



Уважаемые коллеги!

В начале каждого нового года принято подводить итоги года ушедшего. Для Российского общества урологов (РОУ) одним из самых значимых событий 2013 г. стал XIII конгресс РОУ, который был проведен осенью. За 3 дня мероприятие посетили 1948 специалистов. В конгрессе участвовало немало наших коллег из других стран – Голландии, Англии, Германии, Италии, США. На открытии с приветственным словом выступил глава комитета по международному сотрудничеству Европейской ассоциации урологов (ЕАУ) проф. Кристофер Чеппл. Мы изменили формат мероприятия: сделали 1-й и 3-й дни пленарными заседаниями, а 2-й день – полностью секционным, организовали 10 секций. Председателю каждой из них была поставлена задача: начать работу секции с 20-минутного доклада с обзором новых возможностей диагностики и лечения (медикаменты, технологии), появившихся в урологии за последние 10 лет. На пленарных заседаниях мы обсуждали

глобальные вопросы: перспективы развития регенеративной медицины, выращивание тканей, а также возможности использования стволовых клеток. Это то, что на наших площадках никогда раньше не обсуждалось.

В начале 2014 г. внимания специалистов заслуживает VIII Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2014», которая пройдет в Москве 13-14 февраля. Приглашаю всех желающих принять в ней участие.

Особое внимание мы всегда уделяем привлечению новых членов в РОУ. Каждый из них получает ID-карту, предоставляющую определенные льготы при участии в мероприятиях общества и получении наших изданий. Наши усилия также направлены на то, чтобы создать благоприятные условия для работы коллег в регионах. Специально для региональных урологов РОУ совместно с Первым МГМУ им. И.М. Сеченова выпустило две монографии: «Урология: иллюстрированное руководство» и «Интегративная урология».

Еще одна хорошая новость – с середины 2014 г. все члены РОУ, вступившие в общество до конца марта текущего года, начнут получать журнал «Урология» бесплатно. Меня избрали его главным редактором, и я приложу все усилия, чтобы эта задача была решена.

Также мы планируем в 2014 г. переиздать на русском языке клинические рекомендации по урологии ЕАУ и выпустить сокращенный вариант российских клинических рекомендаций по урологии. Конечно, в чем-то они будут перекликаться, это неизбежно. Но все же надо учитывать наше состояние медицинской помощи и нашу систему здравоохранения. У нас иная законодательная база, поэтому любые рекомендации должны быть адаптированы к нашим условиям.

Кроме того, мы начали разработку программы непрерывного дистанционного обучения урологов. Создаем серию электронных обучающих модулей по наиболее актуальным направлениям в урологии. Этого пока еще никто не делал в нашей стране. Выгод много: не надо куда-то ехать, чтобы обучаться, можно не тратить рабочее время, человек сам выбирает, когда ему заниматься, к тому же для членов РОУ модули будут доступны бесплатно. Пока вышел первый модуль по теме «Гематурия». Он включает тематическую презентацию с постановкой клинической задачи: больной обратился с жалобами на кровь в моче, каковы дальнейшие действия уролога? Дается пошаговое руководство, включающее все возможные варианты диагностики данного случая, методы лечения. В конце модуля содержатся контрольные вопросы для самопроверки обучающегося.

Тему первого модуля мы выбрали как наиболее распространенную. Мы планируем выпустить еще 26 тематических модулей: в ближайшее время выйдет «Пиурия», потом будет «Почечная колика» и т. д. Мы надеемся, что если члены президиума и правления активнее будут включаться в работу, то мы сможем за 2 года выпустить всю серию. Я очень надеюсь, что президиум в ближайшее время перейдет от выполнения представительских функций к реальной работе.

При помощи Российского общества онкоурологов нам удалось создать собственную базу, насчитывающую 4086 урологов. Но не все они – члены РОУ. Наша задача – прояснить, кто из них является членом РОУ, а кого нам еще предстоит привлечь. Этой работой мы сейчас активно занимаемся.

На заседании президиума в январе 2014 г. создана ревизионная комиссия, которая начнет помогать приводить деятельность региональных отделений РОУ в полное соответствие с уставом. В частности, комиссия будет заниматься плановой проверкой деятельности региональных отделений РОУ и сбором данных о членах организации.

Кстати, впервые за всю историю РОУ в прошлом году его членами стали 2 самостоятельные общественные организации. Это Профессиональная ассоциация андрологов России (ПААР) и Ассоциация молодых урологов России (АМУР). Устав РОУ позволяет вступать к нам в организацию и физическим, и юридическим лицам. РОУ является учредителем региональной общественной организации содействия охране здоровья мужского населения «Мужское здоровье».

Мы надеемся, что в 2014 г. и все остальные объединения урологов станут членами РОУ.

Это обеспечит более плодотворное взаимодействие между нами, обмен опытом, развитие новых направлений. РОУ теперь де-факто становится лидирующим национальным объединением урологов, и все члены организации имеют преимущественный доступ к нашим мероприятиям, изданиям и другим партнерским проектам.

С уважением, **Юрий Геннадьевич Алеев,**

д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, председатель Российского общества урологов (РОУ), директор клиники урологии им. Р.М. Фронштейна, завкафедрой урологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Hi+Med

Высокие технологии
в медицине
Выпуск № 1 (23),
январь 2014

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА:

**Генеральный директор
ГК «Медфорум»**

А. Синичкин
(e-mail: a.sinichkin@webmed.ru)

**Руководитель
проекта Hi+MED**

А. Зверев
(e-mail: Anton@himedtech.ru)

**Шеф-редактор
журнала Hi+MED**

Л. Локацкая
(e-mail: liliana_lok@mail.ru)

Редактор-корректор

Т. Дека

Дизайн и верстка

Е. Курбасова

Фотокорреспондент,

переводчик

В. Локацкий

ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ

Менеджеры по рекламе

С. Стёпина
(e-mail: Svetlana@himedtech.ru),

М. Калупаха
(e-mail: maxim@himedtech.ru)

Тел.: +7 (495) 234-07-34

**Отдел продвижения
медийной продукции**

Ю. Бакланова,
Т. Кудрешова
(e-mail: medmedia@webmed.ru)

Издательский дом Группы
компаний «Медфорум»

127422, Москва,
ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3

Тел.: (495) 234-07-34

www.himedtech.ru

e-mail: himed@himedtech.ru

Свидетельство о регистрации
средства массовой информации

ПИ № ФС77-44141

от 09.03.2011

Любое воспроизведение
материалов и их фрагментов
возможно только с письменного
разрешения редакции журнала.

Мнение редакции может
не совпадать с мнением авторов.

Редакция не несет
ответственности
за содержание рекламных
материалов.



Новости	
События	3, 4, 6, 10, 17, 21, 39, 41, 42, 43, 53
Тема номера	
УРОЛОГИЯ	
Гендерное здоровье мужчины – здоровье общества	7
О.Н. Аполихин, д.м.н., профессор, директор ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России	
Бизнес-стратегии	
ЭКСПЕРТИЗА	
Рынок медицинских изделий 2013 года	14
А.В. Виленский, генеральный директор научно-технического центра «Медитэкс»	
ДИАЛОГ	
Оливье Боск: «Основная стратегия GE Healthcare в РФ – долгосрочное партнерство»	18
Эксклюзивное интервью с президентом и главным исполнительным директором корпорации GE Healthcare в России и СНГ	
Привлечение капитала	
ИНВЕСТИЦИИ	
Публичность для биотехнологического бизнеса – обуза или инструмент развития?	22
Д.А. Александров, заместитель генерального директора по инвестициям, ИК «УНИВЕР Капитал»; Б.А. Майзель, заместитель директора по корпоративным финансам, руководитель проекта «Корпоративный инвестиционный фонд ОАО «ИСКЧ»», руководитель конференции «Moscow Life Sciences Investment Day 2014»	
Бренды	
ИННОВАЦИИ	
AcuVista Grace – новое слово в УЗ-сканерах для сосудистого доступа	23
Ray Systems (Россия) представляет собственную разработку	
Конвейерные системы для медицинских клиник	24
Преимущества использования автоматизированных систем компании Teletift GmbH (Германия)	
Регионы	
РЕФОРМА	
Организация онкоурологической помощи в Свердловской области	25
А.В. Зырянов, д.м.н., профессор; В.Н. Журавлев, д.м.н., профессор, завкафедрой; И.В. Баженов, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный внештатный уролог Минздрава Свердловской области; И.В. Борзунов, д.м.н., профессор (кафедра урологии УГМА, ГБУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1»)	
Кафедра	
ТРЕНДЫ	
Перспективы развития в РФ дистанционной и симуляционной форм обучения	28
П.В. Глыбочко, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАМН, ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, главный внештатный специалист по медицинскому образованию Минздрава РФ	
Фарма	
ПРОДУКЦИЯ	
Сампрост – достойный вклад фармацевтики в мужское здоровье	34
В.Е. Мирский, д.м.н., профессор, директор, С.В. Рищук, д.м.н., профессор, завкафедрой, замдиректора по лечебной работе (кафедра репродуктологии и андрологии ССЗГМУ им. И.И. Мечникова, НИУ «Северо-Западный институт андрологии», Санкт-Петербург)	
Клиницист	
КАРДИОЛОГУ	
Современные тенденции в лечении острого инфаркта миокарда	36
Д.Г. Иоселиани, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, главный специалист по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения Департамента здравоохранения г. Москвы, заслуженный деятель науки РФ, директор НПЦ интервенционной кардиоангиологии (Москва)	
СПОРТИВНОМУ ВРАЧУ	
Травмы нижних конечностей: опыт применения аэрокриотерапии у спортсменок-гандболисток	40
О.А. Шевелев, А.В. Смоленский, А.В. Михайлова, М.В. Сахарова, С.А. Дашков, А.В. Кулишов, Г.Б. Руда, Е.Н. Запольнова (НИИ спортивной медицины РГУФКСМиТ, поликлиника спортивной медицины, кафедра теории и методики гандбола РГУФКСМиТ)	
Руководителю ЛПУ	
ОПТИМИЗАЦИЯ	
Современные методы контроля стерилизующей аппаратуры	44
П.А. Демидов, заведующий централизованной стерилизационной ГБУЗ «Городская клиническая больница № 4» Департамента здравоохранения г. Москвы, преподаватель отделения повышения квалификации ГБОУ СПО «Медицинское училище № 8» Департамента здравоохранения г. Москвы	
Государственное регулирование	
ФИНАНСИРОВАНИЕ	
Современные механизмы устойчивого финансирования здравоохранения РФ	46
Интервью с исполнительным директором НП «Равное право на жизнь», заместителем председателя правления Ассоциации онкологов России Д.А. Борисовым	
Информатизация	
IT В МЕДИЦИНЕ	
Цифровые медицинские технологии: ближайшие перспективы	54
В.А. Ковальский, генеральный директор и разработчик облачной медицинской платформы Medesk (Россия)	

VI ВСЕРОССИЙСКАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ВИДЕОКОНФЕРЕНЦИЯ
**«Оперативное лечение заболеваний органов
 мочеполовой системы»**



С.П. Даренков, профессор,
 председатель конференции

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас **20-21 февраля 2014 г.** принять участие в VI Всероссийской урологической видеоконференции (Москва, Ленинский проспект, д. 158, гостиница «Салют»).

Вот уже шестой год при вашей деятельной поддержке мы работаем над созданием необходимых условий по повышению качества образования молодых врачей.

Целью нашей конференции является приобретение практических навыков в области реконструктивной урологии. Мы стараемся охватить все направления урологии, все новое и интересное, что появилось за последний год (оперативная андрология, лапароскопические операции в урологии, онкоурология, эндоурология, урогинекология).

В рамках конференции пройдут круглые столы, посвященные вопросам нейроурологии, онкоурологии, инфекций мочеполовых путей, андрологии.

Вашему вниманию будут представлены трансляции из операционной в режиме реального времени:

20 февраля – имплантация

3-компонентного фаллопротеза;

21 февраля – пластика уретры.

Заканчивается прием видеопленок, которые будут представлены в виде докладов на конференции, и материалов конференции на DVD.

Сборник будет вложен в портфели участников конференции, его продажа не планируется. Авторские права защищены обязательной ссылкой на сборник и автора фильма. Материалы будут опубликованы на DVD после утверждения сборника на заседании экспертного совета Российского общества реконструктивных урологов.

В рамках конференции пройдет конкурс молодых специалистов, которые представят свои видеодоклады. Победитель получит возможность пройти обучающий курс в Страсбурге под руководством ведущих урологов Европы.

Докладчикам необходимо по адресу urovideo@yandex.ru сообщить Ф. И. О. и название доклада, в ответ будут высланы логин и пароль для загрузки материалов по протоколу FTP.

Конференция проводится при поддержке Российского общества урологов.

Организаторы конференции:

кафедра урологии ГОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Росздрава, Общество реконструктивных урологов.

Председатели: Ю.Г. Аляев, С.П. Даренков, О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкарь.

Члены оргкомитета: Е.И. Велиев, А.В. Живов, С.И. Гамидов, М.И. Коган, Г.Г. Кривобородов, Д.Г. Курбатов, В.Л. Медведев, В.А. Перепечай, С.Б. Петров.

Исполнительный комитет:

119049, г. Москва, Ленинский пр-т, д. 10, к. 12, тел.: (495) 952-43-45, 8-985-446-64-34, e-mail: sobilen@mail.ru, darenkov@list.ru.

С уважением
 и признательностью,
 председатель конференции,
 профессор С.П. Даренков



VI ВСЕРОССИЙСКАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ВИДЕОКОНФЕРЕНЦИЯ

20-21 февраля 2014 г., Москва

**Оперативное лечение заболеваний
 органов мочеполовой системы**

lasers tm
 medica **Asclepion**
 Laser Technologies

**Специализированные
 лазеры для литотрипсии**



MultiPulse Ho
 гольмиевый
 30Вт, 3—20Гц

Tm+1470
 тулиевый
 150Вт, CW

MP HoPlus
 гольмиевый
 110Вт, 5—75Гц

Новейшая линейка хирургических лазеров **Asclepion** — устройства будущего, обеспечивающие высокую эффективность и безопасность



Реклама

Эксклюзивный представитель Asclepion Laser Technologies GmbH в России компания "Лазерс Медика" — продажа, обучение, сопровождение, сервис

www.lasersmedica.ru +7 (495) 967 7871

**Сделано в Германии
 2 года гарантии**

На конференции обсудят инвестиционный климат в секторе здравоохранения

18 июня 2014 г. в конференц-зале гостиницы «Интерконтиненталь» (Москва, ул. Тверская, д. 22) пройдет Moscow Life Sciences Investment Day – первая в России конференция, которая будет целиком посвящена инвестиционным возможностям в секторе здравоохранения, биотехнологий, биофармы, медоборудования и устройств, медицинских услуг, диагностики, Digital Health, обмену информацией и знакомству с компаниями, желающими привлечь инвестиции в проекты, связанные со здоровьем людей.

Ожидается, что на мероприятие соберутся свыше 200 человек, среди которых будут владельцы капиталов и их представители, аналитики и руководители компаний сектора. Список участников конференции включает в себя венчурные фонды, фонды прямых инвестиций, институциональных инвесторов, инвестиционные компании и банки, частных инвесторов и т.д. Особым гостем конференции станет генеральный партнер инвестиционного фонда Forbion Capital Partners, профессор Сандер ван Девертер (Sander van Deventer) из Нидерландов. Forbion Capital Partners с 2000 г. инвестирует в предприятия, специализирующиеся на биомедицинских технологиях и фармацевтике.

Одной из центральных тем конференции будет выступление председателя экспертного совета по здравоохранению отраслевой общественной организации «Деловая Россия», члена экспертного совета по здравоохранению Федеральной антимонопольной службы (ФАС) России, кандидата фармацевтических наук Д.В. Мелик-Гусейнова. Мировые тренды и оригинальная оценка конкурентной среды будут интересны как представителям инвестиционного сообщества, так и руководителям предприятий сектора.

Круглый стол на актуальную тему государственного и налогового регу-

Moscow Life Sciences Investment Day



лирования медицинского и биотехнологического секторов отечественной экономики проведет представитель Министерства экономического развития РФ.

Об инвестиционных возможностях отечественной медицины во время пленарного заседания расскажет глава Департамента научного проектирования Минздрава РФ, доктор биологических наук, профессор, заместитель директора по науке Института биологии развития им. Н.К. Кольцова РАН А.В. Васильев.

Но главное, что предусмотрено программой, – презентации компаний и их инвестиционных проектов для инвесторов, живое и непосредственное общение между всеми участниками конференции, обмен

опытом и самой актуальной информацией. Ведь главная цель Moscow Life Sciences Investment Day – создать в России площадку для мониторинга инвестиционных проектов в отрасли и возможность общения между владельцами капитала и представителями компаний сектора.

Таким образом, за один день конференции можно будет не только ознакомиться с этим сектором российской экономики и его ведущими представителями, но и найти новые инвестиционные возможности, спрогнозировать дальнейшее развитие бизнеса.

Зарегистрироваться, а также более подробно ознакомиться с информацией о мероприятии можно на сайте mlsid.ru.

Эксперты НМП готовы защитить медработников

20 декабря 2013 г. эксперты-практики Национальной медицинской палаты (НМП) и журналисты встретились, чтобы обсудить непростую тему – особенности защиты медработников.

Специалистами был рассмотрен ряд актуальных вопросов, таких как особенности решения конфликтных ситуаций между врачом и пациентом: типичные случаи, распространенные причины их возникновения; кому выгодно, чтобы врач оказался на скамье подсудимых: сложности досудебного урегулирования конфликтов, экономические предпосылки.

Существующая система правосудия направлена скорее на защиту интересов госорганов управления здравоохранением, а не врача и пациента. Поэтому зачастую и медработники, и больные в слож-

ной ситуации оказываются наедине со своими проблемами.

Профессиональные организации (медицинские общественные организации и профсоюзы) также не в состоянии повлиять на ситуацию из-за отсутствия реальных рычагов решения проблем – их полномочия и права законодательно никак не закреплены.

По мнению президента НП «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», сопредседателя комитета по независимой экспертизе качества медицинской помощи и дефектов медицинской помощи НМП, члена общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, д.м.н., профессора А.А. Старченко, нередко руководство медицинской организации в спорной ситуации утверждает, что виновен врач, и советует обратиться в суд. «Проще найти стрелочника на первом этапе конфликта и его посадить, чем платить пациенту в рамках гражданского судопроизводства», – констатирует он.

Пациент при неблагоприятном исходе лечения может действовать разными способами: например, обратиться в страховую компанию. Страховые компании стараются ориентировать пациента на гражданский процесс – на компенсацию морального и материального вреда, а не на уголовное судопроиз-

водство. Однако большинство пациентов предпочитают обращаться в прокуратуру, так как у них отсутствует доверие к судебной системе. Так, число исков в суды не превышает 600–700 в год на более чем 140-миллионную Россию.

Существует и недоверие пациентов к службе судебно-медицинских экспертов, что приводит к назначению судом повторных или даже многократных судебно-медицинских экспертиз. Как отмечает Л.В. Добродеева, эксперт качества медицинской помощи НМП, руководитель Ярославского медико-правового центра, патолого-анатомическая служба и судебно-медицинские эксперты часто оказываются связанными с государственными органами, и их заключения бывают необъективными. Иногда в интересах медицинских организаций оказывается давление также и на экспертов страховых компаний, оценивающих качество медицинской помощи.

В других странах система решения конфликтов с пациентами отлажена лучше. Рассмотрением вопросов, связанных с неблагоприятными исходами при лечении, занимаются специальные комиссии при профессиональных медицинских организациях. Именно они и определяют, виновен ли медицинский работник. Их заключение является в суде весомым аргументом.



Компания INTRAROS - ведущий поставщик современных медицинских материалов



Реклама



Физио-тейпы INTRARICH

Применение физио-тейпа - эффективный метод снижения травматизма мышц и суставов, а также реабилитации после травм.

Назначение:

- мышечная реабилитация
- предотвращение травмы
- нормализация мышечного тонуса
- снятие боли и воспалений
- улучшение циркуляции крови и лимфы

Противовоспалительные пластыри INTRARICH



Показания для применения:

- мышечные боли
- ушибы и растяжения
- мышечные блокады
- боли в пояснице и суставах
- артриты, люмбаго

Полимерные бинты и шины INTRARICH

Полимерные бинты INTRARICH CAST и CAST SOFT - это современная альтернатива гипсу. Бинты жесткой и полужесткой фиксации используются для иммобилизации верхних и нижних конечностей.



Токсиновыводящие пластыри INTRARICH

Применение пластыря стимулирует циркуляцию крови и лимфы в организме человека. Через рефлекторные зоны на стопах пластырь выводит накопившиеся в организме токсины. Регулярное применение пластыря способствует:

- постепенному очищению организма,
- нормализации качества сна
- укреплению иммунитета



Калужский фармкластер посетили представители СМИ

12 декабря 2013 г. Министерством внутренней политики и массовых коммуникаций Калужской области, Агентством регионального развития Калужской области и Агентством инновационного развития – центром кластерного развития Калужской области был организован пресс-тур с возможностью посетить предприятия Калужского фармкластера.



Опыт Калужской области в создании фармацевтического кластера уникален. Данный объект вошел по итогам конкурса, проведенного Министерством экономического развития РФ в 2012 г., в число 14 пилотных территориальных инновационных кластеров. Достоинством региона, по оценке экспертов, стало то, что проект Калужского фармацевтического кластера включает хорошо сбалансированные основные компоненты: промышленное производство готовых лекарственных форм, исследования и разработки оригинальных фармсубстанций и «активных молекул», обучение и подготовку специалистов для фармацевтической промышленности, а также имеет уже формализованную организацию управления кластером.

Ядром кластера стали крупнейшие мировые производители лекарственных средств: группа компаний STADA CIS, «Берлин-Хеми/Менарини» (Италия), «Ново Нордиск» (Дания), AstraZeneca (Великобритания), которые входят в топ-50 фирм – производителей готовых лекарственных средств по объему продаж на коммерческом рынке, а также российские компании «Ниармедик» и «Сфера-Фарм», «Мир-Фарм», «Бион» и т.д.

Реализация на территории региона новых инвестиционных проектов по строительству фармацевтических производств, таких как ЗАО «Медена» (Индия), ООО «НовоМедика» (США – Россия), ООО «Эсти-Фарм» (Россия), ЗАО «Биофарма» (Украина) позволит Калужскому фармкластеру войти в тройку лидеров по производству фармацевтической продукции в РФ.

В состав кластера входят более 20 малых и средних инновационных профильных предприятий, общий объем произведенной продукции которых в 2012 г. составил более 1,5 млрд рублей. На сегодняшний день на предприятиях кластера выпускают более 50 наименований лекарственных средств почти на 5 млрд рублей, 10 находятся в стадии регистрации.

Представителям СМИ была предоставлена уникальная возможность посетить объекты по фармпроизводству препаратов и задать вопросы представителям руководства региона и компаний. В частности, удалось побывать на территории завода ООО «Хемофарм», ознакомиться с разработками Альянса компетенций «Парк активных молекул» (ПАМ, образованного на базе ГК «Медбиофарм»), увидеть ход строительства на площадке ООО «АстраЗенека», узнать об особенностях производства в ООО «Ново Нордиск».

Стоит отметить, что фармпроекты находятся на разных стадиях реализации: одна часть компаний уже запустила свои производственные линии, другая часть занимается тестированием оборудования, неко-

торые только возводят производственные площади. В 2014 г. начнут выпуск продукции и выйдут на полные проектные мощности три крупнейших завода компаний «Ниармедик», «Берлин-Хеми» и «Ново Нордиск».

Как отметил мэр Обнинска А.А. Авдеев, регион обладает высоким интеллектуальным потенциалом: «Более 6 тысяч жителей Обнинска задействованы в фармацевтической сфере». В области функционируют 33 научно-исследовательских института, в том числе ведущий в России Медицинский радиологический научный центр Минздрава РФ. Поэтому одними из основных направлений деятельности кластера являются разработка и внедрение фармацевтических субстанций, а также проведение доклинических и клинических исследований. Специалисты кластера занимаются разработкой, синтезом и внедрением в производство инновационных фармацевтических субстанций, производством пилотных партий новых лекарственных форм, разрабатывают аналитические методы контроля качества и идентичности, формируют досье на лекарственные средства. Отличительной особенностью

кластера является его высокая инновационная активность – доля инновационных компаний среди резидентов кластера составляет более 70%.

К 2016 г. объем совокупной выручки предприятий – участников кластера от продажи на внутреннем и внешнем рынке достигнет 49 млрд рублей, доля товаров и услуг кластера на российском рынке фармацевтики, биомедицины и биотехнологий составит не менее 5%, а к 2020 г. эта доля достигнет 20% при объеме продаж более 140 млрд рублей.

Подводя итоги пресс-тура, министр экономического развития Калужской области В.И. Попов поделился информацией о перспективах развития фармпромышленности региона. Он отметил, что фармацевтический кластер является одной из основ развития области: «Это не только продукция с высокой добавленной стоимостью, но и колоссальная научно-исследовательская и инновационная база, высокотехнологичное производство, позволяющее выходить на международный рынок. Прогнозируется, что к 2020 году доля фармацевтики в объеме промышленного производства области достигнет 14 процентов».

Стратегическая задача региона до 2020 г. – реализация проектов, направленных на расширение инновационной, транспортной, инженерной и социальной инфраструктуры: в частности, строительство и оснащение Центра технологического инжиниринга для фармацевтической промышленности в Обнинске, Центра подготовки кадров для фармацевтической промышленности в Калуге.



Гендерное здоровье мужчины – здоровье общества

Помимо генотипа мужчины отличаются от женщин своим гендерным статусом (англ. gender от лат. genus «род»), являясь владельцами 99% крупнейших компаний, занимая ключевые посты в государстве.

Но в то же время социологи и психологи констатируют, что мужчины нередко переоценивают качество своего здоровья, стесняются признаться в собственной слабости, не умеют и не любят просить о помощи. А ведь от мужского здоровья во многом зависит здоровье общества.



Сведения об авторе:

О.Н. Аполихин, д.м.н., профессор,
директор ФГБУ «НИИ урологии»
Минздрава России

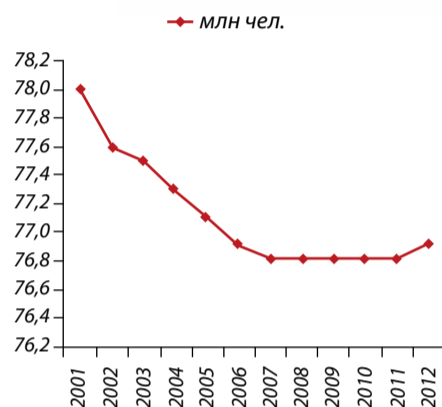
По данным Федеральной службы государственной статистики, в последние годы численность мужского населения в РФ стремительно сокращается. Соответственно, здорового трудоспособного населения, обеспечивающего основные доходы для общества, становится все меньше, а количество нетрудоспособных людей растет (рис. 1).

Опрос, проведенный специалистами ВЦИОМ в 2013 г., показал: мужчины в возрасте 30–40 лет, которые считают себя вполне здоровыми, на самом деле зачастую больны, т.к. страдают от ожирения, высокого давления, имеют выраженные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, связанные с курением, низкой физической активностью и т.п. (рис. 2). Почему это так важно и что вообще определяет целостное состояние здоровья каждого мужчины? Эти составляющие: генотип (получаемый от родителей) и фенотип (включающий влияние условий внешней среды, который определяют воспитание, питание, климат).

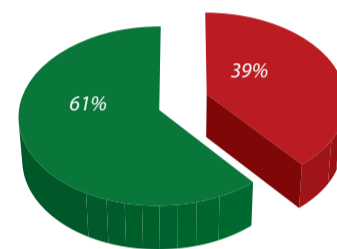
Мужское начало обусловлено влиянием на организм тестостерона. У мужчин его 70%, эстрогенов – 30%, а у женщины – наоборот. Если тестостерона вырабатывает-

ся достаточное количество, то происходит увеличение полового члена, возникают сперматогенез, характерный рост волос на теле. Этот гормон влияет на синтез сывороточных белков в печени, синтез эритропоэтина в почках, рост костей в длину, увеличение их плотности, а также силы и массы мышц. От его уровня во многом зависят и настроение, креативность мышления, скорость реакции.

Тестостероном обусловлены такие сильные грани личности мужчины, как смелость, решительность, креативность, предприимчивость, ответственность. При снижении его уровня проявляются противоположные качества: трусость, нерешительность, тупость, апатичность, эгоизм.



■ Нетрудоспособны ■ Трудоспособны



Данные Федеральной службы государственной статистики

Рис. 1. Численность мужского населения

ся общее самочувствие, происходят психоэмоциональные перегрузки, снижается настроение, появляются бессонница, хроническая усталость,

раздражительность, развиваются вегетативные и гормональные нарушения, уменьшаются рост волос на лице, теле, мышечная масса, иссякают силы, снижается либидо, развиваются висцеральное ожирение (растет живот), метаболический синдром. Дополнительными вредными факторами являются фастфуд, курение, стресс, неблагоприятные условия внешней среды.

В связи с неправильным образом жизни у мужчины происходит последовательное поражение сосудов (от мелких – диаметром в 1-2 мм до бо-

Мужское начало обусловлено влиянием на организм тестостерона. У мужчин его 70%, эстрогенов – 30%, а у женщины – наоборот.

Тестостерон инициирует выработку в организме энергии, а его дефицит, соответственно, ведет к потере энергии. При этом помимо возникновения эректильной дисфункции, как правило, ухудшает-



Считаете ли вы свою сердечно-сосудистую систему здоровой?

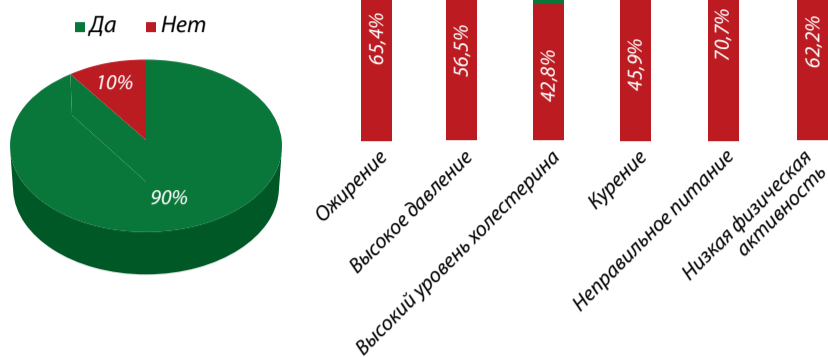


Рис. 2. Показатели здоровья мужчин 30–40 лет согласно опросу ВЦИОМ (2013 г.)



