

**Ирина Буславская,
главный врач ГБУЗ
«Клинико-
диагностический
центр № 4» ДЗМ:**

**«Наши доктора
сосредоточены
на консультативно-
диагностической
работе.
Человеку,
пришедшему к нам
на обследование, мы
должны установить
диагноз быстро,
чётко и точно.
Это одно из
важнейших
наших
правил»
С. 16**



РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



РОССИЙСКАЯ
НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RUSSIAN HEALTH CARE WEEK

5–9 декабря 2016



ЗА ЗДОРОВУЮ
ЖИЗНЬ

ЗА ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ

VII Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

26-я Международная выставка «Здравоохранение, медицинская техника и лекарственные препараты»



ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

10-я Международная выставка «Средства реабилитации и профилактики, эстетическая медицина, оздоровительные технологии и товары для здорового образа жизни»



Реклама



 **ЭКСПОЦЕНТР**
МОСКВА

Организаторы:

- Государственная дума ФС РФ
- Министерство здравоохранения РФ
- АО «Экспоцентр»

При поддержке:

- Совета Федерации ФС РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Правительства Москвы
- Российской академии наук
- Торгово-промышленной палаты РФ
- Всемирной организации здравоохранения

www.rnz-expo.ru

www.zdravo-expo.ru

www.health-expo.ru

12+



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОТРАСЛЕВОЙ ЖУРНАЛ
ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



Издаётся с 2003 года
Онлайн-версия: www.ktovmedicine.ru

Учредитель, главный редактор	Дмитрий НЕФЁДОВ
Первый заместитель главного редактора	Анастасия НЕФЁДОВА
Заместители главного редактора	Наталья НУЙКИНА Мария НИГМАТУЛЛИНА Виктор КУТОВ
Шеф-редактор	Наталья ЗАДОРЖНАЯ
Редактор	Елена ЗАВЬЯЛОВА
Редактор по работе с авторами	Светлана ЛЫБИНА
Ведущий дизайнер	Надежда ВОРОНКОВА
Дизайнер-верстальщик	Ирина КАРЕЛИНА
Корректор	Татьяна ХИНТАХИНОВА
Фото на обложке	Любовь МАЛАХОВА
Администратор редакции	Ольга КЛЕВАКИНА
Связи с общественностью	Сергей КОСОВ
Цветокоррекция	Welcome Advertising Provider
Издатель	ООО «КТО есть КТО» совместно с LogTag Recorders Limited

Журнал «Кто есть кто в медицине»

зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-26672 от 28.04.2003 (21.12.2006 — перерегистрация).

Отпечатано в Типографии «Антарес» 107113, 2-я Рыбинская улица, 13
Тираж 5000 экз.

Подписано в печать 23.11.2016.

Все права защищены. Перепечатка материалов без разрешения редакции запрещена. При использовании и цитировании материалов ссылка на источник обязательна.

Редакция не несёт ответственности за содержание рекламных материалов. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Журнал распространяется на территории РФ.

В свободную продажу не поступает.

16+ Журнал может содержать контент,
не предназначенный для лиц младше 16 лет

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

Телефоны: (499)704-04-24 (многоканальный),
+7(916)346-50-57 (мобильный).

E-mail: journal@kto-kto.ru

**Филиал по Уральскому, Сибирскому,
Дальневосточному федеральным округам**
644043, г. Омск, ул. Фрунзе, 40, к. 7.

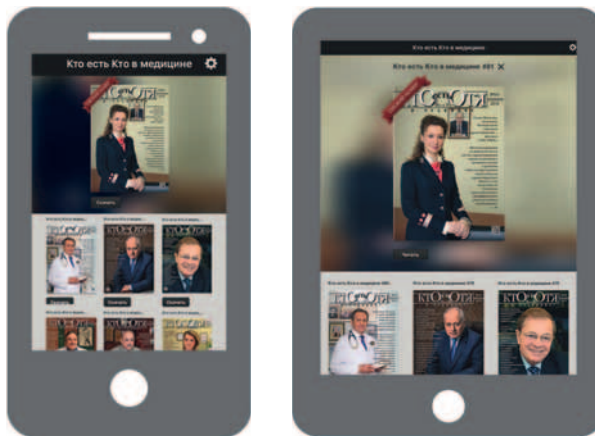
Телефон / факс (3812)21-31-14

E-mail: m9621222@mail.ru

Официальный сайт издательства:
www.kto-kto.ru

Читайте журнал там, где вам
УДОБНО

Бесплатное мобильное приложение



Цифровая версия

www.ktovmedicine.ru

**Все статьи без сокращения
в свободном доступе**



Социальные сети





На VII Всероссийском конгрессе пациентов обсудили взаимодействие медицинского и пациентского сообществ

В МИА «Россия сегодня» прошёл VII Всероссийский конгресс пациентов на тему «Государство и граждане в построении пациент-ориентированного здравоохранения в России».

В рамках церемонии открытия конгресса к участникам, в число которых вошли более 200 некоммерческих организаций пациентов России и мира, обратились министр здравоохранения России Вероника Скворцова, заместитель министра здравоохранения Татьяна Яковлева, заместитель министра промышленности и торговли России Сергей Цыб, глава Росздравнадзора Михаил Мурашко, а также представители других ведомств и организаций системы здравоохранения.

Открыл конгресс сопредседатель Всероссийского союза пациентов **Юрий Жулёв**, который назвал это важное ежегодное мероприятие площадкой для диалога между пациентским сообществом и властью — Минздравом России, Росздравнадзором, Фондом обязательного медицинского страхования и другими структурами и организациями. Этот диалог особенно важен для того, чтобы вместе противостоять новым вызовам и преодолеть существующие барьеры, подчеркнул Жулёв. Он отметил, что, благодаря конгрессу, удаётся многого добиться: например, изменить нормативную базу в области организации льготного лекарственного обеспечения или защиты прав пациентов,

решить вопросы финансирования, улучшить информирование пациентов. Однако остаётся и много проблем, требующих решения.

Юрий Жулёв подчеркнул важность открытости системы здравоохранения, что подразумевает вовлечённость пациентских организаций в принятие решений и разработку нормативно-правовых актов. Также он отметил необходимость совершенствования нормативно-правовой базы в целях повышения эффективности работы всей системы здравоохранения.

Главной темой VII Всероссийского конгресса пациентов стал вопрос доступности и качества лекарственной помощи. В своём выступлении глава Минздрава России **Вероника Скворцова** отметила, что цены на препараты из перечня ЖНВЛП (жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов) в 2016 году фактически не менялись, за прошедшие 9 месяцев колебания составили 0,5%. По словам министра, за последние 2,5 года перечень увеличился на 100 МНН, то есть на 5 тыс. ассортиментных позиций. На сегодняшний день предельно допустимые отпускные цены производителей регистрируются на более чем 30 тыс. ассортиментных позиций.



Министр назвала этот механизм «абсолютно рабочим» и для сравнения привела динамику цен на жизненно важные препараты: в 2015 году удалось удержать уровень цен существенно ниже уровня инфляции, а в этом году цены фактически вообще не менялись: за 9 месяцев колебания составили лишь 0,5%, а в категории дешёвых препаратов рост цен составил 1%. При этом министр отметила, что в нерегулируемом сегменте рынка колебания цен оказались существенно больше.

Вероника Скворцова добавила, что в этом году более 15 млн льготников уже получили лекарства на сумму 150 млрд рублей, и ещё 13 млн льготников монетизировали своё право на льготное лекарственное обеспечение. «Если посмотреть объёмы финансовые и по количеству пациентов, то они выше, чем это было в предыдущем году и существенно выше, чем это было три года назад», — сказала министр. Так, ещё в 2013 году в стране появилась Стратегия лекарственного обеспечения до 2025 года.

По словам директора Департамента лекарственного обеспечения Мин-



здрави России **Елены Максимкиной**, одна из важнейших целей этого документа — сделать лекарства физически доступными, поскольку существуют ситуации, при которых тот или иной препарат уже вышел на рынок, но с его приобретением возникают сложности.

«Количество организаций для реализации лекарственных препаратов в нашей стране увеличилось. Если сравнить это количество в России и за рубежом, то перевес будет в сторону нашей страны», — подчеркнула Максимкина. Вместе с тем она отметила, что заниматься регулированием цен в аптеках сегодня невозможно, за исключением средств, входящих в список ЖНВЛП.

Также она затронула вопрос дефицита вакцины от полиомиелита: «Дефицит данной вакцины — это общемировая проблема. Но с февраля мы начнём выпуск отечественной вакцины», — завершила Елена Максимкина. Она добавила, что производством этой вакцины будут заниматься на площадке биомедицинского комплекса «Нанолек» в Оричевском районе Кировской области.

Руководитель Росздравнадзора **Михаил Мурашко**, в свою очередь, рассказал в своём выступлении о новых формах взаимодействия Службы с Общественным советом по защите прав пациентов при Росздравнадзоре (проводятся совместные видео-селекторные совещания, на заседания приглашаются представители региональных ОС), проинформировал о нововведениях в законодательстве, регулирующем лекарственное обеспечение и подчеркнул важность взаимодействия с общественными организациями. «Нам, как контролирующему органу, необходимо иметь обратную связь от пациентских объединений и общественных советов», — отметил он в заключение. — При

планировании надзорных мероприятий мы учитываем полученную от них информацию, и это позволяет решать возникающие в регионах проблемы оперативно и качественно».

Заместитель министра промышленности и торговли Российской Федерации **Сергей Цыб** в своём обращении рассказал о самых значимых итогах реализации госпрограммы «Фарма-2020» на сегодняшний день. «При активной поддержке со стороны государства и самих фармацевтических компаний Россия развивает собственные фармацевтические компетенции. Мы научились делать технологически очень сложные препараты. В онкологии — моноклональные антитела, рекомбинантные факторы крови, вакцины, белки — многое, что удалось создать за последние пять лет, не существовало в советское время», — рассказал замминистра. — Это недостаточный срок, чтобы мы смогли серьёзно продвинуть эту область на новый уровень. Однако то, что создана платформа для дальнейшего развития, очевидно». При этом, по его словам, поставлены амбициозные цели и задачи.

Сергей Цыб особо отметил, что сейчас внимание регуляторов и бизнеса акцентируется на вопросе развития производства орфанных препаратов, в решении которого взаимодействие с пациентским сообществом имеет колоссальное значение на этапах формирования планов по производству данной группы продуктов. «Мы сейчас такую работу активно проводим в рамках реализации мероприятий дорожной карты по оказанию паллиативной помощи», — подчеркнул он.

Также заместитель министра заявил о необходимости прямого диалога пациентов, регуляторов и представителей бизнеса в решении задачи по развитию современного фармацевтического и медицинского производства. «Минпромторг ставит в этом и следующем году задачу участвовать во всех крупнейших медицинских форумах, конгрессах и конференциях, в том числе узкой нозологической направленности», — сообщил он. — Для нас диалог с медицинским и пациентским сообществами приобретает совершенно иное значение в свете решения новых задач».

Выступивший на конгрессе депутат Госдумы, член Комитета Госдумы по охране здоровья **Александр Петров** заявил, что комитет готов принять представителей пациентских организаций, с тем, чтобы наряду с депутатами они могли работать над законодательством, высказывать свою позицию.

По словам депутата, в скором времени к рассмотрению будут представлены проекты законов о санитарной авиации и о детской трансплантации. «Законопроект о детской трансплантации нужно возвести в ранг закона, нам нужна пациентская поддержка».

Это самый сложный этический вопрос, но мы хотим, чтобы дети, которых можно спасти, не умирали в России и мы их не возили за рубеж», — сказал депутат. Ещё один законопроект, рассмотрением которого скоро займутся депутаты, связан с электронными сигаретами. «Хочу, чтобы мы с вами решили этот вопрос — надо запретить продавать их несовершеннолетним», — обратился депутат к пациентскому сообществу.

Получив согласие руководителей пациентских организаций участвовать в общественном обсуждении законопроектов, Александр Петров выразил уверенность, что удастся согласовать этот вопрос уже в ближайшее время.

В ходе конгресса были обсуждены проблемы развития здравоохранения и лекарственного обеспечения населения на современном этапе, пути повышения доступности и качества медицинской помощи в РФ, а также вопросы организации системы общественного контроля и надзора над исполнением действующих законов и решений в сфере здравоохранения. Были рассмотрены проблемы качества и доступности медицинского оборудования и изделий медицинского назначения, развития информационных технологий в сфере здравоохранения и взаимодействия медицинского и пациентского сообществ.

В рамках конгресса прошли пресс-мероприятия, образовательные семинары и тренинги по вопросам организации работы обществ пациентов, НКО и власти, развития общественного контроля в сфере здравоохранения, повышения качества и доступности медицинской помощи. ■



Наталья Селтцова



Наталья Селтцова

Вероника Скворцова: «Главным достоянием российского здравоохранения являются его специалисты»

■ Анна Милова

Торжественная церемония награждения победителей Всероссийского конкурса профессионального мастерства «Лучший врач года» состоялась в музее-усадьбе «Архангельское». Под звуки живой музыки победители конкурса получили дипломы и хрустальные статуэтки с изображением богини здоровья Гигиены из рук заместителя министра здравоохранения РФ Татьяны Яковлевой, главного редактора «Медицинской газеты» Андрея Полторака и заместителя председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаила Андрочникова. Наряду с отличившимися врачами наградами отмечены и лучшие специалисты со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

Традиционно конкурс проходил в три этапа. Первый этап проводился в медицинских организациях, победителя определяло общее собрание трудового коллектива. На втором этапе отбор участников осуществляли конкурсные комиссии федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения. А итоговую черту подвела Центральная конкурсная комиссия. В нынешнем году премия присуждалась по 36 номинациям. Всего было подано 658 работ врачей из 48 субъектов страны и 6 федеральных ведомств. Итоги конкурса были подведены в преддверии Дня медицинского работника в июне, а чествование победителей прошло в уютных залах «Архангельского» в октябре.

— Главным достоянием российского здравоохранения являются его специалисты, — сказала министр здравоохра-

нения РФ **Вероника Скворцова**, обращаясь к победителям. — Я чрезвычайно рада, что мы в очередной раз проводим награждение лучших врачей России. Огромные слова благодарности всем вам, лучшим специалистам своей отрасли. Хочу вас поздравить и поблагодарить за ежедневный героический труд. В этом году на конкурс было подано на 81 заявку больше, чем в прошлом. Выбрать лучшего врача было очень непросто: каждый из тех, кто был номинирован на эту премию, является высококвалифицированным специалистом, и звание лучшего закрепится за ним на всю жизнь. По сути, каждый заслуживает благодарности, но в зале присутствуют лучшие из лучших.

Вероника Игоревна лично поздравила победителей в отдельных номинациях. Каждый из награждённых поблагодарил организаторов конкурса за высокую оценку их работы.

— При поддержке Минздрава России и администрации области мы постоянно применяем новые методы диагностики и лечения. Благодаря современному оснащению у нас есть возможность помогать большему количеству пациентов, — сказала **Юлия Самойлова** (1-е место в номинации «Лучший эндокринолог»).

— Большое спасибо организаторам за такой конкурс и особенно за то, что теперь участвовать в нём могут не только врачи, но и специалисты среднего звена, что привлекает молодёжь поступать в медицинские училища. В последние годы произошли значительные изменения во всех отраслях, в том числе и в акушерстве. Мы тоже применяем новые технологии, что повышает уровень оказания помощи населению, — отметила **Ирина Тарасенко** (лучшая акушерка, г. Санкт-Петербург).

На торжественной церемонии, помимо чествования победителей Всероссийского конкурса «Лучший врач года», медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением» был награждён главный редактор ООО «Медицинская газета» Андрей Полторак.

Поздравляем всех победителей конкурса с заслуженными наградами!

ПОБЕДИТЕЛИ ВСЕРОССИЙСКОГО КОНКУРСА «ЛУЧШИЙ ВРАЧ ГОДА»

ЛУЧШИЙ АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ

1-е место

Алексей Леонидович Мальченко — врач анестезиолог-реаниматолог государственного автономного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая больница» (Кемеровская область, г. Кемерово)

2-е место

Марета Юсуповна Оксанова — заведующая отделением анестезиологии-реанимации — врач анестезиолог-реаниматолог государственного учреждения здравоохранения «Ингушская республиканская клиническая больница» (Республика Ингушетия, г. Манас)

3-е место

Елена Владимировна Кузьменко — врач анестезиолог-реаниматолог бюджетного учреждения здравоохранения Орловской области «Ливенская центральная районная больница» (Орловская область, г. Ливны)

ЛУЧШИЙ ВРАЧ ПО ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

1-е место

Алексей Григорьевич Короткевич — заведующий отделением — врач-эндоскопист муниципального бюджетного лечебно-профилактического учреждения «Городская клиническая больница № 29» (Кемеровская область, г. Новокузнецк)

2-е место

Владимир Максимович Черемисин — заведующий отделом лучевой диагностики — врач-рентгенолог Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская Мариинская больница» (г. Санкт-Петербург)

3-е место

Александр Валентинович Полуниин — заведующий отделением функциональной диагностики областного бюджетного учреждения здравоохранения «Курская городская больница № 6» (Курская область, г. Курск)

ЛУЧШИЙ ВРАЧ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

1-е место

Татьяна Юрьевна Юдина — заведующая клинико-диагностической лабораторией — врач клинической лабораторной диагностики краевого государственного бюджетного учреждения «Консультативно-диагностический центр» Министерства здравоохранения Хабаровского края «Вивея» (Хабаровский край, г. Хабаровск)



Наталия Ситцова

2-е место

Татьяна Владиславовна Ефимова — заведующая клинико-диагностической лабораторией — врач-бактериолог государственного автономного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая больница» (Кемеровская область, г. Кемерово)

3-е место

Ольга Ильинична Леонтьева — заведующая клинико-диагностической лабораторией — врач клинической лабораторной диагностики государственного автономного учреждения здравоохранения Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи» (Республика Татарстан, г. Набережные Челны)

ЛУЧШИЙ НЕВРОЛОГ

1-е место

Любовь Борисовна Бессонова — заведующая психоневрологическим отделением — врач-невролог Санкт-Петербургского государственного учреждения «Детская городская больница Святой Ольги» (г. Санкт-Петербург)

2-е место

Лев Вадимович Брылёв — заведующий неврологическим отделением — врач-невролог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница имени В.М. Буянова Департамента здравоохранения города Москвы» (г. Москва)

3-е место

Елена Викторовна Мальцева — заведующая отделением реабилитации для детей с ДЦП и другими неврологическими заболеваниями — врач-невролог государственного бюджетного учреждения «Курганская детская поликлиника» (Курганская область, г. Курган)

ЛУЧШИЙ НЕОНАТОЛОГ

1-е место

Ирина Вячеславовна Сарбаева — заведующая отделением новорождённых — врач-неонатолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Коми «Ухтинский межтерриториальный родильный дом» (Республика Коми, г. Ухта)

2-е место

Инна Михайловна Данильченко — заведующая отделением для новорождённых — врач-неонатолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская кра-

евая клиническая больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края (Краснодарский край, г. Краснодар)

3-е место

Владимир Геннадьевич Друженьков — врач-неонатолог Пермского краевого перинатального центра государственного бюджетного учреждения здравоохранения Пермского края «Ордена «Знак Почёта» Пермская краевая клиническая больница» (Пермский край, г. Пермь)

ЛУЧШИЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ

1-е место

Эрдэм Гармаевич Батуев — заведующий отделением — врач-оториноларинголог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская больница № 5» (Республика Бурятия, г. Улан-Удэ)

2-е место

Владислав Петрович Шпотин — заведующий отделением — врач-оториноларинголог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Александро-Мариинская областная клиническая больница» (Астраханская область, г. Астрахань)

3-е место

Валентина Степановна Игошина — врач-оториноларинголог государственного автономного учреждения здравоохранения Московской области «Дубненская городская больница» (Московская область, г. Дубна)

ЛУЧШИЙ ПЕДИАТР

1-е место

Анжелика Михайловна Жилочкина — врач-педиатр государственного казённого учреждения здравоохранения «Рязанский дом ребёнка» (Рязанская область, г. Рязань)

2-е место

Наталья Ивановна Максимова — заведующая детским отделением — врач-педиатр муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Крапивинская центральная районная больница» (Кемеровская область, пгт Зеленогорский)

3-е место

Галина Евгеньевна Игнатъева — врач-педиатр областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Монастырщинская центральная районная больница» (Смоленская область, пгт Монастырщина)

ЛУЧШИЙ ПСИХИАТР

1-е место

Наталья Рифовна Тулбаева — заместитель главного врача, врач-психиатр государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1» (Республика Башкортостан, г. Уфа)

2-е место

Игорь Яковлевич Абсушин — заведующий отделением — врач-психиатр государственного казённого учреждения здравоохранения «Сахалинская областная психиатрическая больница» (Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск)

3-е место

Артём Александрович Резаков — заведующий психоневрологическим дневным реабилитационным стационаром Санкт-Петербургского государственного казённого учрежде-

ния здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» (г. Санкт-Петербург)

ЛУЧШИЙ ТЕРАПЕВТ

1-е место

Виктор Юрьевич Лузин — заведующий терапевтическим отделением № 2 — врач-терапевт клиники государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Республика Башкортостан, г. Уфа)

2-е место

Елена Владимировна Прокопенко — врач-терапевт поликлиники федерального казённого учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Псковской области» (Псковская область)

3-е место

Марина Сергеевна Глонти — начальник терапевтического отделения филиала № 3 (32 ЦВМКГ) федерального казённого государственного учреждения «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации (г. Москва)

ЛУЧШИЙ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР

1-е место

Елена Николаевна Бычкова — врач-педиатр участковый муниципальный бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская больница» (Кемеровская область, г. Прокопьевск)

2-е место

Виктория Александровна Шилкова — врач-педиатр участковый педиатрического отделения № 1 областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская детская поликлиника № 3» (Белгородская область, г. Старый Оскол)

3-е место

Елена Борисовна Антропова — врач-педиатр участковый Тамбовского областного государственного бюджетного учреждения «Городская детская поликлиника имени Валерия Ковалева г. Тамбова» (Тамбовская область, г. Тамбов)

ЛУЧШИЙ УЧАСТКОВЫЙ ТЕРАПЕВТ

1-е место

Людмила Ивановна Болтунова — врач-терапевт участковый государственного областного бюджетного учреждения здравоохранения «Валдайская центральная районная больница» (Новгородская область, г. Валдай)

2-е место

Ольга Анатольевна Короткая — врач-терапевт участковый областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Поликлиника № 6» (Смоленская область, г. Смоленск)

3-е место

Владимир Алексеевич Казимиров — врач-терапевт участковый муниципального бюджетного учреждения здравоохранения Лабинского района «Центральная районная больница» (Краснодарский край, г. Лабинск)

ЛУЧШИЙ ЭНДОКРИНОЛОГ

1-е место

Юлия Михайловна Самойлова — профессор кафедры эндокринологии и диабетологии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Томская область, г. Томск)

2-е место

Людмила Адольфовна Капцова — врач-эндокринолог государственного бюджетного учреждения «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края (Краснодарский край, г. Краснодар)

3-е место

Светлана Фёдоровна Балкова — врач-эндокринолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Пермского края «Городская клиническая поликлиника № 5» (Пермский край, г. Пермь)

ЛУЧШИЙ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ

1-е место

Елена Николаевна Зарубина — заведующая центром — врач акушер-гинеколог федерального государственного бюджетного учреждения «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации (г. Москва)

2-е место

Валерий Иванович Бычков — заместитель главного врача по акушерству и гинекологии бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 10» (Воронежская область, г. Воронеж)

3-е место

Наталья Вячеславовна Яковлева — заведующая отделением гинекологии — врач акушер-гинеколог государственного автономного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Областной клинический центр охраны здоровья шахтёров» (Кемеровская область, г. Ленинск-Кузнецкий)

ЛУЧШИЙ ВОЕННЫЙ ВРАЧ

1-е место

Михаил Юрьевич Ханин — главный медицинский специалист (травматолог) Военно-медицинского управления ФСБ России (г. Москва)

2-е место

Леонид Карлович Брижань — начальник центра (травматологии и ортопедии) — главный травматолог федерального государственного казённого учреждения «Главный военный клинический госпиталь имени Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации (г. Москва)

3-е место

Виктор Николаевич Сушицкий — начальник терапевтического отделения Главного военного клинического госпиталя внутренних войск Министерства внутренних дел Российской Федерации (г. Москва)



Наталья Ситцова

ЛУЧШИЙ ВРАЧ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1-е место

Елена Леонидовна Белезяк — врач-физиотерапевт краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона» (Красноярский край, г. Красноярск)

2-е место

Елена Юрьевна Жук — врач-физиотерапевт государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середякина» (Самарская область, г. Самара)

3-е место

Евгения Валентиновна Рябко — заведующая отделением физических методов лечения — врач-физиотерапевт федерального бюджетного учреждения науки «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Свердловская область, г. Екатеринбург)

ЛУЧШИЙ ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ)

1-е место

Алевтина Владимировна Пашилова — врач общей практики (семейный врач) государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Плесецкая центральная районная больница» Обозерский филиал № 2 (Архангельская область, п. Плесецк)

2-е место

Людмила Сергеевна Копачева — врач общей практики (семейный врач) Яблоничкой амбулатории государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ленинградской области «Волосовская межрайонная больница» (Ленинградская область, пос. Курск)

3-е место

Раиса Юсуповна Турсунова — врач общей практики (семейный врач) Девицкой амбулатории бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Семилукская районная больница имени А.В. Гончарова» (Воронежская область, с. Девица)

ЛУЧШИЙ ИНФЕКЦИОНИСТ

1-е место

Наиля Гарифовна Фазылова — заведующая взрослым диагностическим отделением — врач-инфекционист му-



Наталья Ситникова

ниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Городская инфекционная больница» (Кемеровская область, г. Прокопьевск)

2-е место

Светлана Петровна Хозяинова — заведующая кожно-венерологическим диспансерным отделением — врач-дерматовенеролог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Коми «Ухтинская городская поликлиника» (Республика Коми, г. Ухта)

3-е место

Наталья Николаевна Софронова — врач-инфекционист государственного казённого учреждения здравоохранения «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (Пермский край, г. Пермь)

ЛУЧШИЙ КАРДИОЛОГ

1-е место

Юлия Владимировна Шилко — заведующая отделением неотложной кардиологии — врач-кардиолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая больница № 1» (Свердловская область, г. Екатеринбург)

2-е место

Аэлига Марселевна Губаева — заведующая кардиологическим отделением № 2 — врач-кардиолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Башкортостан «Городская клиническая больница № 13» (Республика Башкортостан, г. Уфа)

3-е место

Роберт Михайлович Рабинович — заведующий кардиологическим отделением с палатой реанимации и интенсивной терапии — врач-кардиолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тверской области «Областная клиническая больница» (Тверская область, г. Тверь)

ЛУЧШИЙ ОНКОЛОГ

1-е место

Вячеслав Михайлович Самойленко — главный медицинский специалист (онколог) Военно-медицинского управления ФСБ России (г. Москва)

2-е место

Александр Евгеньевич Вицын — заведующий онкологическим отделением № 5 — врач-онколог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской

области «Городская клиническая больница № 1» (Новосибирская область, г. Новосибирск)

3-е место

Роман Алексеевич Мурашко — заместитель главного врача по хирургической помощи государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Клинический онкологический диспансер № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края (Краснодарский край, г. Краснодар)

ЛУЧШИЙ ОФТАЛЬМОЛОГ

1-е место

Наталья Ивановна Гончаренко — врач-офтальмолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт — краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края (Краснодарский край, г. Краснодар)

2-е место

Юрий Владимирович Порицкий — ассистент кафедры офтальмологии Федерального государственного казённого военного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации (г. Санкт-Петербург)

3-е место

Татьяна Константиновна Дроздик — заведующая офтальмологическим отделением дневного пребывания № 3 — врач-офтальмолог краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница имени профессора П.Г. Макарова» (Красноярский край, г. Красноярск)

ЛУЧШИЙ РУКОВОДИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1-е место

Константин Анастасович Офлиди — главный врач областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая больница № 4» Министерства здравоохранения Краснодарского края (Краснодарский край, г. Сочи)

2-е место

Марина Михайловна Генералова — заведующая консультативной поликлиникой государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина» (Самарская область, г. Самара)

3-е место

Геннадий Франкович Ракицкий — главный врач бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая психиатрическая больница» (Хабаровский край, г. Хабаровск)

ЛУЧШИЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ

1-е место

Максим Константинович Кузмичёв — заведующий радиологической лабораторией — врач по общей гигиене федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области» (Воронежская область, г. Воронеж)

2-е место

Людмила Александровна Глебова — заведующая отделением социально-гигиенического мониторинга — врач-эпидемиолог федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Кемеровской области» (Кемеровская область, г. Кемерово)

3-е место

Резеда Фанисовна Сафина — врач-эпидемиолог федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан» (Республика Татарстан, г. Казань)

ЛУЧШИЙ СЕЛЬСКИЙ ВРАЧ

1-е место

Ирина Борисовна Триканова — врач-педиатр участковый государственного бюджетного учреждения здравоохранения Рязанской области «Касимовская центральная районная больница» (Рязанская область, р.п. Гусь-Железный)

2-е место

Вячеслав Сергеевич Рабжинов — заведующий хирургическим отделением — врач-хирург государственного учреждения здравоохранения «Дульдургинская центральная районная больница» (Забайкальский край, с. Дульдурга)

3-е место

Ирина Николаевна Клочкова — врач общей практики (семейный врач) бюджетного учреждения «Нижнесортимская участковая больница» (Ханты-Мансийский автономный округ — Югра, п. Нижнесортимский)

ЛУЧШИЙ ТРАВМАТОЛОГ-ОРТОПЕД

1-е место

Эдуард Иванович Солод — врач травматолог-ортопед федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва)

2-е место

Игорь Вадимович Басанкин — заведующий нейрохирургическим отделением № 3 — врач травматолог-ортопед государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт — Краевая клиническая больница № 1 имени проф. С.В. Очаповского» (Краснодарский край, г. Краснодар)

3-е место

Сергей Владимирович Михайлов — старший преподаватель кафедры травматологии и ортопедии федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации (г. Санкт-Петербург)

ЛУЧШИЙ ФТИЗИАТР

1-е место

Валентина Вячеславовна Охтяркина — заместитель главного врача по медицинской части государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический противотуберкулёзный диспансер» (Челябинская область, г. Челябинск)



Наталья Ситова

2-е место

Светлана Васильевна Горло — заведующая туберкулезным лёгочно-терапевтическим отделением № 4 — врач-фтизиатр краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой противотуберкулёзный диспансер № 1» (Красноярский край, г. Красноярск)

3-е место

Елена Юрьевна Стасько — врач-фтизиатр государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной противотуберкулёзный диспансер» (Пензенская область, г. Пенза)

ЛУЧШИЙ ХИРУРГ

1-е место

Виталий Давидович Кривощёков — заведующий нейрохирургическим отделением стационара — врач-нейрохирург государственного бюджетного учреждения здравоохранения Пермского края «Ордена «Знак Почёта» Пермская краевая клиническая больница» (Пермский край, г. Пермь)

2-е место

Сергей Владимирович Аменицкий — врач-уролог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница Калининградской области» (Калининградская область, г. Калининград)

3-е место

Татьяна Анатольевна Пиминова — врач-хирург государственного автономного учреждения здравоохранения «Кемеровская областная клиническая больница» (Кемеровская область, г. Кемерово)

ЛУЧШИЙ ЭКСПЕРТ

1-е место

Максим Викторович Брескун — врач судебно-медицинский эксперт государственного бюджетного учреждения здравоохранения Кемеровской области особого типа «Кемеровское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы» (Кемеровская область, г. Кемерово)

2-е место

Алексей Евгеньевич Пастернак — заведующий патологоанатомическим отделением (детской патологии) — врач-патологоанатом государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинское областное патологоанатомическое бюро» (Челябинская область, г. Челябинск)

3-е место

Евгений Васильевич Москвичёв — заведующий патологоанатомическим отделением — врач-патологоанатом бюджетного учреждения «Республиканский клинический онкологический диспансер» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (Чувашская Республика, г. Чебоксары)

ЛУЧШИЙ СТОМАТОЛОГ

1-е место

Ирина Николаевна Гулящук — врач стоматолог-терапевт стоматологической клиники краевого государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края (Хабаровский край, г. Хабаровск)

2-е место

Татьяна Теодоровна Якушева — врач-стоматолог детский краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1» (Красноярский край, г. Красноярск)

3-е место

Оксана Константиновна Гонца — врач стоматолог-терапевт областного государственного автономного учреждения здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 1 города Белгорода» (Белгородская область, г. Белгород)

ЛУЧШИЙ ВРАЧ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1-е место

Малика Акпаровна Ким — врач скорой медицинской помощи областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи города Белгорода» (Белгородская область, г. Белгород)

