

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ

Healthy Nation

МОДЕРНИЗАЦИЯ

В рамках программы будет модернизировано 39 лечебных учреждений, из которых 31 центральная районная больница.

12

СОБЫТИЕ

Форум ВОЗ и Первая всемирная министерская конференция в Москве по борьбе с неинфекционными заболеваниями.

18

ИННОВАЦИИ

Верификацию и терапию злокачественных опухолей помогут облегчить морфологические и цитогенетические технологии.

44

ТЕХНОЛОГИИ

Экспресс-диагностика системы гемостаза – не дань моде, а необходимость.

54

МЕНЕДЖМЕНТ

Административно-управленческие решения – в основе перехода на современную систему организации медсестринской помощи.

64

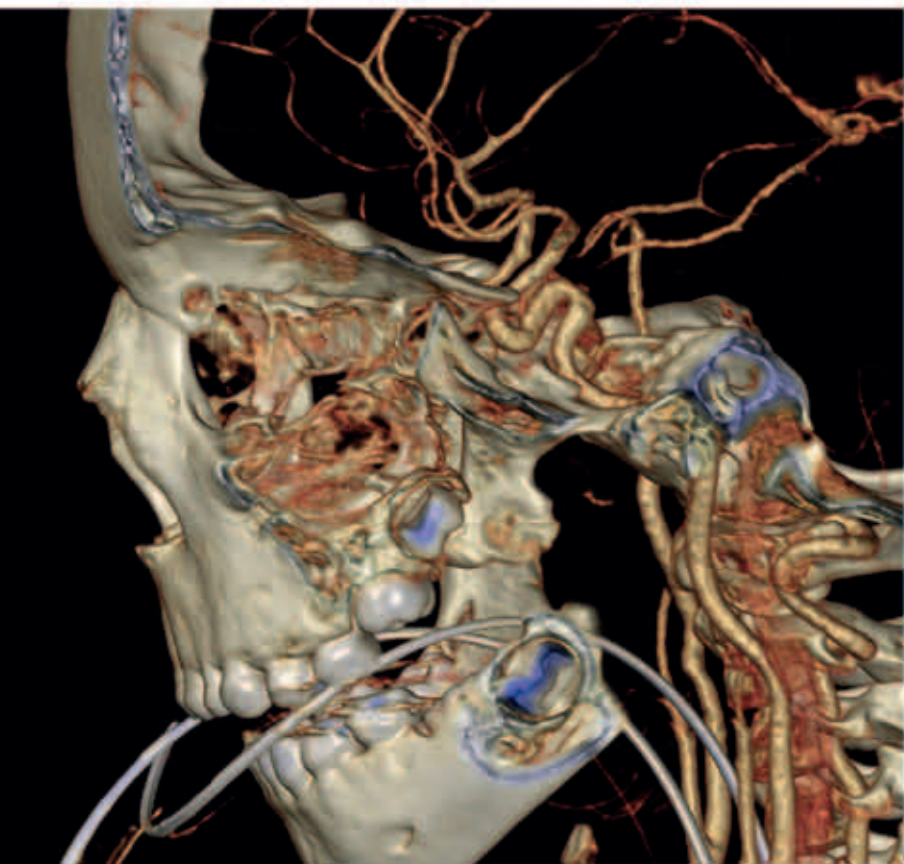


**С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ
ПРАЗДНИКОМ,
ДОРОГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ!**

СИСТЕМА ALLURA XPER FD

НОВЫЕ СТАНДАРТЫ
В ЦИФРОВОЙ АНГИОГРАФИИ

19 июня – День медицинского работника [8] • Уровень и качество здравоохранения – на укрепление здоровья граждан [9] • Медицинские стройки – под особым контролем [12] • Неинфекционные заболевания – вызов человечеству [18] • Модернизация с ориентацией на качество медицинской помощи [22] • Жизненный потенциал закладывается в детстве [25] • Такие инвестиции только на пользу [28] • Эпидемическая безопасность больных при оказании медицинской помощи [30] • Защита стен – опора пациентам [34] • Неотложные вопросы кардиологии [36] • В серийном производстве – лучшие отечественные приборы для кардиостимуляции [38] • Allura XPER FD значительно повышают качество исследований [40] • Эффективные технологические решения [42] • Инновации в молекулярно-биологической диагностике [44] • ElastoScan™ поднимают эффективность работы врача на экспертный уровень [46] • Новейшие технологии стерилизации [48] • Предвидеть болезнь, значит, предупредить [52] • Экспресс-диагностика системы гемостаза. Новые концепции, новые технологии [54] • Поделитесь опытом, достижениями [56] • Медицинское образование в США [58] • Преемственность, традиции отечественной медицины живут и сегодня [62] • Организационная система сестринского дела нуждается в трансформации [64] • Профилактика – в основе здоровья. Иной альтернативы нет [67] • Основа жизни [70] • Прошлое, настоящее, будущее Мамадышской ЦРБ [72] • Гордость здравоохранения [75] • Диалог культур во имя здоровья [78]



Лучшее решение при выборе КТ

Наконец-то появилась система КТ, которая не заставляет жертвовать одним ради другого. Это система Philips Ingenuity CT. Благодаря концепции Philips Imaging 2.0, представляющей собой полностью новый подход к визуализации, компьютерный томограф Ingenuity CT позволяет получать высококачественные изображения при меньшем времени сканирования и при меньшей лучевой нагрузке. Эта система создает кристально четкие изображения, повышающие надежность диагностики. Узнайте больше о технологии КТ, которая открывает все эти возможности. Посетите нашу страницу www.philips.com/IngenuityCT.

PHILIPS
разумно и просто

27-29
ОКТАБРЯ 2011
СОЧИ

МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ. СОЧИ-2011



ЭКСПОМЕД

XII специализированная выставка медицинского оборудования, технологий и фармпрепаратов для здравоохранения



КУРОРТНАЯ МЕДИЦИНА

XI специализированная выставка оборудования и технологий для курортной и восстановительной медицины, здорового образа жизни



XII Всероссийская научно-практическая конференция
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЛЕЧЕНИЯ В ЗДРАВНИЦАХ РОССИИ. СОЧИ 2011

ИНФОРМАЦИОННЫЕ
СПОНСОРЫ:



ОРГАНИЗАТОР: Выставочная компания «Сочи-Экспо ТПП г. Сочи»

тел.: (8622) 647-555, (495) 745-77-09, доб.105
m.pisarenko@sochi-expo.ru, www.sochi-expo.ru

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР:
Группа компаний «Ивент-Сервис»



СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

8	19 июня - День медицинского работника
9	Уровень и качество здравоохранения - на укрепление здоровья граждан
12	Медицинские стройки - под особым контролем
18	Неинфекционные заболевания - вызов человечеству
22	Модернизация с ориентацией на качество медицинской помощи
25	Жизненный потенциал закладывается в детстве
28	Такие инвестиции только на пользу
30	Эпидемическая безопасность больных при оказании медицинской помощи
34	Защита стен - опора пациентам
36	Неотложные вопросы кардиологии
38	В серийном производстве - лучшие отечественные приборы для кардиостимуляции
40	Allura XPER FD значительно повышают качество исследований
42	Эффективные технологические решения
44	Инновации в молекулярно-биологической диагностике
46	ElastoScan™ поднимают эффективность работы врача на экспертный уровень
48	Новейшие технологии стерилизации
52	Предвидеть болезнь, значит, предупредить
54	Экспресс-диагностика системы гемостаза. Новые концепции, новые технологии
56	Поделиться опытом, достижениями
58	Медицинское образование в США
62	Преемственность, традиции отечественной медицины живут и сегодня
64	Организационная система сестринского дела нуждается в трансформации
67	Профилактика - в основе здоровья. Иной альтернативы нет
70	Основа жизни
72	Прошлое, настоящее, будущее Мамадышской ЦРБ
75	Гордость здравоохранения
78	Диалог культур во имя здоровья

Healthy Nation

ЗДОРОВЪЕ НАЦИИ

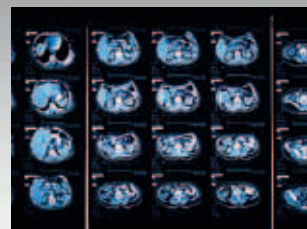


НОВОСТИ



Субсидии на ВМП увеличиваются

Минздравсоцразвития РФ 14 апреля подписало Соглашение о предоставлении в 2011 году Республике Татарстан субсидии из федерального бюджета на софинансирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Татарстан находится среди субъектов РФ, получивших наибольший объем субсидий, – 324,1 млн руб. В общей структуре распределения субсидий на ВМП – это четвертый показатель в России по объему и 34% от средств, выделенных для Приволжского федерального округа, и на 8,5% выше, чем было выделено в 2010 году, – 298,6 млн руб. Впервые в реализацию государственного задания Российской Федерации включен ГАУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи» г. Набережные Челны. Всего за счет средств федерального бюджета высокотехнологичную помощь получают в условиях республиканских клиник 3166 жителей республики, в том числе по таким востребованным видам, как ЭКО и эндопротезирование крупных суставов конечностей.



Больнице скорой медицинской помощи Казани быть лучшей

Судьба этого медицинского объекта, верой и правдой служившего не одному поколению жителей Казани и настоятельно требующего радикальной модернизации, предрешена. На недавно состоявшемся в Министерстве здравоохранения РТ совещании с участием иностранных проектировщиков были обсуждены вопросы строительства новой БСМП на базе городской больницы №7. Руководитель отрасли – Айрат Фаррахов – подчеркнул важность серьезного подхода к выбору ее проекта. «Мы очень долго шли к этому, – сказал министр. – Изучили и продолжаем изучать опыт зарубежных и российских коллег. Больница скорой медицинской помощи столицы Татарстана должна отвечать всем современным требованиям и быть оснащенной самыми новейшими технологиями. БСМП Казани будет лучшей».

В Камских Полянах строится современный реабилитационный центр медико-социальных технологий

Он станет частью комплекса, в который, кроме него самого, войдет и новая больница. На строительство нового медицинского объекта, рассчитанного на 400 мест, из федерального и республиканского бюджетов уже выделено 560 млн руб. По словам главы Нижнекамского муниципального района, этот важнейший объект входит в комплексный инвестиционный план развития Камских Полян как моногорода. Для лечения людей с психоневрологическими заболеваниями в центре будут применяться самые современные медико-социальные технологии. Новая камскополянская районная больница также будет оснащена современным медицинским оборудованием и, конечно же, системой «Электронное здравоохранение». С введением в строй, по плану – это август 2011 года – жители Камских Полян смогут получать медицинские услуги на более высоком уровне. Кроме того, реабилитационный центр даст городу около 180 рабочих мест.

Преобразования амбулаторно-поликлинической службы Зеленодольска

Новый, оснащенный современным медицинским оборудованием, амбулаторно-поликлинический комплекс недавно открылся в Зеленодольске после капитального ремонта, реконструкции зданий детской поликлиники №2, поликлиники №3 для взрослого населения, травматологического, стоматологического и отоларингологического отделений. В состав модернизированной амбулаторно-поликлинической службы входят клиническая лаборатория, физиотерапевтический, процедурный и прививочный кабинеты, кабинеты УЗИ и ФГДС, а также система электронной регистратуры, которая позволит пациентам записываться на прием к врачу через Интернет. Ее мощности позволяют принимать до 3140 пациентов в смену. В торжественной церемонии открытия нового медицинского комплекса принимали участие министр здравоохранения РТ Айрат Фаррахов, глава Зеленодольского муниципального района Сергей Батин, главный врач ЦРБ Ильгиз Хидиятов и др.

Первая и удачная

Врачи отделения нейрохирургии №1 Республиканской клинической больницы выполнили первую операцию с использованием безрамной компьютерной нейронавигации – системы, помогающей хирургу быстро осуществить доступ к целевой структуре мозга, выполнить операцию по удалению/резекции патологического образования максимально полно, точно и чисто, без повреждения прилегающих здоровых тканей. Накануне ее проведения руководителем направления «Функциональная стереотаксическая нейрохирургия и навигация» медицинской компании ОМБ К. А. Исаевым для нейрохирургов клиники был проведен мастер-класс. Операцию по удалению опухоли головного мозга с использованием нового оборудования выполнил заведующий отделением нейрохирургии №1, кандидат медицинских наук, заслуженный врач Республики Татарстан Т. А. Бикмуллин.



«Хирургия одного дня»

Врачи Нижнекамской центральной районной многопрофильной больницы начали проводить операции по технологии «Хирургия одного дня». Эти несложные, в основном, операции выполняются без госпитализации больного в стационар. Такой вид оперативного вмешательства дает много преимуществ. Во-первых, сокращаются сроки ожидания плановой операции, во-вторых, исключаются риск развития послеоперационных осложнений и психологический фактор «госпитализма» – пациент находится в домашних условиях, и, в-третьих, сокращаются материальные затраты. То есть пациент экономит свое время, деньги и быстро возвращается к активной жизни. Амбулаторная хирургия – это не только сфера деятельности специалистов-хирургов, а особая идеология лечебного процесса, требующая нового, систематизированного подхода к принципам организации хирургической помощи. Стационары кратковременного пребывания изменили отношение к оперативным вмешательствам, предполагавшим длительное нахождение пациентов в больнице и не менее долгий реабилитационный период.

Внедрение стандартов оказания медицинской помощи позволит увеличить заработную плату

В режиме видеоконференции прошло республиканское совещание, на котором была обсуждена реализация Программы модернизации здравоохранения Республики Татарстан. Как отметил министр здравоохранения Айрат Фаррахов, в рамках этой программы уже выполнена большая работа по укреплению материально-технической базы медицинских учреждений, внедрению современных информационных систем, стандартов оказания медицинской помощи. Общий объем финансирования из федерального бюджета на эти цели составит 7,9 млрд руб. Предусмотрено и софинансирование из республиканского бюджета. 36% из всех этих средств будут направлены на кластер «Материнство и детство». Приоритетом программы модернизации также является снижение смертности от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и внешних причин. Как отметил глава ведомства, начинается реализация мероприятий, направленных на повышение доступности амбулаторно-поликлинической и оказания медицинской помощи в соответствии со стандартами, в результате чего будет повышена заработная плата 5 тысячам врачей-специалистов и более 12 тысячам среднего медицинского персонала поликлиник. «Внедрение стандартов оказания медицинской помощи в стационарах по 13 приоритетным направлениям, – сказал министр, – позволит повысить заработную плату медицинскому персоналу, участвующему в оказании медицинской помощи в соответствии со стандартами, на 10% в 2011 году и до 25% – к 2013 году».

Обсудили вопросы правового регулирования медицинской деятельности

Для организаторов здравоохранения, практикующих врачей и медсестер республики в Казани прошел семинар «Актуальные проблемы правового обеспечения медицинской деятельности». Его организатором выступила Ассоциация медицинских работников Республики Татарстан совместно с КГМУ, а проводили сотрудники кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова. Программа семинара разработана под руководством президента Национальной Ассоциации медицинского права, заслуженного юриста РАМН, завкафедрой медицинского права Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, д. м. н., профессора Юрия Сергеева. Как отметил важность рассматриваемых на семинаре вопросов первый заместитель министра здравоохранения РТ Адель Вафин, решение многочисленных и весьма разнообразных проблем правового урегулирования медицинской деятельности стоит в одном ряду с выполнением задач организационной и технологической модернизации здравоохранения, а знание юридических аспектов становится обязательным условием для повседневной работы медицинского персонала. В ходе семинара разбирались наиболее острые проблемы и типичные ошибки правоприменительной практики, предлагались конкретные рекомендации по их устранению и предупреждению.

Золотые медали Женевского салона – казанскому ученому за инновации

В Международном выставочном центре PALEXPO (Женева, Швейцария), где с 1972 года демонстрируются только самые новейшие изобретения в различных областях науки и техники, прошла 39-я выставка. В рамках российской экспозиции была представлена и разработка ассистентки кафедры ортопедической стоматологии Казанской государственной медицинской академии Аллы Рафф – «Функциональный метод лечения травм и деформаций челюстно-лицевой области». После тщательной экспертизы ее работа была признана инновационной и удостоена золотых медалей. Награды будут способствовать успешному продвижению разработки казанского ученого не только на внутреннем, но и на международном рынке. «Поскольку проблема травматологии и челюстно-лицевой ортопедии является сегодня актуальной и касается каждого человека, мне было особенно приятно познакомиться с моей разработкой мировую общественность, – сказала Алла Рафф. – Моя цель – внедрить новый метод в профессиональную деятельность врачей-травматологов и врачей-ортопедов. Проблема решается просто и легко. И самое главное – метод должен быть доступен населению».



Айрат ФАРРАХОВ,
министр здравоохранения
Республики Татарстан

19 июня – День медицинского работника

Дорогие коллеги!
Сердечно поздравляю вас с профессиональным праздником -
Днем медицинского работника!

Врачевание испокон веков считалось одной из самых почитаемых профессий, а работа медика – необычайно сложной и ответственной. Она требует не только гуманности, верности клятве Гиппократу, глубоких и разносторонних знаний, но и огромного терпения, чуткости, душевной щедрости, самоотверженности, а порой и самопожертвования. Непросто каждый день делить с людьми их боль, вселять в них надежду и оптимизм. Но именно это делают те, кто связал свою жизнь с медициной.

Конечно, успех нашей деятельности зависит не только от профессиональных и моральных качеств персонала. Современная медицина – это высокотехнологичная отрасль, в которой концентрируются огромные материальные ресурсы. В нашей стране и, в частности, в Татарстане, здравоохранение за последние годы претерпело невиданные ранее по масштабам изменения. И хотя далеко не все нас сегодня устраивает, нельзя отрицать очевидного факта: отрасль становится совершенно иной. У нас появились медицинские учреждения, вполне сопоставимые с западными клиниками по уровню технической оснащенности, возможностям использования наиболее передовых методов диагностики и лечения заболеваний. Заметно меняются условия и содержание труда медиков. В нем все весомее становится доля интеллектуального, творческого компонента.

Руководство России в числе стратегических целей развития страны обозначило повышение качества жизни населения. Как известно, общественное здоровье является одной из важнейших составляющих, определяющих это качество. Поставлена задача – заметно снизить смертность наших сограждан, которая неприемлемо высока для цивилизованного мира, повысить продолжительность их жизни. В связи с этим у нас с вами – непочатый край работы. Надеюсь, что совместными усилиями нам удастся добиться существенных изменений к лучшему. Все предпосылки для этого есть: кадровый потенциал здравоохранения в нашей республике высок, а власти России и Татарстана очень многое делают для радикальной модернизации здравоохранения, его материально-технической базы.

От всей души желаю вам, дорогие коллеги, новых успехов в вашем благородном труде, а также крепкого здоровья, семейного счастья, удачи и благополучия.



Повышение качества медицинской помощи, развитие перинатальных центров, снижение смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний - такие приоритеты развития здравоохранения в 2011 году определил в своем докладе на итоговой коллегии Министерства здравоохранения РТ глава ведомства Айрат Фаррахов. Этот год должен стать переломным и в плане внедрения информационных технологий - электронных очередей, паспортов учреждений, амбулаторных карт пациентов. Многие из этого уже воплощаются в жизнь. В работе коллегии принимал участие Премьер-министр РТ Ильдар Халиков.

Уровень и качество здравоохранения - на укрепление здоровья граждан

ВОПРОС ЖИЗНИ И СМЕРТИ

В 2010 году естественная убыль населения в республике снизилась на 0,1 промилле. В Набережных Челнах, а также Нижнекамском, Елабужском, Балтасинском и Альметьевском районах отмечен прирост населения. В Казани число родившихся сравнялось с числом умерших. В прошлом году в республике появились на свет 48 968 младенцев, что на 2363 новорожденных больше, чем в 2009 году.

Как показал анализ, самая частая причина смерти - заболевания системы кровообращения, из-за чего в прошлом году в умерли 849 человек на каждые 100 тысяч населения (показатель 2009 году - 797,7 промилле). Смертность же от инфаркта миокарда снизилась и составила 52,5 на 100 тысяч населения (в 2009 году - 55,2). Второе место в структуре смертности занимают злокачественные опухоли - 176,1 случаев на 100 тысяч населения (в 2009 году - 182,6). Наиболее

низкие показатели - в Камско-Устьинском (107,7), Лаишевском (143,5) и Нурлатском (140,8) районах. Третье место среди причин смертности занимают несчастные случаи, в основном травмы и отравления. Из-за этого в прошлом году умерли 128 человек в пересчете на каждые 100 тысяч населения (в 2009 году - 132,1). Наиболее низкий показатель - в Атинском районе (44) и в Набережных Челнах (86,8).

ТОЧКИ ОПОРЫ И РОСТА

Высокая смертность от заболеваний сосудистой системы наблюдается не первый год. Врачи делают все возможное, чтобы ее снизить. В 2008 - 2010 годах в республике были открыты 11 межмуниципальных сосудистых центров - в Казани, Набережных Челнах, Нижнекамске, Чистополе и Альметьевске. В прошлом году три таких центра, оснащенных новейшим медицинским оборудованием, были открыты на базе РКБ, РКБ-2 и в Зеленодольской



ЦРБ. Сосудистые центры уже показали свою эффективность. Общая смертность от этого вида заболеваний за последние два года снизилась почти на треть, а у 70% больных достигнуто функциональное восстановление.

«Мы предполагаем дальнейшее развитие сосудистых центров, которые по существу становятся точками роста, – подчеркнул в своем докладе министр здравоохранения РТ Айрат Фаррахов. – В текущем году планируется их создать на базах Бугульминской и Елабужской ЦРБ, городской больницы №7 Казани. Управлению лечебной и профилактической помощи необходимо работать над совершенствованием деятельности сосудистых центров».

Активные меры принимаются и по снижению смертности от онкологических заболеваний. В 2010 году во всех взрослых поликлиниках республики были созданы первичные онкологические кабинеты, а в трех районах – межмуниципальные поликлинические онкологические отделения. Для более эффективной онкологической помощи населению в Альметьевске создано новое республиканское подразделение – филиал ГУЗ «РКОД МЗ РТ». Для жителей северо-восточного региона РТ на базе БСМП Набережных Челнов открыто стационарное онкологическое отделение на 55 коек. А в РКОД недавно открыт Центр ядерной медицины.

Третья главная причина смертности населения – несчастные случаи – также не нова. Большинство летальных исходов от так называемого внешнего воздействия происходит в ДТП. Поэтому так активно развивается система медицинской помощи пострадавшим в авариях. Татарстан пересекают крупные федеральные трассы М-7 и М-5, являющиеся источниками повышенной опасности для людей. В 2010 году Минздрав РТ завершил проект по созданию на этих трассах сети травмо-

центров. На базе Бавлинской ЦРБ был недавно открыт травмоцентр III уровня, на базе Бугульминской ЦРБ – травмоцентр II уровня. Все они оснащены современным медицинским оборудованием на сумму более 78 млн руб. Также закуплены 2 автомобиля скорой медицинской помощи класса «С». Созданная в республике сеть травмоцентров позволила на 24% увеличить число людей, своевременно получивших медицинскую помощь при ДТП.

ПРОГРАММНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

В 2010 году в Татарстане был реализован целый ряд важных медицинских программ. Например, на профилактику наркотизации населения из республиканского бюджета было выделено 10 млн руб., закуплены диагностические тест-системы для осмотров учащихся школ и вузов на предмет употребления наркотиков. Всего в 2010 году было осмотрено более 147 тысяч учеников и студентов, а также призывников.

В рамках отраслевой программы «Рас-сеянный склероз» медпомощь с использованием современных лекарств получили 336 больных. В ходе диагностики больных было проведено 104 исследования магнитно-резонансного томографирования головного и спинного мозга, проведено 5 процедур плазмафереза. В итоге выявляемость рассеянного склероза на стадии клинически изолированного синдрома увеличилась до 17%, а средняя длительность обострения сократилась на 10,5%.

В 2010 году в Татарстане стартовала программа «Бэлэкэч», в рамках которой дети до 3 лет бесплатно получают молоко, кефир, жидкую молочную смесь и творог. Продукты развозятся по раздаточным пунктам ЦРБ. Всего бесплатное питание получают 40 907 детей.

Для новорожденных с расстройствами дыхательной системы закуплены аппараты ИВЛ, неонатальные инкубаторы и

мониторы, фетальный кардиомонитор и аппараты для внутривенного вливания. На это и другое оборудование в рамках Республиканской целевой программы «Дети Татарстана» было потрачено более 13 млн руб. А в рамках программы «Раннее вмешательство по сопровождению детей раннего возраста с нарушениями развития и ограниченными возможностями в Республике Татарстан в 2009 – 2011 годах» было закуплено оборудование для детских клиник Чистополя, Набережных Челнов и Казани.

ОБЩЕУКРЕПЛЯЮЩЕЕ СРЕДСТВО

Одной из ключевых тем коллегии была модернизация системы здравоохранения РТ. В 2010 было введено в строй 8 учреждений, рассчитанных на 885 коек и 774 посещения в смену. Построено и реконструировано 62 342,2 кв. м площадей, общая стоимость работ – 2,2 млрд руб. Наиболее крупные проекты – реконструкция БСМП Набережных Челнов и стационара Республиканского клинического противотуберкулезного диспансера в Казани, строительство поликлинического отделения ГУЗ «РКОД МЗ РТ» в Альметьевске, оснащение женской консультации в городской больнице №7 в Казани, а также создание сосудистого центра на базе МБУЗ «Зеленодольская ЦРБ».

В рамках Программы капитальных вложений РТ в 2010 году были построены врачебная амбулатория в селе Столбище Лаишевского района и пристрой с дневным стационаром к городской поликлинике №8 в Казани. Проведена реконструкция камскополянской больницы Нижнекамского района, отремонтированы лечебные корпуса Рыбно-Слободской и Черемшанской ЦРБ. Перестроен аптечный пункт под врачебную амбулаторию в селе Шадчи Мамадышского района. В прошлом году на текущий и капремонт больниц было выделено более 678 млн руб.

На эти средства были отремонтированы акушерский корпус РКБ-3, госпитали для ветеранов войн в Казани и Набережных Челнах, реконструированы здания Диспетчерского центра МЗ РТ и РМИЦ. Также был проведен ремонт помещений в 18 медучреждениях. В рамках модернизации для татарстанских клиник были закуплены медицинское и технологическое оборудование, мебель и оргтехника на сумму более 178 млн 153 тыс. руб.

В течение года продолжалась работа по оптимизации структуры Минздрава. Казанский кардиодиспансер вошел в состав МКДЦ. Филиалом РКОД стал Набережно-Челнинский онкодиспансер. К РКБ присоединили Республиканский центр медицины катастроф. БСМП Набережных Челнов переведена из муниципальной собственности в республиканскую, а на ее базе был создан Региональный центр высокотехнологичной медицинской помощи для жителей северо-восточного региона республики.

Стоит отметить, что по оказанию ВМП Татарстан уже занимает одно из первых мест в России. В 2010 году подобный вид помощи был оказан 21 416 пациентам (в 2009 году - 19 216 вмешательств). На сегодняшний день ВМП оказывают 9 учреждений, работающих по 19 профилям и 106 видам медицинских услуг. В республике определены три региональные зоны оказания ВМП - центральный прикреплен к высокотехнологичным медицинским центрам Казани, юго-восток - к МСЧ ОАО «Татнефть» города Альметьевска. А жители северо-восточной зоны теперь получают ВМП в БСМП города Набережные Челны. С организацией центра ВМП в БСМП в республике завершилось формирование кластера высокотехнологичных медицинских учреждений. Тем самым создан огромный ресурс современных методов лечения.

ПРИВИВКА ОТ ОЧЕРЕДЕЙ

Ключевой момент модернизации татарстанского здравоохранения - внедрение информационных технологий. К ГИСТ РТ уже подключено более 80% клиник. Оставшиеся учреждения пока только направили в ЦИТ РТ заявки на подключение. В рамках ГИСТ РТ медицинские организации уже начали бесплатно получать программное антивирусное обеспечение. Все учреждения здравоохранения РТ также уже подключены к системе электронного документооборота «Электронное правительство». В республике введен единый стандарт почтовых адресов государственных учреждений в домене tatar.ru.

В 2010 году к системе ЦАМИ подключены 23 цифровых медицинских диагностических аппарата, в архиве накоплено 75 000 исследований. Через систему плановой госпитализации в 2010 году направлены в МКДЦ 1504 человека, 1096

пациентов записаны на прием на 2011 год. К системе мониторинга медицинских межмуниципальных сосудистых центров (ММСЦ) подключено 4 новых учреждения (а всего их 11). Система содержит информацию о пациентах, проходящих лечение в межмуниципальных сосудистых центрах, заполняются электронные амбулаторные карты.

Для льготных категорий граждан реализован электронный проект быстрого перераспределения лекарств между районами республики с использованием web-сервисов. В конце 2010 года в республике запущены два крупных проекта: информатизация онкологического кластера и внедрение системы «Электронная очередь» в Нижнекамском районе. Ведется работа по подключению медицинских автомобилей к спутниковой системе ГЛОНАСС+112.

В течение 2011 года на портале государственных и муниципальных услуг РТ будет

ведущих главных врачей и сотрудников Минздрава обучались на специальных курсах «Современный подход к управлению здравоохранением», организованных Образовательным центром высоких медицинских технологий совместно с московской школой «Сколково». Всего на базе Образовательного центра проведено 58 научно-практических конференций, тематических циклов и мастер-классов, в которых приняло участие более 4000 врачей. В организованных Образовательным центром стажировках в ведущих клиниках Израиля и Германии прошли подготовку 154 врача.

