окончил интернатуру и начал практическую работу по хирургии в ГКБ № 13 г. Москвы. Работал хирургом в Кондинской ЦРБ Тюменской области. С 1976 года — младший, а с 1982-го — старший научный сотрудник отдела косметической хирургии Московского НИИ косметологии. С 1988 по 1992 год заведовал отделением пластической хирургии Свердловской ОКБ № 1. С 1998 года — генеральный директор института пластической хирургии и косметологии, который существовал под разными названиями (НПО «Косметология», ФГУП «Институт пластической медицины и косметологии», с 2009 года — ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии»). В 1982 году защитил кандидатскую диссертацию, а в 1989-м — докторскую по реконструктивной хирургии врождённых расщелин лица. С 1992 года участник российско-американского сотрудничества по программе «Лицом к лицу».

Автор 390 научных работ, в т.ч. соавтор 5 монографий. Разработчик 26 патентов в области пластической хирургии и косметологии.

Председатель научного совета института. 2005–2009 годы — президент Объединения специалистов эсте-



Анастасия Нефёлова

тической медицины. 2010 год — замдиректора образовательной программы института по пластической хирургии.

Отличник здравоохранения, изобретатель СССР, заслуженный врач РФ. За вклад в развитие благотворительности и меценатства награждён орденом «Слава нации», почётным знаком «Ангел мира». Лауреат премии «За гуманизм сердца».

**— Хотя бы коротко расскажите об институте и его сегодняшних возможностях.**

— Наш институт работает по программе комплексной реабилитации человека. В этом году мы открыли СПА, помня о том, что СПА в переводе с греческого означает «оздоровление через воду». Мы работаем именно с медицинским уклоном, потому что и здесь важно соблюсти главную заповедь врача — «не навреди». Ведь не каждому человеку показаны сауна, различные водные процедуры, дополнительные физические нагрузки. Поэтому у нас руководит этим направлением доктор наук, эндокринолог, высококлассный профессионал. Мы можем сегодня определить биологический возраст человека, более того, сейчас у нас идёт работа над исследованиями, влияет ли оздоровление на этот показатель. И все наши усилия направлены на то, чтобы перевести человека в более «молодую» группу или привести его жизненные показания в соответствие с его реальным возрастом. В этом году мы получили лицензию на образовательную деятельность и возобновили обучение докторов

по нашим специальностям. У нас есть свой отдел по разработке косметических средств. Мы много сил отдаём научным исследованиям, за последние 12 лет у нас защищено 27 диссертаций, из них 6 докторских. Сейчас четыре наших специалиста работают над докторскими диссертациями. Многие исследования посвящены реконструктивной хирургии, например средней зоны лица, орбитальной области, реконструкции ушных раковин при пороках развития, восстановительным операциям при старении. Это всё очень серьёзные работы, в которых ставятся задачи поддержания общего здоровья, повышения долгосрочного эффекта после операции.

Я хочу назвать хотя бы некоторых из наших сотрудников: заведующую хирургическим отделением Светлану Владимировну Грищенко, руководителя научных программ Екатерину Станиславовну Васильеву, заведующую одним из косметологических отделений, доктора наук Анну Германовну Стенько. Мы получили золотой сертификат качества, более того, нам предложили зарегистрироваться в еврорегистре Ев-

ропейской организации качества. Таким образом, европейские эксперты оценили и нашу продукцию, и научную программу, и всю систему работы института. На днях к нам обратились из посольства Бельгии с предложением о сотрудничестве, и это очень приятно. Из разных регионов России и стран СНГ уже около 30 докторов обратились с просьбой об обучении у наших конкретных специалистов. В этом году мы приняли участие в проведении очередного международного дня меланомы, когда бесплатно для пациента проводится диагностика пигментных новообразований.

**— Что ещё в планах института?**

— Я думаю, нам многое предстоит сделать. Сотрудники нашего института закончат ещё две диссертационные работы. В этом году мы завершим формирование хорошо оснащённого учебного центра. И самое главное на будущее: поскольку мы акционерное общество, нам хочется сохранить наш институт как предприятие, которое работает уже очень много лет. В нашем обществе 100% акций принадлежит государству. И мы работаем, стараемся, чтобы государство нами гордилось. ■

Многие тысячи людей смогли по-новому взглянуть на окружающий мир в результате избавления от аллергических, аутоиммунных, сердечно-сосудистых, ревматоидных, хронических, инфекционных и других заболеваний благодаря Медицинскому центру иммунокоррекции им. Р.Н. Ходановой. В основу его деятельности легли многолетние исследования и практический опыт ведущих учёных Института иммунологии МЗ СССР, на базе которого Центр был создан в 1982 году.

Высокая квалификация и богатейший опыт работы позволяют специалистам центра достигать больших успехов — применяемые ими уникальные безлекарственные методы иммунокоррекции буквально ставят на ноги пациентов даже на самых сложных стадиях заболевания. Не случайно достижения коллектива в области клинической медицины были отмечены международной премией «Профессия — жизнь».

Сегодня мы обратились с вопросами к преемнице Р.Н. Ходановой — кандидату биологических наук, генеральному директору Центра иммунокоррекции Л.Г. Лапа.

**— Людмила Григорьевна, в чём уникальность применяющейся в вашем Центре методики?**

— Её уникальность заключается в том, что лечение происходит клетками крови пациента в абсолютной экологической чистоте, без добавления каких-либо чужеродных организму веществ, что обуславливает отсутствие отрицательных побочных воздействий. В ходе многочисленных опытов доктором Ходановой был сделан вывод, что, если у пациента взять венозную кровь и подвергнуть её гипоосмосу (снижению за пределы нормы осмотического давления крови), она приобретёт свойства лечебного препарата (в иммунологии его название — препарат аутологичной крови). Эффективность этого метода в советское время была успешно подтверждена на базе закрытой клиники III Главного управления Минздрава и завершилась патентованием Способа лечения аллергии.

## Досье

Людмила Лапа — врач-терапевт высшей квалификации, биофизик. 20 лет работала в Институте биофизики МЗ СССР. С 1992 года — директор лаборатории «НИРЭЛ-Иммунокоррекция», с 2002-го — генеральный директор Центра иммунокоррекции им. Р.Н. Ходановой (в 2000 году профессор Р.Н. Ходанова передала Людмиле Григорьевне права на методику). Заслуженный изобретатель РФ. Автор трёх изобретений. Владеет патентом «Способ лечения аллергических заболеваний». Лауреат Международной премии «Профессия — Жизнь», «Достижение Отечества».



# Медицинский центр иммунокоррекции им. Ходановой: уникальность плюс результат

■ Екатерина Шипицина

**— Как связан с лечебным процессом введённый вами термин «гемопунктура»?**

— Лечение в Центре производится безлекарственным методом иммунокоррекции — гемопунктурой: препарат аутологичной крови, в состоянии гипоосмоса, вводится подкожно по акупунктурным точкам. В результате лечения этим методом наблюдается активация клеточного, гуморального иммунитета, увеличение популяций Т-, В-лимфоцитов, восстановление киллерной функции лимфоцитов, активация завершённого фагоцитоза, увеличение содержания иммуноглобулинов в крови, улучшение интерферонового статуса. Положительные результаты лечения проявляются уже в ходе проведения процедур: у больных улучшаются общее состояние, сон, аппетит, работоспособность и память. Улучшается и внешний вид человека.

**— Учитывая «всеохватность» крови внутри организма, можно ли говорить, что данная методика оказывает общий оздоравливающий эффект, а не только борется с конкретным заболеванием?**

— Совершенно верно. Введение собственной крови в рефлексогенные зоны оказывает мощный терапевтический эффект. Под воздействием таких лечебных процедур нормализуются функции вегетативной нервной системы, регулируется деятельность иммунной системы, повышается сопротивляемость па-

тогенным вирусам и другим негативным воздействиям, в течение трёх дней улучшаются: микроциркуляция, кровоснабжение и питание тканей. В результате такого комплексного воздействия на организм удаётся остановить разрушающие воспалительные процессы, у больных людей повышается работоспособность, улучшаются сон и настроение, а самое главное — исчезают боль и симптомы долго мучивших их заболеваний. Пациенты выздоравливают.

**— Каков спектр применения этой методики и кто ваши пациенты?**

— Ежегодно к нам обращаются за помощью сотни людей из всех регионов России, стран СНГ, из-за рубежа. Сегодня количество счастливых пациентов, восстановивших в Центре своё здоровье, составляет более 13 тыс. человек. Спектр применения этой методики также обширен: аллергия и иммунодефицитные состояния, бронхиальная астма, гипертония, ревматоидные артриты. Например, он полезен и для профессиональных спортсменов. При его применении идёт быстрое восстановление и заживление повреждённых органов, костей, кожи, излечиваются долго не заживающие травмы. При этом происходит омоложение организма на клеточном уровне. Счастье быть здоровым благодаря этому методу стало возможным потому, что доброе дело нашло своё продолжение в центре иммунокоррекции им. Р.Н. Ходановой. ■

# 180 лет больнице имени великого А.П. Чехова

■ По материалам Звенигородской ЦГБ



**Е**сть в Звенигородской центральной городской больнице имени А.П. Чехова своя реликвия — небольшой одноэтажный корпус, представляющий особую гордость не только для коллектива ЦГБ, но и для всех горожан: именно в нём начинал свою врачебную практику великий писатель. Сегодня больница отмечает 180-летие со дня основания, и это уже совершенно иное учреждение: стационар на 305 коек, новое светлое здание поликлиники на 500 посещений в смену, скорая помощь, аптека, пищеблок, новое оборудование. Но здесь по-прежнему чтятся крепкие традиции, заложенные служителями медицины, в числе которых был и Антон Павлович.