2-е место

Маргарита Николаевна Давыдова — врач скорой медицинской помощи бюджетного учреждения «Республиканская станция скорой медицинской помощи» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (Чувашская Республика, г. Чебоксары)

3-е место

Алексей Альбертович Гнедаш — врач скорой медицинской помощи краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская станция скорой медицинской помощи» (Красноярский край, г. Красноярск)

СПЕЦИАЛЬНАЯ НОМИНАЦИЯ

1-е место

Магомед Курбанович Абдулжалилов — заведующий хирургическим отделением — врач-хирург Республиканской больницы № 2 — ЦСЭМП (Республика Дагестан, г. Махачкала)

2-е место

Наиль Айратович Давлетшин — заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии — врач челюстно-лицевой хирург государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Республиканская детская клиническая больница» (Республика Башкортостан, Уфа)

3-е место

Михаил Фёдорович Заривчацкий — заведующий кафедрой факультетской хирургии № 2 с курсом гематологии

и трансфузиологии факультета дополнительного профессионального образования государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Пермский край, г. Пермь)

ПОБЕДИТЕЛИ ВСЕРОССИЙСКОГО КОНКУРСА «ЛУЧШИЙ СПЕЦИАЛИСТ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ»

ЛУЧШИЙ ФЕЛЬДШЕР

1-е место

Надежда Гавриловна Басова — фельдшер государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Нижегородский областной центр крови имени Н.Я. Климовой» (Нижегородская область, г. Выкса)

2-е место

Ирина Петровна Гольцман — фельдшер скорой медицинской помощи бюджетного учреждения здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Нижевартовская городская станция скорой медицинской помощи» (Ханты-Мансийский автономный округ — Югра, г. Нижневартовск)

3-е место

Пётр Тимофеевич Матюшкин — заведующий отделением скорой медицинской помощи областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Нижеудинская районная больница» (Иркутская область, г. Нижнеудинск)

ЛУЧШАЯ АКУШЕРКА

1-е место

Ирина Николаевна Тарасенко — акушерка Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Родильный дом № 13» (г. Санкт-Петербург)

2-е место

Гулина Завдятовна Шатобалова — акушерка государственного автономного учреждения здравоохранения «Альметьевская детская городская больница с перинатальным центром» (Республика Татарстан, г. Альметьевск)

3-е место

Ольга Владиславовна Ларина — акушерка государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Дмитровская городская больница» (Московская область, г. Дмитров)

ЛУЧШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА

1-е место

Людмила Витальевна Мышкина — медицинская сестра палатная Кировского областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кировская областная клиническая больница» (Кировская область, г. Киров)

2-е место

Альбина Иршатовна Васюченко — медицинская сестра-анестезист федерального государственного казённого учреждения «Главный клинический военный госпиталь Федеральной службы безопасности Российской Федерации»

3-е место

Алевтина Сатулбалдиевна Аймуханова — заведующая фельдшерско-акушерским пунктом — медицинская сестра государственного учреждения здравоохранения Астраханской области «Володарская районная больница» (Астраханская область, с. Красное)

ЛУЧШАЯ УЧАСТКОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА

1-е место

Наталья Вячеславовна Бондарева — медицинская сестра участковая государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Башкортостан «Белебеевская центральная районная больница» (Республика Башкортостан, г. Белебей)

2-е место

Елена Григорьевна Заика — медицинская сестра участковая краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центральная районная больница с. Родино» (Алтайский край, с. Родино)

3-е место

Валентина Алексеевна Серко — медицинская сестра участковая государственного бюджетного учреждения здравоохранения Камчатского края «Вилючинская городская больница» (Камчатский край, г. Вилючинск)

ЛУЧШАЯ СТАРШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА

1-е место

Галина Николаевна Тропина — старшая медицинская сестра государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» (Свердловская область, г. Екатеринбург)

2-е место

Светлана Владимировна Иноземцева — старшая медицинская сестра диспансерного отделения государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер» (Самарская область, г. Самара)

3-е место

Асият Борисовна Джанибекова — старшая операционная медицинская сестра детского отоларингологического отделения республиканского государственного бюджетного лечебно-профилактического учреждения «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница» (Карачаево-Черкесская Республика, г. Черкесск)

ЛУЧШИЙ ЛАБОРАНТ

1-е место

Татьяна Юрьевна Устюкова — фельдшер-лаборант государственного бюджетного учреждения Рязанской области «Областная клиническая больница» (Рязанская область, г. Рязань)

2-е место

Наталья Михайловна Чемезова — фельдшер-лаборант краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» (Хабаровский край, г. Хабаровск)

3-е место



Наталья Климова

Людмила Леонидовна Галкина — фельдшер-лаборант государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Ильинская центральная районная больница» (Архангельская область, с. Ильинско-Подомское)

ЛУЧШИЙ ФАРМАЦЕВТ

1-е место

Людмила Евгеньевна Андреева — старший фармацевт государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Пензенская областная офтальмологическая больница» (г. Пенза)

2-е место

Елена Васильевна Шуваева — фармацевт аптеки фармацевтического центра федерального государственного бюджетного военного учреждения высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации (г. Санкт-Петербург)

3-е место

Татьяна Митрофановна Демахина — фармацевт областного государственного унитарного предприятия «Липецкфармация» — аптека № 119 (Липецкая область, г. Липецк)

«ЗА ВЕРНОСТЬ ПРОФЕССИИ»

1-е место

Светлана Прокопьевна Мамедова — заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом государственного учреждения здравоохранения «Забайкальский краевой онкологический диспансер» (Забайкальский край, г. Чита)

2-е место

Валентина Павловна Ракитина — старшая медицинская сестра федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Минздрава России, г. Калининград

3-е место

Елена Борисовна Яброва — старшая медицинская сестра федерального казённого учреждения «Главный военный клинический госпиталь Внутренних войск Министерства внутренних дел Российской Федерации» (г. Москва) ■



Алексей Хрипун, руководитель Департамента здравоохранения г. Москвы



Владимир Зеленский, директор МГФОМС

МОСКВА — СТОЛИЦА ЗДОРОВЬЯ

— Взаимодействие двух ведомств, Фонда и Департамента здравоохранения, отличается беспрецедентным уровнем синергизма по самым разным ключевым вопросам, — отметил председатель Правления МГФОМС, министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы **Алексей Хрипун**. — В планировании и контроле объёмов медицинской помощи произошли существенные изменения. В том числе остались в прошлом обращения в Фонд с просьбой выделить дополнительные ресурсы, что свидетельствует о качественном планировании объёмов медицинской помощи в 2016 году. Очень важно помнить, что для того, чтобы объёмы перераспределить, их нужно у кого-то отнять. И процесс этот очень сложный, особенно с учётом тех процессов реорганизации и модернизации, которые мы переживали и ещё в какой-то степени продолжаем переживать. Поэтому контроль выполнения объёмов — это очень серьёзная работа каждого руководителя медицинской организации и двух ведомств.

За последние два года тарифы на стационарную медицинскую помощь

Второе расширенное заседание Правления МГФОМС: изменения должны происходить одновременно, комплексно, интегрированно

■ Светлана Лыбина

В Москве состоялось Второе расширенное заседание Правления МГФОМС. Участники мероприятия обсудили вопросы внедрения новых финансовых инструментов для мотивации поликлиник для повышения качества медицинской помощи, оказываемой прикреплённому населению; запуск новой экспертной системы контроля стоматологической помощи в 2017 году; первые итоги работы Личного кабинета застрахованных по ОМС.

увеличились почти на 30%, и примерно на такую же долю увеличился «подушевик». Говоря о тарифах, хочу подчеркнуть, что та огромная работа, которую проделал Фонд вместе с Департаментом здравоохранения и вместе с вами, руководителями медицинских организаций, по определению тех видов стационарной медицинской помощи, которые недофинансированы и явно требуют более высоких тарифов, привела к тому, что сегодня объёмы этой помощи очень хорошо сбалансированы с тарифами. Это значит, что мы с вами очень правильно определили перечень этих тарифов и адекватно определили их стоимость.

То же самое происходит и в подушевом финансировании амбулаторной помощи, которое является на сегодняшний день единственно правильным, на наш взгляд, способом оплаты этой медицинской помощи. С учётом того, что размер подушевого финансирования амбулаторной помощи увеличился, что Фонд вместе с Департаментом здравоохранения и вместе с Департаментом информационных технологий навёл относительный порядок в реестре и в структуре прикреплённых пациентов, мы полностью ушли от необходимости некоторыми руководителями медицинских организаций накачивать счета фактуры за счёт ненужных, а ещё, хуже того, липовых услуг.

В течение последних лет те решения, которые сейчас принимаются по 2017 году, отмечены погружением в ОМС некоторых видов помощи, которые всегда финансировались из бюджета Правительства Москвы. Начали мы с акушерской помощи, потом погрузили онкологию, диализ, сейчас принимается решение о том, что с нового года в ОМС погружаются инфекционные болезни и травматология. Я хочу подчеркнуть, что каждое такое решение и каждый такой процесс непростой в управленческом отношении. Он сопровождался передачей бюджетных денег в виде трансфертов в Фонд, и поэтому уровень финансирования этих видов помощи не снижался, а увеличивался. Правительство Москвы продолжает поддерживать трансфертами некоторые виды медицинской помощи, например скорую помощь. И будет продолжать это делать. Таким образом, консолидированный бюджет отрасли в Москве постоянно растёт.

Большая работа, которая ведётся на протяжении последних лет, — это информационное взаимодействие. Я имею в виду развитие единой медицинской информационной системы, в том числе реестра, касающегося персонифицированного учёта оказанных услуг и развития информационной системы самого фонда. Мы находимся накануне перехода в новую информа-

ционную систему ОМС, которая предполагает интеграцию всей единой медицинской информационной системы, — и в этом гарантия будущего успеха. То, что сегодня главные врачи некоторых медицинских организаций не заводят в систему ОМС некоторые услуги, мешает планированию работы, контролю, и поэтому новая информационная система ОМС, безусловно, востребована. Другое дело, что принципиальное решение о переходе к новой системе будет приниматься при абсолютной готовности этого сегмента к работе в нём. Уже сегодня несколько медицинских организаций работают в пилотном режиме, с тем чтобы отработать все имеющиеся на сегодняшний день трудности в работе этой системы.

В сфере информационного взаимодействия Департамента здравоохранения и Фонда в 2017 году предстоит провести большой сегмент работы, который предполагает интеграцию двух систем — ЕМИАС и АИС ОМС.

Подрастёт «подушевик» в оплате амбулаторной медицинской помощи, что позволит совместно с ОМС заниматься реальным контролем качества оказываемой в поликлиниках медицинской помощи.

Что касается стационарной помощи, то вы знаете, что мы проделали большой путь: изменился коечный фонд, изменилась структура стационарной медицинской помощи, развиваются новые направления, например стационар кратковременного пребывания. Мы очень внимательно следим за использованием коечного фонда. Эта сложная работа требует продолжения в части регулирования её объемов и проведения правильной тарифной политики, что и будет продолжаться в 2017 году.

Ещё одно очень важное обстоятельство — это постоянный приток иногородних граждан в Москву для получения прежде всего стационарной и специализированной медицинской помощи. Вслед за иногородними пациентами, застрахованными по ОМС, в Москву, в наш с вами бюджет, идут дополнительные деньги. Поэтому на сегодняшний день не существует абсолютно никаких ограничений в приёме иногородних больных и оказания им медицинской помощи.

Нужно быть лишь аккуратней в части ВМП, финансируемой из фонда, потому что здесь мы вступаем в зону возможного конфликта с региональными фондами. Это реальный и правильный источник дополнительного финансирования. Москва, по сути, превратилась и в столицу здоровья. Поэтому мы будем помогать медицинским организациям регулировать эту работу.

ВАЖНО НЕ КОЛИЧЕСТВО, А КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Директор Фонда **Владимир Зеленский** в своём выступлении затронул ряд основных вопросов, которые предстоит решить в ближайшее время.

— По состоянию на 1 ноября этого года в системе ОМС Москвы зарегистрированы и застрахованы 12,043 млн человек, которые получают медицинскую помощь в 407 медицинских организациях различной формы собственности. В течение года наши застрахованные посещают поликлиники более 80 млн раз, 2,5 млн раз к ним выезжает скорая медицинская помощь и почти 2 млн раз оказывается неотложная медицинская помощь, в год осуществляется 1 млн 700 тыс. госпитализаций.

В 2015 году на оплату медицинской помощи было направлено порядка 150 млрд рублей. В 2016 году за 9 месяцев направлено уже 125 млрд рублей. И в 2017 году на оплату медицинской помощи из бюджета МГФОМС планируется направить более 200 млрд рублей.

Стоимость медицинской помощи возрастает, при этом доля расходов на стационарную медицинскую по-

мощь возрастает с 40 до 45 % от общих расходов системы ОМС. То есть расходы на стационарную помощь растут в системе ОМС Москвы большими темпами, чем расходы на амбулаторную медицинскую помощь. С чем это может быть связано? Давайте проанализируем деятельность поликлиник, которые работают в системе ОМС Москвы. С осени 2013 года финансирование поликлиник осуществляется по подушевому принципу. Это призвано мотивировать поликлиники конкурировать за прикрепленных граждан, а не наращивать количество оказываемых услуг. Начиная с 2013 года фактическая стоимость одного обращения выросла более чем в 2,5 раза — с 831 рубля до почти 2150 рублей. По состоянию на 1 октября 2016 года к поликлиникам, которые участвуют в подушевом финансировании, дополнительно прикрепилось 218 тыс. человек, объём подушевого финансирования увеличился на 14% за год.

Важный показатель, который берётся во внимание при оценке Министерством здравоохранения РФ, — это смертность прикрепленного населения в трудоспособном возрасте. В 2015 году по городским поликлиникам этот показатель составил 17,7 тыс. человек, на тысячу прикрепленных трудоспособных коэффициент смертности составил 3,21. В тринадцать поликлиник этот показатель выше, чем в среднем по городу. Прямой связи между численностью прикрепленного населения не наблюдается, но есть одна серьёзная взаимосвязь: из этих тринадцати поликлиник в пяти пока-



затель неплановой госпитализации по нехирургическим профилям значительно выше, чем в среднем по городу. Можно сделать вывод о низком качестве работы с прикрепленным населением. Второй показатель, на который стоит обратить внимание в оценке деятельности поликлиник, — это общий показатель доли неплановых госпитализаций. В девяти поликлиниках показатель выше среднегородских. Критерий доли неплановых госпитализаций должен стать управляемым — нужно работать с диспансерными группами и минимизировать количество неплановых госпитализаций.

Основной задачей для финансирования первичной медико-санитарной помощи на 2017 год должна стать мотивация к работе поликлиник с прикрепленным населением. В первую очередь контроль за диспансерными группами, недопущение обострений хронических заболеваний. Для этого в 2017 году мы будем внедрять механизм, сходный с механизмом фондодержания, когда поликлиника из своего подушевого норматива будет оплачивать определённую часть стоимости госпитализации. Очевидно, что внедрить в полном объёме систему фондодержания будет чрезвычайно тяжело, поэтому на первом этапе мы будем сосредотачиваться на госпитализациях хронических пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями дыхательных путей и эндокринологическими заболеваниями. И в случае госпитализации скорой помощью таких пациентов по причинам обострения этих заболеваний поликлиники будут из своего подушевого финансирования оплачивать часть стоимости госпитализации такого пациента.

Для нас важно не количество, а качество медицинской помощи. Именно на это направлена работа личного кабинета застрахованного, который был открыт в сентябре 2015 года. С момента открытия личного кабинета им пользуются порядка 50 тыс. человек. По тем услугам, которые были включены в счета 2015 года, почти 40 тысяч услуг были отмечены как неоказанные. По каждому факту обращения гражданина были проведены страховыми компаниями или Фондом экспертизы с проверкой медицинской документации.

На втором месте по количеству сообщений о неоказанных услугах были стоматологические амбулаторные услуги. Для того чтобы оптимизировать расходы на стоматологическую помощь и сократить вероятность включения в счета услуг, которые не были оказаны, принято решение о переводе стоматологической помощи на подушевое финансирование начиная с января 2017 года.

Основной задачей Фонда на 2017 год является увязка всех уровней оказания медицинской помощи и поиск того самого оптимального баланса между качеством и доступностью, деньгами, которые у нас есть в бюджете, и теми объёмами медицинской помощи, которые мы оказываем.

Страховыми компаниями за 9 месяцев 2016 года было выявлено 1 млн нарушений, где на первом месте — фальсификация медицинской документации, на втором — дефекты оформления первичной медицинской документации.

Для того чтобы повысить эффективность контроля качества медицинской помощи, Фондом начат проект по созданию экспертной системы, которая позволит на основании данных персонализированного учёта, накопленных за многие годы Фондом, определять потенциальные зоны риска, на которые надо обращать внимание при проведении проверок. Система будет основываться на правилах, по которым будут отбираться так называемые «подозрительные случаи оказания медицинской помощи», требующие перепроверки.

Я хочу указать основные нарушения, с которыми мы сталкиваемся со стороны страховых компаний, которые были нами обнаружены при проведении проверок. В первую очередь, это качество работы с застрахованными, защита прав застрахованных. Это нарушения, связанные со сроками рассмотрения жалоб, невыполнение в срок экспертиз, проведение экспертиз с нарушениями требований к экспертам. Общая сумма штрафов по таким нарушениям составила почти 200 млн в 2015 году и 86 — в 2016 году.

Значительно снизилось количество нарушений по объёмам медицинской экспертизы.

Отдельно остановлюсь на взаимодействии страховых компаний с застрахованными. Яркий показатель, который характеризует, что работа с застрахованными в должной мере не проводится, — это количество граждан, которые с 2011 года не поменяли свои полисы на полисы единого образца. Таких застрахованных у нас 7 млн 238 тыс. человек при общем количестве застрахованных 13 млн человек. Пользуясь случаем, хочу обратиться к членам Правления — депутатам Московской городской думы с просьбой о разработке и внесении в Госдуму законодательного проекта о прекращении действия полисов старого образца.

В 2017 году нам предстоит ещё один этап развития системы ОМС, связанный с качеством работы всех участников: и Фонда, и медицинских организаций, и страховых медицинских организаций.

ДРАЙВЕР РАЗВИТИЯ ИНСТИТУТА СТРАХОВАНИЯ



Тему продолжил президент Межрегионального союза медицинских страховщиков **Дмитрий Кузнецов**.

— Несмотря на непростые условия развития отечественной экономики, со стороны Банка России есть чёткое убеждение в том, что медицинское страхование является одним из драйверов развития института страхования. Изменения, происходящие в последний год, касаются построения пациенто-ориентированной модели отечественного здравоохранения, и мы, безусловно, поддерживаем данный вектор.

Среди новаций, которые запланированы, — внедрение института страховых представителей. Это логистическая система, позволяющая построить

взаимоотношения страховой организации, медицинской организации, гражданина, территориального фонда и органов управления здравоохранением и контролирующих органов, в том числе Росздравнадзора, по единому принципу, чтобы все элементы на разных территориях работали одинаково, чтобы человек, позвонив по одному телефону, получил ответы на все интересующие его вопросы.

По поводу экспертизы хочу заметить, что её качество зависит не только от деятельности непосредственно страховой медицинской организации, поскольку врач-эксперт находится в независимом положении. Чтобы качество работы экспертов улучшалось, необходимо провести рейтингование врачей-экспертов, а также провести пересмотр нормативов экспертиз. Тот диалог, который начат при непосредственном участии Владимира Анатольевича, создавшего экспертный совет, тот диалог, который уже существует между страховым сообществом и Федеральным фондом ОМС при участии Министерства здравоохранения, позволит постепенно проводить те коррективы нормативных актов, которые необходимы для усиления системы экспертизы.



Заместитель председателя Федерального фонда ОМС **Елена Сучкова** отметила, что сегодня система ОМС претерпевает очередные изменения и инновации, направленные на создание и развитие пациенто-ориентированной модели. Это та задача, которая будет решаться в ближайшее время. Наша медицина должна быть доступной и качественной для каждого пациента нашей страны.

Представитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения **Никита Матыцин** сделал акцент на значении своевременного и оперативного обмена данными между двумя



ведомствами, а также на необходимости внедрения в практику риск-ориентированного подхода к осуществлению государственного контроля, представляющего собой метод организации и осуществления государственного контроля, который реализует отнесение деятельности конкретного юридического лица и индивидуального предпринимателя к определённой категории риска. На её основании определяется интенсивность проверок в отношении конкретного юридического лица.

ГЛАВНЫЕ АСПЕКТЫ

Итог работы конференции подвёл **Алексей Хрипун**.

— В докладе Владимира Анатольевича ключевым моментом был тезис о том, что в московском здравоохранении развитие всех видов медицинской помощи должно происходить одновременно, комплексно, интегрированно. Это абсолютно правильное утверждение: то, что происходит в наших амбулаторных медицинских организациях, в первичном звене, является самым главным. Прежде всего это работа с хроническими пациентами, которая отражается потом и на деятельности скорой помощи, и на деятельности стационаров, и на медико-демографических показателях.

Основной тренд в виде фондодержания, который обозначил в докладе Владимир Анатольевич, является логичным и правильным, но идти к нему мы будем поэтапно. Для начала мы должны создать такие условия, чтобы руководители медицинских организаций видели не только свой собственный учёт, но и учёт тех услуг, которые оказывают другие медицинские организации, в том числе и скорая, и стационар, в отношении их подопечных.

Мы должны сначала разобраться в горизонтальных расчётах, которые существуют в амбулаторной сети, и сде-

лать этот механизм абсолютно чётким, поскольку именно он будет являться прообразом настоящего фондодержания.

К вопросу интегрированной работы всех видов медицинской помощи: к концу 2017 года у нас появится новый инструмент взаимодействия в виде электронной карты. Бригада скорой помощи, например, выезжая к пациенту, будет иметь на планшетнике всю информацию, содержащуюся в этой карте.

Говоря об интегрированном развитии медицинской помощи, мы планируем в 2017 году переподчинить специализированную амбулаторную помощь, а именно: гинекологическую, травматологическую, онкологическую, неотложную помощь больничным комплексам. Мы будем делать это постепенно, регулируя тарифы на амбулаторные услуги в этих профилях. Таким образом, степень интеграции увеличится.

В условиях одноканального финансирования источник доходов медицинских учреждений один — ОМС. Но, помимо доходов, есть и расходная часть нашей работы. И здесь есть определённые резервы: это и состав, и заработная плата административно-управленческого персонала, и правильность закупочной политики, и штатное расписание, которые претерпели серьёзные изменения.

Санкции страховых компаний должны быть справедливыми, так как иных источников средств у медицинских организаций нет.

В 2017 году будет расти уровень ответственности руководителей и амбулаторных, и стационарных медицинских учреждений.

С учётом ключевого значения роли руководителя медицинской организации мы начинаем сейчас глобальный проект по формированию кадрового резерва, в том числе и руководителей медицинских организаций.

Ещё один проект — формирование статуса «стандартизированный московский врач», предполагающего некий уровень требований, который мы будем предъявлять к врачу, и некие преференции в виде стимулирующих доплат и в отношении карьерного роста, которые мы будем предлагать московскому врачу, если он этому уровню отвечает. ■

КДЦ № 4: новые принципы работы максимально комфортны для наших пациентов и открывают широкие возможности лечения

■ Марина Лепина

Клинико-диагностический центр № 4 занимал в Западном округе лидирующие позиции в плане клинико-диагностической деятельности, сегодня он продолжает внедрять самые современные методы и инновации в процессы лечения и обследования пациентов. О том, как реализуются эти цели, рассказывает главный врач КДЦ № 4 Ирина Буславская.

— Ирина Олеговна, ваш центр в рамках проходящей оптимизации работы медучреждений постарался сохранить узких специалистов и поддержать их работу, изыскав дополнительные возможности, в том числе использование высоких технологий. Особое внимание вы уделяете борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Расскажите, что нового в этом ключе предлагает ваше кардиологическое отделение?

— Одна из целей, поставленных сегодня перед столичным здравоохранением, — снижение уровня сердечно-сосудистых заболеваний. Одно из приоритетных направлений на ближайшие годы — снижение смертности от тромбоэмболических инсультов.

Инсульт не самостоятельное заболевание, это всегда осложнение. Одной из важнейших причин развития ишемического тромбоэмболического инсульта, часто с фатальным исходом, является мерцание предсердий, приводящее к тромбоэмболическим осложнениям.

Для профилактики таких осложнений в нашем кардиологическом отделении проводится отбор пациентов, которым необходима антикоагулянтная терапия с помощью варфарина как золотого стандарта лечения подобных состояний под контролем МНО (международного нормализованного отношения), являющегося мерой безопасности и эффективности контроля назначения варфарина. Также для профилактики тромбоэмболических осложнений сегодня используются и новые оральные

антикоагулянты под контролем уровня креатинина крови и расчёта скорости клубочковой фильтрации. Это крайне важные показатели оценки свёртываемости крови и безопасности назначения антикоагулянтов. При достижении целевых уровней МНО терапия может считаться эффективной, и это прекрасный способ борьбы с тромбоэмболическими инсультами, которые сегодня составляют 25% от общего числа заболеваний.

Внедрению этого проекта предшествовала серьёзная коллективная работа. По всем филиалам мы составили план взаимодействия между терапевтами, кардиологами и неврологами, а также составили регистр пациентов с мерцанием предсердий.

Огромную помощь оказал аритмологический кабинет, созданный два года назад на базе нашего центра. Мы организовали оперативную передачу лабораторных данных в филиалы, чтобы это было максимально быстро. Это важно. Наша лабораторная служба также была реорганизована, мы создали трёхуровневую систему работы с результатами анализов. Для оперативности проведения анализа наш центр приобрёл аппарат Sysmex CA-560.

— В чём важность антикоагулянтной терапии?

— Среди причин сердечно-сосудистых осложнений на одном из первых мест стоит инсульт. Пациенты погибают от ишемических и геморрагических инсультов. Причиной ишемического инсульта становится фибрилляция (мерцание) предсердий, неконтролируемая



ДОСЬЕ

Ирина Олеговна Буславская — главный врач ГБУЗ «Клинико-диагностический центр № 4» ДЗМ.

Врач высшей категории.

Родилась в Москве.

В 1988 году окончила лечебный факультет Второго МГМИ им. Н.И. Пирогова по специальности «лечебное дело». С 1990 года, после окончания ординатуры по специальности «неврология», работала в ГКБ № 67 врачом-неврологом, затем заведовала неврологическим отделением, а также исполняла обязанности заместителя главного врача по клинико-экспертной работе. Продолжая совершенствоваться в профессии, в 1991 году окончила курсы переподготовки по специальностям «иглорефлексотерапия» и «мануальная терапия», в 2004-м прошла курс профессиональной переподготовки по специальности «психотерапия», в 2007-м — по «организации здравоохранения».

В 2006–2011 годах работала в ГКБ № 71: сначала в должности заместителя главного врача по амбулаторно-поликлиническому разделу работ, затем заместителем главного врача по медицинской части. ГБУЗ «Клинико-диагностический центр № 4» ДЗМ возглавила в октябре 2011 года.

и не подвергнутая лечению. Частота развития ишемического инсульта у больных с мерцанием предсердий, не получающих антикоагулянтную терапию, составляет в среднем 4,5% в год и увеличивается с возрастом: в 50–59 лет — 1,5%, в 80–89 — 23,5% (по данным Фреймингемского исследования). В исследовании SPAF частота ишемического инсульта составляет 3,2% в год при пароксизмальной форме и 3,3% — при постоянной. Сейчас в медицине делается акцент в первую очередь на профилактику заболеваний как первичную, так и вторичную, поэтому большое значение приобретает антикоагулянтная терапия.

Для определения показаний для назначения антикоагулянтной терапии существуют шкалы оценки риска тромбоэмболии CHA2DS2-VASc (куда включены такие факторы риска, как систолическая дисфункция левого желудочка, наличие артериальной гипертонии, возраст 65–74 и более 75 лет, наличие сахарного диабета, ранее перенесённые ТИА или ОНМК, ОИМ и женский пол) и оценки риска кровотечений HAS-BLED (артериальная гипертония, нарушения функции почек или печени, инсульт, кровотечения, лабильность МНО, возраст более 65 лет, приём некоторых лекарств и алкоголя) по балльной системе. Если по шкале CHA2DS2-VASc риск более 2 баллов, то таким пациентам показана данная терапия, и если по шкале кровотечений HAS-BLED риск равен 3 и более баллам, то проводится коррекция целевых уровней МНО, а в случае назначения НОАК — применение их более низких доз.

В настоящее время в регистре пациентов с мерцанием предсердий нашего АПЦ находится 697 человек, получающих такую терапию. По Российскому регистру пациентов с мерцанием предсердий оптимальный приём антикоагулянтов осуществляется у 4% больных, в г. Москве в терапевтическом диапазоне находятся 7% пациентов, принимающих непрямые антикоагулянты, данные нашего центра — 18%. Кроме того, у 62% пациентов, принимающих НОАК, осуществляется контроль креатинина крови с расчётом СКФ.

— Как вы работаете с заболеваниями, осложнёнными различными видами нарушений ритма сердца (НРС) и проводимости?

— В структуре нашего кардиологического отделения активно функционирует аритмологический кабинет, ранее существовавший в рамках амбулаторного окружного аритмологического отделения.

Фибрилляция предсердий является наиболее распространённым нарушением ритма, на неё приходится более трети всех госпитализаций больных с аритмиями. Кроме того, она является одной из основных причин ишемического инсульта тромбоэмболического происхождения. Поэтому работа с данной категорией пациентов организована в полном соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению фибрилляции предсердий.

Она включает:

— весь спектр диагностических мероприятий с применением методов функциональной, лабораторной, ультразвуковой диагностики и кардиологических программ компьютерной и магнитно-резонансной томографии;

— отбор пациентов для интервенционного лечения (радиочастотная абляция, имплантация искусственных водителей ритма) с последующим диспансерным наблюдением и лечением;

— лекарственную терапию, направленную либо на удержание ритма, включая медикаментозную кардиоверсию, либо на контроль частоты сердечных сокращений;

— комплекс лечебных мероприятий, направленных на предотвращение осложнений, в том числе профилактику инсульта.

Но фибрилляция предсердий — это только одно из направлений работы отделения аритмологии. Создание отделения, ориентированного на использование современных, в том числе высокотехнологичных, методов лечения, позволило перенести первичную диагностику и определение тактики лечения больных с аритмиями со стационарного на амбулаторно-поликлинический этап оказания медицинской помощи. Период установки окончательного диагноза и определение тактики лечения сокращён до 2–3 суток, длительность пребывания больных в стационаре при операциях РЧА — до 4–5 суток, при имплантации ИВР — до 5–6 суток. Созданный регистр пациентов с аритмиями позволил упорядочить систему

диспансерно-динамического наблюдения, а организация предоперационного обследования пациентов в КДЦ — проводить интервенционное лечение в оптимальные сроки, уменьшить число осложнений, снизить летальность и добиться существенной экономии бюджетных средств.

Одной из приоритетных задач в работе отделения кардиологии является выявление и лечение больных с различными видами НРС и проводимости, в том числе имеющих дополнительные пути проведения, жизнеугрожающие НРС, искусственные водители ритма сердца (последнее касается в основном пожилых людей со слабостью синусового узла). По данным всё того же знаменитого Фреймингемского исследования, 12% всех случаев естественной смерти приходится на внезапную смерть (ВС). В 70% случаев причиной ВС являются различные фатальные НРС. К сожалению, пациентов со сложными видами НРС и проводимости не очень любят терапевты, поскольку не всегда в них могут разобраться и принять правильную стратегию лечения. Поэтому так важно иметь аритмологическое направление в нашем кардиологическом отделении, где подобными пациентами занимаются и знают, как их вести. Ранее подобные пациенты ждали очереди в стационар по несколько месяцев, сейчас мы направляем в кардиохирургические отделения полностью обследованных в нашем центре пациентов для проведения операций радиочастотной абляции (РЧА) аритмогенных очагов, установки постоянных электрокардиостимуляторов (ПЭКС).

Вся предоперационная подготовка, включая проведение ЭКГ, ХМ-ЭКГ, ЭХО-КГ, нагрузочного теста, лабораторной диагностики, проводится в нашем центре, что позволяет минимизировать время нахождения в стационаре. После оперативного лечения пациенты включаются в «Д»-группу НРС с регулярным динамическим наблюдением и дальнейшим проведением коррекции необходимой медикаментозной терапии. Врачи отделения функциональной диагностики центра имеют возможность проверки установленных водителей ритма. По истечении сроков работы батареи ЭКС пациенты направляются в стационар для замены источника



питания ЭКС. Таким образом, пациента наблюдает постоянный врач, мы знаем историю болезни пациентов, и они чувствуют себя комфортно.