ПАРТНЕРСТВО СТРОИТСЯ НА КАЧЕСТВЕ

Немало внимания на коллегии было уделено государственно-частному партнерству в системе здравоохранения. Два основных условия призвал соблюсти в этой области Премьер-министр РТ Ильдар Халиков:

Этот год должен стать переломным и в плане внедрения информационных технологий - электронных очередей, паспортов учреждений и амбулаторных карт пациентов. Многие из этого уже воплощаются в жизнь.

представлена подробная информация по отрасли здравоохранения. Таким образом, пациенты смогут получать сведения о медицинских услугах через Интернет или сеть уличных инфоматов. Как сообщил на коллегии министр здравоохранения РТ Айрат Фаррахов, «ближайшие два года должны стать переломными в вопросах информатизации здравоохранения. Наряду с созданием локальных сетей, внедрением электронной очереди, электронной истории болезни и амбулаторной карты, электронного паспорта медицинских учреждений и региона нам предстоит совместно с Министерством информатизации и связи реализовать перевод государственных и муниципальных услуг в электронный вид. Уже сегодня на сайтах www.g2p.tatar.ru, www.g2b.tatar.ru и на официальном сайте Министерства здравоохранения имеется возможность получать информацию по порядку оказанию государственных услуг. До конца года в электронном виде будут предоставляться услуги по лицензированию медицинской, фармацевтической деятельности, а также деятельности, связанной с оборотом наркотических и психотропных средств».

ЕВРОПЕЙСКИЙ ПОДХОД

Достаточное внимание Минздрав РТ уделяет и подготовке врачей. По информации, прозвучавшей в докладе министра Айрата Фаррахова, в минувшем году в КГМА и КГМУ прошли подготовку и переподготовку около 9 тысяч врачей. 15

«С одной стороны, необходимо создать условия для вхождения в медицину частных компаний, с другой, частные медицинские учреждения должны отвечать всем требованиям, которые ставятся перед государственными учреждениями».

В качестве удачного примера такого сотрудничества на коллегии был представлен опыт работы ЗАО «Консультативно-диагностический центр Авиастроительного района Казани». Этот многопрофильный медицинский центр сегодня выполняет госзаказ по первичному приему населения в рамках системы ОМС на 40 тысяч человек. Сотрудники КДЦ оказывают жителям республики полную диагностическую, консультативную и лечебную помощь с использованием современной медицинской аппаратуры. В КДЦ трудятся более 100 профессиональных врачей 27 медицинских специальностей. Центр имеет филиалы в Кировском и Ново-Савиновском районах Казани. Выслушав доклад директора центра Равиля Латыпова, Премьер-министр Республики Татарстан пообещал рассмотреть вопрос о выделении площадей на льготных условиях для кабинетов врачей общей практики данного предприятия.

Вообще в 2010 году в реализации Программы оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на территории республики принимали участие 18 частных клиник. При этом общий объем финансирования государственного задания составил 896 миллионов рублей.

Одним из основных аспектов модернизации здравоохранения являются строительство новых и капитальный ремонт физически и морально устаревших медицинских объектов. В Татарстане это направление взято правительством под особый контроль, а реализация такой важной составляющей Программы модернизации здравоохранения доверена лучшим компаниям строительного комплекса республики. Об этом в интервью нашему корреспонденту рассказывает министр строительства, архитектуры и ЖКХ Республики Татарстан Ирек ФАЙЗУЛЛИН.

Медицинские стройки - под особым контролем

- Под знаком ввода в строй новых и капитального ремонта старых объектов здравоохранения прошел в Татарстане 2010 год. Ирек Энварович, каковы итоги этой большой работы? Все ли удалось сделать, вносились ли коррективы в планы строительства медицинских объектов?

- Строительство и капремонт объектов здравоохранения в Татарстане ведутся в соответствии с Программой капитальных вложений на текущий год и Долгосрочной концепцией развития общественной инфраструктуры Республики Татарстан.

Одним из ярких и значимых событий в жизни здравоохранения нашей республики стало завершение второго этапа реконструкции Больницы скорой медицинской помощи в Набережных Челнах с открытием на ее базе Регионального центра высокотехнологичной медицинской помощи. Осо-

Другая, не менее важная для республики работа, - реконструкция радиологического корпуса Республиканского клинического онкологического диспансера с созданием на его базе Центра ядерной медицины. Объект очень непростой в технологическом плане, что потребовало слаженной работы большой команды специалистов, состоящей из проектировщиков, технологов, специалистов по медицинскому оборудованию, радиофизиков и врачей. Достаточно сказать, что ширина стен каньонов составляет 4 м. Сегодня этот центр работает, онкологические больные получают современную, эффективную медицинскую помощь.

Еще одним ярким событием прошлого года стало завершение реконструкции родильного отделения РКБ №3, известного в народе как роддом «Красный Крест». Это здание является памятником архи-

медицинское учреждение многие годы будет служить на благо жителей нашей республики, что здесь родится еще не одно поколение.

Наряду с этим, в Казани в рамках Национального проекта «Здоровье» проведены капитальный ремонт, оснащение современным медицинским оборудованием - компьютерными и магнитно-резонансными томографами, ангиографами - сосудистых центров РКБ, РКБ №2, МКДЦ.

Продолжается работа над созданием проекта строительства Больницы скорой медицинской помощи и в г. Казани. На сегодняшний день разработана новая концепция строительства этого объекта с учетом оптимизации медицинской логистики, решения задач диагностического и лечебного процессов в одном многопрофильном учреждении.



бенностью реконструкции этого медицинского объекта стало то, что работы велись в условиях работающего стационара, это единственная в городе больница, которая в круглосуточном режиме оказывает экстренную медицинскую помощь. Была поставлена задача - не только провести реконструкцию всей больницы, а это более 40 тысяч квадратных метров, но и оснастить ее самым современным медицинским оборудованием. Сегодня в БСМП функционирует лучшая не только в Татарстане, но и в Приволжском федеральном округе медицинская техника.

Сегодня в БСМП Набережных Челнов функционирует лучшая не только в Татарстане, но и в Приволжском федеральном округе медицинская техника.

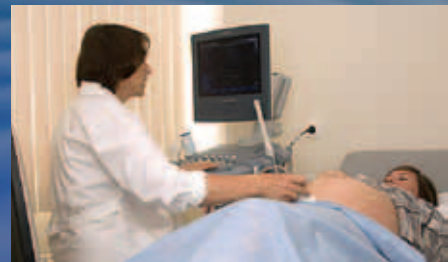
тектуры XIX века, и перед нами стояла непростая задача - не только сохранить стены и фасад, но и полностью заменить все перекрытия, разместить в имеющихся стенах все современное инженерное и медицинское оборудование. Уверен, что после проведенной реконструкции это

- Каковы особенности, специфика строительства объектов здравоохранения, и прежде всего, с точки зрения сроков, выбора стройматериалов, качества и организации работ?

- Все перечисленные объекты объединяет то, что в них применены современ-



Еще одним ярким событием прошлого года стало завершение реконструкции родильного отделения РКБ №3, известного в народе как роддом «Красный Крест», здание которого является памятником архитектуры XIX века.



ные подходы к организации приемно-диагностических и лечебных отделений с учетом современных требований к логистике процесса. И в этом мы всегда поддерживаем наших коллег из Министерства здравоохранения Республики Татарстан. В медицинских учреждениях должны меняться не только стены, но и диагностические, лечебные процессы, они должны стать более эффективными и безопасными для пациентов. Поэтому при реконструкции и капитальном ремонте используются новейшие инженерные технологии, специально разработанные для медицинских учреждений. Операционные оснащаются «Комплексами чистых помещений», которые через систему специальных фильтров обеспечивают подачу чистого воздуха, при этом в герметичном помещении создается избыточное давление, при котором воздух из коридора никогда не попадет в помещения операционных. Все материалы, используемые для полов, потолков, стен, – это покрытия, рассчитанные на многократную обработку дезинфицирующими растворами.

Основным заказчиком по строительству и капитальному ремонту объектов здравоохранения является «Главное инвестиционно-строительное управление Республики Татарстан», которое осуществляет организацию предпроектной подготовки, проектирования, тендерных

торгов по выбору исполнителей проектно-изыскательских работ, строительномонтажных работ, поставщиков оборудования, строительный контроль и ввод объектов в эксплуатацию.

При реализации данной программы строительным комплексом республики решаются вопросы по оптимизации распределения и использованию прогрессивных, отвечающих мировым стандартам, строительных материалов и конструкций. Особое внимание при проектировании и строительстве объектов здравоохранения обращается на спецификацию их функционирования, оснащение современным медицинским оборудованием, требующим

ция, дающая возможность посетителям учреждений свободно ориентироваться в больничном пространстве. Учитываются особенности оснащения палат, санитарных комнат, внедряются современные системы вентиляции.

- Какие задачи ставит перед строительным комплексом республики Программа модернизации здравоохранения РТ на 2011 - 2012 годы? Какие объекты будут построены, реконструированы, отремонтированы за это время и в каких городах и районах Татарстана? На каких условиях отбираются компании-застройщики?

- 18 марта 2011 года между Правитель-

В медицинских учреждениях должны меняться не только стены, но и диагностические, лечебные процессы, они должны стать более эффективными и безопасными для пациентов.

соблюдения стандартов по характеристикам помещений, применению особых строительных конструкций и отделочных материалов, энергосберегающих технологий. Создаются современные дизайны интерьеров помещений, что является одной из составляющих обеспечения комфорта для пациентов. Это, например, уютные палаты, удобная маршрутиза-

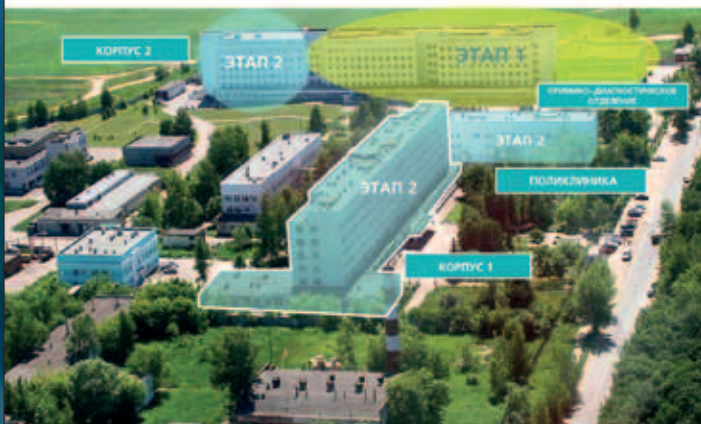
ством Республики Татарстан, Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и федеральным Фондом обязательного медицинского страхования было подписано одно из первых в стране Соглашений о реализации Программы модернизации здравоохранения. В рамках Программы модернизации предстоит провести



**ЦЕЛЕВАЯ ПРОГРАММА МОДЕРНИЗАЦИИ
ГМУ «ДЕТСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН»
НА 2011 – 2012 ГГ.**



**ЦЕЛЕВАЯ ПРОГРАММА РЕКОНСТРУКЦИИ
ГУЗ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН»
НА 2011 ГОД**



РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА:

2011 год

Приемно-диагностическое отделение - **4 400 кв. м**
Корпус №2 (блок 2-3) - **7 676 кв. м**
Строительно-монтажные работы - **393,7 млн. руб.**
Приобретение оборудования - **200,9 млн. руб.**
Информатизация - **20 млн. руб.**
Общая стоимость - 614,6 млн. руб.



Экстренная площадь: 400 кв. м
Эксплуатация: 7 дней в неделю
по всем профилям

Ежегодно обращается около 50 тыс. детей.
Основное ядро модернизации - приемно-диагностическое отделение.

Состояние ГМУ ДРКБ МЗ РТ на начало 2011 года:

Территория - 9,12 га
Площадь зданий - 42,4 тыс. кв. м
Начало работы - 1977 год
Срок эксплуатации - 34 года
Количество корпусов - 34
Количество коек - 814

Обращений в ДРКБ - 275 000
Госпитализаций - 25 000
Операций - 9 500
Сотрудников - 1756
Врачей - 293
Подразделений - 52

2012 год

Корпус №2, блок №1 - **3 950 кв. м**
Поликлиника - **2 230 кв. м**
Корпус №1 - **8 644 кв. м**
Строительно-монтажные работы - **426,7 млн. руб.**
Приобретение оборудования - **531,8 млн. руб.**
Общая стоимость - 958,5 млн. руб.

Общая площадь капитального ремонта - 26 900 кв. м

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА:

2011 год
ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

СТРОИТЕЛЬСТВО 5 900 кв. м
Начало - январь
Конец - декабрь
Общая стоимость - 507,7 млн. руб.

КОРПУС «А»
Общая площадь корпуса - 34 600 кв. м
Площадь ремонта - 19 134 кв. м
1 этап (январь - апрель)
2 этап (май - август)
3 этап (сентябрь - декабрь)
Общая стоимость - 809,3 млн. руб.

АКУШЕРСКИЙ КОРПУС
Площадь капитального ремонта - 9 500 кв. м
Начало - май
Конец - октябрь
Общая стоимость - 340,7 млн. руб.

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПОЛИКЛИНИКА
Площадь реконструкции - 5 800 кв. м
1 этап (январь - июнь)
2 этап (июль - декабрь)
Общая стоимость - 330,2 млн. руб.

БАКЛАБОРАТОРИЯ
Площадь реконструкции - 430 кв. м
Начало - февраль
Конец - май
Общая стоимость - 17,0 млн. руб.

Общая стоимость реконструкции - 2,0 млрд. руб.



Проект приемно-диагностического отделения РКБ МЗ РТ

Экстренная площадь: 400 кв. м
Эксплуатация: 7 дней в неделю
по всем профилям

Состояние ГУЗ РКБ МЗ РТ на начало 2011 года:

- Площадь территории - 16,6 га
- Год застройки - 1982
- Срок эксплуатации - 29 лет
- Число корпусов - 27
- Площадь больницы - 88,4 тыс. кв. м

Коек - 1309
Обращений в РКБ в год - 280 000
Госпитализаций - 38 200
Операций - 25 874
Сотрудников - 3 655 (по штату)
Врачей - 786 (по штату)
Подразделений - 93

капитальный ремонт таких ведущих республиканских клиник, как РКБ, ДРКБ. На 2011 год запланирован капитальный ремонт более 50 000 кв. м площади в Республиканской клинической больнице с завершением строительства современного приемно-диагностического отделения. Все применяемые на данном объекте технологические решения разработаны специалистами ГУП «Татинвестгражданпроект» совместно со специалистами Министерства здравоохранения Республики Татарстан. Мы постарались учесть наш опыт реконструкции БСМП г. Набережные Челны и, конечно же, опыт зарубежных клиник. Приемно-диагностическое отделение будет оснащено современным

высокотехнологичным медицинским оборудованием: компьютерным томографом, ангиографом, необходимыми протившоковыми операционными и реанимационными койками, смотровыми и т.д. Часть средств будет направлена на кластер «Материнство и детство» и, прежде всего, на модернизацию Перинатального центра РКБ и Закамского Перинатального центра в г. Набережные Челны, на создание дополнительного реанимационно-консультативного центра в Закамском регионе с мобильными акушерскими бригадами, на открытие 26 коек реанимации и патологии новорожденных, капитальный ремонт учреждений II и III уровней, развитие неонатальной хирургии, внедрение

стандартов в акушерстве, расширение службы планирования семьи, открытие в республике центров кризисной беременности. В рамках программы будет модернизировано 39 лечебных учреждений, из которых 31 центральная районная больница. В 2011 году реализуются следующие мероприятия: завершение строительства ранее начатого объекта - приемного отделения ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ»; проведение капитального ремонта приемно-диагностических отделений с пунктами скорой медицинской помощи в 12 ЦРБ: в Альметьевском, Лениногорском, Елабужском, Зеленодольском, Агрызском, Азнакаевском,



Нурлатском, Заинском, Балтасинском, Сабинском, Дрожжановском, Алексеевском муниципальных районах РТ.

В настоящее время ведется капитальный ремонт таких объектов, как Республиканская клиническая больница, Детская республиканская клиническая больница, городская клиническая больница №7 г. Казани, Закамская детская больница с перинатальным центром г. Набережные Челны. Идет третий этап реконструкции Больницы скорой медицинской помощи г. Набережные Челны.

На 2012 год запланирован капитальный ремонт филиала Республиканского клинического онкологического диспансера Министерства здравоохранения РТ - межмуниципального онкологического центра в г. Набережные Челны, Межрегионального клиничко-диагностического центра, Детской больницы с Перинатальным центром г. Нижнекамска. Одним из мероприятий программы является оснащение оборудованием вышеперечисленных объектов и альметьевского родильного дома.

Компании-застройщики объектов строительства и капитального ремонта отбираются ГБУ «Главное инвестиционно-строительное управление Республики Татарстан» совместно с Министерством строительства, архитектуры и жилищно-коммунального хозяйства РТ с учетом предложений муниципальных образований.

- При подготовке к Универсиаде-2013 в Казани немаловажное значение придается вопросам охраны здоровья ее участников и гостей. Учитывается ли это при строительстве спортивных объектов и создании инфраструктуры? Какие требования предъявляют в связи с этим международные организации?

- При Исполнительном комитете FISU (Международной федерации университетского спорта) существует 12 постоянных комиссий, дающих советы Исполнительному комитету по всем вопросам администрирования. В составе данных комиссий есть Международная медицинская комиссия, которая следит за организацией медицинского обслуживания, нормами безопасности и гигиены, процедурами антидопингового контроля.

Главными цели медицинской службы и службы антидопингового контроля - гарантировать основное лечение и оказание экстренной медицинской помощи спортсменам, персоналу МСС, Оргкомитета, представителям СМИ и зрителям как на спортивных площадках, так и за их пределами. Особое внимание - Деревне Универсиады. Здесь должна быть создана своя поликлиника. Этот отдел также отвечает за выполнение соответствующих процедур антидопингового контроля в соответствии с кодексом ВАДА (Всемирного антидопингового агентства).

Согласно разработанной ГУП «Татинвестгражданпроект» проектной документации на всех спортивных объектах XXVII Всемирных летних студенческих Игр 2013 года предусмотрено открытие медицинских кабинетов, оснащенных необходимым оборудованием в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения Республики Татарстан, а также FISU. Кроме того, на территории Деревни Универсиады в соответствии с требованиями FISU ведется строительство 4-этажного здания медицинского центра для обслуживания проживающих в жилых корпусах Деревни студентов, а также участников спортивных соревнований. Объект входит в комплекс зданий



общественного назначения. В составе медицинского центра будут поликлиника, станция скорой медицинской помощи, отделения травматологии и диагностики, стационар, административная часть. Проект медицинского центра предусматривает 500 посещений в смену в порядке «электронной очереди».

- Программа модернизации здравоохранения имеет федеральную составляющую. Как складываются взаимоотношения строителей с федеральными органами в ходе работы на объектах здравоохранения Татарстана?

- Федеральные субсидии поступают в республику по графику, поэтому основная задача строителей - поэтапно, качественно и в срок сдавать объемы выполненных работ, не превышая предельные нормативы стоимости капитального ремонта.

Журнал

Healthy Nation

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ

**ЗДОРОВАЯ НАЦИЯ -
СИЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВО**



www.HealthyNation.ru

Издается при поддержке Министерства здравоохранения РФ

Тел.: +7 987 290 12 21,
+7 987 290 50 38.

Неинфекционные заболевания – ВЫЗОВ Человечеству

Заметки нашего корреспондента с форума ВОЗ

Ведущей причиной смертности и инвалидизации на планете стали неинфекционные заболевания (НИЗ), и эту угрозу можно отвести только совместными усилиями. Пути к балансу интересов и объединению усилий государства, частного бизнеса и гражданского общества пытались найти участники состоявшихся в Москве 28 - 29 апреля форума ВОЗ и Первой всемирной министерской конференции.

МАСШТАБЫ НЕРАЗУМНОСТИ

Ежегодно на планете умирает около 60 млн человек, из них 36 млн (63%) уходят из жизни по причине развития неинфекционных заболеваний, 9 млн из этих 36 умирают преждевременно, не достигнув 60-летнего возраста.

Такую печальную статистику озвучила генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен в своем докладе на Первой всемирной министерской конференции по здоровому образу жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями. О масштабах проблемы и озабоченности ею мирового сообщества свидетельствует участие в конференции делегаций из 167 стран - членов ВОЗ, 94 из них возглавляли министры здравоохранения.

По словам Маргарет Чен, «сейчас мы имеем дело с поколением, в котором дети уходят из жизни раньше родителей - это очень страшно. Если не примем меры, то к 2013 году доля людей, умирающих от НИЗ, увеличится с 63 до 75%.

Это значит, что из-за снижения числа трудоспособного населения финансовые потери со стороны экономики будут измеряться миллиардами долларов, а люди - гибнуть миллионами. Мы готовы к этому? Я думаю, что нет».

Давно не секрет, что неинфекционные заболевания, среди которых ВОЗ выделяет такие наиболее опасные, как сердечно-сосудистые, рак, диабет, заболевания легких, большей частью являются следствием нездорового образа жизни как каждого человека в отдельности, так и общества в целом. Как отметила министр здравоохранения и социального развития России Татьяна Голикова, «большинство факторов риска лежит в состоянии окружающей природной среды, социальном окружении, в образе жизни самого человека - курение, злоупотребление алкоголем, неправильное питание, малоподвижный образ жизни». Именно поэтому НИЗ легче предупредить, чем излечить.

НИЗ В РОССИИ – НИЖЕ НЕКУДА

Между тем, особенно острая ситуация с неинфекционными заболеваниями сложилась именно в России. ВОЗ назвала кризис общественного здоровья в нашей стране беспрецедентным для развитого государства в мирное время. Ожидаемая продолжительность жизни в России на 16 лет короче, чем в США, - это поразительный разрыв, с учетом того, что обе страны входят в «Большую Восьмерку». Более того, Россия является одной из немногих стран со средним уровнем доходов, где в настоящее время наблюдается сокращение продолжительности жизни. В случае сохранения нынешнего уровня заболеваемости и инвалидности среди мужского населения ожидаемая продолжительность жизни сократится с 58 до 53 лет.

По данным Всемирного банка, снижение в России уровня смертности от НИЗ и травматизма до уровня Западной Европы может привести к социально-экономическому эффекту, равному по объему 30% российского ВВП. Это может обеспечить к 2025 году увеличение ВВП на душу населения более чем в 3 раза - до \$9 тысяч, что многократно «перевесит» первоначальные расходы на проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний.



БИЗНЕС ЧАСТНЫЙ И БИЗНЕС ЧЕСТНЫЙ

«С проблемой распространения НИЗ можно эффективно бороться, объединив усилия государства, бизнеса, общественности и СМИ», – подытожил мнение большинства участников премьер-министр России Владимир Путин. Вместе с тем, именно искренность намерений частного бизнеса, достаточно широко представленного на форуме, вызвала у многих его участников сомнения. Как отметила Маргарет Чен, «есть страны, которые совсем не верят частному сектору, есть страны, которые любят частный сектор, и есть большая группа стран между ними». И дело, конечно, в продукции, которую производят частные компании, и в методах маркетинга, которыми они пользуются.

Как бы ни подчеркивали производители «энергетических» и прочих газированных напитков социальную направленность своей деятельности, диетологи ставят

эти напитки на одно из первых мест по опасности для здоровья. Конечно, есть компании, которые добровольно снижают качество продуктов питания до уровня, когда их едва можно отличить от фальсификатов. Поэтому всплеск НИЗ, конечно, запрограммирован самой экономической системой, что подтверждается тем фактом, что в богатых странах заболеваемость НИЗ так же велика, как и в бедных. Поэтому уверения частных компаний в достаточности добровольного подхода к улучшению качества продуктов питания не вызвали энтузиазма у представителей гражданского общества и правительства. Они склонны к необходимости введения контроля и государственного регулирования. И, на мой взгляд, честный частный бизнес должен поддержать этот подход, более того – он должен выступать инициатором контроля и госрегулирования. Потому что именно в этих условиях честному бизнесу не придется вслед за нечестными конкурентами опускаться ниже нравственно допустимого уровня. И такому бизнесу общество начнет верить.

Необходимость конкурировать и снижать цены вынуждает компании доводить качество продуктов питания до уровня, когда их едва можно отличить от фальсификатов. Поэтому всплеск НИЗ, конечно, запрограммирован самой экономической системой, что подтверждается тем фактом, что в богатых странах заболеваемость НИЗ так же велика, как и в бедных. Поэтому уверения частных компаний в достаточности добровольного подхода к улучшению качества продуктов питания не вызвали энтузиазма у представителей гражданского общества и правительства. Они склонны к необходимости введения контроля и государственного регулирования. И, на мой взгляд, честный частный бизнес должен поддержать этот подход, более того – он должен выступать инициатором контроля и госрегулирования. Потому что именно в этих условиях честному бизнесу не придется вслед за нечестными конкурентами опускаться ниже нравственно допустимого уровня. И такому бизнесу общество начнет верить.

ДЕЛО - ТАБАК

Один из российских участников форума ВОЗ – кандидат медицинских наук и доктор политических наук, профессор Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Андрей Демин – выразил озабоченность присутствием на форуме, как он выразился, представителей «социально-опасных видов бизнеса», в частности, производителей алкоголя: «Веры им нет никакой, а позиция их известна. Они, дескать, сами будут бороться с последствиями воздействия своей продукции, спонсировать, принимать добровольные кодексы и пр.». Как реализуется подобная «стратегия», показал самый недавний пример из работы Российской ассоциации общественного здоровья, президентом которой является профессор Андрей Демин.

«Иностранными табачными компаниями в 555 московских школах и еще в 10 городах России уже семь лет назад была запущена якобы просветительная программа, – рассказывает Демин. – Мы провели экспертизу, и оказалось, что это чистойшей воды маркетинг, реклама в школах табачной продукции. Департамент образования, после того как мы их покритиковали, эту программу переписал уже на бюджетные деньги, но новая экспертиза, проведенная после нашего письма мэру, опять показала, что это

пропаганда. И такая ситуация сплошь и рядом».

На форуме ВОЗ неоднократно звучало: «Веры табачным компаниям нет никакой!» Табачную индустрию запрещают в развитых странах – они переносят ее в Россию, которая стала оплотом 5 крупнейших табачных компаний мира. Возникает вопрос: что, чиновники из департамента образования Москвы этого не знают? Не знают, что в России 400 тыс. человек ежегодно погибает от продукции табачных компаний? Что 35% девушек в Москве курят регулярно? Прекрасно знают. Что сигареты у нас самые дешевые в мире, а объем производства достигает 13 млрд долларов в год. В этом – то все и дело. Лобби табачных компаний проникают в правительство, Госдуму, в региональные органы власти, они плодят общественные организации, деньги им открывают доступ в СМИ, школы.

«Табачные компании у нас на 90% иностранные, – продолжает профессор Демин. – Великобритания объявила, что



По подсчетам экспертов, внедрение Рыночной конвенции ВОЗ по борьбе с табаком сможет предотвратить в мире 5,5 миллиона смертей в год.

к 2020 году станет страной, свободной от курения, но табачный бизнес, переведенный в Россию, приносит ей \$10 млрд в год. Столько же получают США, также проводящие у себя антитабачную политику, 3 млрд – Япония, кое-что – Швейцария. А убытки несут все остальные страны. Убытки на лечение болезней, покупку медицинского оборудования, медикаментов, на пособия по инвалидности и пр. А наши чиновники продолжают приветствовать зарубежных «инвесторов». В Калужской области, например, табачная компания из Южной Кореи вложила \$100 млн и создала целых 50 рабочих мест. Наши чиновники «создавали все условия» инвестору, который будет выпускать 50 млрд сигарет специально для женщин. Сколько компьютерных томографов и средств для тромболитизиса потребуется, чтобы откатать народ, выкуривший 50 млрд сигарет?

Никто не спрашивает Минздравсоцразвития, когда принимаются экономические решения. У нас регулированием табачной и алкогольной отраслей занимается Минсельхоз. А о здоровье они судят на бытовом уровне. Хочется надеяться, что в нашем правительстве возобладает понимание, что улучшение социальной защиты и борьба с болезнями – это самые лучшие средства для политической и социальной стабилизации. Военными и полицейскими мерами, информационным оболваниванием уже

не достичь такого эффекта, как проявлением реальной заботы о людях».

А ВОЗ И НЫНЕ ТАМ?

Справедливости ради надо сказать, что табачная мафия подминает под себя целые страны и от их имени давит на международные организации. Даже на прошедшем форуме ВОЗ представитель Малави требовал «установить баланс» между борьбой с табакокурением и экономическим развитием его страны, которое на 90% зависит от экспорта табака.

По подсчетам экспертов, внедрение Рыночной конвенции ВОЗ по борьбе с табаком сможет предотвратить в мире 5,5 млн смертей в год. Впрочем, и представители ВОЗ, похвально непримиримые в борьбе с табачной индустрией, заметно скидают, когда речь заходит о фармацевтической. И по вопросу доступности лекарств сразу же протаскивают тему сверхдоходности бизнеса, начинают пространно рассуждать о логистике, дистрибуции, регулятивном режиме.

ХОТЯ НЕ ВСЕ СРАЗУ

Основной посыл форума, безусловно, верен – необходимо объединять усилия правительств, гражданского общества и частного сектора в борьбе с инфекционными заболеваниями. И хотя сегодня они скорее напоминают лебедя, рака и щуку из известной басни, но другого

пути нет. В конце концов, 54% населения мира – это работающие люди, и когда-то частный бизнес должен понять, что на рабочем месте здоровье играет ключевую роль. А для ускорения этого понимания необходимы постоянное информационное воздействие на общество, выявление не только отрицательных последствий, но и положительных примеров здорового образа жизни.