Самым передовым, считает главный врач Николай Григорьевич Фисенко, является отделение скорой помощи. Его сотрудники первыми приходят на помощь тяжёлому больному, объём выполняемой ими работы впечатляет: ежегодно на 13 тысяч официально зарегистрированных жителей приходится до 13 тысяч вызовов, что связано с проживанием в городе большого количества незарегистрированных жителей.

Одним из приоритетных направлений в работе стала профилактика заболеваний, формирование основ здорового образа жизни. Какой службы ЦГБ ни коснись — будь то работа поликлиники, отделений гинекологии, детского, неврологии, инфекционного, дезинфекции, аптеки, отдела лучевой диагностики, пищеблока — все делают одно дело, у всех одна забота: вылечить, оздоровить, избавить больного от страданий и вернуть ему здоровье.

Любовь к работе и к своим подопечным — одна из характерных особенностей сотрудников больницы.

Пример для многих — Евгения Фёдоровна Романова, заведующая терапевтическим отделением, 50(!) лет проработавшая на одном месте. Здесь же работал её муж, невролог. Две их дочери и внучка тоже врачи, ещё одна внучка обучается этой профессии.

Настоящий энтузиаст профессии — травматолог Василий Васильевич Ковтун, доктор медицинских наук, заслуженный врач России, человек неординарный, смелый и высокопрофессиональный.

Почти 25 лет заведовал отделением анестезиологии и реанимации Юрий Александрович Смирнов, который и сегодня продолжает здесь работать. Он хорошо помнит 10-метровую комнатку со шкафом, столом, диваном — таким было отделение вначале. Работали в нём два врача и семь медицинских сестёр. За год проводилось 530 наркозов — масочных и эндотрахеальных с эфиром. В 1983 году работа коренным образом изменилась. Старшей сестрой стала Галина Михайлова — образец для всех в больнице. Начался процесс переобучения, теоретических занятий, анестезиологи овладевали интубацией трахеи, отказались от эфирных наркозов... В 2006 году закончилась реконструкция отделения, теперь это не только структурное подразделение больницы, но и структурно-территориальное, без которого трудно себе представить работу практически всех отделений ЦГБ.

Нет в больнице более значимых, технически оснащённых и эффективных работающих отделений, чем хирургическое, урологическое и травматологическое. Дружным коллективом хирургического отделения руководит высокопрофессиональный врач Василий Васильевич Судьин. Хирурги владеют не только «типичными» оперативными вмешательствами, но при необходимости и уникальными для городской больницы: на открытом сердце, при проникающем ранении сердца, сложнейшими операциями при сочетанных травмах.

В последние годы в больнице

успешно развиваются лапароскопические методы лечения в хирургии, урологии и травматологии. Проведение малоинвазивных оперативных вмешательств в сочетании с проводниковой анестезией значительно расширило показания для выполнения многих операций тяжёлым больным с сопутствующей патологией. В практику травматологического отделения наряду с использованием современного остеосинтеза и остеопластики внедрена артроскопия.

Благодаря нацпроекту «Здоровье» и деньгам, выделенным городскими властями, больница приобрела большое количество современного оборудования. Отремонтировали и оснастили операционные, внедрили новые лапароскопические методы диагностики и лечения. После капитального ремонта основного корпуса, замены всех кроватей и мебели, уменьшения палат, в которых раньше находилось до 9 человек, значительно улучшились условия пребывания пациентов. Позаботились и о кадрах. Глава города Л.О. Ставицкий выделил 11 квартир для молодых специалистов больницы, что значительно помогло решить вопрос острейшего кадрового дефицита. Кроме того, в этом году из бюджета города выделено более 11 млн руб. на приобретение оборудования, а также более 45 млн руб. на капитальный ремонт зданий. И это лучший подарок больнице и жителям города в юбилейном году. ■



## Центр планирования семьи Пушкинского района Санкт-Петербурга: мы помогаем своим пациентам сохранить, восстановить и приумножить репродуктивное здоровье



■ **Наталья Мотовилова, заведующая Центром планирования семьи Пушкинского района Санкт-Петербурга**



тяжёлых форм мужского бесплодия – IMSI (отбор морфологически качественного сперматозоида), технология PCSI (physiological icsi – физиологическое ИКСИ), идея которой состоит в использовании при отборе сперматозоидов их способности связываться с гиалуриновой кислотой. Данный подход увеличивает не только частоту наступления беременностей, но и количество живорождений, то есть снижает количество потерь беременности.

Анализ особенностей течения индуцированных беременностей показал высокую частоту осложнений и репродуктивных потерь, особенно в I триместре. Своевременное наблюдение и рациональное ведение беременности позволяют избежать большинства осложнений. Все пациентки, успешно завершившие лечение бесплодия, могут продолжить наблюдение у специалистов Центра. Основными направлениями в процессе ведения беременности после применения ЭКО в нашем Центре являются: предотвращение преждевременного прерывания беременности; тщательное наблюдение и соответствующие лечебные мероприятия при многоплодной беременности; раннее выявление врождённых пороков развития плода; профилактика и лечение плацентарной недостаточности и гестоза.

За 16 лет успешной работы услугами Центра воспользовались тысячи супружеских пар. Все сотрудники Центра являются членами Европейской ассоциации репродуктологов и эмбриологов (ESHRE), имеют печатные работы как в отечественных, так и в зарубежных изданиях.

### Преимущества Центра планирования семьи

Профессионализм и опыт наших врачей, использование последних разработок и новейших медицинских технологий, наличие современного оборудования обеспечивают высокий уровень диагностики и

лечения в соответствии с мировыми стандартами доказательной медицины. Вы можете быть уверены, что ваш лечащий врач – это профессионал высокого уровня. Наши врачи являются активными участниками международных и национальных форумов, посвящённых проблемам современной репродуктивной медицины. Профессионализм и опыт наших врачей, использование последних разработок и новейших медицинских технологий, наличие современного оборудования обеспечивают высокий уровень диагностики и лечения в соответствии с мировыми стандартами доказательной медицины. Инновационные проекты и специализированные программы лечения – от прекоцепционной подготовки до ведения беременности, подготовки к родам. Качественная медицинская помощь и высокий уровень сервисного обслуживания. Прозрачная и разумная ценовая политика даёт возможность финансовой предсказуемости всего объёма планируемых диагностических и лечебных процедур.

### Клиника несёт ответственность перед своими пациентами:

- за применение наиболее современных, эффективных и безопасных методов диагностики и лечения бесплодия;

- за соблюдение высоких морально-этических норм и конфиденциальность лечебного процесса.

Мы помогаем своим пациентам сохранить, восстановить и приумножить репродуктивное здоровье. Наша основная задача – осуществление своевременной профилактики, информативной диагностики и качественного лечения бесплодия. ■

г. Санкт-Петербург, Пушкин,  
ул. Магазейная, д. 72  
Тел.: (812) 324-6525, (812) 451-7929  
E-mail: CENTER@CPS.ORG.RU  
WWW.CPS.ORG.RU

**Б**есплодие в браке – одна из наиболее важных и сложных современных медико-социальных проблем. Последние десятилетия во многих странах мира, в том числе и в России, отмечают увеличение частоты бесплодных браков, составляющих 15–20%. Официально признано, что 40% всех случаев бесплодных браков сегодня связано с заболеваниями мужской половой сферы, ещё в 23% случаев проблемы имеют оба супруга. Число случаев бесплодия прогрессивно увеличивается, в России сейчас не менее 7 млн бесплодных пар. Демографический кризис в РФ напрямую связан с проблемой низкой рождаемости.

Проблема диагностики и лечения бесплодия является крайне актуальной в акушерско-гинекологической практике, в медицине и в целом приобретает государственное значение.

Центр планирования семьи Пушкинского района Санкт-Петербурга – одно из первых государственных медицинских учреждений, овладевших ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение – оплодотворение вне организма матери) и ПЭ (перенос эмбрионов) – высокотехнологичным методом, требующим серьёзных базовых знаний в области репродукции человека, а также богатого профессионального опыта.

В нашем Центре успешно выполняются новые методики лечения

## Профилактика ВИЧ-инфекции в Астраханской области

■ По материалам ГУЗ «Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Регион относится к числу территорий с низким уровнем поражённости ВИЧ-инфекцией. За весь период наблюдения (с 1987 года) показатель поражённости населения составил 39,6, что в 10 раз ниже показателя по России.

В эпидпроцесс вовлечены все административные территории Астраханской области. В пяти сельских районах показатель поражённости превышает среднеобластной. Самым неблагополучным остаётся Камызякский район.

Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Астраханской области на современном этапе имеет свои особенности. В первую очередь необходимо отметить, что эпидемия, несмотря на более чем 20-летний период, всё ещё остаётся сконцентрированной в наиболее уязвимых группах населения. Во-вторых, у эпидемии «женское лицо» — две трети впервые выявленных случаев приходится на женщин. В-третьих, уже второй год превалирует половой путь передачи инфекции (70%).

Проведение комплексных профилактических мероприятий, направленных на недопущение распространения ВИЧ-инфекции в области, началось с 1989 года, когда был организован Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД.