«Д»-группа больных с различными видами НРС и проводимости составляет 2073 человека, из них 235 человек после РЧА и 247 — с установленными ПЭКС.

Не могу не отметить и такое направление в работе отделения, как совершенствование лечения больных с различными формами ИБС, направление их на высокотехнологичные виды обследования и лечения, что также помогает снижать смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. За последние три года по АПЦ отмечается снижение смертности от болезней системы кровообращения. Так, согласно Программе столичного здравоохранения на 2012–2016 гг., смертность населения в г. Москве должна составить 576,5 на 100 тыс. населения, наши показатели на конец 2015 г. — 392,2.

— На базе КДЦ № 4 созданы выездные онкологические бригады. Развитие паллиативной помощи получило новый толчок в нашем здравоохранении, и подобная поддержка онкобольных на дому крайне важна. Как организована работа такой бригады?

— Действительно, развитие паллиативной помощи — ещё одно из приоритетных направлений развития здравоохранения в 2016 году.

Каждый из нас рано или поздно сталкивается с проблемой ухода близких. Безнадёжный пациент — тяжёлая нагрузка и на общество, и особенно на родных. Помощь терминальным онкобольным осуществлялась в хосписах. Либо ранее такие больные могли лежать несколько месяцев в терапевтических или неврологических отделениях, это было неэффективно, стационары использовались фактически как социальные койки. Сейчас паллиативная медпомощь оказывается и стационар-

но, и амбулаторно. Основной задачей паллиативной медицинской помощи является облегчение боли и других тягостных проявлений болезни. В нашем центре, помимо кабинета паллиативной медицинской помощи, с этой целью были созданы выездные паллиативные бригады. В состав такой бригады входят врач, медицинская сестра и клинический психолог.

Для пациентов оказалось большой неожиданностью, что о них помнят. Когда человек понимает, что он безнадёжен, но при этом интеллект его не нарушен, нелегко вынести такое испытание. Депрессия, физические страдания, чувство покинутости нередко приводят таких пациентов к суицидальным мыслям и попыткам. И помощь специалиста (клинического психолога, психотерапевта) оказывается бесценной. За первые месяцы работы нашего клинического психолога была выявлена огромная востребованность психосоциальной поддержки.

Кроме выездов, помощь оказывается и посредством телефонных бесед, консультаций, родственники больного приходят в центр на беседу с врачами, с психологом. Очень важно, что работа бригады осуществляется как с самим пациентом, так и с его ближайшим окружением.

Это крайне важное направление нашей работы.

— Вы постарались создать максимальный комфорт для пациентов и внедрили новые принципы в логистику обслуживания клиентов. Как это работает?

— В нашем центре создано консультативно-диагностическое отделение. Мы построили работу по новым принципам: наши доктора не выписывают рецепты, не занимаются больничными листами, а сосредоточены исключительно на консультативно-диагностической работе. Причём время приёма специалиста составляет не менее 20 минут. И что важно,

наши консультанты имеют возможность внеочередного полного по показаниям обследования пациентов в кратчайшие сроки, что значительно минимизирует время постановки диагноза и исключает бессмысленные повторные посещения поликлиник.

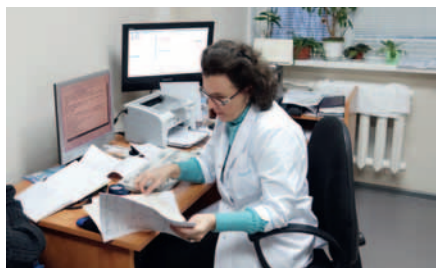
У нас есть полный набор специалистов (колопроктологи, гастроэнтерологи, гинекологи-эндокринологи, пульмонологи, аллергологи, онкологи-маммологи, сосудистые хирурги, урологи, эндокринологи-гинекологи, врач-андролог), эндоскопическое отделение, великолепное отделение функциональной диагностики. Суть работы отделения в том, что человек, пришедший на обследование, должен уйти от нас с диагнозом, установленным быстро, чётко и точно.

— Изменив структуру работы отделения функциональной диагностики, вы тем самым даже составляете конкуренцию стационарам. Какие исследования вы проводите?

— Мы уделяем большое внимание улучшению оснащения подразделений отделения функциональной диагностики первого уровня комплексом диагностической аппаратуры. И при этом оптимизировали кадровый состав с целью повышения доступности, качества и полноты обследования пациентов. Это помогает обеспечить раннее выявление заболеваний.

В штате диагностического отделения 52 сотрудника. Наш приоритет — обеспечить доступность методов диагностики, которые могут замещать лечение в стационаре.

В результате мы изменили структуру исследований. Например, сейчас обследование, кроме рутинной ЭКГ, включает ещё и скрининговую эхокардиографию, суточное мониторирование ЭКГ и АД, нейрофизиологические исследования, ультразвуковую доплерографию сосудов и исследование функции внешнего дыхания (спирометрию).



На втором уровне в системе диагностики центра организовано проведение более сложных исследований, ориентированных на взаимодействие с третьим уровнем. Оборудование, полученное по программе модернизации и приобретённое за счёт внебюджетного финансирования (системы суточного мониторинга ЭКГ и АД, программаторы для проверки и настройки искусственных водителей ритма сердца), позволило выйти на принципиально новый уровень диагностики, обеспечивающий подготовку пациентов к оказанию высокотехнологичной помощи в городских стационарах, что ранее было невозможно.

В структуре исследований второго уровня сложные исследования достигли 87,3%. Это нагрузочные тесты на тредмиле, экспертная эхокардиография, бифункциональное мониторирование ЭКГ и АД; чреспищеводные электрофизиологические исследования; выявление неисправностей в работе имплантированных электрокардиостимуляторов и планирование сроков их замены. В нейрофизиологии — электроэнцефалокардиография и электронейромиография. В пульмонологии — исследование структуры общей ёмкости лёгких и бронхиального сопротивления методом бодиплетизмографии.

Таким образом, благодаря модернизации и оптимизации работы и оснащению новейшим оборудованием мы можем обеспечить диагностическое сопровождение основных направлений, наладив преемственность со стационарными отделениями Москвы. Прекращена необоснованная госпитализация в стационары, снижена продолжительность стационарного лечения до европейского уровня, обеспечено диспансерное наблюдение пациентов, перенёсших высокотехнологичные операции на сердце и проводящей системе.

— **КДЦ № 4 всегда уделял огромное внимание профилактике видов**

женского рака, в частности рака молочной железы. Какие обследования сегодня предлагает пациенткам ваш центр?

— Мы имеем высокотехнологичное и высокопрофессиональное маммологическое отделение. Наши специалисты обладают несколькими сертификатами: онколога, маммолога и УЗИ, что даёт возможность сократить до 1–2 дней полный цикл обследования пациента. Это очень важно, в частности, для выявления раковых образований на самой ранней стадии. В один день мы можем сделать маммографию, УЗИ и биопсию — и через 5–7 дней результат будет готов. Мы занимаемся также состоянием протоков молочных желёз — делаем такие исследования, как токография, индуктография. К сожалению, такие исследования не проводятся в других амбулаторных центрах: чтобы установить точный диагноз, сделать биопсию, женщина должна попасть в онкологический центр или больницу, ждать своей очереди. Наша же задача — максимально упростить и минимизировать для наших пациентов процесс обследования и получения диагноза. В итоге рак молочной железы устойчиво выявляется в центре на первой и второй стадиях. При этом обследование жителей нашего округа проводится по ОМС, то есть бесплатно для пациентов.

— **Эксперты отмечают рост проблем и недугов в сфере пульмонологии. Какие исследования вы проводите, чтобы усилить профилактику в этой области?**

— В этом мы также превосходим уровень многих стационаров. У нас проводится диагностика дифференциальных рестриктивных, обструктивных или сочетанных обструктивно-рестриктивных нарушений вентиляционной способности лёгких и оценка степени их тяжести. Мы выявляем гиперинфляцию у больных с обструктивными заболеваниями органов дыхания (бул-

лёзной эмфиземой и др.). Ведём мониторинг течения заболевания и эффективности терапии, определяем прогноз на основании тяжести респираторных нарушений и динамики показателей за определённый период времени.

Очень важно проведение пред- и послеоперационных исследований для оценки риска развития респираторных осложнений (например, при хирургической редукции объёма лёгких у больных с эмфиземой) и предоперационной коррекции состояния пациента. Характер наших заключений идентичен заключениям ВНИИ пульмонологии. Стоит заметить, что наше отделение является учебной базой Института последипломного образования Первого МГМУ (переподготовка по кардиологии, функциональной диагностике и аритмологии).

— **Каковы перспективы развития отделения функциональной диагностики?**

— Нужно выравнять оснащённость и организационно-штатную структуру размещённых на базе филиалов структур ОФД с целью повышения доступности диагностических исследований для пациентов. Важно совершенствовать стационарзамещающие технологии.

Мы разрабатываем и внедряем алгоритмы комплексной диагностики при различной патологии органов и систем с учётом действующих стандартов оказания диагностической помощи, внедряем информационные технологии.

И, конечно, крайне важно совершенствовать маршрутизацию пациентов с помощью ЕМИАС с целью сокращения длительности диагностического периода. ■

Грудное вскармливание снова в тренде, считают в ГКБ № 24

■ Григорий Костров

«Больница, доброжелательная к ребёнку» — такое международное звание, введённое в 1991 году по инициативе Всемирной организации здравоохранения и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), носит Городская клиническая больница № 24. Основная заслуга в этом принадлежит одному из её филиалов — перинатальному центру. В Москве не так много медицинских организаций, имеющих столь же разносторонний и глубокий опыт в выхаживании недоношенных детей, а также новорождённых с экстремально низкой массой тела. Достаточно привести статистику: за девять месяцев текущего года в перинатальном центре ГКБ № 24 было принято 4,5 тыс. родов, и 9,7% из них приходилось на преждевременные. Это один из самых высоких показателей по Москве.

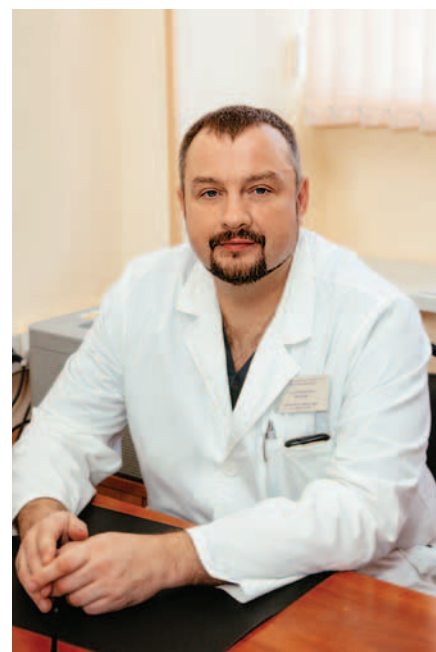
Ежедневно коллектив перинатального центра Городской клинической больницы № 24, насчитывающий свыше пятисот медиков, берёт на себя ответственность за новые жизни. В последнее время здесь делают упор на грудное вскармливание. Эта вечная тема раскрывается теми гранями, которые решают главную задачу: заложить основы нормального развития организма для любого ребёнка, независимо от статуса его здоровья при рождении.

НОВАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ

Сергей Жогин, заместитель главного врача по медицинской части в неонатологии, отвечает за все детские отделения перинатального центра.

— Начать надо с того, — говорит Сергей Иванович, — что стационар у нас имеет давнюю историю и свои традиции. Мы одними из первых начали работать с женщинами, которые недонашивают. При этом стараемся не просто лечить детей, а помогаем им выбраться из тех сложных ситуаций, в которые они попадают из-за своего статуса.

Что касается лечебной практики, задача состоит в том, чтобы минимизировать инвазивные мероприятия с ребёнком. Например, зондирование проводится только по строгим показаниям. Как свидетельствуют многие научные исследования, в том числе и в реанимационных мероприятиях, тяжёлые инвазии себя не оправдали и уходят сейчас в сторону. От действий врачей в первые минуты и часы с момента появления ребёнка на свет зависит очень многое в его дальнейшей жизни, включая нервно-психическое развитие и развитие органов чувств. Если ещё десять лет назад детишек достаточно агрессивно лечили с помощью искусственной вентиляции, интубации, большого количества катетеров,



Любовь Малахова

огромного количества препаратов, то сейчас основная задача — помочь им адаптироваться при минимальном воздействии с нашей стороны. Прежде при рождении ребёнка его сразу старались насытить кислородом, но сейчас от этого отказываются. Внутриутробно ребёнок имеет не так много кислорода, и резко менять атмосферу и среду, в которой он находился, на ту, что появилась после рождения, нет необходимости.

На таком фоне возврат к доминанте грудного вскармливания явился одним из логических шагов. Максимально раннее — в первые часы жизни — начало кормления новорождённого ребёнка молоком матери, даже если это капли молозива, способствует формированию всего организма, и в частности биоценоза кишечника. Запускаются процессы формирования иммунитета. Чем раньше ребёнок начинает получать материнское грудное молоко, тем меньше осложнений ожидает его со стороны желудочно-кишечного тракта. У детей на грудном



Любовь Малахова



Любовь Малахова

Задачи глобальной стратегии ВОЗ и ЮНИСЕФ по кормлению детей грудного возраста:

- повышение информированности в отношении основных проблем, касающихся кормления детей грудного и раннего возраста, определение подходов к их решению и обеспечение базы для осуществления основных мероприятий;
- повышение приверженности правительств, международных организаций и других заинтересованных сторон в целях осуществления оптимальной практики питания детей грудного и раннего возраста;
- создание такой окружающей обстановки, которая позволяет матерям и другим членам семьи в любой ситуации принимать и осуществлять обоснованный выбор в отношении оптимальной практики кормления детей грудного и раннего возраста.

вскармливания лучше идёт нервно-психическое и умственное развитие.

Тактика оказания первичной помощи новорождённому значительно меняется. Все наши врачи и медсёстры проходят соответствующие тренинги, на которых осваивают новую тактику ведения новорождённых. Это касается и процедуры грудного вскармливания. При этом соблюдаются международные рекомендации.

В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ — КОНТАКТ МАТЕРИ С РЕБЁНКОМ



— Потребность и необходимость в грудном вскармливании, — рассказывает руководитель перинатального центра **Антон Оленев**, — крайне значима для той категории маленьких

пациентов, которые находятся в отделении реанимации. Их мамы приходят на посещение, и обеспечить грудное кормление в этой ситуации сложнее, чем может показаться. Достать ребёнка с экстремально низкой массой тела из кювета, предоставить маме возможность не только взять его на руки, но и покормить... Здесь требуется особая технология, и технология непростая: недоношенные дети могут быстро терять тепло. Сотрудники учреждения прошли обучение по специальной программе, которая включает не только механизмы грудного вскармливания, но и психологические аспекты материнского самочувствия. Для женщины роды в 26–28 недель оказываются полнейшей неожиданностью, при этом весьма травматичной.

— Подчеркну, что на нынешнем этапе возвращение к фундаментальным принципам грудного вскармливания происходит в контексте гуманизации

медицинской помощи — конкретно говоря, применительно к перинатальному отделению, — продолжает доктор Оленев. — В центре всех наших действий стоит контакт матери с ребёнком, или, если брать шире, прозрачность отделения реанимации. Главный врач больницы Григорий Владимирович Родоман эту позицию активно поддерживает. Организовано посещение родственников во всех палатах, они имеют право пройти в любые помещения. Мы активно приветствуем партнёрские роды: на них могут присутствовать мужья, мамы, бабушки. Такая открытость помогает избежать конфликтных ситуаций между пациентами и персоналом, они практически исчезли.

КУРС НА ДЕМЕДИКАЛИЗАЦИЮ

В перинатальном центре ГКБ № 24 проводят курс на демедикализацию, то есть на использование препаратов, эффективность которых доказана. Это так называемые evidence-based препараты — их эффективность апробирована в ходе многоцентровых рандомизированных исследований и не вызывает сомнений.

— Делается множество мировых исследований, — поясняет Антон Оленев, — существуют отечественные порядки и стандарты оказания помощи, и одновременно есть ряд препаратов, которые используются в каких-то ситуациях, но мировым сообществом в качестве базисных не приняты. Специальная формулярная комиссия в начале года исключает из оборота препараты, эффективность которых сомнительна или спорна.

Что такое демедикализация на практике? Это использование минимального количества препаратов, опять же с доказанной эффективностью и только по конкретным показаниям. Роды —



Лобовь Малахова

процесс естественный, нормальное ведение беременности и нормальные роды ни одного препарата не требуют. Понятно, что крайне трудно представить себе женщину, которая родила ребёнка и ничего такого не получала... Но мы к этому активно идём и делаем всё, что возможно. Взять окситоцин — средство, которое стимулирует родовую деятельность. Его использование привело к тому, что во всех последних рекомендациях сокращены временные параметры по нормам ведения родов. А чтобы укладываться в эти нормы — здесь обратная ситуация — следует этот препарат использовать. Но мы стараемся максимально избегать применения окситоцина — только по строжайшим показаниям. Если несколько десятилетий назад длительность родов в 16–18 часов считалась абсолютно нормальной, то на сегодняшний день эта позиция сократилась до 10–12 часов. Мы спокойно возвращаемся назад и считаем, что это правильно.

Добавим сюда и новый взгляд на традиционное акушерство. Сейчас в перинатальном центре активно внедряются вертикальные роды, роды в воду. Врачу удобно, когда женщина лежит на родильном столе. Ему непривычно, когда она рождает в воду или вертикально, но мы должны сделать так, как удобно женщине, а не врачу. Примерно 5–7% родов у нас проходят по нетрадиционной схеме.

ВОЗВРАЩЕНИЕ К ТРАДИЦИОННОМУ АКУШЕРСТВУ



Врач-неонатолог **Марина Ромашина** рассказывает о той практике, которая стимулирует у матери потребность к грудному вскармливанию: если



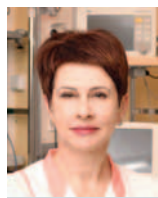
Грудное вскармливание в разных странах мира

В развитых странах продолжительность грудного вскармливания зависит в том числе от того, получает ли кормящая мама поддержку от близких. В тех семьях, где мужа не высказывали своего мнения относительно пользы грудного молока, 56% женщин не кормили грудью вообще или кормили очень недолго. Существуют и другие факторы: так, проведённые в Австралии исследования показали, что основными причинами в пользу отказа от естественного вскармливания являются неосведомлённость в вопросах кормления грудью и неправильное прикладывание к груди.

Если говорить о продолжительности грудного вскармливания, то в этом первенствуют Финляндия и Норвегия: 80% детей там находятся на грудном вскармливании до полугода и дольше. В отличие от севера Европы, на юге все обстоит иначе: итальянки кормят грудью максимум до полугода, несмотря на то, что для кормящих мам созданы все условия. К примеру, женщина, управляющая автомобилем, может припарковаться где угодно, чтобы покормить малыша, и это не будет считаться нарушением. Зато в Англии к кормящим мамам отношение специфическое: до 2011 года существовал запрет на кормление грудью в общественных местах, нарушительницы даже платили штрафы.

На Востоке естественное вскармливание выбирают чаще, чем в Европе. В Японии грудью принято кормить до полутора — двух лет, и, несмотря на обилие рекламы молочных смесей, кормить ими ребёнка считается дурным тоном. Давать малышу грудь на людях здесь не принято, но в любом общественном заведении есть специальные помещения. В Китае и Индии принято кормить столько же — до двух лет, однако к груди малыша прикладывают не сразу, а через пару дней. Считается, что «правильное» молоко появляется у женщины только тогда, когда она как следует отдохнула после родов. В Израиле принято кормить грудью до полугода, однако декретный отпуск здесь длится всего три месяца, поэтому работающим матерям приходится нелегко. В арабских странах грудью кормят в основном долго, иногда до пяти лет, к тому же мусульмане верят, что с молоком грудничку передаётся важная информация. Существует закон, по которому разнополые дети, которые не являются родственниками, но выкормлены одной женщиной, не имеют права вступать в брак.

к тому нет прямых противопоказаний, детей прикладывают к груди уже в родильном зале, даже после кесарева сечения. В момент начала грудного кормления происходит мощный запуск иммунной системы новорождённого, стимулирование выработки гормона пролактина, лактации и сокращения матки. Такая процедура, правда, не может считаться революционной. Это скорее возвращение к традиционному акушерству, методы которого способны максимально стимулировать приход молока у матери. Есть и дополнительное воздействие, уже психологического характера: чем чаще мама видит ребёнка и прикладывает его к груди, тем больше у неё приток молока.



Заведующая отделением реанимации новорождённых родильного корпуса **Ольга Милева** говорит об основном принципе своего подразделения: детям, которые находятся «на аппарате» — маловесным детям, — необходимо с рождения получать молоко.

— Единственное условие — ребёнок должен быть толерантен к еде. Недоношенные дети имеют свои физиологические особенности. Они бывают неспособны усваивать любую еду, не



Любовь Малахова

говоря уже о молоке. Существуют различные нозологии, при которых необходимо использовать специальные питательные лечебные смеси, например с расщеплёнными белками. В этом случае, начав с подобной смеси, при достижении определённого объёма мы пытаемся присоединить молоко.

К тактике грудного вскармливания необходимо подходить с максимально широким горизонтом. Например, сегодня акушерство даёт будущей матери такие препараты, включая антибиотики, при которых допустимо кормление грудным молоком.

Новый критерий живорождённости, от 500 граммов, повышает, конечно, ответственность медиков и ставит перед ними новые амбициозные задачи. Здесь, кстати говоря, и может лежать ключ к тому обстоятельству, что грудное вскармливание снова оказалось столь востребованным. Одна-

ко по разным причинам в отделение реанимации могут попасть не только самые маленькие и маловесные дети, но и доношенные. И первый вопрос, который задают матери — несмотря на объяснения врача, что тяжесть состояния ребёнка обусловлена дыхательной недостаточностью или, скажем, инфекционными факторами, — первое, что они спрашивают: «Когда я смогу кормить?». Ответ всегда один: «Как только у вас появится молоко и малыш будет способен его усваивать». При преждевременных родах молоко появится у женщин не сразу, могут пройти сутки — двое. Дети, которые находятся на грудном вскармливании, быстрее поправляются, быстрее уходят дальше, на второй этап. Если ребёнок начинает есть — это залог успеха, быстрого выхода из реанимации.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Медицинский психолог **Наталья Грюнталь** касается психологического аспекта грудного вскармливания.

— Это не только физиология, — отмечает она, — но и вопрос взаимодействия матери и ребёнка. Готовность или неготовность женщины к грудному вскармливанию говорит о том, насколько она созрела для родительской роли. Известно, что девяносто женщин



Любовь Малахова



Любовь Малахова



Любовь Малахова

из ста среди тех, кто прекращает грудное вскармливание в течение месяца, делают это из-за ощущения дискомфорта, которое возникает в процессе кормления. И действительно, так удобно и просто покормить ребёнка из бутылочки! Существует некая общая тенденция в том, что количество детей, вскормленных естественным путём, уменьшается, а число тех, кого сразу или довольно быстро переводят на искусственное питание, растёт. Чем доступнее кормление с помощью смесей и сами эти смеси, тем выше соблазн ими воспользоваться. С другой стороны, мы знаем, что, к сожалению, далеко не у всех матерей есть возможность посвятить всё отведённое им так называемым «декретом» время ребёнку. Очень многие выходят на работу довольно рано. Это приводит, естественно, к прерыванию грудного вскармливания.

А между тем первые полгода грудное молоко абсолютно необходимо ребёнку. Позже могут возникать какие-то прикормы, но и здесь нужно действовать очень осторожно, каждый раз обсуждая введение нового продукта с педиатром.

В чём состоит роль медицинского психолога? Главным образом, в его готовности помочь женщине адаптироваться к новой ситуации. Преждевременные роды можно сравнить с авткатастрофой, которую вы никак не планировали, отправляясь утром на работу. Возникает целый ряд негативных психологических последствий этого огромного стресса. С другой стороны, всё очень зависит от срока гестации, на котором появился ребёнок, на какой неделе беременности это произошло. И когда младенец попадает в реанимацию, нуждаясь в постоянной терапии, это, безусловно, вы-

зывает сепарацию матери и ребёнка. Замечательно, что у нас организовано посещение родителями отделения реанимации, тем не менее представьте себе, в каком состоянии неопределённости они находятся! Им приходится всё время ждать встречи...

Моя задача — помочь женщине пройти этот очень непростой период. Фактически речь идёт о психотерапии. Нужно наладить контакт матери с врачами. И, если это необходимо, повлиять на её восприятие и ситуации, и самого ребёнка. Психолог старается сделать так, чтобы сама эта связь (мама — ребёнок) установилась как можно раньше. Когда женщина приходит в реанимацию и плачет — она не в состоянии установить подобный контакт. Ей нужна определённая психологическая поддержка. А если говорить о грудном вскармливании, то далеко не каждый ребёнок готов к нему, если он родился раньше времени. И задача психолога — настроить маму, объяснить, насколько важны с её стороны усилия и стремление сделать всё необходимое к тому моменту, когда малыш будет к этому готов.

СНИЖЕНИЕ РИСКОВ



Павел Кузнецов, заведующий диагностическим центром для беременных, является одновременно доцентом кафедры акушерства и гинекологии

лечебного факультета РНИМУ им. Пирогова. Он касается такого аспекта, как польза грудного вскармливания не только для ребёнка, но и для матери. Если женщина кормит ребёнка сразу же, с момента рождения, рефлекторное раздражение сосков приводит к сокращению

матки, что снижает риск послеродовых кровотечений и инфекционных осложнений — эндометритов. С другой стороны, грудное вскармливание на какой-то период выключает активную деятельность яичников, что как раз и предусмотрено природой. Раннее начало менструаций после родов негативно сказывается на яичниках, и доказано, что длительное грудное вскармливание уменьшает риск онкологических заболеваний. Наконец, снижается вероятность наступления очередной беременности. Физиологически рекомендовано, чтобы перерыв между беременностями длился не менее года. Согласно расчётам ВОЗ, если бы удалось добиться того, чтобы все женщины делали такой перерыв, материнская смертность в мире могла бы упасть вдвое. То есть один фактор грудного вскармливания серьёзно снижает этот ужасный риск. И одновременно повышает такой значимый показатель, как продолжительность жизни человека. ■



Любовь Малахова

Вакуумная терапия: переворот в мышлении

■ Григорий Костров

Городская клиническая больница № 24 зарекомендовала себя как учреждение, являющееся, по сути, площадкой для внедрения новых подходов к организации методов лечения или передовых его приёмов.

А поводом для данной публикации стало открытие в ГКБ № 24 кабинета вакуумной терапии.



Анастасия Нефедова

данный вид работ необходим. Тот средний медперсонал, который работает у нас, обладает очень высокой квалификацией.

Заведующая кабинетом, врач-хирург **Ольга Александровна Поварихина** подчёркивает: у истоков применения методики стоял главный врач больницы, ещё будучи профессором на кафедре, когда разрабатывал различные дренирующие аппараты и проточно-промывные системы в лечении инфицированных больных. Потом всё это было доработано, модернизировано и перенесено в клинику. Сделано это было с учётом конкретной специфики: в ГКБ № 24 нет отделений ни травматологии, ни гнойной хирургии, зато есть обширная колопроктология, где вакуумная терапия оказалась более чем востребованной.

— **Ольга Александровна, в чём состоит сущность метода?**

— В создании локального отрицательного давления на рану. Это позволяет добиться очень эффективной физической её очистки. Когда рана очищается эффективно, отсутствуют очаги застоя гноя, не происходит образования бактериальной плёнки и можно фактически отказаться от антибактериальных препаратов.

— **Насколько можно понять, вы впервые создали кабинет вакуумной терапии как службу.**

— Верно. В противном случае технология распыляется, самому методу, если не соблюдаются сложные технологические стандарты, грозит дискредитация, а дорогостоящие расходные материалы расходятся бесконтрольно. Потому главврач и сказал: служба должна быть в одних руках.



— **Чем отличается просто кабинет от службы? Что это означает для пациента?**

— Мы можем отправиться на консультацию либо для осуществления перевязки в любое отделение, где находится проблемный пациент, включая терапевтические отделения и кардиореанимацию — там бывают пациенты с пролежнями. Можем обеспечить пациента дорогостоящими методиками лечения и расходными материалами. Наконец, мы производим списание этих дорогостоящих материалов во взаимодействии со всеми отделениями больницы.

— **Но если бы вы не имели статуса службы, всё перечисленное было бы недостижимо?**

— Есть некое обстоятельство: на кого ложится финансовая составляющая. Отделения, которые хотят сотрудничать, оказывались бы по расходным

— Такой кабинет, — рассказывает главный врач учреждения, доктор медицинских наук, профессор **Григорий Владимирович Родоман**, — мы создали первыми среди медицинских учреждений Москвы, хотя методами вакуумной терапии в столице успешно пользуются и другие лечебно-профилактические учреждения. Этот метод имеет много преимуществ, позволяя, в частности, добиться качественного лечения больных с гнойной хирургической инфекцией — сокращения раневого дефекта, сроков заживления раны, уменьшения количества койко-дней.

Применение вакуумной терапии востребовано в разных структурных подразделениях ГКБ № 24, и в новом кабинете сосредоточены все его возможности. При этом мы убеждены, что метод вак-терапии должен находиться в одних руках — руках специалистов. Режим наложения аппарата, давление, выбор нужной плёнки — всё это требует весьма квалифицированного подхода.

Что касается аппаратуры, то некоторые отечественные разработки даже интереснее зарубежных — это связано с размерами аппаратов, которые обеспечивают мобильность пациентов. Их можно использовать не только в стационарных, но и в амбулаторных и домашних условиях.

Если говорить о штатах кабинета вак-терапии, то важно подчеркнуть: они включают, помимо докторов, перевязочных медицинских сестёр каждого подразделения больницы, в котором

материалам в минусе, причём в очень большом. А поскольку для администрации очень важным является, помимо финансовых показателей, ещё и качество оказания медицинской помощи, она готова перераспределять финансы, в том числе в пользу таких пациентов, которым требуется высокотехнологичная специализированная помощь.

— В каких случаях использование вакуумной терапии приобретает критическое значение?

— В ГKB № 24 четыре отделения занимаются онкоколопроктологией. У их пациентов априори нормального процесса репарации тканей не происходит. Большинство из них имеют послеоперационные вентральные грыжи из-за того, что репаративные процессы идут недостаточно эффективно. Это свойство основной болезни. Такому пациенту врач старается наложить дополнительные швы, стянуть его бандажом. Но, поскольку рана инфицированная, активного лечения не происходит. Метод вакуумной терапии предполагает при подобном осложнении, при разошедшихся несостоятельных швах снять их полностью, открыть рану, открыть брюшную полость и установить систему. Повторю: вместо того чтобы накладывать дополнительные швы, надо сначала всё снять, очистить рану, и только когда она будет готова к наложению вторичных швов, переходить к следующему этапу. Надо признать, что для врача с традиционной хирургичес-

кой школой подобная процедура может потребовать переворота всего мышления. У некоторых коллег новая методика вызвала идеологический шок, с которым пришлось бороться. На данный момент необходимо утверждать: при таком тяжелейшем осложнении, как эвентрация внутренних органов, смертность крайне высока.

— Сколько по этой схеме было успешно доведённых до конца случаев?

— Дело не в количестве, а в том, что само такое осложнение является катастрофой. Если происходит три таких осложнения на отделение в течение года — это уже запредельно много. У нас за полгода произошёл один такой случай: пациентка — онкологическая больная, крайне истощённая, с низким весом, с очень низким гемоглобином, в возрасте под 90 лет, — тем не менее, несмотря на всё это, мы совершенно благополучно заживили её и выписали. Был случай, когда пациент первоначально обратился за помощью в Германию, а вылечили его в итоге у нас.

— Каковы масштабы вашей работы?

— Кабинет был создан в апреле, и за это время помощь получили десятки человек. Парк вакуумных стабилизаторов (так называется наш основной прибор, создающий локальное отрицательное давление) растёт, растут и объёмы помощи. У нас есть научные программные планы, когда пациентам интраоперационно устанавливается система при особом виде операции — брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки при низких раках. Там создаётся огромный раневой дефект, особенно если пациенты перенесли перед этим лучевую терапию, что в принципе очень резко замедляет заживление. Иногда процесс выздоровления таких пациентов после операции растягивается на 4–5 месяцев. Мы при помощи новой технологии пытаемся сократить его минимум в два раза. Пока наши опыты успешны, но методика находится в стадии отработки.

— Насколько можно говорить о доступности такого вида помощи, как вакуумная терапия?

— Отвечу на примере службы реабилитации стомированных пациентов. Все такие пациенты, со всей Москвы,

прикрепляются к нашему отделению, здесь производится их учёт, регистрация, обучение и наблюдение за ними. Мы ведём общегородской реестр, сейчас, кстати говоря, прикрепилась Новая Москва. Так вот мы помогаем пациентам с осложнёнными ранами на госпитальном этапе, а потом, если они попадают в социально защищённую категорию стомированных пациентов, занимаемся ими и дальше.