лее крупных – диаметром 4-5 мм). Данные, полученные в результате двойного слепого рандомизированного исследования, проведенного известным европейским урологом F. Montorsi и его коллегами в 2005 г., продемонстрировали: сосуды полового члена выходят из строя на 3-4 года раньше, чем сосуды сердца и мозга. Скорость развития этих нарушений во многом зависит от гендерного статуса мужчины, его половой конституции (сильная, средняя, слабая).

Согласно данным НИИ урологии (2010 г.), распространенность эректильной дисфункции среди российских мужчин трудоспособного возраста (20–49 лет) – 10,2–31,5%, а среди более старшей возрастной группы (50–70 лет) – 26,3–61,7%.

Эректильная дисфункция (ЭД) – это вершина «айсберга». От ЭД не умирают. А вот «подводная» часть этого «айсберга» – это составляющие системной сосудистой патологии – метаболического синдрома, что может приводить впоследствии к развитию инфаркта и инсульта (рис. 3).

Таким образом, импотенция – это не просто показатель качества жизни, это также сигнал о том, что через какое-то время у мужчины могут развиваться нарушения, которые чреваты летальным исходом.

При этом нарушается жизнедеятельность мужчины в целом, снижается его работоспособность. Соответственно, возникает серьезная проблема дополнительной нагрузки на общество. Обществу придется мужчину в его 45–55 лет содержать, лечить, платить за него по счетам. Согласно данным Европейского общества кардиологов (2012 г.), вероятность развития острого инфаркта миокарда прогрессивно возрастает в соответствии с возрастом: в 35–44 года – 0,6%, 45–54 года – 1,8%, 55–64 года – 5,3%, 65–74 года – 6,9%, 75–84 года – 8,6%.

Экспертами Российского кардиологического общества в 2009 г. был подсчитан экономический ущерб, нанесенный государству, – расходы на пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Затраты на оказание медицинской помо-

щи составили 20,9 млрд рублей, прямые потери – 49,3 млрд.

По прогнозам ООН, к 2050 г. доля населения старше 60 лет по всему миру составит 21% (в 2000 г. было 10%), а в России этот показатель достигнет 37,2% (в 2000 г. – 18,5%). Трудоспособного населения становится все меньше, а тех людей, которых нужно содержать за счет отчислений, – больше.

Мужское здоровье – это ключ к долголетию и активности. Поэтому на вооружение в последние годы нашим государством взята стратегия первичной профилактики.

Прежде всего это пропаганда здорового образа жизни. Медицина мало что может изменить, если человек сам не будет над собой работать. В этом ему могут помочь средства массовой информации, пропагандирующие здоровый образ жизни. Важны диспансерные профилактические обследования. Действовать нужно не тогда, когда человек уже болен, а когда он еще здоров. А в нашей стране, несмотря на то что повсеместно декларируется не-

обходимость профилактики, мы все еще работаем прежде всего с заболевшим человеком.

Пока четких индикаторов гендерного здоровья нет. А это очень важно.

Необходимо в России наладить обязательное обследование мужской популяции врачами-урологами, сформировать наиболее уязвимые группы риска, создать паспорт мужского здоровья. К стратегии вторичной профилактики относится создание центров семьи и брака на основе междисциплинарного подхода и принципа унификации.

Сейчас мужчина с эректильной дисфункцией зачастую обращается не в поликлинику, а анонимно в коммерческий центр, где его лечат конкретно от этого. И никому и в голову не приходит обратить внимание на те процессы, которые происходят у него в сосудах. А ведь такого пациента в первую очередь необходимо направить к кардиологу, при необходимости – к эндокринологу и неврологу, а лишь потом заниматься симптоматическим лечением эректильной дисфункции.

Стратегия третичной профилактики предусматривает необходимость разработки и внедрения в клиническую практику новых медтехнологий и оборудования.

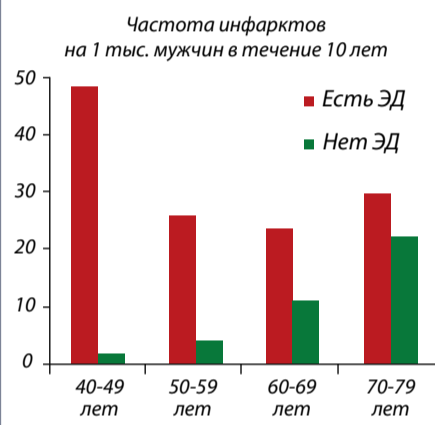


Рис. 3. Эректильная дисфункция (ЭД) и прогноз инфаркта миокарда

Важно обеспечить преемственность между центрами мужского здоровья и учреждениями, оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь. Должна быть создана единая система сертификации специалистов по андрологии (на основе унифицированной образовательной программы).

Необходимы развитие и совершенствование инновационных методов, которые позволят вылечить человека, но лучше всего стараться развивать те направления медицины, которые позволят сохранить здоровье.

Сохранить его мужчине помогут правильное питание и регулярные физические упражнения. Ведь уровень тестостерона у мужчины повышается при сокращении поперечно-полосатых мышц (помимо участия желез внутренней секреции). А избыток эстрогенов – путь к висцеральному ожирению.

Мужчине необходимы правильный подход к оценке своего здоровья, правильное питание, регулярные занятия спортом.

Важно также влияние семьи. Женщина должна психологически настраивать своего сексуального партнера, чтобы он заботился о здоровье. Ведь, как говорится, мужское здоровье – в женских руках, а женское счастье – в мужских.

Важно обеспечить преемственность между центрами мужского здоровья и учреждениями, оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.



МИРАМИСТИН®

для лечения и профилактики

БАКТЕРИЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ
В ОТНОШЕНИИ Г+ И Г-
БАКТЕРИЙ, ВКЛЮЧАЯ
УСТОЙЧИВЫЕ ГОСПИТАЛЬНЫЕ
ШТАММЫ

ПРОТИВОВИРУСНОЕ
ДЕЙСТВИЕ (ВИРУСЫ ГЕРПЕСА,
АДЕНОВИРУСЫ)

ДЕЙСТВУЕТ ПРОТИВ
ПРОСТЕЙШИХ
(ТРИХОМОНАДЫ,
ХЛАМИДИИ И ДР.)

ПОВЫШАЕТ
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ
БАКТЕРИЙ, ГРИБОВ
И ПРОСТЕЙШИХ
К ДЕЙСТВИЮ
АНТИБИОТИКОВ

ПРОТИВОГРИБКОВОЕ ДЕЙСТВИЕ НА ДРОЖЖЕВЫЕ
И ДРОЖЖЕПОДОБНЫЕ ГРИБЫ (CANDIDA ALBICANS, CANDIDA
TROPICALIS, CANDIDA KRUSEI И Т.Д.), ДЕРМАТОФИТЫ (TRICHOPHYTON
VERRUCOSUM, EPIDERMOPHYTON FLOCCOSUM, MICROSPORUM
CANIS И Т.Д.), ВКЛЮЧАЯ ФЛОРУ С РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ
К ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ

НЕ ВСАСЫВАЕТСЯ
И НЕ ОБЛАДАЕТ
МЕСТНО-РАЗДРАЖАЮЩИМ
И АЛЛЕРГИЗИРУЮЩИМ
ДЕЙСТВИЕМ НА СЛИЗИСТЫЕ
ОБОЛОЧКИ И КОЖНЫЕ
ПОКРОВЫ

СТИМУЛИРУЕТ
ЭПИТЕЛИЗАЦИЮ
И РЕПАРАТИВНЫЕ
ПРОЦЕССЫ В РАНЕ,
УСКОРЯЕТ
ЗАЖИВЛЕНИЕ



ПОКАЗАНИЯ

ХИРУРГИЯ, ТРАВМАТОЛОГИЯ, КОМБУСТИОЛОГИЯ, ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

- ✓ Первичная хирургическая обработка ран
- ✓ Гнойно-воспалительные процессы мягких тканей и опорно-двигательного аппарата
- ✓ Трофические язвы, пролежни
- ✓ Лечение ожогов I-IV степени

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

- ✓ Гнойно-воспалительные заболевания среднего уха, придаточных пазух носа, гортаноглотки, трахеи в монотерапии и комплексном лечении
- ✓ Острые и хронические тонзиллиты, фарингиты, ларингиты, синуситы, отиты, в том числе осложненные перфорацией барабанной перепонки

ТЕРАПИЯ, ПЕДИАТРИЯ, ПУЛЬМОНОЛОГИЯ, ФТИЗИАТРИЯ

- ✓ Лечение и профилактика воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей
- ✓ Профилактика и лечение заболеваний вирусной этиологии (грипп, ОРВИ, герпес и др.)
- ✓ Туберкулезный эндобронхит (как средство местной терапии в комплексе с противотуберкулезными препаратами)

АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ

- ✓ Профилактика и лечение нагноений послеродовых травм, ран промежности и влагалища, послеродовых инфекций
- ✓ Профилактика гнойных осложнений при проведении «малых» гинекологических операций и диагностических манипуляций
- ✓ Лечение воспалительных заболеваний бактериальной, грибковой и вирусной этиологии (вагинит, вульвовагинит, эндометрит, цервицит и др.)

УРОЛОГИЯ

- ✓ Комплексное лечение острых и хронических воспалительных заболеваний (уретрит, цистит, простатит, уретропростатит, баланопостит и др.)
- ✓ Профилактика инфицирования при диагностических манипуляциях, а также при длительной катетеризации

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

- ✓ Гнойничковые заболевания кожи: стафилодермии и стрептодермии, дерматозы, осложненные вторичной инфекцией, вызванной бактериями и грибами
- ✓ Индивидуальная профилактика заболеваний, передаваемых половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз, генитальный герпес, генитальный кандидоз и др.)

Производитель – компания «Инфамед», 123056, Москва, а/я 46. Тел./факс: (495) 775-83-21
E-mail: infamed@infamed.ru, www.miramistin.ru





Итоги «Российской недели здравоохранения – 2013»

С 9 по 13 декабря 2013 г. в Центральном выставочном комплексе «Экспоцентр» проходил крупнейший в России международный научно-практический форум – «Российская неделя здравоохранения – 2013». На мероприятии обсуждался ход реализации государственных программ развития здравоохранения. Специалисты и практикующие врачи ознакомились с новейшими достижениями медицинской науки и техники.



«Важно, что работа форума имеет большое значение для эффективного решения ключевых профессиональных проблем, содействует внедрению лучшего опыта, новейших, инновационных технологий в практическую деятельность, подготовке квалифицированных кадров», – подчеркнул в приветственном обращении президент РФ В.В. Путин.

Замминистра здравоохранения РФ Т.В. Яковлева зачитала на открытии форума приветственное обращение министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой и отметила, что в государственной программе развития отечественного здравоохранения до 2020 г. приоритет отдан не просто лечебной, а профилактической работе и формированию здорового образа жизни. Одним из главных инструментов этой работы является диспансеризация населения, которая уже проводится с 1 января 2013 г.

«Мы хотим, чтобы каждый человек знал о состоянии своего здоровья, а государство создавало условия, при которых он мог бы хорошо заботиться о своем здоровье, а общество создавало бы обстановку нетерпимости к любым проявлениям разрушительных форм поведения, начиная от неправильного питания и заканчивая вредными привычками», – сказала замминистра.

В рамках форума было проведено пленарное заседание, работали секции по ключевым вопросам развития современной медицины. Свои раз-

работки представили ведущие научные центры и институты Минздрава РФ и РАМН. Выступающие на форуме говорили о том, что для оздоровления населения необходимы широкое признание важности здорового образа жизни, самостоятельная профилактика гражданами неинфекционных заболеваний, индивидуальная реформа образа жизни.

Одновременно прошли крупные международные выставки – «Здравоохранение-2013» и «Здоровый образ жизни – 2013». Общая площадь экспозиции – 55 295 м². Количество уникальных посетителей составило 32 140 человек. Общее количество посещений достигло 52 910.

1 141 компания из всех федеральных округов России и 42 стран продемонстрировала новые передовые разработки практически во всех областях современной медицины.

Президент ТПП РФ С.Н. Катырин отметил, что 70% от общего числа участников составляют российские фирмы, что говорит об интересе отечественного бизнеса к сфере здравоохранения, формированию здорового образа жизни.

На государственном уровне в выставках участвовали Бельгия, Великобритания, Германия, КНР, Республика Корея, Норвегия, Тайвань, Турция, Чешская Республика, Швеция.

Инновационные разработки и новые технологии представили такие зарубежные компании, как Philips, Toshiba, GE, Olympus, Stormoff, Zoll, Shimadzu, Storz, Hitachi, Fujifilm, Mindray и многие другие. Свою про-



дукцию продемонстрировали компании из всех регионов страны: «Электрон», «ЛОМО», «Амико», Уральский оптико-механический завод, «Микро-монтаж», «Кронт-М», «Татхимфарм-препараты» и др.

В рамках выставки «Здравоохранение-2013» также состоялся практический семинар «Продвижение изделий медицинского назначения, медицинской техники и услуг в Интернете».

«Российскую неделю здравоохранения – 2013» посетил министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения Г.Н. Голухов. Он осмотрел экспозицию выставки «Здравоохранение-2013», уделив особое внимание объединенному стенду малых инновационных предприятий.

Центральными событиями недели стали VII Всероссийский форум «Обращение медицинских изделий в России. Проблемные зоны – 2014», XV ежегодный научный форум «Стоматология-2013», VIII Международная научная конференция «СпортМед-2013», II Российский медицинский инвестиционный форум, междисциплинарная научно-практическая конференция по вопросам мужской рентгенодиагностики и урологии, Международный деловой медико-фармацевтический форум.

Ключевым мероприятием также был III Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «За здоровую

жизнь». Приветствуя участников мероприятия на церемонии официального открытия, первый заместитель председателя комитета по охране здоровья Госдумы РФ Н.Ф. Герасименко сказал: «Этот форум особенный – он носит общероссийский характер. Впервые форум совмещен с «Российской неделей здравоохранения», в которой наряду с традиционным показом новинок диагностики, лечения будут демонстрироваться оборудование и технологии для профилактики неинфекционных заболеваний и здорового образа жизни».

На форуме были подведены итоги Всероссийской социально-образовательной программы «Пuls жизни». «Результаты скринингов на промышленных предприятиях в рамках программы «Пuls жизни» показали, что порядка 40% обследованных имеют высокие риски развития ССЗ. Подобная картина с отдельными допущениями в целом характерна для российской популяции трудоспособного возраста. Воздействие профилактическими мероприятиями на эту группу населения может дать наиболее ощутимый результат и, в конечном счете, повлиять на снижение уровня смертности в стране», – заявил директор ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ, главный специалист по профилактической медицине Минздрава России и вице-президент Российского кардиологического общества С.А. Бойцов.

Проект осуществляется с 2013 г. при активном содействии со стороны ЛПУ и региональных органов здра-





воохранения. Его инициатором является химико-фармацевтический концерн Bayer, партнером выступает ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ.

«Важным элементом социальной ответственности Bayer является поддержка долгосрочных проектов, направленных на решение ключевых социально значимых проблем в тех странах, где представлена наша компания. Первые итоги программы «Пuls жизни» показали, что проект крайне востребован как обществом, так и специалистами здравоохранения. В России проблемы развития профилактической медицины и формирования ответственного отношения к собственному здоровью являются крайне актуальными. Мы надеемся, что благодаря нашему совместному с ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ проекту людей, заботящихся о своем здоровье, станет во много раз больше», – отметила Вера Нехода-Хан, генеральный директор ЗАО «Байер».

В рамках деловой программы состоялась междисциплинарная научно-практическая конференция по вопросам мужской рентгенодиагностики и урологии, организованная Российской ассоциацией радиологов (РАР).

Общая тема конференции – «Новый взгляд на проблему диагностики и лечения некоторых урологических заболеваний». В ней приняли участие видные российские ученые-медики и их зарубежные коллеги. Среди предложенных к обсуждению тем: «Динамическая объемная томография в урологической практике», «Перспективы применения технологии «fusion» в онкоурологии», «Современные лучевые методы в диагностике и мониторинге лечения болезни Пейрони», «Диагностика неотложных состояний в онкоурологии» и другие.

Ученые обменялись опытом, рассмотрели новые подходы, в частности преимущества МР-биопсии перед биопсией с ультразвуковым наведением. Представители компании Siemens рассказали о своем инновационном оборудовании, применяемом для МРТ-диагностики и особенно эффективном в области охраны мужского здоровья.

С большим успехом прошла VIII Международная научная конференция по вопросам состояния и перспективам развития медицины в спорте высших достижений «СпортМед-2013».

Организаторами мероприятия выступили Минздрав РФ, ФМБА, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов (РАСМИРБИ), ЗАО «Экспоцентр» при поддержке и участии Олимпийского комитета России, Паралимпийского комитета России, Министерства спорта РФ, ГКУ «Центр спортивных инно-

вационных технологий и подготовки сборных команд» Москомспорта, Международной федерации спортивной медицины, Федерации ассоциаций спортивной медицины стран СНГ и Балтии.

На открытии конференции присутствовали заместитель министра здравоохранения РФ И.Н. Каграманян и заместитель министра спорта РФ П.В. Новиков. И.Н. Каграманян рассказал о деятельности министерства по организации работы всех медицинских служб на Олимпиаде в Сочи и обратился с приветствием к участникам мероприятия.

«В эти дни мы отмечаем 90-летие врачебно-физкультурной службы нашей страны, – сказал И.Н. Каграманян. – Она сейчас на подъеме, потому что важен не только спорт высоких достижений, но и массовая физическая культура. Мне хотелось бы пожелать всем участникам форума быть примером активного образа жизни, заниматься физической культурой, по возможности спортом и быть здоровыми. Когда врач спортивной медицины здоров – это наилучший пример для тех, с кем он работает».



Проведение конференции в рамках «Российской недели здравоохранения», безусловно, поможет развитию спортивной медицины и улучшению эффективности медицинского обеспечения спорта.

П.В. Новиков высоко оценил подготовку «СпортМед-2013» и передал приветствие министра спорта РФ В.Л. Мутко участникам конференции.

Также в рамках форума была проведена II ежегодная международная конференция «Перспективные методы ультразвуковой диагностики. Ультразвуковая эластография и эластометрия», организатором которой выступила Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация специалистов УЗИ в медицине» (РАСУДМ).

В работе VII Всероссийского форума «Обращение медицинских изде-

лий в России. Проблемные зоны – 2014» приняли участие более 200 компаний-поставщиков и ЛПУ. Организатором мероприятия выступили ЗАО «Экспоцентр» и конгрессно-выставочная компания «Империya».

По мнению участников этого мероприятия, 2013 г. прошел под знаком регистрации медицинских изделий и стал самым насыщенным по количеству изменений в госрегулировании этого рынка. По данным спикеров форума, к настоящему моменту выдано порядка 1200–1500 удостоверений нового образца, при этом количество новых медицинских изделий, зарегистрированных в 2013 г., измеряется всего лишь десятками. Также отмечалось, что с 1 января 2014 г. в Налоговом кодексе РФ введено единое понятие «медицинские изделия».

Делегаты форума должны уделять большее внимание ФЗ «О защите конкуренции». Значительная часть нарушений в области закупок медицинских изделий лежит именно в поле действия этого закона.

На форуме особо говорилось о перспективе принятия постановления «О запрете доступа иностранных медицинских изделий к государственным закупкам», а также закона, вносящего необходимые для функционирования системы изменения в нормативно-правовые акты.

В рамках «Российской недели здравоохранения – 2013» прошел II Российский медицинский инвестиционный форум, организованный Клубом инвесторов фармацевтической и медицинской промышленности при поддержке и участии РСПП, ТПП, Минэкономразвития, Минпромторга, Минздрава РФ, РАМН и РАН.

На мероприятии обсуждались пути государственного стимулирования инвестиций в фармацевтическую и медицинскую промышленность; объединение усилий государственных органов управления здравоохранением и промышленностью, участников фармацевтического рынка и рынка медизделий для совместного решения задач, возникающих в отрасли; выработка конкретных предложений по созданию благоприятных условий для инвестиций в развитие российской медицинской промышленности, повышения ее конкурентоспособности и роли в экономике страны.

В работе форума приняли участие представители государственных органов власти, профильных министерств и ведомств, фармацевтических компаний, отраслевых ассоциаций и объединений, организаций, осуществляющих разработку, производство и поставку медицинской техники, крупнейших российских и международных инвестиционных компаний и банков.

В своем выступлении вице-президент, председатель комиссии по индустрии здоровья РСПП, председатель совета Клуба инвесторов фармацевтической и медицинской

промышленности В.М. Черепов отметил, что без инвестиций в структуру здравоохранения, фармацевтическую отрасль, производство медицинской техники и изделий медицинского назначения, подготовку кадров нельзя изменить структуру здравоохранения и в конечном итоге показатели здоровья населения.

Вице-президент ТПП Д.Н. Курочкин зачитал приветствие организаторам и участникам форума президента ТПП РФ С.Н. Катырина, в котором отмечались огромное значение представления и продвижения инвестиционного потенциала российских регионов и роль палаты в этой работе.

В ходе обсуждения на форуме были выработаны предложения по созданию благоприятных условий для улучшения инвестиционного климата в медицинской промышленности, повышения ее конкурентоспособности и роли в экономике России.

Какие изменения произойдут в обязательном и добровольном медицинском страховании в 2014 г.? Когда начнется полноценная реализация ГЧП-проектов в здравоохранении? Каковы предпочтения населения в получении медицинской помощи? Эти и многие другие вопросы были вынесены в повестку дня IV ежегодной общероссийской конференции «Негосударственное здравоохранение: состояние и перспективы развития». Организаторами выступили Ассоциация частных клиник Москвы, Санкт-Петербурга и Нижнего Новгорода, «Опора России», «Деловая Россия», ЗАО «Экспоцентр».

Также в деловую программу форума были включены многочисленные семинары, круглые столы и презентации компаний-участников.

На состоявшихся мероприятиях представители медучреждений, профессиональных объединений, профильных федеральных и региональных структур подвели итоги проделанной за год работы и выработали рекомендации по дальнейшему развитию и совершенствованию системы отечественного здравоохранения. Все мероприятия прошли на высоком профессиональном уровне.

Организаторами форума выступили Госдума ФС РФ, Министерство здравоохранения РФ, ЗАО «Экспоцентр». Проведение форума поддержали Совет Федерации ФС РФ, Министерство промышленности и торговли РФ, Торгово-промышленная палата РФ, Правительство Москвы, Российская академия медицинских наук и представительство Всемирной организации здравоохранения в России. Патронат форума осуществляли Торгово-промышленная палата РФ и Правительство Москвы.

Следующий научно-практический форум «Российская неделя здравоохранения – 2014» и проходящие в его рамках международные выставки «Здравоохранение-2014» и «Здоровый образ жизни – 2014» пройдут с 8 по 12 декабря 2014 г.





Рынок медицинских изделий 2013 года



В материале проведена экспертная оценка мирового рынка медицинских изделий за прошлый год, а также сделан прогноз его развития.

Выделены основные показатели, характеризующие положение дел в странах БРИК. Указаны основные факторы, влияющие на развитие российского рынка медизделий, и рассмотрены пути решения нынешних проблем. Проанализировано состояние ключевых сегментов российского рынка и даны прогнозы их развития до 2020 года.



Сведения об авторе:
А.В. Виленский, генеральный директор научно-технического центра «Медитэкс»

В 2013 г. все внимание специалистов в области здравоохранения было сосредоточено на таких важных вопросах, как принятие новых нормативных актов. Правовые моменты всегда волнуют всех, т.к. невыполнение требований законодательства чревато серьезными последствиями для бизнеса и может привести даже к остановке деятельности организации.

Мировой рынок медицинских изделий в последние годы демонстрирует медленный стабильный рост (примерно на 5-6% в год), в основном за счет развивающихся стран. При этом самыми крупными по объему остаются традиционные рынки США,

Японии и Европы. В последние годы там отмечается стагнация. Самый большой из развивающихся рынков (страны БРИК) – в Китае, Россия пока еще его не догнала. В Китае больше численность населения, и если пересчитать показатели на душу населения, то получается, что в России положение дел намного лучше. Все расчеты обычно относительные. Если учитывать ВВП, то получится другая картина. Можно также рассчитать насыщенность рынка, возможные точки роста и другие параметры.

Российский рынок медизделий плохо прогнозируем, т.к. имеется огромное количество факторов, оказывающих влияние на его функционирование. Основные из них – это материальная составляющая (объемы средств, которые закачиваются в систему) и состояние нормативной базы. Последний фактор опосредованно влияет на объемы рынка. Например, из-за того, что в настоящее время есть проблемы с регистрацией, некоторые продукты вообще не выходят на рынок. По той же причине застревают многие инновационные российские проекты с участием иностранных инвесторов. Постановление правительства РФ «Об особенностях осуществления закупок медицинских изделий для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (в том числе ограничивающие допуск на отечественный рынок импортных медицинских изделий) является

очень серьезным фактором, который может сильно перекроить рынок.

В 2014 г. ожидается вступление в силу еще нескольких нормативных документов, поэтому ожидается некоторый спад. Так, с 1 января 2014 г. осуществляется переход на контрактную систему закупок, механизмы функционирования которой до конца непонятны. Принятие некоторых соглашений и их функционирование в рамках Таможенного союза – дело непростое. Этот фактор тоже может оказать

существенное влияние на краткосрочную и среднесрочную перспективу развития рынка.

Что касается финансовых составляющих, то наш рынок всегда развивается скачкообразно. Мы понимаем, что в части инноваций в целом он растет, причем невозможно выявить определенные точки роста (какой сегмент развивается более активно, например, неврология или стоматология), как это можно четко отследить в других странах.

Потери и достижения 2013 г.

- Ключевая потеря 2013 г.: отложено принятие проекта Федерального закона «Об обращении медицинских изделий» (третья редакция). Рабочая группа активно работала, проект был подготовлен и даже согласован, прошли все общественные обсуждения. Но было принято решение дождаться выхода соглашения о принципах обращения медицинских изделий в Таможенном союзе, которое готовит Совет Евразийской экономической комиссии (ЕЭК).
- В 2013 г. опять поднят вопрос о разработке технического регламента, касающегося медизделий. Этот нормативно-правовой акт устанавливает в РФ обязательные для применения и исполнения требования к объектам технического регулирования (продукции, в том числе зданиям, строениям и сооружениям, процессам производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации). Законопроект после внесения ряда изменений, исходя из замечаний Минюста РФ, принят так и не был (эксперты ФАС и Минздрава тоже начали давать свои рекомендации). Специалисты рассчитывают, что этот документ появится в следующем году и единогласно сходятся на том, что он всем очень нужен, т.к. позволит установить единые понятия, которыми можно будет пользоваться в дальнейшем при развитии любой нормативной базы.

У нас какие области медицины получили финансовую поддержку, те и развиваются, например, в рамках федерально-целевой программы модернизации здравоохранения. В итоге системного развития рынка не происходит. Охватываются какие-либо определенные сегменты рынка, и в итоге нередко происходит их перенасыщение.

Существует федеральная целевая программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности до 2020 г.». Теоретически определены объемы финансирования государственной системы здравоохранения на период до 2020 г. (рис. 3). Какая именно часть этих средств будет затрачена на медицинские изделия и оборудование, сказать сложно. Тем не менее у системы есть перспективы, т.к. запланировано вливание значительных средств.

Исходя из официальной статистики, на нашем рынке представлено только 8% (38 тысяч видов) от всех зарегистрированных в мире медицинских изделий (их около 500 тысяч видов). Нам есть куда расти. В России представлены медизделия порядка 30% всех мировых производителей. С точки зрения расширения рынка также есть куда развиваться. Очевидно, что некоторые медицинские технологии (и не только высокотехнологичные) у нас пока не представлены вообще в силу их невостребованности. Некоторые из них не представлены именно потому, что нет соответствующих механизмов функционирования рын-

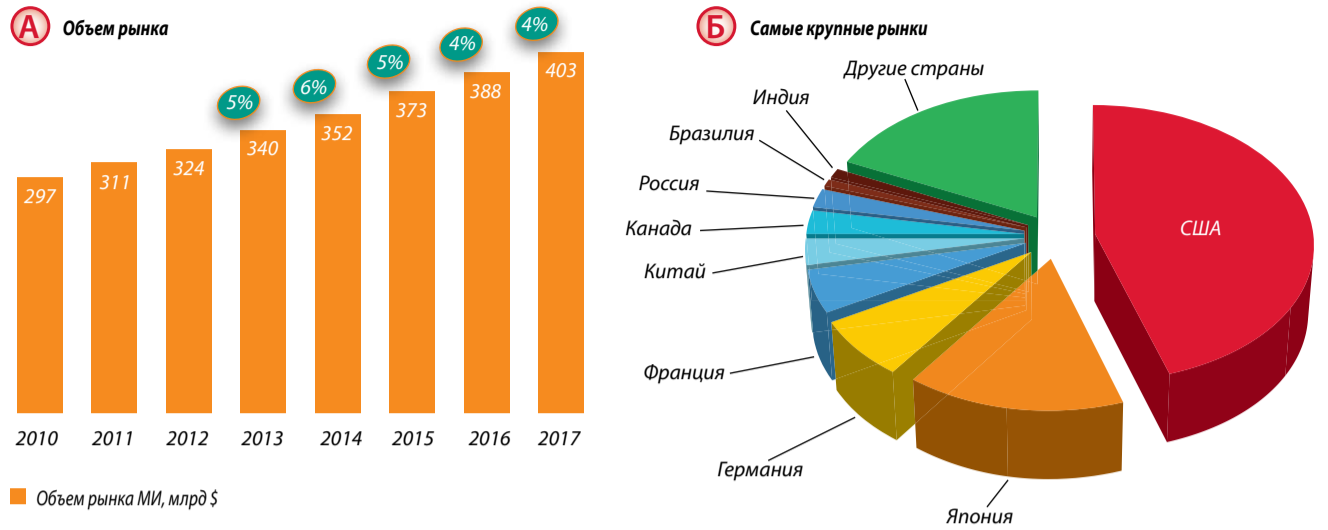


Рис. 1. Мировой рынок медицинских изделий

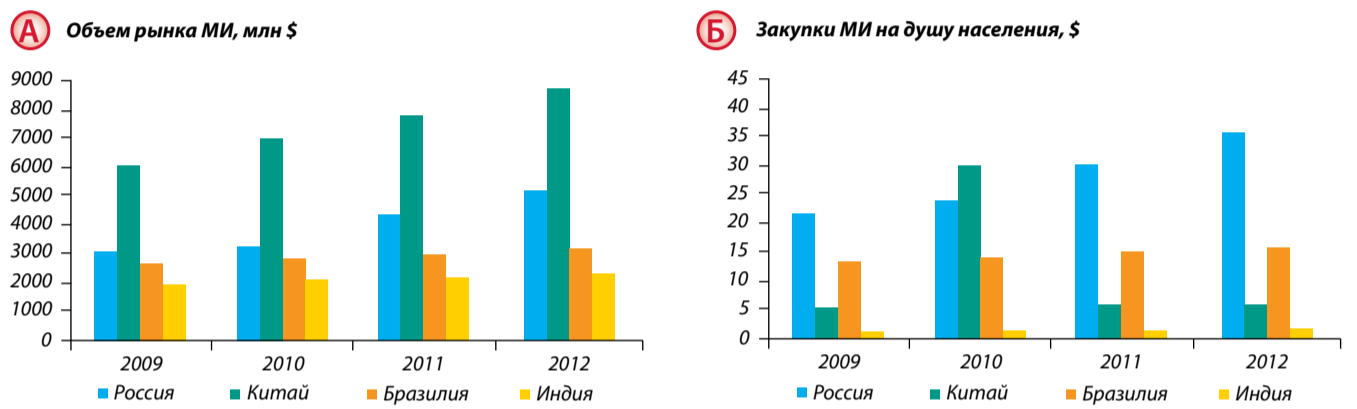


Рис. 2. Рынок медизделий в странах БРИК

ка. Поэтому наш рынок хоть и мало-предсказуемый, но перспективный, хотя бы потому, что он демонстрирует очень существенный рост, и у него есть высокий потенциал.