По инициативе специалистов СПИД-центра с целью обеспечения межведомственного подхода и координации взаимодействия администраций всех уровней, органов и учреждений здравоохранения, образования, культуры, внутренних дел, молодёжных и общественных организаций, средств массовой информации и религиозных конфессий в 1990 году при администрации области был создан межведомственный совет, который в настоящее время переименован в межведомственную комиссию при Правительстве Астраханской области по профилактике и борьбе

с туберкулёзом, СПИД и заболеваниями, передающимися половым путём, возглавляемую премьером Правительства. Также комиссии созданы при муниципальных образованиях сельских районов и г. Астрахани.

В регионе ведётся профилактическая деятельность по следующим направлениям:

- социоэпидемиологический мониторинг за поведенческими факторами риска среди различных групп населения и молодёжи с целью выявления проблем, связанных с распространением ВИЧ/СПИД и ассоциированных заболеваний;
- совершенствование эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции, контроля за проведением профилактических и противоэпидемиологических мероприятий;
- организационно-методическое руководство лечебно-профилактических учреждений по выполнению мероприятий по проблемам ВИЧ-инфекции;
- проведение мероприятий, способствующих повышению информированности молодёжи и населения в целом по проблемам ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний;
- популяризация среди населения обследования на ВИЧ и заболевания, передающиеся половым путём, в том числе через систему анонимных кабинетов;
- диагностика и лечение ВИЧ-инфекции;
- социальная защита ВИЧ-инфицированных, членов их семей и лиц, подвергающихся риску заражения при исполнении ими служебных обязанностей;
- реализация программы по комплексной профилактике ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, ЗППП среди потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса и т.д.;
- внедрение профилактических программ среди различных воз-



растных групп молодёжи и различных групп населения с рисковым поведением;

- подготовка сети специалистов здравоохранения, образования, СМИ и других по проблемам ВИЧ/ СПИД;
- подготовка методической литературы и информационно-профилактических материалов;
- развитие информационно-образовательных кампаний в средствах массовых коммуникаций.

Для развития службы и доступности обследований в шести сельских районах и в ЗАТО г. Знаменск работают лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции и СПИД-ассоциированных заболеваний.

С 2006 года в области успешно реализуется нацпроект в сфере здравоохранения по компоненту «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ». Все нуждающиеся в лечении ВИЧ-инфекции и хронических вирусных гепатитов получают его.

Действующая в регионе система мониторинга позволяет осуществлять комплексный подход по сбору информации о заболеваемости и смертности от ВИЧ/СПИД, о социальных, экономических и культурных последствиях заражения ВИЧ-инфекцией. Проводить эпиднадзор II поколения за наблюдением и обследованием целевых групп с рисковым поведением.

Согласно прогнозу, проведённому в регионе, при дальнейшем осуществлении профилактических программ, показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Астраханской области к 2011 году будет не выше 12,0 на 100 тыс. населения, тогда как по России ожидается 21,0. ■



### Досье

Анатолий Карпов, главный врач Новгородского областного противотуберкулёзного диспансера. Заслуженный врач Российской Федерации. Доктор медицинских наук, профессор. Действительный член Российской лазерной академии наук. Заведующий кафедрой специализированной терапии Новгородского медицинского института.

В 1972 году окончил Ленинградский санитарно-гигиенический медицинский институт им. И.И. Мечникова, затем два года отслужил в рядах Советской Армии. В 1974 году стал главным врачом детского противотуберкулёзного санатория «Хвойное», а с 1981 года бессменно возглавляет Новгородский областной противотуберкулёзный диспансер.

Анатолий Васильевич разработал и внедрил в практику новый метод массовых обследований населения на туберкулёз с применением иммуноферментного анализа (ИФА). Низкоинтенсивное лазерное облучение больных, разработанное доктором Карповым, явилось принципиально новым методом лечения.

Один из активных экологов Великого Новгорода. Усилиями Анатолия Васильевича и единомышленников был закрыт ряд вредных производств на химкомбинате «Азот».

Написал пять книг, в том числе романы, повести, сборник рассказов, является членом Союза писателей России.

## Новгородский областной противотуберкулёзный диспансер — средоточие передового опыта отечественной фтизиатрии

■ АНАСТАСИЯ МЕШКОВА

*Официальной датой открытия ГУЗ «Новгородский областной противотуберкулёзный диспансер» является 1969 год, а первые пациенты поступили сюда в январе 1970 года. Но эти сорок лет — лишь часть истории фтизиатрической службы Новгородской области, начало которой было положено в 1918 году.*

Именно тогда при городской инфекционной больнице появились первые фтизиатрические койки, а в 1926 году структура была реорганизована в противотуберкулёзный диспансер. Тогда же был заложен фундамент фтизиатрической службы региона: организовывались мероприятия по выявлению и профилактике заболеваемости, была развёрнута широкая санитарно-просветительская работа, проводились благотворительные мероприятия. В 1941 году фтизиатрическая служба была эвакуирована в город Боровичи, а в 1969 году в Великом Новгороде был открыт вновь построенный областной противотуберкулёзный диспансер, который возглавил К.В. Холмский. С первых дней работы учреждение отличалось высоким профессионализмом сотрудников, вниманием к новым технологиям, отличными показателями охвата населения диагностическими и профилактическими мероприятиями.

С 1981 года диспансер возглавляет Анатолий Карпов, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ.

— **Анатолий Васильевич, какие особенности сегодня характеризуют систему фтизиатрической помощи Новгородской области?**

— В 1991 году на территории Новгородской области было создано ТМО «Фтизиатрия», объединившее в единую вертикаль семь противотуберкулёзных учреждений общей мощностью 950 коек. В результате оптимизации структуры на сегодняшний день осталось шесть противотуберкулёзных

учреждений общей мощностью 605 коек. Сегодня в состав объединения входят три противотуберкулёзных диспансера, областная противотуберкулёзная больница «Шереховичи», противотуберкулёзный санаторий «Велебицы» и детский противотуберкулёзный санаторий «Хвойное». Главным учреждением является ГУЗ «Новгородский областной противотуберкулёзный диспансер». Ежегодно в этих учреждениях проходят лечение и реабилитацию около двух тысяч пациентов.

Создание этой системы позволило нам сохранить и развить передовой опыт отечественной фтизиатрии, что подтверждено и цифрами. На сегодняшний день мы имеем один из самых высоких показателей охвата профилактическими осмотрами на Северо-Западе России (75–78%), вакцинации против туберкулёза новорождённых (98–99%) и туберкулинодиагностики детей, а по результативности лечения Новгородская область входит в десятку лучших территорий страны. При этом общие показатели заболеваемости уже не первый год остаются ниже среднереспубликанского уровня на 20–24%. В 2009 году коллектив диспансера получил благодарственное письмо губернатора области за высокие показатели по предупреждению распространения туберкулёза на территории региона.

— **Какие подразделения входят в структуру диспансера, какие функции выполняются каждым из них?**

— В настоящий момент ГУЗ «НОПТД» состоит из четырёх стационарных отделений (в том числе



детского) и диспансерного отделения на 175 посещений в смену, в состав которого входит дневной стационар на 20 коек для контролируемого лечения малых форм туберкулёза. Также в структуре диспансера имеются параклинические отделения (рентгенодиагностическое, функциональной и ультразвуковой диагностики), клиничко-биохимическая и бактериологическая лаборатории.

Для выявления туберкулёза внелёгочных локализаций ведутся специализированные приёмы узких специалистов (фтизиатр по внелёгочным локализациям туберкулёза, оториноларинголог, окулист, уролог, гинеколог).

— **Анатолий Васильевич, специалист фтизиатрической службы Новгородской области** одними из первых в России начали участвовать в международных программах по профилактике и лечению туберкулёза. Расскажите, что дало вам это сотрудничество, какой позитивный опыт был получен в ходе этой работы?

— Наше сотрудничество с международными организациями (ВОЗ, Глобальный фонд, Комитет зелёного света) было начато в 2000 году и дало нам возможность оснастить современным оборудованием противотуберкулёзные учреждения и лаборатории общей лечебной сети, получить противотуберкулёзные препараты для лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью.

Но в ходе этой работы нам нередко приходилось доказывать свою позицию, отстаивая приоритеты отечественной фтизиатрии (флюорография, вакцинирование БЦЖ) в условиях напряжённой

эпидемиологической ситуации. Достаточно сравнить показатели заболеваемости, чтобы понять, что в наших условиях часто неприменимы те стратегии профилактики и сдерживания туберкулёза, которые хорошо зарекомендовали себя в Европе. Ведь туберкулёз — это в какой-то степени социальный барометр, и при уровне заболеваемости 80 случаев на 100 тысяч населения было бы крайне недальновидно отказываться от доступных и эффективных методов диагностики и профилактики ТБ.

Я сторонник активного обмена опытом, но нужно уметь видеть ситуацию в целом — возможности экономики, состояние общества — и только после этого внедрять передовые наработки Европы, Японии, США. И я рад, что нам удалось прийти к компромиссу с коллегами и совместными усилиями создать эффективную рабочую стратегию повышения уровня фтизиатрической помощи населению.