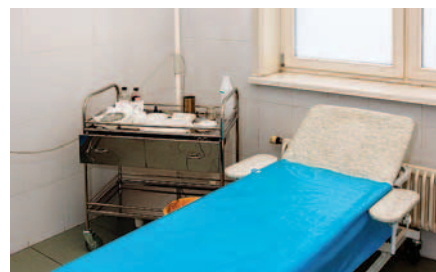
— Вы являетесь ассистентом кафедр общей хирургии и лучевой диагностики лечебного факультета РНИМУ имени Н.И. Пирогова, которой заведует главный врач ГKB № 24. Как осуществляется взаимопользовательский перекресток науки и практики применительно к теме нашего разговора?

— Будущее принадлежит университетским клиникам, и сейчас университетская клиника будет создаваться на базе 24-й больницы. Уже сделаны или готовятся доклады на конгрессах, в том числе международных, публикации в журналах, включая ВАКовские.

Продолжаем заниматься вверенными нам новыми направлениями. Об одном из них я уже говорила: это помощь пациентам после брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки, сокращение сроков окончательного лечения пациентов, в том числе и на послегоспитальном этапе. Под эту тему планируется научная работа и диссертация одного из сотрудников клиники.

— В заключение — о ваших незаменимых помощниках, медицинских сёстрах...

— Администрация больницы проводит политику расширения полномочий среднего медицинского персонала по европейскому образцу в целях повышения лечебных возможностей учреждения. Так, медсестра кабинета вакуумной терапии, которая прошла обучение в том числе и в Австрии, сейчас наравне с врачами выступает на конференциях. ■



ГКБ № 51: акцент на профессиональные кадры, оперативность и кооперацию

■ Марина Лепина

Городская клиническая больница № 51 отметила в прошлом году своё 60-летие. Оно пришлось на период оптимизации Московского здравоохранения. Сегодня это уже совсем другое учреждение, по сравнению с больницей образца 2012 г. Современное оборудование, инновационные медицинские технологии и новые организационные формы работы — всё то, что реализовано сегодня во многих лечебно-профилактических учреждениях. О том, как работают эти подходы на практике, мы беседуем с главным врачом больницы, кандидатом медицинских наук Викторией Бражник и заведующим первичным сосудистым отделением, профессором, доктором медицинских наук Дмитрием Затеищиковым.

— Виктория Алексеевна, в процессе оптимизации сферы здравоохранения больница № 51 постаралась сохранить традиции, имеющие шестидесятилетнюю историю. Каким образом вам удалось соединить эти традиции и веления времени? В чём заключаются новые подходы к организации этой работы?

— Реорганизация в нашем стационаре началась с того, что мы проанализировали все стороны нашей деятельности. Были выбраны приоритетные направления развития стационара, к которым прежде всего были отнесены подразделения первичного сосудистого отделения — сосудистая неврология, неотложная кардиология, кардиология для больных хронической сердечной недостаточностью, общая кардиология и рентгенохирургия. Здесь пришлось изменить соотношение реанимационных и «обычных» коек в пользу первых. Вместо отдельного гастроэнтерологического отделения оставили специализированные койки в терапии, что дало возможность не только сохранить в штате наиболее опытных врачей, но и создать уникальное отделение, в котором сегодня бок о бок трудятся пульмонологи, гастроэнтерологи и терапевты.

— Дмитрий Александрович, какие методы лечения кардиологи-

ческих больных применяются у вас в больнице?

— В первую очередь, это так называемые чрескожные коронарные вмешательства. Этим термином в кардиологии называют группу методов лечения больных, прежде всего с острым коронарным синдромом (т.е. с инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией), суть которых заключается в восстановлении кровотока по коронарным артериям, с последующей установкой туда стента.

К настоящему моменту нам удалось наладить внутрибольничную логистику так, что от момента поступления больного с инфарктом миокарда в стационар до момента восстановления кровотока проходит обычно не более получаса. Таким образом, у значительного числа больных сокращается размер инфаркта миокарда и, соответственно, улучшаются показатели выживаемости.

— А что происходит с больными после операции?

— Вы затронули очень важный, ключевой вопрос современной кардиологии. Чрескожное коронарное вмешательство, проведённое больному острым коронарным синдромом, решает очень важную задачу, однако причина заболевания — атеросклероз коронарных артерий — никуда не девается. Более того, без правильного



Льбова Малахова

Виктория Алексеевна Бражник, главный врач ГКБ № 51 ДЗМ, кандидат медицинских наук



Льбова Малахова

Дмитрий Александрович Затеищиков, руководитель сердечно-сосудистого центра первичного сосудистого отделения ГКБ № 51 ДЗМ, доктор медицинских наук

поддерживающего лечения в стенозированном сосуде может образоваться тромб, полностью сводящий на нет все результаты лечения. Поэтому правиль-

ное ведение больного, прежде всего правильный приём антитромбоцитарных и гиполипидемических лекарств, принципиально важны. Здесь особое значение имеет приверженность больного к лечению. Нами проводится специальное мониторирующее того, что происходит с больными после выписки из стационара. К сожалению, часть прооперированных пациентов, несмотря на подробные разъяснения, всё же самостоятельно прекращает принимать лекарства. Кстати, анализ поступающих в стационар выявил, что около четверти из них — те, у кого заболевание развилось в возрасте до 55 лет. По современным представлениям такая ранняя манифестация болезни может носить наследственный характер. Стоит отметить, что за рубежом сегодня особенно обращают внимание на выявление больных с так называемой семейной формой гиперлипидемии. Выявление подобного заболевания и своевременное начало лечения позволяют предотвратить развитие инфаркта миокарда в молодом возрасте. Главным способом поиска считается обследование кровных родственников больных, перенёсших инфаркт миокарда в молодом возрасте или внезапно умерших. Здесь наилучший результат даёт так называемое полногеномное секвенирование, ставшее во многих странах почти рутинным методом. К сожалению, для наших больных такая возможность в большинстве случаев отсутствует. Нам удаётся проводить подобное обследование, используя международные связи больницы.

— **Исследование ДНК на предмет выявления патологических вариантов, ведущих к развитию того или иного заболевания, — новый подход, уже зарекомендовавший себя. Как больница использует данные подобных исследований?**

— Следует отметить, что генетическая природа расшифрована сегодня для очень большого числа болезней. Среди них, кроме семейной формы гиперлипидемии, о которой мы уже упоминали, и многочисленные заболевания миокарда — кардиомиопатии, ведущие к развитию тяжёлой сердечной недостаточности и внезапной смерти в молодом возрасте. Некоторые болезни вообще можно обнаружить, только проведя молекулярно-генетическое



Любовь Колосова



Любовь Колосова

тестирование. Особую группу составляют больные с лёгочной гипертензией. Здесь генетическое обследование позволяет выявить тех, кому можно помочь назначением специфической (к сожалению, достаточно дорогой) терапии. В то же время генетическое тестирование показано далеко не всем, значительное число больных можно выявить, проводя углублённое обследование родственников уже заболевшего. Такой подход носит название каскадного скрининга.

Эта работа интересна нам и с исследовательской точки зрения: мы клиническая больница, на нашей базе работают кафедры нескольких учебных учреждений, в частности Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ, Первого московского медицинского университета, Российского государственного научно-исследовательского медицинского университета.

— **А как вы поступаете в тех случаях, когда больному нужно применить метод лечения, отсутствующий в вашей клинике?**

— Одна из ключевых возможностей, которая появилась в последние годы, — значительное упрощение взаимодействия между лечебными учреждениями. Это касается прежде всего случаев, когда необходимо выполнение кардио- или нейрохирургических операций. В рамках г. Москвы вообще многие вопросы решаются в «автоматическом» режиме. Например, в случае если в больницу, в которой нет рентгенохирургической службы, попадает больной с инфарктом миокарда, сегодня не нужно никаких долгих согласований. Чтобы перевести в «правильную» больницу, достаточно вызвать бригаду СМП. Крайне перспективным выглядит взаимодействие с НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. Нами осуществляется отбор больных для установки

специального устройства, являющегося, по сути, искусственным сердцем; отбор для трансплантации сердца. Кроме учреждений городского подчинения, нами налажено взаимодействие с федеральными медицинскими центрами, причём не только с московскими.

— **Виктория Алексеевна, последний вопрос — к вам. Важными инновациями стали в том числе изменения в области администрирования и управления, и мы знаем, что в ГKB № 51 это тоже происходит.**

— Пожалуй, следует начать с того, что по направлению Департамента здравоохранения г. Москвы я прошла двухлетнюю профессиональную переподготовку в Московском государственном университете управления по специальности МРА. Мы наладили систему постоянного обучения для сотрудников больницы, привлекая как возможности кафедр, базирующихся у нас, так и другие учреждения, а также стажировки за рубежом. Большим подспорьем в этом стал симуляционный центр Городской клинической больницы им. С.П. Боткина. По многим направлениям нами созданы постоянно действующие консорциумы, которые в последнее время чаще называют «мультидисциплинарными бригадами». Мы осуществляем внедрение стандарта качества управления ресурсами с системным подходом, главное содержание которого — ориентация на конечный результат. В нашем случае таким результатом является больной. Ориентация всей работы на пациента, вовлечение персонала больницы во все сферы деятельности не в качестве пассивного исполнителя «функции», а как полноправного инициативного участника лечебного процесса, активное развитие лидерских качеств у руководителей подразделений — только некоторые компоненты системы менеджмента качества, реализуемой сегодня в больнице. ■

Родильный дом № 4: преимущества новой организационной модели в акушерстве

■ Ольга Шарапова, главный врач ГКБ № 64 ДЗМ

В современных демографических условиях проблемы службы родовспоможения имеют особую актуальность.

Без совершенствования мер по охране материнства и детства, службы родовспоможения нельзя говорить об успешной демографической политике.

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 64 Департамента здравоохранения г. Москвы» является одним из ведущих многопрофильных объединений, которое включает, кроме стационара и женской консультации, крупное учреждение родовспоможения города Москвы — Родильный дом № 4. Ежегодно в его стенах проводится порядка 10 000 родов (2014 г. — 8 640, 2015 г. — 9 553; за 10 мес. 2016 г. — 9553), рождаются дети с различными патологиями, с экстремально низким весом, оказывается дородовое и послеродовое ведение женщин, работает гинекологическая служба.

В этом году родильному дому исполнилось 35 лет. В рамках мероприятий, организованных в честь юбилея, проведена научно-практическая конференция «Акушерство вчера, сегодня, завтра», в которой приняли участие политики, руководители медицинских организаций акушерско-гинекологического профиля, учёные, заведующие кафедрами ведущих вузов страны, рядовые врачи. Поздравить коллектив пришли и известные артисты, которые

в той или иной мере причастны к Родильному дому № 4.

Сегодня это не только современный, хорошо оснащённый стационар, но и крупный научный центр. Здесь проводится огромное количество медицинских исследований, внедряются в практику новые высокотехнологичные методы диагностики и лечения.

Совершенствование материально-технической базы в совокупности с имеющимся научно-клиническим

потенциалом позволяет реализовать принцип мультидисциплинарного оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, что способствует последовательному увеличению объёмов и повышению качества медицинской помощи.

Стремительное развитие медицинской науки, широкое внедрение в клиническую практику новых технологий и элементов доказательной медицины диктует необходимость систематического профессионального послевузовского образования акушеров-гинекологов. Родильный дом является клинической базой двух крупнейших вузов России: Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Рука об руку здесь трудятся сотрудники как больницы, так и вузовских кафедр: врачи, учёные, профессора, академики. Основным направлением научно-практической деятельности кафедр является внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения акушерских кровотечений, привычного невынашивания беременности, новых малоинвазивных технологий в оперативной гинекологии по сохранению и восстановлению репродуктивной функции женщины.

В целом интеграция усилий специалистов ГКБ № 64 и кафедральных сотрудников, несомненно, способствует объединению усилий специалистов образовательных и медицинских учреждений, а также повышает их ответственность с использованием совместных ресурсов как для совершенствования системы медицинского образования, так и для повышения квалификации и профессионального уровня кадров медицинской организации и качества медицинской помощи населению.

Одним из передовых направлений деятельности Родильного дома № 4 является альтернативное ведение родов — «вертикальные роды».

Для лечения новорождённых в родильном доме развёрнуто отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых, куда поступают де-



Ольга Викторовна Шарапова, главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 64 ДЗМ», доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, депутат Московской городской думы

ти с различной перинатальной патологией, глубоко недоношенные дети с низкой и экстремально низкой массой тела, требующие особых условий, сложного лечения с применением высоких технологий.

С целью оказания высококвалифицированной и своевременной медицинской помощи женскому и детскому населению города Москвы на территории родильного дома планируется строительство нового неонатального 5-этажного корпуса общей площадью 11 000 кв. м. В неонатальном корпусе планируется разместить консультативно-диагностическое отделение, клинико-диагностическую лабораторию, отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых на 24 койки, отделение патологии новорождённых и недоношенных детей на 40 коек с блоком интенсивной терапии на 12 коек.

Результативность и эффективность работы родильного дома в значительной степени определяются кадровым потенциалом и уровнем его профессиональной подготовки. Бесспорно, самым главным активом являются люди — самоотверженные врачи, акушерки, медицинские сёстры, младший и вспомогательный персонал. Все те, кто своим отношением к делу ежедневно помогает роддому достойно выполнять поставленные перед ним задачи, строить далеко идущие планы. В родильном доме собрался коллектив единомышленников, преданных своему делу профессионалов. Опыт и знания, накопленные коллективом родильного дома, бесценны.

В нашей больнице внедрены современные информационные технологии, которые нашли самое широкое применение и обрели достойное место как при управлении медицинским объединением, так и при принятии управленческих решений. Создано единое информационное пространство между территориально удалёнными подразделениями и объектами (лечебными учреждениями), успешно внедрена Единая медицинская информационно-аналитическая система, в которой работают все врачи-специалисты, а информация о состоянии здоровья открыта каждому пациенту. На сегодняшний день в медицинском

объединении (больница, родильный дом, женская консультация) развёрнуто 850 рабочих мест.

Всё это позволило повысить не только безопасность, но и качество оказания медицинской помощи, в том числе за счёт того, что медицинский персонал стал более ответственно относиться к своим обязанностям, поскольку понимает, что все его действия находятся на контроле.

Жизнь современной медицинской организации без информационных технологий и Интернета в настоящее время представить уже невозможно.

Новое время ставит перед системой здравоохранения и каждой медицинской организацией новые задачи. Необходимо продолжить усилия по развитию и совершенствованию доступности и качества медицинской помощи населению, в том числе женщинам и детям, дальнейшему снижению материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

В современных финансово-экономических условиях, с учётом необходимости обеспечения гарантированных объёмов доступности и качества медицинской помощи населению, особое место занимает модернизация структуры системы здравоохранения и конкретных медицинских организаций, проводимая в Москве.

Одним из компонентов в комплексе мер по оптимизации медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым детям является централизация и интеграция учреждений родовспоможения как в структуре службы, так и с общей сетью.

Цель структурных преобразований в системе здравоохранения и в конкретных медицинских организациях — рациональное использование финансовых ресурсов, повышение доступности и качества медицинской помощи населению, в том числе женщинам и детям.

На мой взгляд, важную роль сыграло объединение женских консультаций с родильными домами, а родильных домов — с многопрофильными стационарами, так как стало очевидно, что раздельное существование подразделений службы не обеспечивало достаточной преемственности и качества медицинской помощи при наблю-



дению за беременными женщинами и новорождёнными детьми, приводило к односторонней квалификации кадров.

Таким образом, присоединение родильных домов и женских консультаций к многопрофильным больницам дало возможность оказывать все виды многопрофильной медицинской помощи женщинам и детям при осложнённом течении беременности, родов и перинатального периода, позволила значительно повысить эффективность деятельности службы.

Основные преимущества этого объединения — концентрация ресурсов на решение сложных проблем рационального ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с тяжёлой соматической патологией — сахарным диабетом, заболеваниями почек и сердца, септическими заболеваниями, невынашиванием беременности и других, а также в разработке тактики и технологий ведения раннего неонатального периода у детей от этих матерей.

Такая организационная модель позволяет преодолеть изолированность акушерской помощи и даёт возможность оказания многопрофильной высокотехнологичной медицинской помощи женщинам и детям, включая ведение беременности и родов при тяжёлых соматических заболеваниях матери, выхаживание детей с низкой и экстремально низкой массой тела и неонатальную хирургию. ■

Вера Шастина: «Москва является флагманом преобразований в сфере здравоохранения»

■ Светлана Лыбина

ГБУЗ «Городская поликлиника № 220» — настоящая фабрика здоровья, включающая 26 структурных подразделений и рассчитанная на 3360 посещений в день. Руководит этим крупнейшим лечебно-диагностическим учреждением Москвы В.Р. Шастина, главный врач с 20-летним стажем работы в этой должности.



— Вера Ростиславовна, вверенный вам коллектив добивается высоких результатов в оказании медицинской помощи населению столицы. Какую роль в этом сыграла проведённая реорганизация, какие принципиальные новшества появились в учреждении?

— Окончательно итоги подводить рано, но можно с уверенностью сказать, что проделанная работа принесла пользу. Отремонтированы больницы и поликлиники, строятся новые объекты, установлено современное высокотехнологичное оборудование, выстроена чёткая система и разработаны стандарты, которые помогают оказывать медицинскую помощь качественно и быстро.

Кроме того, мы перешли на эффективный контракт, проводим непрерывное обучение медицинских сотрудников, научились грамотно управлять нашими ресурсами, маршрутизировать внутренние процессы. Мы стали максимально эффективно использовать персонал. Мы «заточили» наших медиков на то, что главное в работе — это пациенто-ориентированность.

В совокупности это позволило повысить доступности и качество, о чём можно судить по конкретным измеряемым показателям. Так, если совсем недавно удовлетворённость московских пациентов оказанием им медицинских услуг составляла 30%, то теперь 90% довольны амбулаторно-поликлинической помощью. Растёт продолжительность жизни, снижается смертность — это очень важные показатели эффективности проведённой реформы.

Завершение внедрения московского стандарта поликлиник — одна из главных сегодняшних задач, поставленных

перед медицинским сообществом столицы, — на это нацелил во время своего отчёта в Московской городской думе Сергей Семёнович Собянин.

— В настоящее время практически все государственные амбулаторно-поликлинические учреждения Москвы подключены к Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС). Как вы оцениваете её необходимость и эффективность?

— Воспользовавшись сервисами ЕМИАС, пациенты могут быстро найти нужного специалиста и записаться к нему на приём, не приходя для этого в поликлинику. Система объединяет детские и взрослые городские поликлиники, стоматологические поликлиники, женские консультации, диспансеры, диагностические центры.

Основная задача системы — сделать использование бесплатных медицинских услуг доступным, качественным и удобным для граждан, избавить работников от бумажной рутины, дав им простой и удобный доступ к необходимой информации для оказания медицинской помощи, а руководству — достоверный и оперативный инструмент анализа и эффективного управления системой здравоохранения. В самое ближайшее время все поликлиники Москвы перейдут на электронные медицинские карты — это ещё один шаг к удобству, доступности и качеству услуг. Ну а запись к врачу стала совсем простой и удобной: к услугам пациентов телефон, портал госуслуг, другие сервисы, позволяющие сделать это на расстоянии. Находясь в поликлинике, тоже можно сэкономить время, записавшись через инфомат, а не в регистратуре. Так современные технологии служат людям.

— Для современного учреждения здравоохранения важны также грамотные технологии процессов планирования и управления. Что этому способствует?

— Большое спасибо Департаменту здравоохранения г. Москвы за возможность повышать свою квалификацию, это очень важно. Имея за плечами почти 20-летний опыт работы главным врачом, я с отличием окончила Российскую академию государственной службы при Президенте РФ по специальности «Государственное и муниципальное управление», прошла обучение в Московском городском университете управления по программе профессиональной переподготовки «Специалист по государственному и муниципальному управлению — Master of Public Administration (MPA)» (специализация «Управление в здравоохранении»). Наша система непрерывного образования предполагает, что главный врач — это не только медик, но и специалист, который знает экономику, менеджмент, что особенно важно сейчас.

— Насколько оправдывает себя трёхуровневая система оказания медицинской помощи? Удалось ли убедить пациентов в её преимуществе по сравнению с традиционными методами оказания медпомощи поликлиниками?

— Мы никого не убеждаем в её преимуществе, мы просто качественно лечим прикрепленных пациентов и стараемся наладить с людьми такой контакт, чтобы они приходили к врачу ещё тогда, когда ничего не болит, приходили на профилактический осмотр, проходили диспансеризацию. Конечно, если человек заболел, мы ему оказыва-



ем медицинские услуги в полном объёме, а если необходимо, то отправляем его в стационар, то есть на третий уровень. При этом использование стационарзамещающих технологий позволяет значительно сокращать объёмы планового направления в стационар.

— **Какие проблемы в трудовом коллективе удалось решить с помощью научного подхода к человеческому фактору?**

— Департаментом здравоохранения разработаны критерии, на которые мы ориентируемся в использовании своих ресурсов, в том числе кадровых. Как я уже говорила, принципиально новым является в первую очередь переход на эффективный контракт, непрерывное обучение в соответствии с федеральным законом. Сегодня персонал работает максимально эффективно, а мы, со своей стороны, помогаем не допустить или снять нервное напряжение: например, у нас в поликлинике медики имеют возможность посещать танцотерапию, спелео- или галокамеры. Это нововведения, которые предлагает пациентам наше Отделение платных услуг, но воспользоваться ими могут и наши сотрудники, для которых существует ряд скидок.

— **Качество медицинской помощи во многом зависит от наличия современной диагностической техники. Но бывают случаи, когда дорогостоящее оборудование простаивает, поскольку на нём некому работать. Как решается этот вопрос в ГП № 220?**

— У нас оборудование не простаивает, на нём есть кому работать. Но если оно активно используется, то так же активно изнашивается и приходит в негодность. Как депутат Московской городской думы я рада, что в бюджет и в программу «Столичное здравоохранение» заложено достаточно денег на то, чтобы закупить новое современное оборудование на замену вышедшему

из строя и починить то, что ещё вполне может хорошо работать.

— **Вера Ростиславовна, ваша деятельность на посту главного врача и в качестве депутата Московской городской думы даёт возможность более масштабно видеть процессы, происходящие в современном российском обществе, в частности в медицине. Какую оценку вы дали бы тем изменениям, которые происходят в этой сфере?**

— Мы, медики, очень хорошо понимаем, что от нас зависит, как правило, 10–12% здоровья, а остальное приходится на наследственность, экологию, социальные факторы и пр. Поэтому важны и диспансеризация, и профилактика, и привлечение внимания к теме здоровья, здорового образа жизни.

Важность и необходимость проведения диспансеризации заключаются в том, что она позволяет своевременно выявить сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, болезни обмена веществ и репродуктивной системы, провести полноценное лечение, предотвратить инвалидизацию, сохранить здоровье и репродуктивный потенциал населения. И говорить об этом, привлекать внимание к темам профилактики, взаимодействовать в этом направлении должны все: структуры власти, медицинское сообщество, средства массовой информации.

Уже сегодня ожидаемая продолжительность жизни москвичей выросла до 77 лет, и в этом немалая заслуга медицинских организаций столичного Департамента здравоохранения.

— **Какие новые задачи стоят перед работниками здравоохранения?**

— Задачи, которые предстоит решить медикам в ближайшем будущем, были озвучены в отчётном докладе мэра Москвы. Одним из важнейших направлений Сергей Семёнович Собянин считает создание вертикали лечения

больных с онкологическими заболеваниями. Наша цель — максимально сократить период от постановки диагноза до начала лечения. Очень важен и послеоперационный период, для этого необходимо создать базы для проведения химиотерапии.

Сергей Семёнович назвал и другие приоритеты в развитии московской медицины:

- модернизация системы оказания помощи экстренным пациентам, создание для этих целей отделений с хорошим оборудованием в крупных больницах, и на это уже выделены средства;
- завершение модернизации службы родовспоможения. Реконструируемые родильные дома должны быть удобными, комфортными акушерскими стационарами;
- улучшение качества поликлинической помощи пожилым людям и людям с несколькими хроническими заболеваниями, чтобы уменьшить количество обострений и сократить внеплановые госпитализации;
- завершение внедрения московского стандарта поликлиник.

Мэр, лично отслеживая доступность медицинской помощи, заострил наше внимание на её качественной составляющей. Деньги на эти преобразования выделены достаточные, и перспективы решения поставленных задач хорошие. Москва в данной ситуации является флагманом преобразований в сфере здравоохранения. ■



ДГП № 133: главные люди в поликлинике — маленький пациент и его родители

■ Нина Злаказова

В 2016 году Детская городская поликлиника № 133 приняла новый корпус из рук строителей. Разноцветные витражные окна, огромный аквариум, элегантная стойка-ресепшн, просторный холл с красивой удобной мебелью... Каждая деталь здесь обдумана, сделана с любовью к пациентам. Светлана Лазарева, главный врач ГБУЗ ДГП № 133 ДЗМ, рассказывает о работе и приоритетах учреждения.

— В структуру поликлиники входят четыре филиала, которые обслуживают детское население пяти районов: Левобережного, Ховрино, Головинского, Войковского и отдалённого Молжаниновского. В целом они составляют четверть Северного округа, с высокой плотностью застройки, а значит, и с постоянным увеличением жителей, которые становятся нашими пациентами. Сегодня у нас 49 тыс. человек прикрепленного населения, это молодые граждане от 0 до 18 лет. Мощностю поликлинического объединения до недавнего времени составляла 1080 посещений в одну смену (а мы работаем в две), с введением в эксплуатацию нового корпуса она увеличится и составит 1230 посещений в смену. У нас четыре педиатрических отделения, единое отделение профилактики, клиника-диагностическое отделение, включая и кабинеты специалистов; отделение лучевой диагностики, клиничко-диагностическая лаборатория.

Ключевые факторы успеха — это правильно поставленные цели и приоритеты плюс коллектив единомышленников. Мы работаем на результат — на то, чтобы в кратчайшие сроки достигнуть максимальных показателей здоровья наших маленьких пациентов благодаря серьёзному отношению к качеству работы, профессиональному подходу, искреннему желанию помочь. Основой основ для нас является опора на профилактику, на поддержание здорового образа жизни, на фундамент, заложенный изначально от природы.

— Наверное, эту догму необходимо в первую очередь донести до родителей, сделать их своими союзниками? Светлана Игоревна, как вам удаётся это?

— Да, работать надо в первую очередь с семьёй. Здесь очень много направлений, и первое из них базируется на взаимодействии с женскими консультациями, родильными домами. Есть разные инструменты в нашей работе — и методические рекомендации через систему вебинаров, и распространение информации через буклеты, проведение различных обучающих программ для родителей по сохранению здоровья ребёнка. Политика нашего учреждения направлена на поддержку грудного вскармливания, мы выступаем за то, чтобы в течение первого года малыш вскармливался молоком матери. Этим закладывается основа здоровья. У нас существует кабинет поддержки грудного вскармливания, работает телефон горячей линии. Следующее: мы стараемся охватить всех профилактическими осмотрами, чтобы максимально выявить на ранних стадиях риски развития хронических заболеваний и предотвратить их. Это тоже важный инструмент нашей работы. У нас функционируют кабинеты здорового ребёнка. Наши квалифицированные сотрудники оказывают здесь не только методическую помощь, но и показывают, обучают навыкам, необходимым для достижения хороших показателей здоровья. И в результате всего этого, можно сказать, на глазах происходит поворот к профилактической медицине.



ДОСЬЕ

Светлана Лазарева, кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ «Городская детская поликлиника № 133» Департамента здравоохранения города Москвы.

Родом из Казани, окончила Казанский государственный медицинский институт в 1991 году. Окончила интернатуру и ординатуру по педиатрии. С 2000-го по 2004 год училась в аспирантуре у академика В.А. Таболина, РГМУ.

Практическую деятельность начала в Детской инфекционной клинической больнице № 6 г. Москвы, работала врачом, потом заведующей отделением для детей раннего возраста. В 2011 году прошла первичное повышение квалификации по организации здравоохранения и возглавила Детскую городскую поликлинику № 19 г. Москвы.

В 2013 году в связи с реорганизацией возглавила ДГП № 133. С 2014-го по 2016 год прошла переподготовку в Московском государственном университете управления Правительства Москвы по программе MBA с присвоением квалификации «Специалист по государственному и муниципальному управлению – Master of Public Administration (MPA)», специализация «Управление в здравоохранении».

— **Чем ещё интересно ваше медицинское учреждение, может ли оно составить конкуренцию частным клиникам?**

— Вся деятельность поликлиники выстраивается в соответствии с единым стандартом города Москвы по модернизации здравоохранения, направленным на доступность и качество медицинской помощи. Благодаря постоянному контролю со стороны Департамента здравоохранения города Москвы и оказанию методической помощи удаётся в настоящее время составить конкуренцию частным клиникам, а где-то и превзойти по качеству медицинской помощи. Уровень профессионализма и качества в государственных клиниках порой выше, чем в частных медучреждениях. В городе Москве был осуществлён краудсорсинг-проект как раз для того, чтобы понять, какую горожане хотят видеть свою поликлинику, каков её образ. Сегодня у нас уже внедрён московский стандарт, однозначно изменилось отношение к людям, появились зоны комфорта, и всё это даёт удовлетворённость посетителям от визита в поликлинику. Кроме того, у нас существуют строгие механизмы контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Мы отслеживаем соответствие подготовки наших специалистов, проводим непрерывное обучение персонала. Государственное учреждение гарантирует качество оказания медицинских услуг.

— **И даже с кадрами нет проблем?**

— В настоящее время в поликлинике полная укомплектованность как педиатрами, так и врачами-специалистами. За счёт изменений в структуре здравоохранения повышается престиж работы в поликлинике, престиж работы на участке. Внедрена электронная карта, осуществляется предварительная запись — такая организация приёма облегчает работу врача. Мы стараемся поддерживать сотрудничество с кафедрами постдипломного образования, отделом интернатуры, ординатуры, размещаем своевременно информацию о вакансиях на всех возможных сайтах. В наших стенах тоже работают кафедры, и многие сотрудники у нас совмещают свою профессиональную деятельность с научной работой. У нас есть свои традиции, есть преемственность, и мы этим гордимся.



Происходит, конечно, естественное движение, связанное, например, с отпуском по беременности и уходу за ребёнком, но в целом кадровый вопрос у нас решён.

— **Что в поликлинике является для вас предметом особой гордости?**

— Во-первых, можно гордиться тем, что за короткое время удалось создать коллектив единомышленников. Во-вторых, это укомплектованность поликлиники. В-третьих, преемственность поколений — это важно, что у нас существует наставничество и сохранение традиций.

Кроме того, нам удалось создать единую структуру, стать единым организмом, который чутко реагирует на критические моменты и способен быстро перестраиваться в соответствии с общими потребностями.

Ещё одно достижение — это техническая оснащённость, информатизация.

Следующее — обратная связь с населением. Разработаны механизмы, инструменты этой связи. Наш информативный сайт широко используется людьми.

Также предметом гордости является и наш дневной стационар, благодаря которому мы очень много патологий берём на себя, не направляя пациентов на 3-й уровень.

Ещё можно гордиться тем, что мы объединили наши лабораторные исследовательские подразделения в единую клиничко-диагностическую лабораторию с выстроенной системой логистики. При этом для пациента всё осталось таким, как было: материалы для исследования берутся на местах, а сами исследования проводятся в лабораторном центре.

Это позволило оптимально использовать высокотехнологичное лабораторное оборудование плюс лучшие кадры и механизм контроля лабораторного качества. Лабораторная информационная система сегодня внедряется в практику.



Можно гордиться и показателями профилактики заболеваемости, снижением уровня хронических и острых заболеваний. В период эпидемии гриппа в районах обслуживания поликлиники уровень заболевания был ниже эпидемиологического порога — значит, наша работа с населением выстроена правильно.

Нельзя не гордиться и созданием отделения профилактики, в структуре которого есть кабинет здорового ребёнка и кабинет здорового детства, а также медицинские кабинеты в образовательных учреждениях, которые помогают в профилактической работе с организованными детьми. На сайтах школ мы внедрились отдельные медицинские рубрики и размещаем информацию о прохождении диспансеризации, необходимости вакцинации, схемах прививок, здоровом образе жизни.