«Самый важный урок совещания – необходимо международное сотрудничество, – говорит представитель Фонда им. Раисы Горбачевой доктор Харальд Липман. – У каждой страны есть свои проблемы, но причины этих проблем очень похожи. И когда собираются разумные люди с разных сторон света, это очень стимулирует обсуждение. Важно привлекать не только врачей и медсестер, которых не хватает во всех странах мира, но и общественность, население. Люди должны понимать, что происходит. У меня есть надежда, что работа нашей конференции и Ассамблеи ООН в сентябре позволит нам достичь прогресса в сокращении неинфекционных заболеваний».

Министр здравоохранения и социальной защиты России Татьяна Голикова также проявляет сдержанный оптимизм: «Чтобы переломить тренд этих заболеваний, нужно направлять политическую волю и организационные усилия на массовые профилактические программы, формирование привычки к здоровому образу жизни, переориентировать здравоохранение на работу с еще здоровыми людьми».

Валерий МИРОШНИКОВ

multiFiltrate

мобильный аппарат
для экстракорпоральной
коррекции гомеостаза
и плазмотерапии



Что отличает наш аппарат

- Цветной ЖК-дисплей и русифицированное программное обеспечение
- Педиатрическая программа и расходные материалы для детей раннего возраста с массой тела от 2 до 12 кг
- Два встроенных нагревателя – для диализата и субституата
- Высокообъемная гемофильтрация – доза обмена до 9,6 л/час
- Мембранный плазмаферез и гемоперфузия
- Авторизованный сервис и обучение персонала



CATS *plus*

система для непрерывной
аутогемотрансфузии

- Инновационная технология
- Не зависит от объема кровопотери
- Высокая скорость обработки крови
- Постоянное высокое качество эритроконцентрата (Ht 65%)
- Удаление незмульгированных липидов
- Низкая травматизация
- Сбор плазмы
- Простота и удобство в работе



Fresenius Medical Care

Представительство Fresenius Medical Care в России
ЗАО «Фрезениус СП»

117630, Россия, Москва, ул. Воронцовские Пруды, д. 3
Тел./факс: (495) 936-2341 (42-43), 789-6454
E-mail: marketing.ru@fmc-ag.com; represent.ru@fmc-ag.com
Web: www.fresenius.ru

Филиал в Санкт-Петербурге
Тел.: (812) 449-0484/449-0485

Филиал в Новосибирске
Тел.: (383) 355-5671/355-4369

Филиал в Казани
Тел.: (843) 248-7612



Модернизация с ориентацией на **качество медицинской помощи**



В ведущей клинике Татарстана - Республиканской клинической больнице - полным ходом идут работы в рамках реализации масштабной программы по модернизации, цель которой - умножить возможности оказания высокотехнологичной медицинской помощи не только жителям Татарстана, но и близлежащих регионов, превратить ее в медицинское учреждение мирового уровня. Об этом наш корреспондент беседует с главным врачом ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» Рустемом ГАЙФУЛЛИНЫМ.

- Рустем Фаизович, реконструкция РКБ по плану должна завершиться в 2012 году. Какой она будет, что изменится в ее внешнем облике, техническом оснащении, менталитете сотрудников?

- Программа модернизации очень масштабная. Она оценивается в 2 млрд рублей, из которых 1 млрд 162 млн будут направлены на капитальный ремонт существующих зданий, полную информатизацию больницы, создание системы пневмопочты. На строительство приемно-диагностического корпуса выделено 244 млн руб., на закупку нового оборудования - 602 млн.

Но программа модернизации включает в себя и организационную составляющую. Начиная с 2011 года, будем поэтапно

вносить изменения в систему комплексной оценки экономической эффективности подразделений на основе клинико-экономического анализа, переводить на круглосуточный режим работы, в том числе в выходные дни, стационары, диагностические и вспомогательные подразделения. Чего мы хотим добиться? Прежде всего, улучшить качество оказания медицинской помощи, и тем самым сократить сроки обследования и лечения больных, а также оптимизировать коечный фонд.

Разумеется, продолжится работа по повышению квалификации кадров. К чести наших врачей следует сказать, что они всегда стараются брать на вооружение все лучшее, что есть в отечественной и зарубежной медицинской практике, по-

стоянно занимаются наукой, участвуют в деятельности 14 кафедр КГМУ и КГМА, которые располагаются на базе нашей больницы. Многие специалисты прошли стажировки в клиниках Европы и Америки. После реконструкции РКБ будет соответствовать мировым стандартам. Как своим архитектурным обликом, так и внутренним функционалом она будет представлять здравоохранение России участникам и гостям Всемирных летних студенческих Игр 2013 года.

- Что изменилось для больницы в связи с обретением статуса автономного учреждения? Какие возможности в связи с этим открываются перед ней, и какие это может иметь нежелательные последствия?



- Считаю, что статус автономного учреждения позволит нам увеличить объем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, даст больше самостоятельности в решении вопросов финансового и организационного характера и, в частности, для развития медицинского туризма. Опыт работы в автономных условиях у российских клиник еще невелик, поэтому говорить о каких-то нежелательных последствиях мы пока не можем. Конечно, проблемы будут возникать, но я надеюсь, что мы успешно с ними справимся. В дальнейшем положительный опыт нашей работы можно будет экстраполировать и на другие медицинские учреждения.

- Какие виды высокотехнологичной медицинской помощи РКБ оказывает уже сегодня, и какие еще будут?

- Высокотехнологичная медицинская помощь в нашей клинике оказывается по 16 профилям, таким как абдоминальная хирургия, акушерство и гинекология, неонатология, гастроэнтерология, пересадка почки, ревматология, гематология, сердечно-сосудистая и торакальная хирургия, урология, ангиография, коронарография и др. Для этого у нас есть современное диагностическое оборудование, в том числе рентгеновские компьютерные томографы, магниторезонансные томографы, аппаратура для ангиографии и изотопных методов исследования, 27 современных операционных, лазер-

ная и рентгенэндоваскулярная техника, видеолaparоскопы, микрохирургическая и эндоскопическая аппаратура и др. На 2011 год запланировано оказание высокотехнологичной медицинской помощи за счет консолидированного бюджета 912 пациентам, за счет бюджета РТ - 2845 пациентам. На 2012 год планируется увеличить объем тех видов ВМП, на которые имеется большая очередность (эндопротезирование, ЭКО).

- Насколько широко в работу РКБ внедряется информатизация? Какие перемены готовятся для информационных потоков и документооборота?

- Мы уже немало сделали в этом направлении, но предстоит сделать еще больше. На сегодняшний день разра-



ботан и введен в эксплуатацию модуль формирования счетов-реестров по стационару, усовершенствована форма для удаленной записи на прием к врачу по Интернету, введен в эксплуатацию модуль стола справок. Доработаны модули консультативной поликлиники, приемных отделений и движения в стационаре статистических карт. При этом учтены все требования по защите информации от несанкционированного доступа. После завершения модернизации вся клиника будет находиться в едином информационном пространстве. Это позволит, во-первых, создать единую базу данных электронных карт пациентов и интегрировать ее с Диспетчерским центром МЗ РТ, а во-вторых, осуществлять электронный документо-

оборот не только внутри клиники, но и с порталами Министерства здравоохранения и Правительства Республики Татарстан.

- Какие виды медицинской помощи в Республиканской клинической больнице могут быть востребованы зарубежными гостями в рамках медицинского туризма? Готова ли ваша клиника предоставить им, кроме собственно медицинской помощи, высокий сервис обслуживания?

- Опыт оказания медицинской помощи зарубежным гражданам мы пока только нарабатываем. Первым медицинским туристом была жительница Республики Казахстан, которая прошла курс лечения в одном из отделений больницы. Несмотря на реконструкцию,

мы постарались создать ей максимально комфортные условия пребывания в нашей клинике. После реконструкции возможности для оказания лечения медицинских туристов расширятся - появятся отдельные палаты с климатическим и другим бытовым оборудованием, индивидуальное питание, информационный сервис, возможности совершения религиозных ритуалов и т.д. Как показало время, наиболее востребованными видами медицинской помощи у нас являются неврология, нейрохирургия, сердечно-сосудистая и торакальная хирургия, трансплантология. Разумеется, развитие медицинского туризма ни в коей мере не отразится на качестве оказания медицинской помощи жителям Республики Татарстан.



Руфина ГОЛУБЕВА,
заместитель министра
здравоохранения
Республики Татарстан

Татарстан - пожалуй, один из немногих регионов нашей страны, где не на словах, а на деле всерьез занялись не только анализом состояния здоровья детского населения, но и его укреплением.



В дополнение к уже имеющимся возможностям в республике повсеместно создаются детские центры здоровья. Сегодня они успешно работают в Альметьевске, Набережных Челнах, Нижнекамске и два в Казани. Основная их цель - своевременно выявлять факторы риска развития заболеваний у детей, разрабатывать индивидуальные корректирующие профилактические программы, формировать у детей здоровый образ жизни, мотивировать их к личной ответственности за свое здоровье.

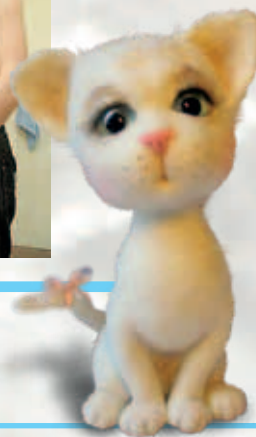


Жизненный потенциал закладывается в детстве

Новые медицинские технологии и аппаратура в детских центрах здоровья помогают измерить, оценить потенциал здоровья детей. Для анализа внутренних сред организма в ДРКБ используется, например, биоимпедансметр. С помощью датчиков, измеряющих электрическое сопротивление тканей организма, компьютерная программа рассчитывает состав тела - процентное соотношение воды внутриклеточной и внеклеточной, мышечной и жировой ткани. Детям такое обследование инте-

ресно само по себе, а вот родителям, конечно же, важно узнать, получить информацию о состоянии катаболических процессов, рисках возникновения у своего ребенка таких заболеваний, как диабет, онкология, гепатит, туберкулез.

Аппаратно-программный комплекс «Здоровье-Экспресс» позволяет проводить скрининг-оценку уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма и особенно



Основная цель детских центров здоровья - своевременно выявлять факторы риска развития заболеваний у детей.

сердечно-сосудистой системы методом дисперсионного картирования ЭКГ. Уровень глюкозы и холестерина в крови определяется на портативном экспресс-анализаторе, а компьютеризированный спирометр позволяет комплексно оценивать функции внешнего дыхания. В Детском центре здоровья ДРКБ также имеется оборудованное место стоматолога-гигиениста.

По итогам обследования ребенка педиатр проводит с родителями беседу, дает рекомендации по правильному питанию и

образу жизни, а при выявлении факторов риска развития того или иного заболевания - направление к участковому педиатру или сразу же к узкому специалисту. В практике Детского центра здоровья был случай, когда при обследовании у кардиолога у ребенка выявили нарушения ритма сердца. Ребенок маленький, а от Центра здоровья до ДРКБ - 5 километров. Чтобы не терять время, отправили ребенка с родителями в клинику на транспорте центра.

Впрочем, гораздо чаще речь идет о более будничных проблемах, которые,

однако, также могут привести к тяжелым последствиям. По желанию родителей детей и подростков проверяют на содержание окиси углерода в выдыхаемом воздухе и котинина в моче, что позволяет делать выводы о пристрастии к курению или употреблению наркотиков. К счастью, фактов употребления наркотиков за полгода работы Детского центра здоровья выявлено не было. Курильщиков - процент небольшой, с ними и их родителями проводится углубленная беседа о вреде этого пагубного пристрастия и алкоголя. Для профилакти-



Новые медицинские технологии и аппаратура в детских центрах здоровья помогают измерить, оценить потенциал здоровья детей.



ческой работы в Детском центре здоровья имеется лекционное помещение с экраном, проектором и ноутбуком.

Детский центр здоровья ДРКБ обслуживает не только детей Вахитовского, Приволжского и Советского районов г. Казани, но и районов республики. С 1 апреля 2011 года начал функционировать мобильный Центр

здоровья, созданный на базе автомобиля Fiat Ducato, оснащенного всем необходимым набором медицинского оборудования. Он на выезде практически через день. За время функционирования центра его специалисты выезжали в Алексеевский, Лаишевский районы, а также побывали в детских домах г. Казани. В летний период

под нашим контролем будут детские оздоровительные лагеря. Посещаем в основном приюты, детские дома, школы-интернаты, где обездоленные дети, и особенно те, которые входят в группу риска, нуждаются в нашем внимании, помощи. Итоги работы только одного Детского центра здоровья, созданного при Детской республиканской клинической больнице, свидетельствуют о том, что у 55 - 60 процентов детей выявляются факторы риска по различным заболеваниям. Такие дети в дальнейшем проходят обследование у узких специалистов в поликлиниках или направляются на госпитализацию в стационар.

Такие инвестиции ТОЛЬКО на пользу

В масштабной модернизации российского здравоохранения задействовано немало зарубежных компаний. Об успешном сотрудничестве в этом направлении красноречиво свидетельствует недавно завершившаяся модернизация Больницы скорой медицинской помощи в Набережных Челнах, в которой непосредственное участие принимала известная немецкая компания «АЙЦ Инжиниринг ГмБХ». Об этом в интервью нашему журналу рассказывает ее президент г-н Гюнтер ЛИПЕЛЬТ.

Healthy Nation (HN): Правительством России принято решение - при инвестициях в здравоохранение перенести центр тяжести на модернизацию имеющих учреждений, предоставив для этого большие средства на текущий и на ближайшие годы. Г-н Липельт, ваша компания принимала участие в самом значительном проекте Татарстана - полной реконструкции и модернизации Больницы скорой медицинской помощи в Набережных Челнах - в качестве генерального подрядчика по поставкам и запуску профильного для данного лечебного учреждения оборудования. Как вы считаете, этот путь для России правильный - санировать и модернизировать, вместо того чтобы строить новое?

Г. Липельт (ГЛ): Пример БСМП в Набережных Челнах, а также наше участие в работе при модернизации хирургического центра Онкологического центра (РОНЦ) в Москве и другие проекты в России показывают, что это правильно - использовать предназначенные для улучшения медицинского обслуживания населения инвестиции именно в этом направлении.

Но если речь идет, в частности, о центрах высоких медицинских технологий, подготовке и повышении квалификации медицинского персонала или о дефиците коечного фонда в больницах отдельных регионов Российской Федерации, то целесообразно было бы поддерживать новое строительство. Не все существующие больницы или клинические базы учебных заведений можно модернизировать с экономически приемлемыми затратами. Однако, с другой стороны, нужно понимать, что модернизация больниц такого типа, как БСМП в Набережных Челнах, проводимая без остановки основной ее деятельности, дает множество преимуществ и обеспечивает стабильность медицинского обслуживания населения.

HN: Какие преимущества вы имеете в виду?

ГЛ: Самое большое преимущество состоит в том, что в модернизируемой больнице имеется функционирующий коллектив. Ее специалисты лучше знают, что следует изменить, какие процессы внутри больницы нужно в интересах пациентов сформировать по-другому, чтобы впоследствии задача обеспечения медицин-

ским обслуживанием решалась успешнее. Еще лучше можно выполнить технико-экономическое задание на реконструкцию и модернизацию любого проекта с точки зрения соответствия международному уровню медицинских технологий, если к российскому опыту и требованиям к будущей больничной технологии прибавить зарубежный опыт. Так было, например, когда мы организовали обучение специалистов БСМП Набережных Челнов в университетской клинике в г. Йена, Германия. На соответствие международному уровню можно проверить и стоимость модернизации. Мы, как инжиниринговая компания, постоянно выполняющая проекты не только в различных странах мира, но и на своем отечественном рынке в Германии, можем только подтвердить, что вследствие процессов глобализации цены на современную медицинскую технику являются прозрачными и везде - при сопоставимой спецификации - одинаковыми. Монтаж, обучение, обслуживание на различных рынках, конечно, отличаются в зависимости от конкретных условий.

HN: И все это может быть реализовано в рамках методики подготовки инвестиций и проектирования, которая предписана в Российской Федерации?

ГЛ: Полагаем, что это очень хорошо может быть реализовано, и предлагаем государственному инвестору свое сопровождение на основе действующих для этого предписаний. Мы окажем ему поддержку при разработке технико-экономического обоснования (ТЭО), предоставив всю необходимую техническую документацию, позволяющую найти для модернизации наилучшее решение. При этом речь идет не только о наилуч-



шей в качественном отношении медицинской и лабораторной технологии, но и о технологиях, позволяющих обеспечить высокий гигиенический стандарт благодаря применению соответствующих систем технологического оборудования зданий, отличающихся длительным сроком службы, и позволяющих добиться эффективного потребления энергии и, тем самым, снижения эксплуатационных расходов.

На стадии «проект» мы готовим документы к экспертизе, имеющей целью утверждение технологических решений и инвестиционных расходов. При этом инвестиционные расходы мы определяем на основе действующих нормативов и реальных на российском рынке цен. Для этого мы проводим анализ рынка индивидуально для каждого проекта, применительно к его месторасположению и специфическим местным условиям. В этом отношении различия в России большие. В районах грунтов с вечной мерзлотой, например, и в западных регионах европейской части России мы имеем дело с различными факторами издержек. При разработ-

ке рабочего проекта учитываем опыт, приобретаемый в ходе реализации, и технические изменения, которые возникают в связи с техническим прогрессом в период после экспертизы. Мы предлагаем реализацию проекта в тесном сотрудничестве с местными предприятиями, беря на себя функцию генерального подрядчика. При этом инвестор или заказчик по всем вопросам имеет дело только с одним партнером. Когда мы берем на себя функцию генерального подрядчика, то для нас очень важно, чтобы обучение и повышение квалификации персонала шли параллельно. Это является одним из важнейших условий комплексного пуска объекта в эксплуатацию.

НН: Что вы понимаете под комплексным пуском объекта в эксплуатацию?

ГЛ: Мы оснащали, например, экстренное приемное отделение для БСМП в Набережных Челнах как многопрофильное. Отсюда комплексный пуск в эксплуатацию означает, что специалисты разных медицинских профилей должны иметь возможность в кратчайший срок на основе

различных диагностических методов выбрать решение о дальнейшем лечении пациента. Для этого мы провели «мастер-классы» в университетской клинике г. Йены, Германия, и организовали соответствующее обучение в период запуска медицинских приборов. Наши специалисты затем сопровождают стадию запуска приборов, которая обычно занимает довольно длительное время. И здесь заказчик также имеет дело только с одним партнером, что позволяет провести весь этот процесс очень эффективно.

НН: Какие выводы в России должны сделать для успешной реализации инвестиционной программы?

ГЛ: Подготовка инвестиций такого рода является ключом к успешной реализации проекта. Необходимы инновации. Существующий в настоящее время способ размещения заказов на такие проектные работы, основанный исключительно на принципе самой низкой цены, не позволяет внедрять инновации, а вынуждает архитектурные и инженерные фирмы просто адаптировать устаревшие проектные решения, которые отчасти неоднократно применялись еще во времена Советского Союза. Международные know-how в этой области таким способом приобрести невозможно. Многие российские специалисты уже достигли пенсионного возраста.

Для наших филиалов в Москве мы обучаем молодых российских инженеров. Но им необходима нормальная заработная плата, чтобы обеспечивать семьи. Плата за выполнение данных видов работ, предусмотренная в результате проводимых аукционов, в большинстве случаев не позволяет это сделать. Поэтому Правительству России, на наш взгляд, необходимо отрегулировать способ размещения заказов на проектные работы таким образом, чтобы в центре внимания находились квалификация и итоги проекта в плане эффективности расходов. И за это надо платить достойное вознаграждение. Это очень хорошие инвестиции, они пойдут только на пользу государству, так как в этом случае объявляется конкурс на услуги и поставки с качественно полноценной и прозрачной документацией, и государство может приобрести данные услуги по ценам, отвечающим требованиям рынка. Тем самым можно избежать большинства дискуссий на тему закупок медицинского оборудования, которые сегодня имеют место. В течение последних 20 лет на территории бывшей ГДР мы, в основном, завершили процесс модернизации лечебных учреждений, который мог бы стать хорошим примером. Мы с большим удовольствием передали бы наши наработки в этой области, которые были бы очень полезны при выполнении программы модернизации существующих лечебных учреждений в России.

Г.И. РУБАН,
председатель технического комитета
«Стерилизация медицинских изделий»
Росстандарта

И.И. ТАРЛЫКОВ,
генеральный директор ООО «Фармстер»

Эпидемиологическая безопасность больных при оказании медицинской помощи

Актуальность
и состояние проблемы



Иван ТАРЛЫКОВ,
генеральный директор
ООО «Фармстер»

Каждый пациент, находясь на лечении в медицинском учреждении, подвергается риску заражения внутрибольничными инфекциями (синонимы - госпитальные, внутригоспитальные, нозокомиальные, инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи в стационаре). Такой риск возникает при проведении любой гигиенической, диагностической или лечебной процедуры и возрастает при вмешательствах с применением изделий, требующих дезинфекции или стерилизации.

Среди причин, приводящих к развитию септических осложнений и заболеваний рожениц, родильниц, новорожденных, пациентов хирургических и соматических стационаров, значительную роль играют несовершенство, отсутствие или неисполнение современных стандартов и технологий гигиенической и противоэпидемиологической направленности по неспецифической профилактике внутрибольничных инфекций (ВБИ). Они возникают, по меньшей мере, у 5% больных, находящихся в ЛПУ. По экспертным оценкам, реальный уровень заболеваемости внутрибольничными инфекциями в

Российской Федерации значительно выше. Как сообщается в Докладе Роспотребнадзора «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2006 году», в стране ежегодно регистрируется 2 - 3 млн случаев внутрибольничных инфекций. При этом инфекции мочевыводящего тракта, дыхательных путей и путь инфицирования через кровь практически не учитываются. Более точная статистика отсутствует.

Отдельные исследования показывают, что 15 и более процентов пациентов лечебно-профилактических учреждений инфицируются и заболевают внутрибольничными



инфекциями в процессе оказания лечебно-диагностической помощи. На отдельных территориях Российской Федерации, например, в Омской области, где организован более полный учет, у 22% больных из числа получивших медицинскую помощь в ЛПУ регистрируются внутрибольничные инфекции. Поэтому вероятно, что реальная заболеваемость внутрибольничными инфекциями в стране близка к уровню заболеваемости регионов с отлаженной системой регистрации и составляет от 5 до 7 млн случаев внутрибольничных инфекций в год (15 - 20% из 37 млн больных, пролеченных в стационарах страны в 2006 году).

Лечение внутрибольничных инфекций увеличивает продолжительность пребывания пациента в стационаре на срок от 6 до 20 дней, в целом по стране лечение внутрибольничных инфекций может потребовать от 30 до 120 млн дополнительных койко-дней.

Летальность в группе лиц с внутрибольничными инфекциями значительно превышает таковую среди других групп больных. Но статистика летальности, связанной с внутрибольничными инфекциями, в стране отсутствует. Имеются наблюдения специалистов, показывающие, что не менее 15% смертельных исходов в стационарах связано с внутрибольничными инфекциями. Таким образом, из регистрирующихся ежегодно около 400 тыс. смертельных исходов в ЛПУ более 60 тыс. может быть связано с внутрибольничными инфекциями. Для сравнения: потери от автомобильных аварий составляют 35 тыс. человек в год, а за всю афганскую войну (с 1979 по 1989 год) - 13 836 человек.

Анализ показывает, что причин у данной проблемы много, однако определяющей на данном этапе является низкая материально-

техническая база здравоохранения и, в частности, та ее часть, которая должна обеспечивать эпидемическую безопасность оказания медицинской помощи в ЛПУ. К ней относится плохое оснащение специальным технологическим и инженерным оборудованием операционных блоков, служб стерилизации, камерной дезинфекции, прачечных, операционных, аптек, утилизации медицинских отходов, молочных кухонь,

ваеется не только санитарно-показательная, но и патогенная и условно-патогенная микрофлора, являющаяся возбудителем внутрибольничных инфекций. Удельный вес патогенной и условно-патогенной микрофлоры составляет 23,9% от общего количества неудовлетворительных результатов. В ряде субъектов Российской Федерации этот показатель в несколько раз выше и в отдельных случаях достигает 87,5%.



Размер ущерба от внутрибольничных инфекций только от дополнительного пребывания в стационаре (без учета выплат по больничным листам, ущерба от летальности и инвалидизации больных с ВБИ) составляет десятки и даже сотни миллиардов рублей в год.

вентиляционных систем и др., что не позволяет обеспечивать необходимый уровень санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ЛПУ. Эти данные подтверждаются многолетними микробиологическими исследованиями.

Так, в хирургических стационарах и учреждениях родовспоможения микробиологические показатели чистоты воздуха не отвечают требованиям гигиенических нормативов - 8 - 9% проб воздуха - и имеют тенденцию к ухудшению. В воздухе стационаров хирургического профиля обнаружи-

Исходя из данных, полученных из 9000 лечебно-профилактических учреждений Российской Федерации, только незначительная их часть (не более 5%) имеет современные системы вентиляции и кондиционирования. Операционные в редких случаях оснащены ламинарными системами (защита зоны операционного поля потоком стерильного воздуха в период операции), что является обязательным стандартным требованием для операционных в странах Европейского союза. Соответствующие стандарты (ГОСТ Р 50766-95

«Помещения чистые. Классификация. Методы аттестации. Основные требования»; ГОСТ Р 51252-99 «Фильтры очистки воздуха. Классификация. Маркировка»; ГОСТ Р 52539 «Чистота воздуха в лечебных учреждениях») приняты в Российской Федерации, но до настоящего времени их применение при строительстве новых или реконструкции старых операционных игнорируется.

Каждое четвертое лечебно-профилактическое учреждение не имеет предусмотренных гигиеническими нормами и нормами по проектированию и строительству (СанПин 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров») дезинфекционных камер для постельных принадлежностей, что создает дополнительную микробную нагрузку на воздушную среду в стационарах.

Микробная обсемененность предметов внешней среды в лечебно-профилактических учреждениях не соответствует гигиеническим нормативам в 1,6% случаев. В отдельных субъектах Российской Федерации доля неблагоприятных результатов микробиологических исследований в разы превышает средний по стране показатель (Чеченская Республика - 10,6%, Республика Ингушетия - 6,4%, Карачаево-Черкесская Республика - 4,6%, Читинская обл. - 8%, Омская обл. - 4,9%). При этом в половине случаев обнаруживается патогенная и условно-патогенная микрофлора, являющаяся возбудителем внутрибольничных инфекций.

Показатель стерильности инструментов и материалов (процент нестерильных инструментов) за последние годы в среднем по стране улучшился и составляет 0,55%, однако он по-прежнему на три порядка хуже требований современных стандартов, принятых европейской и международной организациями стандартизации. При таком показателе стерильности практически каждый хирургический больной в нашей стране рискует получить инфекционное осложнение. В некоторых субъектах РФ доля нестерильных медицинских изделий превышает 10% (Чеченская Республика, Республика Ингушетия, Архангельская, Вологодская обл.). Риск внутрибольничных инфекций в таких регионах возрастает пропорционально значению показателя стерильности медицинских изделий и оборудования. В то же время централизованные стерилизационные отделения (специализированные подразделения, обеспечивающие более высокое качество стерилизации) организованы так, как того требуют нормативные документы (СанПиН 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров»), только в 61% лечебно-профилактических учреждений страны.



Принципиально важным для профилактики внутрибольничных инфекций является применение современных технологий сохранения стерильности медицинского инструментария - с момента стерилизации до применения.

Из них только 58% укомплектовано технологическим стерилизационным оборудованием. Современными стерилизаторами, моечно-дезинфекционными машинами, упаковочными материалами, средствами доставки и хранения оснащена незначительная часть ЛПУ. Трудоемкие работы осуществляются, в основном, вручную.

Действующий в ЛПУ укрупненный учет стерилизации медицинских изделий, а также учет выполняемых технологических операций не обеспечивают прослеживаемость инструментов в процессе их использования и последующей обработки, исключают персональную ответственность за результаты и качество работ по стерилизации. Специальные программные продукты, предназначенные для документирования и оптимизации всех работ и процессов по стерилизации, используются единичными лечебно-профилактическими учреждениями страны.

Принципиально важным для профилактики внутрибольничных инфекций являет-

ся применение современных технологий сохранения стерильности медицинского инструментария - с момента стерилизации до применения. По экспертным оценкам, на сегодняшний день не более 5% ЛПУ используют современную специальную герметичную упаковку, в остальных учреждениях до сих пор применяется устаревшая технология упаковки в стерилизационные коробки без фильтров, которая была внедрена в медицинскую практику еще в XIX веке. При таком способе упаковки не обеспечивается сохранение стерильности 23% медицинских изделий. Отечественные стерилизационные коробки с фильтрами превосходят коробки без фильтров, однако в сравнении с импортируемыми изделиями не выдерживают критики и не соответствуют требованиям специального стандарта, действующего в России с 2003 года (ГОСТ Р ИСО 11607-2003 «Упаковка для медицинских изделий, подлежащих финишной стерилизации»).



Согласно данным, полученным из 9000 лечебно-профилактических учреждений Российской Федерации, только незначительная часть (не более 5%) имеет современные системы вентиляции и кондиционирования.

Уровень отечественного стерилизационного оборудования для паровой стерилизации, которым оснащены более 90% ЛПУ, не соответствует требованиям нового стандарта (ГОСТ 51 935-2002). В то время как в странах Европы клиники, оснащенные оборудованием, не отвечающим требованиям стандарта на паровые стерилизаторы (EN-285), лишаются права осуществлять медицинскую деятельность. Дальнейшее совершенствование стерилизации возможно при внедрении процедур валидации оборудования и процессов по методикам, описанным в ГОСТах.