Структура рынка медицинских изделий на сегодняшний день такова: 88% – государственные закупки, около 12% отводится на частную медицину. Этот сектор в последние годы растет. Это радует, потому что когда он по объему будет сопоставим с государственным сектором, это тоже повлечет за собой некоторые изменения правил игры. Может быть, произойдет упорядочение рынка, процедур осуществления закупок и т.п. Система оценки медицинских технологий (health technology assessment, НТА) на медицинские изделия в России не распространяется, соответственно, экономическую эффективность их применения никто никогда не рассматривает. Мы рассчитываем на то, что с увеличением доли рынка в частном секторе эта ситуация тоже будет меняться в лучшую сторону.

Объем отечественного производства на рынке медизделий – порядка 17% (остальное – импорт). В соответ-

ствии со «Стратегией развития медицинской промышленности в РФ до 2020 г.» эта доля в итоге должна составлять 40%. Данный показатель вполне достижим за счет процессов локализации (смотря как подсчитать – в стоимостном выражении или в количественном). Некоторые производители уже стартовали (у них будет определенное преимущество, когда войдут в силу соответствующие нормативы).

Примерно нами подсчитано: около 9% рынка составляет б/у оборудование (мы не брали во внимание расходные средства), которое закупается в основном в частном секторе, но иногда фигурирует и в госзакупках. Данное обстоятельство должно привлекать внимание экспертов. Это существенный момент, свидетельствующий о том, как функционирует рынок. Если в стране нет системы НТА, а закупается 9% б/у оборудования, значит, это кому-то выгодно. С этой ситуацией надо разбираться.



- По закупкам: в начале 2013 г. компании «подтягивали хвосты» по программе модернизации, в конце прошлого года активно начали участвовать в аукционах, чтобы успеть до вступления в силу № 44-ФЗ (1 января 2014 г.).
- 8 июля 2013 г. принят обсуждавшийся больше года проект постановления правительства РФ «Об особенностях осуществления закупок медицинских изделий для обеспечения государственных и муниципальных нужд», в рамках которого рассмотрены вопросы локализации. С 1 января 2014 г. до конца 2020 г. при закупках в приоритете медизделия производства РФ, Республики Беларусь или Республики Казахстан.
- В 2013 г. «провисали» вопросы, связанные с регистрацией медизделий: 1200 были перерегистрированы, а по новой процедуре поданы документы на регистрацию лишь нескольких десятков медизделий (около 40, включая и отрицательные результаты). Сложности при перерегистрации медизделий возникли из-за изменений в Налоговом кодексе (в связи с налогообложением по НДС), а также из-за изменений в терминологии. Вместо используемых ранее словосочетаний («медицинская техника», «изделия медицинского назначения», «медицинское оборудование») был принят единый термин «медицинские изделия».



Рис. 3. Государственная политика РФ в области здравоохранения

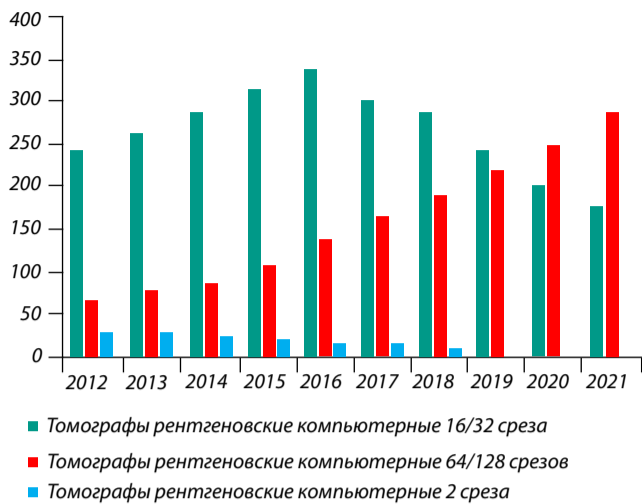


Рис. 4. Рынок компьютерных томографов

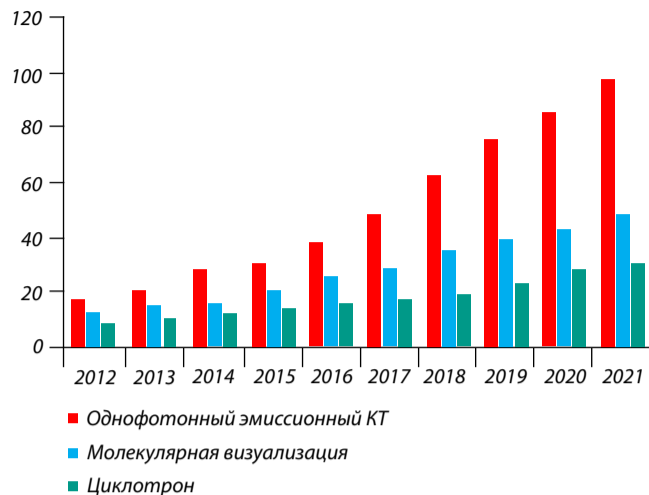


Рис. 5. Рынок ядерной медицины

Основные проблемы рынка медицинских изделий следующие:

- отсутствие базового нормативного документа;
- некачественные медизделия (наличие «серого» импорта);
- ответственность на медработнике при неблагоприятных случаях их использования;

- урология;
- оборудование для сердечно-сосудистой хирургии;
- хирургия;
- имплантаты;
- косметология и пластическая хирургия;
- ИВЛ, анестезия, наркозное оборудование;

- применения пациентами и самоотслеживания;
 - травматология;
 - стоматология;
 - оториноларингология;
 - медицина катастроф;
 - онкология и пр.
- Мы очень долго занимаемся вопросами сегментации рынка для

рошего сказать нечего. Мы проанализировали рынок компьютерных томографов и построили прогноз его дальнейшего развития у нас в стране. Понятно, что одно-двухсрезовые томографы уйдут, постепенно будут развиваться более высокие сегменты. Потом будут 16-, 64-срезовые и т.д. Внутри сегмента можно посмотреть статистику (рис. 4).

Рынок ядерной медицины – это сегмент, который будет расти, и рост обусловлен различными государственными программами. Он активно поддерживается в разных инстанциях и ведомствах (рис. 5).

Обратная ситуация – мы прогнозируем в ближайшее время падение сегмента наркозно-дыхательного оборудования, потому что перенесли его в рамках модернизации предыдущих нескольких программ. Потом он восстановится. В дальнейшем намечено применение ксенона в анестезиологии, и рост данного сегмента рынка будет связан именно с этим (рис. 6). Руководители систем здравоохранения пока этот факт



- отсутствие штата сотрудников при проведении госконтроля за обращением медизделий;
- сложность исследования данного рынка.

А.М. Третьякова, исполнительный директор Ассоциации международных производителей медицинских изделий (IMEDA) недавно на конференции сказала: «У нас не существует рынка медицинских изделий, а существуют рынки отдельных сегментов». Общая цифра объема рынка медицинских изделий в мире, отдельной стране непоказательна, она нужна очень малому количеству экспертов. Например, Минпромторгу для определения целевых показателей, в какой-то степени она нужна Минздраву. Компаниям эта цифра мало о чем говорит, даже то, как изменяются какие-либо показатели. А вот сегменты развиваются неравномерно. У них могут быть разные схемы закупки, схемы распространения, рекламирования. Именно исследование по сегментам, даже внутри сегментов представляет собой определенный интерес.

Сегментация рынка медицинских изделий следующая:

- офтальмология и линзы;
- ортопедия;
- гинекология, неонатология и перинатология;

- эндоскопы;
- функциональная диагностика и мониторинг;
- лабораторная диагностика (in vitro);
- диагностическое оборудование и изделия с высокой степенью визуализации;
- общая терапия;
- физиотерапия;
- эфферентная терапия;
- приборы удаленного наблюдения и оповещения;
- общеклиническое оборудование;
- стерилизация и дезинфекция;
- мобильные медицинские комплексы;
- служба крови;
- реабилитация и средства для инвалидов;
- медизделия для самостоятельного

того, чтобы компаниям было удобно работать с этими данными. Но в России большие проблемы с номенклатурой медицинских изделий, а это тоже влечет за собой целый ряд вопросов, связанных с регулированием рынка. Например, по каким именно критериям оценивать взаимозаменяемость? Я помню целый ряд совещаний в Минздраве, когда мы обсуждали эти вопросы, все всем доказали, всем объяснили, насколько хороша международная номенклатура медицинских изделий (GMDN), как на ее основе строить классификацию. В результате пока мы руководствуемся приказом Минздрава РФ от 6 июня 2012 г. № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий», о котором хо-

не учитывают, а потом, очевидно, к данному вопросу вернуться.

Имеется прогноз развития рынка медизделий, который фигурирует в Стратегии и федеральной целевой программе «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности до 2020 г.». В нем указано, что рынок медицинских изделий в РФ будет постоянно демонстрировать устойчивый рост и достигнет 450 миллиардов к 2020 году. Мы сделали свой альтернативный прогноз: неизбежно падение рынка, потом рост, но никогда идеальной прямой не будет, поэтому нужно более детально смотреть на эти вопросы, учитывая, что в конце года данные у различных исследователей немного разнятся (рис. 7).

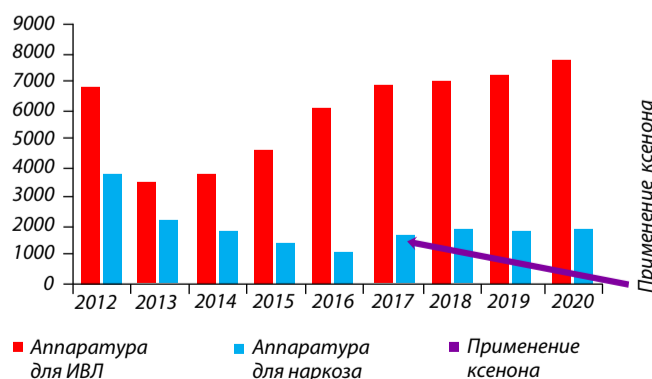


Рис. 6. Сегмент наркозно-дыхательной аппаратуры

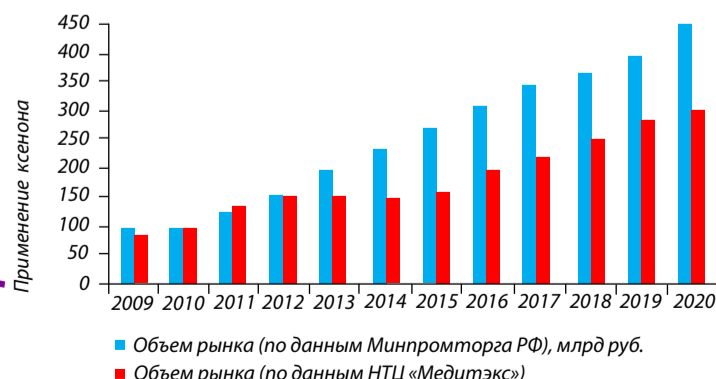


Рис. 7. Прогноз развития рынка медицинских изделий в РФ



Минздрав РФ занялся рекламой бесплатной диспансеризации

15 января 2014 г. сотрудники Минздрава РФ и представители крупнейшего оператора наружной рекламы Russ Outdoor объявили о запуске совместной социальной кампании в рамках проекта «Все равно?!». В Москве, Санкт-Петербурге, Перми, Владивостоке, Челябинске и других городах России уже появились рекламные постеры, призывающие россиян пройти бесплатную диспансеризацию.

Креативная концепция кампании разработана агентством BBDO Moscow, предложившим два варианта макетов. Постер со слоганом «Какой осмотр важнее?» сравнивает диспансеризацию с регулярной процедурой технического осмотра автомобиля, которая хорошо знакома каждому водителю. Реклама призывает россиян задуматься о том, почему водители могут выделять время для проверки технического состояния автомобиля, но зачастую игнорируют такую жизненно важную процедуру, как медицинский осмотр.

Второй вариант макета со слоганом «Что будет с ним, если тебя не станет?», который появится на улицах российских городов в феврале, ориентирован на широкую родительскую аудиторию. Постер призывает взрослых задуматься о своем здоровье – если не ради собственного благополучия, то ради детей, которым нужны здоровые родители, их забота и внимание.

«Низкая культура профилактики и невнимание к собственному здоровью – черты, свойственные многим нашим соотечественникам. Поэтому так важно ярко и эмоционально донести тот факт, что мониторинг уровня холестерина в крови не менее важен, чем контроль уровня масла в двигателе, а своевременно выявленная опухоль не позволит ребен-

ку стать сиротой. Мы рады поддержать, безусловно, актуальную и, возможно, самую профессионально исполненную кампанию, инициированную государством, показав ее миллионам россиян», – отметил М.Г. Ткачев, управляющий директор Russ Outdoor.

«Программа бесплатной диспансеризации населения реализуется в России с 2013 года. Регулярный профилактический осмотр – это очень простой и эффективный способ выявления заболеваний и снижения риска их дальнейшего развития. При помощи социальной рекламы мы хотим донести информацию о диспансеризации до широкой аудитории и мотивировать людей заботиться о своем здоровье», – сказал И.Л. Ланской, советник министра здравоохранения РФ по коммуникациям.

Основная цель программы всеобщей бесплатной диспансеризации населения – раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, которые являются главной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ. Граждане могут проходить профилактический медицинский осмотр раз в 3 года, начиная с 21-летнего возраста. Записаться на осмотр можно в поликлинике по месту жительства, работы или учебы. В 2013 г. в рамках программы диспансеризации свое здоровье проверили более 15 млн россиян.



14 – 16 февраля 2014 года

г. Москва, Краснопресненская набережная, 12,
Центр международной торговли, 4-й подъезд

Уважаемые коллеги!

Союз педиатров России приглашает Вас принять участие в работе XVII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», III Евразийского форума по редким болезням и IV Форума детских медицинских сестер. Программа Конгресса включает вопросы организации медицинской помощи детям, охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, питания здорового и больного ребенка, вакцинопрофилактики, высокотехнологичных методов диагностики и лечения болезней детского возраста, школьной медицины и другие актуальные проблемы.

В рамках послевузовского профессионального образования педиатров будут проведены Школы специалистов (повышения квалификации) с выдачей сертификатов.

На церемонии открытия Конгресса – 14 февраля 2014 года в 18:00 – будут подведены итоги:

- конкурса «**Детский врач года**» (к участию приглашаются детские врачи всех звеньев системы медицинской помощи детям);
- конкурса «**Детская медицинская сестра года**» (к участию приглашаются медицинские сестры и фельдшера, оказывающие медицинскую помощь детям);
- конкурса на лучший художественно-исторический очерк по истории российской педиатрии (к участию приглашаются все желающие).

На церемонии закрытия Конгресса – 16 февраля 2014 года – будут подведены итоги:

- конкурса научных работ молодых ученых.

Заявки на доклады и симпозиумы принимаются до 5 декабря 2013 г., тезисы для публикации – до 13 декабря 2013 г., заявки на участие в конкурсах «Детский врач года», «Детская медицинская сестра года» и конкурсе на лучший художественно-исторический очерк по истории российской педиатрии – до 13 декабря 2013 г., регистрация участников школ – до 19 января 2014 г., работы на конкурс научных работ молодых ученых – до 10 января 2014 г.

Дополнительную информацию по вопросам участия в Конгрессе, Форумах и выставке, Школах специалистов и публикации тезисов можно получить по телефонам в Москве: (499) 134-13-08, 134-30-83, 783-27-93; 8 (495) 967-15-66, 681-76-65 и на веб-сайтах: www.pediatr-russia.ru, www.nczd.ru, www.kdcenter.ru, www.spr-journal.ru

Адрес оргкомитета Конгресса:

119991, г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр. 1, Научный центр здоровья детей РАМН, e-mail: orgkomitet@nczd.ru

21-я МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА «ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА – 2014»

14 – 16 февраля 2014 года

г. Москва, Краснопресненская набережная, 12,
Центр международной торговли, 4-й подъезд

Параллельно с XVII Конгрессом педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», III Евразийским форумом по редким болезням и IV Форумом детских медицинских сестер пройдет **21-я Международная медицинская выставка «Здоровье матери и ребенка – 2014»**, на стендах которой будут представлены более 100 ведущих отечественных и зарубежных компаний из 30 стран. Ежегодно выставку посещают свыше 10000 человек.

Основные разделы выставки:

- Лекарственные средства
- Медицинское оборудование
- Медтехника
- Лабораторное оборудование и приборы
- Медицинские инструменты
- Медицинская мебель и оборудование для оснащения родильных домов, детских больниц, поликлиник, гинекологических кабинетов
- Витамины
- Детское питание
- Средства по уходу за детьми
- Средства гигиены для женщин
- Контрацептивы
- Специализированные издания и литература

Дополнительную информацию по вопросам участия в Конгрессе и выставке можно получить по телефонам:

8 (495) 631-14-12, 681-76-65

e-mail: zmir@sumail.ru

Оливье Боск: «Основная стратегия GE Healthcare в РФ – долгосрочное партнерство»

О приоритетных задачах компании GE Healthcare и ключевых направлениях дальнейшего развития бизнеса в своем эксклюзивном интервью корреспонденту Hi+Med рассказал Оливье Боск, президент и главный исполнительный директор корпорации GE Healthcare в России и СНГ.



-Каковы основные приоритеты деятельности GE Healthcare в России?

– В большинстве современных государств руководители системы здравоохранения стремятся охватить три ключевых направления: стараются сделать медицинское обслуживание доступным для всех слоев населения, поддерживают и улучшают его качество, осуществляют контроль над расходами. Найти баланс между этими тремя составляющими всегда очень сложно.

Российский рынок является для нас важным стратегическим направлением. Мы постоянно расширяем присутствие компании в РФ. В GE Healthcare в России сейчас трудится более 400 человек. Это молодая и инновационная команда. Стратегия компании направлена в первую очередь на выстраивание долгосрочных отношений.

В последние годы государство много инвестирует в программу модернизации здравоохранения РФ, и мы видим значительное повышение уровня оказания медпомощи населению.

Мы стараемся применять глобальный опыт GE Healthcare для нужд российской системы здравоохранения, работая совместно с Ассоциацией международных про-

изводителей медицинских изделий (IMEDA), принимая участие в экспертных обсуждениях на уровне Минздрава и Минпромторга РФ.

Основные наши задачи следующие: повышение качества производимого оборудования, его грамотное сервисное обслуживание, интеграция современных IT-решений, обучение медицинских специалистов, менеджерское образование (вопросы оптимизации управления клиникой, документооборот, ведение пациентов в клинике).

С 2009 года в рамках партнерства с российской компанией ЗАО «Медицинские технологии Лтд» («МТЛ») некоторые модели высокотехнологичного диагностического оборудования мы уже собираем и тестируем в России. Сегодня мы продолжаем вести с ними диалог, обсуждая возможности расширения нашего сотрудничества.

Компания принимает участие как в федеральных, так и в региональных тендерах. Мы стараемся охватить все сегменты рынка, например сектор частных медицинских сетей.

Локализация в нашем понимании помимо размещения производства на территории РФ включает и интеграцию в существующую систему здравоохранения, и рост объемов продаж, и дальнейшее сервисное обслуживание поставляемого оборудования. Мы не просто продаем продукцию, а комплексно подходим к этому вопросу. В каждом регионе, где установлено наше оборудование, работают наши сервисные инженеры.

В конце прошлого года в Дюссельдорфе прошла международная специализированная выставка медицинского оборудования, инструментов и лекарственных препаратов MEDICA 2013. Мы были приглашены на круглый стол, организованный в рамках секции Минпромторга РФ, и рассказали о своем опыте локализации.

В скором времени в Россию придет глобальное руководство GE, и в рамках этого визита мы наметили обсудить дальнейшие перспективы локализации производства в РФ, учитывая потребности современного рынка.

Биографическая справка

- В 1996 г. Оливье Боск окончил Высшую школу экономики в Тулузе (Франция) по специальности «финансы и бизнес-планирование».
- В 1996–2004 гг. работал в аудиторской компании Deloitte.
- В 2004 г. перешел в GE Healthcare (Франция), где прошел путь от финансового контролера до финансового директора.
- С 2011 г. занимал должность финансового директора GE Healthcare в России и СНГ.
- С апреля 2013 г. является президентом и главным исполнительным директором GE Healthcare в России и СНГ.



– Какие новые продукты GE Healthcare планирует вывести на российский рынок в текущем году?

– Мы постоянно расширяем и обновляем наш продуктовый портфель. За последние годы мы расширили продуктовую линейку GE Healthcare, добавив в 2013 году к выпуску 16-срезовых КТ 64- и 128-срезовые, производим УЗ-аппараты модели Logiq P6.

Кроме того, мы запустили новую линейку ангиографического оборудования, и в скором времени на российский рынок поступит последняя модель Discovery IGS 740.

Также обновлены практически все аппараты для МРТ. Нашими специалистами более года назад была разработана инновационная бесшумная технология, впервые представленная на выставке RSNA 2012, позволяющая кардинально улучшить качество проводимого исследования. Технология Silent Scan™ существенным образом позволила при проведении МРТ снизить уровень акустического шума без ухудшения качества получаемого изображения. При исследовании, производимом традиционными томографами, он превышает 110 децибел, что сопоставимо с громкостью музыки на рок-концертах и требует применения специальных средств защиты слуха. Новая технология Silent Scan™ позволяет врачу контролировать состояние пациента и при

необходимости беспрепятственно и без какого-либо вреда для организма провести дополнительные исследования.

Теперь этот продукт доступен и для российского рынка. С ним у российских потребителей была возможность ознакомиться в декабре на выставке «Здравоохранение-2013».



На RSNA 2013 в Чикаго GE Healthcare был представлен революционный КТ (пока новинка проходит регистрацию на американском рынке и еще не появилась в продаже). Этот томограф включает в себя все



инновационные разработки наших специалистов, благодаря которым при минимальной дозе облучения можно добиться высочайшего качества изображения. Надеюсь, что в ближайшее время мы зарегистрируем этот продукт и на российском рынке.

Мы также активно внедряем в работу новые IT-решения: создаем

решения и обрабатывать изображения и других производителей. Сначала нужно наладить эффективную маршрутизацию данных о пациенте внутри клиники. А при наличии у медучреждения выхода в широкополосный Интернет возможно внедрение и внешних сетевых решений. Например, если пациент отправляется в другую клинику, то можно переслать данные и не выполнять повторное обследование. Это позволяет повысить доступность и качество медицинского обслуживания и снизить его стоимость.

– Проводит ли компания GE Healthcare в России какие-либо образовательные программы?

– Мы видим огромный кадровый дефицит специалистов, работающих на высокотехнологичном оборудовании, причем не только в России, но и в других развивающихся странах.

С учетом этого в 2009 году мы открыли в Москве тренинг-центр GE Healthcare Academy, где обучаем врачей из России и СНГ работе на нашем медицинском оборудовании. Ориентировочно за год на его базе проходит 200–300 тренингов. Работе с «тяжелыми» диагностическими станциями за прошлый год было обучено порядка 500 человек.

Мы стремимся к тому, чтобы на нашем оборудовании работать было не только легко, но и быстро.

единую базу данных, единый документооборот на все оборудование, установленное когда-либо. При этом сейчас есть возможность подключения не только техники GE. Система PACS позволяет интегри-





Для этого используются сенсорные панели для быстрого доступа (как на нашем новом КТ). Причем при техническом апгрейде аппарата не нужно его деинсталлировать. Проводить тренинги для специалистов на таком оборудовании намного легче, и обучение проходит быстрее.

Особое место GE Healthcare отводит образовательным программам, которые осуществляет в сотрудничестве с государственными медвузами.

Такие проекты сегодня активно реализуются в Европе, а также в других странах мира. Мы готовы начать их реализацию и в России – как только найдем соответствующего партнера.

– Расскажите, пожалуйста, о вкладе GE в организацию зимних Олимпийских игр в Сочи. Какие еще проекты в области спортивной медицины реализуются компанией?

– GE является глобальным партнером Олимпийского комитета начиная с 2005 года. Компания поддерживала олимпиады в Турине, Лондоне, Пекине, старалась создать такую инфраструктуру, которая помогала проводить соревнования на самом высоком уровне. Это касается и предстоящих зимних Олимпийских игр в Сочи. Также GE выступает генеральным партнером российской национальной сборной по сноубордин-

гу и официальным партнером Федерации горнолыжного спорта и сноуборда России.

Для нас большая честь – внести свой вклад в развитие спортивной медицины в РФ. В начале октября 2013 года в Москве нами был под-

драны передвижные медицинские комплексы «Спортивная медицина» для оценки состояния здоровья и функциональных резервов юных спортсменов и любителей спорта в рамках пилотного проекта с GE Healthcare.

ные обследования во врачебно-физкультурных диспансерах. Между тем для безопасного и успешного занятия физкультурой каждому спортсмену необходимо проходить диагностику как минимум два раза в год.

Создание мобильных медицинских комплексов – одно из основных ключевых направлений GE Healthcare прошлого года и последующих нескольких лет. Компания предлагает ряд инновационных технологий, позволяющих проводить диагностику целого ряда заболеваний, определять курс лечения, контролировать процесс восстановления и реабилитации. С этой целью мы оборудовали и направили в Сочи 2 мобильных комплекса, один из которых оборудован МРТ, а другой – КТ. Эти комплексы способны эффективно работать даже в сложных условиях высокогорья.

После проведения Олимпиады в Сочи в рамках пилотного проекта «Наследие» для дальнейшей эксплуатации медицинским специалистам Краснодарского края безвозмездно будет передан передвижной маммографический комплекс GE. Мы готовы сотрудничать с регионом на долгосрочной основе: проводить сервисное обслуживание этого комплекса, а также обучение специалистов, работающих на нем. Если наше взаимодействие будет эффективным, то география таких проектов в дальнейшем расширится.



писан договор о стратегическом партнерстве с Российской ассоциацией по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов (РАСМИРБИ). Задача РАСМИРБИ – создать эффективную систему медицинского обеспечения массового спорта в России, а также развивать и поэтапно вне-

По прогнозам Министерства спорта РФ, число людей, занимающихся физической культурой и спортом, к 2020 году превысит 40 миллионов человек. При этом их охват медицинской помощью крайне мал: в настоящее время лишь 4,2 миллиона из 29 миллионов спортсменов проходят ежегод-



XVII СЪЕЗД ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

«Ошибки, опасности, осложнения и безопасность в эндоскопической хирургии»



Президент Общества эндоскопических хирургов России, профессор С.И. Емельянов

Уважаемые коллеги!

11–13 февраля 2014 г. в столичной гостинице «Космос» пройдет очередной XVII съезд Общества эндоскопических хирургов России (РОЭХ). Надо отметить, что традиционный формат съезда на этот раз претерпит некоторые изменения. В его программе, помимо традиционных докладов и лекций, будут представлены новые и, как представляется правлению РОЭХ, чрезвычайно актуальные форматы работы.

• **Согласительные конференции** по национальным клиническим рекомендациям: в них особое внимание будет уделено роли и месту самых современных эндохирургических методик в стандартах действий хирурга при лечении ряда заболеваний. После принятия РОЭХ национальных клинических рекомендаций они становятся руководством к действию, причем не только хирурга, но и администрации разных уровней, обязанной обеспечить лечебный процесс на рекомендованном уровне. Таким образом, национальные клинические рекомендации станут источником развития современного здравоохранения. Приведем мнение вице-президента РОЭХ, профессора В.П. Сажина: «*Национальные клинические рекомендации должны помочь администрации ЛПУ и финансовым органам оснащать хирургические службы в соответствии с разработанными требованиями*».

• **Клинические рекомендации** являются юридической защитой как врача, так и администрации, так как выполнение всех их требований, при наличии рекомендованного аппаратно-инструментального и лекарственного обеспечения, ведет к легитимному механизму защиты специалистов от различных видов претензий и исков. Окончательно они будут приниматься Российским обществом хирургов (РОХ), но рекомендации по малоинвазивной хирургии будут приняты на данном съезде. Такие согласительные конференции РОЭХ проводит впер-

вые. Кроме того, национальные клинические рекомендации являются действующим механизмом для внедрения новых лечебных технологий в практику. Этот механизм будет рассматриваться на согласительных конференциях РОЭХ во время съезда.

- Заседания недавно созданной **мультидисциплинарной секции эндоскопии и интервенционных лучевых технологий РОХ**, в рамках которой также пройдет **согласительная конференция по эндоскопическому лечению хронического панкреатита**.
- Ставший уже традиционным **видео-марафон**.

Особое внимание в докладах, мастер-классах и лекциях будет уделено ошибкам, опасностям и осложнениям и методам их предотвращения. Будут также обсуждаться вопросы подготовки хирургов и проблемы непрерывного медицинского образования – ведь качество оказания хирургической помощи напрямую зависит от практического мастерства хирурга. До сих пор в России практически отсутствуют системы его объективной оценки и измерения уровня владения навыком.

«Лишь только то, что можно измерить, можно улучшить...»

Мы планируем обсудить имеющиеся в мире системы объективной оценки умений хирурга (MISTELS, OSATS, FLS и др., в том числе и отечественные разработки) и перспективы их внедрения в российское образование и практику. Кроме того, уже традиционно будут рассмотрены общехирургические аспекты **оперативной эндоскопии**.

Такие существенные изменения кажутся правлению необходимыми для привлечения специалистов из стационаров всех уровней, тех, кому в повседневной практике приходится сталкиваться с широким спектром различных хирургических ситуаций.

К моменту начала съезда планируется подвести черту под этапом процесса **объединения усилий хирургических сообществ России** в рамках РОХ: РОЭХ, Ассоциации детских хирургов России, Общества бариатрических хирургов России и некоторых других. Таким образом, будущий съезд РОЭХ становится трибуной для многих профессиональных сообществ нашей страны. Предлагаем вам поддержать процесс консолидации профессионалов вашим участием в съезде.