Гордимся мы и внедрением московского стандарта: во всех поликлиниках сделаны ремонты и проведены важнейшие преобразования, к тому же за два года построено прекрасное 8-этажное здание в соответствии с планом Правительства Москвы, которое очень скоро смогут по достоинству оценить наши самые главные люди — маленькие пациенты. Всё, что делается у нас, — всё для них и ради них. Особенность детской поликлиники заключается в том, что у нашего пациента много сопровождающих взрослых, и поэтому внимание должно быть направлено на всю семью. В этом сложности, но в этом и плюсы: работая с семьёй, мы достигаем более стойкого и более правильного результата по профилактике заболеваний. Ведь если семья проигнорирует рекомендации врача — успеха не будет, а если врачу доверяют — это гарантия благополучного лечения и залог здоровья. В результате в целом в семье уменьшится заболеваемость, а у врача появится больше возможностей уделить внимание наиболее сложным случаям заболеваний у детей. ■

«Ядерные технологии на страже здоровья»: к 70-летию ФМБЦ имени А.И. Бурназяна



■ Ольга Сорокина

В Москве прошла юбилейная международная научно-практическая конференция «Ядерные технологии на страже здоровья», приуроченная к 70-летию флагманского учреждения ФМБА России — Федерального медицинского биофизического центра им. А.И. Бурназяна.



В пленарном заседании, открыл второе руководство ФМБА России Владимир Викторович Уйба, приняли участие первый заместитель министра здравоохранения Игорь Николаевич Каграманян, исполнительный директор по пилотируемым программам госкорпорации «Роскосмос» С.К. Крикалёв, генеральный инспектор Госкорпорации «Росатом» С.А. Адамчик и другие официальные лица.

С докладом о роли Центра в истории и современности выступил генеральный директор ФМБЦ А.С. Самойлов.

Поздравить юбиляров со всех уголков страны приехали руководители ведущих научных и медицинских учреждений ФМБА России и Министерства здравоохранения РФ, представители Российской академии наук, органов государственной власти.

Поздравление пришло даже с орбиты от космонавтов, в настоящее время ведущих работу на МКС. Они поприветствовали участников в прямом эфире.

Особая роль на конференции была отведена иностранным гостям. В пленарном заседании и работе секций в качестве модераторов приняли участие Патрисия Уортингтон, директор отдела по охране здоровья и безопасности департамента энергетики США (ДООЕ США); Пер Странд, глава департамента ядерной безопасности и радиоактивно-

сти окружающей среды в государственном управлении Норвегии по ядерной и радиационной безопасности (НРПА Норвегия); Малгожата Сневе, директор программы сотрудничества по вопросам нормативного регулирования в Государственном управлении Норвегии по ядерной и радиационной безопасности (НРПА Норвегия); Андреас Бук, директор Университетской клиники ядерной медицины, г. Вюрцбург (Германия); Мирослав Пинак, руководитель секции радиационной безопасности и дозиметрического контроля Отдела радиационной безопасности, безопасности перевозки и безопасности отходов МАГАТЭ и др.

В финале пленарного заседания генеральный директор ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России Александр Самойлов и директор Клиники ядерной медицины (г. Вюрцбург, Германия) Андреас Бук подписали научное соглашение об обмене специалистами, знаниями и опытом, а также о совместном ведении исследований в области радиофармацевтики. Второе соглашение было подписано между ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России и МГУ им. М.В. Ломоносова о совместной подготовке медицинских физиков для работы на высокоточных современных ускорителях электронов и протонов.

После пленарного заседания для гостей были организованы экскурсии по недавно открытому музею Федерального медицинского биофизического центра, который открылся в апреле к 100-летию со дня рождения А.И. Бурназяна, легендарного российского организатора здравоохранения, имя которого носит учреждение.

Во второй половине дня участники разделились по рабочим секциям, руко-

водителями которых стали признанные российские и международные эксперты.

Секцию «Актуальные вопросы радиационной безопасности» вели академик РАН, почётный президент ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России Л.А. Ильин; А.Ю. Бушманов, профессор, первый заместитель генерального директора ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Патрисия Уортингтон (ДООЕ США).

В секции «Ядерная медицина» модераторами стали М.В. Забелин, заместитель генерального директора ФМБЦ им. А.И. Бурназяна; Г.Е. Кодина, заведующая отделом радиационных технологий медицинского назначения ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, и Андреас Бук, доктор медицинских наук, профессор, директор Университетской клиники ядерной медицины, г. Вюрцбург.

Секцию «Непрерывное профессиональное образование в области радиационной безопасности и ядерной медицины: опыт, проблемы, пути решения» модерировали Т.В. Семёнова, директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России; И.Е. Тюрин, главный внештатный специалист Минздрава России по лучевой и инструментальной диагностике.

В рамках форума прошла конференция для молодых учёных, в которой приняли участие около ста учёных и специалистов из России и стран ближнего зарубежья. В первый день конференции молодые учёные посетили с рабочим визитом технопарк Сколково.

В рамках конкурса докладов трём победителям в секциях для молодых учёных почётный президент ФМБЦ Л.А. Ильин и генеральный директор А.С. Самойлов вручили дипломы, а в качестве призов — новые iPhone 7. ■

Счастье слышать

В Москве состоялась конференция, посвящённая 25-летию кохлеарной имплантации в России



■ Лариса Токарева

Человек с рождения погружается в мир разнообразных звуков. Но медицинская статистика свидетельствует, что на каждую тысячу новорождённых приходится один с тотальной глухотой, ещё три ребёнка теряют слух в первые три года жизни. Для них оказывается недоступным не только шум волн или пение птиц, но даже голос мамы. А главное — до недавнего времени такие дети не могли нормально адаптироваться в обществе сверстников.

Но всё поменялось с появлением программы кохлеарной имплантации (КИ). Её применение в России неразрывно связано с именем доктора медицинских наук, профессора Георгия Абеловича Таварткиладзе — директора и основателя Российского научно-практического центра аудиологии и слухопротезирования, заведующего кафедрой сурдологии Российской медицинской академии последиplomного образования, академика Российской медико-технической академии. На недавно состоявшейся в Москве юбилейной конференции «25 лет Кохлеарной имплантации в России» в его адрес прозвучало много слов благодарности от коллег и пациентов.

Главный специалист-оториноларинголог ФМБА России, доктор медицинских наук, профессор Я.А. Накатис назвал Георгия Абеловича не только первооткрывателем, но и многолетним пропагандистом данного направления медицины. С приветствиями и докладами выступили также главный директор лор-клиники, профессор, обладатель звания *honoris causa* Р. Ласциг (Германия); генеральный секретарь Международной федерации оториноларингологических обществ, профессор М. Профан (Словакия); почётный доктор М. Ленхардт (Швейцария); представители генеральных спонсоров — компаний Cochlear и Advanced Bionics; руководитель программы «Профилактика нарушений слуха и глухоты» ВОЗ доктор Ш. Чадха и др.

Однако главное слово принадлежало, бесспорно, Г.А. Таварткиладзе. В 1990 году Георгий Абелович вместе

с Э. и М. Ленхардт стоял у истоков программы многоканальной КИ. На следующий год были проведены две первые операции, в 1996 году внедрена программа аудиологического скрининга новорождённых и детей первого года жизни, благодаря которой к 2015 году средний возраст кандидатов на кохлеарную имплантацию в Центре снизился до полутора лет.

— На сегодняшний день только в РНПЦ аудиологии и слухопротезирования, — отметил его руководитель, — проведено 2318 операций. Клиническими базами Центра являются ДГКБ Св. Владимира и Госпиталь для ветеранов войн № 1 ДЗМ, Воронежская ОДКБ, Владимирская ОКБ.

Г.А. Таварткиладзе рассказал о развитии хирургического этапа КИ, зарегистрированных патентах на вмешательства при аномалиях развития внутреннего уха (в том числе с использованием навигационных систем). Среди новых перспективных разработок отметил электродную систему с возможностью введения в улитку уха медикаментов и стимулирующих агентов, а также внедрение интрамодиолярных электродов.

По словам профессора, можно говорить о двух наиболее важных достижениях последних лет. Это, во-первых, бинауральная имплантация, обеспечивающая стимуляцию обоих слуховых нервов; во-вторых, комбинированная электроакустическая стимуляция, использующая две моды стимуляции — акустическую и электрическую — у пациентов с остаточным слухом на низких частотах.

Будут проводиться дальнейшие исследования, в частности генетические, предусматривающие разработку методов генной терапии, заключающейся в искусственной экспрессии РНК.

Среди организационных трендов Г.А. Таварткиладзе назвал подготовку хирургов по проведению КИ, создание центров реабилитации больных после КИ, обучение специалистов-аудиологов и сурдопедагогов и дистанционное консультирование.

Профессор считает крайне необходимым развитие метода и создание центров КИ в российских регионах.

На конференции были рассмотрены вопросы инновационных технологий в реабилитации больных с тугоухостью и глухотой; объективных методов в диагностике и оценке эффективности реабилитации больных; опыта использования и перспектив развития стволомозговых имплантов, имплантов среднего уха и костного звукопроведения; бимодальной, билатеральной и электроакустической стимуляции; телеаудиологии в диагностике и реабилитации больных с тугоухостью и глухотой.

Главным подарком Георгию Абеловичу и всем врачам, возвращающим слух своим пациентам, в этот день стало выступление детей, прооперированных в Центре и успешно использующих кохлеарные импланты. Девочки и мальчики приехали из разных уголков России. Они пели и танцевали под музыку, читали стихи и вели диалог на английском языке. И все без исключения проносили слова благодарности людям, подарившим им счастье слышать. ■

Виктор Трухин: «Мы прилагаем значительные усилия, чтобы соответствовать статусу флагмана российской иммунобиологической промышленности, и нам это удаётся»

■ Светлана Лыбина

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт вакцин и сывороток является лидером среди российских предприятий, от продукции которых зависит успех в борьбе с опасными недугами. О сегодняшних достижениях учреждения и планах на перспективу рассказывает его директор Виктор Трухин.

— Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт вакцин и сывороток обладает высоким научным потенциалом в области медицинской биотехнологии, в частности в разработке и производстве вирусных вакцин. Вакцины для профилактики гриппа являются очень наукоёмким продуктом, требующим постоянного совершенствования в процессе производства. Это связано прежде всего с тем, что производственные штаммы вируса гриппа, используемые для изготовления вакцин, меняются каждый год и для того, чтобы произвести адаптацию имеющейся технологии к новым штаммам, необходимы высокий научный потенциал и соответствующая квалификация сотрудников. Сегодня СПбНИИВС ФМБА России обладает и тем, и другим, нам удаётся не только с высоким качеством и в срок выпускать нужные объёмы вакцины, но и с каждым годом наращивать производственные мощности, главным образом за счёт увеличения эффективности производства.

— **Виктор Павлович, в 2013 году состоялись переговоры о сотрудничестве с Никарагуа. О каких результатах совместной деятельности можно говорить сегодня?**

— Проект уже вышел на финишную прямую. 22 октября 2016 года в Манагуа, столице Республики Никарагуа, состоялось торжественное мероприятие, приуроченное к завершению строительства первого в Центральной Америке иммунобиологического предприятия по производству вакцин — Mechnikov. В церемонии приняли участие министр здравоохранения России В.И. Скворцова, руководитель ФМБА России В.В. Уйба, президент ПАОЗ/ВОЗ Карисса Ф. Этьенн, директор Никарагуанского института социального развития доктор Р. Лопес.

Завод Mechnikov построен в рекордно короткие сроки, началом строительства стала закладка первого камня предприятия главой Минздрава России В.И. Скворцовой. «Менее года назад, 4 ноября 2015 года, мы заложили камень на том месте, где должно было возникнуть биомедицинское биотехнологическое производство сезонных вакцин против гриппа», — сказала министр на открытии завода.

Отмечу, что производственные мощности Mechnikov, расположенные на 8 тыс. кв. м, являются на сегодня одними из самых передовых и современных не только в Латинской Америке, но и в мире.

Несмотря на сжатые сроки и удалённость региона от России, объект был сдан в заявленные сроки. Такого результата удалось достичь, сконцентрировав в одном проекте российские технологии и ноу-хау, передовой опыт создания фармпроизводств, современные технологии строительства и используя самое современное оборудование ведущих мировых разработчиков.

— **Какие новые латиноамериканские рубежи планирует освоить СПбНИИВС, стартовав с никарагуанской площадки?**

— Открытие завода Mechnikov показало, что с Россией надо и можно договариваться, и если правильно вести переговоры, то подобные предприятия могут возникнуть в целом ряде стран региона. В частности, мы ведём переговоры о сотрудничестве с Эквадором в рамках существующего там проекта «Город знаний» — аналога нашего «Сколково» — и целым рядом других стран.

— **Какие проекты осваиваются институтом сегодня? Насколько важны их результаты для здравоохранения страны и когда на рынке появятся новые препараты?**

— Наша научно-исследовательская работа ведётся не только в научно-производственных комплексах, таких как «Новые лекарственные формы» и «Вирусные препараты», но и, собственно, в производственных подразделениях, например на базе цехов «Клинико-диагностические и ферментные препараты», «Комбинированные вакцины», «Готовые лекарственные средства», а также при участии других отделов (контроля качества, главного технолога).

Тематика проектных работ обширна и разнонаправленна, включает исследование и разработку принципиально новых препаратов, а также совершенствование уже имеющихся классических и инновационных подходов, среди них:

- исследование и разработка иммуноадьювантов (добавок, повышающих эффективность) для вакцин против актуальных инфекций, в том числе гриппа;
- оптимизация технологических этапов для производства вирусных и ферментных препаратов, классиче-



ских и инновационных вакцин (культивирование, в том числе на культурах клеток; очистка и концентрирование, в том числе с использованием высокоэффективных хроматографических подходов; контроль специфической биологической активности);

- исследования и разработка вакцин против герпеса в инновационной лекарственной форме;
- исследования и разработка вакцин против других актуальных инфекций, в том числе в отношении которых отсутствуют отечественные вакцины и адекватные национальные производственные мощности для их выпуска;
- трансфер и адаптация технологий: собственных — для партнёров в других странах и новых — на базе нашего НИИ;
- разработка и совершенствование документации по препаратам.

Для здравоохранения страны особое значение имеют национальные производственные мощности по вакцинам против гриппа с актуальным штаммовым составом, обеспечивающие потребности календаря профилактических прививок в РФ. Весьма важны результаты работ по совершенствованию ферментосодержащих ранозаживляющих средств (например, на основе коллагеназы, террилитина), а также по препаратам для диагностики туберкулёза и оценки эффективности вакцинации против этого инфекционного заболевания, тем более что борьба с ним в последние годы идёт с переменным успехом.

В отношении вакцин против гриппа имеется задел по результатам НИР плюс

кадровый и технологический потенциал опережающего развития, являющийся основой для создания препаратов следующего поколения, сочетающих эффективность и безопасность, а также экономическую целесообразность, особенно при массовой иммунизации. Одна из таких платформ — исследование и разработка адъювантов для вакцин против актуальных инфекций человека и животных.

Выход новых иммунобиологических препаратов на рынок — непростая, длительная и дорогостоящая работа, однако мы уверены, что результаты проводимых в СПбНИИВС исследований будут внедрены в практику уже в ближайшей перспективе.

— Успешность предприятия во многом определяет человеческий фактор. Как у вас решается кадровый вопрос?

— В СПбНИИВС создана и успешно применяется модель компетенций, которая принята в соответствии с целями и ценностями нашего института. Возможность заявить о себе предоставлена каждому нашему сотруднику, оценка и развитие компетенций персонала являются перманентным процессом.

Так, благодаря этим мероприятиям в настоящий момент в СПбНИИВС сформировалась инновационная образовательная среда, сложился «золотой кадровый состав», позволяющий готовить высококвалифицированный персонал как внутри предприятия, так и охватывать внешнюю среду в совместных проектах с Санкт-Петербургской химико-фармацевтической академией;

и в этом году на базе СПбНИИВС была организована базовая кафедра иммунобиотехнологии. Сейчас в институте создан пул экспертов и внутрикорпоративных тичеров, которые в настоящий момент проводят большую работу при обучении молодых и вновь принятых специалистов.

Вновь поступающие работники в обязательном порядке проходят курс обучения и оценки компетенций на рабочем месте. Благодаря предварительному отбору и отсеиванию случайных людей, которые уже в первые месяцы на предприятии не проявили необходимого потенциала, заинтересованности в работе и желания овладеть профессией, у нас остаются наиболее перспективные кадры.

— Виктор Павлович, расскажите о перспективных планах развития СПбНИИВС. Чего вы стремитесь достичь в первую очередь и какова дальнейшая стратегия института?

— Одна из приоритетных задач научной работы нашего института — исследование и разработка инновационных диагностических препаратов и вакцин следующего поколения, причём как в отношении хорошо известных и актуальных инфекций (например, грипп), так и появившихся сравнительно недавно. Другими словами, имеется ряд векторов развития.

Особое внимание уделяется поддержке молодых специалистов, а также непрерывному обучению сотрудников, в том числе подготовке научно-педагогических кадров высшей квалификации (кандидаты и доктора наук по направлениям микробиологии, вирусологии, биотехнологии).

В краткосрочной перспективе мы ожидаем консолидации усилий научных и производственных подразделений, увеличения выхода научной продукции и, как следствие, внедрения в реальную практику полученных коллективом результатов.

Стратегическая цель — производство препаратов, которые приблизят нас к искоренению инфекций, как это было сделано с натуральной оспой, а сейчас проводится в отношении полиомиелита. Мы прилагаем значительные усилия, чтобы соответствовать статусу флагмана российской иммунобиологической промышленности. И нам это удаётся. ■

КБ № 172 ФМБА России: на грани фантастики

■ Ильдар Субаев

ФГБУЗ КБ № 172 ФМБА России в г. Димитровграде Ульяновской области — одна из крупнейших лечебно-профилактических организаций Федерального медико-биологического агентства. В клинической больнице, оказывающей медицинскую помощь коллективу научно-исследовательского института атомных реакторов (АО «ГНЦ НИИАР») и 120-тысячному населению города, работают почти 400 врачей и более 1100 средних медицинских работников. А начиналось всё 60 лет назад...



НА ПУТИ К СОЗДАНИЮ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОГО ЦЕНТРА

В 1956 году правительство СССР принимает решение строить в поволжских лесах, вблизи городка Мелекесса, научно-исследовательский институт атомных реакторов. Уже в апреле Минздрав СССР издаёт приказ об организации медико-санитарной части (МСЧ № 65). Выделяют два барака — под стационар и поликлинику, в которых работают несколько медработников. Главным врачом назначают Ю. Серкова.

Год спустя у медсанчасти появляются ещё два барака, это позволяет увеличить количество коек в стационаре (терапевтического, детского и инфекционного профиля) до 65, а поликлиника начинает работать на 150 посещений в день. В 1957 году начальником медсанчасти становится Н. Зубарев, опытный организатор здравоохранения. Он собирает вокруг себя единомышленников — первых

специалистов МСЧ № 65, которые оставили яркий след в истории учреждения. Это врач-терапевт Ю. Малькова; заведующая терапевтическим отделением Р. Чанышева; врач-педиатр М. Богомолова; врач-хирург В. Лысцова; врач-инфекционист Л. Кондра; врач-рентгенолог Р. Фомина; врач-терапевт П. Елисеева; заведующая клинической лабораторией А. Тихонова; врач-отоларинголог Ю. Серков; врач-офтальмолог Э. Серкова; врач-стоматолог Г. Потаманова; главный врач СЭС А. Мережкина; врач пищевой санитарии В. Власова-Смирнова; врач-педиатр Н. Шляпкина; врач-гинеколог М. Бернштейн; зубные врачи Н. и Т. Ставничук; врач-педиатр (позже заведующая инфекционным отделением) А. Зубарева. Медсанчасть периодически пополнялась новыми специалистами, так, в 1958 году в коллектив пришёл врач-хирург И. Казанцев, который работает в КБ и сегодня!

Не проходило года, чтобы медсанчасть не прирастала современными зданиями. Открылись аптека, пункт скорой медицинской помощи, четырёхэтажный лечебный корпус, родильный дом с женской консультацией, детская молочная кухня, инфекционное отделение.

Коллектив института постоянно увеличивался, поэтому в 1963 году для его сотрудников выделили цехового врача, открыли фельдшерский здравпункт на промышленной площадке, который через несколько лет перешёл на круглосуточный режим работы, увеличили и количество цеховых врачей.

В 1968 году медсанчасть по числу коек на 1000 населения, качеству оборудования, оснащённости (особенно диагностической аппаратурой), укомплектованию врачебными кадрами превосходила районную и городскую больницы. Но на этом её развитие не остановилось: построили детскую поликлинику со стационаром, поликлинику для взрослых, противотуберкулёзный диспансер, приобреталось оборудование, в том числе импортное, было трудоустроено большое количество узких специалистов.

В результате целенаправленной работы в 80-е годы в медсанчасти работало 1200 человек, из них 230 врачей. Учреждение стало школой передового опыта по геморрагической лихорадке. Большое внимание уделялось радиационной медицине и гигиене, охране материнства и детства, кардиологии, онкологии, травматологии, реанимации. Регулярно проводились научно-практические конференции.

Сотни высококлассных специалистов внесли большой вклад в формирование и развитие медсанчасти. Среди них И. Варлаков, М. Корнилова, В. Минаков, Н. Шевченко, В. Пронченко, К. Мишагина, Н. Чернова, В. Гавриленкова, Д. Кочергин, К. Мартыанова, А. Смирнов, Т. Елисеева, Н. Липатова, А. Сурина, Л. Беркутов, В. Тихонова, Н. Пондякова, З. Храмова, В. Качалина, А. Малышева, Т. Кизина, Е. Ульянова, В. Кормилицын, Н. Кокурина и многие другие.

С начала 2000-х годов функции МСЧ перешли к ФГБУЗ МСЧ № 172 (с 2011 года —



12 октября 2016 года в г. Димитровграде Ульяновской области на стройплощадке Федерального высокотехнологического центра медицинской радиологии ФМБА России произошло знаменательное событие: начался монтаж уникального циклотрона, который специалисты образно называют «сердцем» гигантского технологического комплекса протонной терапии

ФГБУЗ КБ № 172) ФМБА России. Помимо оказания медицинской помощи сотрудникам АО «ГНЦ НИИАР» и горожанам, она участвует в строительстве Федерального высокотехнологического центра медицинской радиологии (ФВЦМР) ФМБА России.

УНИКАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ

Следует заметить: всё, что делалось и ещё будет делаться на стройплощадке ФВЦМР ФМБА России, уникально. По одной простой причине — объект крайне сложный и ничего подобного раньше в стране не проектировалось. Вообще идея создания подобного центра казалась фантастической: масштаб задачи и её технологическая сложность вызывали у скептиков большие сомнения. В частности, были вопросы к стоимости и срокам строительства, пока независимая немецкая компания по заказу российского правительства не провела аудит, установив, что стоимость аналогичного центра в Германии обошлась бы в 43 млрд рублей, а строительство продолжалось бы 8 лет. Стоимость отечественного проекта — порядка 20 млрд рублей, его реализация началась в 2010 году, а до завершения строительства осталось совсем немного: сдача объектов будет происходить поэтапно в течение 2017–2018 годов. Ежедневно на стройплощадке работают более 500 специалистов, в том числе представители ряда иностранных компаний. Готова к эксплуатации производственная аптека, завершаются отделочные работы, монтируется оборудование в здании ПЭТ-центра, а в корпусе протонной терапии уже установлены два магнитно-резонансных и два компьютерных томографа. Представители компании-производителя

приступили к монтажу циклотронного комплекса, состоящего из ускорителя с техническими помещениями и четырёх лечебных комнат: двух процедурных кабин с гантри, процедурной с фиксированным положением пучка и процедурной для протонной терапии глаза. А 12 октября 2016 года произошло знаковое событие для строительства протонного центра: начались работы по установке циклотрона — огромного высококачественного ускорителя, который разгоняет протоны до скорости света и направляет их точно в опухоль.

Команду на начало установки протонного ускорителя дал руководитель ФМБА России Владимир Викторович Уйба. Огромный кран марки Manitowoc 1800 (грузоподъёмность 757 т), который ради этой операции перегнали со строительства Керченского моста в Димитровград, аккуратно оторвал нижнее кольцо циклотрона весом 125 т от специальной площадки. Груз диаметром 4 м, похожий в воздухе на летающую тарелку, медленно подняли выше стен каньонов корпуса протонной терапии и переместили к уже открытому монтажному проёму в кровельном покрытии площадью 22 кв. м, а затем опустили внутрь здания. Через некоторое время такой же путь проделало верхнее кольцо примерно такой же массы.

— На наших глазах происходит историческое событие не только для Ульяновской области, но и для всей страны, — заметил во время установки оборудования руководитель ФМБА России **В.В. Уйба**. — В корпусе протонной терапии начался монтаж циклотрона бельгийской компании IBA. Это оборудование уникальное, не имеющее аналогов, оно проходило настройку в Дубне — объединённом институте ядерных исследований — и благодаря

усилиям российских учёных и специалистов стало на 30% эффективнее. Протонами можно лечить все типы раковых заболеваний. При некоторых опухолях, например головного мозга, особенно их глубинных структур, ранее неоперабельных, протонная терапия является незаменимой. Особую эффективность она показала при лечении онкологических заболеваний у детей.

— Действительно, это самый эффективный из всех циклотронов нашей страны, действующих сейчас в мире (фирма оснастила своей продукцией более 65% из 40 протонных центров, имеющихся на планете. — *Авт.*), — пояснил К.В. Макаренко, вице-президент бельгийской компании IBA — директор представительства в России и странах СНГ. — Через несколько месяцев после настройки оборудования мы планируем получить первый пучок заряженных частиц. С помощью специального устройства он будет поставляться до очага онкологического заболевания с точностью до 0,5 мм и уничтожать опухоль с помощью заряженных протонов, не задевая при этом здоровые ткани.

— У нас есть центры, в которых используются отдельные технологии, а в Димитровграде начнёт работу первый в России и самый крупный в Европе комплекс замкнутого цикла ядерной медицины, в котором наряду с протонной терапией будут представлены все имеющиеся на сегодня методы диагностики и лечения, — особо отметил В.В. Уйба.

Напомним, что ФВЦМР ФМБА России строится в рамках концепции государственной программы «Создание федеральных центров медицинских радиологических технологий» во исполнение поручения президента РФ В.В. Путина. ■

Медицинское обеспечение спорта высших достижений: Олимпиады, универсиады, чемпионаты

■ А.П. Серета, руководитель ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации ФМБА России»

Фундаментальный опыт врачей по спортивной медицине в нашей стране превышает 70 лет, и нередко уникальные достижения отечественных специалистов позволяли добиваться блестящих спортивных результатов.

С 2009 года началась новая страница в истории спортивной медицины, когда медико-биологическое и медико-санитарное обеспечение (МБО) спортсменов сборных команд России (СКР) было возложено на ФМБА России. С целью обеспечения нового качественного уровня медицинской помощи СКР был создан ФГУ «Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины Федерального медико-биологического агентства», правопреемником которого является ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации ФМБА России».

Особенностями МБО спортсменов сборных команд России на современном уровне является обеспечение оказания высококвалифицированной медицинской помощи на всех этапах тренировочной и соревновательной деятельности, диагностика состояния здоровья и восстановительного лечения спортсменов в период проведения учебно-тренировочных сборов (УТС) при подготовке к важнейшим соревнованиям в непосредственной близости от спортивных объектов.

На каждом этапе подготовки спортсмена медицинское обеспечение является обязательным и должно включать неотложную медицинскую и амбулаторно-поликлиническую помощь, а также стационарное лечение.

С целью оптимизации системы оказания медпомощи, приближения специализированной медицинской помощи к месту проведения спортивных мероприятий, мониторинга функционального состояния спортсменов и поддержания их в оптимальном состоянии в ходе тренировочного и соревновательного процессов, а также осуществления мероприятий по психологической диагностике и коррекции в ФМБА России формировались бригады медицинских специалистов для работы в медицинских центрах,

которые развёртывались в непосредственной близости от места проведения соревнований. Это позволило поднять уровень МБО спортсменов на новую высоту.

Первой серьёзной проверкой стали **XXX Олимпийские летние игры в г. Лондоне (Великобритания)**, где были развёрнуты три медицинских центра ФМБА России. Центры представляют собой не просто увеличенные копии медицинских пунктов, которые всегда имелись на Олимпийских играх, они несут новую форму и содержание медицинского сопровождения. И по оснащению, и по особенностям работы медицинские центры ФМБА России во многом уникальны, что даёт дополнительное преимущество спортсменам СКР. До этого никогда в мире на соревнованиях у сборных команд не было такого типа медицинской поддержки.

Концепция приближения медицинской помощи к местам проведения соревнований показала высокую эффективность и получила импульс к дальнейшему развитию.

Так, с 2013 года для обеспечения работы специалистов на крупных спортивных мероприятиях стали успешно применяться разработанные в ФМБА России мобильные медицин-



ские комплексы (ММК). Для медицинского сопровождения спортсменов на **XXVII Всемирной летней Универсиаде 2013 года в г. Казани** был выдвинут ММК в составе диагностического модуля, двух лечебно-восстановительных модулей, модуля психологической диагностики и реабилитации с полным штатным оснащением и современным оборудованием.

МБО Универсиады в Казани позволило наработать бесценный опыт практического применения мобильного медицинского комплекса, что дало медицинскому персоналу ССК увидеть плюсы и минусы предлагаемой медицинской технологии и научиться максимально эффективно использовать ММК на крупных международных соревнованиях, особенно в преддверии XXII Олимпийских зимних игр.

Следующим важным международным мероприятием стал **XIV Чемпионат мира по лёгкой атлетике 2013 года в г. Москве**. На нём впервые работа по МБО спортсменов СКР велась на базе мобильного медицинского комплекса как самостоятельной единицы, способной полноценно заменить стационарный медицинский центр.

Таким образом, активная работа по оптимизации МБО спортсменов СКР выходила на финишную прямую перед

главным стартом — XXII Олимпийскими зимними играми в г. Сочи. Сочинская Олимпиада должна была стать важнейшим экзаменатором всего того опыта в практическом медицинском сопровождении спортсменов СКР, который успело накопить ФМБА России с момента передачи в его ведение медицинского обеспечения спортсменов СКР.

На **XXII Олимпийских зимних играх 2014 года в г. Сочи** медицинские центры ФМБА России были развернуты в местах проживания спортсменов в прибрежной Олимпийской деревне, в горнолыжном центре «Роза Хутор», в комплексе соревнований по лыжным гонкам и биатлону «Лаура». Дополнительные медицинские центры, которым были приданы силы и средства мобильного медицинского комплекса, развернулись в жилом комплексе «Горки Город» в районе Красной Поляны и на территории гостиницы «Азимут» рядом с прибрежной Олимпийской деревней. Всего в оказании помощи спортсменам СКР принимали участие специалисты пяти медицинских центров ФМБА России и 127 работников Агентства. В состав типового медицинского центра входили 5–8 специалистов, в том числе врач по спортивной медицине, травматолог, мануальный терапевт, кардиолог, физиотерапевт, психолог, массажисты. Техническую поддержку работы центров обеспечивала команда специалистов IT, инженеров и водителей. Все специалисты находились на связи круглосуточно. Было налажено взаимодействие с врачами медицинских организаций края, осуществляющих медицинское обеспечение Олимпиады.

Штаб группы медицинского обеспечения располагался в помещении медицинского центра в ЖК «Горки Город». Управление работой осуществляли руководитель ФМБА России В.В. Уйба лично и начальник Управления организации спортивной медицины Ю.В. Мирошников.

При описании МБО XXII Олимпийских зимних игр 2014 года в г. Сочи необходимо упомянуть о большой удалённости медицинских центров друг от друга (до 30 км), так что центрам зачастую приходилось работать автономно.

За время Олимпиады за медицин-

ской помощью обратилось 387 человек, в том числе 176 спортсменов. Было отпущено 689 процедур.

Работа ФМБА России на зимних сочинских Играх высоко оценена руководством страны. Более 100 сотрудников Агентства удостоены государственных и ведомственных наград за успешное МБО спортсменов СКР на Олимпиаде в г. Сочи.

Но на этом работа не прекратилась.

Ежемесячно в мире проходит множество международных соревнований, и в них участвуют спортсмены сборных команд страны. В 2015 году, например, специалистами ФМБА России было обеспечено 2803 спортивных мероприятия, из них 780 — международного уровня. А нынешний, 2016 год стал знаковым для сборных команд страны, и ознаменовался он не только давлением на российских спортсменов со стороны международных организаций, но и уникальными условиями проведения Олимпийских игр в Южной Америке. Соревнования проходили с 5-го по 21 августа, то есть когда на том континенте календарная зима. Температура в этот период колебалась от +18 до +25 °С.

Разница во времени между Москвой и Рио-де-Жанейро составляет 6 часов. Авиаперелёт из городов Европы — 12 часов. Климат жаркий и влажный, несколько напоминающий афинский.

Медицинское сопровождение спортсменов российской сборной на **XXXI Олимпийских играх в Рио-де-Жанейро** осуществлялось специалистами ФМБА России по трёхступенчатой системе:

- медицинский персонал сборных команд России;
- медицинский центр ФМБА России в Олимпийской деревне;
- медико-восстановительный центр ФМБА России вне Олимпийской деревни.