Особую тревогу вызывает ситуация с донорским молоком и растворами для питья в учреждениях родовспоможения. Неудовлетворительные пробы донорского молока в целом по стране составили 4,6%. Средний показатель, казалось бы, не вызывает тревогу, но в отдельных областях, например, в Ивановской обл., все 100% проверенных проб были неудовлетворительными. Эти результаты и публикации в СМИ показывают, что новорожденные и дети раннего возраста еще до выписки из лечебно-профилактических учреждений рискуют здоровьем, многократно принимая некачественное сцеженное молоко или растворы для питья. Технологии, оснащение кабинетов, рабочих мест по приготовлению безопасных в противовоздушно-защитном отношении продуктов для новорожденных и детей раннего возраста десятилетиями не претерпевали изменений.

Наши приблизительные расчеты показывают, что размер ущерба, причиняемого внутрибольничными инфекциями, только за время дополнительного пребывания больных в стационаре (без учета выплат по больничным листам, ущерба от летальности и инвалидизации больных с ВБИ) составляет десятки и даже сотни млрд рублей в год (при стоимости одного дня пребывания в хирургическом стационаре 1 - 2 тысячи рублей и общем количестве дополнитель-

ных койко-дней 30 - 120 млн суммарные годовые потери колеблются в пределах от 30 до 240 млрд руб.). Очевидно, что при полном учете потерь приведенные цифры значительно увеличатся. Однако методика расчета потерь отсутствует, официальная оценка экономического ущерба, связанного с внутрибольничными инфекциями, в стране не проводится. Отсутствие такой оценки лишает страну важного индикатора состояния проблемы эпидемиологической безопасности больных при оказании медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. Для решения проблемы внутрибольнич-

ных инфекций требуется модернизация материально-технической базы здравоохранения с приоритетом современных гигиенических и противовирусных технологий, составляющих основу системы эпидемиологической безопасности больных. Внедрение технологий на базе современной медицинской техники и новых методологических подходов позволит достичь не только экономического, но и значительного социального и демографического эффекта за счет снижения количества внутрибольничных инфекционных осложнений и связанных с ними инвалидизаций, смертности среди пациентов ЛПУ.



КОМПЛЕКСНЫЕ РЕШЕНИЯ ПО ОСНАЩЕНИЮ ЛПУ

Поставки медицинского оборудования и расходных материалов ведущих европейских производителей:

- «GETINGE» (Швеция)
- «ELECTROLUX» (Швеция)
- «PLUEMAT» (Германия)
- «AMCOR FLEXIBLES SPS» (Франция)
- «Ecodas» (Франция)
- «AP medical» (Италия)



- Проектирование
- Строительство
- Монтажные и пуско-наладочные работы
- Обучение персонала
- Техническое сопровождение проектов
- Гарантийное и послегарантийное обслуживание

Фармстер – ваш партнер от идеи до реализации проекта

Услуги и оборудование компании «Фармстер» соответствуют требованиям серии стандартов ISO 9000 и EN 46000, ГОСТ

119334, Россия, Москва,
ул. Вавилова, д. 5, корп. 3, офис 304
телефон: (495) 782 91 52, факс: (495) 231 29 55
www.pharmster.com, e-mail: info@pharmster.com



ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР

ГЛАВНЫЕ КОНКУРЕНТНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА КОМПАНИИ «АРФЕН»:

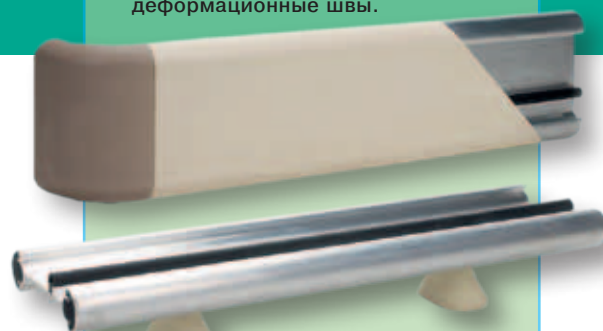
- **Кратчайшие сроки доставки** продукции по Татарстану - до **20 дней**, в то время как в среднем по рынку срок доставки таких заказов составляет порядка 70 - 95 дней.
- **Доступные цены** - в среднем на **30 - 40%** дешевле, чем у конкурентов. Достигается за счет низкой отпускной цены от производителя, отсутствия посредников. Кроме того, на данном этапе компания «АРФЕН» заинтересована в том, чтобы максимально полно удовлетворить потребности системы здравоохранения Российской Федерации и Республики Татарстан, внося свой вклад в модернизацию отрасли.
- **Качественное оказание всех сопутствующих услуг** - профессиональный монтаж и шеф-монтаж, гарантийное и постгарантийное обслуживание.
- **Широкий ассортимент продукции** - отбойники, поручни-отбойники, декоративные профили, алюминиевые грязезащитные коври, ограничители скорости, деформационные швы.

Защита стен - опора пациентам

В 2010 году компания «АРФЕН» стала эксклюзивным дилером турецкой строительной компании ARFEN, производящей системы защиты внутренних стен и углов - то, без чего трудно представить современное медицинское учреждение. Только за один год «АРФЕН» поставила и смонтировала «под ключ» отбойники в семи лечебных учреждениях республиканского значения, завоевав тем самым репутацию надежного поставщика.

Благодаря столь успешному старту компания «АРФЕН» в начале 2011 года получила статус официального представителя турецкого производителя на территории Российской Федерации и стран СНГ. Так что заказчики продукции ARFEN могут быть уверены в том, что получают ее, что называется, «из первых рук». Уже в мае 2011 года было открыто представительство компании в г. Москве. На сегодня ее дилеры работают и в отдаленных регионах России.

В ходе модернизации системы здравоохранения России - ремонта, реконструкции и строительства новых лечебных учреждений - продукция компании ARFEN приобретает особую значимость. Многого уже сделано, еще больше предстоит, и одним из наиболее наглядных критериев эффективного использования затраченных средств может служить выбор долговечных, надежных материалов и технологий, используемых при оснащении и отделке медучреждений.



Поручень-отбойник



Алюминиевый
грязезащитный ковер

Деформационный шов



www.arfen.ru



Впервые отбойники стали использовать в начале XXI века в европейских клиниках, около трех лет назад системы защиты стен появились в московских больницах, а в прошлом году - в Татарстане. Практичные и функциональные, они стали широко применяться при реконструкции медучреждений. Специальные системы защиты предотвращают повреждение стен и углов, а «повреждающих факторов» в больницах и медицинских центрах более чем достаточно: носилки, каталки, кресла-коляски, передвижное медицинское оборудование. Далеко не все стеновые материалы готовы к таким испытаниям. В конструкции отбойника предусмотрены амортизационные элементы, которые поглощают удары, а его декоративная поверхность обладает устойчивостью к царапинам. Если какой-либо элемент системы все-таки будет поврежден, его можно легко заменить.

Любое медучреждение - это место с большой посещаемостью, со свойственным ему быстрым загрязнением, истиранием покрытий стен, торцов, что для больниц с их высокими санитарно-гигиеническими нормативами просто неприемлемо. Отбойники - это эффективное решение многих проблем сохранности стен, к тому же покрытие системы обладает антибактериальными свойствами и антистатично. Кстати, системы защиты стен и углов, которые изначально проектировались для медицинских учреждений, сегодня находят все более широкое применение и на других социальных объектах - в детских садах,

школах, спортивных центрах, а также в гостиницах, офисах и т.д.

Выполняя защитную функцию, отбойники служат опорой для людей, ослабленных болезнью, а также упрощают перемещение больных на креслах-каталках. Стоит отметить, что обеспечение доступности медицинских услуг для пациентов с ограниченными физическими возможностями - одно из требований руководства здравоохранения республики, это касается особенно новых лечебных учреждений, а также отделений, медицинских центров, открывшихся после реконструкции и ремонта. Кроме функциональных характеристик, продукция, предлагаемая компанией «АРФЕН», имеет высокие декоративные свойства.

Сегодня медучреждения проектируются совместно со специалистами по интерьерам, ведь успешность лечения больного зависит не только от профессионализма врачей и современного оборудования, но и от психологического комфорта. И если в лечебных заведениях, построенных еще в советские времена, отделка однообразна - однотонные стены, преимущественно нейтральных цветов, то сегодня проектировщики и дизайнеры стремятся отойти от этого «стандарта», используют отделочные материалы, радующие глаз и вызывающие положительные эмоции.

Отбойники от компании «АРФЕН» могут быть решены в любом цвете каталога RAL. Кроме того, систему можно изготовить по индивидуальному заказу, в соответствии с размерами и расцветкой, которые нужны заказчику.

Наконец, безопасность использования продукции компании ARFEN подтверждена всеми документами: сертификатом соответствия по пожарной безопасности (не горит и не распространяет огонь), заключением о соответствии санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям, ГОСТу Р.

ОБЪЕКТЫ КОМПАНИИ «АРФЕН»:

1. Республиканская клиническая больница МЗ РТ.
2. Республиканская клиническая больница №2 МЗ РТ.
3. Республиканская клиническая больница №3 МЗ РТ.
4. Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ.
5. Госпиталь для ветеранов войн, г. Казань.
6. Госпиталь для ветеранов войн, г. Набережные Челны.
7. Больница скорой медицинской помощи, г. Набережные Челны.
8. Областной Перинатальный центр, г. Ярославль.
9. Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А. М. Никифорова МЧС России, г. Санкт-Петербург.
10. Перинатальный центр, г. Чита.
11. Перинатальный центр, г. Пермь.
12. Больницы РЖД (на стадии проектирования).

Неотложные вопросы кардиологии

Может ли одна таблетка ацетилсалициловой кислоты, принятая до прибытия медиков, помочь больному с острым коронарным синдромом?

Что эффективнее - тромболитическая терапия или чрескожное коронарное вмешательство? Эти и другие практические вопросы неотложной кардиологической помощи были рассмотрены на межрайонной научно-практической конференции в рамках образовательного проекта Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК), состоявшейся на базе альметьевской медсанчасти ОАО «Татнефть».

«Неотложная кардиохирургия - тема, которая пользуется стабильным интересом у врачей. Острые состояния, такие как инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность, тромбоэмболии, - основные причины смертности среди наших больных», - прокомментировал актуальность конференции один из главных докладчиков школы кардиологов руководитель отдела заболевания миокарда и сердечной недостаточности Института клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова, профессор, д. м. н. Сергей Терещенко.

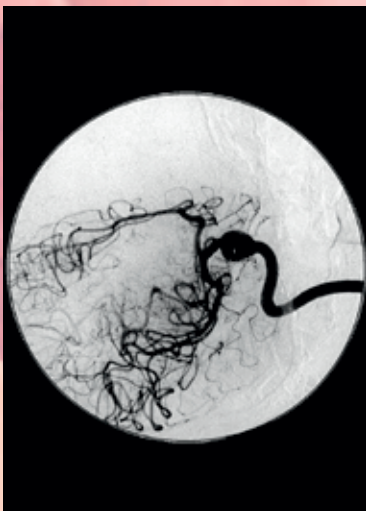
Кардиология является одной из наиболее развивающихся направлений в медицине, каждый год появляются новые методы, внедрение которых позволяет снизить смертность среди больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. По мнению другого московского докладчика на конференции профессора кафе-

дры кардиологии и общей терапии ФГУ УНМЦ УДП РФ, д. м. н. Дмитрия Затеищикова, в Татарстане применять современные международные стандарты оказания медицинской помощи легче, чем в других регионах, поскольку здесь созданы все необходимые для этого условия.

Вместе с тем, врач сегодня должен быть в курсе последних изменений в методах лечения. Не менее важны и организационные вопросы оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах. Кардиологи и реаниматологи, врачи скорой медицинской помощи и терапевты из 25 районов Татарстана приняли участие в школе ВНОК, доклады сопровождалась примерами из российской врачебной практики, опыта других стран, и прямо по ходу сообщения специалистам предлагались задачи по определению оптимальной тактики лечения.

По мнению Сергея Терещенко, ключевую роль в снижении летальности от инфаркта миокарда должно сыграть совершенствование медицинской помощи на догоспитальном этапе, ведь, согласно статистике, половина смертей от инфаркта происходит именно на этой стадии. Кроме того, в последнее время был отмечен рост острых повторных инфарктов миокарда - 50 случаев на 100 тысяч человек. Как ни парадоксально, это может быть связано с применением современных методов лечения. Внедряя в рамках сосудистой программы ангиопластику со стентированием, специалисты перестают уделять должное внимание антитромботической терапии, что увеличивает риск повторного заболевания.

Между тем, больной во многих случаях сам способен провести первые неотложные мероприятия при острых состояниях, важно лишь правильно его направить. Например, во Франции волонтеры распространяют листовки среди населения, в которых написано, что при появлении боли за грудиной необходимо немедленно принять аспирин, нитроглицерин и вызвать скорую медицинскую помощь. Больному с ишемической болезнью сердца в США выдают брелок, в котором находится одна таблетка ацетилсалициловой кислоты 325 мг. При появлении первых



Требования к медицинскому центру, где проводятся чрескожные коронарные вмешательства: в год должно проводиться не менее 200 ангиопластик; личный опыт каждого оператора - не менее 75 процедур в год.

симптомов острого коронарного синдрома он выдавливает таблетку, кладет ее под язык, что позволяет не только облегчить болевой синдром, но и существенно улучшить прогноз течения заболевания.

Такие, казалось бы, простые мероприятия дают хорошие результаты. Для сравнения: летальность от инфарктов миокарда во многих регионах России стабильно держится на уровне 27%, в то время как в развитых странах этот показатель находится на уровне 6%. Конечно, эти цифры являются итогом целого комплекса мер, но ничто не мешает внедрять успешный опыт других стран. Как это было сделано, например, в Пензе, где на оборотной стороне квитанции по оплате коммунальных услуг печатают алгоритм действий при болевом синдроме.

Следующий организационный вопрос – совершенствование работы диспетчерской службы. Чем раньше начнется лечение, тем у больного больше шансов на положительный исход. Собрав первичный анамнез, оператор на том конце провода может порекомендовать больному лекарственные препараты, например, все ту же нагрузочную дозу аспирина. Кроме того, правильно проведенный опрос позволит дифференцировать потоки больных, поступающих в стационар, снизить нагрузку на бригады скорой медицинской помощи. Во многих случаях родственники сами могут доставить больного в медицинское учреждение, а иногда диспетчер может сделать вывод, что симптомы больного не являются показателями для срочной госпитализации.

Сергей Терещенко назвал абсурдной ситуацию, когда линейная бригада, заподозрив острый коронарный синдром,

вызывает кардиологическую бригаду для проведения тромболитика. «Мы, к сожалению, теряем время. В США, Франции такую терапию проводят парамедики», – посетовал профессор.

Алгоритм действий медицинского работника, если описывать его вкратце, предложен следующий: 10 минут на короткий прицельный анамнез на месте. Неотложные мероприятия по показаниям – дать нитроглицерин либо наркотические анальгетики, аспирин, клопидогрель, кислород. В течение 30 минут врач должен принять решение, будет ли он проводить тромболитическую терапию. Эти мероприятия являются ключевыми на догоспитальном этапе оказания помощи больным с острым коронарным синдромом.

Альтернативой тромболитика являются чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ), в Чехии, например, им в 90% случаев отдается предпочтение.

В России таких показателей пока трудно достичь, поскольку далеко не всегда удается в срок доставить больного до высокотехнологичного медицинского центра. Решение – фармакоинвазивная методика, когда вначале проводится тромболитическая терапия, а затем, через несколько часов, в случае необходимости, а она может и отпасть, чрескожное вмешательство.

Той же точки зрения придерживается и Дмитрий Затеищikov: «Перевод тромболитической терапии на догоспитальный этап дает существенный выигрыш во времени. Если тромболитик будет введен в течение часа после появления симптомов, у каждого четвертого больного инфаркта вообще не будет».

ФЕРМЕНТ

Expert's
INFO

КАКОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ВЫБРАТЬ?

СТРЕПТОКИНАЗА

Плюсы:

- наиболее изученный на сегодняшний день препарат
- доступная стоимость
- простой режим введения
- не нужно сочетать с гепарином (важно для больных с высоким риском кровотечения)

Минусы:

- является чужеродным белком
- теоретически возможна аллергическая реакция
- ниже частота открытия сосудов по сравнению с более современными препаратами

УРОЛАЗА

Плюсы:

- простой режим введения
- хорошая степень открытия сосудов

Минус:

- менее изучен, чем стрептокиназа

АЛЬТЕПАЗА

Плюсы:

- белок полностью повторяет тканевой, т.е. не чужероден
- дает выраженное открытие сосудов

Минусы:

- необходимо точно дозировать, выдерживать режим введения, в противном случае возможно кровотечение
- необходимо сочетать с гепарином

ТЕНЕКТЕПАЗА

Плюсы:

- высокая специфичность
- дает выраженное открытие сосудов
- можно вводить болюсно
- большой диапазон дозировок (10 кг)

Минус:

- высокая стоимость

Более того, в силу простоты проведения тромболитика смертность в первые 2 – 3 часа меньше, чем на фоне первичной ангиопластики. Какую тактику выбрать? Профессор Затеищikov предлагает такое решение: оценить время от начала болезни, выполнимость ангиопластики в данный момент, а также наличие противопоказаний для тромболитика. «Если нет возможности в течение двух часов выполнить ангиопластику, проводится тромболитик, а затем уже в течение 4 – 24 часов рутинно выполняется ЧКВ, – подытожил Дмитрий Затеищikov. – Если есть противопоказания для тромболитика, ангиопластика – единственное решение».



На протяжении многих десятилетий человечество стремилось всеми доступными средствами облегчить жизнь людям, страдающим нарушениями ритма сердца. Сегодня во всем мире широко применяется электрокардиостимуляция как один из доступных и относительно не дорогих способов лечения.

У электрического воздействия на сердце человека более чем 80-летняя история. Она началась в 1927 году, когда г-н G. Нупан создал первый в мире наружный электрокардиостимулятор и применил его в клинике для лечения больного, страдающего редким пульсом и потерями сознания. Это сочетание известно как приступ Морганьи - Эдемса - Стокса (МЭС).

Отвечая на запросы здравоохранения, испытывающего острую нехватку отечественных ЭКС, ФГУП «Ижевский механический завод» в 1988 году открыло у себя новое производство по выпуску высокотехнологичных, наукоемких приборов для поддержания жизнедеятельности человека



В серийном производстве - лучшие отечественные приборы для электрокардиостимуляции

Визит Лео Антоновича Бокерия на предприятие.

с нарушением ритма сердца - электрокардиостимуляторов (ЭКС) марки «БАЙКАЛ» и эндокардиальных электродов к ним. Традиции Ижевского механического завода - одного из ведущих оборонных предприятий страны, его ответственность перед страной за выпускаемую продукцию - в полной мере сохранились и в производстве медицинской техники, только ответ приходится держать не перед Министерством обороны, а перед конкретным человеком, жизнь которого напрямую зависит от надежности ЭКС. Эту простую истину понимает каждый работник предприятия - от рабочего до генерального директора.

В начале XXI века завод, используя свой мощный технический потенциал, по-

ставил на поток изготовление качественно новых приборов для электрокардиостимуляции, габариты и технические характеристики которых отвечают современным требованиям и практически ничем не отличаются от своих зарубежных аналогов.

Изделия медицинской техники Ижевского предприятия (электрокардиостимуляторы, электроды, программаторы) изготавливаются по технологиям специальной техники и на производственных участках, которые контролируются военной приемкой. Производственная площадка по сборке ЭКС вынесена за пределы основного производства и располагается в экологически чистой зоне города.



Модельный ряд медицинской техники, производимой ФГУП «ИМЗ». Слева: 1 ряд – программатор, электрод в стерильной упаковке, картонная упаковка изделия; 2 ряд – ЭКС в стерильной упаковке, далее ЭКС

Электрокардиостимуляторы марки «БАЙКАЛ» не просто поддерживают жизнь больного, а позволяют ему вести нормальный образ жизни и даже заниматься спортом. Прооперированный пациент уже через несколько недель способен заниматься обычными делами, ничем не отличаясь от здоровых людей.

На сегодняшний день освоен и запущен в серийное производство широкий модельный ряд изделий – это малогабаритные однокамерные и двухкамерные ЭКС, в том числе и для имплантации их детям. С 2008 года в серийном производстве находятся 1-камерные, с частотной адаптацией ЭКС. За последние годы значительно улучшилось качество выпускаемых заводом электродов БИП-01 и БИП-02 – за счет смены поставщиков комплектующих и применения наиболее ответственных деталей производства фирмы Heraeus (Германия), которая поставляет комплектующие для сборки электродов для всех европейских производителей. В 2009 году был начат выпуск 2-камерных ЭКС с частотной адаптацией. А с 2011 года серийно изготавливаются желудочковые и предсердные электроды с двухкомпонентным стероидным покрытием.

В ЭКС марки «БАЙКАЛ» применяется современная элементная база, изготавливаемая по нанотехнологиям с малым энергопотреблением, что позволяет значительно сократить габариты и вес, не уменьшая при этом срок службы ЭКС (средний срок службы 9 лет). Все модели ЭКС прошли техническую экспертизу, имеют соответствующие сертификаты и регистрационные удостоверения. В марте

2010 года система менеджмента качества (СМК) предприятия проверена и признана соответствующей стандартам ИСО 9001:2008, ИСО 13485:2003 в отношении разработки и производства медицинской техники.

Расширение модельного ряда ЭКС по функциональным возможностям ставит их в один ряд с мировыми аналогами, благодаря чему они успешно применяются во многих регионах России (Республика Татарстан, Санкт-Петербург, Ростов-на-Дону, Воронеж, Уфа и т.д.) и странах ближнего зарубежья. ЭКС производства ФГУП «ИМЗ» полностью отвечают требованиям перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия» Минздрава России. Широкий модельный ряд и качество выпускаемых изделий так же отметил в ходе своего последнего визита на наше предприятие директор НЦССХ им. А. Н. Бакулева академик РАМН, профессор Лео Бокерия. Работа по совершенствованию существующих моделей ЭКС и разработке новых образцов, отвечающих требованиям современной медицины, на заводе ведется постоянно.

Электрокардиостимуляторы марки «БАЙКАЛ» не просто поддерживают жизнь

больного, а позволяют ему вести нормальный образ жизни и даже заниматься спортом. Прооперированный пациент уже через несколько недель способен заниматься обычными делами, ничем не отличаясь от здоровых людей. И эта работа не прекращается ни на минуту. В финальной стадии постановки на серийное производство находятся эндокардиальные электроды уменьшенного диаметра с активной фиксацией и стероидным покрытием. В стадии проектирования также – имплантируемые трехкамерный электрокардиостимулятор и двухкамерный кардиовертер-дефибриллятор.

Работе завода по совершенствованию своей продукции помогают постоянное участие в ежегодных съездах аритмологов и кардиохирургов, а также тесная связь между разработчиком, производителем и конечным потребителем – кардиохирургами.

Особую роль во взаимодействии с потребителями играет налаженная дилерская сеть. Партнеры, зарекомендовавшие себя только с наилучшей стороны, полностью берут на себя обязательства по взаимодействию с представителями региональных министерств здравоохранения, лечебных учреждений на всей территории Российской Федерации. Благодаря выбранной стратегии в кратчайшие сроки и на местах решаются все возникающие вопросы. Происходит постоянный обмен информацией, буквально из первых уст, и ни одно из пожеланий врачей не остается без внимания.

Специалистами ФГУП «Ижевский механический завод» и партнерами предприятия на протяжении всего срока сотрудничества контролируется каждая поставка, отслеживается судьба каждого изделия. Такой подход к делу положительно влияет на качество оказываемых медицинских услуг.



Allura XPER FD

значительно повышают качество исследования

**Лучшие кардиологические госпитали США
выбирают ангиографы PHILIPS**

Предпочтение аппаратам серии Allura XPER FD, этой всемирно известной компании, кардиологи отдают за уникальные на сегодняшний день характеристики.

Они имеют, например, рентгеновские трубы с самой высокой теплоемкостью - 5400 тТЕ и с самой высокой скоростью отвода тепла от анода - 14,85 кНУ/сек, что значительно увеличивает срок службы рентгеновского излучателя, надежность аппарата. Это позволяет непрерывно проводить исследование даже при большом количестве серийных съемок и дает самое высокое качество изображения в косых проекциях крупных пациентов.

Отличительной особенностью системы визуализации является уникальный 2-килобитный поток информации с плоского детектора с самым низким размером пикселя в отрасли - 154 мкм, который позволяет получать изображения высочайшего качества. Уникальные платы XRes со скоростью вычисления 10 000 операций за каждый кадр уменьшают зернистость живого изображения, свойственную всем цифровым системам, и увеличивают контраст-

ность картинки. Самый стабильный потолочный подвес С-Дуги обеспечивает очень глубокие косые проекции, 120/185° и 90/90°, которые зачастую не в состоянии выполнить аппараты классического исполнения многих других мировых лидеров данной индустрии. Стол выдерживает 250 кг массы пациента плюс дополнительную нагрузку в виде сердечно-легочной реанимации в абсолютно любом положении стола, что недостижимо для ангиографических систем других производителей. Мощная трубка наряду с мощной скопией позволяет снизить дозовую нагрузку на врача, заменяя в некоторых случаях серийную съемку высококонтрастной скопией. Надежная система Bodyguard позволяет защитить пациента и оборудование, предотвращая столкновение с движущимися частями аппарата бесконтактным методом измерения поля вокруг объектов, не прибегая при этом к предоперационному замеру поля, калибровке и настройке этой системы.

Вкупе с вышперечисленными основными характеристиками системы аппараты серии Allura XPER FD предлагают возможность установки интервенционного обеспечения для усиления видимости стентов, трехмерной реконструкции периферических сосудов и сосудов миокарда с полной интегра-

EXPERT CLASS



Плоский детектор с самым низким в отрасли размером пикселя – 154 мкм – позволяет получать изображения высочайшего качества.

Уникальные платы XRes выполняют 10 000 операций за каждый кадр, уменьшая зернистость живого изображения, свойственную всем цифровым системам, и увеличивают контрастность картинки.



Самый стабильный потолочный подвес С-Дуги обеспечивает очень глубокие косые проекции, 120/185° и 90/90°, которые зачастую не в состоянии выполнить аппараты классического исполнения.



цией интерфейса в сенсорный пульт управления системой. Многие из перечисленного программно-аппаратного обеспечения до сих пор не доступно у лидеров отрасли, а остальное программное обеспечение, копирующее до недавнего времени функции уникального программного обеспечения PHILIPS, не обладает той производительностью, скоростью и информативностью, которыми обладает программное обеспечение компании PHILIPS в новых версиях своих продуктов.

Стоит упомянуть и дополнительную уникальную функцию двухплоскостного ротационного сканирования, которая снижает экспоненциальную дозу и количество вводимого контрастного вещества до 60%; не менее уникально и

решение EP Navigator для немагнитной навигации; VASO CT позволяет увидеть сосудистые структуры даже за окклюзией, MR/CT Roadmapping – совмещение рентгеноскопического изображения и МР/КТ данных для проведения катетера. Такое программное обеспечение является настоящим прорывом в индустрии, оно задает новые стандарты для ангиографических систем.

Далеко не последним элементом современной ангиографической системы является монитор отображения получаемого изображения. PHILIPS предоставляет уникальную возможность увидеть изображение 2048 x 2048 пикселей на экране с диагональю 142 см с помощью системы FlexVision XL. Инженеры PHILIPS знают, насколько важна надежность мо-

нитора, поэтому физически монитор разделен на четыре независимые части со своим источником питания и отдельным видеовходом, что при необходимости дает возможность перевода изображения в другую часть экрана.

Это далеко не весь список характеристик передовой системы Allura FD. Они превосходят параметры похожих систем других производителей и значительно повышают качество проведения исследования и удобство выполнения задач интервенционного хирурга наряду с защитой здоровья пациента, снижая лучевую нагрузку, уменьшая количество введения контраста и длительность интервенционных процедур и повышая уровень здоровья населения России.

Эффективные технологические решения

Онкологической
службе России – 65 лет

Тема борьбы с раковыми заболеваниями, к сожалению, не теряет своей актуальности, несмотря на предпринимаемые медициной усилия. Об этом свидетельствует, прежде всего, неутешительная статистика - различными видами онкологических заболеваний сегодня страдают 2,7 миллиона человек, почти 2% населения. Более 29% умирают в первый год после выявления злокачественных новообразований только потому, что слишком поздно был поставлен диагноз.

Важность ранней диагностики в борьбе с онкологическими заболеваниями и связанная с ней необходимость обеспечения отечественных клиник современным диагностическим оборудованием обсуждались недавно в рамках нескольких мероприятий, проходивших в Москве и Санкт-Петербурге. Одним из активных участников и инициаторов обсуждения этой проблемы стала научно-исследовательская производственная компания «Электрон». Совместно с Общероссийским общественным движением «Медицина за качество жизни» и Ассоциацией онкологов России она провела научно-практический семинар «Онкологическая клиника завтрашнего дня: роль формата инновационного партнерства полного цикла в развитии материально-технического оснащения отечественных ЛПУ».

В работе семинара, проходившего на базе НИПК «Электрон», а также Санкт-петербургского госпиталя ветеранов войн и городского клинического онкологического диспансера, приняли участие



Александр ЭЛИНСОН,
главный исполнительный
директор НИПК «Электрон».

руководители здравоохранения и ведущие специалисты по лучевой диагностике из 25 субъектов семи федеральных округов РФ. Они познакомились с ходом разработки и производства высокотехнологического медицинского оборудования. Участникам был представлен первый отечественный комплекс для компьютерной томографии, разработанный в рамках инновационного партнерства полного цикла компаниями «Электрон» и Philips. В ходе мастер-класса, организованного в госпитале для ветеранов войн, были продемонстрированы возможности этого комплекса для диагностики онкологических заболеваний.

«Сегодня более 500 тысячам россиян ежегодно ставят диагноз «рак», умирают от этого заболевания около 300 тысяч человек в год, – сказал в своем вступительном слове председатель Правления Общероссийского объединения медицинских работников, доктор медицинских наук, профессор Георгий Новиков. – Многие из них могли бы остаться живы, если бы им была оказана своевременная, на ранней стадии онкологического заболевания медицинская помощь. Сокращение показателей смертности от онкологических заболеваний, снижение однодневной летальности и увеличение пятилетней выживаемости пациентов должны стать приоритетными задачами на уровне государственной стратегии».

Успешность лечения и качество жизни больного зависят от того, насколько быстро и точно поставлен диагноз. Достиже-



ния современной медицины предлагают для этого эффективные технологические решения. Но их доступность не только для пациентов, но и для специалистов отечественного здравоохранения все еще

Россию современных технологий и их развития в интересах отечественного здравоохранения. Государством обозначены совершенно четкие приоритеты в развитии отечественного инновационного

и нехватка квалифицированных кадров не позволяют эффективно выстроить систему раннего диагностирования всего населения. Не всегда по результатам исследований удается сделать правильное



У медпрома страны есть большой потенциал, накоплен значительный опыт успешного сотрудничества с мировыми компаниями с целью привлечения в Россию современных технологий и их развития в интересах отечественного здравоохранения.

остается злободневным вопросом. У российских врачей зачастую нет возможности использовать технологии, доступные в повседневной практике их коллегам в европейских и американских клиниках.

«Практически все высокотехнологичное оборудование дорогостоящее, импортное. Доля же отечественных производителей на рынке высокотехнологичного медицинского оборудования составляет всего лишь 11%, – прокомментировал эту ситуацию главный исполнительный директор НИПК «Электрон» Александр Элинсон. – Но у медпрома нашей страны есть большой потенциал, накоплен значительный опыт успешного сотрудничества с мировыми компаниями с целью привлечения в

производства. Поэтому у индустрии есть уверенность в том, что в ближайшие пять лет именно российские инновационные решения позволят существенно приблизиться к решению проблемы онкологических заболеваний в стране. Доступность технологических решений окажет прямое влияние на экономическую эффективность всего процесса лечения. Так, стоимость лечения онкологического больного, диагностированного на ранней стадии, в пять раз ниже, чем диагностированного на третьей и четвертой стадиях. Без оснащения медицинских учреждений необходимым оборудованием смертность от рака не снизить. Однако приходится признать, что огромная территория страны

заключение. Поэтому нельзя говорить о современном оборудовании в отрыве от создания цифровой инфраструктуры на базе современных телекоммуникационных технологий. В нашем понимании, только комплексный подход в оснащении клиник может обеспечить эффективную работу радиологических отделений и открыть пациентам возможность получить консультации у ведущих специалистов отрасли.

Информатизация отечественного здравоохранения – это необходимое условие для реализации успешной медицинской практики, повышения качества медицинских услуг, а значит, и качества жизни граждан нашей страны».

Семён ПЕТРОВ,

президент российского отделения Международной Академии Патологии (International Academy of Pathology), профессор кафедры патологической анатомии Казанского государственного медицинского университета, заведующий референсной лабораторией иммуногистохимической диагностики опухолей Республиканского клинического онкологического диспансера Министерства здравоохранения Республики Татарстан.



Инновации в молекулярно-биологической диагностике

В человеческом организме обнаружено около 38 тысяч генов и примерно 300 тысяч белков, выполняющих огромное количество функций, обеспечивающих жизнедеятельность здорового человека. Одним из серьезных нарушений в организме человека являются появление и рост злокачественной опухоли, что до настоящего времени остается самым загадочным биологическим явлением. Это в значительной мере связано с тем, что каждая опухоль, несмотря на общие механизмы ее существования, является уникальным событием, и развитие, рост новообразования определяются особенностями генома конкретного человека, у которого возникла опухоль. Поэтому обнаружения универсального маркера для диагностики любой злокачественной опухоли ожидать не приходится.

В то же время мы вправе отметить, что в последние годы онкологами достигнут

значительный прогресс в понимании молекулярной биологии опухолевой клетки. Стали известны многие механизмы контроля клеточного деления и клеточной гибели, поддержания генетической стабильности, путей передачи сигнала от рецепторов в ядро и т.д. На сегодняшний день известно более сотни поврежденных белков и/или генов, изменения которых находят в клетках злокачественных новообразований. Так как каждая опухоль является уникальной по набору генетических нарушений, вовлеченных в сложный многоступенчатый процесс ее появления, определение в ткани опухоли ряда генетических и молекулярно-биологических маркеров этих нарушений дает нам крайне важную дополнительную информацию. Это данные о причинных факторах, биологическом поведении новообразования, о скорости ее роста, способности к инвазии и метастазированию, чувствительности и/или устойчивости к лекар-

ственному или лучевому лечению, а также о клеточном происхождении. Основные методы определения таких маркеров в ткани основаны на выявлении изменений на геномном (по амплификации гена, увеличению количества копий матричной РНК, наличию мутаций в гене и т.д.) или белковом уровне (по сверхэкспрессии белка, экспрессии мутантного белка). Для этого в практической онкологии разработаны и активно используются новые, точные и надежные международные стандартные подходы.

Таким образом, произошло становление нового направления в онкологии – молекулярной диагностики, в основе которой лежит использование молекулярно-биологических маркеров для определения тактики и стратегии лечения, индивидуального подбора лекарственных средств, контроля эффективности противораковой терапии, а также прогнозирования течения злокачественного процесса.

В настоящее время химиотерапия при определенном виде раковой опухоли назначается, как правило, по протоколам, разработанным после многолетних исследований противоопухолевых препаратов. Надо отметить, что при этом не учитываются генетические особенности, метаболизм клеток конкретной опухоли и, как результат, – не очень высокая эффективность химиопрепаратов. Поэтому онкологов всего мира все больше привлекают новые терапевтические подходы, базирующиеся на достижениях молекулярной биологии.

Сейчас разработаны препараты так называемой таргетной (target – англ. мишень) терапии, направленные на прицельное блокирование в опухолевых клетках различных белков-продуктов онкогенов, а также путей внутриклеточной регуляции деления раковой клетки.

В РКОД МЗ РТ в повседневном режиме для целей индивидуализации терапии (customized therapy) и для создания «молекулярного портрета» опухоли применяется анализ в опухолевых клетках целого ряда молекулярных мишеней. Это относится, прежде всего, к таргетной/специфической противоопухолевой терапии, направленной против рецепторов факторов роста, дифференцировочных антигенов и т.п. За достигнутые в этом направлении результаты онкологи РКОД вместе с коллегами из Москвы и Санкт-Петербурга стали лауреатами премии Правительства РФ в

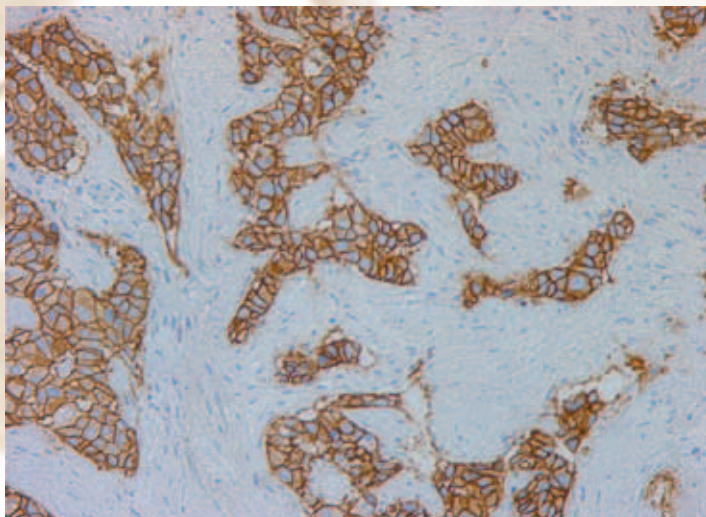


Рис. 1. Позитивная мембранная реакция клеток рака молочной железы на аномальный белок онкогена c-erb-B2/Her2/neu, что указывает на высокий агрессивный потенциал этой опухоли.

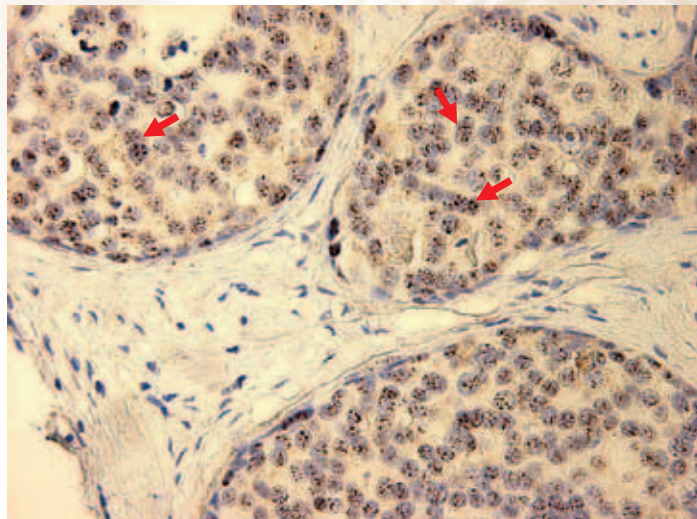


Рис. 2. Оценка количества копий онкогена c-erb-B2/Her2/neu в ядрах клеток рака молочной железы с помощью гибридизации in situ. В каждом ядре выявлено повышенное количество копий гена (по сравнению с двумя копиями в норме), что подтверждает факт амплификации гена в раковых клетках данной больной и служит в качестве неблагоприятного прогностического фактора течения рака.

области науки и техники за 2008 год. В генетической лаборатории РКОД исследуются гены, которые определяют развитие наследственных раковых синдромов (самая распространенная наследственная патология, которая встречается в 1% человеческой популяции, при этом у лиц с наследственными раковыми синдромами наиболее часто выявляют рак молочной железы или яичников, рак толстой кишки - до 2% популяции или 5 - 10% пациен-

диагностике опухолевого процесса, и от ее точности зависят выбор схемы дальнейшего лечения и прогнозирование течения заболевания. Примерно в 20% случаев злокачественного роста такая диагностика чрезвычайно затруднена или даже невозможна. Объясняется это сложными морфогенетическими процессами в опухолях, приводящими к упро-

Необходимо отметить, что за РКОД МЗ РТ заслуженно закреплен российский приоритет внедрения в практику этих высокотехнологичных методов верификации злокачественных новообразований человека, что проявилось приданием иммуногистохимической лаборатории статуса референсной (контрольно-консультативной) по всему Поволжью.

Мы успешно обучаем патологов РФ на казанских Всероссийских школах-семинарах по иммуногистохимической диагностике опухолей, выпустили единственное в России руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека (3 издания, г. Казань - 1998, 2000, 2004).

Важно отметить, что за последние 15 лет патологическое отделение РКОД фактически стало для всей республики и Приволжского федерального округа тем местом, куда доставляются для верификации самые сложные случаи опухолей человека любой локализации.

В 2010 году по федеральной онкологической программе РКОД получил новое уникальное патоморфологическое и другое оборудование для высокоспециализированной уточняющей микроскопической и цитогенетической диагностики опухолей. Оно позволяет нам на новом качественном уровне ставить точные диагнозы и благодаря этому назначать целенаправленное эффективное лечение.

Таким образом, внедрение инновационных диагностических морфологических и цитогенетических технологий в повседневную практику врачей-онкологов Татарстана поднимает на современный уровень верификацию и терапию злокачественных опухолей.

Основные методы определения маркеров в ткани основаны на выявлении изменений на геномном или белковом уровне.



тов). В РКОД новое развитие получил анализ лекарственной устойчивости и чувствительности при противоопухолевой терапии. Так, у больных раком легкого и толстой кишки выявляются ключевые мутации ряда генов, предсказывающие будущую эффективность или резистентность таргетной (целенаправленной) терапии.

Вторым разделом молекулярной онкологии, который нашел практическое применение в РКОД, является молекулярная морфологическая верификация опухолей любой локализации. Как известно, онкологический диагноз основывается на достоверной морфологической

структуры и исчезновению в них каких-либо специфических черт.

С 1996 года в РКОД МЗ РТ при поддержке главного врача профессора Р. Ш. Хасанова проводятся широкомасштабные диагностические работы с применением современных иммуногисто(cito)химических и молекулярно-цитогенетических методов, основанных на выявлении в раковых клетках ряда генов и/или специфических белковых молекул. Это привело к повышению качества диагностики и лечения опухолей на уровень, характерный для ведущих отечественных и зарубежных онкологических клиник.

Антон АНИСИМОВ,
кандидат медицинских наук,
врач-консультант «Медисон»

ElastoScan™

поднимает эффективность работы врача на экспертный уровень

ElastoScan™ - это специальная технология визуализации нормальных тканей и патологических очагов, основанная на различии эластических свойств этих тканей.

Ультразвуковой аппарат, оснащенный технологией ElastoScan™ (включая программное обеспечение и датчики), позволяет получать диагностическое изображение - соноэластограмму, на котором участки высокой эластичности (нормальные, «мягкие» ткани) картиру-

вых для окружающих опухоль нормальных тканей.

Преимущество ElastoScan™ по сравнению с УЗИ - и тому уже есть клиническое подтверждение - заключается в принципиальной возможности увидеть изоэхогенные опухолевые очаги

третьего пациента, а для рака молочной железы - с большей достоверностью отдифференцировать опухоль от неопухолевых локальных изменений (например, гематом) и более прицельно выполнить пункционную биопсию для верификации диагноза. И для рака предстательной железы, и для рака молочной железы количество образцов биопсированной ткани, необходимой для точного диагноза, уменьшалось в существенной пропорции благодаря дополнительному использованию ElastoScan™.

С практической точки зрения, соноэластография менее трудоемка, чем доплерография или 3D УЗИ для вышеперечисленных локализаций. Все, что требуется от врача, проводящего исследование, это включить режим соноэластографии и провести сканирование зоны интереса, совершая умеренную компрессию и декомпрессию органов. Для нормальных тканей характерно стабильное присутствие соноэластографических сигналов, т.е. их окрашивание согласно выбранной шкале. Опухолевые очаги остаются темными в течение всего исследования, и эта картина может быть воспроизведена неоднократно. Обнаруженные подозрительные участки можно локализовать, измерить и выполнить их прицельную - под контролем ElastoScan™ - пункцию.

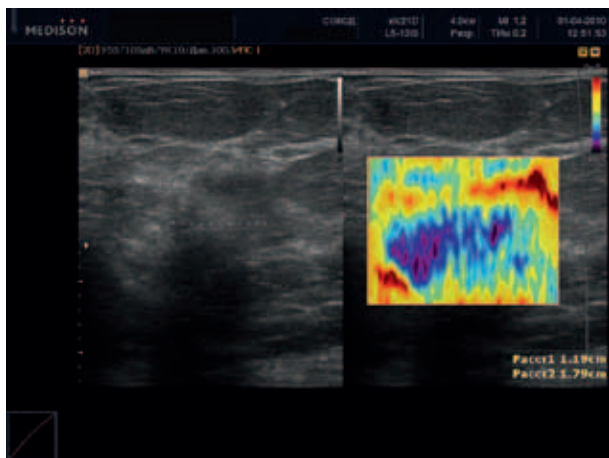


Рис. 1. Эхограмма и эластограмма показывают истинные размеры опухоли, включая ее инвазию в ткани молочной железы.

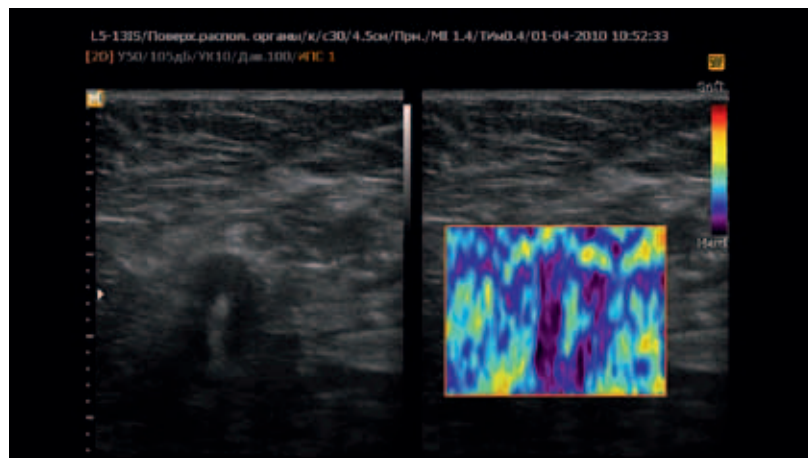


Рис. 2. Эхограмма и эластограмма метастазы рака молочной железы в подмышечный лимфатический узел с признаками инвазии в окружающие ткани.

ются одним цветом, а участки низкой эластичности - другим цветом.

Как правило, опухолевая ткань в 5 - 28 раз менее эластична, чем ткань здоровых органов, и это различие можно определить уже при относительно небольших размерах опухолевого очага. Кроме того, в некоторых случаях опухоль даже относительно больших размеров не имеет четких контуров и остается изоэхогенной при обычном УЗИ, т.е. ее акустические свойства по ряду причин мало отличаются от тако-

и опухоли меньших размеров. В ходе клинической экспертной апробации данного метода (Х.Й. Зоммерфельд, урологическая клиника больницы Мариен, Марль, Германия; В.Ф. Дуда, гинекологическая клиника больницы Марбургского университета, Германия) удалось, например, визуализировать рак предстательной железы на любой стадии в более чем половине случаев. С помощью обычного ультразвукового исследования это удастся сделать, в лучшем случае, лишь у каждого

Очевидно, что в данном исполнении соноэластография остается оператор-зависимым методом, но таковыми являются любые методики, основанные на ультразвуке.

С нашей точки зрения, ElastoScan™ - это, прежде всего, дополнительный диагностический инструмент, который дает возможность врачу, диагносту и клиницисту поднять эффективность своей работы на экспертный уровень во благо пациента.

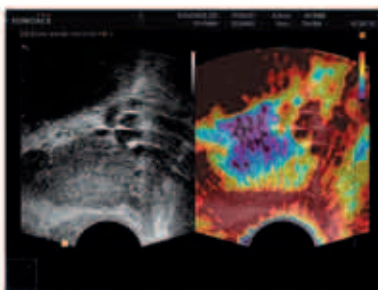


ES ElastoScan™

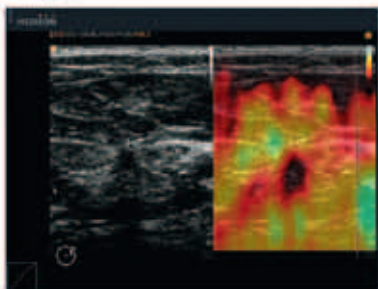
Новая технология визуализации тканей на основе характеристик их упругости

Использование технологии ElastoScan™ при ультразвуковом исследовании позволяет:

- Визуализировать изменения, которые не могут быть обнаружены с помощью В-режима и цветного доплера
- Визуализировать злокачественные опухоли на более ранних стадиях
- Повысить чувствительность и качество визуализации при комбинировании технологии ElastoScan™ с В-режимом
- Значительно уменьшить (до 30%) количество биопсий



Рак предстательной железы.



Инвазивный рак молочной железы.
Средченко В. Дав. Медицинский Университет



see it all
MEDISON
ВСЕГДА ПЕРЕДОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

127 422 Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр.3.
Тел.: (495) 921 39 81, 785 72 20; www.medison.ru; info@medison.ru

Сергей ГОРШКОВ,
директор ООО «Комплексмед», г. Нижнекамск,

Илья КАРАСЕВ,
зам. генерального директора ООО «БМТ-МММ»,
кандидат технических наук, г. Москва

Стерилизационное оборудование центрального
стерилизационного отделения (ЦСО) г. Ростова,
поставленное московской компанией - ООО «БМТ-МММ».

Новейшие ТЕХНОЛОГИИ СТЕРИЛИЗАЦИИ

Надежная преграда на пути инфекций

Современный подход к совершенствованию и повышению надежности обработки изделий медицинского назначения (ИМН) заключается в комплексном внедрении высокотехнологичной аппаратуры и технологий, применении современных стерилизационных упаковочных материалов, средств и методов контроля, внедрении в практику самоконтроля на всех этапах стерилизации.

В целом по Российской Федерации сохраняется высокий уровень внутрибольничных инфекций. При этом парентеральный путь передачи инфекции через изделия медицинского назначения занимает 25 - 30%, что свидетельствует о неадекватной обработке медицинского инструментария и наличии серьезных проблем в области организации стерилизационных мероприятий.

В то же время обработка ИМН после использования становится все более проблемной. Еще не так давно основными материалами для производства инструментов служили нержавеющая сталь, резина, стекло, и было просто и

понятно, что и как делать. На сегодняшний день все изменилось. С внедрением новых медицинских технологий в диагностике и лечении появились сложные и деликатные в обработке инструменты, при производстве которых используется широкая гамма новых материалов, и обработка таких изделий требует определенных знаний, навыков и современного оборудования, отвечающего действующим в стране новым стандартам. К таким стандартам относятся ГОСТ Р 51935-2002 «Стерилизаторы паровые большие. Общие технические требования и методы испытаний», ГОСТ Р EN 14180-2008 «Стерилизаторы медицинского назначе-

ния. Стерилизаторы низкотемпературные пароформальдегидные. Технические требования и методы испытаний» и ГОСТ Р ИСО 15883-1-2008 «Машины моюще-дезинфицирующие».

В лечебных учреждениях в настоящее время сложилось несколько форм организации стерилизации, а именно: децентрализованная, централизованная, осуществляемая в централизованных стерилизационных отделениях (ЦСО), и смешанная. Организация стерилизации по децентрализованной форме традиционно применяется непосредственно при операционных и имеет ряд преимуществ: экономия времени и обеспечение бесперебойной работы операционных, возможность быстрой обработки и стерилизации уникального и дорогостоящего инструмента, возможность компактного размещения стерилизационного оборудования, соответствующего новым стандартам. Однако необходимо учитывать, что при такой организации и при таком наборе оборудования можно удовлетво-



Процесс загрузки медицинских инструментов в автоматическую моющую машину в центре стерилизации (ЦС) г. Нижнекамска.



Стерилизационное оборудование, находящееся в ЦСО г. Ростова, поставленное московской компанией – ООО «БМТ-МММ».



Процесс укладки медицинских инструментов; зав. ЦС ООО «Комплексмед» г. Нижнекамска Резеда Нурутдиновна Гафурова.

рить потребности только некоторых операционных. Нужно понимать, что данный способ не позволяет решить проблему стерилизации для всего учреждения, не говоря уже о группе учреждений. Это может сделать только грамотно организованное ЦСО, в котором реализуются современные подходы к обработке ИМН, работает высококвалифицированный

персонал и установлено современное высокотехнологичное оборудование.

Централизованные стерилизационные отделения, отвечающие современным требованиям, являются гарантией предоставления населению медицинских услуг высокого качества. Предприятием ООО «Комплексмед» в городе Нижнекамске на базе МУП «Нижнекамская центральная

районная многопрофильная больница» впервые в Республике Татарстан реализован проект по созданию современного Центра стерилизации (ЦС), обеспечивающего нужды всех лечебных учреждений города. Возглавляет организацию Сергей Николаевич Горшков, опытный и грамотный специалист, который в течение 12 лет руководил производством по

сервисному обслуживанию медицинской техники лечебных учреждений Закамской зоны Республики Татарстан. Предприятием «Комплексмед» ЦС реконструирован, отремонтирован и дооснащен современным оборудованием, организована служба логистики, осуществляющая доставку материала из лечебных учреждений и обратно. Персонал ЦС постоянно повышает свою квалификацию и использует в работе самые современные упаковочные материалы и средства контроля. Ближайшим аналогом созданной структуры ЦС г. Нижнекамска является Центр стерилизации при ЦКБ Управления делами Президента РФ.

В ЦС Нижнекамска установлено качественное стерилизационное оборудование ведущего мирового производителя – концерна MMM Group (Германия). Он был основан в 1954 году и в настоящее время имеет производственные мощности в Германии (Munchener Medizin Mechanik GmbH), Чехии (BMT Medical Technology s.r.o. (до 1992 г. – Chirana Brno)), ряд дочерних фирм в США, Испании, Франции, Великобритании, Российской Федерации, Польше и других странах.

Основной сферой деятельности компании являются разработка, произ-



Встреча для заключения договора в г. Нижнекамске. Слева – Сергей Николаевич ГОРШКОВ, директор ООО «Комплексмед». Справа – Илья Владимирович КАРАСЁВ, зам. генерального директора ООО «БМТ-МММ», кандидат технических наук, г. Москва. В центре – Геннадий Николаевич МУЛЛИН, генеральный директор ООО «ЗТСО «Медтехника», г. Нижнекамск.

соответствует самым высоким стандартам и поставляется более чем в 130 стран мира.

Производство сертифицировано по EN ISO 9001:2000 и EN ISO 13485:2003, что свидетельствует о высочайшем качестве техники – с момента разработки до сервисного обслуживания потребителя, в том числе после гарантийного срока. В соответствии с требованиями ISO в аппаратах и приборах производства «МММ» и «ВМТ» применяются комплектующие только тех производителей, которые, в свою

концерна – ООО «БМТ-МММ» – выступило партнером предприятия ООО «Комплексмед» по дооснащению ЦС современным оборудованием и организации сервисного обслуживания. Российским представительством концерна накоплен богатый опыт в оснащении и технической поддержке центральных стерилизационных отделений в крупнейших медицинских центрах страны, таких как Центр стерилизации ЦКБ Управления делами Президента РФ, Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ, ФГУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт имени Г.И. Турнера», Ленинградская областная клиническая больница, МНИОИ им. П.А. Герцена, РКБ №2 (г. Казань), ЦКБ им. Н.А. Семашко, ведущие клиники ОАО «РЖД», Краснодарская краевая клиническая больница им. С.В. Очаповского, Краснодарское муниципальное лечебно-диагностическое объединение и многие другие.

Сервисное обслуживание оборудования концерна MMM Group на всей территории Российской Федерации осуществляется ООО «БМТ-МММ» и высококвалифицированными авторизованными сервисными службами партнеров при поддержке производителя. Сервисным партнером ООО «БМТ-МММ» в Республике Татарстан является ООО «Закамское торгово-сервисное объединение «Медтехника» г. Нижнекамска, в штате которого работают высококвалифицированные сервисные инженеры, прошедшие обучение непосредственно на заводах концерна MMM Group.

В результате проведенной работы ООО «Комплексмед» создало в г. Нижнекамске эффективную структуру ЦС, работающую на нужды всех лечебных учреждений муниципального образования. Она позволила значительно снизить уровень внутрибольничных инфекций и обеспечить стабильно высокое качество оказания медицинской помощи населению.

Централизованные стерилизационные отделения, отвечающие современным требованиям, являются гарантией предоставления населению медицинских услуг высокого качества.



Процесс загрузки инструментов в стерилизатор Sterivar в ЦС г. Нижнекамска.

водство и поставка оборудования для комплексного оснащения стерилизационных отделений. Компания производит стерилизационное оборудование не только для медицинских учреждений, но и для фармацевтических производств и специальных лабораторий. Производимое на заводах концерна оборудование

очередь, сертифицированы по ISO 9001, благодаря чему обеспечиваются высокая надежность и долговечность всего изделия. Вся продукция MMM Group маркируется знаком соответствия евростандартам CE 0123 (0123 – номер ведущей немецкой испытательной лаборатории TÜV). Российское представительство

КОМПЛЕКСНЫЕ РЕШЕНИЯ в области стерилизации и дезинфекции



Оснащение под ключ
центральных стерилизационных
и дезинфекционных отделений,
децентрализованных стерилизационных
при оперблоках и лабораториях

Официальное представительство
«MMM Munchener Medizin Mechanik GmbH» и «BMT Medical Technology s.r.o.»
на территории Российской Федерации

ООО «БМТ-МММ»

117246, г. Москва, Научный проезд, д.12, оф. 70. Тел.: (499) 120-93-20/21.

e-mail: bmt@bmtmos.com <http://ru.bmt.cz/>

Филиалы в городах: Новосибирске, Санкт-Петербурге, Ставрополе и Хабаровске.

MM

MMM Group

BMT

MMM Group

Предвидеть болезнь, значит, предупредить

Второй раз Казань принимала ведущих российских специалистов лабораторной медицины - участников конференции, организаторами проведения которой выступили Министерство здравоохранения Республики Татарстан и Российская Ассоциация медицинской лабораторной диагностики (РАМЛД). Ее цель - повысить уровень профессиональных знаний как в области клинико-лабораторной медицины, так и в области новейших технологий, применяемых в мировой практике лабораторных исследований.