В процессе проведения съезда планируется организация мастер-классов по различным современным направлениям эндохирургии. За участие в съезде и мастер-классах будут начисляться образовательные баллы РОХ.

Ждем вас на съезде!

Подробности на сайте:
<http://общество-хирургов.рф>

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСУМБИЛИКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Полный объем лапароскопического вмешательства из одного доступа

Технология единого лапароскопического доступа (Single Port Access) – очередной шаг в развитии малоинвазивной хирургии. Но, не смотря на всю привлекательность и потенциальные возможности данной технологии, существует ряд технических трудностей при проведении операций. Это связано с тем, что инструменты и оптика проходят параллельно в очень узком пространстве, что затрудняет манипуляцию инструментами как в абдоминальной полости, так и в зоне их управления. И здесь на первый план, помимо большого опыта и умения хирурга, выходит выбор инструментов, которые должны отвечать особым требованиям для проведения подобных операций.

Фирма "ППП" предлагает комплексное решение – набор инструментов собственной разработки для проведения стандартных лапароскопических операций через единый доступ.



Инструменты специально разрабатывались для LESS-технологий (Laparoscopic & Endoscopic Single Site Surgery), они не являются стандартными лапароскопическими инструментами и вследствие этого обладают техническими характеристиками, отсутствующими у лапароскопических инструментов, а именно:

- все имеют возможность вращения вокруг собственной оси на 360°,
- все инструменты имеют S-образную форму (кроме эндоклипера), которая позволяет хирургу во время манипуляций чувствовать себя более комфортно, так как его руки отставлены друг от друга и находятся на расстоянии от оптики с камерой,
- многоцветного использования.



традиционный доступ - лапаротомия

малотравматичный доступ - лапароскопия

N.O.T.E.S - эндоскопическая трансуомбиликальная хирургия через естественные отверстия

Россия
Республика Татарстан
420126, г. Казань, пр. Амирхана, 12 а,
Инновационно-производственная фирма «ППП»
тел./факс: (843) 556-12-03, 556-38-34
E-mail: pppkazan@mail.ru
<http://pppkazan.ru>

Публичность для биотехнологического бизнеса – обуза или инструмент развития?

Этой публикацией открывается новая рубрика для тех, кто хочет лучше ориентироваться в мире финансов, разбираться в способах расширения и развития своего бизнеса через привлечение капитала, в том числе от широкого круга инвесторов. Предлагаем вашему вниманию размышления о ситуации на сегодняшнем рынке двух человек, один из которых имеет финансовый опыт биржевого инвестора, а другой является сотрудником биотехнологической компании и, в силу полученного специального образования и опыта, хорошо представляет себе специфику данного бизнеса.

Для биотехкомпаний частое явление – повышенная концентрация на чисто научной стороне процесса, желание полностью понять механизм действия регуляторной системы, биологический смысл процессов, досконально изучить молекулярный аппарат или физико-химические особенности процесса. Безусловно, это ключ к успеху, и двигаться иным путем наука не может. Однако бизнес – это не наука, а вернее, наука совершенно иная. Кредиты от банков и инвестиции в капитал от фондов – это совсем не гранты министерств или некоммерческих структур. Собственно, в этом случае тот, кто дал средства, не ждет отчетов о полученных научных результатах, даже успешных, а просто хочет получить доход не ниже, чем в среднем по рынку акций или по кредитному портфелю. Не нужны публикации в реферируемых журналах, зато нужны статьи в финансовых изданиях и даже желтых газетах. Не нужны новые фундаментальные открытия, если за ними не следует рост выручки и, желательнее, прибыли.

С одной стороны, картина печальная и, наверное, даже отталкивающая. Но такова реальность. Люди рискуют своими деньгами и в случае неудачи не могут рассчитывать даже на то, что будут соавторами статей или патентов, так что можно понять озабоченность инвесторов финансовыми результатами. Тем более что часто именно розничные и институциональные инвесторы на публичном рынке акций могут дать на проекты



Сведения об авторах: Д.А. Александров, заместитель генерального директора по инвестициям, ИК «УНИВЕР Капитал», Б.А. Майзель, заместитель директора по корпоративным финансам, руководитель проекта «Корпоративный инвестиционный фонд ОАО «ИСКЧ»», руководитель конференции «Moscow Life Sciences Investment Day 2014»

те деньги – длинные деньги! – которые не дадут банки, охотно кредитующие под твердые залоги в виде недвижимости и совершенно не принимающие во внимание научный потенциал проектов и будущую стоимость разрабатываемых продуктов.

В этом кроется одна из ключевых успешных стратегий – умение отказаться от научного максимализма в пользу скорейшей монетизации получаемых результатов. Не надо дошлифовывать исследование и готовить для рынка «бриллиант» – на «огранку» чаще всего не хватает ни времени, ни средств. Гораздо лучше создать простой и понятный каждому человеку продукт, продажи которого начнут приносить живые деньги, а удовлетворенные и вдох-

новленные результатом инвесторы увеличат свои вложения. Именно таким образом – за счет своевременного старта продаж – привлекается двойной поток инвестиций в дальнейшее развитие и, что, наверное, еще более важно, создается репутация надежного и привлекательного эмитента.

Приведенный выше пример годится и для монопродуктовой компании, только начинающей свое развитие, и для имеющего более-менее длительную историю бизнеса, задумывающегося о расширении линейки и развитии новых направлений, под которые требуется привлечение капитала. Фондовый рынок в этом случае может стать действительно серьезным подспорьем, если не вос-

принимать его как одноразовый источник бесплатных денег или место легального отъема накоплений у честных граждан. На самом деле фондовый рынок представляет собой сочетание инструментов получения средств, рекламы, чаще всего бесплатной, маркетинга, тоже бесплатного, господдержки, улучшения управленческой структуры, увеличения прозрачности бизнеса для владельца и повышения его защищенности.

Прийти к такому пониманию бывает непросто, равно как и непросто бывает согласиться на сравнительно низкую первоначальную оценку рынком своего бизнеса, «выращенного и выкормленного» с нуля. Мы были свидетелями того, сколь многим это не удалось, и последствия этого были довольно печальны. Одновременно перед глазами у всех и истории успеха в результате адекватного распределения сил и расстановки приоритетов.

Конечно, очень не хотелось бы, чтобы читатели восприняли написанное как призыв отправиться на фондовый рынок со своими компаниями, трансформировать их в ОАО и немедленно размещать акции на бирже. Но будет здорово, если постепенно возникнет понимание тех возможностей и преимуществ, которые можно и нужно извлекать из публичного статуса компании, и это позволит выбрать правильный путь развития вашего бизнеса и ускорить его движение по этому пути. Последующие публикации, в том числе с разбором некоторых интересных и показательных историй, помогут нам в этом.

AcuVista Grace – новое слово в УЗ-сканерах для сосудистого доступа

В декабре 2013 г. компанией Ray Systems (Россия) была представлена новая собственная разработка AcuVista Grace – специализированный УЗ-сканер, предназначенный для контроля малоинвазивных манипуляций, сосудистого доступа и анестезии. Премьера состоялась в конце прошлого года на двух крупнейших медицинских выставках: RSNA 2013 в Чикаго и «Здравоохранение-2013» в Москве.



Сведения об авторах:

Е.Ю. Осминкин, генеральный директор, О. В. Плуталов, коммерческий директор, компания Ray Systems

В последнее время все больший интерес к аппаратам УЗ-диагностики проявляют не врачи-диагносты, у которых сканеры пользуются популярностью уже несколько десятков лет, а специалисты иных областей: сосудистые хирурги, анестезиологи и многие другие. Для них ультразвуковой сканер превратился из инструмента диагностики в прибор инструментального контроля манипуляций. Например, такой прибор позволяет отлично видеть процесс введения иглы, и, соответственно, можно очень точно позиционировать ее положение. Новые области применения требуют специализированных сканеров.

Традиционные сканеры, используемые для диагностики, обладают соответствующей эргономикой и системой управления, что делает не совсем удобным их применение в операционных. Большие размеры, огромное количество настроек и режимов работы затрудняют работу хирурга или анестезиолога. Лишь несколько приборов, появившихся в последние годы, ориентированы на недиагностические области применения. Среди них аппараты Venue 40, Ezono 3000, Sonosite Nanomax (GE, США).

Элегантный, компактный отечественный аппарат AcuVista Grace весом всего чуть более 3 кг представлен в двух вариантах – настольном и мон-

тируемом на стандартной инфузионной стойке. Небольшой экран размером с iPad 9.7" имеет вертикальную ориентацию. Это позволяет ответить непосредственно под ультразвуковое изображение более 80% экрана. Размер картинка такой же, как и на 19-дюймовом экране горизонтальной ориентации. Но главная особенность AcuVista Grace – это принципиально новая система управления. На сканере нет ни одной кнопки – все управление осуществляется с помощью единственного устройства ActivTwist. Это устройство сочетает в себе традиционный энкодер – регулировочное колесо, меняющее параметр при повороте, и тачпад, интегрированный в это поворотное колесо. Все основные параметры и функции активируются прикосновением пальцев к ActivTwist (фото 1).

В нижней части экрана находится ряд иконок (кнопок) – тулбар с основными параметрами сканирования. Поворотом колеса ActivTwist изменяется текущий параметр (например, усиление или частота). Остальные параметры отображены на соседних иконках. Чтобы перейти к регулировке другого параметра, достаточно провести пальцем по ActivTwist для смены текущей иконки. Это так же просто и интуитивно понятно, как и в случае обращения со смартфоном. Для понимания принципа управления аппаратом достаточно полминуты, не надо читать руководство по эксплуатации. Еще через три минуты даже не знакомый с аппаратом врач может начать на нем работать.

Все функции, которые могут потребоваться врачу в процессе работы, могут быть вызваны как с помощью ActivTwist, так и нажатием на сенсорный экран. Оба устройства позволяют работать в медицинских перчатках.

Сканер работает в девяти режимах сканирования, таких как: В, В+М, цветное доплеровское картирование, импульсный доплер, энергетический доплер, направленный энергетический доплер. Изменение режима работы сканера производится «смахиванием» вверх или вниз, после чего тулбар регулировки параметров меняется на тулбар выбора режима работы. Иконка, соответствующая текущему режиму работы, подсвечена синим цветом. Нажатие на другую иконку переводит устройство в иной режим сканирования (фото 2).

Для включения режима «Стоп-кадр» нужно нажать на кольцо ActivTwist. При переходе в этот режим ультразвуковое изображение на экране застынет, а иконки тулбара сменятся на другие. В этом режиме доступны функции сохранения и загрузки изображений и кинопетель, а также формирование отчетов и печать изображений.

В устройстве применяются современные алгоритмы обработки ультразвукового сигнала, что позволяет получать изображение очень высокого качества. Несмотря на компактность и портативность, данный сканер визуализирует ультразвуковое изображение, не уступающее по качеству хорошим стационарным УЗ-сканерам. Высокое разрешение изображения позволяет отображать катетеры и иглы

всех диаметров, применяемых в анестезиологии.

Благодаря компактности и небольшим размерам, а также наличию доплеровских режимов высокого качества данный сканер может применяться в автомобилях скорой помощи. Также он подходит для применения в палатах и там, где нет необходимости в стационарном УЗ-аппарате.

Устройство имеет твердотельное запоминающее устройство для хранения операционной системы, программы управления блоком передачи УЗ-сигнала, а также данных, непосредственно полученных со сканера: изображений, кинопетель, протоколов и отчетов о результатах измерений и обследований пациентов (фото 3). Сканер может передавать изображения и кинопетли на внешний носитель или другой ПК с помощью проводного или беспроводного соединения. Органы управления сканера в сочетании с сенсорным экраном обеспечивают легкость и удобство в работе, но при необходимости к устройству можно подключить мышь, клавиатуру и дополнительный монитор.

Сканер может комплектоваться различными датчиками: конвексным, линейным, внутрисосудистым, микроконвексным. Для сосудистого доступа разработан специальный линейный датчик с высокой плотностью пьезоэлементов. Также имеется широкий спектр датчиков специального назначения. В настоящее время AcuVista Grace проходит испытания, после которых будет сертифицирован для продажи и эксплуатации в России и других странах мира.



telelift
Innovation for *Logistic Solutions*

Конвейерные системы для медицинских клиник

Все уверены, что разбираются в футболе, политике и медицине. И привычно ругая спортсменов, политиков и врачей, как-то забывают, насколько самоотверженны порой бывают и первые, и даже вторые, но больше всего, конечно, третьи. И не важно, с чем именно они борются – с насморком или СПИДом. И где работают – в больнице уездного города N или крупном федеральном научно-исследовательском центре. Важно, что они спасают жизни, порой рискуя своими. И двигают вперед науку.



Их трудами и стараниями медицина за несколько десятилетий шагнула далеко вперед, чего нельзя сказать, к сожалению, об оснащении клиник. Большинство больниц требуют модернизации. Например, инфекционные отделения, где больные должны находиться в изолированных боксах и минимально контактировать с персоналом, особенно в случаях особо опасных заболеваний. Но возникают логичные вопросы: как тогда пациента кормить, брать у него анализы, приносить медикаменты? Как все это делать, не заходя в палату? Автоматизированная система – вот единственный выход. Чтобы обеды и лекарства доставлялись по отделению в мини-вагончиках, которые бегают по мини-рельсам.

Такая конструкция уже давно существует и называется Telelift. Для России – пока фантастика, для Европы – абсолютная реальность. Монорельсовые управляемые транспортные системы, разработкой которых занимается немецкая компания Telelift GmbH, состоят всего из трех компонентов. Это направляющие рельсы, самоходные контейнеры и платформы и система управления движением. Причем рельсы могут быть любой протяженности, горизонтальными, вертикальными. Сделаны они из алюминия, скользящие контакты обеспечивают бесперебойную подачу питания и управляющего сигнала. Установить рельсы можно на стены, пол, потолок, причем в любом здании. А контейнеры – открытые, закрытые, с замком или без, стерильные, но самое главное – их со-

держимое всегда сохраняет вертикальное положение, не переворачивается, по какой бы поверхности не передвигалась платформа.

Эта система, конечно, облегчает работу врачам, упрощает внутрибольничную логистику. В лабораториях по рельсам можно безопасно и быстро перевозить пробирки с анализами, экономя время медиков, избавляя их от лишней беготни и ненужной суеты, а самое главное – сокращая путь от забора биоматериала до его исследования. Значит, скорее будет поставлен диагноз и начнется курс лечения.

Существуют и контейнеры большого размера – вместимостью до 500 килограммов, в таких удобно перемещать, например, белье. А его в больницах предостаточно.

Есть и еще один актуальный вопрос – утилизация медицинских от-

ходов. Это использованные шприцы, бинты, ампулы, катетеры, одноразовые инструменты. Сейчас их упаковка и перевозка – в основном ручная работа, которая иногда может быть опасной для медицинского персонала. А Telelift позволяет к отходам не прикасаться – это снижает риски, увеличивает эффективность труда.

Вся эта автоматизация, конечно, может показаться расточительством, скептики скажут: не разумнее ли вкладывать деньги, к примеру, в суперсовременное диагностическое оборудование? И, конечно, будут правы. Но если задуматься, то ведь каждый из нас, оказываясь на месте пациента, прежде всего хочет, чтобы врач уделял ему внимание и время. А время экономится, если продуман каждый шаг. С системой Telelift это очень просто!



Контакты: тел.: + 7 (495) 542-61-16, e-mail: info@telelift.ru, www.telelift.ru



Организация онкоурологической помощи в Свердловской области

Один из наиболее эффективных путей улучшения урологической службы, оптимизации здоровья мужчин – использование современных организационных и медицинских технологий. Такой формой является поэтапная система организации урологической службы в регионах, которая позволяет максимально улучшить преемственность оказания медицинской помощи мужскому населению, предупредить или уменьшить развитие осложнений урологических заболеваний.

Статистика ВОЗ показывает, что больше 75% населения США и европейских стран хотя бы раз в жизни отмечали симптомы, характерные для заболеваний мочеполовой системы.

В Свердловской области ежегодно обращаются за урологической помощью более 340 тыс. больных, среди которых 1700 – инвалиды с урологическими заболеваниями. Острой остается проблема онкоурологических заболеваний в регионе. Опухоли мочеполовой системы у населения Свердловской области вышли по распространенности на 3-е место, сместив на 4-е злокачественные новообразования кожи и подкожной клетчатки.

В 2010 г. в структуре онкологической заболеваемости мужского населения в России рак предстательной железы вышел на 2-е место. Среднегодовой прирост заболеваемости составил 9,8% (1-е место по темпу прироста).

Несмотря на активизацию исследований, диагностики и лечения урологических заболеваний,

новейшие разработки медицины в РФ, продолжается рост регистрации мужчин с урологическими заболеваниями в поздних стадиях, что обусловлено несколькими эффективными причинами: поздней обращаемостью больных за медицинской помощью, несвоевременной постановкой диагноза и отсутствием стандартизированных, информативных диагностических и лечебных подходов.

Причины несвоевременных диагностики и лечения онкоурологических заболеваний заключаются прежде всего в отсутствии четкого лечебно-диагностического алгоритма оказания помощи больным, а также недостаточном количестве урологов и онкологов в регионах.

В Свердловской области, занимающей 2-е место в РФ после Московской по промышленному потенциалу и 1-е место по антропогенному загрязнению среды обитания человека, на распространенность онкоурологических заболеваний в значительной степени оказывают влияние экологические факторы, включающие показатели загрязнения

Сведения об авторах:

А.В. Зырянов, д.м.н., профессор;
В.Н. Журавлев, д.м.н., профессор, завкафедрой;
И.В. Баженов, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный внештатный уролог Минздрава Свердловской области;
И.В. Борзунов, д.м.н., профессор (кафедра урологии УГМА, ГБУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1»)

комплексом химических канцерогенных веществ атмосферного воздуха, питьевой воды, почвы, снежного покрова, продуктов питания, радиацию и неблагоприятные условия труда.

В настоящее время распространенность онкоурологических заболеваний на Среднем Урале является одной из актуальных и злободневных проблем. В качестве управленческих решений в Свердловской области разработаны и внедрены следующие целевые программы, направленные на стойкое улучшение урологического здоровья населения: «О мерах по развитию он-

кологической помощи населению РФ», «Концепция сохранения населения Свердловской области на период до 2015 г.», губернаторская программа «Урологическое здоровье мужчины».

Указанные программы позволяют решать задачи по охране здоровья населения региона, в первую очередь трудоспособного мужского населения, проводить более эффективную системную работу по профилактике злокачественных новообразований мочеполовых органов, улучшению ранней диагностики опухолевых процессов и уменьшению числа больных с запущенными стадиями.

Выполненные нами в 2003 г. исследования свидетельствовали о высокой доле в Свердловской области больных онкоурологическими заболеваниями с III-IV стадией процесса. Так, в 2004 г. число мужчин, больных раком мочевого пузыря, достигло 11,6%, что связано как с поздней обращаемостью, так и с несвоевременной диагностикой процесса (в 11,9–12,4% случаев). В структуре заболеваемо-

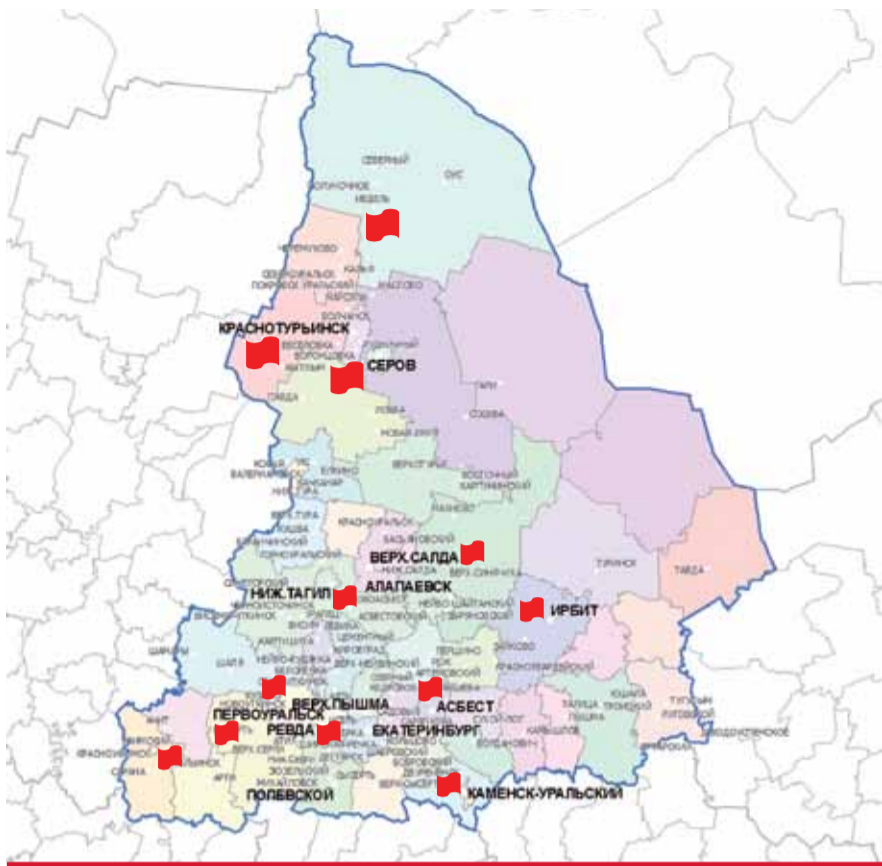


Рис. 1. Схема размещения экспресс-диагностических урологических кабинетов (ЭДУК) в городах Свердловской области

сти раком предстательной железы III-IV стадии заболевания составляли около 75% всех регистрируемых случаев.

До внедрения губернаторской программы в организации урологической службы региона отмечались следующие недостатки:

- врачи-урологи имелись лишь на 22 территориях области, в основном были сосредоточены в г. Екатеринбурге (70% всех урологов);
- обеспеченность урологами составляла 0,4 на 10 тыс. населения (1 врач на 25 тыс. жителей области, с учетом сосредоточенности урологов в областном центре на одного уролога в области приходилось 70 тыс. жителей);
- 63% урологических коек было размещено в г. Екатеринбурге, в области функционировало всего 3 урологических отделения, в основном урологические койки были размещены на базе хирургических отделений, лечебно-диагностическая база которых не соответствовала современным требованиям к диагностике и лечению урологических заболеваний;
- в области отсутствовали окружные урологические кабинеты. Основной целью губернаторской программы явилось обеспечение гарантированного объема и качества медицинской помощи юношам и мужчинам, ранней диагностики и лечения урологических заболеваний.

Были решены следующие задачи:

1) поэтапное реформирование урологической службы с развитием окружных специализированных центров оказания амбулаторной и стационарной помощи для обеспечения гарантированных усло-

вий диагностики урологических заболеваний у мужчин по месту жительства (Екатеринбург, Алапаевск, Асбест, Ирбит, Каменск-Уральский, Краснотурьинск, Красноуфимск, Нижний Тагил, Первоуральск, Серов);

2) обоснование объемов медицинской помощи и реальных потребностей урологической службы;

3) разработка и внедрение стандартов, протоколов диагностики и лечения на всех этапах и уровнях оказания специализированной урологической помощи;

4) формирование регистра урологических больных;

5) подготовка врачебных кадров урологов для ЛПУ и специализация урологов на базе ведущих клиник;

6) анализ полученных результатов, разработка и внедрение организационных и управленческих решений.

Реформирование охватывало:

- фельдшерский пункт, где проводилось активное анкетирование мужчин старше 45 лет;
- кабинет участкового (или семейного) врача, где в ряде случаев

проводилось общеклиническое лабораторное исследование;

- экспресс-диагностический урологический кабинет (ЭДУК), где проводилось ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, предстательной железы, цистоскопия, в ряде случаев – экскреторная урография и биопсия, исследование сыворотки крови на ПСА;
- урологическое отделение областной поликлиники, где устанавливался окончательный диагноз и определялись тактика и метод лечения пациента;
- областной урологический центр, где выполняются все виды оперативного лечения, в том числе высокотехнологичного.

Губернаторская программа «Урологическое здоровье мужчины» позволила организовать, разместить и оснастить на территории Свердловской области 12 ЭДУК (рис. 1).

За 4 года (с 1 апреля 2006 г. по 31 декабря 2010 г.) реализации губернаторской программы в Свердловской области (в ЭДУК и поликлиническом отделении ГБУЗ СОКБ № 1) обследовано 153 648 мужчин в воз-

расте 45 лет и старше. У 16 733 (10,9%) зарегистрированы онкологические заболевания мочеполовой системы.

В 2013 г. в онкоурологическом отделении на 35 койках было выполнено 103 брахитерапии предстательной железы, 98 радикальных простатэктомий (в том числе 35 робот-ассистированных радикальных простатэктомий), 32 HIFU-абляции предстательной железы и многое другое.

Таким образом, решение сложной задачи охраны здоровья мужской части населения в условиях модернизации здравоохранения наиболее оптимально путем реализации целевой программы. Это позволяет сосредоточить материальные и финансовые ресурсы, а затем проконтролировать их использование и за короткое время получить ожидаемый результат.

Таблица 1. Показатели хирургической активности (онкоурологическое отделение ГБУЗ СОКБ № 1)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2013
Количество пролеченных больных	657	1090	1241	1442	1182	1063	1221
Хирургическая активность, %	61,6	79,5	86,4	85	85,5	87,1	95,6

расте 45 лет и старше. У 16 733 (10,9%) зарегистрированы онкологические заболевания мочеполовой системы.

Одновременно с открытием ЭДУК была проведена огромная работа по модернизации областного урологического центра на базе ГБУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1». В его поликлиническом отделении систематически ведется консультативный прием – до 180 пациентов в день. И это явилось одним из важнейших звеньев успеха реализации программы.

С внедрением ранней диагностики онкоурологических заболеваний в течение 5 лет в несколько раз увеличился поток больных, нужда-

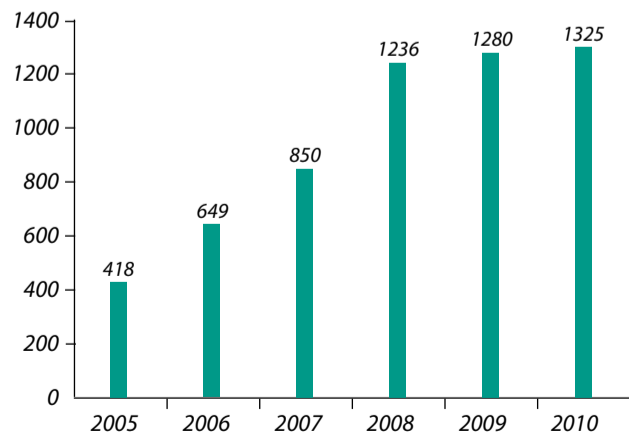


Рис. 2. Количество больных с установленным диагнозом «рак простаты» (ГБУЗ СОКБ № 1)

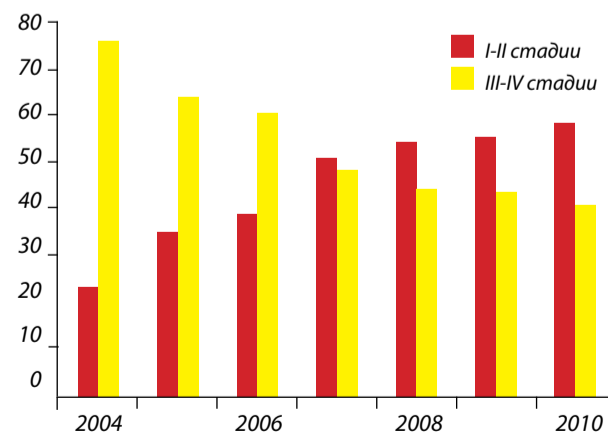
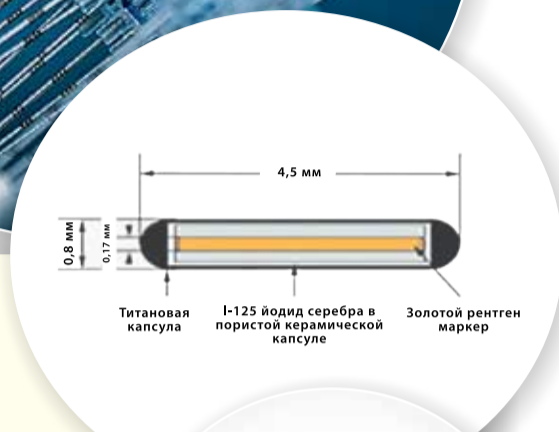
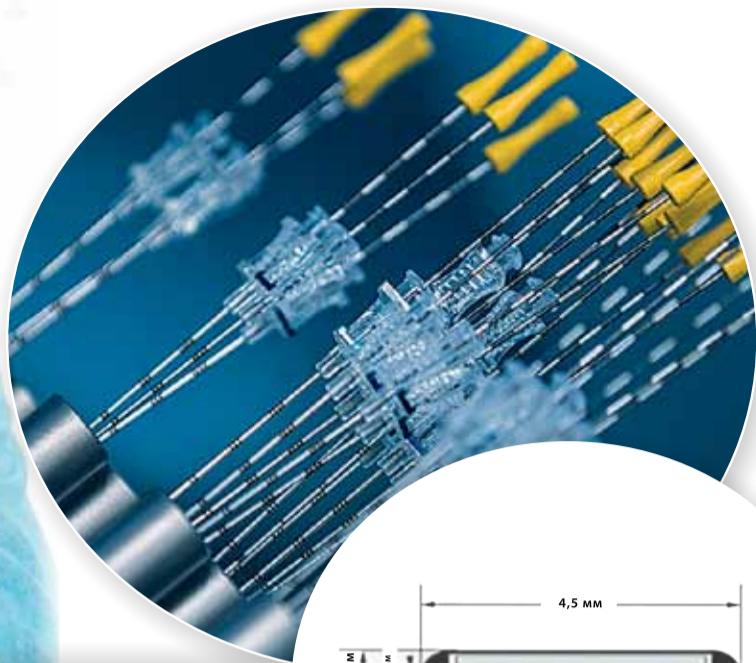


Рис. 3. Выявляемость рака простаты по стадиям заболевания (ГБУЗ СОКБ № 1)



БРАХИТЕРАПИЯ

СОВРЕМЕННО И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНО
МАЛОИНВАЗИВНО И ЭФФЕКТИВНО

БРАХИТЕРАПИЯ рака предстательной железы – внутритканевая лучевая терапия – имплантация микроисточников радиоактивного излучения на основе I-125 непосредственно внутрь пораженного органа.