В составе Медицинского центра в Олимпийской деревне находились главный врач, травматолог, терапевт, физиотерапевт, 2 массажиста, психолог, специалист по антидопингу.

В медико-восстановительном центре ФМБА России вне Олимпийской деревни работали координатор, а также врач по спортивной медицине, 2 физиотерапевта, 2 массажиста, психо-



лог, мануальный терапевт, 2 диетолога.

График работы медицинских центров строился соответственно графику тренировок и соревнований, с 7 до 24 часов. Главный врач центра и дежурный врач находились на связи круглосуточно.

За время проведения Игр в медицинские центры ФМБА России было 923 обращения, из них 638 (69%) — со стороны спортсменов.

Основную массу среди спортсменов составили обращения по поводу профилактических мероприятий — 42%. В первой пятёрке также обращения по поводу заболеваний органов дыхания, костно-мышечной системы и травм.

Все подразделения работали в сотрудничестве с предоставленными Оргкомитетом Игр поликлиникой в Олимпийской деревне и госпиталями Americas Medical City. Медицинские центры были оснащены современным медицинским оборудованием и полностью укомплектованы средствами для оказания экстренной и реанимационной помощи, лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, медицинскими укладками и психофизиологическим оборудованием.

Олимпийские игры в г. Рио-де-Жанейро определили новую реальность работы медицинского персонала сборных команд и задали векторы развития в условиях внешнего давления. ■

Владимир Кондюков: «Многопрофильные медицинские центры — будущее регионального здравоохранения»



■ Светлана Лыбина

ГБУЗ Калужской области «Калужская областная клиническая больница» — многопрофильное медицинское учреждение, оказывающее стационарную медицинскую помощь по 26 профилям, поликлиническую — по 23 специальностям и осуществляющее около 3550 выездов в лечебные учреждения области для оказания экстренной и консультативной медицинской помощи. Ежегодно в больнице проводится свыше 20 000 операций, в консультативной поликлинике фиксируется более 100 000 посещений, стационарную помощь получают более 35 000 пациентов. С 2015 года это крупное медицинское учреждение возглавляет В.М. Кондюков.

недавно перинатальный центр, который, по оценке министра В.И. Скворцовой, принявшей участие в его открытии, является одним из самых современных центров в стране, с высокопрофессиональным персоналом.

— Перинатальный центр, открытый в рамках президентской программы, рассчитан на 5,5 тыс. родов в год, оснащён самым современным оборудованием, изготовленным солидными европейскими фирмами. Здесь имеется операционный блок с одиннадцатью индивидуальными родильными залами, отделения патологии беременных, реанимации и интенсивной терапии новорождённых. В структуру стационара для оказания помощи беременным и роженицам входят женская консультация и гинекологическое отделение. Отделение патологии беременности с односторонними и двухсторонними палатами со всеми удобствами рассчитано на 60 коек.

Благодаря новейшему оборудованию мы имеем возможность выхаживать младенцев с экстремально низкой массой тела (от 500 г) и врождёнными патологиями. Для этого в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых создан уникальный микроклимат: в камерах, где регулируются температура и влажность воздуха, создаётся обстановка, приближённая к внутриутробной, и ребёнок продолжает там расти в комфортных для себя условиях.

Важно то, что перинатальный центр является подразделением областной

клинической больницы, связан переходом со всеми её корпусами. Поскольку в областной больнице одновременно круглосуточно дежурят 26 врачей различных специальностей, мы имеем возможность в кратчайшие сроки решить любую проблему, возникающую в перинатальном центре, ведь женщина порой нуждается в помощи разных специалистов. В течение 15–20 минут может быть проведён любой консилиум. Кроме того, для перинатального центра доступна диагностическая база областной больницы.

— Вы считаете, что будущее за такими крупными медицинскими комплексами?

— Я считаю, что для регионального здравоохранения такие многопрофильные больницы — единственно правильный вариант. Только тогда пациент, находящийся в любом состоянии, в данном лечебном учреждении может получить медицинскую помощь в полном объёме.

— На базе Калужской ОКБ проводятся научные конференции, семинары. Что позволяет выполнять роль регионального методического центра?

— У нас имеются хорошие помещения, современные технологии и оборудование, а главное — высокий уровень профессионализма специалистов клиники. Всё это открывает новые рубежи: мы планируем проводить межрегиональные семинары, международные встречи. Первая конференция с участием иностранных неонатологов и акушеров состоялась уже в этом году. ■

— Владимир Михайлович, история больницы насчитывает уже более 150 лет. Сохранились ли в ней земские традиции служения делу милосердия?

— На первый взгляд, сегодня работа строится по-другому. Земский врач, по сути, универсал — в нынешней же медицине царят чёткая специализация и стандартизация. Но, как и много лет назад, высокие этические принципы врача традиционно являются фундаментом профессионализма моих коллег. «Спасибо судьбе за дарованную честь стоять у постели больного», — эти слова принадлежат земскому врачу, посвятившему свою жизнь благородной миссии. Таких врачей очень много у нас и теперь, о чём свидетельствуют как благодарные отзывы пациентов, так и заслуженные награды: 13 моих коллег имеют почётное звание «Заслуженный врач РФ», 5 — почётное звание «Заслуженный работник здравоохранения РФ», 23 врача награждены значком «Отличник здравоохранения», 1 врач удостоен медали «За особые заслуги перед Калужской областью» III степени.

— Тогда как нравственно-этические категории медицины остаются неизменными со времён Гиппократов, в области технологий и оборудования всё стремительно меняется. Примером может служить открывшийся



Современные клиники стремятся не только привлечь к себе внимание, но и создать прочные отношения с постоянным пациентом, вовлечь его в процесс лечения. Присутствие таких привычных вещей, как возможность переписки с компанией в чате, запись без звонка и оплата услуги из мобильного приложения, положительно сказываются на отношении к любой компании.

Возможности IT для медицинского бизнеса: как «подружиться» с пациентами?

Сервис ONDOC объединяет на одной площадке врачей, клиники и пациентов. Администраторы клиник подключают их и поддерживают постоянный контакт через ONDOC без спама и оплаты за каждое оповещение. В зависимости от абонентской платы контакт с каждым пациентом обходится от 2 до 24 рублей в месяц. Клиники с ONDOC в среднем получают 1500 лояльных клиентов в год, рассказывая пациентам о сервисе и его возможностях.

• **Напоминания о визите.** Запись к врачу автоматически попадает в профиль пациента в ONDOC. Сервис заранее напоминает о предстоящем визите. Благодаря такому инструменту пациенты не пропускают приём, а нагрузка на администраторов снижается, потому что звонить и напоминать не нужно.

• **Онлайн-платежи.** Пациенты могут оплачивать услуги клиники онлайн через ONDOC: вносить предоплату за медицинские услуги, покупать программы check-up и абонементы по безопасному безналичному расчёту, при котором деньги за несколько секунд поступают в клинику.

• **Мобильный чат.** В текстовой переписке можно консультировать по услугам, записывать на приём, приглашать на повторные обследования и поддерживать постоянный контакт с пациентами. Чат повышает скорость

обслуживания: разговаривать по телефону можно только с одним пациентом, а переписываться — с несколькими. Клиника не теряет клиентов: они знают, что если не получилось дозвониться, можно написать. Клиники не только ведут переписку с пациентами, но и делают массовые рассылки, например сообщают клиентам о том, что изменился график работы или поздравляют женщин с 8 Марта.

• **Уведомления об акциях.** «Акции» в ONDOC уникальны тем, что можно выбрать получателей оповещения. Это недоступно для традиционных инструментов, таких как смс- или email-рассылки. Обследования со скидкой «Проверим сердце» можно прислать мужчинам и женщинам старше 35 лет, а «Профессиональную чистку зубов» отправить всем.

• **Онлайн-запись на приём.** Пациент может не звонить, если хочет записаться в клинику. В ONDOC можно подключить онлайн-запись через интеграцию с внутренней МИС клиники. Также пациент может записаться, если напишет администратору в чате или отправит заявку на обратный звонок.

• **Передача информации в медкарту.** Если интегрировать внутреннюю МИС клиники с ONDOC, можно передавать результаты приёмов, медицинских исследований и анализов, которые были получены во время визита в кли-

нику. Если подключения к МИС нет, то пользователь может вносить данные вручную.

• **Видеочат «врач — пациент».** Пациенты в ONDOC могут общаться с врачами через сайт и мобильные приложения в чате или по видео. Они могут оплачивать удалённые консультации, а доход от них будет поступать в клинику. У специалистов есть личный кабинет, в котором можно консультировать, отправлять приглашения на консультации, удалённо просматривать электронную медкарту пациента, наблюдать основные биомаркеры (такие как температура, давление, сахар в крови или пульс) и ход медикаментозного лечения.

• **Личный кабинет клиники.** В нём можно увидеть отзывы и оценки, количество лояльных клиентов, статистику по количеству просмотров профилей клиники и врачей. Можно создавать акции и настраивать оповещения, редактировать данные, общаться с клиентами в чате.

С сервисом могут работать даже те, у кого нет медицинской информационной системы (МИС) — для большинства функций интеграция с внутренними программами клиники не нужна.

Подробнее узнать о сервисе можно на сайте ONDOC.ME в разделе «Клиникам» или по телефону 8 (800) 775-73-96.



ПАЦИЕНТ ПРИХОДИТ В КЛИНИКУ

АДМИНИСТРАТОР ПОДКЛЮЧАЕТ ЕГО К ONDOC

КЛИЕНТ СКАЧИВАЕТ ПРИЛОЖЕНИЕ ИЛИ ПЕРЕХОДИТ НА САЙТ

ЕМУ ПРИХОДЯТ УВЕДОМЛЕНИЯ ОБ АКЦИЯХ, ОН ПИШЕТ В ЧАТ И ЗАПИСЫВАЕТСЯ НА ПРИЕМ

Реклама

Анна Туманова: «Применение пищевого концентрата «Живая хлорелла» показало оздоровительный эффект, подтверждённый клинически»



■ Елена Николаева

В Пензенской области впервые создан продукт на основе живой растительной клетки — зелёной микроводоросли хлореллы. В концентрате «Живая хлорелла», который производит ООО «Дело», впервые удалось соединить несколько принципиальных качеств продукта: концентрированную форму живой клетки микроводоросли, которая обеспечивает полную сохранность биологически активных веществ, и наилучшую усвояемость их организмом человека.

Ценность технологии в том, что клетка хлореллы всегда остаётся живой, находясь даже при плотностях несколько миллиардов клеток в одном миллилитре. Форма концентрата позволяет создать в продукте максимальную плотность биологически ценных веществ. Один из показателей качества — отсутствие длительных сроков хранения, поэтому продукт максимально быстро доставляется до потребителя.

— Вы автор патента на концентрат хлореллы. Как авторы продукта пришли к его идее?

— Идея пришла в процессе внедрения биотехнологии хлореллы в животноводство и необходимости в связи с этим перевозок больших объёмов суспензии хлореллы. Было заманчиво решить проблему таким образом, чтобы, например, вместо требуемой подачи тонны суспензии в систему поения птицы подключить через медикатор поения всего 20-литровую канистру с концентратом и таким образом создать в системе поения птицы такую же плотность клеток хлореллы, как и в суспензии. Кроме того, в некоторых направлениях применения требовалась в десятки раз большая плотность клеток хлореллы, например для альголизации комбикорма и в других случаях.

Было получено три вида концентрата: концентрат клеток хлореллы (биомасса клеток), концентрат культуральной среды и концентрат хлорел-

лы. Каждый из этих продуктов имеет свои области применения.

Когда был получен концентрат из живых клеток хлореллы, то оказалось: этот продукт настолько ценен, что очень важно довести его напрямую до человека. Для сравнения: во всём мире как БАД используется только сухая или мёртвая клетка хлореллы (таблетки). Сухая же клетка содержит только около 10% от первоначального состава биологически ценных веществ, при этом усваивается значительно хуже живой клетки.

— Работают ли с продуктом практикующие врачи?

— Большую работу в изучении нашего продукта делает профессор Анна Леоновна Туманова с командой единомышленников: это проведение экспериментов, разработка методических документов и направлений применения продукта. Работы здесь очень много, и хочется пожелать ей здоровья и удачи как первопроходцу.

— Налажены ли у вас деловые контакты с другими регионами? Где ещё в России сегодня можно купить живую хлореллу от ООО «Дело»?

— Такая работа только начинается, уже налажены дилерские отношения с некоторыми сибирскими регионами, например Новосибирском, Красноярском, Норильском. Есть представители в южном регионе: в Сочи, Краснодаре, Ростове и других городах. Сейчас активно идёт формирование дилерской сети.

Директор ООО «Дело» Михаил Владиславович Куницын рассказывает о производстве:

— Хлорелла широко распространена в природе, обитает в водоёмах. Её основные особенности — очень широкий спектр и высокая концентрация биологически активных веществ, а также высокая (деление в несколько раз за сутки) скорость роста.

Клетка хлореллы имеет шарообразную форму диаметром от 2 до 10 микрон. У микроводоросли нет корней, ствола, ветвей или листьев, как у высших растений. Хлорелла под микроскопом чем-то напоминает нашу планету, а по сути представляет собой мощнейшую биофабрику, производящую практически весь спектр незаменимых для человека биохимических соединений. Уникальные свойства нового планктонного штамма ярко отличают его от всех известных ранее почвенных штаммов, с которыми работают по всему миру. Именно эти свойства позволили нам создать препарат, которого нет даже в Японии, стране, где хлореллу культивируют ещё с начала 60-х годов и широко используют в питании человека.

Наша биотехнология культивирования хлореллы имеет много особенностей. Технология получения концентрата хлореллы защищена патентом РФ.

Мы также обратились с вопросами к **инициатору производства концентрата, доктору медицинских наук, профессору А.Л. Тумановой**, которая, со своей стороны, рассказала о свойствах нового продукта:

— Интерес к разработке концентрата «Живая хлорелла» для человека возник в связи с долгим успешным применением хлореллы как кормовой культуры в сельском хозяйстве. Мы учли уже имевшийся мировой опыт в применении производных хлорофилла для человека как дополнительного питания для спецконтингента, использования как добавок в пищевые продукты и единичные сведения успешного применения лекарственных форм в медицинской практике. Актуальность такой работы была обусловлена, с одной стороны, прогрессивно растущими эндемическими заболеваниями, а с другой стороны, прогрессивно растущим числом людей, страдающих лекарственной непереносимостью. В 2007 году начаты клинико-экспериментальные исследования по разработке пищевого концентрата хлореллы для человека на базе кафедры физиологии и НИЦ «Экологии и здоровья человека» СИРУДН, НИИ медицинской приматологии, совместно с Городским центром СПИД по борьбе с инфекционными заболеваниями и ФГБУ НИЦКиР ФМБА России в г. Сочи. В настоящее время получены заключения от всех участников эксперимента, свидетельствующие о высоком оздоровительном эффекте, подтверждённом клиническими исследованиями (в 93 % улучшение по разным показателям крови) после месячного приёма концентрата «Живая хлорелла».

Мы получаем только положительные отзывы не только от практикующих врачей, но и от врачей академического уровня (докторов медицинских наук, профессоров, академиков), которые сами являются потребителями этого продукта, так как врачи — это тоже, к сожалению, болеющие люди. Врач как пациент всегда скептически настроен... и склонен к тщательной перепроверке результатов применения, поэтому результаты этой группы потребителей наиболее интересны. Были отмечены не только улучшения общего самочувствия, настроения, «приливы энергии», повышение физической и интеллектуальной активности, стабилизация пищеварительных функций, изменение вкусовых привычек, но и нормализация показателей артериального давления, показателей холестерина, сахара крови, цветового показателя и гемоглобина, общего, гуморального и клеточного иммунитета, улучшения по дополнительным методам исследования (гастроскопия, колоноскопия, УЗИ, КТ и др.).

Впечатляют также результаты, полученные у пациентов-добровольцев Центра СПИД, которые, помимо ВИЧ-инфекции или гепатита С, имеют как сочетанное течение инфекционных заболеваний (туберкулёз, сифилис и др.), так и лекарственную непереносимость. В этой группе применение пищевого концентрата «Живая хлорелла» также показало оздоровительный эффект, подтверждённый клиническими анализами крови, особенно на показатели иммунитета, поэтому мы считаем целесообразным продолжение исследований в данном направлении для выработки уже не профилактической, а терапевтической дозы.

Получены также сведения об устойчивости организма к вирусным инфекциям (ОРВИ, грипп) у лиц, принимавших хлореллу, даже при непосредственном контакте с заболевшими. Подробнее с информацией о результатах исследований можно ознакомиться на сайте «Живая хлорелла» (www.chlorella.me).

Анализ результатов исследований определил широкий спектр применения пищевого концентрата «Живая хлорелла» в оздоровлении населения, предупреждении и профилактике массово обусловленных заболеваний. В первую очередь это люди, работающие на вредных производствах и живущие в промзонах и мегаполисах; лица, долго находящиеся в вынужденных условиях (полярники, подводники, моряки, шахтёры, космонавты, военнослужащие, спортсмены в период подготовки к соревнованиям и др.); лица, пережившие военные действия, техногенные катастрофы, стихийные бедствия. Особо актуален концентрат для оздоровления лиц, страдающих атеросклерозом, диабетом, гипертонией, анемией, лекарственной непереносимостью, иммунодефицитом и другими тяжёлыми патологиями, — как дополнительное питание к базовому лечению.

В заключение нашего диалога хочу пригласить к совместным клиническим исследованиям и разработкам организации и учреждения, у которых возник интерес к представленному продукту и его производным. Нами разработаны специальные предложения по проведению совместных исследований и вариантам практического внедрения. По вопросу сотрудничества обращаться можно непосредственно ко мне по электронной почте: tymanova@mail.ru. ■

СПРАВКА

ООО «Дело» было создано в 1994 году в р.п. Лунино Пензенской области. Более 10 лет оно занималось выпечкой хлебобулочных изделий, производством муки, макарон. С 1999 года началась работа с новым штаммом хлореллы, производство установок и внедрение биотехнологии в животноводство. Первые годы работа заключалась в проведении экспериментов в животноводческих хозяйствах различного масштаба и направлений. Велась разработка новых конструкций установок для культивирования хлореллы и отработка биотехнологии, собирание доказательной базы высокой экономической эффективности данной биотехнологии.

В России ООО «Дело» стало основоположником внедрения нового планктонного штамма (ИФР № С-111) хлореллы (автор Н.И. Богданов) в животноводство. Инициатива применения пищевого концентрата «Живая хлорелла» для человека принадлежит доктору медицинских наук, профессору А.Л. Тумановой, под руководством которой совместно с группой учёных из ведущих научных и клинических учреждений г. Сочи проведены многолетние клинико-экспериментальные исследования, доказывающие широкий спектр применения пищевого концентрата «Живая хлорелла» в оздоровлении населения и в предупреждении и профилактике массово обусловленных заболеваний.

«ФармМедОбращение – 2016»: принципы риско-ориентированного контроля и персонифицированной помощи населению

■ Марина Лепина



В Москве прошла ежегодная XVIII Всероссийская конференция «Государственное регулирование в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий — ФармМедОбращение — 2016», организованная Росздравнадзором.

В работе конференции приняли участие первый заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Игорь Каграманян, руководитель Росздравнадзора Михаил Мурашко, директор Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга Рос-

директор Европейского директората по качеству лекарственных средств и здравоохранению Совета Европы Сюзан Кайтель. Также в работе конференции приняли участие представители Минздрава России, Росздравнадзора, Минпромторга России, Федеральной таможенной службы, Всемир-

РАЗВИТИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕГОДНЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ, И ОНО НЕВОЗМОЖНО БЕЗ РЕШЕНИЯ ТАКОЙ ВАЖНЕЙШЕЙ ЗАДАЧИ, КАК ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ, ЭФФЕКТИВНОЙ И БЕЗОПАСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОДУКЦИЕЙ. В ЭТОЙ СВЯЗИ ОСОБУЮ ВАЖНОСТЬ ПРИОБРЕТАЕТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ НАДЗОРНОЙ СИСТЕМЫ В СФЕРЕ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ.

сии Ольга Колотилова, член коллегии (министр) по вопросам технического регулирования Евразийской экономической комиссии Валерий Корешков,

новой организации здравоохранения, Евразийской экономической комиссии, Австрийского агентства по охране здоровья и безопасности пищевых

продуктов, Европейской федерации фармацевтической промышленности и ассоциаций (EFPIA), Фармакопейной конвенции США, специалисты научно-исследовательских организаций, крупнейшие производители рынка медицинских изделий и лекарственных средств, представители общественных организаций, врачебного сообщества и профессиональных ассоциаций.

Открывая пленарное заседание, **Игорь Каграманян**, первый заместитель министра здравоохранения России, зачитал приветствие от имени главы Минздрава России **Вероники Скворцовой**. Министр подчеркнула актуальность заявленных для обсуждения на мероприятии вопросов (обеспечение качества лекарственных средств и медицинских изделий, внедрение системы прослеживаемости медицинской продукции в Российской Федерации, развитие фармаконадзора и совершенствование законодательства в рамках Евразийского экономического союза) и выразила надежду на конструктивный диалог между исполнительной властью, контролирующими органами, производителями и пациентскими сообществами.

Как заметил Игорь Каграманян, без качественных эффективных и безопасных лекарственных средств и медицинских изделий невозможно оказание качественной медицинской помощи населению. Кроме того, они должны быть доступны населению. Конференция, надеются в ведомстве,



станет очередным важным шагом вперёд в этом направлении.

«Развитие и укрепление системы отечественного здравоохранения сегодня является одним из основных направлений государственной политики, и оно невозможно без решения одной из главных задач — обеспечения населения качественной, эффективной и безопасной медицинской продукцией, — подчеркнул Игорь Каграманян. — В этой связи особую важность приобретает совершенствование государственной надзорной системы в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий».

Среди новелл сектора замминистра отметил, например, начавшийся выборочный контроль качества лекарственных средств, обязательность предоставления серии и партии лекарственных средств, поступающих в оборот. Среди других законодательных инициатив — поэтапное внедрение автоматизированного мониторинга движения лекарственных средств. Это позволит повысить эффективность контроля качества препаратов и борьбы с их фальсификацией. Другой важной задачей Росздравнадзора становится переход на риск-ориентированный подход в сфере контроля. Это снизит бремя административных барьеров и финансовых затрат участников рынка.

Также Игорь Каграманян рассказал о законодательных инициативах, разработка которых ведётся в настоящее время.

ПРИНЦИПЫ РИСКО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА

Важно предотвращать риски уже с момента разработки лекарственных средств. Законодательство уже включает в себя ряд обновлений, и риск-ориентированный подход — это первое, что сейчас внедряется в сфере контроля качества лекарственных средств. «Нужно сохранить самое ценное — жизнь человека, — подчеркнул **Михаил Мурашко**, доктор медицинских наук, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. — Введена такая новая форма контроля, как контрольная закупка, возвращается когда-то существовавший механизм. Установлен

запрет на плановые проверки малого и среднего бизнеса. С октября 2016 года лицензионный контроль возвращён в сферу деятельности Росздравнадзора».

При этом, отметил Михаил Мурашко, установлен принцип обязательности наказания за нарушения. Уже введена в практику административная и уголовная ответственность за ре-

**СЕЙЧАС КРАЙНЕ ВАЖНО СОБЛЮДАТЬ ПРИНЦИПЫ
ТРАНСПАРЕНТНОСТИ. ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ —
ЭТО НОВЫЙ ТРЕНД. СЕГОДНЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ —
ЭТО В ТОМ ЧИСЛЕ И ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ
МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ И ПРЕПАРАТОВ.**

лизацию контрафактной продукции. А сейчас рассматривается законопроект за нарушение порядка назначения лекарственных препаратов, нарушения правил оптовой торговли.

Международное межведомственное взаимодействие важно при вопросах, которые требуют оперативного решения. Рассматривается вопрос создания информационного ресурса для обмена данными между регуляторами, сообщил глава ведомства. Например, при вспышках инфекционных заболеваний, проблемах с выпуском той или иной продукции. Сейчас крайне важно соблюдать принципы транспарентности. Вопросы открытости данных самые приоритетные. Важно представлять корректную и правдивую информацию в СМИ. Искажение информации — это подчас введение в заблуждение населения, и это незаконная конкуренция. Нужно информировать о новых медицинских продуктах. Таким образом, заметил руководитель Росздравнадзора, информационная безопасность — это новый тренд. Безопасность пациентов — это сегодня в том числе и информационная безопасность медицинского изделия и препаратов.

Основные принципы надлежащей регуляторной практики — это законность, беспристрастность, результативность, транспарентность. «Важно, чтобы население могло получать безопасный и качественный продукт», — подчеркнул Михаил Мурашко. А ещё и доступный. Нужно не допустить дефицита ресурсов. Сегодня разработка инновационных продуктов стоит многих

средств, и их стоимость на выходе — часто серьёзная финансовая нагрузка для области здравоохранения.

Система выборочного контроля, о котором было сказано выше, как замечает глава Росздравнадзора, повысила в 4 раза выявление фальсификата. Сегодня разработана государственная информационная система мониторинга движения лекарственных препара-

тов. Важно прослеживать легальную цепь поставок, чтобы гарантировать потребителю пользование легальной продукцией. Сейчас система проходит финальную стадию согласования.

«Подходы к регулированию и контрольно-надзорной деятельности в рамках нашей страны и Евразийского союза в полной мере соответствуют современным мировым тенденциям и движутся параллельными курсами, — сказал Михаил Мурашко. — Стратегическими целями проводимой государственной политики является развитие в Российской Федерации инновационного производства «прорывной» высокотехнологичной медицинской продукции при сохранении её качества, эффективности, безопасности и доступности».

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО — ГАРАНТИЯ КАЧЕСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ

Министр по вопросам технического регулирования Евразийской экономической комиссии **Валерий Коreshков** напомнил коллегам о принципах обращения лекарственных средств и медицинских изделий в Евразийском экономическом союзе. В рамках Договора о Евразийском экономическом



союзе разработана трёхуровневая система нормативного обеспечения. Соглашения о лекарственных средствах и медицинских изделиях ратифицированы всеми странами ЕАЭС, ожидается ратификация их Арменией и Кыргызстаном. Установление требований работы с лекарственными средствами по единому рынку — это единая регистрация лекарственных средств, формализуется жизненный цикл лекарственного препарата, определяется круг полномочий государственных органов в этом вопросе, вводятся основные периоды последовательной смены национального регулирования рынка единым межнациональным регулированием. Обращение лекарственных средств включает все этапы: разработку, клинические исследования, производство, дистрибуторскую практику и контроль. Комиссии пришлось работать со всеми этими этапами. В итоге разработано 23 документа, при этом есть ряд моментов, которые ещё придётся уточнить. Больше всего сил и времени потрачено на разработку процедуры регистрации лекарственного препарата или медицинских изделий и их экспертизы. «Мы исходили из того, что эти процедуры должны быть максимально прозрачны, — сообщил Валерий Корешков. — При этом должны выполняться все работы с точки зрения учёта и безопасности». Производитель будет иметь право выбора, по каким правилам он хочет регистрировать препарат. Предполагается децентрализованная процедура (когда досье рассматривается всеми странами) или процедура взаимного признания (последовательное рассмотрение регистрационного досье). До 31 декабря 2020 года производитель будет вправе выбирать, по какому правилу он будет осуществлять регистрацию. До 2025 года можно будет привести досье в соответствие с правилами Союза для ранее зарегистрированных лекарственных средств.

Директор Европейского директората по качеству лекарственных средств и здравоохранению Совета Европы **Сьюзан Кайтель** поделилась опытом массовой маркировки лекарственных средств в странах Европы и рассказала об актуальных подходах к реализации конвенции Медикрим,

поблагодарив при этом Российскую Федерацию и Росздравнадзор в частности за плодотворное сотрудничество в данном направлении. Руководитель Росздравнадзора подчеркнул, в свою очередь, что международное сотрудничество крайне важно для контролирующего органа. В качестве примера он привёл случай с выявлением и изъятием восьми тысяч фальсифицированных медицинских изделий на территории РФ, которые могли нанести непоправимый вред жизни и здоровью новорождённых детей. «Это были прищепки для пуповины

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО КРАЙНЕ ВАЖНО ДЛЯ КОНТРОЛИРУЮЩЕГО ОРГАНА. МЫ НАМЕРЕНЫ РАСШИРИТЬ НАШЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С КОНТРОЛИРУЮЩИМИ ОРГАНАМИ ДРУГИХ ГОСУДАРСТВ, ЧТОБЫ РОССИЙСКИЕ ПАЦИЕНТЫ ЧУВСТВОВАЛИ СЕБЯ ЗАЩИЩЁННЫМИ И ПРИМЕНЯЛИ ТОЛЬКО БЕЗОПАСНУЮ, ЭФФЕКТИВНУЮ И КАЧЕСТВЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПРОДУКЦИЮ.

новорождённых, они оказались фальшивыми. Вся работа заняла считанные дни, и это пример такого межгосударственного взаимодействия. Удалось предотвратить колоссальный ущерб здоровью. Несколько стран слаженно сработали и не допустили возможной трагедии, — проинформировал Михаил Мурашко. — Именно такое межгосударственное взаимодействие позволяет оперативно, в кратчайшие сроки и без проволочек реагировать на подобные вызовы, и мы намерены расширять наше взаимодействие с контролирующими органами других государств, чтобы российские пациенты чувствовали себя защищёнными и применяли только безопасную, эффективную и качественную медицинскую продукцию».

В ПРИОРИТЕТЕ — ПОДДЕРЖКА ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

В первом полугодии 2016 года рост производства лекарственных средств по отношению к тому же периоду 2015 года составил 38 %, сообщила **Ольга Колотилова**, глава Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России, говоря о государственной промышленной политике в фармацевтической и медицинской отраслях. В прошлом году эта цифра составляла



26 %. При этом доля российских препаратов в объёме рынка составляет 58 %. А российских медицинских изделий — 18 %. Утверждён план импортозамещения, оно включает 601 проект — это

жизненно необходимые и важнейшие препараты. При этом по 171 позиции из них нет отечественного производителя. По 430 позициям плана импортозамещения есть хотя бы один отечественный производитель.

Как отметила представитель ведомства, производители сегодня имеют ряд возможностей получения различных субсидий. Сейчас финансирование за счёт инструментов господдержки получили 150 препаратов. «С 2015 года мы перешли на субсидирование НИОКР (научно-исследовательских работ). Это предполагает привлечение юристами средств на разработку лекарственных препаратов, а затем государство субсидирует часть затрат. Разработан механизм субсидирования в части исследований: можно получить до 400 млн рублей на компанию, субсидируется разработка партии, которая отправляется на исследования, зарплаты, другие нужды.

Второй вариант — субсидии на проекты разработки фармсубстанций. В этой программе — субсидирование до 200 млн рублей на одно юридическое лицо», — рассказала Ольга Колотилова. Кроме того, в рамках программы проекта «Развитие» можно получать займы и за границей — в размере до 8 млн рублей, но при этом 15 % вложения должны быть

средствами компании. Есть субсидии на производство медицинских изделий — до 200 млн рублей.

Что касается новелл законодательства в этом вопросе, то, напоминая представитель ведомства, сейчас работает принцип «третий лишний». Речь о постановлении № 1289 «Об установлении ограничений допуска иностранных лекарственных препаратов при государственных закупках». Суть в том, что заказчик должен отклонять заявки-предложения о поставке лекарственных препаратов, которые подаются иностранными компаниями, кроме государств — членов ЕАЭС, если на конкурс поставщика подано не менее двух заявок, которые удовлетворяют всем требованиям, и при этом производитель — из страны ЕАЭС. Таким образом, российские производители получают преференции.

А если предприятие затратило более 3 млрд рублей на производство, оно может претендовать на статус единственного поставщика в рамках специального контракта. Появилась также субсидия на разработку медицинских изделий. Кроме того, производитель может подать бумаги на возврат части затрат на изготовление лекарственных препаратов. Действуют также субсидии на проведение клинических исследований лекарственных препаратов и на производство субстанций из перечня жизненно важных лекарственных препаратов.

ПРЕОДОЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ И ОЦЕНКА РИСКОВ

Председатель научно-клинического совета, заместитель генерального директора по научно-лечебной работе Федерального медицинского исследовательского центра имени В.А. Алмазова, доктор медицинских наук, профессор **Михаил Карпенко** отметил, что в последнее время наблюдались признаки стагнации в области медицины. Да, препаратов было разработано много, летальность при оказании медицинской помощи низкая. Но новых подходов в хирургической коррекции пока нет, всё равно происходит вмешательство в организм пациента. Каковы же основные параметры неэффективности медицинской помощи сегодня? В первую очередь, подчеркнул экс-

перт, это фактор времени, когда используются малоэффективные лечебные препараты, недооценка затрат пациентов, качество жизни пациента, незнание доказательной базы. «Глобальные тренды в развитии здравоохранения сегодня — это переход к цифровой медицине, инновации в медицине, роботизированные хирургические операции, в протезировании — переход от механических устройств и протезов к биологическим и биокибернетическим. Так мы можем постепенно полностью решить вопрос донорства органов. Такие биотрансплантаты имеют преимущества в функциональных возможностях», — заметил профессор.