Каждые 5 - 10 лет в мире совершаются открытия, способствующие колоссальному прорыву в предупреждении и лечении сложнейших заболеваний. Это происходит во многом благодаря внедрению в такую динамично развивающуюся область медицины, как клиническая лабораторная диагностика, современных технологий исследования биологического материала человека. Сегодня реализуются проекты глобального масштаба по изучению генома человека и описанию генетических вариаций: «Сингаплоидный геном» 2002 - 2010 годов и «1000 геномов» 2008 - 2012 годов. Создается многоцелевой банк данных по медицински значимым мутациям (нуклеотидным полиморфизмам) в геноме человека с формированием групп наиболее информативных полиморфиз-

мов, связанных с риском развития таких наследственных и мультифакторных заболеваний, как сердечно-сосудистые, онкологические, онкогематологические, сахарный диабет, остеопороз, наркомания, туберкулез и др. По мнению одного из участников конференции, доктора биологических наук, профессора, заведующего кафедрой клинической лабораторной диагностики Российского государственного медицинского университета Сергея Николаевича Щербо, это своеобразная энциклопедия человечества. Планируется, что в недалеком будущем синтез индивидуального генома станет доступным и будет основным методом анализа различных предрасположенностей. К сожалению, как отметил он, в настоя-

щее время сложились новые предпосылки для переоценки роли лабораторной медицины в общей системе клинических дисциплин.

Одна из перспективных тенденций современной лабораторной медицины - мультипараметрические исследования на базе интегрированных систем лабораторного анализа: биочипы, секвенирование, мультипраймерная ПЦР и др. Когда одновременно происходят исследования 10 и сотни тысяч различных параметров, технология биочипов, например, позволяет проводить исследования без дополнительного забора биоматериала пациента, основываясь только на материалах ДНК. Достаточно один раз провести тест для выявления предрасположенности к тем или иным заболеваниям и с помощью данных полиморфизмов генов детоксикации провести коррекцию в лечении.

Исследования, которые фактически переворачивают традиционную систему лечения, в том числе наследственных, мультифакторных заболеваний, протекают в плоскости персонализированной превентивной медицины. «Геном сейчас



рассматривают не просто как застывшую структуру, очевидно, что идет активное взаимодействие с окружающей средой, – сказал Сергей Николаевич Щербо. – Возникают различные направления – нутригеномика, психогеномика, токсигеномика, иммуногеномика, экогеномика, фармакогеномика».

Как принято говорить, в силу индивидуальных особенностей у каждого человека – своя реакция на тот или иной лекарственный препарат, назначенный исходя из общих среднестатистических симптомов заболевания. Более того, у определенного процента населения при назначении правильного лекарства возникает аллергия, побочные эффекты и т. д. Выявить эти индивидуальные особенности призвана клиническая фармакогеномика. Фармакогеномическое тестирование необходимо, в первую очередь, при назначении препаратов с высокой степенью неадекватного фармакологического ответа, когда спектр побочных проявлений (нежелательных лекарственных реакций) вариателен в эффективности. Именно фармакогеномические технологии являются основой персона-

лизированной медицины. В России такие исследования проводятся редко, хотя и регламентированы приказом Минздрава РФ в 2003 году.

Как отметил в интервью нашему журналу генеральный секретарь РАМЛД, генеральный директор ЗАО «А/О Юнимед», кандидат технических наук Александр Николаевич Шибанов, «в ходе реализации программы модернизации здравоохранения на 2011 – 2012 годы возникают те или иные проблемы при оснащении ЛПУ диагностическим оборудованием. Прежде всего, это:

- Подбор необходимого оборудования. Лабораторная диагностика использует огромное количество разнообразных приборов. Номенклатура исследований, которые может выполнить лаборатория, насчитывает порядка 2000 различных наименований (в среднем порядка 300 – 500). Зачастую у специалистов на местах нет возможностей иметь полную информацию о последних достижениях в области лабораторного оборудования.

- Подбор профессиональных кадров, обучение персонала.

- Отсутствие заложенной в бюджете

ЛПУ статьи по техническому обслуживанию. Сегодня немало оборудования, которое было поставлено относительно недавно, в 2006 – 2007 годах, по проекту «Здоровье», вышло из эксплуатации по простой причине – вовремя не проводилось ТО. Хотя современные автоматические анализаторы не проще, чем современные автомобили».

О перспективах развития, внедрения персонализированной медицины в России Александр Николаевич сказал так: «Нельзя упускать шанс прыгнуть в стремительно уходящий поезд».

В рамках конференции прошла выставка «Клиническая лаборатория-2011». В ней приняли участие российские инновационные компании, занимающиеся разработкой и производством широкого спектра оборудования, диагностических систем, в том числе применяемых для диагностики и лечения опухолевых, аутоиммунных заболеваний. Здесь были также представлены лабораторное и медицинское оборудование, диагностические реагенты и наборы, расходный лабораторный материал ведущих европейских производителей.



Экспресс-диагностика системы гемостаза

НОВЫЕ КОНЦЕПЦИИ, НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Тромбоэластометрия - «золотой стандарт» выявления скрытого гиперфибринолиза, дефектов полимеризации, дискриминации дефектов плазменного и тромбоцитарного звена свертывания.

Николай ВОРОШИЛОВ,
генеральный директор «Эко-Мед-СМ»

За рубежом исследования системы гемостаза занимают все большую часть в общем объеме лабораторных исследований. Это не дань моде, а быстро растущая потребность. Нарушения гемостаза являются причинами серьезных осложнений для подавляющего количества «негемостазных» болезней в самых разных областях. Инфекционные болезни, онкология, диабет, травма - практически везде, не говоря уже о традиционно проблемных областях - сердечно-сосудистых заболеваниях и проблемах акушерства.

Для различных клинических специалистов все более очевидным становится тот факт, что экспресс-диагностика гемостаза является основой эффективного проведения большинства терапевтических и хирургических мероприятий в условиях операционных, и особенно при критических состояниях. И это логично, так как в этих случаях никакие действия не могут быть эффективными без нормализации кислотно-щелочного баланса, газового обмена, метаболизма и... системы гемостаза.

Медицинская промышленность быстро отреагировала на всеобщее

повышение спроса на гемостаз - в последнее десятилетие появились новые технологии и анализаторы нового типа именно для экспресс-диагностики гемостаза. Неудивительно, что основной движущей силой и мотивацией этого процесса во всем мире являются не лабораторные специалисты, а хирурги, анестезиологи, кардиологи.

Какие же задачи должны решать эти новые приборы, каким требованиям удовлетворять? Как любые экспресс-тесты, их необходимо приблизить к «месту лечения», сделать выполнение простым и быстрым, а алгоритмы принятия решения на их основе - клинически эффективными, а также доступными и понятными неспециалистам в гемостазе.

1. ТРОМБОЭЛАСТОМЕТР ROTEM DELTA (TEM INNOVATIONS, ГЕРМАНИЯ)

Основным прибором в этой области быстро становится тромбоэластометр, который как феникс восстал из пепла, получил приставку «компьютерный» и постоянную прописку в операционных по всему миру.

4-канальный компьютерный тромбоэластометр ROTEM delta обладает уни-

версальными функциями для экспресс-диагностики. Тест, выполняемый на цельной крови, фактически глобальный тест гемостаза, в течение 10 - 15 минут способен четко определить причину кровотечения и указать пути для быстрой и эффективной нормализации свертывания. Многочисленные клинические работы доказывают, что тромбоэластометрия является «золотым стандартом» выявления скрытого гиперфибринолиза, дефектов полимеризации, дискриминации дефектов плазменного и тромбоцитарного звена свертывания. Тромбоэластометрия дает важную альтернативу для оценки эффективности совместного действия гепаринов, других про- и антикоагулянтных, противовоспалительных и прочих препаратов для больных с комплексной терапией.

Система тестов дает возможность создания алгоритмов диагностики для разных медицинских учреждений. Целевыми учреждениями для применения тромбоэластометров являются больницы скорой медицинской помощи (в т.ч. по программе «Дорожная травма»), детские и взрослые общепрофильные больницы (в т.ч. центральные районные больницы), роддома, сосудистые и кардиоцентры, онкоцентры и др.

Алгоритм тромбоэластометра ROTEM delta основан на следующих тестах: INTEM (внутренний путь свертывания), EXTEM (внешний путь свертывания), FIBTEM (плазменный гемостаз), APTEM (скрытый гиперфибринолиз), HEPTEM (гепариновый тест). Простота интерпретации этих тестов, отсутствие пробоподготовки, полностью



Клинические данные во всем мире доказали эффективность компьютерной тромбоэластометрии - эффективный алгоритмический выбор трансфузионного плана приводит к высокой эффективности терапии, экономии кровезаменительных препаратов, снижению побочных эффектов и осложнений и в итоге - к быстрому вылечиванию пациентов.



Неоптическая импедансная агрегация - новый стандарт при выявлении резистентности пациентов к аспирину, клопидогрелю и другим антитромбоцитарным препаратам.

автоматизированный процесс измерения позволяют выполнять все тесты круглосуточно средним медперсоналом непосредственно в оперблоке или в экспресс-лаборатории.

Клинические данные во всем мире доказали эффективность компьютерной тромбоэластометрии - эффективный алгоритмический выбор трансфузионного плана приводит к большой эффективности терапии, экономии кровезаменительных препаратов, снижению побочных эффектов и осложнений и в итоге к быстрому вылечиванию пациентов.

2. ИМПЕДАНСНЫЙ АГРЕГОМЕТР MULTIPLATE (VERUM, ГЕРМАНИЯ)

Для решения задач антитромбоцитарной терапии и предоперационного скрининга тромбоцитарной функции был разработан импедансный многоканальный агрегометр MULTIPLATE на цельной крови.

Назначение таких препаратов, как аспирин, клопидогрель (плавикс), прасугрель и других антиагрегантных препаратов представляет серьезную проблему выбора для многих специалистов, в первую очередь, при стентировании и в кардиохирургии.

Импедансная агрегация на агрегометре MULTIPLATE основана на измерении изменения электрического импеданса при агрегации тромбоцитов в цельной крови на плоских микроэлектродах. Метод не требует центрифугирования, т.е. проводится на интактных

тромбоцитах в присутствии всех других клеток на поверхности, что максимально близко к процессу агрегации (и ингибирования агрегации) in vivo. Неудивительно, что многочисленные статьи о клиническом использовании агрегометра MULTIPLATE помогают выявлять пациентов с резистентностью к аспирину, клопидогрелю и пр.

На этом агрегометре максимально стандартизирован весь процесс из-

и тромбоэластометр) или в плановой лаборатории. На нем может работать средний медперсонал, интерпретация доступна неспециалистам в гемостазиологии.

Новые технологии - тромбоэластометры и импедансные агрегометры - позволяют быстро и эффективно выполнять функциональные тесты для экспресс-диагностики системы гемостаза на цельной крови, что особенно

Целевыми учреждениями для применения тромбоэластометров являются больницы скорой медицинской помощи (в т.ч. по программе «Дорожная травма»), роддома, сердечно-сосудистые центры.

мерения, унифицированы реагенты, построение агрегатограмм и расчет результата, который полностью автоматизирован. Практически устранен субъективный фактор при интерпретации результатов. На основе системы тестов построен простой и эффективный алгоритм для выявления пациентов, «не откликающихся на терапию», для коррекции терапии (изменение дозы/кратности, смена препарата, сочетанная терапия) и для быстрого предоперационного скрининга тромбоцитарной функции, что особенно важно для пациентов, принимающих антиагреганты.

Агрегометр MULTIPLATE предназначен для работы непосредственно в оперблоке, экспресс-лаборатории (как

важно при критических состояниях, во время операций, для оценки действия различных препаратов.

Польза и необходимость внедрения этих технологий в лечебных учреждениях очевидны и доказаны многими независимыми авторами, а также коммерческим успехом этих приборов. Эти анализаторы вошли в протоколы диагностики и лечения во многих странах мира.

Однако нужно четко сознавать, что ценность таких тестов, как АЧТВ, ТВ, ПВ, фибриноген, АТ-III, Д-Димеры, АСТ и других, не подвергается сомнению. Новые методы не отменяют классические тесты, которые выполняются на коагулометрах и оптических агрегометрах, а лишь дополняют их.



Поделитесь опытом, достижениями

В столице Татарстана недавно прошла научно-практическая конференция на тему «Новые технологии в офтальмологии». Она стала традиционной - проводится здесь уже в четвертый раз. Местом ее проведения Казань становится не случайно. Казанские офтальмологи накопили огромный опыт успешного лечения глазных заболеваний и охотно делятся им со своими коллегами. В этом году в работе конференции участвовали 350 специалистов не только республики, но и других регионов России.

Организаторами нынешней конференции, кроме Министерства здравоохранения Республики Татарстан, выступили общества офтальмологов России и Республики Татарстан, Татарстанское отделение Межрегионального общества организации «Ассоциация врачей-офтальмологов», Ассоциация руководителей офтальмологических клиник Российской Федерации.

Татарстанскими врачами ведутся научные разработки и клинические испытания в области хирургического лечения витреомакулярной патологии, комплексного лечения ишемических окклюзий центральной вены сетчатки, реконструктивной хирургии переднего отрезка глаза при дефектах радужной оболочки, лечения первичной открытоугольной глаукомы, более 90% лечения катаракты методом факосмульсификации, кератопластика. В прошлом году в республике было проведено 30 операций по пересадке роговицы, на 2011 год таких хирургических вмешательств запланировано 80.

Как отметил на заседании круглого стола по макулодистрофии (ВМД) канди-

дат медицинских наук, главный врач ГУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница Минздрава Республики Татарстан» Айдар Амиров, «в республике зарегистрировано порядка 54 000 больных с серьезным диагнозом - возрастной макулярной дегенерации. Если ранее мы констатировали это заболевание как факт, то на сегодняшний день можем говорить о методике лечения. В 2010 году пролечилось порядка 1000 пациентов. К сожалению, по тем или иным причинам для массового лечения эта операция не доступна. Но в целом появилась альтернатива, есть возможность внедрения новых технологий».

Об основных российских тенденциях в проблематике офтальмологических заболеваний и путях развития своим мнением с журналом Healthy Nation поделился Эрнест Витальевич Бойко, заведующий кафедрой офтальмологии Военно-медицинской академии, главный офтальмолог Министерства обороны России, доктор медицинских наук, профессор из Санкт-Петербурга: «Основное в настоящее время - это стыковка самых высоких



современных технологий с теми крупными офтальмологическими проблемами, которые имеют место быть у большого круга населения. К примеру, мы научились хорошо делать ретинальные операции, но это делают единичные специалисты в крупных центрах. В то время как большому числу людей эта помощь пока не очень доступна. То же самое касается, допустим, глаукомы. На каждой конференции вы можете услышать про высокие технологии в хирургии, допустим, глаукомы, но, с другой стороны, скажем, что



слепота от этого заболевания не уменьшается, а увеличивается. Иными словами, необходимо стыковать эти высокие технологии с тем местом, где они должны быть непосредственно получены каждым из нуждающихся пациентов. Я думаю, что в этом - первоочередная задача всей офтальмологической службы».

Среди участников конференции было немало молодых, только «начинающих» офтальмологов, здесь они смогли поучаствовать в конкурсе «Секция молодого ученого».

На вопрос корреспондента нашего журнала о развитии казанской офтальмологической научной школы, главный офтальмолог РТ Айдар Амиров отметил: «В Татарстане впервые создано общество офтальмологов. Событие знаковое для республики, так как это первая региональная общественная организация, зарегистрированная на сегодняшний день в стране, кроме московского Всероссийского общества офтальмологов. Это наша организационная победа!»

www.alcon.com

Alcon®

СФЕРА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Производство офтальмологических фармацевтических препаратов, средств по уходу за контактными линзами, оборудования и расходных материалов для микрохирургии глаза.

Хирургические системы для выполнения современных операций на переднем и заднем отрезке глаза (Infiniti Vision System OZil, Constellation Vision System, Laureate WorldPhaco System), оборудование для лазерной хирургии (YAG 3000LE, PurePoint) и ультразвукового исследования глаза (OCUSCAN RxP).

Гибкие гидрофобные акриловые интраокулярные линзы (ИОЛ) ACRYSOFF® и ACRYSOFF® IQ, моноблочные и трехчастные.

ACRYSOFF® IQ - уникальная ИОЛ, созданная на базе моноблочной платформы ACRYSOFF®, с асферическим дизайном оптики, позволяет уменьшить сферические aberrации и обеспечивает улучшенное качество зрения пациента. Меньшая толщина оптики делает ИОЛ идеальной для имплантации через малые разрезы. ИОЛ ACRYSOFF® IQ блокирует UV-лучи и фильтрует токсичный для сетчатки синий спектр света.

AcrySof® Restor IQ - не имеющая аналогов мультифокальная ИОЛ, сочетающая аподизационную и асферические технологии, с возможностью коррекции роговичного астигматизма, позволяет видеть без очков на любом расстоянии и минимизирует проявления фотического феномена.

ИОЛ для коррекции астигматизма ACRYSOFF® IQ TORIC. Созданная на платформе ACRYSOFF®, она обладает всеми ее достоинствами, а торический компонент позволяет получить качественное зрение вдаль без дополнительной коррекции.

ACRYSOFF®CACHET- факичная ИОЛ для уменьшения или устранения миопии у взрослых пациентов от 21 года и старше с глубиной передней камеры более 3,2мм.

Вискоэластичные растворы DisCoVisc, VisCoat, ProVisc, Celoftal.

DisCoVisc - первый и единственный вискоэластик виско-дисперсивной группы, который сочетает в себе свойства когезивного и дисперсивного вискоэластика. Глазные капли для лечения глаукомы (Бетоптик/Бетоптик С, Азопт, Траватан, Дуотрав), катаракты (Квинакс), глазных инфекций и их профилактики (Тобрекс®, Тобрекс® 2X, Тобрадекс®, Макситрол® ВИГАМОКС (моксифлоксацин), воспалительных заболеваний глаз (Максидекс®), аллергических заболеваний глаз (Опатанол®), синдрома «сухого глаза» (Систейн®, Систейн Ультра, Слеза натуральная®).



ООО «Алкон фармацевтика»
109004, Москва, ул. Николаямская, 54

Тел.: (495) 258-52-78. Факс: (495) 258-52-79.



Расих ТУКТАМЫШОВ,
резидент 3-го года по терапии
Больницы Святого Рафаэля (г. Нью-Хейвен, штат Коннектикут, США)

Медицинское образование в США

Процесс долгий, жестко контролируемый на всех этапах, но это стоит того.

Как и во многих других странах, медицинское образование в США состоит из нескольких этапов. На первом этапе будущие студенты-медики получают степень бакалавра. Эту степень большинство получает по естественным наукам, таким как биохимия, биология, химия, хотя это не является обязательным. Помимо получе-

ния диплома бакалавра, сдается экзамен MCAT (Medical College Admission Test) и берутся рекомендательные письма.

Конкурс в медицинский вуз – один из самых высоких. А поскольку обучение на врача требует больших средств, многие студенты берут кредит, который в дальнейшем выплачивается с заработной платы.

Непосредственно обучение в медицинском вузе длится четыре года и состоит из двух этапов. Первые два года изучаются фундаментальные медицинские науки, например, биохимия, физиология, фармакология и др. После второго года обучения студенты сдают один тестовый экзамен (USMLE Step 1) по всем пройденным предметам, успешная сдача этого экзамена в дальнейшем будет необходима для получения лицензии врача. С третьего года начинаются клинические предметы, те же, что изучают и студенты в России: терапия, хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия и психиатрия. Большую часть времени студенты проводят на клинических базах университета, общаются с больными под руководством преподавателей. В конце четвертого года студентами сдается экзамен (USMLE Step 2), который состоит из двух частей: первая часть – тестовая, а вторая – общение со стандартными больными, которые





оценивают клинические навыки студента. Помимо этого, в конце четвертого курса студенты подают документы для поступления в ординатуру и проходят собеседования в программах ординатуры. Студенты в дальнейшем составляют рейтинг программ, куда бы они хотели попасть, а программы, в свою очередь, составляют рейтинг студентов. Эти рейтинги сопоставляются, и студенты попадают в определенные программы ординатуры.

Ординатура в США называется резидентурой (residency). Исторически этот термин возник из-за того, что обучающиеся были «резидентами» больницы, то есть практически все время проводили в больнице и далеко не каждый день имели даже возможность покинуть свою клинику.

Ситуация стала меняться после расследования некоторых медицинских ошибок. Выяснилось, что именно утомление и недосыпание явились причинами многих из них, в том числе и с летальным исходом. Также были несчастные случаи и среди самих резидентов, например, автомобильные аварии при возвращении домой. В связи с этим в 2002 году ограничили рабочее время резидентов 80 часами в неделю. Если сравнить, то до этого резиденты могли проводить в больнице до 120 часов в неделю.

Резидентура длится от трех до семи лет в зависимости от специальности. Например, если это терапия, то три года, а резидентура по нейрохирургии проходит семь лет. Первый год резидентуры называется интернатура, так же, как и в России. Этот год считается наиболее

тяжелым, так как в обязанности интерна входит осмотр всех больных до утреннего обхода. В основе обучения стоит принцип работы в команде: резидент второго или третьего года учит и контролирует работу интерна, и каждый больной обсуждается вместе с преподавателем при обходе. По-





мимо этого, каждый день приглашенный лектор читает лекцию для всех резидентов, а во второй половине дня обсуждаются заранее определенные медицинские темы. Благодаря такой схеме работы приобретается большой опыт, и выпускник полностью готов к самостоятельной практике.

Во время своего обучения резиденты проходят различные циклы. Циклами, требующими наибольшей отдачи, считается ведение больных в реанимации и ведение медицинских палат. На этих циклах резиденты учатся вести

больных с различными заболеваниями, начиная от инфаркта и инсульта и кончая больными с шоковыми состояниями, овладевают основами искусственной вентиляции легких, учатся делать многие инвазивные процедуры. Около 30 процентов времени обучение проходит в поликлинике; больные опять же осматриваются под руководством преподавателей. Помимо вышеназванных циклов, имеются элективы, то есть ротации по узким медицинским специальностям, где резидент прово-

дит консультации для других врачей. В свободное время, например, на выходные, резиденты могут брать дополнительные дежурства, которые очень хорошо оплачиваются.

По окончании резидентуры сдаются экзамены на лицензию (Medical Boards), этот экзамен необходимо проходить каждые десять лет. Для получения допуска к экзамену через десять лет врачу необходимо проходить обучающие курсы, например, через Интернет, посещение конференций и



других образовательных программ.

Необходимо также упомянуть, что после резидентуры многие проходят узкую специализацию, феллоушип (Fellowship). Специализацию по терапевтическим направлениям, например, по кардиологии, эндокринологии, нефрологии и т. д., можно проходить только после прохождения резидентуры по терапии. Продолжительность такого обучения - от одного года до трех лет, в зависимости от выбранной специальности.

Хочу подчеркнуть, что обучение медицине в США - долгий, интенсивный процесс, качество которого жестко контролируется на всех этапах. Но это оправданно - медицина, здравоохранение страны получают высококлассных специалистов с опытом, знаниями, умением работать в соответствии с достижениями науки.

МЕДИЦИНА+

21-я Международная специализированная выставка

XIII Международный
медицинский форум

«Модернизация здравоохранения -
основа повышения качества и доступности
медицинской помощи»



АПРЕЛЬ

2012 ГОД

НАШ АДРЕС

Россия, Нижний Новгород, Всероссийское ЗАО
"Нижегородская ярмарка"
ул. Социалистическая, 13, офис 225
директор форума - Антонина Павловна Иванова
т. (831) 277-55-83
факс (831) 277-51-03
E-mail: lia@yamarka.ru, <http://www.yamarka.ru>





Преимственность, традиции отечественной медицины живут и сегодня

Это особенно видно на примере старейших лечебно-профилактических учреждений Татарстана, таких как Бугульминская центральная районная больница, где всегда бережно относятся к кадрам, передают молодежи богатый опыт ветеранов, понимая, что современные медицинские технологии лишь тогда чего-нибудь стоят, когда находятся в руках опытных, компетентных медицинских работников.

Бугульме в этом году исполняется 230 лет, чуть меньше - центральной районной больницы. В ее архиве сохранились истории болезней, датированные 1892 годом, когда она была одной из первых земских больниц, обслуживала не только бугульминцев, но и жителей соседних районов, земель. Иной век, иные времена сегодня, но Бугульминская ЦРБ, а это 1734 медицинских работника, из которых 238 врачей, традиции земских и врачей более позднего поколения не только чтут, но и приумножают.

- Какие это были доктора, когда в 1979 году я приехал в Бугульму! - вспоминает главный врач МБУЗ «Бугульминская

ЦРБ», заслуженный врач Республики Татарстан Иршат Рашитович Измайлов, - знаменитые, уважаемые, один только Ефим Соломонович Сигал чего стоил. Мы многому научились у них, и традиции, которые они заложили, сохранили и передаем нынешней молодежи. Своих корифеев, которых помнят многие горожане, мы даже увековечили в барельефах на стенах больницы.

Неузнаваемо изменилась за минувшие десятилетия Бугульминская центральная районная больница. Сегодня она оснащена оборудованием, о котором раньше не могли даже мечтать. Это рентге-

новский компьютерный и магнитно-резонансные томографы, 17 аппаратов искусственной почки, аппараты для ультразвукового и биохимических исследований, реанимобили и многое др. Но вся эта сложнейшая аппаратура требует высокой квалификации медиков, их готовности постоянно учиться.

- Чтобы вылечить человека, нужны хорошее оборудование, качественные медикаменты и обязательно думающие врачи, - говорит Иршат Измайлов. - Они должны постоянно читать специальную литературу, периодику, участвовать в конференциях, выезжать по обмену опытом. Поэтому обучением своих кадров мы занимаемся постоянно. В прошлом году 10 наших докторов побывали в Израиле, участвовали в семинарах. Коллег, говорящих по-русски, там немало, поэтому языкового барьера у нас не было. Наши специалисты воочию убедились в возможностях современного здравоохранения.

Появляются они и в Бугульминской ЦРБ - в 2010 году высокотехнологичную медицинскую помощь здесь получил 271



человек. Еще несколько лет назад замену митрального клапана, например, или протез на сосудах могли себе позволить лишь единицы, имевшие возможность выехать на лечение за границу, сегодня эта операция делается и в Татарстане, в том числе и живущим на юго-востоке республики.

Высокая квалификация врачей Бугульминской ЦРБ помогает им участвовать и побеждать в различных конкурсах. Так, недавно они выиграли два гранта ЮНИСЕФ на организацию «Клиники, дружественной к молодежи», для профилактической работы с детьми и подростками. А на конкурсе компании Amway бугульминские медики выиграли детскую площадку, которая теперь стоит на территории детской больницы.

Практикуется в больнице и совмещение специальностей. Это не только помогает заработать врачам, но и улучшает условия обслуживания пациентов, уменьшает очереди, ускоряет процесс постановки диагноза и лечения. Сегодня

каждому специалисту предоставляется возможность овладеть аппаратом УЗИ для проведения исследования патологии в профильной ему области.

На апрельской конференции ВОЗ в Москве одной из серьезнейших проблем, свойственных практически всем странам мира, была названа острая нехватка медицинских работников. Есть она и в Бугульминской ЦРБ, но здесь ее решают по-своему.

- Врачей всегда не хватает, - говорит главврач ЦРБ. - Система распределения специалистов, которая была в советское время, к сожалению, разрушена, и вряд ли ее удастся восстановить. Раньше молодой специалист должен был отработать три года по специальности там, куда его направляли. За это время он обзаводился семьей, детьми, да так и оставался на этом месте.

Сегодня каждый устраивается, как может и где хочет, как правило, в большом городе, где и заработки выше, и возможностей для карьерного роста больше.

В Бугульминской ЦРБ уже девять лет работает система закрепления кадров. Главный врач с коллегами тесно контактирует со школами города, отбирает выпускников, мечтающих о профессии врача, для направления их в Казанский государственный медицинский университет. Условий отбора два - хорошая учеба и работа родителей в бюджетной сфере, предпочтение отдается, прежде всего, детям медицинских работников. Обучение на лечебном факультете сегодня стоит 104 тыс. руб. в год, эти средства поступают из муниципального бюджета. А взамен будущий врач обязуется отработать в системе здравоохранения района 15 лет.

- Так мы смогли направить на учебу в Казанский государственный медицинский университет 44 человека, 17 уже вернулись с дипломами и работают участковыми, врачами общей практики, педиатрами и другими специалистами, - рассказывает Иршат Измайлов.

Новые возможности для повышения квалификации медицинских работников открывают информационные технологии. В конференц-зале, ординаторских ЦРБ установлены мониторы, с помощью Интернета врачи могут смотреть лекции известных врачей и ученых, что помогает им постоянно быть в курсе новостей медицинской науки. Подключение к Центральному архиву медицинских изображений РТ позволяет пересылать томографические и рентгеновские снимки в РКБ и МКДЦ, дистанционно консультироваться с ведущими специалистами, профессорами КГМУ и КГМА. Большим подспорьем для врачей центральных районных больниц было бы расширение этой системы на ультразвуковые и другие исследования с использованием цифровых технологий.

- Нам повезло, что в Бугульме находится одно из старейших в республике медицинских училищ, - говорит Иршат Измайлов. - Мы очень тесно взаимодействуем с ним, и благодаря этому у нас нет такого острого дефицита среднего медицинского персонала, как в больницах других районов.

Особенно велико значение среднего медперсонала в службе скорой медицинской помощи - фельдшеров в линейных бригадах, диспетчеров. Они в Бугульме принимают абсолютно все вызовы, а потом уже распределяют их между «скорой», участковыми и дежурными специалистами.

- Считаю, что ни за одно серьезное дело нельзя братья, если нет коллектива единомышленников, беззаветно преданных своему делу людей, - говорит о своих коллегах, сотрудниках Иршат Рашитович Измайлов. - В нашей больнице он есть, поэтому и проблемы решаются, и жители города довольны нашей работой.



Аида САФИНА,
председатель
Ассоциации
медицинских сестер
Республики Татарстан,
главная медицинская сестра
ГАУЗ «Межрегиональный
клинико-диагностический центр»



Организационная система сестринского дела нуждается в трансформации

В рамках программы модернизации здравоохранения Татарстана на 2011 - 2012 годы были определены основные задачи по укреплению материально-технической базы медицинских учреждений, внедрению современных информационных систем и стандартов медицинской помощи. В решении каждой из них большая роль отводится медицинским работникам среднего звена. К сожалению, приходится признать, что они сегодня не готовы обеспечить сестринский уход на основе современных требований к оказанию лечебно-диагностической помощи населению.

Если проанализировать этапы развития сестринского дела на протяжении нескольких десятилетий, то четко прослеживается недостаточное формирование научно обоснованных подходов к сестринскому уходу, экономически эффективных и безопасных технологий сестринской деятельности, что впоследствии привело к снижению престижа профессии, невысокому профессиональному уровню медсестер, отсутствию у них мотивации к качественному труду.

Переход на современную систему организации медсестринской помощи

нужно начинать с административно-управленческих решений. На примере опыта работы медсестринской службы одной из ведущих клиник Республики Татарстан - ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр» - рассмотрим организационные решения, которые сегодня имеют результат:

1. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА

В организационной структуре сестринской службы обращает на себя внимание, прежде всего, четкое закрепление должностей за предметом деятельности согласно

функциональным обязанностям. Все смежные структуры выведены из службы главной медсестры и закреплены за соответствующими отделами. Например, младший медицинский персонал вошел в состав службы клининга и отдан в подчинение зам. гендиректора по АХЧ, что позволило службам медсестринского и младшего медицинского персонала совершенствовать свою профессиональную деятельность.

В клинических отделениях нет разделения медсестер на процедурных, перевязочных и палатных. За медицинской сестрой закрепляется пациент, и план его дня составляется с учетом режима всего центра, лечебно-охранительного режима, графика исследований диагностических отделений, логистики врачебных назначений. Такая форма работы обеспечивает пациенту индивидуальный подход, психологический комфорт и ограничение доступа к конфиденциальной информации.



Сегодня мы предъявляем требования к медсестринской услуге не только с точки зрения профессионального ее исполнения, но и удовлетворенности пациента пребыванием в центре. У него не должно быть ощущения человека на «конвейере».

Выведены главные специалисты по сестринскому уходу для формирования единой концепции на всех этапах пребывания пациента: клиническое отделение (дооперационный период) - реанимация - клиническое отделение (послеоперационный период) с учетом нозологии заболевания (нейрохирургия, кардиохирургия).

2. РЕЖИМ РАБОТЫ

Чтобы увеличить зарплату медсестры, мы разрешаем ей работать по 16, 24, а в некоторых случаях и по 32 часа без перерыва на отдых, но при такой нагрузке трудно говорить о качестве медицинской помощи. График работы медицинских сестер МКДЦ изменен на 3-сменный режим, который предусматривает работу без отдыха не более 12 часов в смену.

У такого режима работы оказалось немало преимуществ. Например, на три часа дополнительно увеличилось время оказания сестринского ухода, т. к. койко-день укорачивается, а интенсивность оказания услуг остается прежней, сокращается влияние человеческого фактора при оказании сестринских услуг, а также обеспечивается и контролируется сохранение здоровья сотрудников.

3. ПЛАН РАБОЧЕЙ СМЕНЫ

Для каждой должности, участвующей в оказании медсестринской помощи (медсестры клинических, диагностических отделений, сестра-хозяйка, санитарка-буфетчица, санитар-транспортёр), составлен план рабочего дня, в котором прописаны не только медицинские обязанности, но и время приема пищи,

что обеспечивает не только бесперебойную работу самого отделения, но и тесное взаимодействие со смежными отделениями. Четкая организация плановой работы позволила высвободить дополнительное время для ухода за пациентами.

4. ИЗМЕНЕНИЕ НАГРУЗКИ МЕДСЕСТРЫ

За счет перераспределения обязанностей по должностям, изменения графика и формирования плановой работы были изысканы штатные единицы для уменьшения нагрузки медсестры в клинических отделениях. На одну медсестру кардиохирургического профиля приходится 7 - 8 пациентов, на одну медсестру кардиологического профиля - 10 пациентов.

5. ДОКУМЕНТАЦИЯ

Разработана и внедрена документация, которая помогает делать выводы из наблюдений за пациентом в динамике и соответствия сводных параметрических данных медикаментозному лечению; детализировать наблюдение за пациентом в течение суток; вести расширенный мониторинг пациента, обеспечивающий предупреждение осложнений.

6. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Важная роль для более быстрого и качественного взаимодействия служб отводится информационным технологиям. Внедрение электронной информационной системы, которая связывает все структурные подразделения (медицинские и немедицинские), повышает качество самой информации. Преимущество такой системы в том, что информация не исчезает при ее использовании, не передается полностью при обмене, является недели-



КАЧЕСТВО

Expert's
INFO

Чтобы сестринская служба могла предоставлять услуги на качественно новом уровне, была ориентирована на выздоровление пациента, решение его проблем, проблем семьи и общества в целом, которые возникают в результате перемен в состоянии здоровья больного, необходима трансформация организационной системы сестринского дела, где основными моментами будут:

I. Административно-управленческие действия:

- Выделить службу медсестры из служб хозяйственной части.
- Обеспечить уход за пациентом лишь дипломированными, сертифицированными специалистами.
- Закрепить за пациентом медицинскую сестру для выполнения врачебных назначений в полном объеме (без разделения на палатную, перевязочную или процедурную).

II. Режим работы:

- Изменить график работы медсестры.

III. Интенсивность труда:

- Привести соотношение врач – медсестра в соответствии с нагрузкой:
 - реанимационные отделения – 1: 4 (на 1 врача 6 пациентов);
 - хирургические отделения – 1: 3 (на 1 врача 20 пациентов);
 - терапевтические отделения – 1: 2 (на 1 врача 20 пациентов).

IV. Профессиональный рост:

- Создание института главных специалистов по сестринскому уходу.
- Развитие многоуровневой подготовки сестринских кадров:
 - базовый уровень – в колледжах;
 - повышенный уровень – в колледжах;
 - высшее сестринское образование – в вузах;
 - послевузовское образование – интернатура, ординатура и аспирантура.
- Определение законодательских (юридических) пределов профессиональной деятельности медсестры, в том числе создание профессиональных стандартов.



8. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

В МКДЦ проводятся различные учебные семинары, мастер-классы с приглашением российских и зарубежных коллег для обмена опытом, целевые учебные циклы по сестринскому уходу с выдачей сертификата. Все это дает возможность формировать более углубленный профессиональный уход.

Сегодня много дискутируют по поводу необходимости высшего образования для медицинских сестер, и небезосновательно. Высокие медицинские технологии, используемые в современном лечебном процессе, требуют от медсестер соответствующего уровня знаний, компетенции при оказании сестринской помощи. Мнение о том, что медсестра с высшим образованием нужна только для руководящих должностей, мне кажется не совсем верным. Востребованность медсестер с высшим образованием прослеживается на всех этапах лечебного процесса. И нельзя ограничивать деятельность сестринского ухода только средним специальным образованием. Это не способствует профессиональному и карьерному росту медсестер, развитию и совершенствованию сестринского ухода на научно обоснованных технологиях, не мотивирует, особенно молодых, к овладению профессией медсестры. А результат такого подхода мы уже ощущаем – дефицит кадров по сестринскому делу и уход из этой профессии людей в возрасте от 30 лет.

Обобщая представленные административно-управленческие решения по организации работы сестринской службы, можно сделать такие выводы:

- Медсестринская деятельность направлена на приближение услуги к пациенту, чтобы он не думал, куда ему идти и как бы не пропустить ту или иную манипуляцию. Пациент должен быть уверен, что все назначения будут выполнены своевременно. Это увеличивает доверие к профессионализму медицинской сестры, формирует доброжелательное отношение к лечебному процессу. Информация о пациенте концентрируется в одних руках, происходит бесперебойное и плановое обеспечение лечебного процесса, что и создает общую благоприятную атмосферу.

- Обеспечивается максимальная безопасность больничной среды для пациента.
- Формируются активная позиция и творческий подход руководящего состава медсестринских служб (старших медсестер).

- Полное взаимопонимание с врачебным персоналом, взаимовыручка в сложных ситуациях, умение проводить анализ и выделять приоритетные цели вызывают у медицинских сестер желание быть лучшими в своей профессии.

мой, имеет возможность пополняться. Это еще больше организует работу и умножает знания персонала.

На сегодня компьютеризированы все рабочие места не только врачей, но и медсестер, сестер-хозяек – это не прихоть, а необходимое условие для работы.

7. ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Организована работа по экспертизе оказания медсестринского ухода, что позволяет своевременно выявлять недочеты в работе медицинской сестры, а также принимать управленческие решения и меры по юридической защите.



Профилактика - в основе здоровья. Иной альтернативы нет



Победителем Всероссийского конкурса «Здоровая Россия» в номинации «Лучший медиапроект» стала телепрограмма «Здоровье» Республиканского центра медицинской профилактики МЗ РТ. Этот успех - результат многолетней разносторонней работы ГАУЗ РЦМП, которым руководит Римма САДЫКОВА. Таких же высоких результатов Центр добился в организации работы центров здоровья во многих городах республики и развитии спортивной медицины в преддверии Универсиады-2013.

К активной пропаганде здорового образа жизни и профилактики заболеваний РЦМП подвигли такие проблемы здоровья наших граждан, как увеличение смертности от неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологии, травм и др.), низкая рождаемость и недооценка населением воздействия поведенческих факторов риска.

КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Чтобы помочь гражданам улучшить свое здоровье, мало повышать их компетентность в вопросах сохранения и укрепления здоровья - необходимы комплексное обследование организма и разработка индивидуальных профилактических программ, корректирующих образ жизни. Эти задачи и призваны выполнять центры здоровья. В Татарстане работают

СТРУКТУРА СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Министерство здравоохранения
Республики Татарстан.
Отдел профилактической помощи.



Республиканский центр
медицинской профилактики.



Городские центры медицинской
профилактики в Набережных Челнах,
Зеленодольске, Альметьевске,
Нижнекамске.
Центров здоровья - 15.
Детских центров здоровья - 6.



Отделения, кабинеты медицинской
профилактики в ЛПУ, ЦРБ, кабинеты
здорового ребенка в детских поликлиниках,
кабинеты планирования семьи
при женских консультациях, ФАПы,
здравпункты промышленных предприятий.



15 взрослых и 6 детских центров здоровья. Главным является Центр здоровья Республиканского центра медицинской профилактики, поэтому, кроме обслуживания граждан 5 муниципальных районов РТ и студенческой молодежи в г. Казани, его специалисты ведут методическую работу, заботятся о подготовке кадров.

В целях изучения фактических резервов организма каждому пациенту при первичном посещении гарантировано комплексное обследование, в том числе определенное уровня сахара и холестерина в крови, возможности кровотока сосудов, соотношения жиров, мышечной ткани и воды в организме, а также состояния дыхательной функции и концентрации никотина. Исходя из этого, любой из числа обследованных в центрах здоровья получает индивидуальные рекомендации по дальнейшему образу жизни. Врач на основании результатов тестирования оценивает наиболее вероятные факторы риска, функциональные и адаптивные резервы организма с учетом возрастных особенностей, дает прогноз состояния здоровья, составляет индивидуальную программу по здоровому образу жизни, чтобы способствовать повышению качества жизни, сохранению трудоспособности и активно-

му долголетию. Необходимо помнить, что здоровье человека лишь на 10% зависит от качества медицинского обслуживания и на 50% - от образа жизни.

СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА СПОРТИВНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Врачебно-физкультурная служба Республики Татарстан сегодня - это единая система, организационно-методическое руководство которой осуществляет РЦМП. Она представлена отделениями врачебного контроля в пяти городах республики (Набережные Челны, Альметьевск, Нижнекамск, Лениногорск, Зеленодольск) и разветвленной сетью врачебно-физкультурных кабинетов различной ведомственной принадлежности.

Одной из задач врачебно-физкультурной службы является медицинское обеспечение спорта высших достижений, который представлен в республике многочисленными командами высшей лиги. Подготовка к Универсиаде-2013 придала этой деятельности особую ответственность - уже сейчас в республике проводятся соревнования международного уровня, такие как Чемпионат мира-2011 по хоккею с мячом, Чемпионат мира по шахматам,

Чемпионат Европы по фехтованию, Чемпионат мира по тяжелой атлетике. Медицинское обслуживание участников всех соревнований осуществляется врачебно-физкультурной службой РТ. Для соответствия международным требованиям ее специалисты не только повышают квалификацию, но и изучают английский язык.

Эти заботы не отменяют необходимости медицинского обеспечения массового спорта и физической культуры, инвалидного спорта, а также привлечения населения к занятиям физической культурой с целью укрепления и сохранения здоровья и физической активности. Численность регулярно занимающихся физической культурой в республике составляет 714,4 тысячи человек, или 19,1% от всего населения. В 154 детско-юношеских спортивных школах по 65 видам спорта занимаются 97 322 человека. Более 21,5% студентов республики всерьез увлечены спортом. Это огромный объем работы, и ее цель - популяризировать здоровый образ жизни, привлечь население к физкультуре и спорту.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ

Служба медицинской профилактики - единственная структура в системе здравоохранения, предназначенная исключительно для гигиенического обучения и воспитания населения, формирования здорового образа жизни. Профилактическая медицина - это также область научных знаний об укреплении здоровья населения, закономерностях его формирования в единстве с окружающей средой.

Гигиеническое воспитание является неотъемлемой частью общей воспитательной работы среди населения, оно направлено на создание правильного отношения к своему здоровью и воспитание ответственности каждого за сохранение и укрепление своего здоровья.

Отделение гигиенического воспитания проводит следующую работу:

- внедряет методики сохранения и укрепления здоровья, формирует здоровый образ жизни, взаимодействует со средствами массовой информации;
- принимает участие в разработке и реализации региональных программ и нормативно-распорядительных документов по вопросам охраны здоровья населения, профилактики заболеваний и травматизма, медицинской реабилитации;
- оказывает организационно-методическую и консультативную помощь центрам медицинской профилактики, отделениям, кабинетам медицинской профилактики и кабинетам здорового ребенка ЛПУ, профильным учреждениям и их специалистам;
- составляет и издает наглядные ма-



териалы по здоровому образу жизни, выпускает видеофильмы, видеоролики, фильмы-споты, радиоролики по оздоровлению и медицинской профилактике;

- изучает и обобщает новые формы и методы работы;
- проводит социологические исследования оценки уровня санитарной грамотности населения с целью дальнейшего построения более эффективных стратегий информационно-образовательных мероприятий.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

В течение многих лет в отделении восстановительного лечения РЦМП работают 24 разнопрофильные группы ЛФК. Наряду с этим организована консультативная форма лечения, которая позволяет охватить средствами ЛФК всех нуждающихся больных. Часть из них со сложной неврологической и травматологической патологией получает индивидуальные формы лечения. В комплексе лечебных мероприятий ЛФК сочетается



Для повышения квалификации врачей ЛФК, инструкторов и массажистов проводятся семинары, декадни по вопросам использования ЛФК в оздоровлении студентов.

с массажем и физиотерапией.

В настоящее время сотрудники отделения восстановительного лечения РЦМП с целью оказания организационно-методической и консультативной помощи в постановке ЛФК и массажа в комплексном лечении больных выезжают в районы и города республики, ЛПУ г. Казани, общеобразовательные школы, летние

оздоровительные лагеря.

Во исполнение совместных приказов Минздрава РТ и Минобрнауки РТ «О совершенствовании медицинского обеспечения детей в общеобразовательных учреждениях» и «О совершенствовании физического воспитания школьников» и с целью оказания практической помощи общей лечебной сети специалисты отделе-

ния проводят осмотры детей и подростков на предмет выявления нарушений осанки и сколиозов. Частота выявленной патологии варьирует от 47 до 76 процентов.

С целью повышения квалификации врачей ЛФК, инструкторов и массажистов проводятся семинары, декадни по вопросам использования ЛФК в оздоровлении студентов для заведующих кафедрами и старших преподавателей кафедр физвоспитания КГТУ, КГУ, КГАКИ.

ПРОСВЕТИТЕЛЬСТВО

С 2005 года Республиканским центром медицинской профилактики совместно с Творческим объединением «АРТИМА» выпускается в эфир просветительская программа «Здоровье».

Телепрограмма «Здоровье» была номинирована на Всероссийский конкурс проектов по здоровому образу жизни «Здоровая Россия», который проводится по инициативе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Среди тысяч подобных региональных проектов по результатам интернет-голосования, а также по мнению экспертов Минздравсоцразвития и специалистов в области телевидения, лучшим медиапроектом была признана телепрограмма РЦМП МЗ РТ «Здоровье. Медицинская программа», а ее материалы вошли в библиотеку лучшего российского опыта по формированию здорового образа жизни.

Передача «Здоровье» - далеко не единственное направление работы РЦМП. Для донесения информации о здоровом образе жизни используются все каналы телевидения, радио, печатные СМИ, проводятся лекции, прямые эфиры, «горячие линии», круглые столы, «Школа пациента» и многое другое.

Основа ЖИЗНИ

Непростая экологическая ситуация поставила проблему снабжения населения питьевой водой в ряд первоочередных государственных задач.

До конца XIX века вода считалась бесплатным неиссякаемым ресурсом. Сегодня взгляд на нее резко изменился. В результате стремительного роста населения земного шара и бурного развития промышленности снабжение человечества чистой питьевой водой стало мировой проблемой номер один.

В условиях сложившейся экологической обстановки вода - это не просто средство утоления жажды, но и средство оздоровления, повышения работоспособности, профилактики различных заболеваний. Качество питьевой воды служит сегодня одним из главных критериев качества жизни в целом.

- К сожалению, правильно пить воду люди у нас до сих пор не умеют, - утверждает профессор кафедры гигиены и медицины труда КГМУ, д. м. н. Анатолий Васильевич Иванов. - Наша российская особенность - мы любим пить чай. Но при употреблении сладкой газировки, чая, кофе, восстановленных соков, пива организм отдает воды больше, чем он получил

с этими напитками, чтобы вывести химические соединения, которые в них содержатся. Полноценная гидратация организма может быть обеспечена только натуральной водой и натуральными соками.

Другой особенностью является то, что в России, как и в Америке, потребителю достаточно, чтобы вода была чистой и безопасной. А вот в Европе считают, что вода должна быть еще полезной и физиологически полноценной. В ней должны содержаться полезные минеральные соли и микроэлементы. Человек получает с водой до 20% суточной доли кальция, 25% магния, 80% фтора, 50% йода, 14% цинка, 28% меди.

- Солевой состав воды российским потребителем не принимается во внимание, за исключением фтора и йода, хорошо разрекламированных производителями питьевых вод, - продолжает профессор Иванов. - Согласно нашим исследованиям, 64% респондентов, использующих установки для доочистки (бытовые фильтры), получают воду волжского водозабора, которая имеет минерализацию 270 - 280 миллиграммов на литр. Следовательно, пропуская воду через бытовые фильтры с эффективностью 35 - 50%, жители города получают обессоленную жидкость, которая представляет угрозу для их здоровья. Чем более сложные системы очистки прошла вода, тем она становится хуже.

Дистиллированная вода вымывает соли из организма, нарушая водно-солевой баланс. Это грозит нарушением функций щитовидной железы, повышением секреции желудочного сока и его кислотности, ухудшением процесса всасывания воды, деформацией слизистой оболочки

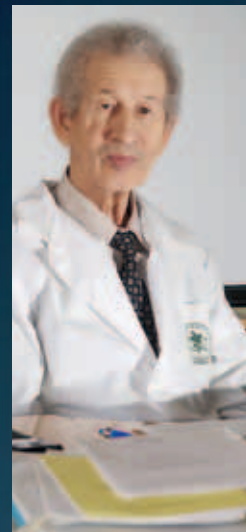
кишечника. Если долго пить такую воду, то недостаток в организме кальция, фосфора и щелочной фосфатазы приводит к головкружениям, обморокам и мышечным спазмам. Длительная потеря кальция вызывает разрушение зубной эмали, частые переломы костей и развитие других серьезных заболеваний. Кроме того, после физического воздействия фильтров влага из биологически активной превращается в неактивную, теряя содержащуюся в ней структурированную фазу. И сколькими полезными элементами искусственным методом такую воду не насыщай, она все равно останется мертвой. Потребление воды с измененной биологической активностью может оказывать влияние на метаболические процессы, вплоть до их изменения и нарушения.

Учитывая чрезвычайную актуальность проблемы обеспечения населения доброкачественной питьевой водой, ОАО «Татнефть» совместно с учеными КГМУ и КГАСУ разработали концепцию совершенствования систем водоснабжения городов и поселков юго-восточного региона республики. Основным направлением стало улучшение условий централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения. Одним из решений стало использование внутриквартальных установок для доочистки водопроводной воды, что принесло огромный медико-социальный

Также заменено несколько километров водоводов – как в городах, так и в сельских поселениях. Новые трубы с внутренним цементно-песчаным покрытием очень хорошо сохраняют качественный состав воды.

– Вместе с тем надо признать, что водопроводная вода не сбалансирована по биогенным элементам, определяющим ее биологическую полноценность по кальцию, фтору, йоду, селену, – говорит профессор Иванов. – Коэффициент полезности водопроводной воды в среднем равен 1,99, что на 24% ниже, чем коэффициент полезности бутилированных вод. Поэтому снабжение населения расфасованной, физиологически полноценной водой является наиболее быстрым, радикальным и надежным способом.

Учитывая это, в Лениногорске организовали производство собственной бутилированной воды «SHIFA». Она берется из пятнадцати родников, которые местными жителями давно считаются лечебными. На станции тонкой очистки вода пропускается через титано-керамические фильтры и очищается от ионов железа, а также смягчается при контакте с ионно-обменными смолами. Испанские угольные фильтры не изменяют структуру воды, сохраняя ее биологическую активность. В течение дня вода периодически отбирается в заводскую лабораторию, на каждую партию вы-



Анатолий Васильевич ИВАНОВ, профессор кафедры гигиены и медицины труда КГМУ, д.м.н.:

«Пропуская воду через бытовые фильтры с эффективностью 35 – 50%, жители города получают обессоленную жидкость, которая представляет угрозу для их здоровья. Чем более сложные системы очистки

прошла вода, тем она становится хуже. Дистиллированная вода вымывает соли из организма, нарушая водно-солевой баланс».



СОДЕРЖАНИЕ СТРУКТУРИРОВАННОЙ ФАЗЫ В РАЗЛИЧНЫХ ВОДАХ В %

Наименование	Доля структурированной фазы воды M±m
Водопроводная вода	0,581 ± 0,249
Водопроводная доочищенная вода	0,423 ± 0,123
Бутилированная вода	0,672 ± 0,003
Дистиллированная вода	0,072 ± 0,017

эффект. В рамках реализации программы «Чистая вода – в каждой семье» были также отремонтированы Бигашевские водоочистные сооружения, реконструирована станция очистки воды Камского цеха УПТЖ для ППД. Введена новая установка по обеззараживанию воды гипохлоритом натрия, который эффективен против большинства болезнетворных микроорганизмов, гораздо безопаснее традиционного хлора и не образует вредные галогенпроизводные.

писывается сертификат соответствия. Эта производственная площадка также стала одной из баз по разработке программы «Чистая вода – в каждой семье» группой ученых КГМУ под руководством профессора Иванова, которая уже более 30 лет сотрудничает с «Татнефтью».

Согласно проводимой ОАО «Татнефть» политике бутилированная вода «SHIFA» распространяется бесплатно во всех подразделениях компании – как в



офисах, так и в бригадах, работающих в поле. Ее поставляют и в школы, больницы. В «SHIFA» сбалансировано сочетание минеральных солей, микроэлементов. Она пригодна для ежедневного потребления и приготовления пищи, выводит из организма шлаки и токсины, нормализует обмен веществ. Сегодня бутилированная вода «SHIFA» доступна для всех жителей Татарстана.





Прошлое, настоящее, будущее Мамадышской ЦРБ

Первые упоминания об уездной больнице Мамадыша - бывшего уездного города Казанской губернии - встречаются еще в архивных документах 1825 года. Сегодня система здравоохранения Мамадышского района - самого большого по площади муниципального образования в Татарстане - представлена 70 ФАПами, 5 врачебными амбулаториями. Ключевую же роль играет МБУЗ «Мамадышская центральная районная больница», возглавляемая Дамиром ХАЗИЕВЫМ. Внедряя современные стандарты, здесь не забывают о традициях земского здравоохранения, бережно хранят свою историю.



(тогда их называли торгомами) на отопление и освещение городских казематов и больницы. «94-й закон уже тогда работал», - с улыбкой комментирует Дамир Фаязович. Сохранились приказы о мерах борьбы с тифом, трахомой; документы о создании первых в колхозе родильных домов. Интерес вызывает инструкция медицинского персонала, датированная 1886 годом, где отмечено, что врач обязан лечить всех пациентов бесплатно, но, вместе с тем, он не обязан отказываться от подношений, предлагаемых пациентом на добровольной основе...

Как в прошлом веке, так и сегодня основную часть населения Мамадышского района составляют сельские жители общей численностью более 30 тысяч человек. Еще около 15 тысяч - городское население. В последнее время все больше молодых уезжает в города, кто-то - в столицу республики, в районе же остаются люди преимущественно пожилые, а значит работы для врачей становится больше.

Сегодня Мамадышская центральная районная больница - это комплекс зданий, в которых расположились отделение врачей общей практики со стационаром на 210 коек, поликлиника на 850 посещений в смену, организационно объединенная с врачебными амбулаториями, роддом. Профили - хирургия, терапия,

В 2010 году Мамадышская центральная районная больница отпраздновала свое 185-летие. К знаменательной дате сотрудники медучреждения проделали большую и кропотливую работу, воссоздав историю развития системы здравоохранения района по архивам, приказам, редким документам и прочим раритетам. В библиотеке больницы открылся музей. Любой врач может подобрать здесь методическую литературу или подать заявку на нужную ему медицинскую книгу, узнать,

как жилось и работалось его предшественникам. Известны имена всех земских врачей, главврачей. Сохранились уникальные снимки, на которых запечатлены «первопроходцы» врачебного дела в сельской глубинке Мамадышского уезда. Познакомиться с этой небольшой, но информативной и просто интересной экспозицией могут и посетители больницы.

По сути, многие проблемы тех лет актуальны и сегодня. Так, архивные документы хранят описания первых тендеров



В рамках реализации целевой программы по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим на федеральной трассе М-7 в Мамадышской ЦРБ был организован травмоцентр третьего уровня.

неврология; детское, инфекционное, гинекологическое отделения.

Часть корпусов недавно была отремонтирована благодаря поддержке предприятий района, часть еще ждет решения вопроса о финансировании. «Муниципальному бюджету просто не по карману расходы на закупку дорогостоящего медицинского оборудования и капитальный ремонт старых корпусов. Поэтому приходится искать другие пути. Часть оборудования мы получили по Нацпроекту «Здоровье», например, маммограф, новый рентгенаппарат», – рассказывает Дамир Фаязович.

В рамках реализации целевой программы по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим на федеральной трассе М-7 в Мамадышской ЦРБ был организован травмоцентр третьего уровня. Его главная задача – госпитализация наиболее тяжелых больных, для которых транспортировка в более отдаленные высокотехнологичные медицинские центры невозможна. В приемном отделении был проведен капитальный ремонт, после чего его объединили с отделением скорой медицинской помощи. В случае с тяжелыми больными счет идет на минуты, поэтому большое внимание уделено логистике их перемещения. Диспетчер скорой медицинской помощи отслеживает нахождение реанимобиля класса С в режиме онлайн

с использование системы ГЛОНАСС.

Приемное отделение имеет крытый заезд для машин. Больной сразу попадает в реанимационный зал, оборудованный аппаратом искусственной вентиляции легких, дефибриллятором, аппаратом для снятия ЭКГ.

Задача травмоцентра третьего уровня – привести тяжелого больного в стабильное состояние, подготовив его к транспортировке в центры второго и первого уровней. Вместе с тем, по словам Дамира Хазиева, чтобы добиться желаемого, не всегда хватает диагностического ресурса. «Допустим, мы подозреваем у пациента мозговую гематому. У нас есть эхоэнцефалоскоп, который показывает только смещение в левом или правом полушарии. Но если патология возникла в середине, аппарат ее не фиксирует, – сетует главврач. – Положение мог бы исправить компьютерный томограф самого простого класса. То, что на Западе относится к рутинным процедурам, нам, к сожалению, пока не всегда доступно».

В 2010 году на территории больницы был построен новый роддом, который решили совместить с женской консультацией, что очень удобно для женского населения. За счет средств республиканского бюджета была создана хорошая техническая база, но главную роль по-прежнему играет опыт специалистов. В течение всей

беременности будущие мамы наблюдают у врачей, при подозрении на какую-либо патологию отправляются в перинатальный центр Набережных Челнов.

Большое внимание уделяется профилактике. Так, женская половина населения Мамадышского района регулярно проходит обследование на наличие новообразований шейки матки. Данные кольпоскопа сохраняются в электронном виде, что позволяет отслеживать их в динамике. При выявлении патологии больная направляется в Республиканский клинический онкологический диспансер.

Рождаемость в Мамадышском районе растет, если в 2005 году здесь на свет появились 372 малыша, то в 2010 – уже 549. И новый роддом сыграл не последнюю роль. Его открытие стало радостным событием не только для жителей Мамадыша, но и для сотрудников ЦРБ. Дело в том, что до недавнего времени он располагался в перестроенном жилом доме. После того, как учреждение разместилось в новом здании, оно опять было «перепрофилировано» под жилое. На долевого основе дом отремонтировали, надстроили третий этаж, а часть квартир отошла к ЦРБ. Ключи от последних из трех оставшихся квартир в этом году получают новые специалисты. Пожалуй, лучшего способа «закрепить» врача на селе и не придумаешь.