БРАХИТЕРАПИЯ:

↗ ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

- реальная альтернатива хирургическому вмешательству или наружному облучению
- возможность достижения оптимальной дозы излучения
- отсутствие поражения прилегающих органов и тканей

↗ НИЗКАЯ ТРАВМАТИЧНОСТЬ

- минимальная кровопотеря
- быстрое восстановление
- минимальный процент пациентов с недержанием мочи и ректальными осложнениями
- высокая степень сохранения потенции

↗ ПРИЕМЛЕМОСТЬ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

- лечение пожилых пациентов
- лечение пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями
- сохранение высокого уровня качества жизни пациента

↗ УДОБСТВО

- госпитализация – 1 сутки
- период реабилитации – 3-4 дня

«БЕБИГ» – ВАШ НАДЕЖНЫЙ ПОСТАВЩИК

- Поставляем все необходимое оборудование, программное обеспечение, микроисточники I-125 и расходные материалы для проведения брахитерапии.
- Берем на себя обучение ваших специалистов как у отечественных, так и зарубежных экспертов.



Перспективы развития в РФ дистанционной и симуляционной форм обучения

Стратегия совершенствования системы профессионального медицинского образования – это поиск адекватных механизмов подготовки и переподготовки кадров с целью повышения их квалификации.



Сведения об авторе:

П.В. Глыбочко, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАМН, ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, главный внештатный специалист по медицинскому образованию Минздрава РФ

Необходимость срочных изменений действующей системы послевузовского и дополнительного профессионального образования объясняется тем, что:

- 1) профессиональное образование в настоящее время зачастую носит «догоняющий» характер по отношению к потребностям здравоохранения в условиях модернизации;
- 2) деятельность образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования осуществляется в условиях, с одной стороны, изменяющейся законодательной базы, с дру-

гой стороны, – в отсутствие завершенных системообразующих подходов к ней;

3) в системе профессионального медицинского образования до сих пор не сформированы принципы, определяющие мотивацию врача-специалиста к повышению квалификации, отсутствует система квалификационных траекторий профессионального роста. В настоящее время обучение на послевузовском этапе зачастую носит формальный характер и никак не мотивирует участников процесса к постоянному совершенствованию. Действующая система аттестации, перенесенная для получения врачебных категорий в Москву, вынуждает специалистов тратить на проезд денег гораздо больше, чем получать в качестве материального стимула после ее прохождения;

4) отсутствует унифицированная модель оценки качества профессионального медицинского образования с учетом критериев подготовки на послевузовском этапе как в интернатуре и ординатуре, так и на этапах действующего ДПО. У нас нет четкого понимания профессиональных компетенций, которые специалист должен приобрести на различных этапах послевузовского обучения и профподготовки;

5) существует дефицит преподавательских кадров необходимой квалификации в системе высшего профессионального медицинского образования. Из-за отсутствия кадрового резерва на кафедрах невозможно обеспечить надлежащий уровень преподавания. Так, профессиональный ценз преподавате-

лей на кафедрах послевузовской подготовки, на наш взгляд, должен быть гораздо выше, чем на кафедрах додипломного этапа. Необходимо вернуть норму для преподавателей на послевузовском этапе обучения – наличие опыта клинической работы не менее 10 лет.

Нормативными предпосылками создания системы непрерывного медицинского образования являются «инаугурационные» указы президента РФ от 07.05.2012 г. (№ 606 «О мерах по реализации демографической политики РФ» и № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»), ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и ФЗ № 273 «Об образовании в РФ» (включая и медицинское образование).

«Необходимым условием для формирования инновационной экономики является модернизация системы образования», – так определил задачу В.В. Путин.

В связи с этим мы приступили к формированию системы непрерывного медицинского образования (НМО). Первый документ, появившийся в нашей стране, – это концепция НМО, которая активно обсуждалась в 2013 г. на расширенном совете ректоров с приглашением специалистов Учебно-методического объединения (УМО) по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России, представителей межведомственных рабочих групп РАМН и была одобрена министром здравоохранения РФ В.И. Скворцовой.

Концепция включает две генеральные стратегии:





Рис. 1. Модель подготовки врачей в Германии

- обеспечение постоянного высокого уровня профессиональной компетенции для врачей всех специальностей и всех уровней – от столичных учреждений до сельских больниц;
- сохранение и развитие лучшего отечественного и зарубежного опыта послевузовского обучения специалистов с целью повышения качества профессионального развития и оказания качественной медицинской помощи.

Действующая система дополнительного профобразования не соответствует современному уровню развития здравоохранения как по форме, так и по содержанию. Сегодня мы отстаем в этом плане от европейских стран в среднем на 10 лет.

В обучении врачей важны как сохранение отечественного опыта, так и гармонизация требований к непрерывному образованию с международными нормами, принятыми в ЕС и США. В связи с этим был изучен опыт Европейского союза медицинских специалистов (UEMS) – в части гармонизации образования, Ассоциации по медобразованию в Европе (AMEE) – в части повышения уровня преподавания, Национального совета медицинских экзаменаторов (NBME) – в части оценки уровня знаний специалистов, Всемирной федерации по медицинскому образованию (WFME) и пр. После глубокого анализа систем НМО во многих странах мира эксперты пришли к заключению, что бли-

же всего к нам европейские модели НМО, в том числе реализуемые в Германии (рис. 1).

Длительность додипломного образования в Германии составляет 6 лет. После прохождения обучения студент сдает выпускной государственный экзамен на так называемую врачебную апробацию. Успешно сдавшие экзамен молодые врачи допускаются к самостоятельной работе в качестве клинических ассистентов под руководством опытных специалистов. После обучения врач может подать заявление на сдачу экзамена на врача-специалиста. В дальнейшем каждые 5 лет врач повышает свою квалификацию, что

подтверждается сертификатом. Сертификат выдает специальный орган, который является субъектом корпоративного права в федеральных землях Германии. В сертификате отражены набранные за 5 лет 250 баллов за участие в мероприятиях по профессиональному усовершенствованию.

Сейчас все чаще в СМИ появляются предложения от наших профессиональных сообществ о необходимости передать им различные функции по организации медицинского профессионального образования. Надо сказать, что в разных европейских странах сертификационным органом является не отдельная общественная организация, а исключительно субъект корпоративного права. У нас сейчас создан прототип такого органа – Координационный совет по развитию НМО, в который входят представители наиболее крупных и авторитетных профессиональных сообществ при участии в качестве сопредседателей заместителя министра здравоохранения РФ И.Н. Каграманяна и президента Национальной медицинской палаты Л.М. Рошаля.

На наш взгляд, мы должны учесть передовой международный опыт и обеспечить именно институциональное взаимодействие органов исполнительной власти (в лице нашего отраслевого министерства и органов управления здравоохра-



Рис. 2. Координационный совет по развитию НМО (как субъект корпоративного права)

нением в субъектах), образовательных учреждений (медицинских вузов), общественных объединений и организаций, уставной деятельностью которых являются обсуждаемые цели. При этом координирующая роль в системе должна сохраняться за Министерством здравоохранения РФ.

Ключевыми задачами, которые мы должны решить для реализации концепции, предлагаем считать:

- оптимизацию структуры, объемов и форм организации профессиональной подготовки;
- разработку и внедрение системы накопительных кредитов на основе модульной организации образовательного процесса в системе квалификационного профессионального роста;
- совершенствование оценки профессиональной квалификации специалистов (профессиональной аккредитации и сертификации).

В настоящее время в соответствии с приказом № 210н от 23.04.2009 г. «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ» принята тройственная градация специальностей: специальность, полученная в вузе (9), основная специальность (34) и специальность, требующая дополнительной подготовки (210).

С одной стороны, мы видим, что существует неоправданно большое количество основных специальностей и специальностей, требующих определенной подготовки. С другой стороны, основой для преподавания по программам послевузовского и дополнительного профессионального образования в настоящее время являются образовательные стандарты по специальностям, которые были разработаны еще в 2000–2001 гг. и в настоящее время не соответствуют требованиям современной подготовки специалиста.

Плохо то, что образовательные стандарты для нас готовят не наши коллеги, которые являются врачами и знают специфику медицинского образования, а совсем другие службы (выигравшие конкурсы). Из этого

следует, что действующие стандарты профессиональной подготовки и переподготовки врачей должны быть пересмотрены компетентными специалистами.

Мировой опыт показывает, что ни в одной стране мира (тем более в развитых государствах Европы) не существует такого количества специальностей. Например, в Германии существует 14 врачебных специальностей, в Великобритании – 16 (в среднем по странам Европы – 17).

Существующая в настоящее время номенклатура специальностей неоправданно увеличивает затратную часть подготовки специалиста и практически не может обеспечить непрерывность профессионального образования.

В связи с этим мы должны пересмотреть действующую номенклатуру специальностей с учетом отсутствия, с одной стороны, дублирования, с другой стороны, выработки понятных позиций по объему подготовки по специальностям, ко-



ния как важной формы образования для формирования непрерывности обучения мы должны внедрить и использовать дистанционные образовательные технологии.

бований к электронным образовательным модулям. Создана электронная образовательная среда. При поддержке Минздрава стартовал проект создания федерального центра электронного медицинского образования и федеральной электронной медицинской библиотеки. Сейчас она интегрируется в автоматизированные рабочие места врачей-специалистов в субъектах РФ. Это позволит получить доступ к мировым базам данных, российским электронным образовательным ресурсам. Ее работа обеспечит предоставление любой профессиональной информации для каждого врача: от сельского доктора до специалиста ведущей клиники.

Оптимизация образовательного процесса НМО должна базироваться на свободном выборе врачом-специалистом формы, длительности и места подготовки. В настоящее время Координационным советом по НМО разработан проект типового регламента накопительной кредитной системы НМО. Важной его особенностью является возможность накопления зачетных единиц за счет не только аудиторных учебных часов, но и участия в образовательных мероприятиях, проводимых медицинскими профессиональными объединениями и ассоциациями.

Важно обозначить еще один краеугольный камень системы НМО – применение симуляционных технологий. В большинстве развитых стран симуляционные тренинги включены в обязательную программу обучения врачей всех специальностей. Зарубежные исследователи доказали, что использование этих технологий позволяет уменьшить количество врачебных ошибок, сократить продолжительность лечения, летальность при оказании экстренной помощи, число инфекционных осложнений.

Сейчас Минздрав РФ делает многое для создания симуляционных центров на территории РФ. Объективно существует необходимость



Рис. 3. Реализация первой базовой задачи новой системы НМО

которые могут быть перенесены в систему профподготовки с введением профессиональных (квалификационных) допусков к видам деятельности.

С вступлением в действие закона «Об образовании в РФ» и закреплением электронного обуче-

В рамках создаваемой системы нам необходимо обеспечить врачу-специалисту максимальный доступ к информации в максимально удобное время для его рабочего графика и без отрыва от рабочего места. Это одна из главных и принципиальных задач, которую мы должны решить в формируемой системе НМО.

Мы регулярно анализируем международный опыт дистанционного и онлайн-образования на послевузовском этапе подготовки. По данным исследователей колледжей и университетов США, за последние 10 лет доля онлайн-образования врачей-специалистов увеличилась до 30%. Данными российской официальной статистики в настоящее время мы не располагаем. А по сведениям, полученным из Министерства образования и науки РФ, дистанционные технологии на этапе послевузовской подготовки составляют менее 1%.

Реализуя пилотный проект системы НМО, мы уже завершили работу по формированию макета и тре-



СИМУЛЯТОРЫ SIMBIONIX

- эффективность обучения доказана многочисленными клиническими исследованиями
- отработка важнейших навыков малоинвазивных вмешательств
- возможность проведения полной операции на симуляторе с помощью реальных медицинских инструментов
- практичность в использовании
- планирование индивидуального курса обучения



За дополнительной информацией о симуляторах обращайтесь:

Официальный дистрибьютор симуляторов компании
Symbionix Ltd. в России
ООО «Джонсон&Джонсон»

Россия, 121614, Москва, ул. Крылатская, д. 17, корп. 3
Тел.: +7 (495) 580 77 77 Факс: +7 (495) 580 78 78

www.symbionix.com, www.symbionix.ru

SymbionixTM



унификации подходов к их созданию и функционированию. В формате «пре-конференс» проводятся серии мастер-классов ведущих университетов мира по использованию симуляционных технологий. У нас появилась возможность применять их на базе учебной виртуальной клиники Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ, на площадке симуляционного тренинг-центра учебного центра врачебной практики «Praxi Medica», обеспечивающего подготовку хирургов в режиме онлайн. Мы представили нашим коллегам один из образовательных модулей – концептуально новую систему подготовки в области эндохирургии. Предлагаемая система определяет поэтапную многоуровневую аттестацию специалистов, начиная с 3D-визуализации, отработку навыков на виртуальных стимуляторах и тренажерах, эндоскопию на нативных тканях, затем эксперименты на животных. И только после успешного освоения этих этапов специалист сможет получить допуск в операционную к больному. Сейчас при поддержке Минздрава также стартует пилотный проект, предусматривающий сертификационные экзамены для врачей хирургического профиля. Их аттестация будет проходить в условиях симуля-

ционного тренинг-центра. Мы убеждены, что это обеспечит не только высокое качество подготовки врачей-специалистов, но и безопасность пациентов.

В настоящее время нами разрабатывается проект типового регламента накопительно-кредитной системы непрерывного профессионального медицинского образования. Ее важной особенностью является возможность накопления зачетных единиц (кредитов) не только за счет аудиторных учебных часов, как это принято сейчас. Это могут быть и участие в образовательных мероприятиях, проводимых медицинскими профессиональными объединениями и ассоциациями, различные виды теоретической и профессиональной подготовки (участие в публикациях, разработке и внедрении новых способов диагностики и лечения, отработка навыков в симуляционном центре и т.д.).

Зная неоднородность профессиональных объединений по специальностям (так, по специальности «Урология» существует 4 профессиональных объединения), аккредитацию для этих целей должны получать те из них, чья уставная деятельность включает послевузовское образование.

Рабочей группой УМО по медицинскому и фармацевтическому об-

разованию вузов России был разработан проект перечня учитываемых мероприятий в рамках системы накопительных кредитов. Нами была рассчитана накопительная сумма баллов-кредитов, которую необходимо набрать специалисту в межсертификационный период или при получении новой профессиональной квалификации.

Новые принципы профессионального обучения, основанные на накопительных кредитно-модульных подходах, позволят значительно сократить время подготовки специалиста за счет быстрого и продуктивного набора «летних часов». Мы понимаем, что это может быть пока незначительный опыт, но создание подобной системы в масштабах нашей страны обеспечит экономическую эффективность и улучшит результаты лечения пациентов.

Решение вопросов ресертификации, получения дополнительной квалификации, аттестации специа-

лизации. Наша задача – создать преемственную и открытую образовательную среду. Ее основными компонентами должны стать модульный контент как для очных занятий, которые должны быть сокращены по объему, так и для дистанционных образовательных составляющих. Для реализации этих подходов нам необходимо обеспечить соответствующую инфраструктуру на местах. Это и оснащение компьютерами рабочих мест врачей, и доступ к сети Интернет, образовательным порталам, мировым базам данных. Мы не должны забывать, что ключевым участником новой системы НМО, формирующим качество профессионального образования, остается педагог. Мы должны обеспечить новую систему переподготовки и повышение квалификации преподавателей высшей школы. В составе консорциума российских и европейских университетов в течение последних 3-х лет была разработана

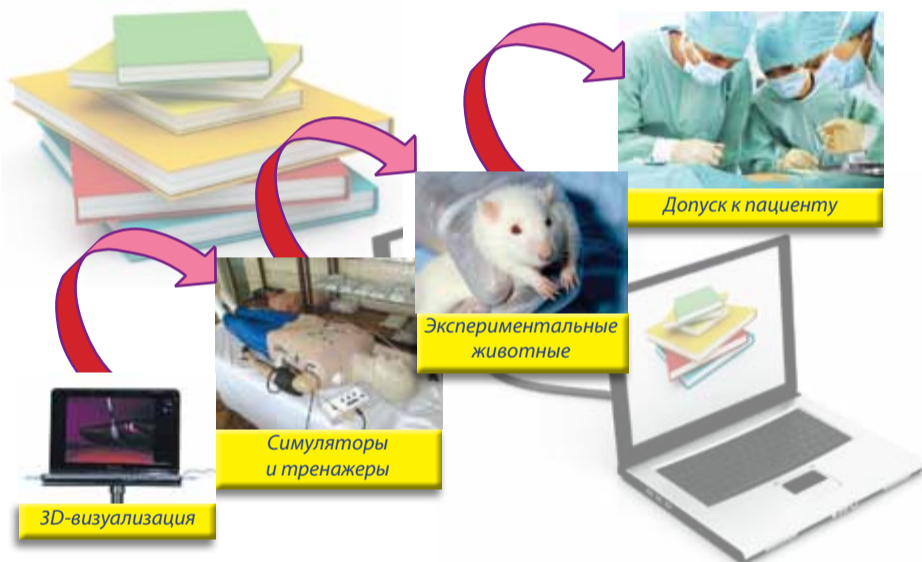


Рис. 5. Концептуально новая многоуровневая и многоэтапная система подготовки и аттестации

листов требует также и новых принципов организации образовательного процесса. С одной стороны, врач должен сочетать учебу с профессиональной деятельностью, с другой стороны, мы должны предложить наиболее гибкую и прозрачную систему накопления нужного количества зачетных единиц-кредитов, обеспечить необходимый уровень владения практическими навыками. И здесь на первый план должен выйти модульный принцип организации образовательной траектории. Следует переработать основные профессиональные образовательные программы по специальностям с учетом порядков и стандартов оказания соответствующих видов помощи, представить их в модульном формате. Куррикулярные (образовательные) программы должны соответствовать клиническим рекомендациям, большую часть из которых предстоит разработать совместно медицинским вузам и профессиональным сообществам.

При внедрении модульного принципа также необходимо предусмотреть сетевые возможности его ре-

программа (или проект) Tempus IV – система обучения в течение жизни преподавателей медицинских вузов. Совместными усилиями медицинских вузов, профессиональных организаций, при поддержке координаций министерств мы сможем создать ключевые механизмы работы системы НМО:

- предоставление доступа врачам-специалистам к актуальной профессиональной информации;
- возможность постоянного повышения качества их подготовки с использованием новых образовательных технологий;
- создание условий для повышения качества медицинской помощи и максимальной безопасности пациентов.

Редакция благодарит организаторов IV Международной конференции «Инновационные обучающие технологии в медицине – 2013» и II съезда Российского общества симуляционного обучения в медицине «РОСОМЕД-2013» за помощь в подготовке материала



Рис. 4. Второй базовый принцип новой системы НМО



КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ЦЕНТРОВ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ



УЧЕБНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

Анатомические и биологические модели
Модели патологий
Модели для обучения пациентов
Тренажеры, манекены и симуляционные модели для отработки практических умений (врачебных и сестринских):

- сердечно-легочная реанимация
- первая помощь при травмах и кровотечениях
- физикальное обследование
- хирургические манипуляции
- инвазивные процедуры
- родовспоможение
- уход за больными
- ультразвуковая диагностика



Расходные материалы и медицинские инструменты для симуляционного оборудования

УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

- наглядные пособия (плакаты и атласы)
- мультимедийные материалы
- виртуальные пациенты



МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ



Преимущества работы с компанией «ГЭОТАР Медицинские учебные пособия»

- Гарантированное качество продукции и технического оснащения
- Индивидуальный подход к каждому клиенту и ориентацию на долгосрочное сотрудничество
- Гибкая система ценообразования
- Комплексный подход к оснащению симуляционных центров, кафедр, медицинских колледжей, ЛПУ
- Установка высокотехнологического учебного оборудования квалифицированными специалистами
- Обучение преподавателей и сотрудников в ведущих мировых симуляционных центрах
- Возможность поставки, моделей и тренажеров, учебных плакатов, учебно-методических материалов и мультимедийных компьютерных программ, необходимых для формирования у студентов, интернов, ординаторов, врачей и медицинских сестер практических умений в соответствии с образовательными стандартами, учебными планами и программами

КОМПАНИИ-ПРОИЗВОДИТЕЛИ



Сампрост – достойный вклад фармацевтики в мужское здоровье

Препарат Сампрост оказывает клиническое действие на предстательную железу, половую систему, сексуальную функцию и здоровье мужчин в целом, что обусловлено в первую очередь наличием биологически активных компонентов из натуральной живой ткани с оригинальной комбинацией действующих веществ, входящих в состав препарата.

Половая дисфункция занимает лидирующие позиции среди заболеваний мочеполовой системы, причем половые и репродуктивные нарушения, как правило, звенья одной цепи. Особенно актуальной эта проблема становится для мужчин после 40 лет. Для ее решения необходимы препараты как лечебной, так и профилактической направленности, которые бы содержали натуральные биологически активные вещества и минимальное количество синтетических составных компонентов.

Открытое исследование действия препарата Сампрост (производства ООО «Самсон-Мед») и его влияния на клинические показатели различной андрологической патологии, а также на функциональные характеристики предстательной железы проводилось в 2012 г. на базе Северо-Западного института андрологии. Интерес, вызвавший проведение исследования клинического действия Сампроста в качестве профилактического и лечебного средства при мужских репродуктивных и сексуальных нарушениях, был обусловлен уже имеющимися положительными результатами его применения в различных медицинских учреждениях урологического профиля, а также многочисленными положительными отзывами пациентов.

Препарат представляет собой комплекс биологически активных полипептидов, получаемых путем экстракции из предстательной железы молодых здоровых телят, достигших половой зрелости. Сампрост относится к классу пептидных биорегуляторов – цитомединов. Они обладают регулирующим действием на уровне специализированных клеточных популяций. Нарушение такой регуляции неизбежно ведет к развитию патологии. Поэтому очевидно, что усиление синтеза цитомединов в самом организме или их введение приведет к ликвидации патологического процесса и восстановлению утраченных функций.

Сампрост применялся у 53 пациентов в возрасте от 22 до 67 лет, которые были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 29 пациентов, страдающих хроническим простатитом различного генеза (застойный простатит, хламидийный, уреамикоплазматический и др.) с эректиль-

ными нарушениями, укорочением полового акта, снижением кровенаполнения кавернозных тел при эрекции, «смазанным» оргазмом и пр. У этой группы пациентов были исключены врожденные дефекты органов мочеполовой системы, которые обусловили бы нарушение потенции.

Во 2-ю группу вошли 13 пациентов с компенсаторной и субкомпенсаторной стадиями доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

В 3-ю (профилактическую) группу вошли 11 пациентов без каких-либо жалоб, получающих ежегодно курс препарата для физиологической активизации сексуальной деятельности после ранее проведенной антибактериальной терапии разнообразной скрытой инфекции простаты.

Сведения об авторах: В.Е. Мирский, д.м.н., профессор, директор, С.В. Рущук, д.м.н., профессор, завкафедрой, замдиректора по лечебной работе (кафедра репродуктологии и андрологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, НИУ «Северо-Западный институт андрологии», Санкт-Петербург)

тивности. У пациентов с диагностированным ранее простатитом и существующим длительным болевым синдромом отмечались выраженное снижение дискомфорта и уменьшение болей в области промежности и пояснично-крестцового отдела позвоночника. Такой динамики у пациентов контрольной группы с той же симптоматикой при проведении

лирующее влияние на половую систему мужчины.

- Поскольку возрастной диапазон пациентов при приеме Сампроста может варьировать в достаточно широких пределах, роль препарата в профилактике и комплексной терапии у мужчин с андрологической патологией в возрасте от 30 до 70 лет значительно возрастает.
 - Препарат Сампрост может применяться в комплексной терапии у пациентов с некоторыми разновидностями андрологической патологии (особенно с хроническими простатитами и эректильной дисфункцией). Препарат заметно улучшает общее состояние пациентов, явно сокращает процесс выздоровления и положительно влияет на эректильную активность и либидо.
 - Благодаря органотропному действию препарата на простату отмечено уменьшение степени отека и лейкоцитарной инфильтрации предстательной железы при воспалении: при взятии анализа секрета предстательной железы наблюдались нормализация секреторной функции эпителиальных клеток, увеличение числа лецитиновых зерен в секрете ацинусов. Отмечен стимулирующий эффект препарата на мышечный тонус мочевого пузыря.
 - При исследованиях крови отмечены уменьшение тромбообразования и появление антиагрегантной активности, препятствующей развитию тромбоза венул в предстательной железе.
- Таким образом, показаниями для применения Сампроста являются:
- возрастные нарушения функции предстательной железы;
 - расстройства акта мочеиспускания;
 - интероцептивная копулятивная дисфункция;
 - экскреторно-токсическое бесплодие;
 - состояние после оперативных вмешательств на органах малого таза.

Способы применения и дозы

Начальная терапевтическая доза – 5 мг 1 раз в сутки внутримышечно (растворяют препарат в 2,0 мл раствора натрия хлорида 0,9% либо 0,5% раствора новокаина) в течение 5 дней. Повторный курс рекомендован через 3–4 месяца с увеличением дозы до 10 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней.

Сампрост относится к классу пептидных биорегуляторов – цитомединов. Они обладают регулирующим действием на уровне специализированных клеточных популяций.

Кроме этого, сформировалась контрольная группа – 32 пациента того же возраста, которым Сампрост не назначался. В нее вошли 19 пациентов с хроническим простатитом, основным проявлением которого была эректильная дисфункция. С диагнозом «доброкачественная гиперплазия предстательной железы» были 4 пациента, 9 пациентов получали профилактический курс, не имея каких-либо жалоб.

После приема препарата Сампрост пациенты всех трех групп ощущали улучшение общего состояния: повышение жизненного тонуса, хорошее настроение. В различной степени отмечалось улучшение либидо и эрекции в 1-й и 3-й группах. Во 2-й группе пациентов ни на одном из этапов лечения существенных изменений в мочеполовой системе после применения препарата не наблюдалось. Побочных эффектов также зафиксировано не было.

На втором этапе лечения с применением препарата Сампрост у пациентов 1-й и 3-й групп отмечалась явная положительная динамика общего настроения и сексуальной ак-

обычной терапии отмечено не было. В отличие от пациентов контрольной группы пациенты 1-й группы отмечали после курса терапии усиление утренних эрекций. Из 29 пациентов 1-й группы 8 отметили улучшение оргазмических ощущений. «Смазанный» оргазм стал более полным и выраженным.

При сравнении пациентов с эректильной дисфункцией и контрольной группы различие в результатах лечения между ними было незначительным. Однако отмечены явные положительные результаты после применения Сампроста при сочетании у пациентов эректильной дисфункции и хронического простатита.

Побочных эффектов – аллергических и анафилактических реакций после приема Сампроста не наблюдалось. Токсичностью и пирогенностью препарат не обладает.

Клиническое действие препарата

- Препарат Сампрост, обладая хорошей переносимостью, является не только эффективным средством профилактической и вспомогательной терапии, но и оказывает стиму-

САМПРОСТ

ПЕПТИДНЫЙ
БИОРЕГУЛЯТОР



Лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного введения 5 мг

САМПРОСТ® представляет собой комплекс биологически активных водорастворимых пептидов предстательной железы^[1].

САМПРОСТ® показан к применению для лечения хронического простатита и возможных осложнений после операций на предстательной железе:

- способствует уменьшению отека, лейкоцитарной инфильтрации и тромбоза венул предстательной железы
- нормализует секреторную функцию эпителиальных клеток
- увеличивает количество лецитиновых зерен в секрете ацинусов
- стимулирует мышечный тонус мочевого пузыря
- уменьшает тромбообразование, обладает антиагрегантной активностью

САМПРОСТ® - наиболее изученный препарат с направленным органотропным действием на простату. Эффективность и безопасность препарата **САМПРОСТ®** в терапии хронического простатита подтверждается успешным клиническим опытом^[1].

В течение 15 лет клинической практики терапию препаратом САМПРОСТ® получили более 200 000 пациентов^[3]

Доказана патогенетическая эффективность применения курсового лечения препаратом **САМПРОСТ®** в периоде реабилитации после оперативного лечения простаты^[5,6]. Изучена эффективность препарата у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы на ранних стадиях болезни, когда нарушение функции обусловлено дисрегуляторными процессами.

Удобная и ПРОСТАЯ схема назначения препарата **САМПРОСТ®** гарантирует более высокий процент выполнения назначений врача и полного курса терапии.^[2]

Выполнение назначений пациентами в зависимости от сложности схемы терапии^[2]
Зависимость Шкалы степеней Твердости Эрекции (ШТЭ) от комплаентности терапии^[4]



ЭФФЕКТ ТЕРАПИИ – ПРОСТО ДИСЦИПЛИНА НАЗНАЧЕНИЙ!

САМПРОСТ® показан в первой линии терапии у пациентов с хроническим простатитом и наличием сопутствующей патологии (воспаление слизистой прямой кишки, геморрой, анальные трещины и пр.)^[6].

1. Смирнов В. А. Лекарственная терапия хронического простатита // Фарминдекс Практик № 10, 2006.

2. Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д., Фофанова Т.В. Повышение приверженности к терапии. Москва, ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, 2011.

3. Статистические данные отдела производства ООО «Самсон-Мед»

4. Mulhall J et al. Validation of the Erection Hardness Score. J Sexmed 2007; 4; 126-1634.

5. Инструкция по медицинскому применению препарата САМПРОСТ®.

6. Попков В. М. к. м. н. Клинико-диагностическое значение изменений толстой кишки при хроническом простатите. Саратов: ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, 2010.

Современные тенденции в лечении острого инфаркта миокарда

Многие годы в нашей стране интервенционная кардиология была развита недостаточно, но сейчас ситуация значительно улучшилась. В настоящее время в Москве имеются все возможности провести больным, страдающим хроническими заболеваниями сердца, реперфузию (стентирование) и прямую реваскуляризацию миокарда (аортокоронарное шунтирование, АКШ).

Благодаря консолидированным действиям специалистов в муниципальных, федеральных, ведомственных и коммерческих учреждениях столицы в год из необходимых 17 250 процедур стентирования выполняется 16 451 (95,4% от существующей потребности), т. е. при обращении в учреждение данный вид помощи получают у нас практически все нуждающиеся в ней пациенты.

Что касается АКШ, то здесь ситуация у нас несколько хуже. В год из необходимых 8 050 операций выполняется 5 440 (67,6% от существующей потребности).

В Москве на 2013 г. проживало 11 514 330 человек. Потребность больных в стентировании и АКШ мы рассчитали следующим образом: примерно 700 операций прямой реваскуляризации миокарда и 1 500 ангиопластик на 1 млн населения (в США этот показатель доходит до 3 тыс.). Реальное обеспечение этими видами вмешательств у нас приближается к европейским показателям.

Как обстоят дела с реперфузионной терапией у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ)?

В 2012 г. в Москве было зарегистрировано 23 280 случаев ОИМ. Имеются в виду все инфаркты, в т. ч. с подъемом сегмента ST (ОИМ-ST). Умерли 4 232 (18,1%) пациента. Ангиопластика выполнена 3 314 (14,2%), а догоспитальный тромболизис проведен 1 360 (5,9%) больным.