— **Какие методы выявления и лечения туберкулёза вы используете в своей работе? Как удаётся преодолеть проблему ТБ-ЛУ/ТБ-МЛУ?**

— В диспансере имеются все необходимые службы для обеспечения диагностики туберкулёза. На базе рентген-флюорографического отделения выполняются уникальные методы исследования органов грудной клетки, флюорографические обследования с минимальной дозой облучения. В отделении имеется передвижная флюорографическая установка, предназначенная для проведения мобильного обследования населения с целью раннего выявления туберкулёза, рака, различных лёгочных и

сердечно-сосудистых заболеваний. В клиничко-биохимической лаборатории проводится широкий спектр исследований, в 2010 году внедрена новая методика дифференциальной диагностики плевритов методом исследования плевральной жидкости на аденозин-дегидрогеназу. С целью диагностики и выявления туберкулёза широко применяются иммуноферментные методы исследования. В бактериологической лаборатории определяется чувствительность микобактерий туберкулёза к противотуберкулёзным препаратам для назначения адекватного лечения и его своевременной коррекции.

Подготовлена проектно-сметная документация на расширение площадей бактериологической лаборатории для приведения её в соответствие с современными санитарно-гигиеническими требованиями, внедрения новых технологий диагностики туберкулёза с использованием БАКТЕК и микрочипов.

Что касается проблемы МЛУ, то сегодня нужно искать методики, которые позволяли бы усиливать резистентность организма и снижали мутации. Но и здесь существуют проблемы: из-за отсутствия достаточной законодательной базы многие перспективные методики официально не разрешены. МЛУ можно и нужно преодолеть, но делать это нужно грамотно, поэтапно, внедряя новые методы, в том числе и с использованием нанотехнологий, и не боясь при необходимости отходить от норм стандартизации. Это не только моё мнение, но и многих учёных и врачей-практиков, посвятивших многие годы борьбе с этим грозным заболеванием. ■

# БСМП № 1: уверенное движение вперёд

■ Анастасия Мешкова



**О**мская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1 была открыта 1 января 1991 года. В условиях высокой концентрации опасных производств, на относительно малой территории городу требовалась эффективная и надёжная система экстренной специализированной медицинской помощи. И роль основного звена в этой системе была отведена БСМП-1, которая неоднократно принимала пострадавших при различных чрезвычайных ситуациях, доказывая значимость своего существования в условиях возможных техногенных и иных катастроф. Сегодня БСМП-1 остаётся одним из флагманов регионального здравоохранения, являясь центром инноваций и научного поиска. Больница является базой для пяти кафедр Омской государственной медицинской академии, а также кафедры Омского областного медицинского колледжа.

Ежегодно за медицинской помощью сюда обращаются более 50 тысяч пациентов, более 28 тысяч — получают стационарное лечение. В клинике развёрнуто 32 подразделения, работающих в круглосуточном режиме, имеется большая база реанимационных коек, созданы 2 областных центра — ожоговый и токсикологический. Также клиника является специализированным областным центром по оказанию помощи беременным с экстрагенитальной патологией.

С 2008 года учреждение возглавляет Сергей Иванович Филиппов — д.м.н., профессор, заве-

дующий кафедрой госпитальной хирургии ОмГМА.

— Сергей Иванович, какую профессиональную оценку вы можете дать коллективу больницы?

— В первую очередь хочу сказать, что не я даю оценку коллективу, наш общий труд оценивается как пациентами, так и коллегами из других учреждений. Но как специалист я могу сказать, что профессиональный, творческий и научный потенциал коллектива БСМП-1, без сомнения, является одним из самых высоких в регионе.



В коллективе больницы более 1,5 тыс. человек, в том числе 6 заслуженных врачей РФ, 2 заслуженных работника здравоохранения, 8 отличников здравоохранения, 10 докторов и 29 кандидатов медицинских наук (ежегодно публикуется более 100 научных работ); 6 медицинских сестёр имеют высшее сестринское образование, 5 — проходят обучение по данной программе; 17 врачей получили дипломы конкурса «Лучший врач года», 2 врача награждены медалью «За заслуги перед Отечеством» II степени, 22 сотрудника награждены почётными грамотами Минздравсоцразвития России.

В 2010 году специалисты БСМП также заняли I и II места в городском и областном профессиональных конкурсах «Лучший врач года», что является прекрасным примером и стимулом для молодых специалистов, которые постигают внутреннюю сущность профессии, работая в одной команде с истинными мастерами своего дела.

— Но ведь именно это является одним из подводных камней работы больницы: часто молодые специалисты вырастают и... уходят в другие медучреждения.

— Служба экстренной медицинской помощи даёт молодому врачу бесценный опыт и комплекс практических умений, и не стоит удивляться, если специалист хочет двигаться дальше, этот процесс закономерен.

Но тем больше внимания мы должны уделять каждому сотруднику, обеспечивая кадровую преемственность и формируя актив профессионалов, способных определять в будущем облик учреждения. И нужно отметить, что БСМП-1 есть чем привлечь сотрудников. В первую очередь это возможность профессионального и карьерного роста: специалисты быстро достигают высокого уровня квалификации, могут вести научные исследования, защищать кандидатские и докторские диссертации, представлять результаты собственных исследований на всероссийских конференциях в Москве, Санкт-Петербурге, Новокузнецке, Екатеринбурге и т.д.

Специфика нашей работы такова, что для многих сотрудников больница становится в буквальном смысле вторым домом. И мы стараемся сделать всё возможное для того, чтобы этот дом был гостеприимным и уютным. В каждом отделении оборудованы комнаты отдыха для персонала, работает психолог, активно проводятся сессии психологической разгрузки. Большое внимание уделяется организации досуга персонала, а в 2006 году было завершено строительство первого в Сибирском регионе спортивно-оздоровительного комплекса для медицинских работников.





### Досье

Сергей Иванович Филиппов, главный врач БСМП-1 г. Омска, заведующий кафедрой госпитальной

хирургии ОмГМА, доктор медицинских наук, профессор. Член аттестационной подкомиссии Министерства здравоохранения Омской области, член диссертационного совета по хирургии и акушерству и гинекологии ОмГМА, автор более 140 печатных работ, двух монографий.

27 лет отдал Сергей Иванович хирургии, хотя выбор будущей профессии во многом определила принадлежность к врачебной династии. «Я видел для себя два пути — медицина и большой спорт», — вспоминает он. Но из-за травмы пришлось отказаться от спортивной карьеры, и вместо классической борьбы Сергей Иванович посвятил себя борьбе за жизнь и здоровье пациентов.

Окончив в 1981 году Омский государственный медицинский институт по специальности «хирургия», молодой врач активно включился в работу и уже в 1986 году, защитив кандидатскую диссертацию, пришёл ассистентом на кафедру общей хирургии ОмГМА, где прошёл путь от доцента до профессора.

В 1997 году, совмещая научную работу с хирургической практикой, защитил докторскую диссертацию. Позже возглавил кафедру госпитальной хирургии в БСМП № 1, а в 2008 году, с учётом богатого опыта практической и организационной работы, был назначен на должность главного врача БСМП № 1.



— Сергей Иванович, мы много говорили об инновациях и опоре на передовые технологии, но всё это невозможно без стабильной материальной базы. Как сегодня складывается ситуация с технической оснащённостью учреждения?

— В целом больница укомплектована оборудованием для оказания медицинской помощи надлежащего качества и в необходимом объёме. За последние годы были приобретены аппарат дистанционной литотрипсии, современное оборудование для отделения реанимации, новый аппарат гемодиализа, мультиспиральный шестнадцатисрезовой компьютерный томограф, активно развивается направление малоинвазивной хирургии. Но особенность работы системы СМП такова, что для спасения жизни пациента в любой момент может потребоваться аппаратура любой сложности, и здесь мы возлагаем надежды на реализацию государственного проекта по модернизации здравоохранения на

2011–2012 и последующие годы. БСМП-1 участвует в этом проекте в качестве регионального центра по лечению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, что предусматривает дополнительное оснащение ангиографическим оборудованием. В рамках этой же программы мы станем одним из региональных центров восстановительного лечения больных с сердечно-сосудистыми и неврологическими заболеваниями. Ещё одним важным направлением развития этой программы предусматривается создание центров по оказанию помощи больным с автодорожной травмой (БСМП-1 включена в программу обслуживания участка федеральной трассы Омск — Тюмень), в связи с чем планируется получение средств на приобретение необходимого оборудования, в первую очередь для отделений эндоскопии и лучевой диагностики.



— Юбилей — это возможность оглянуться назад, подвести ито-



ги работы. Скажите, какие достижения вы считаете наиболее значимыми? Что бы вы хотели пожелать сотрудникам в наступающем 2011 году?

— Двадцать лет — скромный юбилей, но уже сегодня нам есть что оценить и вспомнить. Важнейшим достижением я считаю то, что за эти годы в больнице сложился сплочённый, высокопрофессиональный коллектив, и очень приятно, что именно в год нашего юбилея специалисты БСМП-1 уверенно заняли лидирующие места в профессиональных конкурсах «Лучший врач года» городского и областного уровня.