Для обеспечения интегрального развития медицины и технологий нужны наращивание кадрового потенциала, создание новых лекарственных препаратов, внедрение информационных технологий, переход на персонализированную медицину.

Новая парадигма в русле развития сектора лекарственных средств — это ориентация на конечную цель. Нужно оценивать любую медицинскую технологию с точки зрения экономической целесообразности, эффективности и безопасности, считает Михаил Карпенко, но на практике происходит отсев большого числа прекрасных идей. До внедрения в клиническую практику доходят не самые лучшие бизнес-проекты. Например, создание вакцины против лихорадки денге, создание новой таргетной терапии опухолей и целый ряд других инновационных технологий признаны в 2015 году топовыми медицинскими инновациями. Но не все проекты доходят до успешного завершения — таков парадокс. Около 50% мирового бюджета здравоохранения тратится на разработку новых лекарственных устройств и вакцин, но еще 50% тратится впустую. То есть получается, что даже если технология одобрена экспертными сообществами, она не доходит порой до реального внедрения в практику.

Как преодолевать такие барьеры? Нужно создавать междисциплинарные трансляционные команды, которые бы участвовали в исследованиях. Туда должны входить авторы разработки идеи, клиницисты, специалисты по био-медицинской информатике, технологи, инженеры.

Факторы, влияющие на внедрение нового лекарственного препарата, — это, в первую очередь, влияние самого врача: его вовлеченность в научный процесс, креативность, информированность. Влияет и пациент — его информированность и финансовые возможности. Наконец, научная новизна препарата, вложения в производство. Государство должно получить доказательства эффективности, клиницисты должны поверить в этот препарат или технологию, пациенты должны быть информированы об этой инновации. «Надо также оценивать риски — работать с препаратами и технологиями уже после их внедрения. Нужен мониторинг их эффективности. Внедрение препарата в широкую практику может быть напрасным, опасным, если появились риски практического использования, или он может оказаться дороже ожидаемого эффекта. Это то, что мы часто не оцениваем», — поделился своим мнением профессор. Критерии приоритетности новых технологий — это влияние на качество жизни и здоровье населения, на смертность, на уровень затрат и степень их новизны. «Мы в любом случае должны стремиться к эффективной персонализированной помощи», — подчеркнул докладчик.

На секционных заседаниях конференции участники подробно обсудили такие проблемы, как законодательные новеллы в сфере обращения лекарственных средств, новые аспекты регулирования обращения медицинской продукции, государственную политику в области медицины и фармацевтики, обращение медицинских изделий и лекарственных средств в Евразийском экономическом союзе, новые медицинские технологии в клинической практике. Особое внимание конференция уделила фармаконадзору и государственному контролю проведения клинических исследований в Российской Федерации и ЕАЭС, современным требованиям законодательства к контролю и обращению наркотических средств и психотропных веществ на территории РФ, регулированию в сфере обращения биомедицинских клеточных продуктов, регистрации медицинских изделий в свете нового законодательства Евразийского экономического союза. ■

В Москве состоялся XV Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»



Людмила Козлова, заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике



Елена Байбарина, директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России, профессор



Леонид Рошаль, президент Национальной медицинской палаты, профессор



Александр Царегородцев, директор Московского Научно-исследовательского института педиатрии и детской хирургии Минздрава России, профессор

■ PR-отдел компании «СТО Конгресс»

В XV Российском конгрессе «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» приняли участие более 4000 делегатов из России, СНГ, а также стран ближнего и дальнего зарубежья.

XV Российский конгресс стал одним из главных событий года в области педиатрии. На медицинских специалистах, которые работают с детьми, лежит особая ответственность за будущее страны. Поэтому для них особенно остро стоит задача непрерывно повышать свою компетентность, получать новые знания, необходимые в работе. В отдалённых регионах возможностей для подготовки квалифицированных специалистов значительно меньше, чем в крупных городах России. Ежегодно конгресс помогает решить эту проблему, позволяя практикующим врачам обменяться опытом и внедрить полученные знания в свою практику.

Открытие XV Российского конгресса состоялось при участии члена Совета Федерации, педиатра, детского кардиолога **Людмилы Козловой**. «Проведение подобных конгрессов, где обсуждаются самые актуальные вопросы и клинические рекомендации медицины, привлекает внимание не только российских, но и зарубежных специалистов. Этот обмен опытом крайне важен для каждого из нас, поскольку вопросы здоровья, совершенствования методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний являются неотъемлемой частью нашей жизни», — отметила Людмила Козлова. Также в своём выступлении она уделила большое внимание 20-летнему юбилею Детского научно-практического центра нарушений ритма сердца, который является успешным примером организации службы помощи детям с аритмиями на всей территории Российской Федерации. «Это событие заслуживает уважения к деятельности нашего Министерства здравоохранения, — подчеркнула член Совета Федерации. — К настоящему време-

ни на базе федерального центра ежегодно получают лечение 3,5 тысячи пациентов и оперируются около 500 детей со сложными нарушениями сердечного ритма».

Президент Национальной медицинской палаты, профессор **Леонид Рошаль**, приветствуя делегатов, сделал акцент на новой системе непрерывного образования врачей, профессиональных стандартах, принципиальных изменениях в утверждении клинических рекомендаций по ведению больных с различными формами патологических состояний. «Сегодня в отечественной медицине наступает особый период, связанный с вступлением в силу работы над аккредитацией специалистов, — отметил Леонид Михайлович. — Мы закончили работу над разработкой образовательного стандарта для участковых педиатров. Это очень важный этап в нашем развитии, который позволит создать единые образовательные программы по всей стране и уйти от недовольства практической работой здравоохранения, а также качеством подготовки выпускников педиатрического факультета». В соответствии с современными принципами мероприятия конгресса были впервые аккредитованы по системе непрерывного медицинского образования, а участники получили баллы, которые будут учитываться при аттестации специалистов.

От имени Министерства здравоохранения РФ участников приветствовала **Елена Байбарина**, директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения: «Я бы хотела поблагодарить и руководителей, и всё педиатрическое сообщество за замечательные успехи, которые достигнуты вами в снижении смертности детей. Поздравляю вас

с открытием конгресса! Мы надеемся, что это мероприятие послужит на благо отечественной педиатрии».

На торжественной церемонии открытия основатель конгресса, профессор, заслуженный врач РФ **Александр Царегородцев** был награждён медалью за доблестный труд перед Республикой Татарстан. «Памятный знак вручается указом президента Республики Татарстан за плодотворное сотрудничество и вклад в охрану здоровья населения, это высшая награда республики», — пояснил заместитель премьер-министра Республики Татарстан, уполномоченный представитель РТ в РФ **Равиль Ахметшин**.

За большой вклад в развитие отечественной педиатрии ежегодная именная премия Ю.Е. Вельтищева была вручена выдающимся педиатрам страны: доктору медицинских наук, заслуженному врачу России, профессору отделения хронических воспалительных и аллергических заболеваний лёгких НИКИ педиатрии им. Ю.Е. Вельтищева **Надежде Розиновой**; академику РАН, доктору медицинских наук, профессору, директору ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва **Александру Румянцеву**, а также руководителю лаборатории цитогенетики ФГБНУ НЦПЗ, доктору биологических наук, профессору, врачу-генетику высшей категории **Юрию Юрову**.

Выдвижение этих специалистов на почётную премию профессиональным сообществом прошло в сентябре 2016 года на заседании Учёного совета НИКИ педиатрии. Премия учреждена в 2015 году, и её назначение — отметить заслуженных врачей и учёных, посвятивших всю свою жизнь развитию педиатрии, что было основной целью жизни академика Юрия Евгеньевича Вельтищева. Принимая награду, А.Г. Румянцев отметил: «Большая честь получить премию Юрия Евгеньевича, потому что Вельтищев — это светило отечественной педиатрии. Редкий специалист, работавший в области фундаментальной биохимии, иммунологии, генетики — всего того, чем мы сейчас, спустя много лет, занимаемся. Его школа была непросто, и он никогда не был безразличен по отношению к тем людям, которых он учил. Я очень благодарен руководству института педиатрии за такой подарок».

XV Российский конгресс прошёл в мультидисциплинарном формате. Традиционно были представлены мероприятия по гастроэнтерологии, нутрициологии, детской нефрологии и пульмонологии. Среди новых форматов мероприятий в этом году был проведён семинар для педиатров, посвящённый вопросам неотложной хирургии, а также мастер-класс по оказанию неотложной помощи детям. Ключевыми мероприятиями в рамках научной программы конгресса стали Юбилейное торжественное научное заседание, посвящённое 20-летию федерального детского аритмологического центра; Ежегодная практическая школа «Инновационные генетические технологии для врачей: применение в клинической практике»; XI Российский конгресс по педиатрической нефрологии с международным участием; X Конференция «Таболкинские чтения» и конкурс молодых учёных по специальностям «Педиатрия» и «Стоматология»; VI Международная научно-практическая конференция по проблемам радиационного загрязнения «Медико-биологические последствия аварии на Чернобыльской АЭС: 30 лет спустя», организованная совместно со специалистами из Японии.

Обращаясь к участникам конгресса, директор НИКИ педиатрии **Мария Школьникова** отметила: «Это традиционно востребованная площадка для обмена опытом, для того, чтобы нам ещё раз увидеть друг друга и определить тенденции, направления развития, понять, какие новые достижения внедрены уже, что у нас в ближайшей перспективе. Поэтому мы очень рады встрече с вами». Важным аспектом, который обсудили специалисты на конгрессе, стала реформа медицинского образования в стране.

Собравшиеся вместе на XV Российском конгрессе врачи и учёные из разных уголков мира получили возможность поделиться опытом и перенять то новое, чем обладают другие регионы и страны. Кроме того, конгресс стал стартовой площадкой к появлению законодательных инициатив, которые будут направлены на улучшение здоровья населения.

Параллельно с научными секциями на конгрессе прошла работа XV Меж-



Александр Румянцев, директор ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор



Юрий Юров, руководитель лаборатории цитогенетики ФГБНУ НЦПЗ, профессор, и **Владимир Длин**, заместитель директора по научной работе Московского НИИ педиатрии и детской хирургии, профессор



Мария Школьникова, главный детский кардиолог Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Федерального детского научно-практического центра нарушений ритма, профессор

дународной выставки «Современные диагностические, лекарственные и нутрициологические технологии в педиатрии и детской хирургии». В выставке приняли участие 60 ведущих российских и зарубежных компаний, специализирующихся на фармацевтическом рынке, а также в области медицинской техники и детского питания. Фирмы-производители продемонстрировали новые иммуномодуляторы, антибиотики, противовирусные и кардиотропные препараты. ■

Мировые эксперты обсудили тему инновационных технологий в здравоохранении

■ Анна Милова

В столице состоялась III Международная научно-практическая конференция «Оценка технологий здравоохранения: внедрение инновационных технологий», собравшая более 200 участников — мировых специалистов в области ОТЗ и лекарственного обеспечения, учёных, государственных деятелей.

Мероприятие прошло при поддержке Министерства здравоохранения РФ, Минфина России, Комитета Совета Федерации по социальной политике, ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи», ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт», Фонда «Сколково» и Автономной некоммерческой организации «Национальный центр по оценке технологий в здравоохранении».

От лица председателя Совета Федерации **Валентины Матвиенко** участников мероприятия поприветствовала её заместитель **Галина Карелова**, отметившая актуальность конференции: «Теме инноваций уделяется большое внимание не только в России, но и в других странах, обладающих колоссальным опытом в этом направлении. Хочется, чтобы к этой теме проявляли не меньший интерес неправительственные социально ориентированные организации, которые имеют большой опыт участия в оказании социальных медицинских услуг; они дают острые оценки по целому ряду направлений в развитии здравоохранения, и их голос очень важен. Сегодня активно развиваются научные исследования, появляются новые лекарственные препараты, технологии, методы диагностики и лечения. Открытия в мировой молекулярной биологии, генетике, клеточных технологиях приводят к тому, что эти технологии требуют оценки со стороны экспертного сообщества. Нужна оценка оптимального расходования бюджетных средств и средств самих граждан. Независимо от проживания и доходов люди должны иметь доступ ко всем новейшим миро-



вым изобретениям». Галина Николаевна выразила уверенность, что по итогам конференции будут предложены эффективные значимые рекомендации, а высказанные предложения помогут сформировать программу действий на последующий период работы.

Председатель Комитета СФ РФ по социальной политике **Валерий Рязанский** кратко обозначил деятельность подведомственной ему структуры: «Работа комитета довольно многогранна: рассматриваются вопросы здравоохранения, социальной защиты, проблемы материнства и детства, работа некоммерческого сектора, общественных организаций в социальной сфере.



Каждая тема, над которой мы работаем, как правило, сопровождается внимательной работой экспертных советов по тем или иным направлениям. Нужно сказать, что экспертный совет при Комитете по социальной политике, работающих в области здравоохранения, один из самых эффективных. В стране почти втрое увеличился финансирование здравоохранения за последние 10 лет, однако проблемы в области медицины остаются, поэтому поднятая тема очень актуальна и важна для нас. Оптимизация затрат государства на здравоохранение должна носить системный, научный характер».

Общество, эффективно внедряющее инновационные технологии, более здоровое, оно обладает большей продолжительностью жизни и наименьшей смертностью, убеждён замминистра здравоохранения РФ **Сергей Краевой**. «Роль инновационного разви-



тия в здравоохранении трудно переоценить. От эффективности внедрения инноваций зависит качество оказания медицинской помощи в нашей стране, что, прежде всего, касается программы госгарантий. В этом аспекте для государства очень важно иметь надёжную методологию оценки внедряемых инноваций, новых технологий и лекарственных средств. Необходимо разработать критерии, позволяющие оценить, действительно ли это внедрение даст импульс к развитию отрасли, поможет гражданам получить своевременную качественную помощь. Мы прилагаем все усилия для быстрого и рационального движения в направлении оценки технологий здравоохранения, и здесь нам необходимы современно подготовленные высококомпетентные кадры. Эти специалисты смогут объективно проводить в жизнь эту методологию и оценивать современные технологии здравоохранения», — сказал Сергей Александрович.

От лица председателя федерального фонда ОМС **Наталья Стадченко** к собравшимся обратилась её заместитель **Елена Сучкова**: «Развитие системы здравоохранения затрагивает в целом не только развитие медицинских направлений лечения пациента, но и вопросы новых форм оплаты медицинской помощи, развития инновационных технологий в части внедрения современных информационных технологий. Что касается системы ОМС, за последние годы финансирование медицинской помощи в стране претерпело значительные изменения. Развиваются наиболее прогрессивные формы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности организации. В настоящее время методы оплаты медицинской помощи являются не только способом возмещения затрат на её оказание, но и мощным инструментом мотивации самих организаций и персонала при повышении эффективности и результативности лечебно-диагностического процесса. В амбулатор-





Анна Милцова

ном звене оплата медицинской помощи по душевому нормативу финансирования позволяет исключить возможности приписок и стимулирует главных врачей к развитию необходимых служб для оказания востребованных услуг, улучшения организации своей деятельности. В стационарных условиях перспективным методом оплаты является оплата за законченный случай заболевания, включённого в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний. Уже в 60 субъектах РФ внедрились модель КСГ, и эта модель оплаты вскоре станет единой во всех регионах». Елена Николаевна сообщила, что в 2017 году Минздрав России совместно с федеральным ФОМС планируют актуализировать методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств ОМС. Так, со следующего года финансирование высокотехнологичной медицинской помощи вне ОМС будет осуществляться напрямую из бюджета федерального фонда на основании соглашений, заключённых между ФФОМС, Минздравом России и федеральными госучреждениями или высшими органами исполнительной власти субъекта РФ.

Генеральный директор Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи **Виталий Омеляновский** поднял тему системы контроля качества медицинской помощи.



«Клинические рекомендации в нашей стране разрабатываются и утверждаются некоммерческими организациями. Одни и те же заболевания сегодня опи-

сываются разными рекомендациями, которые создаются различными ассоциациями; возможны противоречия. Нет согласованных и утверждённых требований к их содержанию, требований к рабочим группам между ассоциациями и, естественно, между системами оценки качества клинических рекомендаций. Необходимо принять некоторые решения в рамках законодательства для оптимизации этого процесса», — считает спикер.

О проблемах в сфере финансирования здравоохранения говорил директор Научно-исследовательского финансового института **Владимир Назаров**.



По его словам, эффективность затрат России по достигаемому показателю ожидаемой продолжительности жизни существенно уступает аналогичному показателю стран Восточной Европы. Директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России **Елена Максимкина** рассказала о тенденциях по внедрению высокотехнологичной помощи в нашей стране и проблемах, связанных с оценением их эффективности. Вице-президент Фонда «Сколково», исполнительный директор кластера биомедицинских технологий **Кирилл Каем** выступил с докладом, посвящённым оценке инновационных технологий с позиции инвестиционного фонда.

С интересными сообщениями также выступили зарубежные коллеги. В частности, почётный профессор Универ-

ситета Брунеля (Великобритания) **Крис Хеншалл** и представитель медицинского агентства Италии **Симона Монтилла** рассказали о системах и подходах при оценке технологий здравоохранения в их странах, международным опытом по исключению неэффективных технологий и лекарственных препаратов из программ государственного финансирования поделился представитель Баскского отделения по ОТЗ Испании **Инаки Гутierrez-Ибарлусеа**.

В ходе конференции участники сошлись во мнении, что комплексная оценка новых медицинских технологий должна внести существенный вклад в улучшение эффективности процесса принятия решений, предоставляя полезную и актуальную информацию о новых медицинских технологиях с позиции их внедрения (или отказа от внедрения) в систему здравоохранения.

По завершении работы форума принята резолюция, в которой рекомендовано депутатам ГД и членам СФ поддерживать поправки в ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в ФЗ № 180 «О биомедицинских клеточных продуктах» (в части внедрения системы оценки технологий здравоохранения), а также Правительству РФ и Минздраву России ускорить принятие необходимых нормативных правовых актов для реализации ФЗ № 429-ФЗ, в том числе нормативного акта по комплексной оценке лекарственных препаратов, приобретаемых за счёт бюджетных средств и средств ОМС. ■



Состоялось награждение лауреатов первой Национальной общественной премии «Гармония» за особые заслуги в сфере охраны психического здоровья

■ Наталья Гончарова

В Москве прошёл конгресс «Психическое здоровье человека XXI века», в рамках которого впервые была вручена Национальная общественная премия за особые заслуги в сфере охраны психического здоровья.

Конгресс объединил более 700 представителей российского и международного экспертного сообщества. Мероприятие стало авторитетной площадкой для интенсивного многостороннего, междисциплинарного диалога для специалистов системы здравоохранения, охраны труда и социальной защиты, науки и образования, социального и медицинского страхования, искусства и культуры, спорта и физической культуры, экономики и права, информации и печати, выдающихся деятелей общественных и деловых кругов из 32 стран.

В приветственном слове **Ольга Голодец**, заместитель председателя Правительства Российской Федерации, сказала: «Мне хочется пожелать всем участникам конгресса успешной работы, очень серьёзного взаимодействия во имя психического здоровья общества».

Игорь Каграманян, первый заместитель министра здравоохранения Российской Федерации, отметил: «Конгресс проводится по инициативе российских некоммерческих общественных организаций, которые объединяют психиатров, психотерапевтов, психологов, педагогов, юристов, социальных работников, деятелей культуры и спорта при поддержке органов государственной власти Российской Федерации».

Соорганизаторами конгресса выступили Российское общество психиатров (РОП), Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига (ОППЛ), Российское психологическое

общество (РПО) при сотрудничестве с Всемирной психиатрической ассоциацией (WPA), Европейской психиатрической ассоциацией (EPA), Международной ассоциацией социального обеспечения (ISSA), Всемирным советом по психотерапии (WCP), Ассоциацией по совершенствованию программ по обслуживанию людей с психическими расстройствами (АНМ), Всемирной ассоциацией психосоциальной реабилитации (WAPR), Азиатской федерацией психотерапии (AFP) под патронажем Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерства образования и науки Российской Федерации, Министерства спорта Российской Федерации.

Президент Союза охраны психического здоровья **Наталья Треушников** подчеркнула: «Конгресс является не совсем обычной площадкой и не совсем привычным для научных кругов форматом. Сегодня мы объединили не просто профессионалов по принципу сугубо узкой специализации, а мы объединили людей из совершенно различных сфер деятельности».

В рамках научной программы конгресса прошли специальная сессия ВОЗ «Консультация по Плану действий ВОЗ по деменции», четыре международные конференции, два симпозиума. Неотъемлемой частью официальной программы стала ярмарка реабилитационных программ для людей с психическими особенностями «Мир осо-



Наталья Треушников, президент Союза охраны психического здоровья

бых мастеров», выставка «Психическое здоровье EXPO 2016», а также первый кинофестиваль о людях с психическими особенностями «Доку-MENTAL».

Итоговый документ конгресса — декларация в сфере охраны психического здоровья человека, которая включила инновационные подходы и практические рекомендации к проведению научных исследований, реализации экспериментальных программ, разработке механизмов оценки их эффективности с основой на лучшие научные и практические достижения в данной области.

Впервые на площадке конгресса состоялась торжественная церемония и награждение лауреатов первой Национальной общественной премии «Гармония», которую учредил Союз охраны психического здоровья.

Голосом премии стал голос легендарного телеведущего — прославленного диктора Центрального телевидения, народного артиста СССР **Игоря Кириллова**. Ведущие церемонии — **Тимур Соловьёв** и **Светлана Зейналова**. В ходе торжеств прошли выступления известных российских артистов.

Награда премии «Гармония» — стилизованная брошь из золота 585-й пробы в виде журавля — символа чистоты и стремления к постоянному совершенствованию.

Лучшими были признаны выдающиеся деятели здравоохранения и образования, науки и культуры, которые внесли особый вклад в сохранение психического здоровья человека. Награды были вручены в пяти номинациях:

ЗА ВКЛАД В ПРОФИЛАКТИКУ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

- АНО «Школа питания» (Санкт-Петербург);
- Ирина Владиленовна Ярославцева, доктор психологических наук, профессор, заведующая базовой кафедрой медицинской психологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет» и ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» (Иркутск).

ЗА ОСОБЫЕ ЗАСЛУГИ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

- ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы» (Москва);
- Татьяна Тимофеевна Батышева, директор Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный детский специалист Министерства здравоохранения Российской Федерации по медицинской реабилитации, доктор медицинских наук, профессор (Москва).

РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ

- СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 5» (Санкт-Петербург);
- Мария Ирмовна Островская, клинический психолог, президент Санкт-Петербургской благотворительной общественной организации «Перспективы», председатель правления фонда «Близкие ДРУгие» (Санкт-Петербург).

ЗА ВКЛАД В НАУКУ, ОБРАЗОВАНИЕ И ПРОСВЕЩЕНИЕ

- ФГБУН Полярно-альпийский ботанический сад-институт им. Н.А. Аврорина Кольского научного центра Российской академии наук (Апатиты, Мурманская обл.);
- Пётр Викторович Морозов, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии факультета последипломного образования (ФПДО)



Российского национального исследовательского медицинского университета (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова, член правления и представитель Всемирной психиатрической ассоциации по Восточной Европе, вице-президент Российского общества психиатров, главный редактор журнала им. П.Б. Ганнушкина «Психиатрия и психофармакотерапия» (Москва).

ЗА ВЫДАЮЩИЙСЯ ВКЛАД ВО ВСЕМИРНОЕ РАЗВИТИЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

- Вольфганг Гебель, президент Европейской психиатрической ассоциации (ЕРА) (Германия).

ЛАУРЕАТЫ ПРЕМИИ «ГАРМОНИЯ» — 2016

- Полина Сергеевна Фёдорова, заместитель директора по организационно-методической работе ГБУ СО ЯО «Краснопереконский психоневрологический интернат», кандидат психологических наук, обладатель Премии губернатора Ярославской области за заслуги в сфере социальной защиты населения (Ярославль);
- Инна Александровна Абаджян, педагог-психолог, руководитель четырёх творческих коллективов детей с ограниченными возможностями здоровья АУ Воронежской области «Областной центр реабилитации детей и подростков «Парус надежды», лауреат Премии Детского фонда (Воронеж);
- Татьяна Юрьевна Бритикова, преподаватель специальной педагогики высшей квалификационной категории

колледжа «Марьино роща» Института среднего профессионального образования МГПУ, лауреат гранта Москвы в сфере образования (Москва).

Вручение Национальной общественной премии «Гармония» приурочено к празднованию Всемирного дня психического здоровья и будет проходить раз в два года. В задачи премии «Гармония» входит поиск уникальных личностей, способных стать ярким примером для подражания за их ежедневный труд, направленный на сохранение психического здоровья, а также популяризацию общественной, культурной, научной и иной деятельности в данной сфере.

По окончании торжественных мероприятий врач-психиатр, нарколог, эксперт международных проектов в сфере профилактики наркомании, развития форм междисциплинарного и межсекторного взаимодействия в сфере здравоохранения и социальной защиты населения, президент Союза охраны психического здоровья Наталья Треушников в интервью журналистам отметила особую важность проблемы сохранения психического здоровья: «Вопросы психического здоровья на сегодняшний день становятся приоритетными во всём мире. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году психические заболевания выйдут на первое место в структуре заболеваемости и опередят даже сердечно-сосудистую патологию. Поэтому это вопросы, актуальные на сегодняшний день для всего мирового сообщества».



Форум «Мать и Дитя»: охрана здоровья женщины и ребёнка в руках профессионалов

■ Марина Лепина

В Москве прошёл XVII Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и Дитя — 2016». Организаторами форума выступили Министерство здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова» Минздрава России, Российское общество акушеров-гинекологов, Лига акушеров России. Технический оператор — конгресс-оператор «МЕДИ Экспо».

Охрана здоровья матери и ребёнка — важная составляющая государственной политики в здравоохра-

нении, главным результатом которой является рост продолжительности жизни населения. За десятилетие она

увеличилась более чем на пять лет и в 2016 году, по предварительным оценкам, превысит 71 год. На крупнейшем отечественном мероприятии в области акушерства, гинекологии, неонатологии, перинатологии, визуальной диагностики и смежных с ними дисциплин собрались российские и зарубежные представители профессионального сообщества. В ходе дискуссий обсуждались ключевые проблемы, тенденции, достижения и перспективы сферы материнства и детства.

ОБЪЕДИНЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛОВ

Многообразие параллельных образовательно-практических форматов в виде секционных и пленарных заседаний, клинических разборов экспертами актуальных ситуаций из практического опыта, круглых столов, интерактивных семинаров, пре-курсов, школ обеспечили мероприятию научную насыщенность. В ходе форума прозвучало более 500 докладов. Спикеры освещали проблемы снижения материнской и младенческой заболеваемости и смертности, вопросы демографии, репродуктивного здоровья женщин и планирования семьи, возможности диагностики и лечения в акушерстве, гинекологии, неонатологии на основе достижений молекулярной и клеточной биологии. Говорилось о неотложных состояниях в акушерстве, инфекциях в акушерстве, гинекологии и неонатологии, о проблемах невынашивания беременности и преждевременных родов. Крайне важной темой стала неонатология, новые подходы в неонатальной хирургии и неонатальной анестезиологии, проблемы выхаживания детей



с экстремально низкой, очень низкой массой тела при рождении, нерешённые вопросы детской гинекологии. Участники форума обсуждали новые технологии диагностики и лечения доброкачественных опухолей органов репродуктивной системы и альтернативные методы лечения трубной беременности, вопросы гинекологической эндокринологии, вопросы онкогинекологии, патологию молочных желёз, бесплодие в браке.

В рамках форума прошла XVIII Международная специализированная выставка оборудования, лекарственных препаратов по акушерству, гинекологии и неонатологии «Охрана здоровья матери и ребёнка — 2016». В ней приняли участие 89 ведущих отечественных и зарубежных компаний — производителей медицинского оборудования и фармацевтических препаратов. Кроме того, впервые в рамках форума состоялась VI Научно-практическая конференция «Невынашивание беременности: социальная проблема, медицинские решения», в ходе которой прошло обсуждение современных принципов предгестационной подготовки и гестагенной поддержки, ведения ранних сроков беременности у женщин с привычным выкидышем. Обсуждались также вопросы лекарственной терапии и физиолечения в ранние сроки беременности, гормональные, иммунные взаимодействия, использование метода иммуноцитотерапии, предотвращения поздних гестационных осложнений беременности. С привлечением терапевтов, эндокринологов, нефрологов, гематологов, гемостазиологов были рассмотрены вопросы лечения экстрагенитальной патологии и прочих состояний, осложняющих течение беременности.



Как отмечает **Геннадий Тихонович Сухих**, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, на протяжении десятилетий наши крупные медицинские институты были самостоятельны. Но теперь, наконец, профессионалы сво-

его дела объединяются, и на подобных форумах вырабатывают общие направления развития российской медицины.

СОВРЕМЕННОЕ АКУШЕРСТВО И НОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ



Современное акушерство сегодня отличается от классических принципов, заметил **Владимир Николаевич Серов**, президент общероссийской общественной организации «Рос-

сийское общество акушеров-гинекологов», главный научный сотрудник Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова, академик, сопредседатель РАН. «В классическом акушерстве преобладает выжидательная тактика, высока детская смертность, врач доминирует. А современное акушерство — это снижение детской смертности, в нём преобладает активная тактика, партнёрские роды, и врач тоже партнёр, а не руководитель родов, врач перестаёт доминировать и быть «полицейским» в родах». Когда-то в России, замечает эксперт, кесарево сечение применялось в 1,5% ко всем родам. Материнская смертность фиксировалась в более чем 70 случаях на 100 тысяч родов. Сейчас материнская смертность в России снизилась, цифры стали приближаться к европейским. Но основные показатели — трудноуправляемые. Чаще это экстрагенитальные заболевания и эмболические состояния.

С ростом частоты проведения кесарева сечения с 1,5–2 до 25–27% материнская смертность сократилась почти в 10 раз, а перинатальная — в 4–5 раз. Современное состояние родовспоможения характеризуется дружественным развитием перинатологии и неонатологии. Пренатальная диагностика, интенсивная терапия новорождённых, выхаживание недоношенных новорождённых создали новые условия для акушерской тактики. Уходит в прошлое акушерская изолированность, беременным оказывают помощь врачи различных специальностей.

Развивается антенатальная диагностика, развивается хирургия плода и новорождённых, интенсивная терапия недоношенных. «Когда неонатологиче-

ская помощь слаба, кесарево сечение вообще не может помочь. И мы были на распутье. Сегодня неонатология развивается. А кесарево сечение — наша важная методика», — подчеркнул В.Н. Серов. При этом крайне важна высокая подготовка и кадров, и самих медицинских учреждений. Сейчас в России 30% акушерских учреждений 1-й категории. Это слабый уровень, где невозможно оказать помощь в современном объёме. Нужно постепенно повышать уровень и отказываться от первого. Идеальные учреждения для акушерства — это многопрофильная больница, а не перинатальный центр, который необходим скорее для неонатологии, считает Владимир Николаевич.



Елена Николаевна Байбарина, сопредседатель форума, директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России, говоря

о тенденции дальнейшего снижения показателей материнской и младенческой смертности, сокращения числа аборт, отметила, что, по статистике, снижению младенческой смертности, в том числе недоношенных новорождённых, способствовало увеличение перинатальных центров.

«Мы наблюдаем прогрессирующее снижение материнской смертности в России, — заметила Е.Н. Байбарина. — В 2015 году эта цифра составила 10,1 случая на 1000 рожениц, и это меньше, чем 4 года назад. Половина этих смертей были признаны непредотвратимыми, и значит, поле деятельности у нас широкое. Здесь важно развитие высокой науки и суперсовременных технологий. Необходимо добиться того, чтобы качественная помощь на высоком уровне оказывалась по всей территории России».

Очень важным аспектом эксперты считают снижение перинатальной смертности и мёртворождаемости. Младенческая смертность заметно уменьшается, за 7 месяцев этого года показатели снизились, умерло на 717 детей меньше, чем в прошлом году. Наш показатель — 6 смертей на 1000 новорождённых, мы в этом обогнали США, где показатель



составляет 6,2. Однако есть ещё над чем работать: смерти детей до 1 года являются предотвратимыми, и целью ставится понизить уровень младенческой смертности до 5,8 случая на 1000 новорождённых к 2018 году.



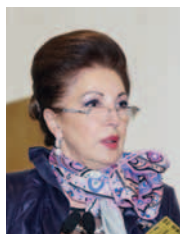
Главный внештатный неонатолог Минздрава России, ректор Санкт-Петербургского педиатрического института, профессор **Дмитрий Олегович Иванов** также акцентировал внимание

на важности развития сети перинатальных центров, их роли в снижении младенческой заболеваемости и смертности, отмечая положительные изменения в выхаживании глубоко недоношенных новорождённых. Тем не менее, отметил он, много младенцев гибнет от недиагностированных пороков развития или в результате того, что женщина рожает не на том уровне. А зачастую это чисто организационные вещи. «Нет более травмирующего влияния на организм младенца, чем транспортировка, — подчеркнул профессор. — Если она длится более 6 часов, то риск ребёнка умереть вырастает в 86 раз». Д.О. Иванов убеждён, что женщины высоких групп риска должны рожать только в тех стационарах 3-го уровня, где им и малышам смогут оказать квалифицированную помощь.

Как отметил эксперт, уровень подготовки врачей не везде, к сожалению, высок. «Например, 57% кесаревых сечений проводятся по экстренным показаниям. В итоге дети рождаются с асфиксией и гибнут. Часто врачи даже забывают, как правильно ставится оценка по шкале Апгар. А это должны уметь все те, кто находится в родзале, независимо от их специальности и образования. Кроме того, по закону до 10 дней дети должны находиться в роддоме. А их часто уже

на первые сутки переводят в больницы. И напрасно. Они все получают лечение, часто антибиотиками, им делают огромное количество анализов. Хотя зачастую они относительно здоровы. Наблюдение на участке тоже хромает. Часто в патронажах даже не отмечается динамика массы тела ребёнка. И дети гибнут. Часто отсутствует обоснование назначений лекарственных препаратов».

ГИНЕКОЛОГИЯ В XXI ВЕКЕ



Лейла Владимировна Адамян, заместитель директора по научной работе ФГУП «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика Кулакова» Минздрава

России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава России, академик РАН, напомнила Форуму о самых важных прорывах последних лет в этой сфере. Академик подчеркнула, что открытие экстракорпорального оплодотворения — одно из важных научных событий в XXI веке. Среди Нобелевских премий гинекологии не посвящено почти ничего — кроме ЭКО. Важно, подчеркнула академик, что ЭКО вошло в ОМС. Метод принят на государственном уровне, это имеет демографическое значение. Кстати, возраст беременных женщин в Европе смещается на период после 40 лет, в России в последнее время также замечается такая тенденция. Часто в случаях позднего материнства приходится прибегать к ЭКО, и доля рождений таких детей растёт в течение последних 20 лет.

В 2014 году была осуществлена операция по трансплантации матки, и это апофеоз науки — и хирургии, и иммунологии, и антибиотиков, и вообще человеческого интеллекта. Идёт вперёд наномедицина, геронтология, клеточная хирургия. Нужно приложить усилия к развитию роботехирургии.

Тем не менее, заметила Лейла Владимировна, по-прежнему очень много случаев заболеваний женщин. Приходится оперировать молодых женщин со спайками, миомами, эндометриозом. Эндометриоз — проблема века, эта болезнь всё более активна, молодееет, рецидивирует. Конечно, хирургия

сейчас стала уникальной, ювелирной, однако нужно бороться с причинами заболеваний, а не с последствиями. Также в фокусе внимания должна быть детская гинекология. «Сейчас мы наблюдаем раннее начало сексуальной жизни у подростков, негативные привычки и очень много заболеваний, на первом месте воспалительные. Дальнейшая перспектива — это уже пороки развития», — считает эксперт. «Мы не должны быть реставраторами, чтобы чинить организм женщины. Нужно заранее поддерживать её здоровье», — продолжила она.

И конечно, в этом ключе подобные форумы очень важны. «Мы должны расти внутри себя, в своей профессии. Если не будет образования, научных программ, вот такого сообщества, и встреч, и обмена мнениями — мы не будем развиваться», — подчеркнула Л.В. Адамян.

«НЫНЕШНИЙ ФОРУМ — ВАЖНЕЙШЕЕ СОБЫТИЕ В НАШЕЙ РАБОТЕ»

Таково мнение академика В.Н. Серова. «Основные показатели в нашей работе — материнская и детская смертность, а также заболеваемость. Материнская смертность зависит от трёх причин. Первая причина — условия жизни населения. Вторая — здоровье беременной женщины. И третья — это медицинская помощь. Что касается условий жизни, они не сильно улучшились, хотя в молодых семьях — а рождение детей именно их прерогатива — положение всё же лучше, чем у пенсионеров. Относительно второго фактора отмечается, что здоровье беременных за последнее время не улучшилось, более того — заболеваний выявляется даже больше. Получается, что мы можем повлиять именно на третью составляющую, и в этом ключе такой форум очень важен. Важно улучшение и базы, и квалификации врачей. А она позволяет сейчас радикально влиять на материнскую смертность. Сейчас она составляет 10,1 на 100 тысяч деторождений. А причины смертности стали похожи на европейские данные — и это в первую очередь всё же заболевания беременных женщин. Эта проблема обсуждалась на нашей конференции очень активно», — поделился своими мыслями академик.

Большое внимание форум уделит самым разным проблемам, многие из них детально обсуждаются уже не первый год. «Но я вижу, — отметил Владимир Николаевич, — что и состояние техники, и подготовка кадров становятся всё лучше. Кстати, замечу, что вообще очень важна система непрерывного медицинского образования и повышения качества профессиональной подготовки врачей».

Ещё одна актуальная проблема — это вопрос взаимодействия акушеров и неонатологов. «Иногда создаются такие опасные ситуации, что требуется вызвать искусственные роды, чтобы спасти жизнь матери и ребёнка. Без неонатологической службы, которая будет выхаживать недоношенного малыша, ему грозит гибель», — говорит академик.

«Очень важно поддерживать здоровье женщины, тогда и в беременность, и в роды она войдёт совсем с иными показателями — и этому форум также уделит внимание», — отметил наш собеседник. Кстати, крайне остро стоит проблема рака и беременности, рака молочной железы. Каждый год в мире случаев рака молочной железы становится больше на 8%. Но в то же время сегодня, если рано поймать эту ситуацию, женщина будет жить не только после операции, но и после лечения. «Раньше больной женщине предстояло прерывать беременность. Сейчас мы решаем этот вопрос иначе», — говорит эксперт. Длительность жизни, снижение материнской и детской смертности — самые важные показатели здоровья населения в целом.

«Думаю, наш форум выполнил свои задачи, — отметил в беседе с нашим корреспондентом Г.Т. Сухих. — На конференцию приехало около 4500 участников, докладчики из 28 стран, всего 440 докладчиков! Это 331 город, 81 субъект РФ. Около 170 человек участвовали в секции для акушеров и среднего медицинского персонала, и это важная цифра. Среди участников форума около 750 молодых учёных. Программа была обширная, по традиции она была посвящена акушерству. Мы уделили особенное внимание таким проблемам, как преждевременные роды, потеря беременности, невынашивание беременности, рождение маловесных детей. Мы наращиваем секции по неонатологии. Было

много тем по хирургии, гинекологии, андрологии, лечению бесплодия. Хочется отметить замечательные выступления наших коллег из Европы и США. Удался внутри форума и конгресс по УЗИ: полный зал до самого вечера».

По мнению Геннадия Тихоновича, нынешний форум был ещё более удачным, чем два предыдущих: «Очень важно, что мы говорим и о самых новейших технологиях в медицине, которые уже внедряются в практику. Например, пренатальная диагностика, основанная на поиске ДНК плода в кровотоке матери. Это колоссальный шаг вперёд. Эти технологии стартовали два года назад в Европе, и мы за 6 месяцев сделали то же самое».

ПЛАНЫ НА БУДУЩЕЕ: РАЗВИВАТЬ НАУКУ, ПОВЫШАТЬ ОБРАЗОВАНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ВРАЧЕЙ

Участники форума обсудили и сформулировали планы развития сферы акушерства и гинекологии, защиты здоровья матери и ребёнка на ближайшее время. Основную их идею выразил Г.Т. Сухих: «Перед нами стоит амбициозная задача на предстоящие годы. Нужно обозначить шкалу причин недоношенности, создать четырёхмерный атлас внутриутробного развития — на основе абсолютного понимания того, как развивается беременность, что происходит с экологией, окружающей средой, каков образ жизни матери».

«Правительство приняло программу стратегического развития РФ в сфере здравоохранения. Она рассчитана на два года и включает в себя конкретные практические направления. Ставится целью развитие приоритетного национального проекта «Здоровье», —

напомнила в свою очередь Е.Н. Байбарина. В ближайшие годы будут активно развиваться такие направления, как совершенствование помощи матерям и детям, развитие санавиации для помощи в удалённых местностях, работа с кадровым потенциалом, совершенствование образовательного компонента, совершенствование информатизации медицины (необходимо перейти на электронный документооборот) и, наконец, повышение качества лекарственных препаратов (очень важно обеспечить доступность помощи в селе и удалённых местах).

Представитель Минздрава России остановилась также на изменениях, вносимых в ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг», которые помогут упорядочить систему разработки клинических рекомендаций, что позволит врачам легче их использовать. Е.Н. Байбарина также уделила внимание программе развития ранней помощи в РФ. Структуры по оказанию таковой помощи будут создаваться во всех регионах, подчеркнула она.

В настоящее время перинатальное акушерство стало более гуманным к беременным и новорождённым, считает академик В.Н. Серов. По его словам, «научной основой современного акушерства становятся молекулярная биология и генетика. Это уже не дело будущего, а наше настоящее. И хотя пока у нас скромные возможности, но без этого мы уже не двинемся дальше».

Следующий Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и Дитя» состоится 26–29 сентября 2017 г. в МВЦ «Крокус Экспо» г. Москвы. ■

ООО «МЕДИ Экспо» pr@mediexpo.ru



7595 специалистов приняли участие во II Российском конгрессе лабораторной медицины

■ Пресс-служба Конгресса

В Москве завершился II Российский конгресс лабораторной медицины. За три дня работы научное мероприятие посетили 7595 специалистов из России, Казахстана, Греции, Германии, Италии и других стран. Конгресс был посвящён актуальным профессиональным и нормативно-правовым вопросам клинической лабораторной диагностики, клинической и медицинской микробиологии, вопросам генетики, роли лабораторных исследований в онкологии, паразитологии, диагностике аутоиммунных заболеваний, сепсиса и в других направлениях современной медицины.

Мероприятие проводилось в соответствии с Приказом Минздрава России при поддержке Минпромторга РФ, СМО «Национальная медицинская палата» и Общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «Опора России».

Открыл Конгресс председатель научного комитета, главный учёный секретарь Ассоциации ФЛМ М.А. Годков. С приветственным словом выступил президент СМО «Национальная медицинская палата» Л.М. Рошаль. Директором Департамента науки, инновационного развития и управления медико-биологическими рисками здоровью С.А. Румянцевым было зачитано приветствие от Министерства здравоохранения РФ. Также с поздравлением к присутствующим обратился главный внештатный специалист Минздрава России по клинической лабораторной диагностике, президент Ассоциации ФЛМ А.Г. Кочетов. «Конгресс является не только большой площадкой для профессиональных знакомств, общения, обмена опытом, информацией, мнениями, знаниями, технологиями, не только предтечей следующего года, не только образовательной и научной площадкой, но и мощным стимулом развития лабораторной медицины в стране, повышения статуса лабораторной службы в России и за рубежом», — отметил он.

На пленарном заседании с докладом о стратегическом направлении инновационного развития лабораторной медицины выступил директор Департамента науки, инновационного развития и управления медико-биологическими рисками здоровью С.А. Румянцев. О непрерывном образовании и аккредита-

ции специалистов лабораторной службы с медицинским и немедицинским образованием рассказала заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении И.А. Купеева.

В рамках научной программы обсуждались фундаментальные вопросы клинической и лабораторной медицины, проблемы обеспечения лабораторных исследований на современном этапе, вопросы лабораторной диагностики социально значимых инфекций, профилактики инфекционных заболеваний, принципы управления медицинской лабораторией, кадровые и образовательные вопросы.

Традиционно состоялся отдельный симпозиум, на котором специалисты ведущего в России научного онкологического центра рассмотрели вопросы, посвящённые молекулярно-генетическим маркерам в диагностике и прогнозе опухолей. Симпозиум прошёл под руководством заведующего лабораторией клинической биохимии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, члена-корреспондента РАН, доктора медицинских наук, проф. Н.Е. Кушлинского и был посвящён памяти известного советского и российского биохимика, доктора химических наук, профессора, члена-корреспондента РАМН и РАН, заведующего кафедрой биологической химии Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

Сергея Евгеньевича Северина. Докладчики озвучили современные представления о молекулярных механизмах развития злокачественных опухолей и возможностях использования достижений фундаментальных исследований в клинической онкологии. «Вопросы, которые сегодня обсуждались, несомненно, имеют важное значение для здравоохранения, в частности для таких специалистов, как клинические онкологи, молекулярные биологи, генетики, эндокринологи», — подчеркнул Н.Е. Кушлинский.

В рамках научной программы состоялись два заседания профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ: по аналитической и судебно-медицинской токсикологии под председательством главного внештатного специалиста Минздрава России по аналитической и судебно-медицинской токсикологии Б.Н. Изотова и заседание профильной комиссии по клинической лабораторной диагностике. На заседании профильной комиссии по клинической лабораторной диагностике специалисты обсудили кадровые проблемы лабораторной службы и перечень нормативно-правовых актов, требующих изменений в связи с наличием на руководящих должностях медицинских лабораторий специалистов с немедицинским образованием.

На заседании комиссии «Опора России» под руководством вице-президента Ассоциации ФЛМ С.А. Гольдберга экс-



СПРАВКА

В работе конгресса приняли участие 497 руководителей медицинских учреждений, 30 руководителей профессиональных образовательных учреждений, 270 руководителей компаний-производителей. Из 7595 участников конгресса — 167 докторов наук, 2000 кандидатов наук, 114 профессоров.

В научной программе приняли участие свыше 300 специалистов различных клинических направлений: кардиологи, акушеры-гинекологи, онкологи, эндокринологи, дерматовенерологи, трансфузиологи, неврологи, терапевты, генетики, педиатры, урологи, хирурги.

перты рассмотрели вопросы обращения медицинских изделий. В заседании участвовали начальник Управления организации государственного контроля регистрации медицинских изделий Росздравнадзора Е.М. Астапенко, заместитель директора Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России К.А. Бинько, начальник Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы РФ Т.В. Нижегородцев, начальник отдела здравоохранения и социальной политики Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы С.Г. Николаев. Эксперты обсудили предложения к Проекту «О требованиях к расходным материалам и реагентам и установлении запретов на необоснованные ограничения производителями медицинского оборудования возможности применения расходных материалов и реагентов иных производителей». Предложения будут представлены в Правительственную комиссию по импортозамещению.

Состоялся также круглый стол по вопросам особенностей использования медицинскими лабораториями некоторых медицинских изделий в диагностическом процессе, участниками которого стали представители Министерства здравоохранения РФ, ФАС, Министерства образования РФ, ФАНО, а также представители профессиональных общественных организаций. Модератором заседания

выступил директор ФГБУН «Научно-исследовательский институт биомедицинской химии имени В.Н. Ореховича» (ИБМХ) доктор биологических наук, член-корреспондент РАН А.В. Лисица.

В рамках секции «От диплома до завлаба», состоявшейся при участии заместителя руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Д.В. Пархоменко и директора НИИ фармации и трансляционной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова В.В. Тарасова, прошла встреча со студентами ведущих медицинских вузов страны. Спикеры секции делились с будущими врачами своим опытом и рассказывали студентам о возможностях предстоящего трудоустройства. Руководил работой секции член профильной комиссии Минздрава России и председатель комитета Ассоциации «ФЛМ» по аналитической и судебно-медицинской токсикологии, старший научный сотрудник кафедры токсикологии, фармацевтической химии и фармакогнозии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Ю.Е. Кочнев.

Впервые в научной программе конгресса специалистам была предоставлена возможность детально обсудить вопросы раннего прогнозирования и диагностики сепсиса. В работе междисциплинарного мероприятия принимали участие микробиологи, патофизиологи, реаниматологи, хирурги. Пристальное внимание было уделено лабораторной диагностике заболеваний, передающихся половым путём (ЗППП), а также таких социально значимых инфекций, как ту-

беркулез, гепатит, ВИЧ (на пленарном заседании эту тему осветила главный фтизиатр Минздрава России И.А. Васильева).

Научная программа конгресса включала в себя не только лекции и доклады, но и мастер-классы, на которых все желающие могли отработать навыки и умения работы с современным лабораторным оборудованием.

Программа конгресса была аккредитована в Координационном совете по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения РФ и обеспечена образовательными кредитами в рамках модели отработки основных принципов НМО по специальностям «клиническая лабораторная диагностика» и «бактериология». Слушателям было присвоено 18 кредитов по одному из этих направлений.

Участники конгресса имели возможность посетить крупнейшую в России выставку производителей и поставщиков медицинского лабораторного оборудования и расходных материалов «Лабораторный город», которую в этом году представили 118 отечественных и зарубежных компаний. На выставке были продемонстрированы новейшие разработки в области лабораторной диагностики.

Кроме того, в рамках конгресса состоялось награждение молодых учёных Премией В.В. Миньшикова. Также были награждены победители всероссийского конкурса для журналистов «Спектр».

Фармацевтическая премия «Зелёный Крест» шагнула за пределы России

■ Пресс-служба Премии

Профессиональная премия специалистов аптечного сообщества «Зелёный Крест» проводится второй год, но, несмотря на молодость, уже получила признание и стала самой представительной аптечной премией. Церемония награждения победителей II Международной фармацевтической премии «Зелёный Крест» состоялась в Москве в рамках VII Аптечного саммита, организатором которого выступила компания *Infor-media Russia*, являющаяся стратегическим партнёром премии. Лучших представителей в заявленных номинациях выбрали более 250 членов экспертного совета. В организационный комитет премии вошли ведущие российские аналитические компании: *AlphaRM*, *DSM Group*, *GfK*, *IMS Health*, *RNC Pharma*, *TNS*, Фармацевтический центр «Знание».



Премия «Зелёный Крест» имеет своего наставника и попечителя — великого средневекового армянского учёного, естествоиспытателя и врача Амирдовлата Амасиаци. Его фундаментальный труд «Ненужное для неучей» можно считать крупнейшим лекарственным справочником Средневековья.

Именно поэтому церемония награждения, как и в прошлом году, носила определённый армянский акцент: на протяжении всего вечера для участников пел один из самых молодых и талантливых отечественных певцов, участник проекта «Голос» Севак Ханаян.

Церемонию награждения открыл председатель организационного комитета премии **Гарик Тадевосян**. Он рассказал о целях и задачах премии, а также о процедуре голосования. Всего на победу в 25 номинациях, объединённых в 5 категорий, претендовали более 100 номинантов.

Церемония началась с объявления победителей в категории «Аптечная сеть» и, пожалуй, самой главной номинации в данной категории — «Аптечная сеть года». Лучшей в ней большинство экспертов признали аптечную сеть **«Самсон-Фарма»** (Москва).

А по результатам голосования на сайте Фармацевтического центра «Знание» в этой номинации лидером признана аптечная сеть **«Вита»** (Самара). Такова по этому поводу, в отличие от мнения экспертов, точка зрения аптечных работников — фармацевтов и провизоров.

Аптечная сеть **«Неофарм»** (Москва) победила в номинации «Динамика года». По мнению экспертов, именно данная сеть показала лучшую динамику продаж и рост количества аптечных точек.

В номинации «Работодатель года» победителем стала аптечная сеть **«Ригла»** (Москва). По мнению экспертов, именно данная сеть предоставляет лучшие условия для работы и профессионального развития аптечных работников.

Проект «Apteka.ru — доступная аптека», заявленный **АО НПК «Катрен»**, стал победителем в номинации «Социальный проект года». Эксперты по достоинству оценили возможность получения лекарственных препаратов по доступной цене практически в любой точке России.

Тяга к путешествиям была вовремя оценена аптечной сетью «Самсон-Фарма». Это первая и пока единственная

аптечная сеть, где за покупки можно зарабатывать полётные мили и делать мечту об отпуске чуть ближе. Возможно, именно поэтому **проект «Аэрофлот Бонус» от аптечной сети «Самсон-Фарма»** стал победителем в номинации «Инновация года».

В наше время, когда на аптечном рынке активно растёт доля крупных аптечных сетей, небольшим региональным сетям всё труднее сопротивляться их экспансии. К тому же крупным федеральным аптечным сетям легче победить в той или иной номинации. Именно поэтому уже по традиции премия выделяет региональных, локальных игроков, которые не боятся вызова федеральных сетей и продолжают активно развиваться, предоставляя населению качественные услуги по доступной цене. В этом году специальную премию организационного комитета в номинации «Региональная аптечная сеть» получила **Республиканская сеть «Аптеки 36,6»** (Казань).

Новые технологии и решения активно проникают во все сферы, в том числе и в аптечный сегмент. Появился целый ряд компаний и проектов, которые не вполне можно отнести к аптекам или аптечным сетям. Для выделения таких проектов была учреждена номинация

«Аптечный бренд года», победителем которой стала **Apteka.ru**.

В номинации «Аптека года» победила аптека «**Озерки**» № 50 (Санкт-Петербург). Это ещё один важный показатель качества работы аптечной сети в целом и востребованности формата дискаунтеров на аптечном рынке. Особенно знаменательно, что в прошлом году в этой категории победила другая аптека этой же сети.

Программное обеспечение стало обязательным атрибутом современной аптеки. Автоматизация аптек обеспечивает их эффективную деятельность на всех этапах — от заказа до продажи. Программное обеспечение «**ИнфоАптека**» стало победителем в номинации «Автоматизация аптек», опередив десятки других подобных программ.

Залог успеха любой аптеки — высокая квалификация работников. Деятельность многих компаний связана с организацией обучения для аптечных работников. Оценка подобных проектов осуществлялась в рамках номинации «Образовательный проект для фармацевтов и провизоров», победителем которой стал проект «**Фармконсультант**» Агентства медицинской информации «**Медфорум**».

Фармацевтическая премия «Зелёный Крест» в этом году полностью оправдала свой международный статус и вышла за пределы России. Голосование с целью определения лучшей аптечной сети проводилось сразу в четырёх странах: Армении, Грузии, Казахстане и Украине.

В категории «Аптечная сеть года» лучшей в Армении признана сеть аптек «**Натали Фарм**», в Грузии — сеть аптек «**Аверси**», в Казахстане — сеть аптек «**Цветная**» и в Украине — аптечная сеть «**Магнолия**». В следующем году к проекту присоединятся новые страны, а само голосование будет более масштабным.

Награждение победителей в категории «Персона года» началось с вручения награды в категории «Глава аптечной сети». Победителем в номинации стал **Александр Викторович Кондрачев**, аптечная сеть «**АСНА**» (Москва).

Лучшим функциональным менеджером признана **Карина Анатольевна Каминская**, аптечная сеть «**Самсон-Фарма**» (Москва).

В номинации «Аптечный работник» победу одержала **Людмила Анатольевна Тарасова**, которая проработала в этой профессии 21 год. Возможно, именно благодаря вниманию руководства сети к своим сотрудникам аптечной сети «**Доктор Столетов**» (Москва) удаётся оставаться одной из самых динамично развивающихся сетей России.

Специальный приз в номинации «Особый вклад в развитие фармацевтической отрасли» в этом году получил **Иван Гивиевич Саганелидзе**, ПАО «Аптечная сеть 36,6». Личность поистине легендарная на аптечном рынке. С его именем связано создание таких аптечных сетей, как «**Доктор Столетов**» и «**А5**». А вместе со своими партнёрами всего за пять лет ему удалось с нуля создать самую крупную аптечную сеть России.

Награждение победителей в категории «Компания года» началось с вручения приза лучшей фармацевтической компании России. Ею, по мнению экспертов, стало **ЗАО «ПФК Обновление» (RENEWAL)**. А лучшим дистрибьютором лекарственных средств признан **Центр внедрения «Протек»**.

В этом году было принято решение объединить печатные и электронные издания в одну номинацию — «**Голос отрасли**», победителем которой стал журнал «**Vademecum**». Благодаря своему уникальному наполнению журнал остаётся интересным для руководителей аптечных учреждений, на портале **Vademec.ru** оперативно публикуются новости фармацевтического рынка.

Победителем в номинации «Журналист года» стала **Полина Анреевна Звездина**, корреспондент газеты «Фармацевтический вестник». Её статьи всегда интересно читать, в них сочетаются профессионализм и оригинальность подхода к подаче информации.

В категории «Препарат года» победителем в номинации «Безрецептурный препарат» стал препарат «**Кардиомагнил**» компании **Takeda**. А лучшим в номинации «Биологически активная добавка» признан бренд «**Магний В6**» компании «**Внешторг Фарма**».

Второй год подряд в номинации «Косметическое средство» побеждает бренд **Librederm** компании «**Зелдис-Фарма**».

Ещё несколько специальных номинаций было учреждено для при-



знания лучших представителей в соответствующих категориях. В номинации «Изделие медицинского назначения» лидерами стали «**Бандажи лечебные и компрессионные «Леонарда»**. В номинации «Собственная торговая марка» победила марка презервативов **Zenit** сети аптек «**Доктор Столетов**» (Москва). И, наконец, бренд «**Кармолис**» стал победителем в номинации «Выбор аптечного сообщества». Именно за него проголосовали работники аптек — фармацевты и провизоры.

Церемония награждения подвела итоги II Международной фармацевтической премии «Зелёный Крест». «Зелёный Крест» стал не просто символом аптек, но и знаком их качества. Премия перешла границы России, факт победы в премии активно используется фармацевтическими компаниями и аптечными сетями в продвижении своих продуктов и компании в целом. И уже совсем скоро будет объявлен старт очередной, третьей премии — нас ожидают новые достижения, новые номинации и новые сюрпризы. ■



В ОП РФ считают, что необходимо создавать доступную среду для всех категорий граждан

■ Пресс-служба Общественной палаты РФ

В Общественной палате РФ состоялась российско-испанская конференция «Доступная среда без ментальных и архитектурных барьеров. Практики государственно-частного партнёрства в формировании инклюзивного общества». Конференция позволила представителям законодательной и исполнительной власти, людям с ограниченными возможностями и профильным фондам, предпринимателям, а также экспертам и специалистам из России и Испании обменяться мнениями и наработками по вопросам социальной и медицинской реабилитации. В ходе мероприятия удалось выявить лучшие инновационные практики формирования безбарьерной среды.

Председатель Комиссии ОП РФ по социальной политике, трудовым отношениям и качеству жизни граждан, модератор встречи **Владимир Слепак** считает, что «нам сегодня необходимо актуализировать проблемы инклюзивной городской среды, посмотреть мировой опыт и применить лучшие практики, адаптируя их для России». Член Комиссии ОП РФ по социальной политике, трудовым отношениям и качеству жизни граждан **Андрей Царёв** рассказал, каким образом реализуется предоставление социальных услуг как государством, так и частными клиниками или организациями по месту жительства.

Важно не просто обслуживать человека с инвалидностью, а помогать ему делать то, что он реально готов сделать самостоятельно. Также обстоит дело с работой: отмечается, что люди не могут удержаться на рабочем месте не потому, что плохо выполняют свои функции, а потому, что им сложно вписаться в трудовые отношения, существующие в коллективе, в режим и пр. Поэтому необходимо сопровождение инвалидов на работе и соответствующая помощь. Это может решить широ-

кий круг проблем, связанных с жизнью самого человека, и более оптимально использовать государственные средства. «Роль ОП РФ — помочь внести в законодательство соответствующие изменения, чтобы подобные формы поддержки людей с инвалидностью стали нормой», — отметил Царёв.

Своим успешным опытом поделился мировой эксперт в области организации и управления медицинскими службами реабилитации, генеральный директор университетского госпиталя нейрореабилитации Института Гуттманна (Барселона) доктор **Жузепа Мария Рамирес**, создавший ряд законодательных, финансовых и организационных инструментов для успешной практической реализации государственно-частного партнёрства в медицине. «Институт Гуттманна — эффективная организация системы здравоохранения, созданная более 50 лет назад. Свои истоки она берёт из общественной инициативы. Испанский гражданин создал общественную организацию, представители которой, обучившись в Англии у немецкого врача Гуттманна, вернулись обратно и создали первый в Испании госпиталь по лечению поражений

головного и спинного мозга. В результате удалось превзойти опыт других стран и создать сегодня всемирно известный центр в области неврологии. Инициативные граждане, неравнодушные к проблемам людей с инвалидностью, смогли поменять инфраструктуру города, законы, а главное — сознание людей», — сказал доктор Рамирес.

Бизнес-посол в Испании, член генсовета «Деловая Россия» **Эдуард Гуляев** подчеркнул, что государственно-частное партнёрство — это эффективная формула взаимодействия государства и бизнеса. «ГЧП поднимает гражданскую активность и показывает динамику интеграции людей с ограниченными возможностями в жизнь общества», — подчеркнул он.

Президент Российского фонда помощи **Лев Амбиндер** остановился на проблемах взаимодействия благотворительных фондов и государства в России.

Директор Barcelona Medical Consulting (BMC), генеральный представитель Ассоциации крупнейших госпиталей Барселоны **Ольга Соловьёва** рассказала, что в Барселоне уже с 1977 года существовали нормативы по обустройству пандусов при строительстве пешеходных переходов. Сейчас это самый доступный из современных городов, в 1992 году в нём прошли первые Олимпийские и Паралимпийские игры, где на одних и тех же стадионах соревновались олимпийцы и паралимпийцы. «Сегодня в Барселоне не осталось архитектурных барьеров, у нас универсальный дизайн, который доступен для всех», — считает директор BMC.

Участники отметили, что большинство людей с приобретённой инвалидностью не хочет сидеть на шее у государства. Им важно быть адаптированными, иметь возможность работать, общаться и не выпадать из жизни общества. Испанский опыт позволяет это сделать, и члены ОП РФ выразили надежду перенять его и реализовать доступную среду в России.

По итогам встречи было принято решение создать рабочую группу при ОП РФ, которая будет развивать тему доступности и инклюзивной среды и помогать находить способы партнёрства государства, частного сектора и НКО для решения актуальных задач. ■



KIHE

24-я КАЗАХСТАНСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ

ВЫСТАВКА "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"



17-19 мая 2017

Казахстан, Алматы, КЦДС "Атакент"

Реклама

www.kihe.kz

ОРГАНИЗАТОРЫ



ITE Group Plc
Тел.: +38 044 496 86 45 (ext. 278)
Моб.: +38 068 361 00 20
E-mail: l.denisjuk@pe.com.ua



Iteca (Алматы, Казахстан)
Тел.: +7 727 2583434,
Факс: +7 727 2583444,
E-mail: healthcare@iteca.kz



GIMA (Гамбург, Германия)
Тел.: +49 40 23524 335
Факс: +49 40 23524 410
E-mail: limbach@gima.de



EUF (Стамбул, Турция)
Тел.: +90 212 291 83 10 / 202
Факс: +90 212 240 43 81
E-mail: kerim.arслан@ite-turkey.com





Оформить заявку



Самое необходимое о кислородо-проводах, ГХК, компрессорных станциях – в быстром отклике

Энергия-Криосиб

для медицины

для промышленности

Региональные подразделения

О компании

Для Вас в кратчайшие сроки компания «**Энергия-Криосиб**» выполнит проектирование, монтаж и техническое обслуживание (ТО):

- кислородопроводов
- ГХК
- концентраторов кислорода
- компрессорных станций
- медицинских консолей

Приоритетная задача нашей организации – внедрение достижений современной науки и техники в практику работы предприятий. Технические задачи тесно связаны с решением медицинских вопросов.

Современный рынок требует от поставщика услуг не только передовых инженерных знаний, но также безупречной репутации, обязательности, точности и порядочности. Всеми этими качествами обладает коллектив ООО «Энергия-Криосиб».

Гарантии для предприятий:

Экономически обоснованная система предоставления услуг

Максимальная безопасность персонала

Экономия лечебных и технических газов за счёт герметичности соединения

Обучение и консультации сотрудников предприятия

Полный комплект согласованной технической документации

ПОЛЕЗНЫЕ СТАТЬИ

[Концентратор кислорода — ТЕХНОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ](#)

[Архитектура и строительство](#)

[Кто есть кто в медицине](#)

[О безопасной эксплуатации систем медицинского газоснабжения](#)

ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

[Каковы достоинства концентратора кислорода?](#)

[Какие услуги предоставляет компания «Энергия-Криосиб»?](#)

[В каких регионах работает «Энергия-Криосиб»?](#)

ОФИЦИАЛЬНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

[Приказ ГОСТ Р ИСО 7396-1-2011](#)

[ГОСТ Р ИСО 10083 \(ок. ред. 12-2011\)](#)

[ГОСТ Р ИСО 7396-1 \(ок. ред. 12-2011\)](#)

[ФЗ-184 Федеральный закон «О техническом регулировании»](#)

Реклама