Принципы лечения ОИМ изложены в переведенных на русский язык рекомендациях Американского колледжа кардиологов (American College of Cardiology, ACC) и Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC). Но в условиях мегаполиса, такого как Москва,



Сведения об авторе:

Д.Г. Иоселиани, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, главный специалист по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения Департамента здравоохранения г. Москвы, заслуженный деятель науки РФ, директор НПЦ интервенционной кардиологии (Москва)

нам приходится, используя свои подходы и возможности, учитывать определенные обстоятельства и несколько менять тактику оказания медицинской помощи, в том числе и относительно эндоваскулярных процедур (ЭВП).

Мы нередко сталкиваемся с тем, что больной с ОИМ поступает в стационар минимум через 1,5–2 часа после обращения в службу «03», а иногда и значительно позже. Немало времени также бывает упущено и потому, что пациент или его окружающие не сразу вызывают скорую помощь. Так как в Москве путь больного от дома до больницы очень долгий, то необходимо обеспечить больному с ОИМ проведение системного тромболизиса (ТЛ) на догоспитальном этапе.

Представлю также данные по количеству больных с ОИМ, пролеченных (в т. ч. с использованием высоких технологий) в НПЦ интервенционной кардиоангиологии (Москва).

Нами оказана помощь 111 599 пациентам с ОИМ (летальность 3,1%). 8 897 человек прошли коронароангиографическое исследование (КАГ), 7 270 больным проведена эндоваскулярная реперфузионная терапия (ЭВП). 4 960 пациентам помощь была оказана в первые 6 часов (летальность составила менее 1%). Такая обширная практика позволяет нам давать собственные рекомендации коллегам – интервенционным кардиологам.

Лечение ОИМ – это комплексный, многокомпонентный процесс, включающий в себя комбинированную медикаментозную терапию, реперфузию миокарда, физическую и психическую реабилитацию, вторичную профилактику. Поэтому нам необходимо выработать единую тактику ведения этих больных. К сожалению, пока в нашей стране таковая отсутствует. И некоторые консервативные кардиологи сомневаются в крайней необходимости ранней реперфузионной терапии ургентных больных ОИМ. Чтобы досконально изучить этот вопрос, мы организовали собственное исследование, которое позволило нам дать сравнительную оценку госпитального течения и дальнейшего прогноза при Q-образующем ОИМ.

Первую группу составили больные, которым в первые 6 часов была выполнена эндоваскулярная реперфузия миокарда (n=529), а вторую – больные, получавшие только консервативную (медикаментозную) терапию (n=335). В остальном тактика лечения этих двух групп больных существенно не отличалась.

Причинами невозможности выполнения диагностических и лечебных эндоваскулярных процедур служили:

- непереносимость препаратов, содержащих йод;
- отказ больных от ЭВП (не знает об этих методах лечения, другие мотивы);
- поступление в стационар в срок более чем через 6 часов от начала заболевания;
- отсутствие в клинике дежурной ангиографической бригады специалистов (отпускной период, праздники), неисправность ангиографического аппарата.

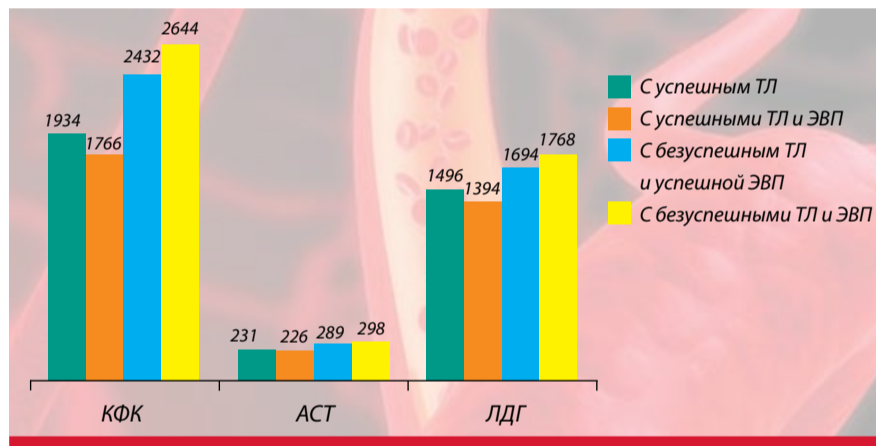


Рис. 1. Уровень ферментов в крови у изученных групп больных ОИМ с подъемом сегмента ST

Результаты лечения на госпитальном этапе в изученных группах были следующими: по всем показателям, которые можно считать критериями оценки лечебного процесса, состояние больных, получивших эндоваскулярную терапию, отличалось в лучшую сторону. Так, рецидивы ОИМ (нефатальные) у них были достоверно реже, меньше выражена сердечная недостаточность, значительно ниже была летальность.

Возможные пути дальнейшего улучшения результатов реперфузионной терапии при Q-образующем ОИМ: первый – сокращение времени, прошедшего от возникновения ангинозного статуса до восстановления кровотока в инфаркт-ответственной артерии (ИОА) при помощи проведения ТЛ на догоспитальном этапе,

а также диагностических и лечебных ЭВП; второй – борьба с реперфузионным повреждением миокарда в области критической ишемии (применение цитопротекторов). Ведь мы знаем, что реперфузионная терапия, которая в целом приносит хорошие результаты, в то же время имеет побочное явление – реперфузионное повреждение миокарда. Мы применяем метаболические кардиоцитопротекторы (вводим их внутрикороноарно), тем самым стараюсь максимально ограничить зону этого повреждения.

Что дает нам сочетание догоспитального ТЛ и ЭВП? На эту старую проблему существует новый взгляд. Некоторые кардиологи, возможно, подзабыли, что системный ТЛ, проводимый на догоспитальном этапе, по-

зволяет достичь наиболее ранней реперфузии миокарда. Он должен проводиться у постели больного в ближайшие минуты, как только бригада скорой помощи приехала к больному. На сегодняшний день это наиболее быстрый метод восстановления коронарного кровоснабжения.

Ургентная селективная КАГ и ЭВП, в свою очередь, позволяют:

- оценить состояние коронарного русла и верифицировать результаты догоспитального ТЛ;
- восстановить кровоток в ИОА в случае неэффективности догоспитального ТЛ;
- устранить остаточный стеноз в ИОА (в случае успешного догоспитального ТЛ и при наличии значительного «резидуального» стеноза), а также по показаниям – и в других коронарных артериях (это самый дискуссионный вопрос).

Сопоставление данных селективной КАГ и электрокардиографии у больных ОИМ с подъемом сегмента ST (ОИМ-ST) относительно эффективности ТЛ и состояния ИОА показало, что в 17,1% случаев мы имеем ложноположительный результат оценки ЭКГ (исследование как будто бы показывает, что сосуд закрыт после ТЛ, а на самом деле он открыт). К сожалению, в 36,9% случаев бывает и наоборот (ложноотрицательный результат оценки ЭКГ): на самом деле сосуд закрыт, а ЭКГ показывала обратное.

Таблица 1. Осложнения при проведении догоспитального тромболитика (ТЛ)

На догоспитальном этапе	На госпитальном этапе
Кровотечение – 0%	Разрыв сердца – 1,5%
Аллергические реакции – 0,3%	Геморрагический инсульт – 1,1%
Гипотония – 21% (в основном после использования стрептокиназы)	Кровотечения: • желудочно-кишечные – 1,2% • в области пункции артерии – 2,8% • другие области – 3,5% (необходимость гемотрансфузии – 0,9%)
Сложные нарушения ритма – 2,8%	Аллергические реакции – 2,1%
	Серьезные нарушения ритма – 2,1%





Следовательно, независимо от того, выполнен системный ТЛ или нет и каковы его клинические результаты, если есть такая возможность, обязательно надо проводить ургентную КАГ. В случае неэффективности догоспитального ТЛ это дает нам возможность восстановить кровотоки в ИОА. Таким образом, мы обязательно должны сочетать ТЛ и ЭВГ.

Приведу данные о догоспитальном ТЛ у больных с ОИМ в НПЦИК. С 2001 г. догоспитальный ТЛ у нас получили 1 748 больных ОИМ с подъемом сегмента ST. Из них у 1 494 (85,5%) на госпитальном этапе лечения были выполнены селективная КАГ и левая венгерулография: у 1 169 (79,2%) пациентов – ургентная ангиопластика ИОА (у 173 (11,6%) пациентов – она же в более поздние сроки). В основном это те больные, у которых ТЛ был успешным, и сужение сосудов – некротическим.

Время, прошедшее от начала ангинозного приступа до выполнения системного ТЛ, составило в среднем 114,8±25,8 минуты. Это говорит о том, что больной либо поздно вызвал скорую, либо бригада не смогла вовремя доехать из-за затрудненного движения на дорогах столицы. Такое долгое время – серьезный показатель. Клиницисты и работники службы скорой помощи должны делать все, чтобы данный показатель снизился до 30–40 минут. В этом случае догоспитальный ТЛ будет более эффективным. Осложнений при догоспитальном ТЛ мы получили немного (табл. 1).

Имеется достоверная зависимость между тем, открылся сосуд или нет, и временем, когда начата тромботическая терапия. Если прошло менее 90 минут от начала заболевания, то эффективность ТЛ будет составлять 70–80%, если более 90 минут, то 50–60%. От времени выполнения ТЛ и эффективности процедуры во многом зависит функциональная способность левого желудочка у больных ОИМ.

Много полезных данных, характеризующих обширность поражения миокарда при ОИМ, дает исследование уровня ферментов крови пациента (рис. 1).

Всем нашим пациентам в течение 90 минут от поступления в кли-

нику выполняли успешную ангиопластику ИОА. Непосредственно после достижения реканализации ИОА и перед ангиопластикой посредством микрокатетера мы вводили внутрикранарно 2 г фосфокреатина или 200 мг мексикора, разведенного в 100 мл физиологического раствора (с объемной скоростью 1,4 мл/сек). Исходно (через 12 и 24 часа) выполнялся анализ крови на маркеры поврежде-

ния кардиомиоцитов (тропонин I, миоглобин). Осуществлялось динамическое наблюдение за клиническим состоянием пациента и функцией левого желудочка. На 10-е сутки проводилась контрольная левая венгерулография. Оценивались клинико-ангиографические среднеточдаленные результаты. Борьба с реперфузионным повреждением миокарда после восстановления кровотока в ИОА осуществлялась

посредством применения цитопротекторов. Раннее внутрикранарное их введение благотворно влияет на клиническое течение и функцию миокарда в ближайшем и отдаленном периодах, по всей вероятности, за счет кардиопротективных свойств, предотвращающих гибель части ишемизированного миокарда.

Выводы

Таким образом, представлю основные положения тактики лечения больных ОИМ с подъемом сегмента ST, используемой в Москве и НПЦИК.

Всем больным с ОИМ и подъемом сегмента ST (ОИМ-ST) необходимо выполнять догоспитальный системный ТЛ (за исключением тех, у кого имеются противопоказания к выполнению этой процедуры, или тех, кто находится в шаговой доступности от больницы с 24-часовой ангиографией).

Доставка пациентов должна осуществляться в первую очередь в те стационары, которые имеют возможность выполнения ургентной или плановой КАГ и других ЭВГ.

Показано выполнение всем пациентам с ОИМ с подъемом сегмента ST, доставленным в стационар в первые 6 часов от начала заболевания, селективной КАГ и лечебных ЭВГ (при показаниях).

Тактика реваскуляризации терапии у больных ОИМ с подъемом сегмента ST в первые 6 часов от начала заболевания представлена в виде алгоритма (рис. 2).

В соответствии с принятой в НПЦИК тактикой ангиопластика непосредственно после успешного тромболитика выполняется практически во всех случаях. Исключение составляют случаи, когда:

- резидуальный стеноз ИОА не превышает 50%;
- имеется множественное поражение коронарных артерий с показанием к хирургическому лечению;
- имеется ангиографическая картина массивного неокклюзирующего тромбоза ИОА (в случаях, когда дежурная бригада не готова провести тромбэкстракцию);
- больной поступает в более поздние, нежели 6 часов, сроки от начала заболевания (при отсутствии ангинозных болей).

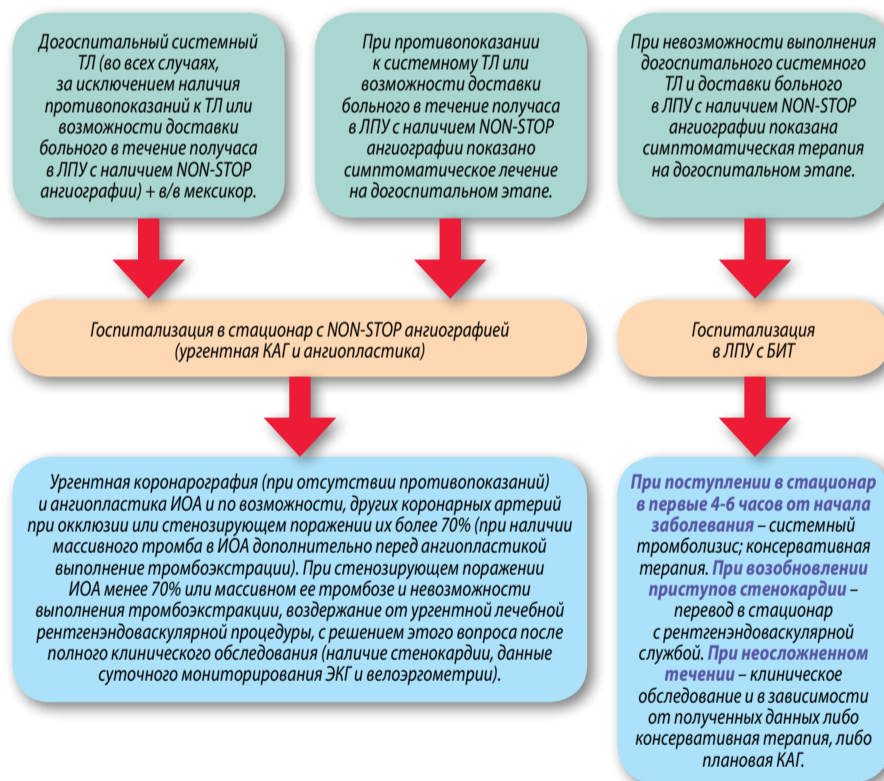


Рис. 2. Тактика реваскуляризации терапии у больных ОИМ с подъемом сегмента ST (первые 6 часов от начала заболевания)



Телемедицина повышает продуктивность работы кардиологов



Телемедицина позволяет уменьшить время проверки эхокардиограммы (ЭхоКГ) с 90 до 5 минут. Это дает возможность кардиологам детской больницы «Эвелина» (Лондон, Великобритания) осмотреть больше пациентов, сэкономяв 1 300 часов в год, и уменьшить время их пребывания под наркозом. В результате продуктивность работы специалистов возрастает на 94%.

Детская больница «Эвелина» обслуживает юго-восточную часть Лондона, а также является региональным специализированным центром детской кардиохирургии, принимающим больных со всего юго-востока Англии. Каждый день через двери учреждения проходит около 300 маленьких пациентов. Ежегодно в больнице лечение получают более 100 тыс. детей, из них 6 тыс. с болезнями сердца. В больнице имеются стационар на 140 коек, отделение интенсивной терапии на 20 коек, шесть операционных и установка для диализа. Благодаря новейшему оборудованию и высочайшему качеству лечения клиника считается одним из лучших в мире кардиологических стационаров, сюда направляются пациенты со всего мира.

Важнейшим средством клинической диагностики в кардиологии является ЭхоКГ: ее использование обязательно для успешного проведения операций. С недавнего времени в операционных больницы начали использоваться технологии видеосотрудничества, разработанные корпорацией Polysom, мировым лидером в области открытых стандартизованных технологий объединенных коммуникаций и совместной работы. Кардиологи теперь могут в режиме реального времени просматривать высококачественные данные эхокардиографии и намного быстрее принимать решения, что по-



зволяет сократить продолжительность операций.

«Наши кардиохирурги делают почти 500 операций в год, – говорит д-р Джон Симпсон, педиатр-кардиолог. – Обеспечить присутствие кардиолога на каждой из них очень не просто. Нам хотелось получить более эффективный способ просмотра данных эхокардиографии из операционных».

Благодаря видеосотрудничеству дежурный кардиолог может во время сложных операций просматривать данные кардиографии по видеосвязи высокой четкости без физического присутствия в операционной. В сочетании с ультразвуковым сканером Philips система Polysom® RealPresence® Group 500 позволяет операторам передавать четкие данные и кардиограммы в формате Full HD на одну из не-

скольких станций врачам в больнице. Кардиолог в реальном времени работает с хирургической бригадой посредством персональной системы видеосотрудничества Polysom®, просматривая по видео те же данные кардиографии, что и хирурги в операционной.

Если старшему кардиологу нужно было в реальном времени увидеть интраоперационные данные эхокардиографии, то ему приходилось переодеваться, мыть руки и просматривать снимки непосредственно в операционной. Новая система позволяет специалисту просматривать интраоперационные снимки и разговаривать с бригадой в операционной, затрачивая на это лишь около 5 минут. Отсутствие необходимости тратить время на подготовку к входу в операционную значительно уменьшило трудозатраты.



МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ

Компания «ОНИС» осуществляет поставки медицинских расходных материалов и оборудования ведущих мировых производителей для инфузионной и дыхательной терапии, реанимации и интенсивной терапии, дезинфекции и стерилизации, гинекологии, урологии и др.

Адрес:
Россия, 105120, Москва,
ул. Н. Сыромятническая,
д. 11, корп. Б, офис 11,
тел/факс (499) 213-02-91,
e-mail onis_ooo@mail.ru

www.onis.biz



- Одноразовое хирургическое белье (комплекты и простыни)
- Перчатки хирургические
- Одежда персонала
- Перевязочные средства



- Системы стерилизации и дезинфекции
- Специальные средства для дезинфекции

- Перевязочные средства
- Системы для активного и пассивного дренажа
- Катетеры Фолея, Нелатона и др.
- Дыхательные контуры, вирусно-бактериальные фильтры
- Трубки эндотрахеальные, трахеостомические; аспирационные катетеры и закрытые аспирационные системы
- Мочеприемники, калоприемники



- Шовные материалы
- Дренажи, дренажные системы,
- Сетки, степлеры для лечения грыж
- Гемостатики



- Перевязочные средства
- Гигиенические средства
- Средства по уходу за пациентами

Меди
Сайн

Расходные материалы медицинского назначения других мировых брендов:



Оборудование для диагностики и лечения гинекологических заболеваний:

- Лечение внутриматочных патологий, недержания мочи у женщин, пролапса

Дезинфекционное оборудование:

- Плазменные стерилизаторы система GLOSAIR
- Оборудование и автоматы для мойки гибких эндоскопов: ADAPTASCOPE; ASPAER

Хирургическое оборудование:

- Ультразвуковой скальпель «Гармоник»
- Электрохирургический коагулятор-диссектор ENSEAL
- Расходный материал для малоинвазивной хирургии

Реанимационное оборудование:

- Аппараты ИВЛ
- Пульсоксиметры
- Церебральные оксиметры

Травмы нижних конечностей: опыт применения аэрокриотерапии у спортсменок-гандболисток

Для оценки эффективности аэрокриотерапевтического исследования у спортсменок с травмами опорно-двигательного аппарата авторами были проведены в динамике клинические наблюдения и специальные исследования 20 спортсменок-гандболисток (возраст – от 19 до 24 лет, спортивная квалификация – от I взрослого разряда до мастера спорта).

Одной из важных задач спортивной медицины является разработка мер первичной и вторичной профилактики травм опорно-двигательного аппарата, число которых в последние годы растет. Они являются основной причиной перерыва в тренировочном процессе, что ведет к стойкому снижению уровня физической работоспособности и качества жизни спортсменов.

Следует рассматривать внутренние и внешние факторы возникновения травм опорно-двигательного аппарата у спортсменов. К внутренним факторам относятся собственные

действия спортсменов при выполнении специфических для конкретного вида спорта упражнений. К внешним факторам относятся падения, столкновения, наиболее часто встречаемые в контактных и игровых видах спорта.

Роль прямого контакта в получении травмы велика в игровых видах спорта, таких как хоккей, баскетбол, футбол, американский футбол, ручной мяч, регби. Волейбол, большинство циклических видов спорта и ряд легкоатлетических дисциплин сопровождаются повышенным риском ограниченного контакта. По мнению экспертов МОК, гандбол признан одним из наиболее травмоопасных видов спорта – распространенность травм в гандболе составляет до 60%.

Многолетнее изучение локализации и характера травматических повреждений опорно-двигательного аппарата при занятиях спортом выявило, что наиболее частой и серьезной травмой является повреждение коленных суставов. В 25% случаев травмы коленного сустава связаны с повреждением капсульно-связочного аппарата.

Несмотря на различающийся характер, клинические последствия и значение травматических повреждений, механизмы развития патологии при любой травме оказываются в большой степени общими, реализуясь за счет типовых, неспецифических механизмов развития патологии.

Среди таких общих неспецифических реакций тканей на травму в первую очередь целесообразно выделить нарушения микроциркуляции, региональной и общей гемодинамики

и гемостаза, развитие отека в области повреждения, формирование воспалительной реакции с комплексом иммунного реагирования, а также активацию плазменных, тканевых и нейронных факторов регуляции (цитокины, кинины, простагландины, гистамин, другие сигнальные молекулы и тканевые гормоны).

По-видимому, единственным средством одновременного воздействия на все указанные механизмы формирования типовых реакций патогенеза при любой травме является воздействие холодом, преследующее цели понижения температуры в области травмированных органов и тканей. Эффекты торможения всех биохимических и физиологических реакций при воздействии холодовыми факторами реализуются за счет депрессии метаболизма, угнетения активности ферментных систем, тканевого дыхания, изменений барьерных свойств клеток и тканей, а также ограничения информационных взаимодействий в биологических системах, что обуславливает торможение местных и системных реакций патогенеза.

Клинические наблюдения и специальные исследования 20 спортсменок-гандболисток показали, что наиболее частой патологией было повреждение капсульно-связочного аппарата коленного сустава – медиальной и латеральной боковых связок, а также крестообразных связок. Реже выявлялась нестабильность голеностопного сустава. Повреждения связок были преимущественно I степени, реже – II степени, что позволяло не прерывать тренировочные занятия.

Сведения об авторах:

О.А. Шевелев, А.В. Смоленский, А.В. Михайлова, М.В. Сахарова, С.А. Дашков, А.В. Кулишов, Г.Б. Руда, Е.Н. Запольнова (НИИ спортивной медицины РГУФКСМиТ, поликлиника спортивной медицины, кафедра теории и методики гандбола РГУФКСМиТ)

Все спортсменки методом рандомизации были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и виду травмы.

В основной группе наряду с медикаментозной терапией (хондропротекторы, нестероидные противовоспалительные средства) и корректирующими упражнениями (ЛФК) проводилась аэрокриотерапия.

Восстановительные мероприятия начинались на 3–5-й день после травмы. Спортсменки основной группы получали по 8–10 процедур аэрокриотерапии в криосауне (первая процедура – 120 сек, последующие – 180 сек). Процедуры проводились через день.

Исследование показало, что применение аэрокриотерапии у спортсменок с травмами опорно-двигательного аппарата (повреждение капсульно-связочного аппарата коленного сустава, нестабильность голеностопного сустава) приводит не только к уменьшению выраженности болевого синдрома, увеличению амплитуды и улучшению других характеристик движений в поврежденных суставах, но и сопровождается противовоспалительным эффектом, что подтверждено снижением уровня провоспалительного цитокина ФНО.



Врачи и спортсмены готовы к зимней Олимпиаде-2014

На мультимедийной пресс-конференции, которая прошла 26 декабря 2013 г. в рамках проекта «Олимпийские встречи РИА», руководитель Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) России В.В. Уйба сообщил, что ведомство уже завершило предварительную проверку, в результате которой к зимней Олимпиаде-2014 в Сочи допущены 220 российских спортсменов.



«Вывод нашей олимпийской сборной на Олимпийские игры в Сочи полностью завершен. Мы закончили буквально на днях последние и самые сложные УМО (углубленные медицинские обследования). Сложные, поскольку мы принимали решения: допустить или не допустить. В итоге 220 спортсменов на зимнюю Олимпиаду допущены», – сообщил журналистам руководитель ФМБА. – На играх их будет обслуживать 127 работников ФМБА (врачи, психологи, массажисты). А на Паралимпиаде будут заняты 43 медицинских работника – 24 врача и 19 массажистов».

По словам В.В. Уйбы, в части медико-биологического и медико-санитарного сопровождения российские атлеты обеспечены на 100%. На Олимпийских играх в Сочи будут круглосуточно работать три медицинских центра, «также спортсменам будут доступны четыре медицинских мобильных комплекса различных направлений: диагностически-лабораторный, 2 лечебно-восстановительных (с барокамерой и криосауной), а также психологический модуль».

Глава ФМБА сообщил, что ученые-медики перед Олимпиадой в Сочи добились прорыва в подготовке спортсменов и вышли в лидирующие державы в этом направлении, сделав упор на персональные про-

граммы. Специалистам в этом очень помог опыт работы на крупнейших соревнованиях прошедшего года – Универсиаде в Казани, чемпионате мира по легкой атлетике и Всемирных играх боевых искусств. При помощи индивидуального подхода к каждому атлету все олимпийцы к моменту начала Игр будут на пике своей формы и на вершине возможностей, заверил В.В. Уйба: «В Сочи мы представим такой портфель новых технологий, какого нет, пожалуй, ни у кого».

«Главный наш принцип – не эксплуатировать человека «в ноль», как это делают некоторые азиатские страны. Мы пропагандируем спортивное долголетие. Неэтично делать «одноразовых» спортсменов, которые исчезают с Олимпа так же внезапно, как и появились», – уверен руководитель ФМБА. – Ни одна из наших технологий не имеет отношения к допингу, мы в этом вопросе стоим на страже здоровья спортсмена и престижа нации. Все технологии представлены экспертам Российского антидопингового агентства (РУСАДА) и разрешены к применению».

sochi.ru
2014



На конференции «Артромоост-2013» специалисты обменялись опытом

С 30 ноября по 2 декабря 2013 г. в Москве при поддержке компании DePuy Synthes прошла научно-практическая конференция «Артромоост-2013», посвященная современным технологиям и методикам в артротомической хирургии.



Научный проект «Артромоост» нацелен на обмен опытом и деловое сотрудничество практикующих травматологов-ортопедов России и Европы. В программе ежегодной международной конференции – онлайн-трансляции операций, лекции и специализированные мастер-классы.

«Необходимость лечения пациентов с помощью малоинвазивных артротомических методик стремительно растет во всем мире. В России, например, только в операциях по лечению плечевого сустава нуждаются ежегодно около полумиллиона пациентов», – отметил О.Н. Миленин, к.м.н., старший научный сотрудник Всероссийского НИИ физической культуры и спорта. – Наша конференция способствует популяризации инновационных методов хирургического лечения, а также эффективному взаимодействию отечественных и зарубежных экспертов в области травматологии».

В этом году ключевыми темами конференции стали современные малоинвазивные методы проведения операций на коленном и плечевом суставах, органосохраняющие технологии при артротомии тазобедренного сустава, реабилитация после оперативного лечения повреждения хряща и многое другое.

Одним из главных событий конференции стала трансляция в режиме реального времени операции по



костной пластике плечевого сустава (операция Латарже). Она была проведена под руководством одного из ведущих европейских хирургов-ортопедов, пионера в области артротомии плечевого сустава – д-ра Лорана Лафосса.

Прошли также мастер-классы, на которых были представлены последние разработки отечественной и зарубежной хирургии. Среди них: система Bristow-Latarjet, разработанная д-ром Лафоссом для проведения открытых и артротомических операций на плечевом суставе, а также инновационный якорный фиксатор Healix Knotless. Специальный биокомпозитный материал, из которого состоит фиксатор, оказы-

вает стимулирующее действие на образование костной ткани.

Кроме того, с докладами и лекциями выступили такие эксперты, как Роман Брзоска, руководитель отделения хирургии плеча и кисти клиники Св. Лукаса (Польша); С.Ю. Доколин, к.м.н., ведущий специалист Российского НИИ травматологии и ортопедии им. Вредена, член Европейского общества артротомии; Э.Е. Рахманкулов, к.м.н., травматолог-ортопед высшей категории, действительный член Международной ассоциации артротомии, спортивной и ортопедической хирургии (ISAKOS), Российского артротомического общества, многие другие.

День здоровья с AbbVie

14 декабря 2013 г. специалистами биофармацевтической компании AbbVie в подмосковном Нахабино был организован День здоровья. На мероприятии журналисты и эксперты обсудили такие актуальные темы, как борьба с распространением эпидемии ВИЧ в России, течение РСВ-инфекции у детей раннего возраста, влияние псориаза на жизнь человека.



Согласно данным экспертов UNAIDS, в 2012 г. около 35 млн человек в мире жили с ВИЧ. Финансирование противодействия ВИЧ-инфекции в РФ в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» составляло в год порядка 19 млрд рублей (в течение последних 3-х лет). О том, какие программные меры помогут снизить в России число ВИЧ-инфицированных, рассказала Н.Н. Ладная, старший научный сотрудник Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора.

С докладом «Знаете ли вы настоящее лицо псориаза?» выступила М.М. Хобейш, к.м.н., доцент, руководитель Центра генно-инженерной биологической терапии на кафедре дерматовенерологии с клиникой СПбГУ им. академика И.П. Павлова.

«25–30% из 2,8 миллиона пациентов, проживающих на территории РФ, страдают тяжелыми клиническими формами псориаза. Но эти цифры слегка занижены. Многие больные не попадают в статистические реестры, так как наблюдаются либо в коммерческих центрах, либо вовсе не обращаются к дерматологам», – уверена эксперт.

«С появлением нового концептуального направления патогенетической терапии при среднетяжелом и тяжелом течении псориаза стало возможным добиваться значительного разрешения кожного поражения, предотвращать костно-деструктивные изменения у больных псориазом артритом, обеспечивать контроль над системным воспалением», – отметила М.М. Хобейш.

Как показали последние исследования, патогенетическая терапия псориаза генно-инженерными моноклональными антителами, ингибирующими ФНО-α, ИЛ-12, ИЛ-17, ИЛ-23, снижает риск развития метаболического синдрома. Ретроспективное когортное исследование (им было охвачено более 121 тыс. пациентов с ревматоидным артритом и псориазом в США и Канаде) продемонстрировало, что при терапии ингибиторами ФНО-α также снижается риск развития сахарного диабета II типа.