Я хотел бы пожелать нашим сотрудникам семейного благополучия, здоровья, дальнейшего профессионального роста и верности своей профессии: ведь именно здесь остаются работать те, кто имеет настоящее призвание лечить, кто не ищет лёгких путей и готов посвятить свою жизнь великому делу служения людям. ■



## Прекрасная Поляна для отдыха и лечения!

■ Екатерина Шипицина

*Санаторий «Красная Поляна» находится на живописном берегу реки Оскол в Валуйском районе Белгородской области. Площадь санатория, в том числе заповедник, составляет 22 га. Красота здешней природы не только лечит и умиротворяет, но и вдохновляет. Так, русский пейзажист начала XX века Аркадий Рылов, часто гостивший здесь, посвятил целый цикл картин этим колоритным местам.*

оскольская долина — настоящий клад руской истории. Эти места помнят поход князя Игоря на половцев. Побывал тут и Пётр I, с той же миссией — военной. После побед под Азовом он проезжал по среднему Осколю, останавливался в Валуйках. Село Лавы раньше было деревней Пушкарное. В ней жили стрельцы, пушкарники. Сын стрельца Торопова Дорофей поселился на месте, где сейчас находится санаторий, и стало оно называться «Дорофеевской поляной».

«Красная Поляна» стала именоваться так уже после революции, тогда здесь лечили раненых красноармейцев. Позже сюда привезли юных беспризорников и создали коммуну по типу макаренковской. В 1936 году было принято решение открыть профсоюзную здравницу. «Красная Поляна» стала на Белгородчине первым домом отдыха. Тогда он принимал до 50 человек. Размещались в домиках «под солому», в домах прежних хозяев.

Годы Великой Отечественной войны также не обошли стороной здравницу. Целых полгода под оккупацией. Впоследствии на территории дома отдыха «Красная Поляна» располагался командный пункт генерала армии, маршала Советского Союза, дважды Героя Советского Союза С.К. Тимошенко. Напоминание о днях войны на территории «Красной Поляны» — солдатская братская могила. В 1943 году на базе дома отдыха открылся эвакуационный госпиталь Управления госпиталями ВЦСПС Курско-Орловской и Брянской областей, здесь же находилось подсобное хозяйство дома отдыха «Крас-

ная Поляна»: выращивали овощи для госпиталя и корма для скота. В 1946 году госпиталь закрыли, и дом отдыха принял своих первых отдыхающих после войны, около 80 человек.

Новая история санатория рассказывает, что в 1998 году на базе дома отдыха открылся санаторно-оздоровительный лагерь для детей и работал он до 2005 года. А с 1 января 2006 года дом отдыха преобразовался в ООО Санаторий «Красная Поляна» под ведомством профсоюзной организации (лицензия № 31-01-000178 от 14.09.06 выдана ФС по надзору в сфере здравоохранения и социального развития). И сейчас профсоюзные активисты могут посетить санаторий по льготной путёвке.

Сегодня здесь оказывают санаторно-курортное лечение по следующим профилям: неврология, травматология и ортопедия, акушерство и гинекология, эндокринология, физиотерапия, педиатрия, терапия. Предлагаемые виды лечения: бальнеологическое (водолечение), физиотерапевтическое (УВЧ-терапия, УЗ-терапия, электрофорез, амплипульс, электросон), медицинский массаж, употребление минеральных вод, диетотерапия, соколение, грязелечение, глинолечение, радонолечение, стоматология терапевтическая, парафинотерапия, ингаляции, рефлексотерапия (иглоукальвание), ЛФК.

Санаторий «Красная Поляна» всегда готов дарить прекрасный отдых и незабываемые дни на берегу реки Оскол!

Тел. (7236) 9-11-21, факс 9-11-71

**К**расотами белгородского санатория гордится и генеральный директор ООО «Санаторий «Красная Поляна» Владимир Жерлицын, посвятивший этому учреждению 36 лет. «В санатории и в детском оздоровительно-лечебном лагере проводится комплексная реабилитация взрослых и детей, — рассказывает Владимир Михайлович. — Организован семейный отдых. К услугам отдыхающих предоставляются кинозал и видеосалон, клуб, бильярдная, настольный теннис, библиотека с читальным залом, разнообразные спортивные площадки, прогулочные и лыжные трассы, благоустроенные песчаные пляжи. Завершено строительство крытого спорткомплекса. Организуются автобусные экскурсии по историческим местам Белгородской области. Проводятся коллективные пешие прогулки и выезды в уникальные природные места. Излюбленным местом отдыха санаторий стал для любителей рыбалки, ведь река Оскол — отличное место для рыбной ловли».

### Слово о походах князя Игоря и Петра Первого... и не только

Из дальнейшей беседы с Владимиром Михайловичем узнаём, что

## РБ № 2 — ЦЭМП: в ногу со временем — вместе с нацпроектом «Здоровье»!



## Досье

Борис Андреев, главный врач ГУ «Республиканская больница № 2 — Центр экстренной медицинской помощи» Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия). Врач высшей квалификационной категории по организации здравоохранения и общественному здоровью. Кандидат медицинских наук. Заслуженный врач Республики Саха (Якутия). Награжден орденом «За честь, доблесть, созидание, милосердие», нагрудным знаком «Отличник здравоохранения Республики Саха (Якутия)» и «Отличник здравоохранения РФ». Лауреат Государственной премии РС (Я) им. П.А. Петрова в области организации здравоохранения и медицинской науки.

**Ц**ель работы коллектива ГУ «Республиканская больница № 2 — Центр экстренной медицинской помощи» (РБ №2 — ЦЭМП) сосредоточена в трёх тезисах:

- охрана здоровья граждан,
- обеспечение доступности современных медицинских технологий, в том числе высокотехнологичных на субъектовом уровне,
- повышение эффективности и качества оказания специализированной экстренной медицинской помощи.

## ■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

Осуществление данных целей вышло на новый современный уровень благодаря активной позиции руководства больницы и Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия). Многие вопросы решились при вступлении учреждения в национальный проект «Здоровье».

Известно, что экстренная помощь часто требуется больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Об этом в РБ № 2 — ЦЭМП не только помнят, но и совершенствуют это важное направление. Не без помощи, осуществляемой на федеральном уровне. Так, 3 декабря 2009 года постановлением Правительства РФ № 1154 «О финансовом обеспечении в 2010 году за счёт ассигнований из федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями», больница вошла в приоритетный национальный проект «Здоровье» в части реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. В соответствии с этим республике из федерального бюджета предоставлена субсидия на оснащение Регионального сосудистого центра на базе РБ № 2 — ЦЭМП и первичных сосудистых отделений.

Сотрудниками больницы проведена организационная и практическая работа по реализации проекта «Здоровье» по таким направлениям, как: оказание практической помощи, курируемым Центральным районным больницам республики по проведению дополнительной диспансеризации (ДД) работающего населения, проведение дополнительных осмотров работников, занятых на работах с вредными производственными факторами (ДМО) Республики Саха (Якутия); проведение ДД и ДМО сотрудников РБ № 2 — ЦЭМП и по договорам сторонним организациям.

Руководство больницы в лице главного врача Бориса Витальевича Андреева делает всё возможное,

чтобы учреждение не находилось в статичном состоянии. О динамичном развитии говорят последние факты. В последнее время в его структуре произошли положительные изменения. С целью совершенствования внестационарной хирургической помощи населению, расширения видов медицинской помощи, оказываемой в учреждении, увеличения доступности медицинской помощи гражданам республики в структуре РБ № 2 — ЦЭМП открыт Центр амбулаторной хирургии. С целью дальнейшего развития информационных технологий функционирующий кабинет телемедицины был реорганизован в телемедицинский центр.

С целью улучшения специализированной анестезиолого-реанимационной помощи пациентам в ожоговом отделении РБ №2-ЦЭМП открыто отделение анестезиологии-реанимации с палатой реанимации и интенсивной терапии № 1 на шесть коек.

Кроме того, на базе отделения медицинской профилактики организована работа школ здоровья: по артериальной гипертензии, по сахарному диабету, по бронхиальной астме. Все они функционируют для больных в стационарных отделениях больницы бесплатно. В них наблюдаются и сотрудники РБ № 2 — ЦЭМП с факторами риска развития заболеваний, с хроническими неинфекционными заболеваниями. Оплата деятельности школ здоровья для сотрудников осуществляется из средств обязательного медицинского страхования.

Все перечисленные факты говорят только о том, что экстренная помощь в ГУ «Республиканская больница № 2 — Центр экстренной медицинской помощи» Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) будет развиваться и дальше. Государственная программа «Здоровье», активная позиция руководства данного учреждения и слаженная работа коллектива работают на один результат: быть в ногу со временем ради здоровья людей! ■

# V Национальный конгресс терапевтов: Широкий взгляд на пациента

■ Людмила Сорокина

С 24 по 26 ноября 2010 года в Москве проходил V Национальный конгресс терапевтов, организованный Российским научным медицинским обществом терапевтов и приуроченный к 115-летию со дня рождения выдающегося врача и учёного Евгения Михайловича Тареева.

Конгресс осветил самый широкий спектр вопросов, касающихся всех сторон практической деятельности врача-терапевта. Максимальное внимание уделялось темам, наиболее интересовавшим академика Тареева. Председателями секций и докладчиками стали ведущие российские учёные. Несомненный интерес аудитории вызвал конкурс молодых учёных и форум «Скорая помощь – 2010». Конгресс стал важной вехой в системе непрерывного профессионального образования врачей-практиков, работающих в первичном звене отечественного здравоохранения.

Конгресс берёт своё начало в 1909 году, именно тогда состоялся I Съезд российских терапевтов. У истоков Общества стояли выдающиеся учёные, оставившие яркий след в истории российской медицины: В.Д. Шервинский, В.П. Образцов, В.Н. Сиротинин, Э.В. Гутье, А.Б. Фохт, Д.Д. Плетнёв, М.П. Кончаловский.