«Обеспеченность кадрами – один из наиболее сложных вопросов для таких медучреждений, как наша больница, – делится Дамир Хазиев. – Средний возраст наших работников – около 50 лет. Многие участковые врачи находятся уже в пенсионном возрасте. Обеспечить преемственность поколений – задача сегодняшнего дня. Молодые специалисты приносят с собой новые знания, методи-

Ижевска. Трех, наиболее отличившихся в школе, поддерживают финансово – на сессии райсовета было принято решение о том, чтобы ежегодно выделять 200 тысяч рублей на подготовку «целевиков».

Конечно, не каждый выпускник медицинского вуза захочет работать в районной больнице, и уж тем более в врачебной амбулатории какой-нибудь удаленной деревни. Внедряя совре-



Рождаемость в Мамадышском районе растет, если в 2005 году здесь на свет появились 372 малыша, то в 2010 – уже 549. И открытие нового роддома сыграло здесь не последнюю роль.

ки, им легче работать по современным стандартам».

Работа с будущими кадрами начинается уже со школы, где проводятся занятия по профориентации. Руководство больницы отслеживает, кто из выпускников поступил в медицинские вузы Казани и

менные методы лечения, использовать передовое медицинское оборудование – такие возможности пока дают, к сожалению, только центры по оказанию высокотехнологичной помощи в крупных городах.

С другой стороны, чтобы в глубинке повысить качество оказания медицинской помощи, нужны молодые кадры. Разорвать этот замкнутый круг помогают работа на перспективу, участие в целевых программах, модернизация, которая создает должные условия для новых кадров. Например, в этом году фельдшерско-акушерский пункт деревни Катмыш удалось включить в федеральную программу по развитию села. Проект здания уже готов, строительство начнется в этом году. А в дальнейшем его можно будет использовать в качестве типового для других ФАПов. «Мы подготовили также проект реконструкции старых корпусов больницы с их оснащением новым оборудованием, – говорит Дамир Хазиев. – И пусть на сегодня финансирование не предусмотрено, но когда оно по той или иной линии появится, у нас уже все будет готово».



Гордость здравоохранения

От Сахалина до Татарстана, от сестры-хозяйки до главного врача Республиканского кожно-венерологического диспансера, опыт которого был признан передовым и рекомендован всем регионам Советского Союза, протянулся жизненный путь Веры Ильиничны Марачковской, врача-дерматовенеролога высшей категории, заслуженного врача ТАССР, отличника здравоохранения. Общий стаж работы в медицине - 63 года, но ее знания и опыт продолжают приносить пользу людям.

«Легко не работала, легко не жила, но я счастлива», - так говорит о себе Вера Ильинична Марачковская.

В Хабаровском крае в 1948 году Вера Ильинична закончила лечебный факультет Хабаровского государственного медицинского института. Вместе с мужем-военным Иваном Максимовичем Марачковским оказалась на Сахалине, в отдаленном гарнизоне. Для вольнонаемного врача работы здесь не было, поэтому пришлось довольствоваться должностью сестры-хозяйки в медсанбате

дивизии. Всегда добросовестно выполняла свои обязанности, которые порой выходили за рамки этой скромной, но хлопотной и ответственной работы, - принимала роды, делала переливания крови, в общем, днем работала как медсестра, ночью - как врач.

«В жизни мне всегда везло на хороших людей», - вспоминает Вера Ильинична. Командир медсанбата Киреев ходатайствовал наверх о введении должности вольнонаемного врача, и еще два года Марачковская проработала врачом-

микрорепедиатром родильного отделения - до той поры, пока муж в тяжелом дальневосточном климате не заболел, в связи с чем и был переведен в Татарстан. После рождения дочери Вера Ильинична стала работать в Высокогорской ЦРБ, а в 1955 году, пройдя курсы усовершенствования, получила специальность дерматовенеролога. Впрочем, работа сельского врача не замыкается в рамках одной специальности: возглавив поликлиническое отделение, она замещала отсутствующих специалистов, осваивала смежные специальности - терапевта, невролога, акушера-гинеколога, хирурга. «Время, наверное, было такое, мы делали то, что нужно, а не то, что хотелось, и у нас все получалось», - говорит Вера Ильинична.

Но тяга к дерматовенерологии брала свое, и когда в 1960 году Марачковской предложили пройти ординатуру в КГМИ у профессора Г. Г. Кондратьева, она,

не раздумывая, согласилась. «Это был величайший ученый, – рассказывает Вера Ильинична. – Он знал практически все редкие кожные заболевания, от чего просто дух захватывало. Осваивали новейшие по тем временам методы гистологических исследований, вели научную работу, писали статьи. Я приезжала домой в час ночи, кропотливо работала с материалами 1900 года, которые, утопая в пыли, раскопала на антресолях в здании кожнодиспансера на ул. Толстого, 4. И за эти два года я окрепла в ординатуре». Профессор «сватал» ее в аспирантуру. Кто знает, как повернулась бы тогда ее жизнь, прими она это предложение. Но Вера Ильинична отказалась, объяснив очень просто: «Всегда любила и люблю лечебную работу». И вернулась в Высокогорскую ЦРБ на должность врача-дерматовенеролога.

В это время начались хрущевские эксперименты с укрупнением районов, которые ввергли в хаос все отрасли народного хозяйства, в том числе и здравоохранение. Объединили четыре района – Высокогорский, Лаишевский, Октябрьский, Пестречинский, и Марачковская стала дерматовенерологом этого огромного образования. «Ох, как мы бегали! Подворные обходы из дома в дом, с люминесцентным фильтром искали лишай, боролись с трахомой, чесоткой. Все молочно-товарные фермы обходили, контролировали, чтобы доярки и животноводы передевались, не носили споры грибка домой на одежде и сапогах, чтобы обязательно были умы-

вальники, полотенца. В общем – море обязанностей. Но такая напряженная работа по молодости была мне по плечу, и я все выполняла». Мужа уже перевели в Арск, а Вера Ильинична еще полтора года проработала заместителем главврача по лечебной работе, одновременно выполняя обязанности заведующего методкабинетом и районного дерматовенеролога. Так продолжалось до тех пор, пока военный комиссар республики не отдал специальный приказ: «И. М. Марачковскому забрать семью по месту службы».

«Муж у меня был чудесным человеком, – вспоминает Вера Ильинична. – Если я приезжала домой поздно, то он и сварит, и накормит, и детей спать уложит. Я всегда чувствовала его помощь, поддержку. Да я и сама умела все это уполотнять, все охватывать». А это уже семейное. Отец Веры Ильиничны – Илья Иванович Хлевной – был крупным управленцем и рационализатором, в 1920 году его с Украины отправили на Дальний Восток для восстановления железнодорожного транспорта и за успехи в хозяйственной деятельности наградили орденом Ленина. Отец и мать Кристина Васильевна и детей воспитали в уважении к труду и знаниям. Такими же выросли и дети Марачковских – Лариса и Сергей.

«Организационная работа преследовала меня всегда, – вспоминает Вера Ильинична. – В Арске работала заведующей организационно-методическим кабинетом, а с 1971 года – заведующей дерматовенерологическим отделением городской клинической больницы



№12 г. Казани. В 1973 году новый этап в жизни и работе В.И. Марачковской начался со звонка министра здравоохранения ТАССР И.З. Мухутдинова: «Принимай Республиканский кожнодиспансер. Уверен, справишься. Во всем поможем».

Это было трудное время: в республике росла заболеваемость сифилисом, гонореей. Наряду с этим приходилось налаживать взаимоотношения с коллективом, где гордость не всем позволяла принять «высочку из района», как ее за глаза называли. Опытные руководители даже рекомендовали ей расстаться с наиболее строптивыми, но Марачковская настояла на своем: «Со временем все уладится, все притрутся». Так и произошло. Она выстроила эффективную модель борьбы с венерическими заболеваниями. Врачи работали в тесном контакте с другими заинтересованными ведомствами: милицией, прокуратурой, образовательными, культурными учреждениями, общественными организациями. Республиканский штаб по борьбе с венерическими заболеваниями возглавлял первый заместитель министра Я.Г. Павлухин, помощь которого особенно отмечает Вера Ильинична.

Совместно с милицией и под контролем прокуратуры проводились рейды. Для лиц асоциального поведения были созданы закрытые стационары, куда больных с ЗППП госпитализировали в течение 24 часов. Очень строго тогда ко всему относились, но многое зависело и от врача, от его умения расположить к себе пациен-

В 1973 года новый этап в жизни и работе В.И. Марачковской начался со звонка министра здравоохранения ТАССР И.З. Мухутдинова: «Принимай Республиканский кожнодиспансер. Уверен, справишься. Во всем поможем».





та, убедить его обследоваться, пройти курс терапии. Диспансер тесно работал с культурно-просветительскими учреждениями, проводились конференции, кинолектории по профилактике вензаболеваний и нравственно-гигиеническому воспитанию различных групп населения. Действовал «Университет здоровья».

Под руководством Марачковской были созданы кожно-венерологические диспансеры в Набережных Челнах, Альметьевске, Нижнекамске, Зеленодольске, Бугульме, Чистополе, Лениногорске, а в Казани было открыто специализированное венерологическое отделение для социально дезадаптированных женщин. Такая активная деятельность дала хорошие результаты. Показатель выявления больных сифилисом вырос до очень высокого уровня - 74%, а число больных с 720 в 1978 году упало до 111 в 1986 году.

Успехи ТАССР в создании системы борьбы с венерическими заболеваниями заинтересовали Москву. Пришлось выдержать три проверки, но по их результатам опыт Татарии был признан передовым и рекомендован другим областям и республикам страны. Именно тогда Вере Ильиничне Марачковской было присвоено звание «Заслуженный врач ТАССР». Но успех этот дался ей нелегко. «Я чуть не умерла там, в Москве, - рассказывает Вера Ильинична. - От стресса открылось желудочное кровотечение. А по возвращении домой - опять несчастье, котел в диспансере сломался. За неделю отремонтировала и упала. Хирурги потом сказали, что я потеряла 2 л крови и настаивали на немедленной резекции желудка. Но главврач РКБ М. В. Буйлин взял на себя ответственность и начал консервативное лечение. За две недели язва затянута».

13 лет проработала Вера Ильинична в должности главного врача РКВД, потом долгое время возглавляла оргметодкабинет, 20 лет вела курс дерматове-

нерологии в базовом Казанском медицинском колледже. Всю свою жизнь она щедро делится опытом с врачами, фельдшерами, медсестрами, передает знания молодым. Она стала наставником и учителем для сотен врачей и медицинских сестер, подготовила 14 руководителей кожно-венерологических диспансеров крупных городов Республики Татарстан.

Сравнивая организацию борьбы с венерическими заболеваниями в советское время и сейчас, Вера Ильинична отмечает усиление роли первичного звена медицинской сети, которое выявляет более 70% от числа всех больных благодаря тому, что практически всем пациентам делаются анализы на сифилис, ВИЧ, гепатит и другие заболевания. Условия работы КВД изменились: открылись

кабинеты анонимного обследования, куда может обратиться любой гражданин и пройти лечение в условиях полной конфиденциальности. Единственное, что сегодня несколько затрудняет деятельность дерматовенерологов, так это отсутствие помощи со стороны органов МВД. Много внимания уделяется профилактическим мероприятиям: проводятся школы для беременных, лекторий для девушек по гигиене, анкетирование среди учащихся школ, позволяющее выявить начальный уровень знаний подростков о ЗППП.

Что беспокоит ее сегодня, так это то, что людям некогда уделять внимание уходу за своим телом. «Никогда я не видела столько пораженных рук, сколько в прошлом и этом году, - сокрушается Вера Ильинична. - Новые агрессивные мощные средства, вечная спешка, нервы, страх потерять работу, отсутствие гигиенической культуры - все это создает массу проблем. Много пораженных ногтей, стоп, люди просто машут на себя рукой, все мысли у них о деле. Плюс чудовищные изобретения нашего времени - жвачки, чипсы, кола. Они нарушают работу кишечника, зашлаковывают печень, а кожа - это зеркало организма. Что внутри, то и снаружи».

И сегодня Вера Ильинична трудится врачом-дерматовенерологом в поликлиническом отделении №3 Республиканского клинического кожно-венерологического диспансера. Закончив смену, она не уходит домой, пока не примет последнего больного, в смену бывает по 30 - 35 человек. На вопросы, не устаете ли, не хотите ли отдохнуть, Вера Ильинична улыбается и говорит, что работа, общение с пациентами для нее - самый лучший отдых.



Диалог культур во имя здоровья



Китайская медицина хранит традиции двухтысячелетней давности, западная медицина делает упор на все новые и новые технологии и препараты. Какие подходы наиболее приемлемы для сохранения здоровья? Как их можно сочетать? Эти вопросы обсуждались на Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы традиционной медицины», которая состоялась в Казанской государственной медицинской академии.

В работе конференции участвовали ведущие специалисты Китайской академии наук - Президент Института основной теории традиционной медицины Китайской академии наук профессор Пан Гуй Цзюань с сотрудниками Института - профессорами Сюй Ши Цзе, Ю Чжи Мин, Сан Ши Цзе, а также врачи Республики Татарстан и других регионов Российской Федерации, применяющие в своей практике методы традиционной медицины.

Более 50 лет назад КГМА, тогда Казанский ГИДУВ, стояла у истоков внедрения рефлексотерапии в нашей стране. В 1955 - 1957 годах завкафедрой неврологии профессор И.И. Русецкий был командирован в Китай, где подробно изучал Чжень-Цзю терапию. В те годы в Казани был организован лечебный кабинет иглоукалывания, изданы первые монографии. В последующем стали проводиться циклы специализации врачей по рефлексотерапии, а метод - внедряться в практическое здравоохранение.

Целая эпоха в казанской рефлексотерапии связана с именем профессора Д.М. Табеевой - организатора первой в СССР клиники традиционной медицины (1977 год). Она заведовала кафедрой рефлексотерапии Казанского ГИДУВа с 1977 по 1982 год, автор первых отечественных фундаментальных трудов по рефлексотерапии, которые и сегодня являются настольными книгами для практикующих рефлексотерапевтов.

В настоящее время под руководством профессора Г.А. Иваничева в Казани работает известная на всю страну научно-медицинская школа традиционной медицины, издается журнал «Альтернативная медицина». С 2008 года все более активно развивается своя деятельность Общественная организация специалистов по традиционной медицине РТ.

Казань для страны всегда была своеобразным мостом на Восток, а казанские медики - не новички в вопросах китайской медицины. Тем не менее «трудности пе-

ревода» все еще имеют место, поскольку концепции китайской традиционной медицины и западной классической совершенно различны. Если Запад к организму человека применяет системный подход и делит его на функциональные системы и органы, то в китайской медицине человек воспринимается как целостность, и его состояние описывается экзотическими, с нашей точки зрения, параметрами.

Как разъяснила профессор Пан Гуй Цзюань, ссылаясь на основополагающий «Трактат Желтого Императора», «главными составляющими жизни являются энергии Ци, Цзин и Шень. Шень ведает всеми проявлениями жизненной активности человеческого организма. Материальной основой Шень является Цзин. А Ци - это движущая сила, которая превращает Цзин в Шень. Эти три элемента дополняют друг друга, сохраняя жизненный баланс». К сожалению, для западных ученых каким-то образом измерить эти величины не представляется возможным. Поэтому остается идти по пути подтверждения практической действенности методов китайской медицины, что в целом удается.

Как отметила начальник Управления контроля качества медицинской помощи и развития отраслевой стандартизации МЗ РТ Галина Лысенко, «в настоящее время методы традиционной медицины (рефлексотерапия, гомеопатия, гирудотерапия, мануальная терапия, остеопатия, апитерапия и фитотерапия и др.) широко применяются

в учреждениях практического здравоохранения. Они естественно и безопасно дополняют существующие фармакологические и иные современные методики лечения. Особое внимание к традиционным методам лечения проявляют врачи, занимающиеся диагностикой, лечением и профилактикой хронических заболеваний, в патогенезе которых основное место занимают нарушения регулирующих механизмов. Методы традиционной медицины особенно эффективны у пациентов, страдающих патологией психоэмоциональной и вегетативной сфер, хронической болью различной локализации, психосоматическими заболеваниями».

Профессор Ю Чжи Мин остановился на различиях в понимании здоровья. Если Запад полагает здоровье неким набором параметров, единым для всех, отклонение от которого можно обнаружить аппаратно и объективно, то китайская традиция обращает внимание на самочув-



ствии человека. Человек здоров, если находится в приподнятом состоянии духа, в его теле ничего не болит и обмен веществ

находится в равновесии, хотя при этом западная аппаратура может найти у него множество заболеваний. Целостный подход китайской медицины наиболее очевиден в том, что симптомами заболевания считаются не только физические недомогания, но и эмоциональная неуравновешенность, конфликты с окружающими.

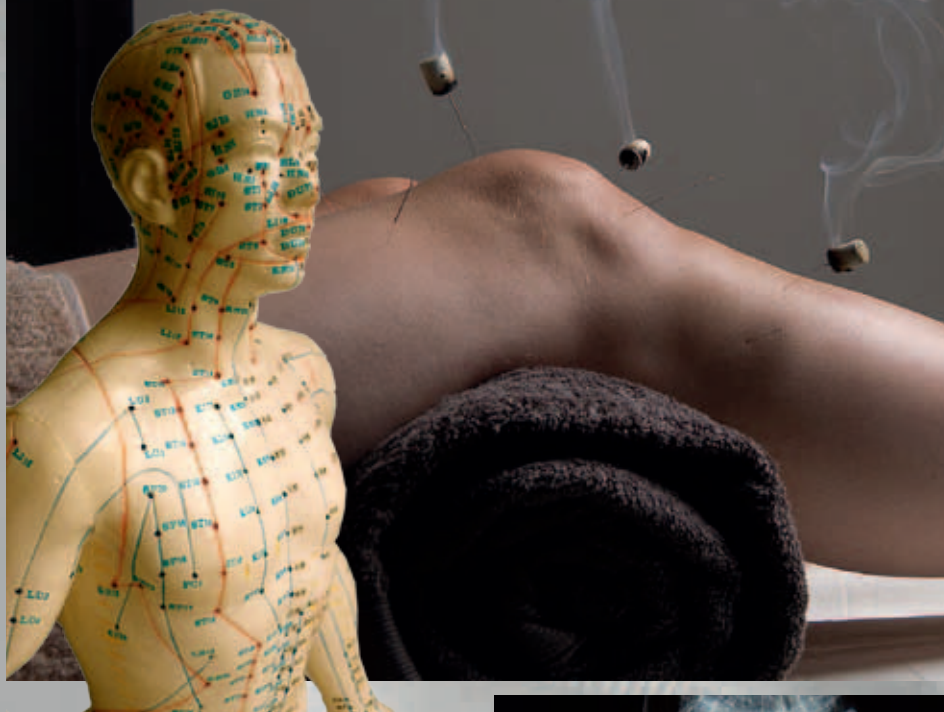
Профессор Сюй Ши Цзе назвал и причины возникновения заболеваний. Первая из них - образ жизни (причем

Целостный подход китайской медицины наиболее очевиден в том, что симптомами заболевания считаются не только физические недомогания, но и эмоциональная неуравновешенность, конфликты с окружающими.



самой опасной чертой характера считается лень). Вторая - чрезмерная эмоциональность, в том числе и чрезмерная радость. Третья - неправильное питание (правильное - это разнообразное). Четвертое - соответствие поведения климату

Если Запад полагает здоровье неким набором параметров, единственным для всех, отклонение от которого можно обнаружить аппаратно и объективно, то китайская традиция обращает внимание на самочувствие человека.



В 1955 - 1957 годах завкафедрой неврологии профессор И.И. Русецкий был командирован в Китай, где подробно изучал Чжень-Цзю терапию. В те годы в Казани был организован лечебный кабинет иглоукалывания, изданы первые монографии.

и погоде (например, не мерзнуть и не перегреваться).

Ученые Казанской государственной медицинской академии - завкафедрой неврологии и рефлексотерапии, профессор Г.А. Иваничев, сотрудники кафедры А.Р. Гайнутдинов, Р.А. Якупов, Г.И. Сафиуллина - в своих выступлениях затронули вопросы, связанные с типовыми патологическими процессами, применением акупунктуры и постизометрической релаксации в лечении болевых мышечных синдромов; рефлексотерапией хронической головной боли; лечением заикания, тиков и энурезов у детей с использованием методов тради-



ционной медицины. Ими было отмечено, что казанская медицинская школа всегда подтверждала и подтверждает эффект традиционной медицины, в том числе и китайской, в профилактике и лечении многих распространенных заболеваний.

Теоретическая часть конференции получила продолжение на практических занятиях, которые были проведены специалистами из Китая как по пульсовой диагностике, так и по основам гимнастики «цигун».

Д. м. н. Г. И. Сафиуллина считает, что цель конференции была достигнута, участники серьезно продвинулись в поиске путей оптимизации развития и использования научно-практического потенциала российских и китайских специалистов в области традиционной медицины.

По мнению проректора по учебной работе КГМА А.В. Анохиной, конференция такого масштаба, впервые состоявшаяся в республике, открыла новый этап в развитии традиционной медицины - как в научном, так и в практическом аспектах, дала мощный импульс укреплению международного сотрудничества российских врачей со специалистами из Китая.

Мысли о здоровье и медицине



Врач - философ; ведь нет большой разницы между мудростью и медициной.

ГИППОКРАТ

В медицине главным лекарством является сам врач.

Антоний КЭМПИНСКИЙ

Болезнь - это здоровая реакция организма на нездоровый наш образ жизни.

Леонид СУХОРУКОВ

Врач, впервые приступая к лечению своего пациента, должен делать это изящно, весело и с приятностью для больного; и никогда хмурый врач не преуспеет в своем ремесле.

Мишель МОНТЕНЬ

Здоровье не ценят, пока не приходит болезнь.

Томас ФУЛЛЕР

Единственная красота, которую я знаю, - это здоровье.

Генрих ГЕЙНЕ

Практическая медицина - это не область ученых исследований.

Это власть знания, реальный и осязаемый способ улучшить жизнь людей.

Бернадин ХИЛИ

Здоровый нищий счастливее больного короля.

Артур ШОПЕНГАУЭР

Прежде магию путали с медициной; ныне медицину путают с магией.

Сас ТОМАС

Врач - это профессия, лечащий врач - призвание.

Василий СУМБАТОВ

Одно из условий выздоровления - желание выздороветь.

СЕНЕКА

Нет искусства полезнее медицины.

ПЛИНИЙ

Журнал издается при поддержке
Министерства здравоохранения
Республики Татарстан

Главный редактор
Е. Н. СТЕПАНОВА
E. N. Stepanova
taylena@mail.ru

Научный редактор
Ростислав ТУИШЕВ
Rostislav Touishev

Пресс-секретарь МЗ РТ
Гульнара САБИРОВА
Goulnara Saburova

Коммерческий отдел
reclama@healthnation.su

Журналисты
Валерий МИРОШНИКОВ
Азат ЯХЬЯЕВ
Лидия ГОНЧАРОВА

Использованы фото:
с портала prav.tatar.ru
Ростислава Туишева
Наиля Лемешева
Игоря Тутаява

Оригинал-макет, дизайн, верстка,
pre-press выполнены рекламным
агентством «Красная Стрелка»



Свидетельство о регистрации -
ПИ № ТУ 16-00375.

Тел. редакции:
+7 987 290 12 21.
+7 987 290 50 38.

www.healthnation.su



За содержание рекламных
материалов и объявлений редакция
ответственности не несет.
Материалы не рецензируются
и не возвращаются.
Любое использование материалов
журнала допускается только
с письменного разрешения
редакции. Она оставляет
за собой право вносить изменения
в предоставляемые материалы
в случаях их несоответствия
техническим требованиям
и некорректной смысловой
нагрузки.

Материалы, отмеченные
звездочкой (*), публикуются
на правах рекламы.

Все товары сертифицированы,
услуги лицензированы.

Тираж 3000 экз.
Подписано в печать 09.06.2011.
Отпечатано в типографии
КПКПС, г. Казань.



Распространяется бесплатно.



INDEX КОМПАНИЙ

ООО «ЭкоМедС-Волга»

420039, г. Казань, ул. Декабристов, д. 205.
Тел.: (843) 555-70-20, 555-68-00,
253-19-15.
www.ecomedsvolga.ru
e-mail: info@ecomedsvolga.ru

ООО «Фармстер»

119334, Россия, г. Москва, ул. Вавилова, д. 5, корп. 3,
офис 304.
Тел.: (495) 782-91-52.
Факс: (495) 231-29-55.
www.pharmster.com
e-mail: info@pharmster.com

ЗАО НИПК «Электрон»

198323, г. Санкт-Петербург, Волхонское шоссе,
квартал 2, д. 4Б.
Тел.: (812) 325-02-03.
Факс: (812) 325-02-09.
www.electronxray.com
e-mail: omb@electronxray.com
Представительство в Москве
125009, г. Москва, ул. Тверская, д. 16/3, офис 17.
Тел.: +7 (495) 935-77-69.
e-mail: mos@electronxray.com

Филиал «АЙС Инжиниринг ГмБХ»

190068, г. Санкт-Петербург, наб. канала Грибоедова, д. 129.
Тел./факс: (812) 713-89-53, 713-70-87, 324-33-74.
e-mail: info@ajz.spb.ru
www.ajz-engineering.de
Представительство «Аналитик Йена АГ»
101000, г. Москва, Старосадский переулок, д. 7/10.
Тел./факс: (495) 624-53-10, 624-32-60, 933-55-76.
e-mail: info@analytik-jena.ru
www.analytik-jena.de

ЗАО «Фрезениус СП» -

представительство Fresenius Medical Care в России
117630, г. Москва, ул. Воронцовские пруды, д. 3.
Тел.: (495) 936-23-41(42,43), (495) 789-64-52.
Факс: (495) 789-64-54.

Филиал в Санкт-Петербурге - тел.: (812) 449-04-84, 449-04-85.
Филиал в Новосибирске - тел.: (383) 355-58-71, 355-43-69.
Филиал в Казани - тел.: (843) 248-76-12, 297-66-21.
marketing.ru@fmc-ag.com
represent.ru@fms-ag.com
www.fresenius.ru

ООО «Комплексмед»

423570, г. Нижнекамск, ул. Менделеева, д. 46.
Тел.: (8555) 36-61-05.
e-mail: kompleksmed@yandex.ru

ООО «БМТ-МММ» -

официальное представительство «МММ Munchener Medizin Mechanik
GmbH» и «BMT Medical Tehnology s.r.o.»
на территории Российской Федерации
117246, г. Москва, Научный проезд, д. 12, офис 70.
Тел.: (499) 120-93-20/21.
www.bmt.cz
e-mail: bmt@bmtmos.com

Philips «Здравоохранение»

119048, г. Москва, ул. Усачева, д. 35.
Тел.: (495) 937-93-64.
www.healthcare.philips.com

ООО «Мединвест»

119435, г. Москва, ул. Малая Пироговская, д. 14, стр. 1.
Тел.: (495) 730-65-65.
Факс: (495) 730-65-58.
www.med-invest.ru
Официальный представитель в г. Казани -
Сафиуллин Марат Рустамович
Тел.: +7 987 290 48 23.

ООО «Агропак-Татарстан»

Заказ бутилированной воды «SHIFA»:
г. Казань, тел.: (843) 557-55-05.
г. Лениногорск, тел.: (85595) 24-184, (85595) 24-277.
г. Альметьевск, тел.: (8553) 35-15-11, (8553) 37-19-58.

ЗАО «Медиэйс» - представительство Медисон в России.

127 422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3.
Тел.: (495) 921-39-81, (495) 785-72-20.
Факс: (495) 611-17-55.
e-mail: info@medison.ru
www.medison.ru

ООО «Алкон фармацевтика»

109004, г. Москва, ул. Николаямская, д. 54.
Тел.: (495) 258-52-78.
Факс: (495) 258-52-79.
www.alcon.com

ООО «АРФЕН»

420107, г. Казань, ул. Островского, д. 67, офис 402.
Тел.: +7 (843) 296-38-93, 233-00-44 (тел./факс).
Тел.: +7 (495) 740-50-17.
www.arfen.ru
e-mail: client@arfen.ru

ФГУП «Ижевский механический завод»

426063, г. Ижевск, ул. Промышленная, д. 8.
Тел.: (3412) 65-82-32.
Факс: (3412) 68-93-26.
www.baikalinc.ru | e-mail: office150@baikalinc.ru

16-я международная специализированная выставка

ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ.



Казань
2011

12-14
ОКТАБРЕ



www.volgazdravexpo.ru

ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР
ISO - 9001



КАЗАНСКАЯ
ЯРМАРКА

420059, Республика Татарстан
г. Казань, Оренбургский тракт, 8
Тел.: (843) 570-51-11 (круглосуточный),
570-51-16, факс: (843) 570-51-23
E-mail: pdv@expokazan.ru

Вчера, сегодня и завтра передовых медицинских технологий



На правах рекламы

Мы прилагаем постоянные усилия, стремясь к новым вершинам визуализации.

На протяжении более чем четверти века Medison остается лидером в области диагностического ультразвука. Планомерно развиваемая нами инновационная технология 3D/4D стала незаменимым инструментом диагностики во всем мире. Сегодня наш полный модельный ряд, предлагающий разнообразные возможности визуализации, от специализированных стационарных систем до многофункциональных портативных устройств, верен традиции высокого качества в области ультразвуковой диагностики.