О том, что такое РСВ (респираторно-синцитиальный вирус) и в чем состоит его угроза здоровью недоношенного ребенка, рассказала И.В. Давыдова, д.м.н., профессор, заведующая отделом новых технологий изучения особенностей развития ребенка ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН. «РСВ-инфекция является ведущей причиной госпитализации с ОРВИ детей первого года жизни в России. Всплеск заболеваемости приходится на позднюю осень, зиму



и весну. Особенно высок риск тяжелого течения заболеваний нижних дыхательных путей, обусловленных РСВ, у недоношенных детей до 35 недели гестации», – отметила эксперт.

В последние годы для профилактики тяжелой РСВ-инфекции у детей групп риска в России применяются специфические моноклональные антитела. В столице пассивная иммунизация проводится в течение двух последних лет (во время эпидсезона) в соответствии с программой Департамента здравоохранения г. Москвы. Опыт применения иммунопрофилактики РСВ-инфекции имеется еще в 15 субъектах РФ.

Директор по связям с общественностью AbbVie в России и СНГ Анна Самохвалова в своем выступлении подчеркнула, что «основной целью деятельности компании является разработка инновационных препаратов для лечения некоторых самых серьезных заболеваний человечества».



congress2014.atom.msk.ru

II КОНГРЕСС ТРАВМАТОЛОГОВ И ОРТОПЕДОВ ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ СТОЛИЦЫ НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

13-14 ФЕВРАЛЯ 2014 ГОДА
Москва, новое здание Президиума Российской Академии Наук,
Ленинский проспект, 32А

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА

Департамент здравоохранения г. Москвы, Ассоциация травматологов-ортопедов Москвы, Кафедра травматологии и ортопедии РУДН, Медицинский центр Управления делами Российской академии наук, Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

УЧАСТНИКИ КОНГРЕССА

1 500 специалистов из России, Украины, Казахстана, Белоруссии, Азербайджана, США, Германии, Италии, Франции.

ЦЕЛЮЮ КОНГРЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

информирование специалистов отрасли о новых данных, характеризующих актуальную картину травматологических заболеваний в мегаполисе, о современных методах профилактики и лечения травматологических заболеваний, о внедрении современных медицинских технологий в клиническую практику.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОГРАММЫ КОНГРЕССА

актуальные вопросы общей ортопедии; эндопротезирование суставов; артроскопическая хирургия; хирургия позвоночника; хирургия кисти, хирургия стопы; амбулаторная хирургия; заболевания опорно-двигательного аппарата; диагностика повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата; новые технологии в травматологии и ортопедии; повреждения таза; спортивная травма; стабильный функциональный остеосинтез; лечение переломов; реабилитация; лечение последствий травм, проблемы послеоперационной боли; детская травматология и ортопедия; осложнения в травматологии и ортопедии.

ТАКЖЕ В РАМКАХ КОНГРЕССА ПРОЙДУТ

Пленарные заседания, научно-практические секции по направлениям, дискуссии, мастер-классы, выставочная экспозиция товаров и услуг для профессионалов в области травматологии, ортопедии и протезирования.



Официальный спонсор



Официальный спонсор



Официальный партнер



Партнер

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«Хирургическая обработка ран и гнойно-некротических очагов у детей и взрослых»



Президент Региональной общественной организации «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции» В.А. Митиш

Глубокоуважаемые коллеги!

17-18 апреля 2014 г. РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции», ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского», НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы планируют проведение международной научно-практической конференции «Хирургическая обработка ран и гнойно-некротических очагов у детей и взрослых».

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ:

1. История развития учения о хирургической обработке гнойных ран у детей и взрослых.
2. Первичная хирургическая обработка случайных (посттравматических, первично инфицированных) ран у детей и взрослых.
3. Хирургическая обработка ран и гнойно-некротических очагов у детей и взрослых.
4. Современные физические методы хирургической обработки (гидроскальпель, NPWT, УЗ-кавитация, пульсирующая струя жидкости, управляемая абактериальная среда, озон и т.п.).
5. Особенности хирургической обработки ран и гнойно-некротических очагов в:
 - детской хирургии;
 - травматологии и ортопедии;
 - гнойной хирургии;
 - торакальной хирургии;
 - абдоминальной хирургии;
 - сердечно-сосудистой хирургии;

- комбустиологии;
 - онкологии;
 - пластической и реконструктивной хирургии.
6. Особенности хирургической обработки гнойной костной раны.
7. Выбор метода анестезии при хирургической обработке ран и гнойно-некротических очагов.

Место проведения: г. Москва, ул. Большая Полянка, д. 22, НИИ неотложной детской хирургии и травматологии.

Выставка. Во время проведения конференции будет развернута специализированная выставка медицинского оборудования, инструментария, лекарственных препаратов, предметов медицинского назначения отечественных и зарубежных фирм.

Вниманию участников конференции! С 1 января 2014 г. вводится дифференцированный учет баллов за работу на конференции, который отражается на сертификате: за каждый день участия – по 3 балла, за доклад – 3 балла. Подробно уточняйте при регистрации.

Информация: с 2014 г. планируется выпуск тематического журнала «Раны и раневые инфекции».

Адрес оргкомитета:

117997, г. Москва,
ул. Б. Серпуховская, д. 27,
Институт хирургии им. А.В. Вишневского.
Митиш Валерий Афанасьевич,
тел.: +7 (495) 514 5998,
e-mail: mitish01@pochta.ru.
Зотова Елена Михайловна,
тел.: +7 (499) 236 6565,
+7 9057447823;
e-mail: zotova@ixv.ru,
ezotova2008@mail.ru.

Информация о конференции на сайтах:

www.woundsurgery.ru,
www.общество-хирургов.рф



Система для лечения ран управляемым разрежением SUPRASORB® CNP

Позволяет применять указанный метод для лечения ран различной степени «тяжести» - от поверхностных, с незначительной экссудацией, до глубоких, требующих длительного лечения:

- в условиях стационара, для лечения лежачих пациентов (Suprasorb® CNP P1)

- для амбулаторного лечения «мобильных пациентов» (Suprasorb® CNP P2)

Возможность выбора модели устройства Suprasorb® CNP и широкий ассортимент расходных материалов позволяют оптимизировать процесс лечения, делая его удобным и экономически обоснованным.



Серия повязок для влажного заживления ран SUPRASORB®

Повязки серии Suprasorb® защищают рану и создают благоприятные условия для её заживления. Выполняя функцию кожи, повязки Suprasorb® позволяют ране «дышать», но препятствуют проникновению микроорганизмов и влаги. При применении Suprasorb® отпадает необходимость частых перевязок, что снижает затраты на лечение, экономит время персонала.



- А Кальций альгинат
- А +Ag Кальций альгинат
- Х Повязка-гидробаланс
- Х +PHMB Повязка-гидробаланс
- С Коллагеновая повязка
- Р Полиуретановая пористая повязка
- Н Гидроколлоидная повязка
- Ф Пленочная повязка
- Г Гидрогель

По вопросам приобретения обращайтесь:

ООО «Фирма «Финко»

127083, г. Москва, а/я 520, ул. 4-я Магистральная, д. 5, стр. 5, оф. 406
Тел./факс: +7(495) 640-34-55; E-mail: info@finco-med.com; www.fincomed.com



Современные методы контроля стерилизующей аппаратуры

Автором проанализированы правила использования автономных биологических индикаторов для контроля удаления воздуха в паровых стерилизационных камерах (согласно МУК 4.2.1990-05).

Иntenсивное развитие высокотехнологичных инвазивных методов диагностики и лечения наряду с широким распространением микроорганизмов с множественной лекарственной устойчивостью определяет необходимость непрерывного совершенствования систем надзора и контроля. Совершенствование системы дезинфекционных и стерилизационных мероприятий предусмотрено требованиями современного отечественного законодательства, а именно Национальной концепцией профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), утвержденной главным государственным санитарным врачом РФ 6 ноября 2011 г.

Согласно положениям Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323 от 21.11.2011 (ст. 90 и 96) требования к безопасности медицинских изделий (МИ) едины для всех МИ как однократного приме-

нения, изготавливаемых на промышленных предприятиях, так и изделий многократного применения, подвергающихся обработке в медицинских организациях (ГОСТ Р ИСО 13683-2000 «Стерилизация медицинской продукции. Требования к валидации и текущему контролю»).

В современном стерилизационном отделении организации, осуществляющей медицинскую деятельность (ООМД), в качестве методов контроля стерилизующей аппаратуры используются физические, химические и биологические методы контроля.

К физическим средствам контроля относятся приборы контроля физических параметров стерилизации: манометры, термометры, термопары, таймеры. Согласно требованиям ГОСТ Р ИСО 13683-2000 (ГОСТ ISO 11140-1 «Химические индикаторы паровой стерилизации»), эффективность процесса в цикле стерилизации оценивают по установленным физическим параметрам.

Сведения об авторе:

П.А. Демидов, заведующий централизованной стерилизационной ГБУЗ «Городская клиническая больница № 4» Департамента здравоохранения г. Москвы, преподаватель отделения повышения квалификации ГБОУ СПО «Медицинское училище № 8» Департамента здравоохранения г. Москвы

В качестве химических средств контроля применяются индикаторы, изготовленные по ГОСТ ISO 11140-1 (МУК 4.2.1990-05 «Контроль удаления воздуха в паровых стерилизационных камерах»), которые подразделяются на шесть классов. Для ежедневного контроля параметров режимов паровой стерилизации необходимо использовать химические индикаторы 4–6 классов. Также вышеуказанные химические индикаторы можно применять для выполнения теста индикаторного химического (ТЕСТ ИХ) согласно МУК 4.2.1990-05.

Одной из первых научных работ по контролю эффективности стерилизации МИ в упаковках в нашей стране является докторская диссертация П. И. Бухмана 1898 г. «Об обеспложивании перевязочного материала в упаковках». В качестве биологического индикатора автор использовал споры *Bacillus anthracis*, закрепленные на нитях по Коху, при этом автор уделял особое внимание предварительному испытанию стойкости бактерий к стерилизующему агенту (текущему пару) перед применением биологического контроля.

В 1957 г. при проведении углубленного изучения свойств спор термофильных бактерий рода *Bacillus* британские ученые Maclofflin, Kelsey и Breiber предложили использовать в качестве тест-микроорганизмов для биологического контроля эффективности паровой стерилизации споры *B. Stearothermophilus*.

В СССР к середине 1980-х гг. в качестве тест-культуры для контро-





ля эффективности паровой стерилизации опытным путем на основе зарубежных и собственных исследований были выбраны споры *B. Stearothermophilus* (BKM B-718). Устойчивость *B. Stearothermophilus* к текучему пару 98–100 °С составляет не менее 11 часов. Под давлением сухого насыщенного пара 1,1 кгс/см² из 200 штаммов м/о только 44 (22,5 %) сохранили жизнеспособность после 2–5 минут воздействия. Полученные данные, касающиеся резистентности свежeweделенных штаммов, свидетельствовали о возможности использования последних в качестве тест-культур при отработке режимов и оценке эффективности стерилизации ИМН различными методами и средствами (СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»).

В настоящее время в качестве биологического метода контроля применяются споры микроорганизмов из рода *Geobacillus*, наиболее устойчивые к конкретной стерилизационной технологии.

Согласно требованиям СанПиН 2.1.3.2630-10 биологический контроль стерилизующей аппаратуры осуществляется в централизованных стерилизационных ООМД не реже двух раз в год. При этом ООМД заключает договор с организацией, выполняющей биологический контроль (ГОСТ Р 51935-2002 «Стерилизаторы паровые боль-

шие»). Однако по вполне понятным причинам руководителям эпидемиологической службы ЛПУ и отделений стерилизации хотелось бы быть уверенными в эффективности параметров режимов паровой стерилизации чаще, чем раз в шесть месяцев. С этой целью возможно использование автономных биологических индикаторов при проведении теста индикаторного биологического (ТЕСТ ИБ) согласно МУК 4.2.1990-05.

Для этих целей потребуется:

1. Стандартная контрольная упаковка из 16 хлопчатобумажных простыней весом $7,5 \pm 0,5$ кг согласно требованиям ГОСТ Р 51935-2002 (СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»).
2. Автономные биологические индикаторы.
3. Инкубатор.
4. Инструкция по применению автономных биологических индикаторов (рис. 1).

Для осуществления ТЕСТ ИБ биологические индикаторы размещаются в геометрическом центре стандартной контрольной упаковки. Стандартная контрольная упаковка размещается предварительно разогретой в камере парового стерилизатора максимально близко к дренажному отверстию (в корзине, на нижней полке загрузочного стеллажа или на специальной подставке), при этом она не должна касаться краев дна и стенок стерили-

зационной камеры (рис. 2). Остальной объем стерилизационной камеры заполняется стерилизуемыми изделиями.

Далее осуществляется стандартный стерилизационный цикл согласно инструкции производителя стерилизатора, который состоит из:

- удаления воздуха;
- собственно стерилизации;
- постстерилизационной сушки.

По окончании стерилизационного цикла контрольная упаковка извлекается из камеры парового стерилизатора (рис. 3), а биологические индикаторы – из центра контрольной упаковки (рис. 4).

После остывания до комнатной температуры биологические индикаторы помещаются в инкубатор, в процессе установки биологического индикатора разламывается внутренняя ампула с индикаторной средой (рис. 5). Биологические индикаторы, использованные в контроле, дополняются одним контрольным, который не был в камере парового стерилизатора (рис. 6).

Инкубация автономных биологических индикаторов осуществляется в течение 48 часов (рис. 7).

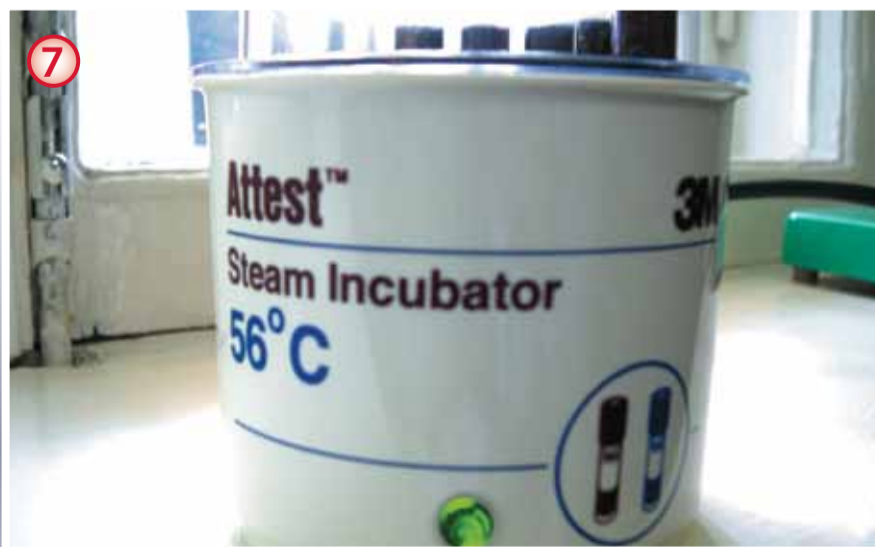
По истечении времени инкубации индикаторы извлекаются из инкубатора, и по изменению цвета индикаторной среды можно судить о наличии или отсутствии роста тест-культуры в исследуемых пробирках (рис. 8). Результаты ТЕСТ ИБ могут быть зафиксированы в форме 257У. Пробирки с отсутствием роста тест-культуры останут-

ся изначального сине-фиолетового цвета; в пробирке с наличием роста тест-микроорганизма цвет индикаторной метки изменится на лимонно-желтый.

Таким образом, осуществление ТЕСТ ИБ в ЦС ООМД не представляет особых трудностей для персонала отделений стерилизации. Согласно требованиям МУК 4.2.1990-05 тест ИБ должен осуществляться раз в две недели.

Согласно требованиям производителя биологические индикаторы с инактивированной тест-культурой возможно утилизировать как отходы класса А по СанПиН 2.1.7.2790-10, индикаторные пробирки с ростом тест-культуры необходимо утилизировать как отходы класса Б по СанПиН 2.1.7.2790-10.

Использование автономных биологических индикаторов для осуществления ТЕСТ ИБ в централизованных стерилизационных ООМД позволяет персоналу отделений осуществлять биологический контроль эффективности работы паровых стерилизаторов и дает сотрудникам централизованной стерилизационной информации о микробиологической эффективности паровой стерилизации гораздо чаще, чем два раза в год. Также возможно для осуществления ТЕСТ ИБ использовать автономные биологические индикаторы быстрого чтения, позволяющие получить информацию о микробиологической эффективности стерилизации в труднosterилизуемой точке уже через 1–4 часа.





Современные механизмы устойчивого финансирования здравоохранения РФ

О роли государства, частного сектора и пациентских организаций в повышении доступности медпомощи, а также об эффективных схемах государственно-частного партнерства (ГЧП) в здравоохранении в своем интервью рассказал исполнительный директор некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь», заместитель председателя правления Ассоциации онкологов России Дмитрий Александрович Борисов.

На решение каких задач направлены новые проекты НП «Равное право на жизнь»?

– Наша организация была создана в 2006 году по инициативе ведущих онкологов страны. Спустя 7 лет, в июле прошлого года, она получила специальный консультативный статус в UN ECOSOC (Экономический и социальный совет ООН). НП «Равное право на жизнь» является членом экспертной группы Гарвардского университета по повышению доступности лечения онкологических заболеваний (GTF, CCC), Всемирного союза по контролю за онкологическими заболеваниями (UICC), а также общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре. Все эти годы мы занимаемся вопросами внедрения социальных программ в сфере здравоохранения, в первую очередь в области онкологии.

Сейчас мы очень активно готовим к реализации ряд новых проектов, направленных на повышение доступности и качества лечения не-



некоммерческое партнерство
РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ



инфекционных заболеваний. В первую очередь речь идет о тех четырех группах заболеваний, которые являются основной причиной смертности (уносят более 70% человеческих жизней): это сердечно-сосудистая, онкологическая патология, болезни легких и сахарный диабет.

В 2011 году была принята декларация, призывающая все страны – члены ООН развивать и усиливать системы здравоохранения с целью обеспечения наиболее полноценной и всеобъемлющей медицинской помощи населению, направленной на снижение смертности пациентов с этими заболеваниями.

Проблема неинфекционных заболеваний сейчас очень активно обсуждается в ООН. Довольно большое внимание уделяется механизмам устойчивого финансирования и всеобщего охвата услугами системы здравоохранения. Приведу для наглядности некоторые пункты резолюции, на которые был сделан акцент на 67-й сессии Генеральной ассамблеи ООН (прошла 12 декабря 2012 года):

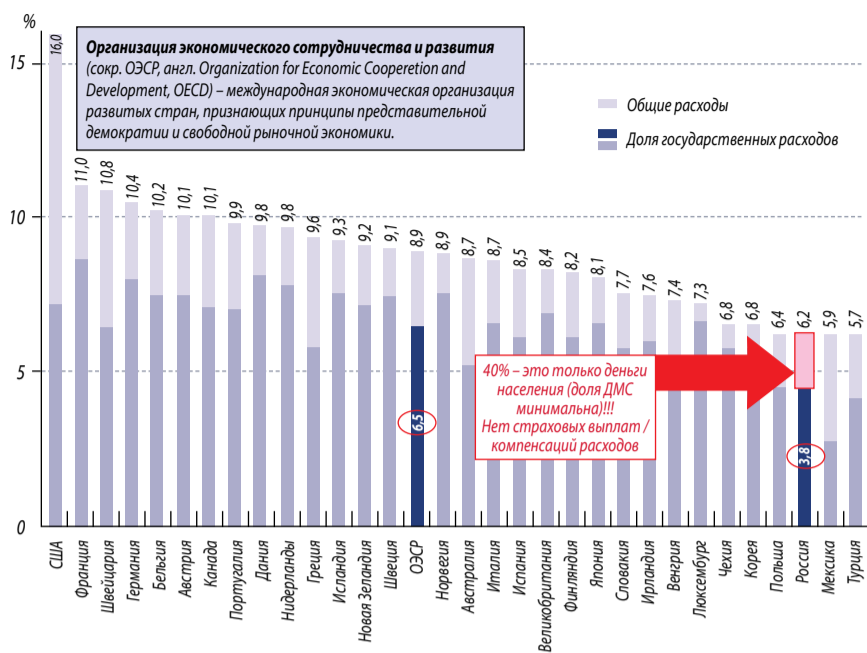


Рис. 1. Расходы на здравоохранение в РФ и странах ОЭСР (в доле ВВП)

п. 16. Государства – члены ООН должны обеспечить развитие систем финансирования здравоохранения таким образом, чтобы не допустить значительных прямых платежей в моменты предоставления услуг... с тем, чтобы избежать катастрофически высоких расходов на медпомощь и обнищания отдельных лиц из-за необходимости поиска требуемого медицинского обеспечения;

п. 19. Правительства должны обеспечивать для тех, кто не имеет достаточных средств, необходимую защиту от финансовых рисков и доступ к медицинским услугам без дискриминации.

Все страны должны при построении своих национальных стратегий отталкиваться именно от этого документа. Его формулировки не допускают двоякого толкования: человек не должен оставаться один на один с медицинской проблемой и полностью нести все возникшие финансовые риски. Стратегия ВОЗ по обеспечению всеобщего доступа к здравоохранению предусматривает конкретные инструменты ее реализации:

- базовые клинические рекомендации, которых придерживаются врачи в своей работе;
- при планировании расходов на здравоохранение должны использоваться стандарты лечения;
- системы финансирования;
- система защиты от финансовых рисков.

– На ваш взгляд, развитие каких именно механизмов позволит добиться более устойчивого финансирования системы здравоохранения в РФ?

– На прошедшем в конце июля 2013 года заседании президиума Госсовета «О задачах субъектов РФ по повышению доступности и качества медицинской помощи» президент нашей страны В.В. Путин подчеркнул, что на современном этапе значимым компонентом устойчивого финансирования рос-

сийской системы здравоохранения является ГЧП, и что оно должно внедряться как на региональном, так и на федеральном уровне.

Понятие «устойчивое финансирование» затрагивает 3 блока вопросов: экономические, социальные, а также защиту окружающей среды. Остановимся на финансировании системы здравоохранения. На рисунке 1 представлена структура затрат на медицинскую помощь во многих странах мира, в том числе и РФ. В России в 2010 году государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП составили 3,7%, что в 1,8 раза ниже, чем в среднем в странах ОЭСР – 6,5%. Это достаточно низкий показатель.

Я бы хотел обратить внимание на то, что помимо государственных вложений существуют еще затраты частного сектора и то, что платят сами пациенты за диагностику, лекарства, медицинскую помощь.

Эти расходы примерно равны расходам государства, причем для российских пациентов это прямые платежи. К сожалению, на сегодняшний день у нас программы добровольного страхования не позволяют в полной мере защитить человека от больших финансовых рисков в случае установления какого-либо диагноза, особенно если он достаточно серьезен. Финансовые затраты для многих членов нашего общества являются критичными.

Если говорить о динамике, то в России последовательно проводятся достаточно серьезные и мощные реформы здравоохранения. Мы слышим всевозможные критические отзывы, но я как человек, очень давно работающий в области российской онкологии, могу сказать, что за последние 10 лет у нас произошел прорыв в плане доступности медпомощи. За этот период государственное финансирование увеличено более чем в 12 раз, что отразилось на качестве оказываемой помощи, на количестве спасенных жизней наших пациентов, на условиях работы врачей.

Государство действительно предпринимает очень серьезные шаги в плане инвестиций в здравоохранение. В абсолютных цифрах бюджет на здравоохранение растет. Но средства, которые выделяются в настоящее время, не позволяют в полном объеме обеспечить нынешние потребности российского здравоохранения.

Согласно планам Минфина, объем финансового обеспечения здравоохранения из средств государственного бюджета (в доле ВВП) сокращается (рис. 2). К 2020 году он составит порядка 2,8%. Эта цифра подвергается всеобщей критике (как со стороны врачебного сообщества, так и со стороны экономических экспертов).

Минфин объясняет эту ситуацию тем, что финансовое планирование приводится в соответствие с действующим законодательством, в котором прописано повышение ответственности регионов. Весь дефицит из-за недофинансирования системы здравоохранения бюджетом федерального уровня должен компенсироваться бюджетом ре-

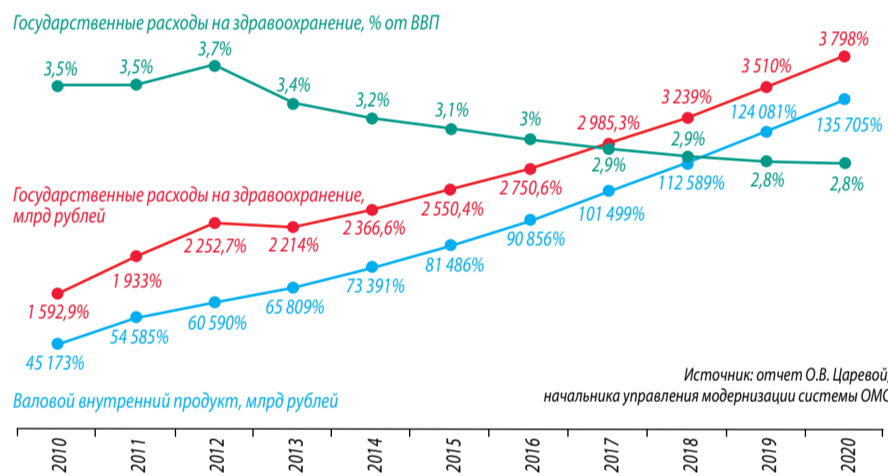


Рис. 2. Объемы финансового обеспечения здравоохранения в РФ. Расходы (в доле ВВП) сокращаются





гионального уровня. Данная ситуация не вызывает оптимизма и у наших коллег – врачей из регионов.

У нас по-прежнему остается проблемой то, что врачи знают, как лечить заболевание, но не могут выполнять свою задачу в полном объеме, потому что у них не хватает ресурсов, недостаточно развиты механизмы финансирования системы здравоохранения.

Пациенты знают, что по закону им положены определенные объемы медицинской помощи, но они ее недополучают в связи с тем, что бюджет (неважно, федерального или регионального уровня) не способен финансировать эту помощь на 100%.

Всегда есть определенная разница между тем, как должно быть в идеале, и тем, что государство может себе позволить. Как раз эту нишу должны закрывать ресурсы, которые могут привлекать, аккумулировать сообщества через механизмы ГЧП.

В такой ситуации необходимо вести диалог с государством, обсуждать вопросы, как повышать уровень финансирования системы здравоохранения. Мы считаем, что роль гражданского общества, включая неправительственные организации, в том, чтобы содействовать тем положительным изменениям, которые сейчас происходят.

– Как на деле не допустить увеличения прямых расходов граждан РФ?

– По данным аналитических агентств, у нас объемы государственного финансирования онкологической помощи населению, особенно в зоне лекарственного обеспечения, – это основной вопрос, который сейчас обсуждается, помимо получения квоты на высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП), хирургическое вмеша-

Разговоры о том, что для онкологических пациентов все всегда бесплатно, – это миф. Я заявляю это совершенно ответственно, поскольку три года возглавляю отделение общественного совета по защите прав пациентов при управлении Росздравнадзора по г. Москве и Московской области.

тельство. За последние 10 лет действительно достигнут колоссальный прорыв в области лекарственного лечения рака, и многие виды онкологических заболеваний сейчас излечиваются на 100%. Происходит это благодаря тому, что используется комплексный подход: хирургическое вмешательство, радиотерапия и применение инновационных лекарственных препаратов. В результате картину течения этой болезни в корне удастся изменить.

Если говорить об абсолютных цифрах, то у нас объем финансирования приближается к 40 миллиардам рублей (кто-то из аналитиков считает, что он составляет 38 миллиардов, кто-то – 36 миллиардов). Это государственное финансирование из бюджетов всех уровней. За счет программы дополнительного лекарственного обеспечения менее чем за 10 лет эффективное лечение удалось получить тысячам российских пациентов. Врачи, наконец, увидели те препараты, кото-

рые до этого времени применялись лишь в рамках клинических исследований.

Но в связи с тем, что в ближайшие 2 года будет осуществляться «бюджетный маневр», проводимый Минфином, объем федеральных субвенций регионов будет сокращен на 34%. И в соответствии с ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» ответственность за финансирование здравоохранения передается российским регионам. Они должны будут эту «дельту» каким-то образом перекрыть, но каким именно, пока неясно.

Проанализировав зависимость регионального финансирования лечения онкологических пациентов от субвенций федерального бюджета, мы с рядом экспертов из Высшей школы экономики и Первого МГМУ имени И.М. Сеченова с ужасом обнаружили, что есть ряд территорий, где зависимость от субвенций составляет более 70%. Если эти деньги из федерального бюджета не придут в регионы, то как их перекроет региональный бюджет, из каких ресурсов, непонятно. Мы надеемся, что власти оценят реальную ситуацию в регионах и изменят приоритетность финансирования.

– За что сейчас российские пациенты платят самостоятельно?

– На сегодняшний день это прежде всего расходы на лечение онкологических заболеваний. Каждая третья упаковка лекарств для лечения рака покупается за деньги пациента. Это происходит потому, что данных препаратов просто нет в клиниках. Разговоры о том, что для онкологических пациентов все всегда бесплатно, – это миф. Я заявляю это совершенно ответственно, поскольку три года возглавляю отделение общественного



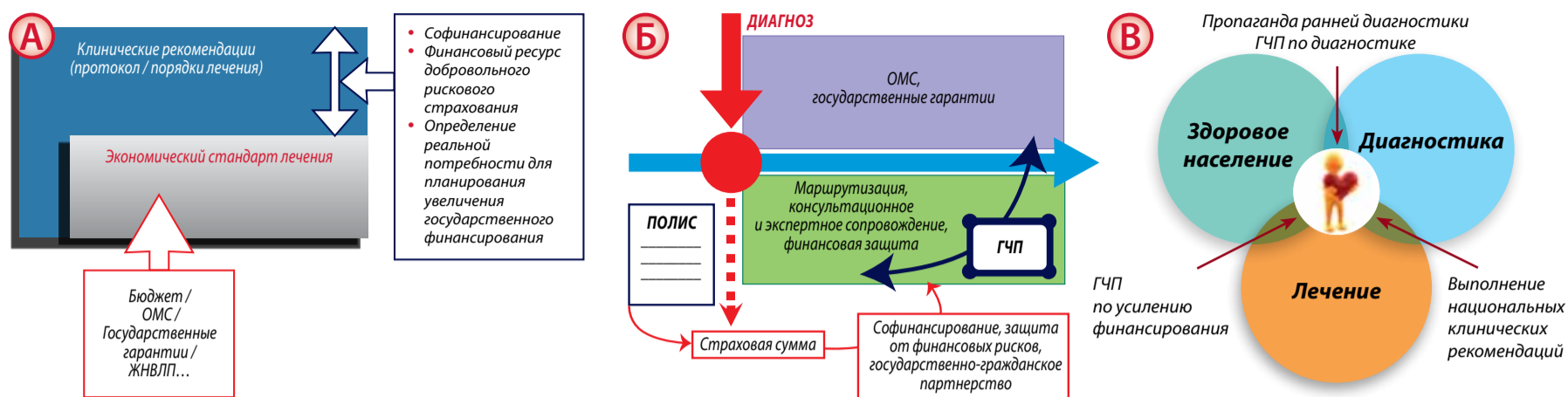


Рис. 3. ГЧП как инструмент повышения доступности лечения

совета по защите прав пациентов при управлении Росздравнадзора по г. Москве и Московской области. И количество поступающих жалоб и обращений, особенно из Московской области, говорит само за себя. Понятно, что люди покупают лекарства самые дешевые, их качество и происхождение оставляют желать лучшего. Мы считаем, что эффективное решение этой проблемы – это программы ГЧП.