В 1993 году было создано Российское научное медицинское общество терапевтов, ставшее наследником Всесоюзного и Всероссийского обществ. Первым, а затем почётным президентом РНМОТ стал академик А.П. Голиков.

С 2009 года президентом Общества является член-корреспондент РАМН Ю.Б. Белоусов. РНМОТ получило международное признание и является членом Всемирного общества внутренних болезней (ISIM) и Европейской федерации внутренних болезней (EFIM).

Специальным гостем форума стал президент Европейского общества терапевтов Фариолс Рамон Пуйоль.

В ходе трёхдневной работы участники форума обсудили самый широкий спектр научных тем, касающихся лечения различных заболеваний, совершенствования преподавания, а также организации скорой медицинской помощи.

«Мы с вами живём в такое время, когда на первый план выходят технологии, в том числе информационные. Иногда пациент приходит к нам даже более подкованным, чем мы сами. Но когда мы в этот век высоких технологий задаём себе вопрос, смогут ли врачи заменить роботы, ответ может быть только отрицательным», — отметил профессор Пуйоль, приветствуя российских коллег.

С приветственным словом к конгрессу обратился заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению Константин Титов. Он заметил, что конгресс выполняет важную задачу, способствуя непрерывному образованию врачей первичного звена.

С интересным и познавательным докладом выступила академик РАМН Валентина Насонова, известный отечественный ревматолог, почётный директор НИИ ревматологии РАМН. Валентина Александровна посвятила здравоохранению более полувека, 30 лет из которых возглавляла Институт ревматологии РАМН. Автор около 500 научных работ и 9 монографий, среди которых — исследования по системной красной волчанке, ревматоидному артриту, микрокристаллическим артритам, остеоартрозу и др. В.А. Насонова — ученица Е.М. Тареева, продолжив-



Анастасия Нефёдова



Анастасия Нефёдова

шая его дело. Её доклад на Конгрессе был посвящён наследию учителя, разработавшего стройное учение о системных заболеваниях человека.

— Евгений Михайлович учил нас понимать больного, а не только ставить диагноз, — подчеркнула академик Насонова. — Его заповедь — лечить больного, а не болезнь. Именно благодаря такому системному подходу удалось разработать и внедрить в широкую практику методы лечения красной волчанки. Учитель подарил своим пациентам долгую жизнь, возможность иметь детей и дожидаться внуков.

С докладом «Е.М. Тареев и современная клиника внутренних болезней» выступил знаменитый терапевт, академик РАМН Николай Мухин, директор клиники нефрологии, внутренних и профессиональных заболеваний им. Е.М. Тареева, заведующий кафедрой терапии и профессиональных болезней I Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова.

— Крупнейший клиницист XX века, Евгений Михайлович с большим вниманием относился к пациентам, основывая свою работу на представлениях о целостности организма, его неразрывных связях с окружающей средой, придавая приоритетное значение профилактическому направлению, — подчеркнул академик. — Причину болезни учёный усматривал в реакции организма на изменяющиеся условия окружающей



Владимир Зотов, Сергей Колесников, Евгений Трофимов, Николай Чуркин, Татьяна Зотова, Дмитрий Нефёдов, Зоя Тюмасева

**В рамках Конгресса в Совете Федерации Советом по сохранению природного наследия нации, Межрегиональной общественной организацией «Природное наследие нации» и Федеральным специализированным журналом «Кто есть кто в медицине» был проведён круглый стол на тему «Сохранение окружающей природной среды как одно из направлений единой государственной политики в области оздоровления населения».**

На круглом столе выступили Владимир Зотов, председатель и руководитель Совета по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации; Сергей Колесников, заместитель председателя Комитета Государственной думы по охране здоровья; Евгений Трофимов, заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению; Николай Чуркин, первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по природным ресурсам и охране окружающей среды; Татьяна Зотова, вице-президент межрегиональной общественной организации «Природное наследие нации»; Дмитрий Нефёдов, главный редактор журнала «Кто есть кто в медицине»; Зоя Тюмасева, директор Института здоровья и экологии человека; представители центров и организаций.

Участниками круглого стола отмечено, что окружающая природная среда является интегративным результатом, влияющим на уровень и качество здоровья населения российских регионов, от которого во многом зависит процесс оздоровления общества. В выступлениях были затронуты вопросы взаимоотношения человека и природы, влияния окружающей природной среды на здоровье человека, поиска инструментариев, форм, методов и решений профилактики и лечения болезней с использованием элементов природы.

По мнению выступающих, процесс сохранения природы напрямую связан не только с сохранением здоровья каждого человека, но и с оздоровлением общества в целом.

Участники выступили с инициативой проведения ряда мероприятий по рассмотрению вопросов влияния окружающей природной среды на здоровье человека, развития здоровьесберегающих технологий, дальнейшего оздоровления общества.

На круглом столе была отмечена большая роль Федерального специализированного журнала «Кто есть кто в медицине» в пропаганде здорового образа жизни нашего общества, формировании активной позиции по сохранению и укреплению здоровья населения.

среды. Этот постулат лёг в основу его учения об этиологии болезни, давшего практическому врачу рекомендацию по рациональному подходу к лечебным мероприятиям.

Пленарные заседания Конгресса были посвящены самым разносторонним вопросам современной медицины — бронхиальной астме; острой сердечной недостаточности, отечественным разработкам в области терапии с использованием генно-инженерных биологических препаратов.

Памятуя о тареевском принципе лечения больного, а не болезни, докладчики в своих выступлениях чётко обозначили тему полипрагматии. Действительно, нередко специалисты узкого профиля назначают пациентам в совокупности слишком много лекарственных средств и лечебных процедур. В этих условиях

значительно возрастает роль терапевта, которому надо учитывать серьёзную проблему гериатрической практики — наличие у одного пациента целого букета заболеваний — и, соответственно, выбирать верный алгоритм лечения.

Все три дня на Конгрессе работали спутательные симпозиумы, посвящённые актуальным темам современной медицины.

В рамках конгресса видные ученые и практики проводили занятия различных школ, читали лекции, посвящённые широкому кругу медицинских проблем. Среди разнообразных форм работы были предусмотрены клинические разборы терапии отдельных патологий: лихорадки неясного генеза; HCV-ассоциированной криоглобулинемии; аутоиммунного гепатита и его вариантных форм; волчаноч-

ного нефрита в сочетании с тромболитической микроангиопатией и билатеральным стенозом почечных артерий; саркоидоза хронического течения с внелёгочными проявлениями; гранулематоза Вегенера.

Терапевты приняли участие в обсуждении клинических рекомендаций сопровождения больного с гипертоническим кризом и острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе. Прошло заседание рабочей группы по подготовке Национальных рекомендаций по диагностике и лечению миокардитов.

V Национальный конгресс терапевтов — это выдающееся событие. Оно способствует развитию и совершенствованию широкой медицинской помощи населению, а также повышению профессионального уровня практического врача. ■

# Междисциплинарный подход: проблемно-ориентированная реабилитация

■ ТАТЬЯНА ТЕБЕНИХИНА



26–27 ноября 2010 года на базе ФГОУ СПО «Санкт-Петербургский медико-технический колледж» ФМБА России прошла научно-практическая конференция «Междисциплинарная помощь больным инсультом. Проблемно-ориентированный подход». Организаторами мероприятия выступили ГОУ ДПО «Санкт-Петербургский центр последипломного образования работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием» ФМБА России, ФГОУ СПО «Санкт-Петербургский медико-технический колледж» ФМБА России и ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова». Конференция прошла при поддержке и участии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, Администрации Адмиралтейского района Санкт-Петербурга, Российско-британского неврологического партнёрства, Университета прикладных наук Миккели (Финляндия), Санкт-Петербургского регионального отделения Российской ассоциации медицинских сестёр и Межрегионального ресурсного центра. В рамках конференции была организована выставка ведущих брендов реабилитационного оборудования, приборов функциональной и лабораторной диагностики, а также современных перевязочных средств.

С приветственным словом к участникам конференции обратились: главный невролог Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии СПбГМУ имени И.П. Павлова академик Александр Скоромец, консультант Управления организации медицинской помощи ФМБА России Ирина Шалфеева и главный специалист по управлению сестринской деятельностью ФМБА России, директор ГОУ СПб ЦПО ФМБА России и и.о. директора ФГОУ СПО «СПб МТК» ФМБА России Ирина Бахтина.

С программным докладом о перспективах развития помощи пациентам, страдающим сосудистыми заболеваниями, выступила главный специалист по медицинской реабилитации Минздравсоцразвития России Галина Иванова.

Ведущие специалисты из России, Британии, Финляндии выступили с лекциями и провели мастер-классы

реабилитации сложных пациентов, перенёсших инсульт. Вниманию коллег был предложен опыт работы российских и зарубежных междисциплинарных бригад (МДБ).

В конференции приняли участие более 350 специалистов, однако их число увеличилось за счёт online-трансляции пленарных заседаний. Работали многочисленные секции: «Коррекция двигательных нарушений», «Помощь пациентам с речевыми нарушениями», «Современное ведение проблемы пролежней», «Преодоление когнитивных проблем», «Ведение пациентов с дисфункцией тазовых органов», «Социально-медицинское взаимодействие при работе с инсультными больными. Возвращение самостоятельности в повседневной жизни», «Ведение пациентов с нарушением глотания», «Правильное перемещение больных».

Междисциплинарный подход доказал свою эффективность в

многочисленных исследованиях и вошёл в «Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками», выпущенными исполнительным комитетом Европейской инсультной организации (ESO) и авторским комитетом ESO. Европейский стандарт рекомендует направлять в специализированное отделение для получения координированной мультидисциплинарной реабилитации.

В отечественном здравоохранении широко внедряется междисциплинарный подход, доказавший свою эффективность, не требующий значительных финансовых вложений. Федеральная программа оказания помощи больным, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, включает внедрение ранней мультидисциплинарной реабилитации после инсульта. Особенно актуален междисциплинарный

Ежегодно в мире регистрируется более 30 миллионов инсультов. Эта болезнь в 3,5–4 раза чаще приводит к летальному исходу, чем инфаркт миокарда. Комплексные меры по борьбе с инсультом являются одним из приоритетов национального здравоохранения. Убедительными клиническими испытаниями доказано, что наилучший результат даёт междисциплинарный подход, то есть организация труда с согласованным использованием усилий всех специалистов, оказывающих помощь пациентам, и проблемно-ориентированный подход, заключающийся в решении конкретных проблем каждого пациента.



подход при лечении пациентов, находящихся в остром периоде заболевания. Эффективность реабилитации связана в первую очередь с тщательным базовым уходом, дающим возможность избежать развития осложнений, и только во вторую очередь – с применением различных техник, таких как физиотерапевтическое оборудование, специфические методики кинезитерапии и т.п. Отсутствие в больницах и на дому квалифицированного ухода является основным сдерживающим фактором успешной реабилитации.

Междисциплинарная бригада – это команда квалифицированных специалистов, помогающих пациенту достичь поставленных реабилитационных целей. В состав междисциплинарной бригады входят врач, медсестра, логопед, специалист ЛФК, эрготерапевт, нейропсихолог, диетолог, специалист по социальной работе. Проблемно-ориентированная реабилитация строится на тщательной оценке проблем пациента. Эффективность реабилитации оценивается по результатам восстановления не отдельных функций, а всех в совокупности. Проблемно-ориентированная реабилитация пациента – реабилитация человека, а не инсульта.

Выступавшие на форуме врачи подтвердили своевременность и необходимость внедрения междисциплинарного подхода при лечении больных инсультом, отметив, что практическое внедрение новых методик требует решения ряда организационных и нормативно-правовых вопросов.

Конференция проанализировала причины, тормозящие внедрение нового метода. Выяснилось, что проблемами организации МДБ

являются несоответствие штатного расписания тому объёму и качеству работы, который ожидаем при проведении современного восстановительного лечения. Необходимо вводить ставки эрготерапевтов и нейропсихологов и дополнительные – для медицинских сестёр и службы ЛФК. Необходимо менять учебные программы подготовки специалистов, а на отделениях вводить систему круглогодичных обучающих семинаров.

И ещё один важный вопрос: зона ответственности междисциплинарных бригад. Санкт-Петербург может поделиться десятилетним опытом деятельности МДБ в условиях стационарного лечения острых больных (инсультные блоки ранней реабилитации), при проведении отсроченной реабилитации в амбулаторной сети (мобильные бригады поликлиник Приморского района СПб), в Центре дневного пребывания социально-медицинской реабилитации (Петроградский район). Проведённые исследования доказывают эффективность междисциплинарной помощи в отношении профилактики осложнений и функциональных исходов как в раннем периоде лечения больных с нарушением мозгового кровообращения, так и при амбулаторной реабилитации.

Ведение больных междисциплинарными бригадами экономит рабочее время, повышает эффективность лечения, предупреждает развитие осложнений, не требует значительных финансовых затрат, экономит средства за счёт сокращения применения дорогостоящих препаратов при лечении осложнений.

Подводя итоги работы, главный специалист по управлению



сестринской деятельностью ФМБА России, директор ГОУ СПб ЦПО ФМБА России Ирина Бахтина отметила, что конференция, объединившая специалистов всех отраслей, оказывающих реабилитационную помощь больным, перенёсшим инсульт, в новой истории Российского сестринского дела была проведена впервые.

Практическое внедрение нового метода потребует целого комплекса мероприятий, в том числе изменения нормативно-правовой базы, разработки принципиально новых программ повышения квалификации, значительного расширения роли сестринского персонала, а также фундаментальных научных и методических разработок.

– Мы надеемся, что знания, полученные на конференции, материалы и рекомендации ведущих российских специалистов и зарубежных коллег будут востребованы практикующими специалистами в повседневной работе, – подытожила Ирина Бахтина. ■

# III Всероссийский форум Службы крови: Спасибо, донор!

■ Людмила Сорокина

*III Всероссийский форум Службы крови, состоявшийся 1 декабря 2010 года, подвёл итоги трёхлетней реализации государственной программы развития добровольного донорства.*

1 декабря 2010 года в Москве состоялся III Всероссийский форум Службы крови. Организаторы – Министерство здравоохранения и социального развития РФ и Федеральное медико-биологическое агентство – собрали представителей федеральной и региональной власти, главных врачей станций переливания крови всех регионов, участвующих в Программе, представителей некоммерческих организаций и социально ответственного бизнеса для подведения итогов реализации Программы. В Форуме приняли участие более 400 человек.

Пленарное заседание Форума открыл руководитель Федерального медико-биологического агентства Владимир Уйба, зачитав приветственное слово министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Татьяны Голиковой. Далее в своём докладе руководитель ФМБА России остановился на достижениях Программы за трёхлетний период её реализации. На реализацию программы в 2008–2010 годах из федерального бюджета было выделено 12 млрд рублей, отметил Владимир Уйба. Из этих средств закуплено и поставлено на 65 станций переливания крови в субъекты Российской Федерации 4988 единиц оборудования, создано и подключено 2833 автоматизированных рабочих места. Этот инвестиционный фундамент позволил применить системные подходы к созданию современной Службы крови, способной обеспечить потребности здравоохранения в безопасных компонентах донорской крови.

Владимира Уйба отметил, что за период реализации Программы значительно укрепилась техническая база Службы крови, повысил-

ся общий уровень безопасности крови, создана единая информационная система, повсеместное внедрение которой позволит донорам сдавать кровь по месту своего пребывания, независимо от прописки.

К главным задачам на 2011 год руководитель ФМБА России отнёс оптимизацию управления запасами крови и её компонентов.

– В 2007 году в среднем по стране мы наблюдали снижение количества регулярных доноров крови и её компонентов и решали эту задачу. Благодаря нашим усилиям сегодня мы можем говорить даже о профиците плазмы, и это ставит перед нами новую задачу – по её переработке для производства альбумина для федеральных и субъектов лечебных учреждений, – сказал Владимир Уйба. – Эту задачу мы будем решать на федеральном уровне.

Новым направлением развития Службы крови на последующие годы является создание модернизированных медицинских сооружений модульного типа, которые позволяют в своей базовой комплектации заготавливать до 5 т крови и её компонентов в год. Модульная конструкция предполагает возможность компоновки двух и более медицинских модулей, что позволит станциям при необходимости своевременно обеспечивать растущие объёмы заготовки, а также модернизировать здания в соответствии с новыми требованиями.

В 2009 году был успешно реализован пилотный проект в городе Лермонтове Ставропольского края, и в 2011 году планируется поставить такие модули ещё на три станции переливания крови в Республике Карачаево-Черкесия, Сочи и Ростове-на-Дону.

– Созданы условия для безопасности гемотрансфузионной терапии и стандартизации компонентов заготавливаемой крови. Эффективно используется поставляемая в рамках государственной программы современная аппаратура, повышается качество скрининга донорской крови благодаря новым методам, основанным на нанотехнологиях. Учреждения службы крови повсеместно применяют карантинизацию свежезамороженной плазмы. Всё шире используется вирусная инактивация свежезамороженной плазмы. Недавно прошедший симпозиум, организованный Советом Европы, был посвящён проблемам вирусной инактивации. Ведущие мировые эксперты, принявшие участие в его работе, признали, что Россия оказалась в числе первых во внедрении данного направления.

У нас есть планы по расширению этих прогрессивных методов. Информационные технологии способствуют решению уникальной задачи – созданию единого информационного пространства службы крови, что также способствует решению проблемы безопасности гемотрансфузионной терапии. Донорство имеет большое значение для здоровья нации, не только физического, но и морального. Это движение определяет, насколько высоки в обществе идеалы гуманизма, самопожертвования, сострадания и оказания помощи ближнему.

По последним данным Минздравсоцразвития России, в стране сейчас около 2 млн доноров. Большая их часть, 90%, являются донорами резерва, то есть сдают кровь не постоянно, а время от времени. По словам директора Российского НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА России, главного специалиста гематолога-трансфузиолога Минздравсоцразвития России Е.А. Селиванова, произошёл «великий перелом» в безвозмездном донорстве крови.



Анастасия Нефёлова

В 2010 году продолжилась реализация масштабной программы развития Службы крови, начатая в 2008 году Министерством здравоохранения и социального развития России совместно с Федеральным медико-биологическим агентством. С 2008 по 2010 год, за время реализации информационной кампании, общее число доноров увеличилось на 4,2%. В 2010 году на тысячу жителей России приходится 14 добровольных доноров. В отдельных регионах страны эта цифра значительно выше: в республиках Мордовия и Калмыкия более 30 доноров на тысячу жителей.

Общее число доноров в 2009 году по сравнению с 2008-м возросло на 4,2% и составило 14 человек на тысячу населения. Есть регионы, например Челябинская область, Мордовия, Калмыкия, Башкирия, где эти показатели более чем в два раза выше. В среднем по России приходится 25,7 донации на тысячу населения.

Значительно больше стало доноров резерва. Увеличилось число доноров плазмы и клеток крови, что очень важно для развития высокотехнологичной медицинской помощи. В среднем по России за последние два года более чем в три раза возросла выдача медицинским учреждениям тромбоконцентратов.

— Главной движущей силой в реализации задач любой сложности являются специалисты, — сказала в своём выступлении директор Центра крови Ольга Гришина. — Именно поэтому руководитель ФМБА России В.В. Уйба поставил задачу: помочь нашим коллегам трансфузиологам освоить новейшие технологии для работы в модернизированных учреждениях

службы крови. В апреле 2010 года на базе института повышения квалификации ФМБА России сформирована кафедра гематологии и трансфузиологии Российской медицинской академии последипломного образования, руководимая академиком А.И. Воробьёвым. Уже проведён первый цикл обучения на тему «Актуальные вопросы производственной и клинической трансфузиологии».

Ольга Гришина презентовала в рамках своего выступления фильм — своеобразный анонс нового обучающего цикла и пригласила коллег пройти обучение на бюджетной и внебюджетной основе по специальностям «Трансфузиология», «Клиническая лабораторная диагностика; иммуногематология».

Практически все докладчики Форума отмечали важную роль коммуникационных аспектов Программы развития Службы крови: информированность людей о безопасности донорства, укрепление общественного статуса донора, лояльную позицию руководителей предприятий и учреждений в

отношении сотрудников-доноров, активную поддержку донорства властью и общественными лидерами, конструктивное участие некоммерческих общественных организаций.

Для решения этих задач было разработано более 10 основных форматов мероприятий, которые реализованы в 65 регионах России. Среди них — открытые уроки для школьников, поддержка молодых волонтерских инициатив, формирование общественных советов на уровне субъектов РФ, федеральные акции для почетных и регулярных доноров и др. Проведённые мероприятия обеспечили вовлечение многих общественных институтов в донорское движение.

Одним из самых торжественных моментов Форума стала церемония награждения активных участников Программы медалью ФМБА России «За содействие донорскому движению». Владимир Уйба впервые вручил эту медаль представителям региональных и федеральных учреждений Службы крови, общественных советов, социально ответственного бизнеса. ■

*В прошлом году коммуникационное агентство «Аарон Ллойд» впервые выступило в роли Исполнительной дирекции конкурса «Платиновая унция». Стояли непростые и очень ответственные задачи. Во-первых, компетентно и честно определить лидеров фармотрасли. Во-вторых, провести церемонию награждения победителей конкурса на высоком уровне. Для решения первой задачи был расширен состав Экспертного совета, доработана конкурсная документация, а также проведено аудирование результатов конкурса, которое осуществила компания Ernst & Young.*



## «Платиновая унция — 2010»

■ ИСПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИРЕКЦИЯ КОНКУРСА «ПЛАТИНОВАЯ УНЦИЯ»



**Б**ольшое внимание было уделено и медийной поддержке конкурса. Помимо специализированной прессы конкурс поддерживали общественно-политические издания, такие как «Коммерсант-daily», «Огонёк», «Секрет Фирмы», «Власть». Эти издания никогда раньше не поддерживали премию.

Сейчас можно смело утверждать, что все задачи решены. Более того, удалось вывести премию на новый уровень. В 2010–2011 годах стоит задача провести ещё более масштабную информационную кампанию, увеличить состав информационных партнёров и повысить интерес к конкурсу.

Также была получена высокая оценка работ по организации конкурса со стороны экспертного совета и от номинантов и победителей конкурса.

«Берлин Хемп/Менарини». Юрий Владимирович Григорьев, глава представительства:

«Мы рады тому, что оказались в числе призёров 10-й юбилейной церемонии «Платиновая унция». Получение премии в номинации «Компания года», подноминации «Иностранный производитель лекарственных средств» по итогам 2009 года, подразумевает оценку таких объективных показателей, как: доля рынка, лидерство в определённых позициях. Мы уверены, что в такой системе оценки огромное место занимало мнение Экспертного со-

вета, которому мы благодарны за проявленную добропорядочность, настойчивость и исполнительность. Получение награды «Платиновая унция» для нас тем более ценно, что сочетает в себе два важных компонента системы».

«Пфайзер». Софья Кадыкова, HR-директор представительства компании Pfizer в России:

«В 2010 году российское представительство компании Pfizer победило в номинации «Работодатель года», что стало для нас и приятной неожиданностью, и ещё одним важным доказательством того, что кадровая политика компании действительно соответствует потребностям сотрудников, способствует их успешному развитию в рамках организации и профессиональному росту. Важно отметить демократизм и несомненную объективность конкурса, ведь в голосовании, помимо экспертного жюри, приняли участие и посетители портала по подбору персонала HeadHunter, т.е. специалисты, которые, возможно, уже скоро придут к нам как сотрудники или партнёры. Для нас победа в «Платиновой унции» и признание фармацевтического сообщества России — большая честь, заслуга и, конечно, стимул для дальнейшего развития и совершенствования».

С ноября 2010 года Исполнительная дирекция начинает активную подготовку к конкурсу «Платиновая унция — 2010». Именно в ноябре состоится первое заседание

Оргкомитета конкурса, в состав которого уже вошли такие компании, как «КОМКОН-Фарма», Cegedim Dendrite, IMS Health, Институт развития общественного здравоохранения, Head Hunter, ИД «Бионика», «Аарон Ллойд» и ЦМИ «Фармэксперт». Не исключены и новые участники в составе Оргкомитета.

В рамках первого заседания Оргкомитета конкурса «Платиновая унция» планируется обсуждение вопроса по расширению состава Экспертного совета.

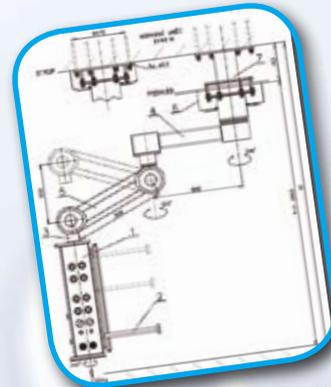
Ожидается, что подтвердит своё участие в составе Оргкомитета компания Ernst&Young и выступит в качестве официального аудитора конкурса.

Исполнительная дирекция конкурса открыта к партнёрству со всеми заинтересованными компаниями. На сегодняшний день можно отметить, что в партнёрстве заинтересованы не только фарм-компании, но и компании из смежных отраслей. Участие в качестве партнёра конкурса «Платиновая унция» может стать частью грамотно построенной PR-кампании.

Исполнительная дирекция конкурса «Платиновая унция — 2010» приглашает всех участников фармацевтического рынка к сотрудничеству. О формах и условиях сотрудничества всегда можно узнать на официальном сайте конкурса [www.unia.ru](http://www.unia.ru) или связавшись с Исполнительной дирекцией.

Сейчас самое подходящее время для этого — конкурс стартует! ■

Дельный совет от  
**ООО «ЭНЕРГИЯ-КРИОСИБ»**  
**Снижайте затраты!**  
 Оптимизируем системы  
 подачи медицинских газов!



Потолочный комплекс поворотный с откидным плечом ОК 96-67

Выполним поэтапно или комплексно:

- проектирование
- монтаж
- поставку
- пуск в эксплуатацию

**Модульные системы жизнеобеспечения (консоли)**



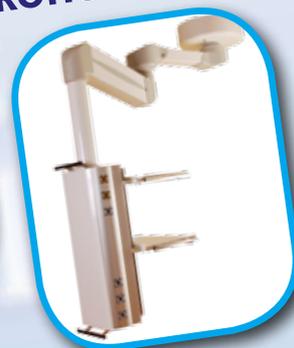
Настенные медицинские консоли



Консоль палатная RN07-DN3



Модуль газоснабжения мостовой потолочный ZMP - 07



Потолочный поворотный комплекс ОК07 - 57

**Предназначены для размещения в**

- операционных блоках
- реанимационных отделениях
- родовых залах
- палатах интенсивной терапии



ПИТ ОДКБ г.Омска



Отделение реанимации ОДКБ г.Омска

**Преимущества использования**

- компактное размещение аппаратуры вокруг пациента
- быстрое подключение к магистралям лечебных газов
- максимальная безопасность больного
- экономия медицинских газов

**Для безопасной и эффективной работы лечебного учреждения:**

- гарантийное и постгарантийное техническое обслуживание
- обучение и консультации персонала медицинских учреждений
- индивидуальный подход к каждому клиенту
- полный комплект согласованной технической документации



ТО Кислородной системы

Консоль подвода мед. газов и электропитания — важная и жизненно необходимая медицинская техника !

Задайте интересующие Вас вопросы по телефонам: (3812) 61-98-99, 61-98-97  
 E-MAIL: ENERGIA@KRIOСIB.RU САЙТ: WWW.KRIOСIB.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

Россия, 109029, г. Москва, ул. Скотопрогонная, 27/26, строение 1, (495) 678-66-25, 675-54-94, 675-50-55, 755-90-11

STSMEDTEH@MTU-NET.RU WWW.SOTISCORP.RU