– Каким образом средства частного сектора могут дополнять государственные?

– Наша задача – обозначить одно из перспективных направлений устойчивого финансирования системы здравоохранения. ГЧП в этой области должно активно развиваться. Данная система будет поддерживать эффективность государственных затрат и дополнять их за счет тех средств, которые могут быть аккумулированы через систему дополнительного добровольного медстрахования (рис. 3 а).

В момент постановки диагноза гражданин получает право на бесплатную медицинскую помощь. Все законы, включая ФЗ № 323 «Об

основах охраны здоровья граждан в РФ», все положения об ОМС гласят, что она оказывается в рамках конкретных стандартов, регламентов, списков. Таким образом, существует определенный порядок оказания медицинской помощи, под который выделяется финансирование. Но это не означает, что все, что необходимо пациенту, будет обеспечивать государство. Если для лечения пациента необходимо применение каких-либо новых технологий, пока не включенных в этот регламент, а бюджет какого-либо уровня не успевает по техническим или объективным причинам своевременно такое лечение финансировать, то человека могут поставить в очередь – это указано в порядке оказания медицинской помощи.

Если пациент не хочет ожидать, а хочет получить помощь сейчас, то государство такое лечение не оплачивает (рис. 3 б), человек вынужден тратить свои средства. Для многих пациентов это представляет собой финансовую угрозу, иногда приводит к финансовому кризису.

Предлагаемая нами модель ГЧП должна дополнить затраты госу-

дарства на помощь больному, более того, сделать так, чтобы средства гражданина помогли ему получить более эффективную помощь в дополнение к ресурсам, которые выделены государством (рис. 3 в).

Мы считаем, что такая модель очень эффективна, и обозначили несколько направлений, по которым сейчас развивается проект в области ГЧП. Это работа частных клиник в рамках программы ОМС, когда организации заключают соглашение и оказывают населению бесплатные услуги, оплачиваемые из фонда ОМС. Это нормальная практика. В настоящее время во много раз увеличилось количество частных клиник, которые хотят работать с государственными деньгами, но данная система не обеспечивает в полном объеме получение той помощи, которая может быть необходима человеку.

Сейчас ГЧП очень активно развивается в рамках совместных инвестиционных программ по строительству дополнительных медицинских сооружений, развитию инфраструктуры. Очень важный компонент оказания эффективной ме-



дицинской помощи пациенту – это привлечение дополнительных финансовых ресурсов. Такая ориентированность на потребности пациента помогает использовать технологии, необходимые для конкретного больного.

– Не станет ли система ГЧП мешать государственной системе финансирования, стараясь забрать у пациента всю страховую выплату?

– Я могу сказать, что все это могло бы быть так. По данным из открытых источников, несколько сот тысяч наших граждан имеют страховки, которые им предоставляет работодатель на случай критических заболеваний. Страховые компании делают эти выплаты. Но с кем бы я ни общался по поводу того, что страховая компания заплатила человеку сразу потому, что ему поставили диагноз «рак», никто не сказал мне об эффективной работе этой системы, никто не видел этих пациентов. Мы считаем, что выплаты в таком случае должны быть связаны с маршрутизацией этого больного. Человек должен понимать, что максимальную помощь он получит, если придет в государственную клинику, потому что государство выделяет на него деньги. Да, бюджет не справляется на 100%, но можно профинансировать 1-2 месяца лечения самостоятельно, причем за счет тех средств, которые выдаст страховая компания, а дальше продолжить лечение в плановом режиме за счет бюджетных денег. Более того, пациента на этом пути будет сопровождать «сервис аварийных комиссаров», который будет следить за тем, чтобы человек без необходимости не оплачивал лечение самостоятельно, будет вести диалог с органами управле-





ния здравоохранением о том, что человеку положено и что должно быть сделано. Мы считаем, что лучше сделать совместное финансовое планирование лечебного процесса с департаментом здравоохранения на уровне регионов, чем обрекать человека на финансовые риски, потому что людей, стоящих в очереди на лечение, очень много. Если у пациента онкологическое заболевание, то ожидание для него чревато осложнениями, болезнь может очень быстро прогрессировать. Здесь должен быть очень четкий контроль. Система софинансирования повысит транспарентность (прозрачность) системы финансирования. Будет понятно, за что заплатит человек сам и что ему профинансировало государство. Эти данные должны быть доступны, они должны использоваться в качестве моделей для планирования бюджетов в последующих периодах. На сегодняшний день госорганы финансирования

Система софинансирования повысит транспарентность (прозрачность) системы финансирования. Будет понятно, за что заплатит человек сам и что ему профинансировало государство. Эти данные должны быть доступны, они должны использоваться в качестве моделей для планирования бюджетов в последующих периодах.

системы здравоохранения при составлении планов отталкиваются от суммарного бюджета периода прошлого года, добавляя какие-то поправочные коэффициенты. Реальную потребность в системных технологиях никто не анализирует. В каждом департаменте здравоохранения есть главный специалист, который составляет планы, подгоняя их под те объемы средств, которые спускаются сверху. Во главе угла стоит не пациент с его потребностью в помощи, не врач с обязательствами по диагностике и лечению больного, а бюджет, за рамки которого нельзя выйти. Такая система требует эволюционного развития. А роль частного сектора – обеспечить стабильность финансирования, что позволило бы развивать программы ГЧП.

– Какова средняя сумма, которую пациент в случае онкозаболевания может оплатить сам, а на какую ему нужно застраховаться?

– Сумма, которая сейчас прописана в полисе дополнительного добровольного страхования по программе ГЧП, не может покрыть все лечение. И такая задача сейчас

не ставится. Это именно финансовый инструмент помощи пациенту, который получает лечение в рамках системы государственных гарантий, это ресурс для софинансирования. Если говорить о каких-то конкретных цифрах, то есть расчет объема финансирования той же лекарственной составляющей или подушевых расходов на онкологическую помощь в пересчете на душу населения. Это показатель, позволяющий сравнивать между со-

бой регионы, страны и т.д. В России этот показатель колеблется в районе 3 евро на душу населения. Европейский норматив, рекомендованный экспертами, составляет порядка 10-11 евро на душу населения. Нам необходимо увеличить этот объем финансирования в 3-4 раза. Это задача государства, но, на наш взгляд, частный сектор здесь тоже должен сыграть свою роль. В Европе система кумулятивная (накопительная): в объеме финансирования есть доля и частного сектора, и государственного.

– Какие преимущества даст развитие ГЧП в сфере российского здравоохранения?

– Мы считаем, что развитие данного направления позволит, во-первых, повысить экономическую привлекательность российского здравоохранения, о чем сейчас много говорят. К сожалению, система финансирования нашего здравоохранения остается недостаточно стабильной, что приводит к восприятию его международными и российским бизнес-сообществами как достаточно рискованной. Привлечение страхового ресурса, на наш взгляд, позволит стабилизировать эту систему с позиции финансового рынка.

Это очень важный социальный вопрос, который заслуживает особого внимания, поскольку находится на стыке экономических и общественных интересов, интересов здравоохранения. Поэтому в ближайшее время мы направим наши предложения организаторам саммита «Большой восьмерки» (G8), который будет проходить летом 2014 года в Сочи под председательством России, о включении тематики неинфекционных заболеваний в повестку дня, в том числе и предложения рассмотреть конкретные программы в области ГЧП. Надеемся, что эти вопросы удастся обсудить во время саммита.





Для практической реализации концепции развития системы ГЧП, ее внедрения в регионах России в ближайшие несколько месяцев экспертным сообществом и Минздравом будут представлены региональные программы. Они будут учитывать все факторы, о которых я говорил, и направлены на то, чтобы систематизировать работу на региональном уровне, повысить доступность лечения для пациентов, улучшить качество инфраструктуры, разделить бремя расходов региональных бюджетов и частного сектора, который может привлекать ресурсы в систему здравоохранения и аккумулировать их.

На рис. 3 в наглядно представлены принципы реализации программы ГЧП по усилению финансирования. Это, в первую очередь, как раз работа с людьми без жалоб на здоровье, которая должна стимулировать их проходить раннюю диагностику и осуществлять профилактику заболеваний. При проведении работы со здоровым населением частный сектор может аккумулировать дополнительный финансовый ресурс, который должен направляться в зону лечения в тех ситуациях, когда человек заболевает. Данная схема должна дополнять существующую в нашей стране государственную систему. Участие здесь программ страховых компаний первостепенно. Мы достаточно давно обсуждаем с ними такую схему. Очень приятно, что страховщики откликнулись и заняли очень активную позицию в инвестировании развития этих проектов. Мы считаем, что это очень важно. Такое взаимодействие ориентировано на реализацию социальных гарантий в системе устойчивого финансирования здравоохранения.

Данные вопросы и положения обсуждались нами в рамках круглого стола, который прошел на 68-й сессии Генеральной ассамблеи ООН в декабре 2013 года. В этом мероприятии приняла участие наша деле-

гация в составе 14 человек, среди них было 9 ведущих онкологов, руководителей региональных онкологических служб, представителей федеральных онкологических центров. Все эксперты выразили готовность к дальнейшей работе в регионах нашей страны, поддержали идею ГЧП, оценили наш подход к работе в этой сфере как инновационный. Эксперты ВОЗ с большим интересом сейчас следят за тем опытом, который нарабатывается НП «Равное право на жизнь», ждут результатов реализации в течение нескольких ближайших лет нашего совместного проекта. Специалисты международного уровня считают, что этот опыт может быть полезен для использования в других странах.

– Где еще может быть применен этот опыт?

– Кроме России данный подход будет интересен в первую очередь странам СНГ, поскольку у нас очень схожа постсоветская система здравоохранения. Мы проводим активную работу совместно с украинскими и белорусскими коллегами по линии Фонда поддержки публичной дипломатии имени А.М. Горчакова. Эксперты этих стран проявили заинтересованность в участии в этом проекте, в его адаптации, рассмотрении специфики.

Помимо этого, мы очень активно общаемся и обмениваемся мнениями с международными экспертами, занимающимися специализированными программами в странах с низ-

ким и средним уровнем экономического развития, у которых или полностью отсутствует государственное финансирование здравоохранения, или оно находится на очень низком уровне. Как таковые механизмы, обеспечивающие систему устойчивого финансирования, там не развиты. Система страхования в этих странах, которая ориентирована на привлечение финансовых ресурсов здравоохранения, находится в зачаточном состоянии.

Наш опыт был воспринят международным сообществом с большим интересом, и нас попросили подготовить специализированные отчеты для представления в Гарвардском университете в Бостоне. Также мы начинаем подготовку к специализированной секции по вопросам финансирования в области онкологии, которая будет проводиться на Всемирном онкологическом конгрессе в 2014 году.

– Что делать российским пенсионерам? Смогут ли они получить помощь по программам ГЧП?

– Нынешняя программа ГЧП рассчитана на то, что человек в возрасте до 55 лет приобретет страховой полис, а покрыт он может быть до 65 лет. А если житель РФ его не имеет, то может обратиться к нам. НП «Равное право на жизнь» занимается организацией медицинского адвокатирования, бесплатных медицинских консультаций. Любой гражданин России может связаться с нашей организацией, и мы окажем ему всю возможную консультационную помощь. Правда, ресурс нашей благотворительной деятельности ограничен, т.к. нам тоже необходима инфраструктурная поддержка. Сейчас мы ее получаем в рамках грантов.

Благодаря ГЧП появляется больше возможностей, и мы сможем помочь в рамках этой системы правильно планировать диагностику и лечение большему количеству людей. Нужно понимать, что эта программа интегрирована в существующую систему государствен-

Сейчас огромное количество шарлатанов от медицины, а люди, находящиеся в критической ситуации, нередко хватаются за любую возможность вылечиться и могут стать жертвой таких мошенников.





ной медицинской помощи, здесь не будет никакой самодеятельности. Для застрахованных лиц привлекают в качестве дополнительных консультантов онкологов, причем с выполнением всех законодательных и нормативных требований. Смысл этой программы заключается в том, что помимо того, что человек общается со своим лечащим врачом, он имеет возможность получить второе, независимое мнение. Нередко люди узнают из Интернета о существовании каких-либо новых технологий лечения их болезни, но без специалиста не могут разобраться, нужны ли им эти новые методы. Сейчас огромное количество шарлатанов от медицины, а люди, находящиеся в критической ситуации, нередко хватаются за любую возможность вылечиться и могут стать жертвой таких мошенников. ГЧП не будет организовываться на базе частных клиник. Медорганизации, с которыми будет вестись работа, – государственные. Именно в них в рамках существующего законодательства можно работать по системе софинансирования лечения. Эта система будет понятна, отчетность будет видна и руководству клиники, и департаменту здравоохранения в регионе, а самое главное – самому пациенту, потому что в конечном итоге именно он будет принимать решение, хочет он там лечиться или нет.

По законодательству страховая компания выплачивает всю сумму человеку, и он вправе распоряжаться этими деньгами. У пациента будет возможность получить дополнительное независимое мнение врача, который будет его вести как второй медицинский консультант, получить помощь юристов в отношении обеспечения его прав, а также помощь психологов. Этот сервис будет предоставляться застрахованным лицам бесплатно. Специалисты НП «Равное право на жизнь» будут оказывать поддержку сотрудникам страховой компании, используя всю инфраструктуру, которая есть на сегодняшний день у на-

Специалисты НП «Равное право на жизнь» будут оказывать поддержку сотрудникам страховой компании, используя всю инфраструктуру, которая есть на сегодняшний день у нашей организации. Мы давно работаем в сфере онкологии, и наша задача – обеспечить максимальную доступность тех технологий, которые сегодня могут быть необходимы конкретному пациенту.



шей организации. Мы давно работаем в сфере онкологии, и наша задача – обеспечить максимальную доступность тех технологий, которые сегодня могут быть необходимы конкретному пациенту.

– Как повысить доверие населения к проекту ГЧП?

– Законодательная инициатива – это дело органов законодательной власти. Если кто-то из депутатского корпуса сочтет необходимым внести изменения в действующие законы, то мы готовы выступить в качестве экспертов. На сегодняшний день мы проанализировали все правовое поле, начиная от статей Конституции и заканчивая конкретными положениями региональных фондов ОМС. Мы считаем, что здесь вполне достаточный законодательный правовой коридор для того, чтобы развивать систему софинансирования. Сейчас мы ведем конструктивный диалог со специалистами федерального Минздрава и региональными органами здравоохранения. У нас с ними полное взаимопонимание. Кроме того, в ряде регионов планируется использовать данную систему как стимулирование, поддержку врачей, учителей. Региональному бюджету ничего не мешает поддержать тех людей, которые несут большую социальную нагрузку, обеспечить им какую-то дополнительную финансовую защиту на случай, если они столкнутся с такими критическими заболеваниями. У нас сейчас это получается, и к вопросам ГЧП относятся с очень большим интересом. Я надеюсь, что в рамках данного проекта мы сможем в первую очередь помочь онкобольным.

Если наше население будет финансово защищено, то оно будет иметь возможность получить адекватную помощь специалистов. Поэтому партнерство с представителями страховой индустрии обозначено. Я думаю, что индекс доверия – очень важная вещь. Мы будем на конкретных примерах показывать, что это действительно работающая система.

«Медси» и Philips внедряют новую модель технологического партнерства

Крупнейшая в России сеть частных медицинских клиник – ЗАО «Группа компаний «Медси»» и мировой лидер в области разработки решений для здравоохранения – компания Philips объявили о стратегическом сотрудничестве по развитию клинической сети и организации эффективной медицинской помощи в РФ.

Меморандум о взаимопонимании подписан 24 января 2014 г. в Давосе президентом ЗАО «Группа компаний «Медси»» А.Н. Чупиным и генеральным директором Philips в России и СНГ Питером Вуллингсом в присутствии председателя совета директоров АФК «Система» В.П. Евтушенко и генерального директора, председателя совета правления Royal Philips Франса ван Хаутена.

Поставщик решений и оборудования и провайдер медицинских услуг объединяют усилия с целью максимально эффективной операционной работы медицинских учреждений. При этом речь идет не только об оснащении клиник «Медси» современным медицинским оборудованием и технологическом совершенствовании, но и о передаче мирового опыта в управлении работой лечебных учреждений, а также о разработке концепций и моделей новых клиник.

Такое партнерство гарантирует больницам более выгодные условия для приобретения новейшего медицинского оборудования. Долгосрочное комплексное сотрудничество позволит «Медси» сосредоточиться на оказании медицинских услуг, в то время как Philips осуществит технологическое оснащение и предоставит консалтинговые услуги по управлению эффективностью



с целью оказания качественной помощи пациентам. Бизнес-модель, предложенная Philips в рамках партнерства, поможет оптимизировать управление инфраструктурой больниц, наладить непрерывный процесс обучения сотрудников, регулярную модернизацию оборудования и обновление программного обеспечения, контроль потока и качества обслуживания пациентов.

«Philips становится одной из первых компаний в России, которая готова реализовать столь масштабный проект – предложение, включающее проектирование, оборудование, сервис, оптимизацию пациентопотока, решения по улучшению клинической эффективности и общее управление учреждением, – отметил Питер Вуллингс. – Мы очень рады инновационному партнерству с «Медси», крупнейшим игроком на рынке

частной медицины – эффективной и динамично развивающейся организацией».

«Подписанное соглашение является важным шагом в развитии бизнеса «Медси» и отвечает нашим планам по расширению клинической сети и повышению качества медицинских услуг, – сказал А.Н. Чупин. – Мы уже многое сделали для реализации этих планов. В партнерстве с компанией Philips мы сможем добиться большего, превратив наши клиники в высокотехнологичные лечебные учреждения, обеспечивающие эффективную и основанную на ранней диагностике медицинскую помощь в соответствии с лучшими мировыми стандартами».

Стороны будут сотрудничать в рамках реновации и технического переоснащения здания клинической больницы «Медси» в Отрадном (Московская область), а также строительства на ее территории нового клиничко-диагностического центра (КДЦ) для детей и взрослых со кратковременным стационаром и детской клинической больницы. На территории клинической больницы «Медси» на Мичуринском проспекте в Москве будет возведен и оснащен в соответствии с лучшими мировыми стандартами многопрофильный КДЦ для детей и взрослых со стационаром кратковременного пребывания.



13–15 октября 2014

2-я МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА И КОНГРЕСС МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ В РОССИИ: ПРОЕКТИРОВАНИЕ, СТРОИТЕЛЬСТВО И ОСНАЩЕНИЕ

Международный выставочный центр «Крокус Экспо», Москва



informa
life sciences exhibitions

ИНВЕСТИРОВАНИЕ

ПЛАНИРОВАНИЕ

ПРОЕКТИРОВАНИЕ

СТРОИТЕЛЬСТВО

ОСНАЩЕНИЕ

МОДЕРНИЗАЦИЯ

РУКОВОДСТВО

Посетителей 2013
1526

Делегатов 2013
421

Докладчиков 2013
58

“ Организаторы выставки и конференций были потрясающими. Эта выставка – лучшая из всех выставок на эту тематику, когда-либо проходивших в Москве. У нас было очень много профессиональных встреч и посетителей высокого уровня

Магдалена
Галезевска-Спичала,
коммерческий директор,
Alvo Medical



Забронируйте СТЕНД

Единственное мероприятие, посвященное проектированию, строительству и оснащению медучреждений в России

Цифровые медицинские технологии: ближайшие перспективы

В информационный век успешность и эффективность любого бизнеса определяются умением работать с информацией. Это утверждение верно и для медицинской отрасли. К чему стоит готовиться российским клиникам?



Сведения об авторе:

В.А. Ковальский, генеральный директор и разработчик облачной медицинской платформы Medesk (Россия)

За последние 10 лет поток информации в онлайн-среде увеличился в 4 тыс. раз. Ее нынешнее количество значительно превышает объем, созданный за весь предыдущий период истории. В медицине, согласно прогнозам экспертов, шквал информации будет формироваться за счет новых IT-источников: от генерируемых пациентами сообщений в социальных сетях до всевозможных датчиков, фиксирующих состояние здоровья пациентов в режиме реального времени.

Заглянуть в будущее нам позволило общение с американскими коллегами, занимающимися разработками медицинских ин-

новационных проектов, в рамках конференции HealthXL 2013 в Стэнфордском университете, научно-образовательном центре Силиконовой долины в Калифорнии (США). На данное масштабное мероприятие были приглашены авторы 15 наиболее успешных проектов, отобранных из более чем 300 заявок со всего мира, там были и мы как разработчики нового российского решения Medesk.

Безусловно, система здравоохранения США не идеальна, но принятый в ней подход к инновациям заставляет присмотреться к ее опыту и, возможно, взять для себя все самое лучшее, учитывая мировой опыт, чтобы быть готовым к грядущим переменам.

Хватит ли одной МИС?

Медицинская информационная система (МИС) стала неотъемлемым атрибутом практически любого российского медицинского учреждения (как в государственном, так и негосударственном секторе). МИС выполняют важную функцию «первопроходца», знакомя медицинский персонал с возможностями IT, а в некоторых случаях и просто приучая к работе с персональным компьютером.

По данным аналитиков, с 2005 по 2011 г. число ЛПУ с наличием МИС увеличилось с 206 до 4 930, то есть всего за 6 лет рынок вырос более чем в 23 раза. Стимулами его развития стали поддержка со стороны профильных государственных органов в рамках концепции создания Единой государственной информационной системы (ЕГИС) в сфере здравоохранения и расширяющийся выбор поставщиков и решений.

Однако в условиях увеличивающегося количества источников ин-

формации, а также форм взаимодействия с пациентами, клиентами и партнерами клиники возможностей МИС может оказаться недостаточно. Как потребителю недостаточно одного компьютера, в связи с чем ему приходится документировать различные гаджеты, так и клиники в ближайшем будущем столкнутся с необходимостью расширения функционала своих МИС, автоматизирующих в основном лишь базовые организационные процессы.

На международном и российском рынке уже появилось немало разработчиков, предлагающих информационные возможности, не укладывающиеся в рамки МИС. В США эти компании самоопределяются как игроки отрасли Digital Health (цифрового здравоохранения).

Врач всегда рядом

Условно все такие компании можно разделить на 3 типа: социальные и персональные сервисы, сенсоры и медицинские приборы, а также информационные платформы. Их объединяет

не только медицинская тематика, но и связь с сетевыми интернет-технологиями. Если МИС может быть, по сути, автономной платформой в рамках одной организации, то практически все компании в сфере Digital Health интегрируют медучреждение в безграничное информационное поле, включающее всех игроков медицинского рынка.

Социальные и персональные сервисы появились на волне роста популярности социальных сетей в начале 2000-х годов. За гигантами индустрии Facebook или Google на просторы Интернета вышло множество нишевых сетей, объединяющих людей по интересам. Сама логика рынка подсказывала, что формат социальной сети является крайне удобным способом общения и психологической поддержки для людей, страдающих схожими болезнями. Вскоре интернет-пользователи смогли делиться советами друг с другом, получать консультации лечащих врачей, а последние, в свою очередь, – организовывать собственные профессиональные интернет-





Уже настало время сделать первый, пусть и небольшой шаг к инновациям с помощью «облачных» решений, которые, как показывает наша практика, легче и дешевле интегрировать в работу учреждений.

сообщества. Среди американских проектов можно отметить платформы Patientslikeme или ID.me. В России в последнее десятилетие также появилось несколько социальных сетей для врачей.

Другое направление «цифрового здравоохранения» – это различные медицинские сенсоры и датчики, позволяющие в режиме реального времени отслеживать состояние пациента и передавать соответствующие данные лечащему врачу. Это уже не «далекое будущее» из футурологических книг или фильмов. В ходе конференции в Стэнфордском университете мы смогли на себе испытать действие автоматически считывающих медицинскую информацию часов, очков, украшений, мобильных телефонов и даже столовых приборов, а также ознакомиться с примерами вживленных в тело человека устройств. В связи с их развитием индустрия ставит вопросы уже не столько философского характера (морально ли это?), а исключительно практического: где удобно хранить поступающую информацию, как ее структурировать и правильно использовать.

Решение последней проблемы берут на себя разработчики различных информационных платформ и центров обработки информации (ЦОД). Так, проект IBM Watson обрабатывает до 2 млн страниц медицинских заключений в секунду и позволяет их использовать в структурированном виде другим врачам при постановке диагноза.

Начнем с «облаков»

Как мы сказали выше, все инновационные типы медицинских разработок не могут существовать без связи с интернет-технологиями

и удаленных методов работы с информацией. И если для США это пройденный этап, то в России отношение к «удаленности» пока настороженное. Это видно, в частности, по тому, как относятся профессионалы медицинской IT-отрасли к облачным технологиям, в рамках которых ЛПУ могут пользоваться IT-разработками и решениями в удаленном формате. По сути, Medesk стала первой в России платформой, предложившей не только функционал МИС, но и расширившей его за счет CRM-функций. Лишь единицы разработчиков МИС предлагают различные элементы своей системы в «облаке». Причина настороженности кроется в нежелании брать на себя риски в случае утечки персональных данных пациентов. Но уже настало время сделать первый, пусть и небольшой шаг к инновациям с помощью «облачных» решений, которые, как показывает наша практика, легче и дешевле интегрировать в работу учреждений.

Выводы

Инновационные технологии приходят к нам примерно с 3–5-летним опозданием. Можно предположить, что за этот период разработчики медицинских IT-решений в России изменят отношение к облачным технологиям и станут применять их в своей работе. Самым трудным, вероятнее всего, окажется преодоление сопротивления со стороны заказчика из-за его неготовности к изменениям. Впрочем, таков рынок не только IT-решений, но и любых инноваций, меняющих стереотипы. Будем надеяться, что за успешными показателями лидеров будет тянуться и рынок, а менталитет его участников изменится.



MedSoft 2014

10 -й юбилейный
международный форум

Выставка и конференция
«Медицинские информационные технологии»

25-27 марта 2014
Москва
ЭКСПОЦЕНТР

Генеральный спонсор

INTERSYSTEMS

Спонсоры



smart delta systems

FUJIFILM



Умный
выбор
меняющихся
технологий



информационные технологии



HUAWEI

ВХОД НА ВЫСТАВКУ СВОБОДНЫЙ
УЧАСТИЕ В МЕРОПРИЯТИЯХ ДЕЛОВОЙ
ПРОГРАММЫ БЕСПЛАТНОЕ

**Адрес: ЦВК «ЭКСПОЦЕНТР»,
Павильон №2, зал №5
Москва,
Краснопресненская наб., 14**

Проезд: ст.м. «Выставочная»

**Программа конференции и
список участников
опубликованы на сайте
WWW.ARMIT.RU**

**Информация по тел.:
(499) 200-10-62**

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ проекта «Hi+Med. Высокие технологии в медицине» на 2014 год

Уважаемые читатели и партнеры!

Редакция доводит до вашего сведения, что в **следующем** году мы планируем **расширить** тематические направления / постоянно действующие рубрики журнала «Hi+Med». Формы подачи материалов: **интервью** со специалистами, информационно-аналитические статьи, **обзоры** рынков, комментарии **экспертов** и т.п.

Персонализированная медицина

- Проблемы и **преимущества** развития персонализированной медицины
- Внедрение **фармакогеномики** в практику клинических исследований
- **Молекулярная** диагностика как основа персонализированной медицины
- **Биохимические** маркеры
- Практическое применение **данных** персонализированной фармакотерапии в отдельных областях медицины
- Персонализированный подход к лечению пациентов с **орфанными** заболеваниями
- Разработка **инновационных** лекарственных препаратов

Медицинское образование

- **История** создания российских медицинских вузов: от **истоков** к перспективам
- Новые образовательные **технологии**
- Симуляционное **обучение** в медицине



Фармпроизводство

- Фармацевтическое производство по **стандартам GMP**
- Фармкластеры
- **Разработка** и регистрация лекарственных препаратов
- Аналитические методы контроля **безопасности** продукции
- Биофармацевтика

IT в медицине

- Единое **информационное** пространство в масштабах системы здравоохранения
- Программно-технические средства и необходимые телекоммуникации для решения **задач обмена** медицинской информацией
- Передача изображений (снимков) **на расстояние**
- Электронная медицинская карта и регистратура
- Информационная **безопасность** (защита данных)

Паллиативная медпомощь

- Оказание **психосоциальной** поддержки пациенту
- Благотворительность: от слов **к делу**
- **Порядок** оказания паллиативной медицинской помощи
- Лечебные процедуры и **уход**
- **Борьба** с болью
- Образовательные аспекты: **подготовка кадров** для оказания паллиативной медпомощи

ПОДПИСКА на журнал Hi+Med в 2014 году ОТКРЫТА на нашем официальном сайте www.himedtech.ru



Уважаемые господа!

Приглашаем Вас принять участие в работе XI Международного конгресса по электрокардиостимуляции и клинической электрофизиологии сердца «Кардиостим», который пройдет с 27 февраля по 1 марта 2014 г.

Место проведения конгресса: г. Санкт-Петербург, ул. Кораблестроителей, дом 14, гостиница Park Inn by Radisson «Прибалтийская».

Получить информацию о конгрессе, зарегистрироваться для участия и подать научные тезисы Вы можете на сайте www.cardiostim.ru

Прием тезисов осуществляется только в электронном виде через сайт конгресса.

В рамках конгресса состоятся сателлитные симпозиумы компаний-производителей и мастер-классы, будет работать выставка производителей медицинской техники, оборудования и лекарственных препаратов.

Если Ваша компания заинтересована в представлении своей продукции на выставке, просим Вас связаться с официальным сервис-агентом конгресса и выставки ООО «МедЭкспо» по телефонам: +7 495 722 9685 / +7 985 774 4929 / assistant@cardiostim.ru / Контактное лицо: **Мажарова Анастасия**

Адрес организационного комитета: 197110, г. Санкт-Петербург, пр. Динамо, д.3., ГКБ №31, отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и ЭКС. +7 812 235 2416 / cardiostim@cardiostim.ru

27.02. - 01.03.2014

«КАРДИОСТИМ» XI Международный конгресс по электрокардиостимуляции и клинической электрофизиологии сердца

Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции
Северо-Западное отделение РАМН / Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга