

IX МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ «ИНВЕСТИЦИИ В ЧЕЛОВЕКА»



**МАТЕРИАЛЫ МЕДИЦИНСКОГО
КОНГРЕССА И ВЫСТАВКИ**

*Здравоохранение
Северного Кавказа*

26–28 апреля 2012, Кисловодск

Генеральный информационный партнер:



Официальный информационный партнер:



Организатор ВЦ «Кавказ»:



Тел.: (87937) 331-79, 331-74
kavkaz-expo@mail.ru
www.kavkaz-expo.ru

Дорогие друзья!



Искренне рад приветствовать гостей и участников IX Международного форума «Инвестиции в человека»! Среди целей и задач Форума – большой круг вопросов охраны и укрепления здоровья человека. Это идеальная площадка для решения теоретических и прикладных задач современной медицины, презентации инновационных программ, технологий и проектов, инвестирования и развития частного-государственного партнерства в области здравоохранения.

Радикальные изменения претерпевает сегодня сама идеология здравоохранения. Принятый недавно Федеральный закон «Основы охраны здоровья граждан Российской Федерации» не только вывел в число приоритетов профилактику заболеваний, но и конкретизировал пути ее реализации. На повестку дня выходит вопрос личного участия человека в охране собственного здоровья, как обязательного условия быть успешным в жизни, как величайшей общественной ценности. В этой связи одним из основных мероприятий в программе Форума – тема профилактики как приоритетного направления деятельности здравоохранения. Среди значимых для нашего края проблем – формирование позитивных межличностных отношений и вопросы сохранения репродуктивного здоровья граждан, перспективы развития фармацевтического рынка страны, импортозамещение, вопросы совершенствования скорой медицинской помощи. Одна из самых массовых площадок Форума – выставка-презентация «Техника на службе здоровья», где есть реальная возможность познакомиться с новейшими образцами медицинской техники, лабораторного оборудования и медицинского инструментария.

Мы рассчитываем, что широкий межотраслевой диалог, коллективный разум позволят выработать наиболее эффективные направления инвестирования в человеческий капитал, улучшение качества жизни людей.

Желаю Всем участникам и гостям Форума плодотворной работы, здоровья и благополучия!

Министр здравоохранения
Ставропольского края

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'V.N. Mazharov'.

В.Н. Мажаров

Дорогие друзья!



Искренне рад приветствовать гостей и участников Международного форума «Инвестиции в человека» в солнечном городе Кисловодске.

Кавказские Минеральные Воды являются главной здравницей России. Немного регионов найдется на карте мира, о которых можно сказать, что они специально созданы для оздоровительного туризма. Именно к таким местам относится Ставропольский край. Обладая уникальнейшими туристско-рекреационными ресурсами, имея бо-

лее чем 200-летний опыт оказания санаторно-курортных услуг, Ставрополье может принимать ежегодно свыше 2 миллионов туристов. Оздоровительный отдых в санаториях и бальнеологических лечебницах КМВ востребован в любой сезон.

Для Ставропольского края Форум «Инвестиции в человека» является важным событием, способствующим привлечению потенциальных инвесторов к развитию санаторно-курортного комплекса и индустрии курортного отдыха, повышению эффективности лечения и профилактики здоровья в российских здравницах.

Я уверен, что только совместными усилиями, мы сделаем Ставропольский край ведущим в России и признанным в мире курортом, основанным на мощной многопрофильной индустрии лечения и профилактики здорового образа жизни.

Генеральный директор ВЦ «Кавказ»

С.Н. Некрасов

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОГРАММА IX МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА «ИНВЕСТИЦИИ В ЧЕЛОВЕКА»	8
---	---

МАТЕРИАЛЫ МЕДИЦИНСКОГО КОГРЕССА «ЗДРАВООХРАНИНИЕ СЕВЕРНОГО КAVKAZA»

НА ПУТЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ	21
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ	27
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ.....	30
ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ.....	35
АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ	38
ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ЗАВИСИМОСТИ	42
ОСОБЕННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА СТАВРОПОЛЬЕ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ	46
СОЦИАЛЬНЫЕ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗИТИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ В КОЛЛЕКТИВЕ	51
СОВРЕМЕННАЯ ПАРАДИГМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ ДРЕЙФА ГУМАНИСТИЧЕСКИХ ЦЕННОСТЕЙ.....	54
ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС КАК ФАКТОР РИСКА	56
ИННОВАЦИИ ФТИЗИАТРИИ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ.....	60
НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	63
ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	67

**МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«МОДЕРНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ –
НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»**

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА СЧЕТ СНИЖЕНИЯ ОБРАЩАЕМОСТИ.....	76
АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ ВЫЗОВОВ, КАК СРЕДСТВО ВЛИЯНИЯ НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	81
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭБРАНТИЛА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	87
ТЕМПЕРАТУРА – НЕ ВСЕГДА ПРОСТО, ИЛИ «ЛИТЕЙНАЯ ЛИХОРАДКА».....	90
ОТЗЫВ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОРТАТИВНОГО АППАРАТА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ «ДАР-200»	93
СИСТЕМА ТЕЛЕКАРДИОДИАГНОСТИКИ «ВАЛЕНТА». ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ	95
ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ	97
МЕЖБОЛЬНИЧНАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА ДЕТЕЙ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ	100
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОКС БРИГАДАМИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА РОСТОВА-НА-ДОНУ	103
ОБЕЗБОЛИВАНИЯ СКЭНАРОМ ПРИ БОЛЯХ В СПИНЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ. МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....	107
РАБОТА БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ АГРЕССИИ ГРУЗИИ ПРОТИВ ЮЖНОЙ ОСЕТИИ	111

УЧАСТНИКИ ВЫСТАВКИ

«MEDLEX» ПРОИЗВОДСТВЕННО-КОММЕРЧЕСКАЯ ГРУППА.....	113
«OLAINFARM» АО Представительство в РФ.....	113
«АСВОМЕД» ООО.....	114
«БАНЕСТАР МЕНЕДЖМЕНТ ЛИМИТЕД» ООО.....	115
«ДЕЗИНДУСТРИЯ» ООО.....	115
«ЕВРОМЕДСЕРВИС» ООО.....	115
«ЕЛАТОМСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД» ОАО.....	116
«ИНТЕР-ЭТОН» ООО.....	117
«КАСИМОВСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД» Филиал ГРПЗ ОАО.....	117
«ЛАЙФКОР ИНТЕРНЕТШНЛ» ООО.....	118
«ЛЕЧЕБНЫЙ КЛИМАТ» НПК ООО.....	119
«ЛИЗОФОРМ-СПб» ООО.....	118
«МАДИН» ММЦ» НПФ ООО.....	119
«МАРУТАКА» ООО.....	120
«МАСТЕР-МЕД» ООО.....	120
«МУКОС ФАРМА CZ O.O.O» Представительство фирмы «МУКОС ФАРМА CZ».....	122
«НЕВОМЕД» ЗАО.....	122
«НИМП ЕСН» ООО.....	123
«ОРБИТА» Научно-внедренческое предприятие ООО.....	123
«ПАНТОВИТАЛ» ООО.....	124
ПЕХОВ Р.А. ИП.....	125
«ПОЛИСАН « НТФФ ООО.....	126
«ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЛИГА» ООО.....	126
«РЕГИОН-МАРКЕТ» ООО.....	127, 128
«РОСМЕДТЕХ» ООО.....	127
«САМСОН-МЕД» ООО.....	129
«СУПРАМЕД-КАВКАЗ» ООО.....	130
«ТЕХПРОМ» ООО, «ТОРНАДО ЦЕНТР» ООО.....	131, 132
«ТРИМА» ООО.....	130
«УВИКОМ» НПЦ» ООО.....	133
«ШКОЛА БЕЗОПАСНОГО ЗДОРОВЬЯ ДОКТОРА КАРТАВЕНКО», КАРТАВЕНКО Т.В. ИП.....	133
«ЭВЕР НЕЙРО ФАРМА ГМБХ» Представительство компании «EVER NEURO PHARMA GMBH».....	134
«ЭЙ ЭНД ДИ РУС» ООО.....	135
«ЭКОЛАБ» ЗАО.....	134
«ЮНИМЕД-КВАНТ» ООО.....	135

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

«EXPOLIFE.RU»	136
«EXROMAP.RU» Выставочный портал ООО	136
EXRONET.RU.....	137
«АРГУМЕНТЫ И ФАКТЫ – СЕВЕРНЫЙ КАВКАЗ»	137
«БАРОМЕТР ЗДОРОВЬЯ» Журнал.....	138, 154
«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ» Медицинский журнал	139, 2-я стр. обл.
«ДЕЛОВАЯ ПЕРСПЕКТИВА» ООО	139, 152
«МЕДИТЕХ. МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА И ХИМИЧЕСКИЕ РЕАКТИВЫ» Бюллетень	142, 153
«МЕДИТЕХ. МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА И ХИМИЧЕСКИЕ РЕАКТИВЫ» «МЕДИЦИНА» Журнал.....	139, 3-я стр. обл.
«МЕДИЦИНСКИЙ АЛФАВИТ» Серия научно-практических журналов.....	140
«МЕДИЦИНСКИЙ БИЗНЕС» Журнал.....	141
«МОСКОВСКИЕ АПТЕКИ» Газеты.....	141
«НА ВОДАХ» Независимая региональная газета	142
«НАЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЗИНФЕКЦИОНИСТОВ» НП	143, 148
«ПОЛИКЛИНИКА» Журнал	144, 149
«РУССКИЙ ВРАЧ» Издательский дом.....	145, 151
«САМШИТ 5» ООО	145
«ФАРОС ПЛЮС» Фармацевтическое издательство» ЗАО.....	146, 150
«ФОЛИАНТ» ИРА ООО.....	147
«ЧЕЛОВЕК» Издательство ООО	146

ПРОГРАММА IX МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА «ИНВЕСТИЦИИ В ЧЕЛОВЕКА»

26 апреля 2012 г. (четверг)

9.00–18.00 Регистрация участников Форума и выставки

Выставочная площадка

10.00–18.00 Работа выставки
Выставочные экспозиции:
Региональные экспозиции отражают проекты, инициативы и достижения субъектов Российской Федерации по направлениям Форума: здравоохранение, курорты, курортная наука, образование, здоровое питание, труд и занятость, культура, физическая культура и спорт, туризм, охрана окружающей среды.
Экспозиции специализированных стендов по отдельным тематическим направлениям Форума:

- «Медицина, здоровье»,
- «Туризм, спорт и отдых»,
- «Музеи на карте Северного Кавказа»,
- «Здоровое (функциональное) питание»,
- «Планета молодых»,
- «Межрегиональный ресурсный центр – центр развития трудовой миграции».

Выставка изобразительного, декоративно-прикладного творчества и национальных подворий.

Базовая площадка

11.00–14.00
ТВК «Кавказ»
(ул. Шаляпина, 7,
3-й этаж)
Зал № 9

Научно-практическая конференция «Модернизация скорой медицинской помощи – необходимое условие современной медицины» (часть 1)

Модератор – Тараканов Александр Викторович, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи Ростовского госмедуниверситета, член экспертной комиссии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Участники:

- Миннулин Эльдар Пуллатович, ученый секретарь Всероссийского общества скорой медицинской помощи, Санкт-Петербург;
- Слепушкин Виталий Дмитриевич, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Северо-Осетинской государственной медицинской академии;
- Фарсиянц Антон Вячеславович, главный врач станции скорой медицинской помощи города-курорта Кисловодска;
- Усов Сергей Борисович, директор ГУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Ставропольского края»;
- Гольпяпина Ирина Антоновна, заведующая кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»;
- Фишер Василий Владимирович, главный внештатный анестезиолог реаниматолог министерства здравоохранения Ставропольского края;
- Гарашенко Елена Валентиновна, заместитель главного врача по скорой медицинской помощи МБУЗ «Краснодарская городская больница скорой медицинской помощи»;
- Згинник Наталья Дмитриевна, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи министерства здравоохранения Ставропольского края.

Вопросы для обсуждения:

1. Медицинские технологии в практике службы скорой медицинской помощи. (Тромболитическая терапия, экспресс-диагностические тесты, современные методы иммобилизации и транспортировки больных в критическом состоянии, стандарты)
2. Инновационные технологии в организации работы службы скорой помощи (Автоматизированные системы управления работой диспетчерской службы, кабинетов статистики; Использование системы спутникового позиционирования и контроля местонахождения выездных бригад; Использование видов современных средств связи – коммуникаторов, систем дистанционной передачи ЭКГ диагностики.)
3. Повышение престижа профессии врача и фельдшера скорой медицинской помощи. Единая форма и единое содержание. Пропаганда регламента и правил вызова скорой медицинской помощи в СМИ. Использование обучающих программ для обучения широких слоев населения основам оказания первой помощи. Взаимодействие службы скорой помощи со службами МЧС и Медицины катастроф. Организация работы учебных классов для повышения уровня подготовки работников скорой медицинской помощи и различных категорий населения.

11.00–17.00
ТВК «Кавказ»
(ул. Шаляпина, 7,
2-й этаж)
Зал № 10

КРУГЛЫЙ СТОЛ «Индивидуальное назначение медицинских анализов. Интерпритация результатов лабораторного исследования»

КОНФЕРЕНЦИЯ «Пациент – Лаборатория – Клиника»
СЕМИНАР-ТРЕНИНГ

«Колесо жизненного баланса или мои планы на завтра»
Модератор – Кожевников Сергей Александрович, к.ф.н.,
председатель правления Ставропольского отделения Общественной организации «Российская Ассоциация медицинской лабораторной диагностики»

27 апреля 2012 г. (пятница)

Выставочная площадка

9.00–18.00	Регистрация посетителей выставки
10.00–11.30	Торжественное открытие и осмотр выставки Форума
12.00–18.00	Работа выставки

Базовая площадка

09.00–16.00	Регистрация участников Форума
11.30–13.30 Здание филармонии Зал им. Сафонова Зал № 1	Пленарное заседание «Инвестиции в человека. Вызовы социального развития регионов» Модератор – Шевченко Максим Леонардович, российский журналист, ведущий «Первого канала».

Участники:

- Гаевский Валерий Вениаминович, Губернатор Ставропольского края;
- Скворцова Вероника Игоревна, заместитель Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации;
- Радьков Александр Васильевич, руководитель Федерального агентства по туризму;
- Реморенко Игорь Михайлович, статс-секретарь – заместитель Министра образования и науки Российской Федерации;
- Рагозина Наталья Юрьевна, спортсмен, чемпионка мира по боксу;
- Шаповалов Владимир Александрович, Ректор ФГБОУ ВПО «Ставропольский государственный университет
- Шпилько Сергей Павлович, Президент Российского союза туриндустрии
- Пак Антон Петрович, генеральный директор ОАО «Корпорация развития Северного Кавказа»;

- Умберто Солимене, генеральный секретарь Всемирной ассоциации Водолечения и Климатолечения, профессор Миланского университета
- Невский Алексей Анатольевич, генеральный директор ОАО «Курорты Северного Кавказа»

14.00–16.00

Здание
филармонии
Зал им. Скрябина
Зал № 2

Панельная дискуссия «Индустрия здоровья и спорта»
Модератор – Санатов Дмитрий Васильевич, руководитель проектного направления Фонда «Центр стратегических разработок «Северо-Запад»;

Участники:

- Бесташишвили Тимур Григорьевич, генеральный директор «Evolution – спортивный консалтинг»;
- Горянин Игорь Игоревич, руководитель Кластера биологических и медицинских технологий Инновационно-го центра «Сколково»;
- Кайсинова Агнесса Сардоевна, зам. Дир. по лечебной работе ФГБУ «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии» ФМБА России;
- Ушакова Наталья Владимировна, вице-президент НП «Национальная медицинская палата»;
- Мисюлин Сергей Сергеевич, председатель правления некоммерческого партнерства «Национальный Союз Региональных Объединений частной системы здравоохранения»;
- Рагозина Наталья Юрьевна, спортсмен, чемпионка мира по боксу;
- Липецкая Марина Сергеевна, руководитель проектного направления Фонда «Центр стратегических разработок «Северо-Запад»;
- Петровский Станислав Викторович, первый заместитель директора ФГУП «Санкт-Петербургский Научно-Исследовательский Институт Вакцин и Сывороток и предприятие по производству бактериальных препаратов» ФМБА России;
- Полина-Тереза Георгиевна Давыдова, Экс-советник при ректорате в СПбГМУ им. академика И. П. Павлова, депутат МС МО Лиговка-Ямская, Ген. директор НП Мир Детства;

- Колесников Андрей Владимирович, региональный директор по Южному Федеральному Округу, группа компаний «Хоссер»;
- Мелик-Гусейнов Давид Валерьевич, Директор Segedim Strategic Data;
- Богачева Елена Львовна, президент Международного совета по развитию индустрии СПА и веллнесс.

Вопросы для обсуждения:

1. Как соотносится классическая медицина со сферой услуг, ориентированных на здоровье (spa, фитнес, велнесс, йога и другими)?
2. Как будут строиться рынки индустрии здоровья: соотношения платного и бесплатного, традиционного и нового?
3. К каким технологическим, корпоративным и кадровым изменениям следует готовиться участниками рынка индустрии здоровья и спорта? Что готовы предложить местные центры здравоохранения: традиционные лечебные практики или участие в разделении труда на рынках новых медицинских услуг?

14.00–16.00
ТВК «Кавказ»
(ул. Шаляпина, 7,
3-й этаж)
Зал №6

Выставка-презентация «Техника на службе здоровья»
Модератор – Мухаев Е.М., начальник отдела охраны труда и метрологии министерства здравоохранения Ставропольского края

14.00–16.00
ТВК «Кавказ»
(ул. Шаляпина, 7,
3-й этаж)
Зал №9

Научно-практическая конференция «Охрана репродуктивного здоровья как фактор демографической политики»
Модератор – Козлова Н.А., заместитель министра здравоохранения Ставропольского края

16.00–16.30

Кофе-брейк

16.30–18.30
Временный
выставочный
павильон
Зал № 5

Научно-практическая конференция «Профилактика – приоритетное направление в сфере охраны здоровья граждан»
Модератор – Кубышкина Елизавета Викторовна, заместитель министра здравоохранения Ставропольского края

Участники конференции и темы докладов:

- Мажаров Виктор Николаевич, министр здравоохранения Ставропольского края;
- Муравьева Валентина Николаевна, ректор ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия».
- Мартыненко Сергей Владимирович, директор ГУ «Медицинский информационно-аналитический центр», «Характеристика общественного здоровья, позитивные и негативные процессы в демографии Ставрополья»;
- Исаев Владимир Петрович, заместитель главного врача ГБУЗ «Ставропольский краевой центр лечебной физкультуры и спортивной медицины», «Формирование здорового образа жизни в профилактике заболеваний населения»;
- Земцов Михаил Алексеевич, главный врач ГБУЗ «Ставропольский краевой клинический кожно-венерологический диспансер», «Профилактика болезней, связанных с аддиктивным поведением граждан»;
- Колесников Владимир Николаевич, главный врач ГБУЗ «Ставропольский краевой клинический кардиологический диспансер», «Сердечнососудистая патология как фактор влияния на общественное здоровье»;
- Быкова Наталья Ивановна, главный врач ГБУЗ «Ставропольский краевой клинический наркологический диспансер», «Профилактика и коррекция зависимостей»;
- Санникова Ирина Викторовна, профессор кафедры инфекционных болезней Ставропольской государственной медицинской академии, «Роль иммунопрофилактики в формировании здорового поколения на современном этапе»;
- Грядская Татьяна Владимировна, директор Ставропольского базового медицинского колледжа, «Формирование мотивации к здоровому образу жизни у студенческой молодежи»;
- Славицкая Елена Семеновна, главный врач ГБУЗ «Ставропольский краевой клинический эндокринологический диспансер», «Избыточный вес как фактор риска»;

- Филоненко Николай Георгиевич, главный врач ГБУЗ «Ставропольский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», «Принципы профилактики ВИЧ-инфекции в современных условиях»;
- Одинец Василий Спиридонович, главный врач ГБУЗ «Ставропольский краевой клинический противотуберкулезный диспансер», «Инновации фтизиатрии в сфере профилактики туберкулеза среди детей»;
- Былим Игорь Анатольевич, главный врач ГБУЗ «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница №1», «Социальные и медико-этические аспекты формирования позитивных отношений в коллективе»;
- Выблов Александр Васильевич, главный врач ГБУЗ «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер», «Особенности онкологической патологии на Ставрополье и пути профилактики»;
- Бабякин Александр Федорович, директор ФГБУ «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства», профессор, «Первичное профилактическое действие природных лечебных факторов»;
- Овсиенко Анна Павловна, ФГБУ «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства», профессор, «Природные лечебные факторы в улучшении репродуктивной функции у женщин»;
- Поволоцкая Нина Павловна, заведующий отделом курортной биоклиматологии ФГБУ «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства», «Приоритетные направления климатотерапии и климатопрофилактики на курортах Кавказских Минеральных Вод».

16.30–18.30

Здание
филармонии

Зал им. Скрябина

Зал № 2

Круглый стол «Актуальные вопросы развития фармакологического рынка России. Импортозамещающие препараты»

Модератор – Дроздецкая Ольга Алексеевна, заместитель министра здравоохранения Ставропольского края

Участники круглого стола:

- Мажаров Виктор Николаевич, министр здравоохранения Ставропольского края;
- Дмитриев Виктор Александрович, генеральный директор Ассоциации Российских фармацевтических производителей;
- Ягудина Роза Исмаиловна, заведующий кафедрой организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики первого МГМУ им. И.М.Сеченова, профессор;
- Мелик Гусейнов Давид Валерьевич, председатель экспертного совета по здравоохранению отраслевого объединения «Деловая Россия»;
- Батурин Владимир Александрович, первый проректор Ставропольской государственной медицинской академии, профессор, доктор медицинских наук;
- Гаврилин Михаил Витальевич, ректор Пятигорской государственной фармацевтической академии;
- Кудлай Дмитрий Анатольевич, заместитель генерального директора по маркетингу и продвижению биотехнологических препаратов ОАО «Фармстандарт»;
- Азиров Сергей Григорьевич, генеральный директор ОАО НПК «Эском»;
- Сергеев Александр Александрович, генеральный директор ЗАО «Биоком».

Вопросы для обсуждения:

1. Перспективы развития фармацевтического рынка и расширения ассортимента выпускаемой продукции.
2. Доля отечественных препаратов в общем объеме фармацевтического рынка России.
3. Вопросы эффективности и безопасности лекарственных препаратов.
4. Внедрение в лечебную практику дженериковых препаратов отечественного производства.

16.30–18.30
ТВК «Кавказ»
(ул. Шаляпина, 7,
3-й этаж)
Зал № 9

Научно-практическая конференция «Модернизация скорой медицинской помощи – необходимое условие современной медицины» (часть 2)
Модератор – Тараканов Александр Викторович, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи Ростовского госмедуниверситета, член экспертной комиссии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Участники круглого стола:

- Миннулин Эльдар Пуллатович, ученый секретарь Всероссийского общества скорой медицинской помощи, Санкт-Петербург;
- Слепушкин Виталий Дмитриевич, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Северо-Осетинской государственной медицинской академии;
- Фарсиянц Антон Вячеславович, главный врач станции скорой медицинской помощи города-курорта Кисловодска;
- Усов Сергей Борисович, директор ГУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Ставропольского края»;
- Гольяпина Ирина Антоновна, заведующая кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»;
- Фишер Василий Владимирович, главный внештатный анестезиолог реаниматолог министерства здравоохранения Ставропольского края;
- Гаращенко Елена Валентиновна, заместитель главного врача по скорой медицинской помощи МБУЗ «Краснодарская городская больница скорой медицинской помощи»;
- Згинник Наталья Дмитриевна, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи министерства здравоохранения Ставропольского края.

Вопросы для обсуждения:

1. Инновационные технологии в организации работы службы скорой помощи.
2. Современные аспекты медицинской эвакуации пациентов.
3. Автоматизированные системы управления работой диспетчерских служб.
4. Взаимодействие службы скорой помощи со службами МЧС и медицины катастроф.

ТВК «Кавказ»
(ул. Шаляпина, 7,
3-й этаж)
Зал № 6

Научно-практическая конференция «Медико-психологические аспекты позитивного развития межличностных отношений»
Модератор – Былим Игорь Анатольевич, главный врач ГУЗ «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1»

Специальные мероприятия

10.30–11.30
Временный
выставочный
павильон
Зал № 5

Тренинг «Альтернативные методики лечения» с проведением мастер-класса (вход свободный)
Модератор:
Скакун Василий Александрович, заслуженный мастера спорта СССР, заслуженный тренер СССР, президент Академии здорового образа жизни (г. Ставрополь)

28 апреля 2012 г. (суббота)

Выставочная площадка

- | | |
|-------------|---|
| 09.00–14.00 | Регистрация посетителей выставки Форума |
| 10.00–18.00 | Работа выставки |

Базовая площадка

- | | |
|--|---|
| 09.00–16.00 | Регистрация участников Форума |
| 12.30–14.30
Здание
филармонии
Зал № 3 | Круглый стол: «Способы повышения объемов продаж косметических услуг в санаториях и салонах красоты»
Модератор – Юлия Малицкая, генеральный директор компании «ИнСпа» |

Участники и темы докладов:

- Юлия Малицкая, генеральный директор компании «ИнСпа», «Обучение персонала искусству продаж косметологических услуг»;
- Махитко Надежда, бизнес-тренер по организации компаний в сфере фитнеса и спа-индустрии, «Сервис как способ повышения уровня дохода компании»;
- Представитель редакции журнала LesNouvellesEsthetiques – Нувель эстетик.

Мастер-класс:

«Искусство эффективного общения с клиентом в процессе предоставления косметологических услуг», Юлия Малицкая, генеральный директор компании «ИнСпа»

Вопросы для обсуждения:

1. Как повысить востребованность косметологических услуг в санаториях и салонах красоты? Какие косметологические услуги пользуются наибольшим спросом?
2. Возможно ли за счет косметологических услуг увеличить дополнительные доходы санаториев?
3. Как выстроить эффективную систему продаж и продвижение косметологических услуг в санаториях и салонах красоты?

15.00–17.00

Здание
филармонии
Зал
им. Сафонова
Зал № 1

Заключительное пленарное заседание

Модератор – Княгинин Владимир Николаевич, директор
Фонда «Центр стратегических разработок «Северо-Запад»

Участники:

Хлопонин Александр Геннадиевич, заместитель Председа-
теля Правительства Российской Федерации – полномоч-
ный представитель Президента Российской Федерации в
Северо-Кавказском федеральном округе;

Колбанов Виталий Федорович, директор Департамента ана-
лиза и прогноза развития здравоохранения и социально-
трудовой сферы Министерства здравоохранения и соци-
ального развития Российской Федерации

Радьков Александр Васильевич, руководитель Федераль-
ного агентства по туризму, Фролов Александр Васильевич,
руководитель Росгидромета

Топилин Максим Анатольевич, Заместитель Министра
здравоохранения и социального развития Российской Фе-
дерации

МАТЕРИАЛЫ МЕДИЦИНСКОГО КОГРЕССА «ЗДРАВООХРАНИНИЕ СЕВЕРНОГО КАВКАЗА»

НА ПУТЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ

*Мажаров В.Н.,
министр здравоохранения Ставропольского края*

Реформирование отечественного здравоохранения продолжается не первый год. Реальные шаги, предпринятые в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», были направлены на улучшение организации первичной медико-санитарной и высококвалифицированной медицинской помощи населению. Этой цели было подчинено решение целого комплекса задач, включая обеспечение лечебно-профилактических учреждений медицинским оборудованием и транспортом, доукомплектование первичного звена здравоохранения медицинскими кадрами, строительство межрегиональных центров высоких технологий. Здравоохранение Ставрополья получило около 2,5 тысячи единиц современного оборудования, что вывело диагностику заболеваний на новый уровень. Специализированным медицинским транспортом укреплена служба скорой и неотложной медицинской помощи, завершены строительством и введены в эксплуатацию детские поликлиники в Благодарном и Зеленокумске, родильный дом в селе Красновардейском, пристройка лечебно-профилактического комплекса к зданию краевой клинической больницы и ряд других объектов.

Полным ходом идет реализация крупных общенациональных программ организации медицинской помощи больным. Только в условиях федеральных государственных учреждений в рамках оказания специализированной медицинской помощи жителям края в прошлом году пролечено 1169 человек. Совершенствуется медицинская помощь больным с сосудистыми заболеваниями, пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. В частности, в региональном сосудистом центре и трех первичных сосуди-

стных отделениях за 2011 год оказана медицинская помощь 8112 пациентам, из них с острым коронарным синдромом – 4452 и с острым нарушением мозгового кровообращения – 3641 пациенту. Планируется дальнейшее расширение сети первичных сосудистых отделений: в 2012 году – открытие отделений на базе Кисловодской городской больницы и краевого центра специализированных видов медицинской помощи № 1» в г. Буденновске, в 2013 году – на базе Петровской центральной районной больницы в г. Светлограде. Реорганизация оказания помощи пострадавшим при ДТП позволила оптимизировать работу экстренной службы на месте происшествия, при транспортировке и на госпитальном этапе с соблюдением правила «золотого часа». В травмоцентрах I–II уровня пострадавшим выполнено 1485 оперативных вмешательств, а число погибших при ДТП на ФАД-29 «Кавказ» уменьшилась с 187 в 2010 г. до 48 в 2011 г.

Следующий этап реформирования – модернизация здравоохранения – не имеет аналогов по масштабам, целям и задачам. Его результатом станет достижение к 2013 году российской системы здравоохранения совершенно нового качественного уровня, способного удовлетворить нарастающие потребности населения в доступной высококвалифицированной медицинской помощи. Программа модернизации здравоохранения Ставропольского края на 2011–2012 годы, как составная часть соответствующей федеральной программы, утверждена постановлением Правительства Ставропольского края от 04.04.2011 г. № 113-п. Общая стоимость программных мероприятий, рассчитанных на два года, составляет 9 млрд.856,2 млн. рублей, что сопоставимо, к примеру, с годовым бюджетом городов Ставрополя, Невинномысска и Георгиевска, вместе взятых.

За истекший год реализации программы удалось не только сформировать в крае и медицинском сообществе заинтересованное отношение к проекту, но и решить основные организационно-технические вопросы. Целый ряд приказов министерства здравоохранения края, инструктивно-методических материалов, совещаний и семинаров позволили запустить сложный механизм модернизации по всем ее направлениям. И вопрос здесь не только в беспрецедентных объемах федерального финансирования модернизации. Не менее важно использование средств для решения действительно актуальных проблем, от которых зависит социальное, а в конечном итоге и экономическое благополучие края. При этом следует иметь в виду, что за день изменить до неузнаваемости всю систему здравоохранения невозможно. Это каждодневный кропотливый труд всех участников, и, в первую очередь, руководителей учреждений здравоохранения.

Министерство здравоохранения Ставропольского края, территориальные органы и учреждения здравоохранения не располагают возможностями

для проведения ведомственного технического контроля, как строительных работ, так и эксплуатации зданий и сооружений. Надо сказать, что это проблемы не только модернизации. Лечебно-профилактические учреждения, особенно крупные больницы, в санитарно-техническом отношении не уступают промышленным предприятиям, а соответствующими службами не располагают. По этим причинам было принято решение о привлечении к строительному контролю за проведением работ по капитальному ремонту специализированной организации. На эти цели государственным учреждениям здравоохранения из бюджета Ставропольского края выделено 11,57 млн. рублей.

В 2011 году на реализацию Программы край получил 4763,6 млн. рублей. Выделенные средства инвестируются в три основных направления: материально-техническая база, информатизация и совершенствование стандартов оказания медицинской помощи. Ремонтные работы предусмотрены на 269 объектах 72 учреждений здравоохранения, на эти цели был направлен 1 млрд. 100 млн. рублей. Освоено 841,166 млн. руб. или 76 процентов от плана, что в среднем по России является достаточно высоким показателем. В результате значительная часть зданий и помещений учреждений здравоохранения приведена в соответствие с действующими санитарно-эпидемиологическими и противопожарными нормами, улучшилось медицинское обслуживание пациентов. Особое внимание уделено учреждениям детства и материнства, на которые было выделено 40 процентов (495,7 млн. руб.) от средств, выделенных на капитальный ремонт в 2011 году.

На техническое перевооружение и дооснащение оборудованием на 2011 год было предусмотрено 1221,6 млн. рублей. В 2011 г. планировалось приобрести 4845 единиц оборудования и медицинской техники, но, с учетом сложившейся в результате конкурсов экономии, было приобретено 5405 единиц. Среди них – свыше 20 дорогостоящих, включая 5 магнитно-резонансных и компьютерных томографов, комплекс для рентгенинтервенционной хирургии, аппарат экстракорпорального кровообращения и другие, так называемые тяжелые аппараты различной направленности.

Особое внимание уделяется сельскому здравоохранению. Из 177 закупленных в прошлом году санитарных автомобилей 151 направлен в село. Полностью укомплектованы оборудованием 51 участковая больница, 76 врачебных амбулаторий и 74 фельдшерско-акушерских пункта.

На вторую задачу модернизации – внедрение информационных систем в здравоохранение края – запланировано 189 млн. рублей, эти средства получены в полном объеме. Работы по организации защищенной виртуальной сети передачи данных завершены по всем 140 участвующим в проекте

учреждениям. Организован региональный информационный ресурс, на котором в пилотном режиме запущен электронный сервис – единая электронная регистратура и прикладные программные компоненты: центральный архив медицинских изображений, «Регистр медицинских работников». В учреждениях начата установка автоматизированных рабочих мест. Создана и сдана в опытную эксплуатацию электронная система ведомственного документооборота с использованием электронной подписи. Текущая емкость системы – 600 рабочих мест в 130 учреждениях. Внедрение данной системы приведет к значительному снижению финансовых и временных затрат, связанных с обеспечением движения документов.

В рамках третьей задачи программы модернизации – внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи – начиная с февраля 2011 года, производятся дополнительные денежные выплаты врачам и медицинским сестрам, ведущим амбулаторный прием, и медицинским работникам, участвующим в оказании медицинской помощи по стандартам. Медицинскую помощь по стандартам в программе модернизации оказывают 44 учреждения здравоохранения, в 2011 году ими пролечено свыше 44,5 тысячи человек. Министерством здравоохранения края разработано и утверждено 24 медико-экономических стандарта по лечению заболеваний, преобладающих в причинах преждевременной смертности взрослого населения. Это сердечно-сосудистые, онкологические, бронхолегочные и некоторые другие заболевания, тяжелые травмы головы. В целях повышения качества оказания медицинской помощи детям и новорожденным в стационарах края внедрены 28 стандартов оказания медицинской помощи.

За счет совершенствования стандартов оказания медицинской помощи и создания системы управления качеством повышение зарплат медицинским работникам будет продолжаться и дальше. Качественные медицинские услуги требуют высокой квалификации врачей. В системе оценки труда медицинских работников и других специалистов учреждений здравоохранения именно заработная плата является решающим аргументом. Внедрение новых условий оплаты труда явилось первым реальным шагом, позволяющим ликвидировать пресловутую уравниловку. Вместе с тем огромной проблемой остается обеспечение работников здравоохранения жильем. Реалии таковы, что в подавляющем большинстве, как врачи, так и специалисты среднего звена не могут использовать современные возможности приобретения жилья. Включая и ипотечное кредитование, которое при существующих уровнях доходов бюджетников является для них неподъемным. Именно этот фактор – определяющий для молодых специалистов, выпускников медицинских образовательных учреждений. По этим причинам укомплекто-

ванность должностей в медицинских организациях в крае в целом колеблется в пределах 70 процентов, а врачами – немногим больше 60 процентов. Еще сложнее ситуация в сельской местности. Если, к примеру, в Ставрополе и Ессентуках численность врачей на 10 тысяч населения приближается к среднероссийским показателям, то в целом ряде районов края она в три-четыре раза ниже. Проблема притока молодых кадров в определенной мере компенсируется целевым приемом в Ставропольскую государственную медицинскую академию, которая ежегодно выпускает более 350 специалистов для края. Однако жилищные проблемы в закреплении кадров остаются решающими. Большие надежды связываются с начинающимися выплатами в 1 млн. рублей молодым врачам, изъявившим желание работать в сельской глубинке.

Первый год реализации программы модернизации показал, что она дала возможность не только повысить качество медицинской помощи населению, но постепенно начать решать проблемы работников здравоохранения. Повышение заработной платы специалистам, закупки оборудования, проведение ремонтов зданий больниц и поликлиник – все это положительно сказывается на результатах лечебной работы. Насущной задачей остается успешное выполнение планов второго года модернизации, для чего в отрасли имеются все необходимые условия.

Наряду с этим, важнейшей задачей становится реальный переход здравоохранения на профилактику, предусмотренный недавно принятыми Основами охраны здоровья граждан в Российской Федерации – федеральным законом, который несет в себе много новшеств. Среди наиболее принципиальных – ответственность гражданина за личное здоровье как за общественное достояние.

Важнейшую функцию в этой части несет в себе проект, который уже дал определенные результаты – программа «Здоровая Россия». В ее рамках в крае открыто 10 центров здоровья, четыре из них – детские. Основная функция центров – формирование здорового образа жизни населения, включая снижение потребления табака и алкоголя. Сегодня уже накоплен значительный опыт организации работы центров, проявили себя сильные и слабые стороны проекта. Стало очевидным, что центры органично вошли в общую систему профилактических мероприятий, и набирают популярность среди населения. В частности, из общего числа пациентов центров здоровья в 2011 году, 46 процентов обратилось по собственной инициативе. Этому способствовала целенаправленная информационная работа среди населения, в первую очередь через средства массовой информации. За три последних года по вопросам здорового образа жизни и профилактики заболеваний в крае было выполнено 4,5 тысячи выступлений, 60 процен-

тов из них – через электронные СМИ. Это же явилось и одним из факторов роста обращаемости.

За прошлый год центры здоровья посетило и получило консультативную помощь более 77,5 тысяч человек. Из них признано здоровыми 25,3 процента посетителей. Этот показатель близок к данным, получаемым в ходе дополнительной диспансеризации, где он составил 27,4 процента. В то же время, факторы риска выявлены у 53,2 процента взрослых, тогда как в ходе дополнительной диспансеризации они установлены лишь у 15,9 процента пациентов. Высок уровень факторов риска и у детей, где он составляет 49,2 процента. В этой связи значительное внимание в центрах здоровья уделяется как индивидуальному консультированию пациентов, так и работе школ здоровья. В течение прошлого года в них прошли обучение свыше 32 тысяч человек.

Нет сомнения, что формирование у граждан личной ответственности за собственное здоровье является неременным условием превращения России в экономически развитую страну. А это уже задача не только здравоохранения, но и государства, и общества в целом.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ

Кубышкина Е.В.

Заместитель министра здравоохранения Ставропольского края

Состояние здоровья населения является наиболее важным критерием благополучия любого общества. Физическое и духовное здоровье граждан является гарантом развития экономики страны, его политической и социальной стабильности. Ухудшение социально-экономической ситуации в России в 90-е годы серьезно отразилось на состоянии здоровья граждан, в первую очередь трудоспособного возраста. Назрела необходимость принятия неотложных мер по проведению конкретных мероприятий по улучшению охраны здоровья населения.

Первым этапом этих преобразований стал приоритетный национальный проект «Здоровье». В центре его внимания – усиление первичного звена, как самого массового вида медицинской помощи, обеспечивающего доступное и высококвалифицированное обслуживание населения, развитие профилактики, повышение доступности высокотехнологичных видов медицинской помощи. Для реализации проекта «Здоровье» разработан целый комплекс мероприятий, который начал проводиться в стране с начала 2006 года. Одним из важнейших направлений проекта стала диспансеризация работающих граждан.

Для организации дополнительной диспансеризации министерством здравоохранения ежегодно проводятся следующие мероприятия:

1. Совместно с СКФОМС определяются учреждения здравоохранения, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) при осуществлении амбулаторно-поликлинической помощи по всем специальностям, необходимым для осуществления дополнительной диспансеризации. Формируются и утверждаются работодателями поименные списки работников, подлежащих дополнительной диспансеризации;
2. Составляются планы-графики проведения дополнительной диспансеризации в разрезе территорий с учетом численности, рекомендованной Минздравсоцразвития Российской Федерации, которые доводятся до сведения руководителей медицинских организаций не позднее апреля

каждого календарного года.

3. С руководителями лечебно-профилактических учреждений, участвующих в дополнительной диспансеризации, ежегодно проводятся рабочие совещания.
4. Ведется ежемесячный мониторинг по итогам и результатам дополнительной диспансеризации в разрезе территорий края.

Проблемные вопросы по организации дополнительной диспансеризации неоднократно решались на коллегиях министерства и днях руководителя. Министерством здравоохранения направлялись письма на имя глав администраций муниципальных районов края, где диспансеризация проводилась низкими темпами. Качество проводимых мероприятий находится на постоянном контроле у министра здравоохранения.

За шесть лет в ходе дополнительной диспансеризацией охвачено более 412 тысяч человек. За этот период были выявлены на ранних стадиях свыше 1,5 тысячи случаев сахарного диабета, столько же – гипертонической болезни, более 500 онкологических заболеваний и другая социально-значимая патология. Если в 2006 году было выявлено 253 случая заболеваний на поздней стадии, то прошлым – всего 14.

Выявление и своевременное, на ранних стадиях, лечение разнообразной патологии положительно сказывается на медико-демографических показателях здоровья населения Ставропольского края. В частности, показатель естественной убыли населения Ставропольского края снизился с -1,2 в 2006 году до -0,6 в 2011 году.

Положительным результатом диспансеризации можно считать также показатель средней продолжительности жизни, он возрос с 69,5 в 2006 году до 70,3 в 2011 году. Раннее выявление заболеваний у работающих граждан позволило предотвратить их инвалидизацию и преждевременную смертность. Число умерших в трудоспособном возрасте в 2006 году составляло 5,3 на 1000 населения, в 2011 году – 4,7. Заболеваемости всеми формами туберкулеза в крае уменьшилась на 11,8 %, а показатель смертности (на 100 тыс. человек) вследствие раннего выявления и лечения этой болезни снизился с 21,1 в 2006 году до 17,1 в 2011 году соответственно. Доля одногодичной летальности у впервые взятых на учет больных злокачественными новообразованиями сократилась с 26,8 % в 2006 году до 24,3 % в 2011 году. Доля же больных, проживших 5 и более лет после установления диагноза злокачественного новообразования выросла с 47,3 % в 2006 году до 51,3 % в 2011 году. Как положительный момент, наметилась тенденция снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Таким образом, приведенный анализ показал неопределимую важность мероприятий, направленных на выявление социально-значимых заболеваний.

Все пациенты, нуждающиеся в регулярном динамичном наблюдении, взяты на диспансерный учет в поликлиниках по месту жительства. Согласно плану мероприятий им проводятся лечебные и реабилитационные мероприятия.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ

*Агранович В.О., Исаев В.П.,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Ставропольский краевой центр лечебной физкультуры
и спортивной медицины»*

Профилактика, как приоритет отечественного здравоохранения, декларируется уже без малого добрую сотню лет. И успехи на этом поприще, поистине грандиозны. Особенно в области борьбы с инфекционными заболеваниями. Однако, в условиях жесточайшего дефицита бюджетного финансирования отрасли в 90-е годы профилактическая направленность здравоохранения была фактически утрачена. Высокая заболеваемость населения требовала сосредоточить усилия на развитии доступной и квалифицированной медицинской помощи. Основное внимание уделялось клиническому направлению, разработке и внедрению новых технологий лечения, новых лекарственных средств. Естественно, что на это уходили все финансовые ресурсы, ассигнуемые на отрасль.

Но не только отсутствие средств нанесло сокрушительный удар по профилактике. Существуют большие сложности в расчете стоимости профилактических мероприятий. А именно это является определяющим для планирования финансовых ресурсов. В результате профилактика стала, как бы подразумеваться в деятельности лечебно-профилактических учреждений, но, ни методологией, ни оценкой результатов, ни другими показателями она, кстати, и до настоящего времени не регламентируется.

Положение кардинально меняется с принятием в ноябре прошлого года Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Впервые в законе в числе основных принципов охраны здоровья декларирован приоритет профилактики. Подчеркиваю, что это задача не только здравоохранения, но и составная часть системы мер политического, экономического, правового, социального, научного и медицинского характера, осуществляемых органами государственной власти и управления.

Впервые дано развернутое определение профилактики как комплекса ме-

роприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. Также впервые законодательно обозначены пути обеспечения приоритет профилактики в сфере охраны здоровья:

- 1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;
- 2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- 3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;
- 4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Известно, что в основе формирования концепции профилактики лежит теория факторов риска. В отличие от непосредственных причин заболеваний, факторы риска создают негативный фон, способствующий возникновению этих заболеваний. Как показывает исторический опыт, большинство достижений в сфере общественного здоровья связано напрямую с устранением или уменьшением действия этих факторов.

В частности, улучшение водоснабжения и развитие санитарии позволили противостоять многим возбудителям инфекционных болезней, кардинально сократить заболеваемость холерой, другими диарейными заболеваниями. Благодаря вакцинации и иммунизации населения была ликвидирована в мировом масштабе натуральная оспа, практически ликвидирован полиомиелит, существенно сокращена заболеваемость другими инфекциями, управляемыми средствами иммунопрофилактики.

Законодательными действиями удалось ослабить негативное влияние некоторых производственных факторов, что снизило профессиональную заболеваемость, факторов риска на дорогах, что позитивно влияет на уровень дорожного травматизма и т.д.

Но что касается поведенческих факторов риска, то здесь ситуация прямо

противоположная. И она не только не стабилизируется, но и активно набирает негативные обороты. Причем, не только в Российской Федерации. Всемирная организация здравоохранения выделяет для экономически развитых стран – высокое артериальное давление, повышенное содержание холестерина в крови, потребление табака, злоупотребление алкоголем, ожирение и низкую физическую активность.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации выделяет четыре основных фактора риска россиян, вклад которых в общую смертность населения составляет 87,5 %. Это: высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя. При этом выявлена следующая взаимосвязь смертности с основными факторами риска: табак – 17,1 %, несбалансированное питание (недостаток фруктов и овощей) – 12,9 %, избыточный вес – 12,5 %, алкоголь – 11,9 %.

Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года увеличение продолжительности жизни населения связывает, прежде всего, с сокращением уровня смертности. Однако принятые за этот период на государственном уровне меры направлены исключительно на рост рождаемости. В самом деле, они принесли определенный успех, однако достигнутые результаты, по мнению многих исследователей, связаны преимущественно с большим количеством вступившего в детородный возраст населения. В ближайшие годы этот успех обернется обрушением в очередную демографическую яму, обусловленную Великой отечественной войной и кризисными 90-ми годами. Очевидно, что это приведет к усилению внимания к вопросам снижения заболеваемости и борьбы с преждевременной смертностью, особенно в работоспособных возрастах.

И это совсем не случайно. По отдельным оценкам, только внедрение здорового образа жизни в нашу повседневность позволило бы снизить смертность от болезней органов кровообращения, включая ишемическую болезнь сердца – на 36 %, болезней органов дыхания и пищеварения – на 32–34 %, сосудистых поражений мозга – на 30 %, травм, отравлений и некоторых другие последствий воздействия внешних причин – на 20 %.

Существует целый ряд определений понятия «здоровый образ жизни». Все они сводятся к осознанному выполнению человеком определенных норм и правил, направленных на сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья. Ключевым моментом здесь является упор на осознанное выполнение человеком этих правил. Их можно свести в несколько групп, которые по значимости представляются следующими:

1. Соблюдение режима дня – труда, отдыха, сна – в соответствии с суточным биоритмом. Режим труда и отдыха – установленный распорядок, ре-

гламентирующий определенное чередование времени работы и отдыха на протяжении рабочей смены, недели, месяца и года. На основе научных исследований разработаны и рекомендованы свыше десяти типовых режимов труда и отдыха. Очень важно, чтобы этот режим совпадал с суточным режимом организма, так называемыми «биологическими часами» человека. Тем самым обеспечивается самое экономичное, самое эффективное функционирование организма.

2. Двигательная активность, включающая систематические занятия доступными видами спорта. Одним из наиболее распространенных факторов риска является недостаточная физическая активность. В глобальном масштабе этот фактор обуславливает 2 млн. смертей ежегодно. У пренебрегающих физическими тренировками характеристики здоровья в 1,3–2,4 раза ниже по сравнению с теми, кто регулярно занимается физической культурой и спортом. Регулярная физическая активность позволяет увеличить продолжительность жизни физически активных людей на 3–5 лет по сравнению с физически неактивными.
3. Психологическая устойчивость, умение снимать нервное напряжение. Стресс – явление, которое невозможно изгнать из нашей жизни. С одной стороны, стресс помогает поддерживать сопротивляемость организма различным негативным факторам, с другой – приносит громадный вред. Известно, что практически все катастрофы в организме, включая инфаркт миокарда либо инсульт, происходят на фоне стрессов. Тем не менее, существуют техники уменьшения стресса, что может устранить или уменьшить его негативные последствия.
4. Разумное использование методов закаливания. Закаливание – это целый спектр мероприятий, который включает в себя воздушные и солнечные ванны, ножные ванны, обтирание, купание в открытых водоемах, контрастные процедуры и даже хождение босиком. Однако здесь речь не идет о моржевании, это, скорее, своего рода экстремизм.
5. Рациональное питание. Это обеспечение энергетического баланса питания и физических нагрузок при оптимальном соотношении белка, жира и углеводов и достаточном количестве витаминов и микроэлементов. Правила рационального питания достаточно просты и доступны:
 - Уменьшение калорийности рациона за счет ограничения высококалорийных животных жиров;
 - Включение в рацион питания повышенного количества сырых овощей и фруктов;
 - Соблюдение режима питания и принципа его дробности. Полным людям рекомендуется частое дробное питание (4–5 раз в день). Последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 2 часа до сна.

- Использование разгрузочных (малокалорийные) дней в питании. Обычно их рекомендуют проводить не более одного – двух раз в неделю.
6. Отказ от вредных привычек. Исследования, проведенные в разных регионах России, показали, что курят 40 % мальчиков и 30 % девочек. Более 80 процентов старшеклассников периодически употребляют алкоголь.
 7. Личная гигиена. Под личной гигиеной понимают совокупность гигиенических правил, которые способствуют укреплению и сохранению здоровья человека, увеличению продолжительности его активной жизни. Личная гигиена – неотъемлемая часть гигиены, включает правила гигиенического содержания тела, полости рта, также пользования обувью, бельем, одеждой, жилищем.

Реализация этих мер не требует больших материальных затрат, но требует грамотного и целеустремленного подхода к делу. Понятно, что формирование здорового образа жизни населения – общенациональная задача, и закон об основах охраны здоровья граждан конкретизирует деятельность в этом направлении: «Формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом».

Очевидно одно: только заинтересованное отношение к здоровому образу жизни лично каждого, формирование своеобразной «моды на здоровье», позволить радикально изменить ситуацию в общественном здоровье, сохранить и умножить трудовые ресурсы, без чего модернизация, инновации и другие направления возрождения страны останутся невыполнимыми.

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

*Грядская Т.В.,
«Ставропольский базовый медицинский колледж»*

«Забота о здоровье – это важнейший труд воспитателя. От здоровья и жизнерадостности детей зависит их духовная жизнь, умственное развитие, прочность знаний, вера в свои силы» В.А. Сухомлинский.

В современном обществе всё больше осознаётся пагубное влияние неуправляемого процесса развития техники и несбыточность надежд на то, что именно научно-технический прогресс разрешит сложные проблемы цивилизации.

В значительной мере изменены прежние стереотипы поведения. Молодые люди утрачивают ощущение смысла происходящего и не имеют определенных жизненных навыков, позволяющих сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый и эффективный жизненный стиль.

При этом отсутствие знаний, навыков и современных социально-адаптивных стратегий поведения у взрослой части населения – родителей и педагогов – не позволяет оказывать подрастающему поколению необходимую психологическую и социальную поддержку.

Недооценка роли воспитания в области здоровья стала причиной низкой экологической, медицинской и гигиенической культуры не только молодежи, но и всего общества. По данным специалистов сегодня острые инфекционные заболевания составляют почти 2/3 от числа всех заболеваний школьников и студентов. Неврозами болеет 20 % молодежи, гипертонией страдает до 7 % учащихся. Среди учащихся российских учебных заведений употребляют спиртные напитки – 41 % юношей и 32 % девушек.

В связи с этим перед государством, органами здравоохранения и учебными заведениями встали принципиально новые задачи.

Основной целью учебного заведения, стремящегося работать в русле педагогики здоровья, должно стать формирование здоровьесберегающего образовательного пространства, отвечающего медицинскому и педагогическому принципу: «Не навреди!»

Проведённый анализ отечественного и зарубежного опыта подготовки медицинских работников в системе СПО показал, что обучение студентов сегодня основывается, в большинстве случаев на болезнецентрической парадигме. Ее сущность в том, что наибольший объём информации приходится на освещение вопросов, связанных с этиологией, патогенезом, клиникой и диагностикой заболеваний.

Вопросы же сохранения и укрепления здоровья представлены незначительным по объёму блоком информации. Основоположниками здоровьесцентризма предлагается модель, в которой значительный объём учебной информации посвящен вопросам сохранения и укрепления здоровья, а также профилактике заболеваний.

Учитывая специфику среднего медицинского образовательного учреждения, наиболее приемлемой является система, основанная на равных объёмах информации о здоровье и о болезни.

Процесс воспитания здорового человека предполагает реализацию педагогических условий, а также среду для решения педагогических задач.

Первое педагогическое условие – информирование студентов о ЗОЖ – должно осуществляться с первого года обучения. Задача этого этапа – формирование ценности здоровья и здорового образа жизни. Второе условие представляет собой целенаправленную педагогическую деятельность по переводу ценностных ориентиров из потенциального состояния в реальное и осознание их значимости в собственной жизнедеятельности. Это этап актуализации знаний, который проходит на втором году обучения. Третье педагогическое условие воспитания здорового человека предусматривает обогащение опыта здоровьесберегающей деятельности, овладение способами формирования и ведения ЗОЖ и включение в свой образ жизни.

Задача третьего года обучения – стимулирование активного применения знаний, умений, навыков в практической деятельности. На данном этапе осуществляются формы работы: конкурсы профессионального мастерства, научно-практические конференции, дискуссии, санитарно-просветительская деятельность, развитие волонтерского движения по пропаганде ЗОЖ.

В процессе освоения медицинской профессии необходимо сформировать у студентов потребность ответственно относиться к своему здоровью и здоровью других людей, а также к сохранению среды обитания.

Благополучие страны, её будущее в немалой степени зависит от того, какие специалисты придут на смену старшему поколению. Человеку в XXI веке по природе должны быть присущи здоровый труд, здоровое общение, здоровый быт, здоровая психология.

Хорошее здоровье необходимо студентам-медикам как ресурс душевных и физических сил для будущей работы по сохранению здоровья населения.

В своей профессиональной деятельности медицинские работники личным примером и собственным убеждением должны воздействовать на здоровье общества, нести принципы здорового образа жизни и стать активными борцами за оздоровление окружающей среды.

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ

*Земцов М.А., Ромащенко А.А.,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Ставропольский краевой клинический
кожно-венерологический диспансер»*

Современное общество крайне встревожено сексуальной распущенностью молодежи, ростом количества беременности, родов, абортов и венерических болезней у несовершеннолетних, а также увеличением числа преступлений на сексуальной почве. С чем это связано? Ответ однозначный: с сексуальным невежеством молодых людей.

Подростковый период – один из кризисных этапов в становлении личности человека. Происходит ряд кардинальных преобразований в сфере сознания, деятельности и системы взаимоотношений. Происходит бурный рост человека, формирование организма в процессе полового созревания, что оказывает заметное влияние на психофизиологические особенности подростка.

Факторы риска в формировании аддиктивного поведения в подростковом периоде:

- сексуальная инициация, т.е. первая половая близость происходит в юношеские годы, причем в последнее время возрастная граница сексуального дебюта заметно снизилась;
- беспорядочные половые связи, подростковое сексуальное экспериментирование;
- употребление веществ, изменяющих психическое состояние.

Неслучайно значительную часть посетителей кожно-венерологического диспансера составляет молодежь. Школьницы в 12-14 лет начинают жить половой жизнью. И это уже не удивляет ни гинекологов, ни венерологов, ни учителей.

Какая работа проводится сегодня?

В ГБУЗ СК «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер» в рамках реализации подпрограммы «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем»

Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2012 гг.)» с 01.03.2005 г. функционирует «Центр специализированного дерматовенерологического приема для социально-уязвимых групп населения – детей и подростков «Доверие». Основным направлением деятельности Центра является оказание диагностической и лечебно-консультативной помощи детям и подросткам с проблемами урогенитальной системы, в том числе связанных с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Проводится мониторинг ситуации в данных возрастных группах. Содержанием работы отделения социальной реабилитации является психологическая и психотерапевтическая помощь детям и подросткам, в том числе подвергшихся сексуальному насилию, консультирование детей и подростков, обратившимся к врачам – дерматовенерологам по вопросам половой гигиены, подростковой гиперсексуальности, диагностика и коррекция невротических состояний у детей и подростков с ИППП. Реализуются эти задачи через современное качественное обследование и лечение в нашем Центре на безвозмездной основе. В случае обследования взаимоотношения могут строиться на анонимности пациентов. В Центре проводится до и после тестовое консультирование по ИППП, оказывается консультативная помощь по телефону, осуществляется связь с другими службами социальной поддержки. Пациенты обеспечиваются брошюрами и буклетами по вопросам ИППП. Работниками центра обеспечивается распространение информационных материалов при проведении санитарно-просветительской работы.

В 2011 г. в Центр обратилось 1002 человека (в прошлом году их было 1089). ИППП были диагностированы у 685 человек (гонорея – 14, хламидиоз – 211, ВПЧ – 40, генитальный герпес – 2, неспецифические урогенитальные заболевания – 418), то есть у 69 %, обратившихся в 2010 г. этот показатель составлял 36 %. Всем пациентам было назначено лечение по поводу выявленных инфекций на современном уровне и безвозмездно.

Основным направлением профилактической деятельности Центра «Доверие» является взаимодействие с образовательными, общественными и государственными молодежными организациями. Сотрудниками Центра, а также волонтерами в образовательных учреждениях г. Ставрополя за 12 месяцев 2011 г. прочитано 190 лекций на тему профилактики ИППП.

Для каждого человека решение вопросов сексуальных взаимоотношений требует специальных знаний, однако наше общество традиционно-ханжески считает их запретными. В результатах нравственно-половой безграмотности молодежи виноваты мы сами, и пора заниматься сексуальным просвещением и воспитанием детей и подростков, черпающих сегодня очень нужные им знания из сомнительных источников, с такой же сомни-

тельной интерпретацией.

В школе с детьми проводится одна, в лучшем случае две беседы школьным врачом на темы «вокруг секса» (в сельской местности и этого нет). На уроках биологии тема «Половая система человека» изучает в виде самоподготовки без разбора в классе, а курс «Этика и психология семейной жизни» вообще обошел стороной эти «трудные» вопросы.

Не вызывает сомнения, что этого недостаточно и нужно серьезно заниматься нравственно-половым просвещением детей и подростков, опираясь на опыт, накопленный различными специалистами (врачами, педагогами, философами, психологами, социологами и др.) в этой области.

Практический же опыт показывает, что детям говорить на сексуальные темы проще с педагогами, которые проводят с ними большую часть дня, а не с родителями. Здесь уместно вспомнить слова Мишеля Монтени, произнесенные им более 300 лет назад: «В чем повинен перед людьми половой акт – столь естественный и столь оправданный, – что все как один не решаются говорить о нем без краски стыда на лице и не позволяют себе затрагивать эту тему в серьезной и благоприятной беседе? Мы не боимся произносить: убить, ограбить, предать, – но это запретное слово застревает у нас на зубах».

В подготовке учащихся к семейной жизни должен делаться особый акцент на вопросах гигиены пола. В зависимости от возраста предусмотрен тот или иной объем информации.

Эпидемиологическая ситуация по ИППП по прежнему остается напряженной, однако в последние годы отмечается тенденция к снижению заболеваемости. В 2011 г. В Ставропольском крае зарегистрировано 4531 случай заражения ИППП. И это только вершина айсберга. Подводная его часть скрыта от наблюдения: многие, либо занимаются самолечением, либо лечатся у разного рода знахарей.

Венерологи имеют вековой опыт работы по предупреждению венерических болезней. Они в состоянии помочь и организовать медицинскую сторону полового воспитания: проведение занятий с учителями, родителями по тематике ИППП, с указанием причин, способствующих их распространению, групп риска, путей передачи, клиники, осложнений, путей профилактики. Второе направление в половом воспитании – педагогическое, целиком и полностью организуется специалистами этого дела – учителями.

Необходимо прекратить стимуляцию сексуальных отношений детей СМИ, ведущих к раннему развитию половых влечений, преждевременным половым связям, приводящим к тяжелым последствиям, развитию антисоциального поведения, отклонениям в психике. Организовать половое воспитание в семье, школе. Отвлечь внимание детей от секса.

Впрочем, о том лучше нас сказал А.С. Макаренко: «Половое воспитание должно заключаться в воспитании такого интимного уважения к вопросам пола, которое называется целомудрием».

Можно подвести итог: половое воспитание – это воспитание в будущем мужчине умение быть мужчиной, а в будущем женщине – умение быть женщиной во всех многообразных проявлениях жизни. Ведь «человек не зверь и не ангел, должен любить не животным и не платонически, а человечески» (В.Г.Белинский).

Бесспорно то, что проблема венерических заболеваний медико-социальная, решать ее нужно решать с помощью законодательных актов и финансирования. Это государственная проблема, направленная на охрану здоровья нации, на сохранение ее потомства, на заботу о человеческом потенциале, который будет поддерживать устои и приумножать богатства России.

Резюмируя вышеизложенное, необходимо отметить, что работа Центра профилактики и контроля ИППП для детей и подростков является эффективным механизмом повышения уровня оказания медицинской помощи, координации профилактической деятельности, оказывающими влияние на социальную адаптацию профилактику нарушений репродуктивной функции подростков. В настоящее время продолжается усовершенствование методологии проведения мероприятий по выявлению и профилактике ИППП среди детей и подростков, включающей в себя комплексный подход, основанный на организации лечебно-диагностической помощи несовершеннолетним психолого-социальной поддержке детей и подростков.

ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ЗАВИСИМОСТИ

Быкова Н.И.,

*Государственное бюджетное учреждения здравоохранения
«Краевой клинический наркологический диспансер»*

Болезни зависимости, или аддиктивная патология, включает зависимость от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ – так называемая химическая зависимость, разнообразные формы нехимических зависимостей, а также широкий спектр связанных с ними психических расстройств психотического и непсихотического характера, заболеваний инфекционной (ВИЧ, гепатиты и др.) и неврологической природы.

В настоящее время проблема зависимости от психоактивных веществ в Российской Федерации не потеряла своей актуальности и представляет серьезную угрозу здоровью населения. Только по данным официальной статистики более 2 % населения страдают теми или иными наркологическими расстройствами, которые объединены в X класс МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ».

Приоритетные направления государственной антинаркотической и антиалкогольной политики:

- Предупреждение, выявление и пресечение незаконного оборота наркотиков и их прекурсоров;
- Повышение эффективности регулирования алкогольного рынка и значительное снижение уровня потребления алкогольной продукции;
- Повышение эффективности систем профилактики немедицинского потребления наркотических и психоактивных веществ, злоупотребления алкогольной продукцией.

Профилактика (по определению ВОЗ) – это действия, направленные на уменьшение вероятности возникновения заболевания или нарушения, на прерывание или замедление прогрессирования заболевания, а также на уменьшение нетрудоспособности.

Профилактика зависимости от наркотических средств и психотропных веществ представляет собой стратегию, направленную на снижение факто-

ров риска данного заболевания либо на усиление других факторов, которые понижают восприимчивость к болезни.

Факторы риска нередко специфичны для определенных возрастных и этнических групп, для определенной общественной среды и могут зависеть от вида употребляемого наркотика.

Например, факторами риска употребления наркотиков могут быть: проблемы физического и психического здоровья; рождение и воспитание в семье больных алкоголизмом, наркоманией; регулярное общение со сверстниками, употребляющими наркотики, отсутствие устойчивости к давлению сверстников; личностные особенности (неуверенность в себе, заниженная самооценка, колебания настроения, невысокий интеллект, неприятие социальных норм, ценностей; ранняя сексуальная активность, подростковая беременность; высокий уровень семейного стресса, семейная нестабильность, проблемы межличностного общения в семье, школе, со сверстниками. Факторами защиты от риска употребления наркотиков могут быть: семейная стабильность и сплоченность, адекватное воспитание и теплые, близкие отношения с членами семьи; средний и высокий уровень дохода в семье, адекватная обеспеченность жильем, высокое качество медицинской помощи, низкий уровень преступности в регионе, доступность служб социальной помощи; высокий уровень интеллекта и стрессоустойчивость, физическое и психическое благополучие; высокая самооценка, навыки самостоятельного решения проблем, устойчивость к давлению сверстников, умение контролировать свое поведение, соблюдение норм общества в употреблении наркотиков.

Первичная профилактика зависимости от ПАВ имеет целью предупредить начало употребления лицами, ранее их не употреблявшими. Она является преимущественно социальной, наиболее массовой, ориентирована на общую популяцию детей, подростков, молодежи и стремится уменьшить число лиц, у которых может возникнуть заболевание, а ее усилия направлены не столько на предупреждение развития болезни, сколько на формирование способности сохранить либо укрепить здоровье.

Первичная профилактика включает (согласно Порядку оказания наркологической помощи населению): раннее выявление лиц, входящих в группы риска: употребляющих ПАВ, а также больных с наркологическими заболеваниями; медико-генетическое консультирование, направленное на выявление предрасположенности к потреблению психоактивных веществ; мотивационное консультирование детей и подростков, направленное на изменение дезадаптивных форм поведения, информирование населения о пагубности употребления ПАВ, особенно детей и женщин в репродуктивный период, включая период беременности; семейное консультирование, включая обучение родителей оздоровительной системе воспитания ребенка

Вторичная профилактика является избирательной, ориентирована на лиц, пробовавших наркотики, либо на лиц, имеющих признаки формирующейся зависимости от наркотиков в ее начальной стадии. Необходимость во вторичном профилактическом воздействии появляется в тех случаях, когда заболевание может возникнуть (профилактика для групп риска) либо когда оно возникло, но не достигло пика своего развития. Это начало коррекционной работы.

Третичная профилактика зависимости является преимущественно медицинской, индивидуальной и ориентирована на контингент больных, зависимых от ПАВ. Третичная профилактика типа «А» направлена на предупреждение дальнейшего злоупотребления алкоголем или наркотиками уже больными, либо на уменьшение очевидного вреда от их применения, на оказание помощи больным в преодолении зависимости. Третичная профилактика типа «Б», именуемая так же четвертичной, направлена на предупреждение рецидива заболевания.

Медицинская модель профилактики включает в себя (на примере функциональной деятельности «Центров здоровья» ПРИКАЗ N 597н от 19 августа 2009 года): информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах; групповую и индивидуальную пропаганду здорового образа жизни, профилактику возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь) и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих детей и близких; обучение граждан, в том числе детей, гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включая отказ от потребления алкоголя и табака; осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни и факторов риска развития заболеваний.

Образовательная модель профилактики включает в себя: внедрение в образовательную практику инновационных педагогических технологий, обеспечивающих развитие ценностей здорового образа жизни; включение в программу следующих учебных дисциплин (ОБЖ, биология, химия и т. д.) информации о наркотических средствах; переподготовку педагогического состава и повышение уровня осведомленности педагогов на предмет ранней диагностики случаев употребления ПАВ среди учащихся; наращивание информационного воздействия на подростков и молодежь.

Социально-психологическая модель включает в себя: социально-психологическое тестирование обучающихся, социально-психологический тренинг, направленный на профилактику аддиктивного поведения и сознательный выбор здорового образа жизни, работу с педагогами и семьей учащихся, организацию молодежных волонтерских служб.

Межведомственные мероприятия, способствующие раннему выявлению случаев употребления алкоголя, наркотиков, токсических веществ: проведение социально-психологического тестирования, как в учебных заведениях, так и на базе «Центров здоровья»; проведение профилактических медицинских осмотров в учреждениях здравоохранения, включающих в себя экспресс-тестирование на употребление ПАВ, работа с контингентом комиссий и инспекций по делам несовершеннолетних.

ОСОБЕННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА СТАВРОПОЛЬЕ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

Выблов А.В., Мальцева Т.Ю.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер»*

Опухоли кожи в Ставропольском крае занимают первое место среди всей онкологической патологии. Рак кожи – это самое распространенное онкологическое заболевание. Среди мужчин оно встречается у 26 человек из 100 000, среди женщин – у 21. Случаи онкологических опухолей на коже сегодня диагностируются все чаще.

На территории России опухоль чаще встречается на юге в Ставропольском и Краснодарском краях, Астраханской и Ростовской области. Заболеваемость раком кожи в последние годы возрастает. Темп прироста соответствует общему росту заболеваемости злокачественными опухолями.

Три закономерности объясняют неодинаковую частоту рака кожи на разных территориях:

- Опухоль чаще встречается у жителей южных областей и районов. Так в Ставропольском крае заболеваемость раком кожи в 5 раз выше, чем в Тюменской области.
- В группу риска попадают, в первую очередь, люди со светлой кожей. Так, если белокожий человек приехал отдыхать на юг, вероятность развития рака у него намного выше, чем у местного жителя со смуглой кожей. Что касается негров, то у них рак кожи встречается в 6-10 раз реже, чем у белых.
- Благоприятные условия для развития рака – регулярное и долгое пребывание на открытом воздухе. Так, люди, чья профессия связана с работой на улице (фермеры, рыбаки) более подвержены раку кожи.

Отчего развивается рак кожи?

Люди, которые длительное время находятся под воздействием ультрафиолетового излучения, подвергают себя большему риску развития рака кожи. Кроме того, опухоль может развиваться вследствие радиоактивного излучения или продолжительного термического воздействия. Велика вероятность

развития рака также у людей, которые в силу своей профессиональной деятельности регулярно контактируют со смолами, сажей, дегтем и мышьяком.

Заболевания, предшествующие раку кожи

Развитию рака могут предшествовать такие заболевания как болезнь Педжета, пигментная ксеродема, эритроплазия Кейера и болезнь Боуэна. Эти заболевания называют облигатным предраком кожи. Они встречаются крайне редко, протекают медленно, но их появление всегда свидетельствует о том, что скоро у пациента будет развиваться рак. Кроме того, благоприятными условиями для рака можно считать дерматиты в хронической форме, воспаления, хронические дистрофические процессы, раны и язвы, которые долго не заживают.

Самое вероятное место локализации раковой опухоли – открытые участки кожи. Около 70 % случаев заболевания – это поражение лица (нос, лоб, область возле глаз, виски и уши). В 5–10 % случаев рак развивается на коже конечностей. С такой же частотой он поражает туловище.

В 70–75 % случаев опухоль представляет собой базилиому (базальноклеточный рак кожи). Данная разновидность практически не дает метастазов, но может прорасти в соседние ткани. Ее рост, как правильно, происходит очень медленно. Учитывая эти отличительные особенности базилиомы, некоторые медики считают ее промежуточным состоянием между доброкачественной и злокачественной опухолью.

Более редкой разновидностью онкологических образований на коже является плоскоклеточный рак, развивающийся из предраковых заболеваний. Опухоль одиночная, может образоваться на любой части тела. Обычно быстро разрастается и дает метастазы (лимфогенным путем). В 10 % случаев плоскоклеточного рака поражаются лимфатические узлы. В отдельных случаях наблюдаются гематогенные метастазы на коже и легких.

Течение заболевания

Чаще всего рак кожи приобретает поверхностную форму. Вначале на теле образуются 1–2 едва заметных уплотнения, которые расположены очень близко друг к другу и имеют желтоватый или матовый оттенок. Они немного возвышаются над поверхностью кожи и не вызывают никакого дискомфорта. Поэтому на этой стадии пациенты не обращаются за медицинской помощью.

Со временем образование растет, становится похожим на желтоватую или сероватую бляшку, которая в виде плотного валика возвышается на теле, но по-прежнему не вызывает никаких болевых ощущений. Поверхность опухоли может быть гладкой или шероховатой, контур ее неровный. Через время в середине опухоли появляется выемка, которую покрывает подсо-

хшая корочка. Если корочку удалить, из-под нее выступает капля крови. Когда опухоль увеличивается в размере, в ее центре образуется большая эрозированная рана с неровными краями и сухой корочкой. Эти признаки характерны в основном для базальноклеточного рака.

Плоскоклеточный рак обычно представляет собой инфильтрующее образование, которое, по сути, является глубокой раной с неровными корками из отмерших тканей. Края раны плотные, в виде валиков. Образование быстро разрастается и поражает соседние ткани, становясь неподвижным.

Еще одна разновидность плоскоклеточного рака – папиллярная форма, при которой образуется плотная, возвышающаяся на коже опухоль с широким основанием. Из опухоли часто идет кровь, она покрыта неровной сухой корочкой, по виду напоминающей цветную капусту.

Лечение рака кожи

В зависимости от места расположения опухоли, ее формы, стадии и гистологического строения врач может назначить операцию по ее удалению, лучевую терапию, криогенное, лазерное или лекарственное лечение. Чаще всего для более эффективного лечения назначается сразу несколько способов. Если опухоль находится на лице, назначенная терапия не должна привести к образованию шрамов и рубцов (в любом случае, при выборе лечения приоритет надо отдавать его эффективности).

Если рак локализуется на конечностях и туловище, велика вероятность, что врач назначит хирургическое удаление опухоли. В ходе операции опухоль вырезают на расстоянии 1–2 см от ее видимой границы.

Если опухоль небольшая по размеру, ее целесообразно лечить при помощи лучевой терапии. Доза излучения в 50–70 Грей является достаточной для того, чтобы добиться хороших результатов. Менее эффективна лучевая терапия при инфильтрующей форме, а также в случаях, когда опухоль находится возле глаз, на ушах и в области хрящей. К сожалению, вместе с опухолью излучение повреждает здоровые ткани, что приводит к лучевым язвам и перихондритам. Лечение лучевой терапией, как правило, довольно продолжительно (более 1 месяца).

В Ставропольском краевом клиническом онкологическом диспансере в радиологическом отделении №1 ведется поиск новых эффективных и органосохраняющих методов лечения злокачественных опухолей кожи по разным направлениям. Одним из них является фотодинамическая терапия.

Фотодинамическая терапия (ФДТ) – принципиально новый метод лечения злокачественных новообразований кожи. Американские ученые считают, что по значению для человечества, изобретение фотодинамической терапии можно сравнить с открытием антибиотиков.

Этот метод основан на том, что опухолевые клетки разрушаются под дей-

ствием активных форм кислорода, которые образуются при фотохимической реакции.

Селективное разрушение опухоли в процесс ФДТ с максимальным сохранением здоровых тканей приобретает особое значение при, так называемых, «неудобных» локализациях опухолевых очагов, когда хирургическое лечение и лучевая терапия невыполнимо в силу анатомических особенностей, и высоким риском осложнений. К таким локализациям относится кожа носа, век и периорбитальная область, волосистая часть головы, ушные раковины, наружный слуховой проход, гениталии, кожа верхних и нижних конечностей. Так же показанием для проведения ФДТ являются рецидивные и остаточные опухоли, нечувствительные к традиционным методам лечения, обширное поражение кожи опухолевым процессом, высокий риск осложнений после лучевого, хирургического лечения у пациентов с выраженной сопутствующей патологией (например, наличие кардиостимулятора у пациента с опухолью кожи грудное клетки, не является противопоказанием к проведению фотодинамической терапии). Метод хорош и тем, что не требует анестезии, ни местной, ни общей. Он позволяет лечить и тех пациентов, которым наркоз противопоказан или опасен.

Криогенное лечение – это обработка опухоли жидким азотом. При низкой температуре структура образования разрушается, а через время наступает заживление поврежденного участка кожи. Чаще всего на нем не остается шрамов и рубцов. Лечение жидким азотом имеет смысл при неглубокой локализации опухоли.

Лазерная терапия также является очень эффективным способом решения проблемы. Чтобы раковые клетки стали отмирать, достаточно всего одного сеанса. После окончания лечения пораженный участок кожи заживает, на месте опухоли образуется эластичный рубец.

Медикаментозная терапия рака – это дополнительный способ лечения, который призван усилить эффект основного метода. Лекарства назначаются до или после хирургической операции или при лучевой терапии, которая следует за оперативным вмешательством.

Если опухоль дала рецидив, больному необходима хирургическая операция, при которой происходит удаление образования. После того, как опухоль будет удалена, при необходимости хирург устраняет косметический дефект.

Прежде, чем проводить лечение метастазов, нужно устранить первичную опухоль. Чаще всего метастазы удаляются хирургическим путем (если они клинически определяемы). Если метастазы ограниченно подвижны, перед операцией назначается курс лучевой терапии, после чего образования удаляются.

Профилактика рака кожи. Чтобы предотвратить развитие рака, необходимо выполнять следующие рекомендации:

- Защищать лицо и шею от ультрафиолетового излучения (особенно тщательно надо следить за этим пожилым людям и тем, у кого светлая кожа).
- Использовать питательные и увлажняющие кремы.
- Следить, чтобы все раны и свищи на коже вовремя и полностью заживали.
- Защищать шрамы и рубцы от механических повреждений.
- Соблюдать правила безопасности и личной гигиены при контакте с канцерогенными веществами и смазочными материалами.
- Вовремя вылечивать кожные заболевания, предшествующие раку.

СОЦИАЛЬНЫЕ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗИТИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ В КОЛЛЕКТИВЕ

*Былим И.А.,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Ставропольская краевая клиническая
психиатрическая больница № 1»*

Ключ к успеху любой организации – в людях.

Что определяет важность позитивных отношений в коллективе?

Позитивные отношения – наличие хорошо развитых контактов. Позитивное взаимодействие – создание положительного эмоционального климата.

Позитивные отношения в коллективе расширяют стили поведения.

Позитивные отношения преодолевают конфликтные ситуации.

Существует два способа организации коллектива.

Первый способ – иерархический. Предполагает наличие некоторого социального рейтинга или градации у каждого из участников. В зависимости от этого определяется и социальная значимость и авторитетность каждого члена. Традиционно в рабочем коллективе выделяются следующие роли: лидер, члены коллектива, поддерживающие лидера, эксперт, оппозиционер, отверженный, скрытый лидер.

Второй способ – демократический. Предполагает равенство рейтингов всех участников рабочей группы. Эта структура также предполагает наличие основных значимых ролей, однако отличается гибкостью в поведении лидера, меньшую социальную дистанцию между лидером и отвергаемым, особые отношения между лидером и оппозицией.

Конфликт – это столкновение противоположно направленных целей, интересов.

Основными источниками возникновения напряженности (конфликта) во взаимоотношениях могут быть:

- отсутствие взаимопонимания между людьми, наличие подчас противоположных интересов, чувство обиды, зависть или месть, низкая культура общения.

- несовместимость характеров.
- неумение найти общий язык.
- недостатки в организации труда.
- психологическая несовместимость.

Способы предупреждения конфликтов.

Конфликт регулируется нормами социального поведения. Большое значение имеют нравственные нормы, они затрагивают наши представления о добре и зле, правильном и неправильном поведении, справедливости и порядочности.

Предупредить конфликты гораздо легче, чем разрешить их. Профилактика конфликтов не менее важна, чем умение их разрешать.

Существует множество методик для предупреждения конфликтов, профилактики их возникновения и развития.

Метод согласия – как один из способов предупреждения конфликтов, – строится на том, что конфликтующие стороны вовлекаются в совместные мероприятия, в ходе взаимодействия в которых у них появляются общие интересы или проблемы, требующие совместных усилий для их решения.

Метод доброжелательности (симпатии и понимания другого человека) направлен на выработку чувства сострадания, понимания проблем другого человека и оказания ему моральной поддержки. Метод хорошо зарекомендовал себя в кризисных ситуациях для предотвращения конфликта.

Профилактика конфликта с помощью метода сохранения репутации коллеги по работе. При наличии любого рода разногласий, которые способствуют возникновению конфликтной ситуации, для предотвращения и предупреждения конфликта необходимо объяснить сторонам важность признания достоинств партнера, его авторитета, выявления скрытых положительных сторон.

Метод психологического подъема – говорит о том, что настроение в коллективе, чувства людей и эмоции людей поддаются психокоррекции и регулированию. Такому способу профилактики конфликта, полезны такие мероприятия, как проведение корпоративов, совместное празднование юбилеев и праздников.

Таким образом, формирование позитивных отношений в коллективе является важным и необходимым условием достижения успешных результатов в трудовой деятельности. Достаточно сформированные позитивные взаимоотношения позволяют создать единое информационное пространство в коллективе, способствуют развитию положительного климата в коллективе и возможности конструктивного решения конфликтных ситуаций. Ключ к успеху любой организации – в людях. И от того как сформированы отношения в коллективе зависит не только его успешность, но и результативность

деятельности всего коллектива в целом, а главное производительность труда и поставленные цели и задачи.

Вся организация начинает работать на качественно новом уровне:

- повышается дисциплина и исполнительность персонала;
- приказы и распоряжения руководителей начинают исполняться;
- организация становится полностью управляемой, процесс управления многократно упрощается;
- у руководителей высвобождается время для решения стратегических задач учреждения.

СОВРЕМЕННАЯ ПАРАДИГМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ ДРЕЙФА ГУМАНИСТИЧЕСКИХ ЦЕННОСТЕЙ

*Василенко А.О.,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Ставропольская краевая клиническая
психиатрическая больница № 1»*

Термин «психологическое здоровье» в отечественной психологии был введен И.В. Дубровиной и ее сотрудниками. По их мнению, термин «психическое здоровье» имеет отношение к отдельным психическим процессам и механизмам, а термин «психологическое здоровье» – относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и проявляет собственно психологический аспект проблем психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов (И.В. Дубровина, 1998). Многие исследователи называют социальную адаптацию важным критерием здоровья. Он является объективно измеряемым, и заменяем на термин «социальное здоровье личности», в структуре которого рассматривают и такие стороны, как социальность чувств (А. Адлер), просоциальность личности (А.В. Сахно), моральное здоровье (Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков, В.Н. Мясищев, Г.С. Никифоров, А. Маслоу, И.Н. Гурвич, О.А. Фурсова, О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов). Эти стороны человеческого бытия изучались и ранее. Эволюция философских, а затем и психологических воззрений шла по спирали. От античного представления о человеке, как о субъекте, имеющем возможность морального выбора, развития, подвига, к средневековому теоцентризму, который признавал ценность человека, лишь в его служении богу. Смысл человеческого бытия заключался в искуплении изначального зла (первородного греха) страданием и служением (Фома Аквинский). В эпоху возрождения моральное развитие человека (по И. Канту) заключалось в подчинении врожденному злу, эгоизма, страстей «долгу», интересам нации, государству. Во времена просвещения наступает расцвет антропоцентрических теорий. Человек становится ценностью, саморазвитие – «правильным» жизненным кредо. В

крайних вариантах – индивидуальное счастье противопоставлялось презируемому альтруизму (Ф.Ницше).

В современном обществе (согласно Э. Фромму), пропагандируются две прямо противоположные идеи. Формула «не будь эгоистом» внушается с самого детства и в семье и в государстве, являясь основой для подчиняемого и жертвенного поведения. Однако, помимо этого, пропагандируется и прямо противоположная идея: блюди свою выгоду, делай то, что полезно тебе, ибо, поступая так, ты будешь действовать и на благо других. Эгоизм является основой благоденствия, краеугольным камнем в построении общества всеобщей конкуренции. Два этих, казалось бы, несовместимых принципа проповедуются в одной и той же культуре. Эта несовместимость порождает у людей чувство замешательства, растерянности. То, что им приходится разрываться между ними, представляет серьезную помеху в деле становления целостной личности и является одним из наиболее значительных источников переживания современным человеком чувства беспомощности (К. Ясперс, К. Хорни, Р. Линд). По Э. Фромму, современный человек является жертвой этой путаницы. Думая, что руководствуется лишь собственными интересами, личной выгодой, он ориентирован на зарабатывание денег для своего удовольствия и благополучия. В действительности – является рабом экономической системы, а материальные ценности лишают его возможности познать свои истинные потребности, сделать достижение своих личных интересов главной нормой жизни. Он обманывает сам себя в том смысле, что наиболее важные, значительные возможности остаются нереализованными. Общепризнанными ценностями в наши дни стали деловитость, ловкость, предприимчивость, умение заботиться о материальном благополучии близких, хорошая физическая форма, молодость, если не молодость, сексуальная активность. Далеко, на задние ряды отодвинуты такие ценности как честность, альтруизм, профессионализм, мудрость, верность, умение рассуждать, аскетизм, душевная гармония, жертвенность. Такое положение вещей приводит в индивидуальном масштабе к возникновению экзистенциального тупика, когда осознание бессмыслия материальных накоплений приводит к потере смысла жизни, развитию невроза. А в глобальном, к деградации профессиональных сообществ, нефинансированию фундаментальной науки и других областей человеческого знания и культуры, не приносящих быстрой финансовой отдачи. Т.о. психологическое здоровье человека и общества находится в ситуации нравственного кризиса, вызванного несоответствием устаревшей морали и быстрым развитием технических устройств, благосостояния, информационных ресурсов.

ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС КАК ФАКТОР РИСКА

Славицкая Е.С.,

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Краевой эндокринологический диспансер»*

Избыточный вес и ожирение официально признано неинфекционной эпидемией нашего времени. В настоящее время 1,5–1,7 млрд человек имеют ожирение или избыточную массу тела. Угрожающими темпами эпидемия ожирения распространяется и среди подростков и детей. В развитых странах мира до 25 % подростков имеют избыточную массу тела, а 15 % страдают ожирением. Как показало последнее исследование, в России 11,8 % подростков имеют избыточный вес, из них 2,3 % страдают ожирением.

В настоящее время каждый второй житель России имеет избыточную массу тела или ожирение. Согласно прогнозу Всемирной организации здравоохранения количество таких пациентов в мире увеличится вдвое и составит 50 %. По данным ВОЗ, в развитых странах Европы от 45 до 60 % жителей имеют лишний вес. Парадоксально, но, несмотря на крайне сложные экономические условия, в России почти у 60 % населения отмечается избыточная масса тела разной степени выраженности. Эта проблема становится приоритетной для систем здравоохранения во многих странах мира.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) относит ожирение к хроническим заболеваниям. В связи с повсеместным ростом частоты ожирения, она характеризует его как эпидемическое заболевание. Ожирение несомненно является типичным хроническим заболеванием с вторичным развитием и нарастанием симптомов тяжелых осложнений.

Важным шагом на пути признания ожирения заболеванием является определение критериев тяжести заболевания, ВОЗ считает рациональным простой количественный критерий для оценки избыточной массы тела и ожирения – индекс массы тела (ИМТ).

Ожирение – полиэтиологическое заболевание. В его развитии принимают участие: факторы окружающей среды, особенности поведения, генетическая предрасположенность, нарушения эндокринной системы. Установить точную этиологию ожирения удается не более чем у 5 % пациентов, когда

ожирения является одним из симптомов редких генетических синдромов, или эндокринных заболеваний. Во всех остальных случаях приходится констатировать, что избыточный вес или ожирение – это следствие сложного взаимодействия нескольких групп факторов- наследственных, эндокринных, психологических, культурологических, социально-экономических. Однако каким бы ни был «букет» этиопатогенетических факторов ожирения, ключевым моментом, определяющим его развитие, в любом случае, будет положительный энергетический баланс в организме.

Заболевания, сопутствующие ожирению:

- артериальная гипертония встречается в 2,9 раза чаще, чем у лиц без ожирения;
- гиперхолестеринемия у молодых- в 2, 1раза чаще, чем у лиц без ожирения;
- нарушения углеводного обмена, в том числе и сахарный диабет – в 2,9 раза чаще, чем у лиц без ожирения;
- онкологические заболевания часто встречающиеся при ожирении: гормонозависимые
- рак эндометрия, рак предстательной железы, рак яичников, рак молочной железы, рак шейки матки, рак почки; гормонезависимые – рак поперечноободочной и прямой кишок, рак желчного пузыря, рак поджелудочной железы, рак печени.

Другие заболевания часто сопутствующие ожирению: деформирующий остеоартроз, деформации стопы, синдром апноэ во сне, бесплодие, заболевания печени желчного пузыря, тромбоэмболии.

Ожирение – самый мощный фактор риска развития сахарного диабета 2 типа. 90 % всех случаев диабета приходится на сахарный диабет 2 типа, 80-90 % больных сахарным диабетом 2 типа имеют ожирение. Наиболее серьезными медицинскими проблемами, обусловленными ожирением, которые угрожают жизни пациента или существенным образом снижают качество жизни и требуют специальной терапии, являются: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, злокачественные образования, синдром апноэ во время сна.

Ожирение резко повышает смертность. Например, у больных сахарным диабетом с массой тела, на 25 % превышающей норму, вероятность преждевременной смерти увеличивается в пять раз. При ИМТ выше 32,5 риск смертности возрастает в 2,5 раза по сравнению с группой лиц с ИМТ 19. Особенно неблагоприятен высокий ИМТ в молодом возрасте. В группе лиц до 35 лет с ИМТ выше 40 риск смерти увеличивается в 12 раз!

Социальная значимость ожирения и затраты общества на лечение ожирения чрезвычайно высоки. Не случайно в ряде западных стран, а особенно

в США, пропаганда здорового образа жизни возведена в ранг государственной политики по защите здоровья населения.

В развитых странах суммарные расходы на лечение ожирения составляют около 10 % всех расходов на здравоохранение. Прямые расходы на лечение ожирения составляют от 3 % до 5 % всех расходов на здравоохранение. Социальные, или не прямые затраты – это затраты связанные со снижением трудоспособности, инвалидностью по болезни (как правило, связанным с ожирением заболеванием), снижением качества жизни, преждевременной смертностью. По данным исследований, проведенных в западных странах, среднегодовые затраты на медицинское обеспечение находятся в прямой корреляции с ИМТ пациентов.

Таким образом, ожирение это серьезная медико-социальная проблема. Официальное признание ожирения болезнью было важным решением ВОЗ, так как оно является обоснованием для дальнейшей разработки методологии изучения проблем, связанных с развитием этого распространенного заболевания, его осложнений, а также разработки программ профилактики.

Первичная профилактика ожирения состоит из общепринятых мер по модификации образа жизни, таких как поощрения физической активности, снижения потребления энергии за счет жиров.

Вторичная профилактика при ожирении – своевременное установление диагноза избыточного веса или ожирения, применения комплекса мер по снижению веса или предупреждение его дальнейшего нарастания. Клиническими исследованиями установлено, что снижение избыточного веса даже на 5–10 кг приносит пользу здоровью.

Изменения, происходящие при умеренном снижении массы тела (на 5–10 кг):

- снижение общей смертности – на 20 %;
- снижение риска развития сахарного диабета – на 50 %;
- уменьшение летальных осложнений сахарного диабета – на 44 %;
- снижение смертности от ишемической болезни сердца – на 9 %;
- уменьшение симптомов стенокардии – на 9 %;
- снижение смертности от онкологических заболеваний, связанных с ожирением – на 40 %.

Избыточный вес признан одним из корригируемых факторов риска развития многих заболеваний.

Третичная профилактика при ожирении направлена на лечение сопутствующих ожирению заболеваний, таких как гипертония, сахарный диабет, и их осложнений для предотвращения инвалидизации и прогрессирующего снижения качества жизни.

Показания к проведению профилактики:

- семейная предрасположенность к развитию ожирения;

- предрасположенность к развитию заболеваний, сопутствующих ожирению (артериальная гипертония, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца и др.);
- наличие ранних факторов риска метаболического синдрома (гиперлипидемия, нарушение толерантности к углеводам и др.)
- ИМТ более 25 кг/м² у не рожавших женщин

Ожирение – это хроническое заболевание, которое требует длительного пожизненного лечения. В настоящее время принята концепция индивидуальной коррекции и последующей стабилизации веса. Основными принципами индивидуальных программ поэтапного снижения массы тела являются: формирование гипокалорийного рациона с расчетом потребляемой энергии, правильный выбор продуктов питания, физическая активность.

ИННОВАЦИИ ФТИЗИАТРИИ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ

*Одинец В.С., Баронова О.Д.,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Краевой клинический противотуберкулезный диспансер»
г. Ставрополь*

Среди многочисленных сфер деятельности фтизиатрической службы Ставропольского края особое место занимает профилактическое направление. Ни для кого не секрет, что традиционно используемые в профилактической работе лекции и беседы утратили свою актуальность. Широкое распространение мультимедийных технологий в нашей жизни, а также большой интерес к ним детской и молодежной аудитории требуют внедрения мультимедийных форм профилактической работы.

С этой целью врачами-фтизиатрами и медицинскими сестрами нашего учреждения разработаны профилактические программы в виде видеороликов, видеофильмов и презентаций. Мультимедийные материалы подготовлены и ориентированы с учетом различных возрастных категорий: детей дошкольного возраста, учеников начальной школы, подростков. Работа проводится в течение всего календарного года. На постоянной основе работает врач-фтизиатр (педиатр), прошедший тематическое обучение профилактической работе, а также бригада медицинских сестер «Берегиня».

Наиболее сложной стала подготовка материалов по профилактике туберкулеза и пропаганде здорового образа жизни для детей дошкольного возраста. С этой целью создана «Сказка, о том, где туберкулезной палочке жить хорошо». Такая форма изложения медицинского материала несет в себе тип информации, доступный и понятный дошкольникам. Яркие образы, наполненные новыми понятиями, позволяют задействовать различные каналы восприятия, повышают непроизвольное внимание детей. За счет высокой динамики сменяющихся эпизодов эффективно проходит усвоение материала. Созданная нами сказка получила высокую оценку – 1 место на Всероссийском конкурсе «Сестринские достижения в области ухода, лечения и профилактики туберкулеза, МЛУ-туберкулеза» в 2011 году. С марта

2011 года сказка размещена на сайте нашего учреждения, что дает возможность фтизиатрам нашего края использовать этот яркий и нестандартный видеоматериал в профилактической работе не только в г.Ставрополе, но и в территориях края.

Презентации и видеоролики для детей школьного возраста, подростковой аудитории формировались на основании принципов нейтральности в подаче информации,

всестороннего обсуждения проблемы, взаимоуважения в процессе информирования. Использование видеоматериалов сочетается с изготовлением поделок, участием в ролевых играх.

Для детей школьного возраста создан фильм о предупреждении заражения туберкулезом, демонстрация которого занимает 12 минут. Практика показала, что краткое и конкретное изложение материала позволяет сконцентрировать внимание аудитории, вызывать интерес к проблеме. Для оценки эффективности такого вида обучения проводится анкетирование детей до и после показа фильма, и, таким образом, оценивается первоначальная осведомленность детей о туберкулезе, а также определяется степень закрепления новой информации.

В работе фтизиатрической службы края с детьми и подростками широко используется символика, которая становится узнаваемой в крае. Так ежегодно выпускается серия значков – «24 марта – день белого цветка». На профилактических материалах, листовках, баннерах используется логотип ГБУЗ СК «Краевой противотуберкулезный диспансер» в виде белой ромашки. В качестве поощрения при встречах со школьниками также распространяются значки с Белой ромашкой – символом борьбы с туберкулезом.

Важную роль в профилактике туберкулеза играет тесное сотрудничество со студентами Ставропольской государственной медицинской академии. В период проведения месячника по борьбе с туберкулезом студенты-волонтеры, прошедшие обучение по проблеме распространения туберкулеза в современных условиях, передают свои знания школьникам краевого центра, распространяют листовки, проводят акции по привлечению внимания жителей города Ставрополя к проблеме предупреждения заболевания туберкулезом.

Еще одним направлением профилактической работы среди детской аудитории стало проведение краевого конкурса детского плаката на тему о туберкулезе. В 2005 году по инициативе Российского Красного Креста в Ставропольском крае был проведен первый конкурс детского плаката, на который были представлены 29 творческих работ. В 2006 году три плаката детей Ставропольского края были включены в экспозицию детских рисунков, посвященных вопросам повышения знаний детей и подростков о туберкулезе

в Германии, в г.Мюнхен. С каждым годом интерес в крае к этому конкурсу становился все больше: увеличилось число представляемых работ, с 2009 года плакаты наших школьников ежегодно занимают призовые места на Всероссийском конкурсе в Москве.

В 2012 году выставка детского плаката впервые была безвозмездно размещена в выставочном зале Ставропольского краевого отделения Союза художников России, где было собрано 99 работ из 23 районов и городов Ставропольского края. С представленными работами могли познакомиться жители краевого центра в период с 22 марта по 1 апреля 2012 года. Выставка плакатов приурочена к проведению Всемирного дня борьбы с туберкулезом, а также краевого месячника по борьбе с туберкулезом. Художественные образы, отраженные в лучших плакатах, широко используются фтизиатрами для профилактической работы. На основе лучших графических образов выпущены и распространены листовки по профилактике туберкулеза.

Разработанные и создаваемые материалы профилактической направленности широко представлены в сети Интернет, на сайте ГБУЗ СК ККПТД, на сайтах Администрации г.Ставрополя, г.Невинномысска, ГБУЗ СК «Ставропольский краевой центр лечебной физкультуры и спортивной медицины». На сайте нашего учреждения, который функционирует с 2009 года, создан специальный раздел: «Вопросы и ответы», где любой пользователь Интернета может обратиться с вопросами к специалистам противотуберкулезной службы. Наличие такого интерактивного общения доказало свою эффективность, за 3 года работы сайт посетили 64495 пользователей. Постоянно пополняется наиболее актуальными материалами библиотека сайта, где собрана информация как для врачей-фтизиатров, для медицинских работников общей лечебной сети, так и для молодежной аудитории, интересующейся проблемой туберкулеза.

Эффективность обучения на примере художественного образа, видеоматериалов, современных технологий сети Интернет предполагает дальнейшее развитие профилактического направления работы с детьми и подростками Ставропольского края.

НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Филоненко Н.Г., Савенко В.И.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Ставропольский краевой центр по профилактике
и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»*

Распространение ВИЧ-инфекции остается одной из актуальных проблем современного общества. Каждый день в мире появляется 7400 новых ВИЧ-инфицированных и 5500 человек умирают от заболеваний, вызванных СПИДом.

По данным глобального доклада ЮНЭЙДС (ноябрь 2010г) на конец 2009 г. оценочное количество людей, живущих с ВИЧ, составило 33,5 миллиона человек. За последние 10 лет число новых случаев ВИЧ-инфекции снизилось почти на 20 %. Как минимум в 56 странах удалось либо стабилизировать, либо снизить темпы роста новых случаев ВИЧ-инфекции. Исполнительный директор ЮНЭЙДС Мишель Сидибе отметил, что инвестиции в противодействие СПИДу окупаются, но достижения пока еще хрупкие.

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации продолжает ухудшаться: число ВИЧ-инфицированных граждан увеличилось до 650 тысяч человек. Пораженность населения ВИЧ-инфекцией в целом составила 0,4 %, а в возрастной группе 15-49 лет 0,7 %.

На фоне интенсивного развития эпидемии ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации, Ставропольский край пока относится к регионам с низким уровнем распространения инфекции. Показатель распространенности составил 41,1 на 100 тыс. населения, что в 11 раз ниже, чем по России (457). Но эпидемия продолжает развиваться. За период с 1987 по 2011 годы зарегистрировано 1113 случаев ВИЧ-инфекции у жителей Ставропольского края. В 2011 году выявлено 132 новых случая, что на 4,2 % больше, чем в 2010 году.

В крае наиболее активно вовлеченными в эпидемию ВИЧ-инфекции являются молодые люди в возрасте от 20 до 40 лет, на долю которых приходится почти 80 % от числа впервые выявленных.

Ведущим путем передачи ВИЧ на территории края является половой, на долю которого приходится 75 % случаев заражения, однако актуальность наркотического пути передачи инфекции сохраняется.

Для повышения эффективности противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа и снижения ее негативных последствий в современных условиях определены следующие направления:

1. Обследование населения на ВИЧ.

В России скрининг на ВИЧ ведется с 1987 года, что позволяет активно выявлять ВИЧ-инфицированных и устанавливать источник заражения. Опыт России по скринингу сегодня с успехом используется в США и Франции. Ежегодно в России на ВИЧ обследуется 22-24 миллиона человек. В Ставропольском крае число обследованных выросло с 230 тысяч в 2006г. до 314 тысяч в 2011г.

2. Антиретровирусная терапия.

Лечение не является «чудодейственным средством», которое может остановить эпидемию. Однако антиретровирусная терапия (АРВТ) снижает вирусную нагрузку у инфицированных людей, что позволяет уменьшить риск дальнейшей передачи ВИЧ. Это доказано клиническими исследованиями:

- HPTN 052. С 2005 по 2010г.г. в 9 странах (Бразилия, Индия, США, ЮАР и др.) обследовано 1763 дискордантных по ВИЧ пары. Результат – незамедлительное начало АРВТ снижает риск передачи ВИЧ на 96 %.
- Partners in Prevention HSV/HIV Transmission Study. С 2004 по 2007 г.г. в ЮАР обследована 3381 дискордантная пара. Результат – прием АРВТ снизил риск передачи ВИЧ на 92 %.

В России антиретровирусная терапия широко внедрена с 2006 года. В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2011 году в стране лечение получали 97642 ВИЧ-инфицированных или 97,6 % от числа нуждающихся. В Ставропольском крае лечение получали 102 пациента, все нуждающиеся. Количество ВИЧ-инфицированных, получающих АРВТ с каждым годом растет.

3. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку является важнейшим достижением в осуществлении мер в ответ на эпидемию за последнее десятилетие. Если брать в мировом масштабе (по данным глобального отчета 2010), то в 2009г. число детей, заразившихся ВИЧ в результате передачи инфекции от матери ребенку составило 370 тысяч или на 24 % меньше, чем в 2004 году (500 тыс.). В Российской Федерации химиопрофилактику вертикальной передачи ВИЧ в 2011 году получили 95 % беременных женщин, завершивших беременность родами. Передача ВИЧ от матери ребенку по стране находится на уровне 6 %. В Ставропольском крае с 1987 по 2011 годы родилось 146 детей от ВИЧ-инфицированных

матерей. У 122 детей заражение ВИЧ предотвращено. В 10 случаях (6,8 %) установлен диагноз «ВИЧ-инфекция».

Цель всемирной организации (ВОЗ) снизить передачу ВИЧ-инфекции от матери ребенку до 0 случаев в 2015 году.

4. Расширение всесторонних и правильных знаний о ВИЧ-инфекции, изменение поведения снижает уровень заражения и распространенность ВИЧ.

Во всем мире уровень всесторонних и правильных знаний о ВИЧ среди молодых людей растет незначительно и в 2009г. составил лишь 34 %, чуть более одной трети от целевого показателя в 95 %. Только 10 стран имеют показатель уровня знаний выше 60 %.

Сегодня имеются огромные возможности для улучшения знаний и поведения с целью профилактики ВИЧ – информация на сайтах, доступная литература, статьи, плакаты, буклеты, видеофильмы, кабинеты до- и послепетового консультирования.

В крае большую информационную работу по профилактике ВИЧ-инфекции проводят краевой центр СПИД, учреждения образования, центр медицинской профилактики в г. Ставрополе, студенческое социальное агентство «Стимул», общественный благотворительный фонд «Выбор». По данным анкетирования информированность населения в г. Ставрополе по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции в 2011 году составила 69,2 %. И эту работу следует активно продолжать по всей территории края.

5. Создание вакцины.

Разработка первых протективных вакцин «AIDSVAX» VaxGen Inc. (2002г.) и «ALVAC (vCP1521)» Sanofi-Aventis.Kyron (1999г.) завершилась неудачей и остановкой исследований в 2003 и 2006 годах. Но успех наметился при объединении этих двух вакцин «ALVAC» + «AIDSVAX» (2003 – 2009 гг.). Третья фаза клинических испытаний RV144 прошла в Тайланде и эффективность вакцины составила 31,2 %.

В России в 2007 году на разработку вакцин выделен 1 миллиард рублей. Ведется разработка 3-х вакцин:

«ВИЧ-репол» – Московский консорциум, в 2010г. начаты клинические испытания 2 фазы (оценка эффективности и безопасности на ограниченных группах добровольцев);

«ДНК – 4» – консорциум Санкт-Петербурга;

«КомбиВИЧвак» – государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор». Последние два получили разрешение на проведение испытаний 2 фазы.

6. Новые направления – доконтактная химиопрофилактика. Создание препаратов Трувада и Тенофовир дают большую надежду на появление доконтактной химиопрофилактики ВИЧ-инфекции. Клинические ис-

пытания TDF 2 (2004-2010г.г) и Partners PrEP (2008–2011 гг.) показали, что ежедневный прием Трувады или Тенофовира снижает риск ВИЧ-инфицирования на 62–63 %.

Многообещающие результаты дает и разработанный на основе Тенофовира микробицид CAPRISA 004 (гель). Эффект от микробицида среди сексуально активных женщин, использовавших гель в течение 30 месяцев, составил 39 % (ЮАР, 2007–2010 гг.).

ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*Ефремов В.В.,
Ростовский государственный медицинский университет,
г. Ростов-на-Дону*

С учетом сложного сочетания патологических и компенсаторно-приспособительных изменений при цереброваскулярной патологии центральной нервной системы, наличия возможных сопутствующих соматических заболеваний при лечении больных возникает необходимость многонаправленного корректирующего воздействия на различные составляющие патологического процесса, что обеспечивается назначением большого количества медикаментозных средств. Побочные эффекты полипрагмазии делают актуальным поиск препаратов, обладающих универсальным системным воздействием на несколько мишеней одновременно. В этом контексте несомненный интерес представляет использование с целью коррекции возникающих нарушений полиэнзимных средств. Широкое распространение получил метод «системной энзимотерапии» (СЭТ), основанный на кооперативном воздействии целенаправленно составленных смесей протеаз на весь организм в целом (Рансбергер К., Ной С., 2002). В реакциях ограниченного протеолиза с помощью каскадного механизма препараты СЭТ реализуют противовоспалительный, иммуномодулирующий, противотечный, фибринолитический, антиагрегантный эффекты, что определяет целесообразность их использования при острой и хронической ишемии головного мозга.

Целью настоящего исследования являлось изучение эффективности применения препарата системной энзимотерапии флогэнзима у больных ишемическим инсультом (ИИ) и хронической ишемией головного мозга (ХИГМ). Проведено комплексное обследование 69 больных ИИ в возрасте от 40 до 57 лет. Степень тяжести инсульта оценивалась по шкале NIH – NINDS и составляла от 3 до 22 баллов. У большинства больных ИИ развился на фоне артериальной гипертензии (АГ). В анализ не включались больные с рас-

стройством сознания и глотания.

Основная группа состояла из 30 человек, в схему лечения которых, наряду с базовой терапией, был включен флогэнзим. В течение 1 месяца прием препарата осуществлялся по 4 таблетки 3 раза в день. Результаты сравнивались с больными (39 человек), принимавшими традиционную терапию (церебролизин, актовегин, пирацетам). Обеспечивалась необходимая коррекция гомеостаза и артериального давления. Группы были сопоставимы по возрастным и неврологическим показателям.

Обследовано 63 больных ХИГМ, обусловленной АГ, в возрасте от 22 до 59 лет. Все больные принимали комплексную, максимально унифицированную базисную терапию, направленную на обеспечение нейропротекции (церебролизин, пирацетам). Пациенты были разделены на 2 группы. В основную были включены 30 человек, в схему лечения которых был включен флогэнзим по 2 таблетки 3 раза в день 1 месяц. Группу сравнения составили 33 больных, не принимавших флогэнзим.

Диагноз устанавливался с учетом данных неврологической клиники, компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга. В диагностике ХИГМ учитывались результаты нейропсихологического тестирования (Mini – Mental State Examination (MMSE), оценка качества жизни по визуально-аналоговой шкале, транскраниальной доплерографии.

Сравнительная оценка динамики неврологической симптоматики в группе больных, принимавших стандартную терапию и пациентов, комплекс лечения которых был дополнен флогэнзимом, выявила существенные различия степени выраженности нарушения функций ЦНС. В обеих группах уже через 2 недели лечения установлено достоверное улучшение клинического состояния больных ($5,8 \pm 0,8$ и $7,5 \pm 0,7$ баллов соответственно). В то же время если в этот период отмечалась только тенденция к более значимому снижению выраженности неврологической симптоматики у больных, принимавших флогэнзим, по сравнению с группой со стандартной терапией, то уже через 1 месяц различия в степени тяжести клинического состояния больных были статистически достоверны ($3,1 \pm 0,5$ и $6,2 \pm 0,7$ баллов соответственно, $p < 0,05$). Осмотр через 6 месяцев также выявил значительно меньшую выраженность осложнений ИИ в группе с комплексной терапией ($2,0 \pm 0,3$ и $5,1 \pm 0,5$ баллов соответственно, $p < 0,05$).

В процессе наблюдения исходно повышенное количество клеток, экспрессирующих рецепторы адгезии, уменьшалось в обеих группах больных ИИ. В то же время, если динамика содержания CD11b+-лимфоцитов характеризовалась только выраженной тенденцией к снижению в обеих группах, то концентрация CD54+-клеток достоверно уменьшалась уже со второй недели только у пациентов, в комплекс лечения которых включался флогэнзим.

Изучение в течение месяца в сыворотке крови количества лимфоцитов, экспрессирующих CD95+ выявило их достоверное уменьшение в группе с комплексной терапией уже с 14 дня лечения. В течение всего остального периода наблюдения содержание CD95+-клеток было меньше, чем в группе со стандартным лечением, в которой уменьшение содержания CD95+-лимфоцитов регистрировалось только к концу 1 месяца (табл. 1). Содержание ЦИК у больных, принимавших флогэнзим, достоверно уменьшалось к 14 дню лечения и к концу 1 месяца не отличалось от показателей в контроле. В группе со стандартной терапией в течение всего периода наблюдения регистрировалась только тенденция к снижению содержания ЦИК. Нами также установлены значимые различия содержания в сыворотке крови изучаемых цитокинов в сравниваемых группах уже через две недели лечения (табл. 2).

К концу 1 месяца лечения в группе с комплексной терапией содержание ФНО- α достоверно снижалось и не отличалось от показателей у доноров. У больных, которым проводилось стандартное лечение, отмечалась только тенденция к снижению уровня ФНО- α . Он оставался статистически достоверно выше, чем у больных, принимавших флогэнзим. В группе со стандартными назначениями отмечалась сходная динамика содержания в сыворотке и другого провоспалительного цитокина – ИЛ-1- β . Его уменьшение регистрировалось только к концу 1 месяца терапии, но было выше показателей в контроле. У больных, принимавших комплексную терапию – уже на 14 день наблюдения установлено достоверное уменьшение содержания этого цитокина по сравнению с исходными данными (быстрее, чем ФНО- α), а через 1 месяц отмечалась нормализация его уровня. Аналогичные изменения в обеих группах установлены и в содержании ИЛ-1-Ra – рецепторного антагониста ИЛ-1. На 14 день заболевания как в одной, так и в другой группе сохранялся высокий уровень цитокина ИЛ-4. Его снижение отмечалось только к концу 1 месяца лечения, в большей степени выраженности у больных, принимавших стандартную терапию.

Оценка изучаемых показателей гемостатических и реологических свойств крови в ходе проводимого лечения показала определенные различия в анализируемых группах. У больных, принимавших стандартные назначения, в течение двух недель терапии сохранялась повышенная активность тромбоцитарного роста костного мозга, поскольку определялось увеличение количества тромбоцитов. Их спонтанная агрегация при этом достоверно уменьшалась. Отмечалась тенденция к снижению и индуцированной агрегации тромбоцитов. Образующиеся тромбоцитарные агрегаты не обладали высокой прочностью и стабильностью, на что указывало увеличение их способности к дезагрегации в сравнении с исходными показателями (табл. 3).

Установленные нарушения тромбоцитарной агрегатограммы свидетельствуют о сохраняющемся дисбалансе между тромбоксановой (агрегационной) активностью тромбоцитов и простаглицлиновой (антиагрегационной) активностью сосудистой стенки, наличии ДВС-синдрома. Только к концу месяца на фоне лечения регистрировалась нормализация количества тромбоцитов, однако спонтанная и индуцированная агрегация превышала показатели группы с комплексной терапией.

В то же время в группе больных, принимавших флогэнзим, нормализация тромбоцитарной агрегатограммы отмечалась уже на 14 день лечения.

У больных, принимавших только стандартную терапию, более 2 недель сохранялось активное расщепление фибриногена и повышенное содержание в кровотоке тромбина, о чем свидетельствует незначительное изменение содержания фибриногена В и растворимого фибрина. Достоверное уменьшение установлено только к концу 1 месяца лечения. В группе же с комплексной терапией уровень указанных продуктов паракоагуляции значительно снижался уже на 14 день наблюдения и соответствовал нормальным показателям. Следует отметить, что у больных со стандартной терапией через две недели установлена нормализация агрегации эритроцитов, в то время как в группе, принимавшей флогэнзим, этот показатель уменьшался не только в сравнении с исходным, но и был меньше, чем в контрольной группе в течение всего периода наблюдения.

Таким образом, лечение больных ИИ с включением в комплекс традиционной терапии флогэнзима обеспечивает более быструю и полноценную коррекцию гемореологических и иммунных нарушений, что реализуется в более быстром и значимом восстановлении неврологических функций.

Сравнительная оценка динамики неврологической симптоматики в обеих группах больных ХИГМ через 1 месяц лечения выявила различия степени выраженности нарушения функций ЦНС. У больных, в комплекс лечения которых был включен флогэнзим, отмечалось более значительное уменьшение проявлений церебрастении, и лучшие показатели шкалы качества жизни, чем в группе со стандартным лечением. Менее значимые различия выявлялись в динамике выраженности данных MMSE.

У больных с комплексным лечением, в отличие от пациентов со стандартной терапией, при транскраниальной доплерографии регистрировалось увеличение цереброваскулярного резерва (табл. 4). Различия регистрировались и в частоте выявляемости нарушения церебральной гемодинамики в процессе наблюдения. В группе с комплексной терапией к концу первого месяца наблюдения частота встречаемости нарушений скорости кровотока уменьшилась на 26,7 %, в то время как в группе сравнения – на 11,1 %, асимметрии мозгового кровотока на 10 % и 6,1 % соответственно.

Наиболее значительное различие в сравниваемых группах имело место в динамике частоты выявляемости нарушений цереброваскулярной реактивности (ЦВРеак.). Если у больных, принимавших флогэнзим, подобные нарушения концу первого месяца определялась на 40 % реже, чем в начале лечения, то в группе со стандартной терапией уменьшение составило всего 12,2 %. Нормализация всех анализируемых показателей в процессе лечения у больных с комплексной терапией отмечалась у 36,7 % (до лечения – 3,3 %), тогда как в группе со стандартными назначениями только у 9,1 % (до лечения – 3,0 %). Нами также установлены значимые различия содержания в сыворотке крови изучаемых цитокинов в сравниваемых группах через 1 месяц лечения. К концу 1 месяца лечения у больных, принимавших флогэнзим, установлена нормализация содержания ИЛ-4 и ИЛ-1-β в сыворотке крови. У больных со стандартной терапией снижения указанных показателей не отмечалось (табл.5). Таким образом, у больных ИИ и ХИГМ комплексная терапия с флогэнзимом обеспечивает как более высокую клиническую эффективность, так и более быстрое и значительное улучшение гемодинамических, гемостатических и реологических показателей, синтеза цитокинов, чем стандартная терапия, что согласуется с известными эффектами препаратов системной энзимотерапии.

Таблица 1.
Динамика показателей клеточного звена иммунной системы и ЦИК у больных ИИ в процессе лечения

Параметр	Начало		14 дней заболевания		1 месяц заболевания	
	стандартная терапия	коплексная терапия	стандартная терапия	коплексная терапия	стандартная терапия	коплексная терапия
CD11b+(%)	13,3±0,9	13,8±1,0	13,0±1,1	12,1±1,0	11,6±1,2	11,1 ± 1,0
CD11b+abs	0,24 ± 0,02·109	0,24 ± 0,02·109	0,23 ± 0,02·109	0,21 ± 0,02·109	0,20 ± 0,02·109	0,19 ± 0,02·109
CD54+ (%)	11,9±0,4	12,1±0,5	11,4±0,7	* 8,9±0,9 **	11,7±0,7	* 9,9±0,9
CD54+ abs	0,21 ± 0,01·109	0,21 ± 0,01·109	0,20 ± 0,01·109	* 0,16 ± 0,01·109 **	0,20 ± 0,01·109	* 0,17 ± 0,01·109

CD95+ (%)	6,2±0,4	6,3±0,3	6,2±0,5	*3,7±0,2 **	*4,4±0,2	*2,6±0,2 **
CD95+ abs	0,11 ± 0,01·109	0,11 ± 0,01·109	0,11 ± 0,01·109	* 0,06 ± 0,01·109 **	* 0,08 ± 0,01·109	* 0,05 ± 0,01·109 **
ЦИК у.е.	130,7± 9,0	122,3± 8,8	112,3± 7,1	99,8± 4,9 *	109,8± 6,1	85,5± 2,8 * **

Примечание:

* статистически достоверные различия при $p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем.

** статистически достоверные различия при $p < 0,05$ в группе с комплексной терапией по отношению к группе со стандартным лечением.

Таблица 2.
Динамика цитокинов сыворотки крови больных ИИ
в процессе лечения (пкг/мл)

Показатель		ФНО- α	ИЛ-4	ИЛ-1- β	ИЛ-1-Ra
1–2 сут.	стандартная терапия	38,2 ± 5,3	114,1 ± 10,2	107,9 ± 10,1	37,0 ± 2,8
	комплексная терапия	38,0 ± 5,1	112,9 ± 10,1	109,5 ± 10,3	37,1 ± 2,8
14 дней	стандартная терапия	33,8 ± 3,7	118,7 ± 12,4	91,1 ± 11,7	36,5 ± 4,8
	комплексная терапия	29,7 ± 2,7	135,9 ± 13,4	* 70,7 ± 5,3	* 24,0 ± 2,0 **
1 месяц	стандартная терапия	27,6 ± 2,3	* 56,0 ± 7,1	* 76,5 ± 8,0	* 24,2 ± 2,6
	комплексная терапия	* 19,0 ± 1,7 **	* 80,6 ± 10,0 **	* 51,7 ± 4,9 **	* 14,6 ± 1,4 **

Примечание:

* статистически достоверные различия при $p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем.

** статистически достоверные различия при $p < 0,05$ в группе с комплексной терапией по отношению к группе со стандартным лечением.

Таблица 3.

Динамика состояния тромбоцитарного гемостаза у больных ИИ

Показатель		Количество тромбоцитов (109/л)	Спонтанная агрегация тромбоцитов, %	Индуцированная агрегация тромбоцитов, %	Дезагрегация тромбоцитарных агрегатов, %
1-2 сут.	стандартная терапия	307,0 ± 13,6	27,5 ± 1,5	73,0 ± 4,2	17,5 ± 0,6
	комплексная терапия	305,1 ± 13,2	27,8 ± 1,3	73,1 ± 4,0	15,3 ± 0,5
14 дней	стандартная терапия	303,9 ± 12,1	* 15,8 ± 0,9	64,4 ± 2,5	* 23,6 ± 1,5
	комплексная терапия	*242,1 ± 12,7	* 12,9 ± 1,0)	* 49,5 ± 1,9	* 24,2 ± 0,9
1 месяц	стандартная терапия	*282,7 ± 13,2	* 12,8 ± 1,0	* 60,1 ± 3,5	* 24,1 ± 1,5
	комплексная терапия	*254,3 ± 13,1	* 10,0 ± 0,8 **	* 48,3 ± 2,9**	* 26,0 ± 1,7

Примечание:

* статистически достоверные различия при $p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем.

** статистически достоверные различия при $p < 0,05$ в группе с комплексной терапией по отношению к группе со стандартным лечением.

Таблица 4.
Динамика показателей цереброваскулярного резерва
у больных ХИГМ в процессе лечения

Показатель	Стандартная терапия		Комплексная терапия	
	начало лечения	1 месяц	начало лечения	1 месяц
Цереброваскулярный резерв прав.	32,9 ± 2,6	35,4 ± 2,7	32,1 ± 2,6	39,8 ± 2,7 *
Цереброваскулярный резерв лев.	33,0 ± 2,7	35,7 ± 2,7	32,1 ± 2,5	38,2 ± 2,7

Примечание:

* статистически достоверные различия при $p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем

** статистически достоверные различия при $p < 0,05$ в основной группе по отношению к группе сравнения

Таблица 5.
Динамика цитокинов сыворотки крови больных ХИГМ
в процессе лечения (пкг/мл)

Показатель		ФНО- α	ИЛ-4	ИЛ-1- β	ИЛ-1-Ra
начало лечения	стандартная терапия	25,8 ± 3,3	81,4 ± 10,8	93,7 ± 11,3	16,9 ± 1,4
	коплексная терапия	27,9 ± 3,3	83,8 ± 10,7	99,5 ± 11,4	17,7 ± 1,6
1 месяц лечения	стандартная терапия	26,3 ± 3,3	75,2 ± 8,8	80,2 ± 9,5	15,9 ± 1,5
	коплексная терапия	25,8 ± 3,6	*41,1 ± 5,2 **	* 52,4 ± 7,5 **	* 11,4 ± 1,0 **

Примечание:

* статистически достоверные различия при $p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем

** статистически достоверные различия при $p < 0,05$ в основной группе по отношению к группе сравнения



МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

**«МОДЕРНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ –
НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»**



ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА СЧЕТ СНИЖЕНИЯ ОБРАЩАЕМОСТИ

*Фарсиянц А.В, Марков И.П.,
МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи»
г. Кисловодск*

Повышение эффективности функционирования системы здравоохранения РФ, в рамках программы государственных гарантий, требует реализации плана снижения обращаемости населения за скорой медицинской помощью до 318 вызовов на одну тысячу населения в год, при пропорциональном увеличении объема амбулаторно-поликлинической помощи.

Показатели работы 2005–2007 года характеризовали МБУЗ «ССМП» города-курорта Кисловодска, как станцию, имеющую самую высокую обращаемость в Ставропольском крае. Высокая доля несвойственной, нерегламентированной уставом учреждения нагрузки, обусловленной повышенной обращаемостью, оказывало деструктивное воздействие на службы скорой помощи и приводило к грубой деформации в ее работе, по качественному оказанию скорой медицинской помощи:

- снижению показателей своевременности начала обслуживания и повышению нагрузки на выездные бригады;
- неэффективному расходованию средств муниципального бюджета;
- неэффективному использованию потенциала врачебных бригад на вызовах, где требовалась доврачебная помощь. Это снижало интерес врачебного персонала к работе, вызывало профессиональную неудовлетворенность и порождало конфликтные ситуации.

В условиях отсутствия четкой законодательной нормативной базы, на местах приходилось самостоятельно искать пути решения этой проблемы. Причем на результат влияет множество субъективных и объективных факторов, зависящих от особенностей региона обслуживания: наличия в городе медицинского учебного заведения, уровня традиционной санитарной грамотности населения, отношение к проблеме городской администрации.

Выявив причины высокой обращаемости, можно найти пути ее снижения, которые могут быть различными.

Основные причины высокой обращаемости:

1. Утрата профилактической направленности, в работе поликлинического звена приводящая к хронизации болезней у населения, при одновременном снижении доступности лекарств.
2. Выполнение службой скорой помощи непрофильной работы: перевозка специалистов, препаратов крови, больных на плановую госпитализацию, выполнение назначений участковых терапевтов, межбольничные плановые транспортировки, обслуживание хронических больных вне периода обострения их болезней и др.
3. Переоценка больным или окружающим его лицами, тяжести состояния.
4. Незнание больным и его окружающими лицами, в каких случаях и в какие часы суток вызывается бригада скорой медицинской помощи, а когда следует обращаться в поликлинику по месту жительства больного.
5. Отсутствие, законодательно утвержденного, перечня поводов к вызову скорой помощи.

При проведении анализа причин вызова бригад, нами были определены группы вызовов, поводы к которым не входят в прямые задачи службы и эти вызова могут считаться непрофильными:

1. Вызовы при обострении хронических заболеваний; к пациентам, не нуждающимся в оказании экстренной помощи. К лицам, находящимся в легкой степени алкогольного опьянения или состоянии незначительной абстиненции. К больным, когда течение их заболевания не требует оказания экстренной медицинской помощи.
2. Вызова, которые должны быть обслужены участковой службой: инъекции онкологическим больным; гипертермия без нарушения функций жизненно важных органов; активный осмотр больного; констатация смерти.
3. Вызова связанные с перевозкой крови и кровезаменителей, специалистов, а также транспортировки больных на плановую госпитализацию и межбольничное транспортирование пациентов, без оказания им медицинской помощи во время транспортировки.
4. Вызова в санаторно-курортные учреждения по оказанию неотложной помощи. В 2006–2011 году непрофильные вызовы составили в МБУЗ «ССМП» составили в динамике от 19 % до 13 % соответственно.

Количество безрезультатных вызовов за 2006–2011 годы составляло от 4,5 % до 1,8 %. Анализ структуры этих вызовов позволил нам определить основные направления проводимой организационно-методической работы по снижению обращаемости.

Непрофильные вызовы в 2011 году	% к общему количеству непрофильных вызовов
Гипертермия без нарушения функций жизненно важных органов	32,7
Обострение хронических заболеваний без медикаментозной терапии	42,8
Активные посещения	7,3
Транспортировка крови, специалистов	3,5
Инъекции онкологическим больным	0,4
Плановые и межбольничные транспортировки	8,8
Другие транспортировки	4,5

Первым этапом в решении проблемы по снижению обращаемости являлся ряд мер, направленных на уменьшение непрофильной нагрузки. План снижения непрофильной нагрузки предусматривал следующие организационно-методические мероприятия:

1. Реорганизация диспетчерской службы, внедрение стандарта разделения поводов к вызову на профильные и непрофильные, внедрение алгоритмов опроса больных и отработка критериев экономического стимулирования работников за уменьшение непрофильной нагрузки при отсутствие обоснованных жалоб.
2. Рациональное использование потенциала старшего врача смены: расширение объема консультативной помощи по телефону, разработка алгоритмов консультативной помощи, контроль повторных вызовов и отказов от госпитализации.
3. Создание постоянно действующих комиссий поликлиник города и МБУЗ «ССМП» по разбору структуры обращаемости за скорой медицинской помощью, позволяющей проводить анализ количества вызовов скорой помощи по участкам поликлиник, сравнивать качество работы участковых терапевтов и планировать меры по улучшению этой работы.
4. Создание комиссии по анализу обоснованности направления больных на госпитализацию и анализа структуры расхождения диагнозов.

5. Повышение стимулирующих выплат участковым врачам за снижение количества вызовов скорой помощи на участке.
7. Отказ от транспортировок больных для плановой госпитализации в стационар.
7. Более четкое оперативное взаимодействие с амбулаторно-поликлинической службой и санаторно-курортной сетью в режиме реального масштаба времени.
8. Регулярное оповещение поликлиник о хронических больных, часто вызывающих скорую помощь, путем передачи сигнальных листов по факту обращения за скорой медицинской помощью (Кроме того, ежемесячно в поликлиники города направлялась информация о больных наиболее часто вызывающих СМП для направленной корректировки базовой терапии у хронических больных).
9. Работа с населением по повышению санитарной грамотности, по разъяснению правил вызова скорой помощи (по телефону, через средства массовой информации, размещение стикеров на санитарных автомобилях).
10. Привлечение лиц к административной ответственности за ложные вызовы бригады скорой медицинской помощи.
11. Работа с персоналом станции скорой медицинской помощи (разбор жалоб от населения, повышение профессионализма сотрудников, введение алгоритмов работы для фельдшерского состава, расширение объема консультативной помощи).
12. Организация работы учебного класса для обучения населения основам оказания первой медицинской само- и взаимопомощи, пропаганде здорового образа жизни.

Работа в соответствии с этим планом позволила добиться определенных результатов:

1. Основные показатели работы МБУЗ «ССМП» в 2006–2011 г.

Показатели	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Обращаемость населения	534	480	417	429	393	384
Количество вызовов	71000	64554	56000	57981	53120	52000
Нагрузка на бригаду в сутки (расчетная)	16,3	14.7	12.7	13.1	12.1	11.7
Стоимость вызова (рублей)	337	425	550	765	817	995

2. Экономический эффект от проведенной организационно-методической позволил увеличить стоимость одного вызова и направить дополнительные средства на укрепление материально-технической базы учреждения.
3. Снижение повышенного объема работы благоприятно повлияло на психологический климат в коллективе, снизило риск развития профессионального выгорания среди сотрудников учреждения.
4. Снижение нагрузки на бригады позволило в дальнейшем планировать мероприятия по улучшению качества оказания скорой медицинской помощи (увеличения время оказания медицинской помощи, снижение случаев расхождения диагноза).

Наряду с этим было отмечено, что попытки дальнейшего снижения обращаемости, приведение его к условиям программы государственных гарантий предоставления гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, при отсутствии законодательно утвержденных поводов к вызову скорой медицинской помощи приводит к конфликту интересов, как со стороны населения, так и с учреждениями амбулаторно-поликлинической сети. Результат – увеличение жалоб от населения и необоснованных нареканий в адрес службы Скорой медицинской помощи.

Мерами разрешения возникших противоречий могли бы быть утвержденные правила вызова скорой помощи на территории муниципальных образований, внедрение в работу всех станций скорой медицинской помощи края единой информационной системы приема, обработки и анализа информации, утверждения единого регламента работы скорой помощи и региональных медицинских стандартов ее оказания.

Выводы: малозатратные организационные мероприятия в реальных условиях существования службы, позволяют значительно повысить оперативность и качество оказания скорой медицинской помощи при экономии бюджетных средств.

АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ ВЫЗОВОВ, КАК СРЕДСТВО ВЛИЯНИЯ НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*И.А. Дмитриенко, С.П. Тихенко,
МКУЗ «Пятигорская Станция скорой медицинской помощи»*

Количество и результат повторных вызовов скорой медицинской помощи являются частью анализа основных показателей работы станции и позволяют сделать ряд выводов, помогающих в решении проблемы улучшения качества медицинской помощи.

Динамика изменения числа повторных вызовов и соотношение врачебных и фельдшерских бригад в течение 2005–2011 гг. представлены в таблице 1, рис. 1 и 2.

Таблица 1.
**Динамика изменения числа повторных вызовов
и соотношение врачебных и фельдшерских бригад**

Год	Всего вызовов	Повторные		Соотношение врачебных и фельдшерских бригад	
		всего	%	% фельдшерских бригад	% врачебных бригад
1999	75629	814	1,08	13,3	86,7
2000	73237	708	0,9	13,3	86,7
2001	73525	1004	1,37	18,2	81,8
2002	77420	1587	2,05	34	66

2003	73103	1314	1,8	25	75
2004	72641	1298	1,79	28,6	71,4
2005	69228	1344	1,94	23,1	76,9
2006	70232	1419	2,02	33	67
2007	72716	1305	1,79	40	60
2008	75093	1390	1,85	46,7	53,3
2009	79746	1698	2,20	56,2	43,8
2010	77135	1504	1,95	60,0	39,4
2011	71513	1139	1,59	71,7	28,3

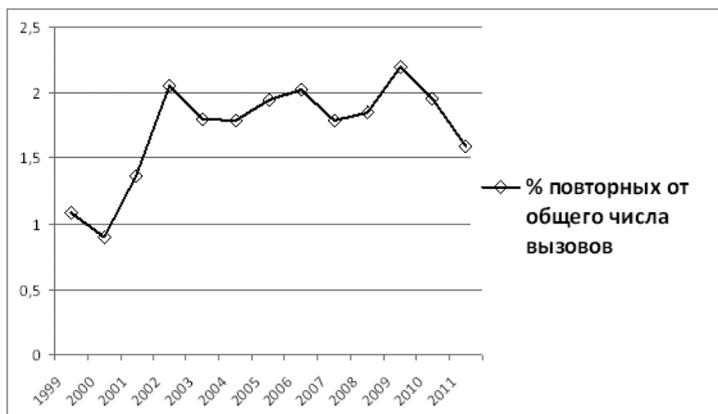


Рис. 1

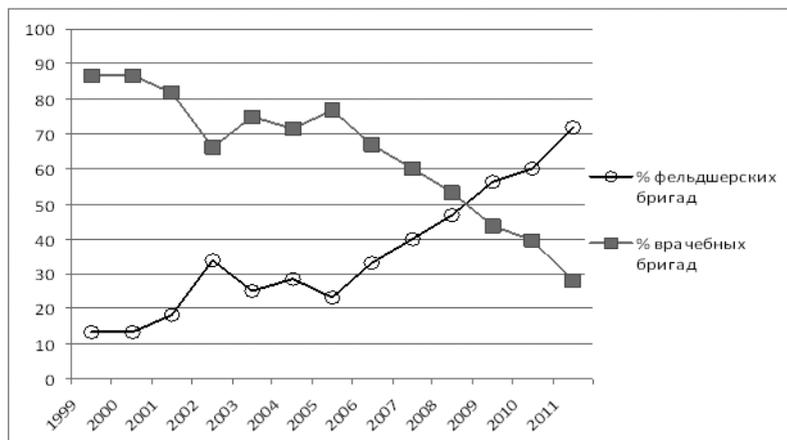


Рис. 2

Имеется постепенный рост повторных вызовов с 2000 г., особенно выраженный в 2002 и 2009 годах, что совпадает с изменением соотношения фельдшерских и врачебных бригад в пользу фельдшерских и обновлением фельдшерского состава в 2002 и 2009 г. Эти данные свидетельствуют о том, что в образовании фельдшеров недостаточно внимания уделяется практическим вопросам самостоятельного сбора анамнеза и осмотра больного. В условиях настоящего времени мало научить фельдшера выполнять назначения врача, очень важно научить молодых специалистов самостоятельно правильно оценивать состояние больного, выполнять алгоритмы экстренной помощи и принимать тактические решения в жизнеугрожающей ситуации.

При анализе повторных вызовов важно выяснить:

1. Причины повторного вызова
2. Связь с действиями медработников на первом вызове.
3. Результат повторного вызова.

Причины повторных вызовов (таблица 2) можно разбить на следующие группы:

1. Развитие заболевания и отсутствие базовой терапии, когда по состоянию больного, правильно обследованного на догоспитальном этапе, невозможно предугадать развитие обострения заболевания, или когда в карте вызова отмечено, что больной после первого вызова не обращается за медицинской помощью, либо не выполняет рекомендаций участкового врача.

2. Отказ больного от госпитализации, правильно оформленный в карте вызова.
3. Ошибки медработников.
4. Прием алкоголя после первого вызова, приведший к ухудшению состояния.
5. Случаи, когда больной был отпущен из приемного отделения, после доставки его для госпитализации на первом вызове.
6. Низкая санитарная грамотность больных, которая может проявляться по-разному. Например, больные не выполняют рекомендаций бригады скорой помощи, не соблюдают постельный режим после гипотензивной терапии, или вызывают скорую через несколько часов, чтобы повторно измерить АД, не нуждаясь при этом в медицинской помощи, не хотят обращаться в поликлинику, из-за того, что не имеют медицинского полиса.

Таблица 2

Причина повторного вызова	Количество повторных вызовов (%)		
	2010	2011	Достоверность разницы
Развитие заболевания, или отсутствие базовой терапии	36,3±5,2	38,8±5,9	0,3
Отказ больного от госпитализации	31,6±5,0	38,8±5,9	0,9
Ошибки медработников бригад СМП	20,1±4,3	9,0±3,4	1,8
Прием алкоголя	4,0±2,1	4,5±2,5	0,15
Низкая санитарная грамотность больных	3,7±2,0	4,0±2,3	0,1
Отпущен из стационара	4,3±2,2	5,1±2,6	0,23

Наибольшее количество повторных вызовов связаны с отсутствием базовой терапии хронических заболеваний, которое можно объяснить как недостаточной работой с этими больными амбулаторно-поликлинического звена, так и с санитарной неграмотностью больных. На высоком уровне держится и процент повторных вызовов после отказа больного от госпитализации.

В МКУЗ «ПССМП» принята система, при которой, кроме подписи больного в карте вызова, обязателен разговор по телефону со старшим врачом смены, записываемый компьютерной программой. Подобный способ убеждения больных в необходимости госпитализации порой оказывается действенным.

Обращает на себя внимание 4,3 – 5,1 % повторных вызовов к больным, которые после доставки бригадой скорой помощи отпущены из стационара, как не нуждающиеся в госпитализации.

Проанализированы ошибки медработников, приведшие к повторным вызовам в 2010 и 2011 гг. Их можно разделить на две группы.

1. Связанные с ошибками обследования и диагностики.

- Плохо собран анамнез – 27,9 %
- Некачественное объективное обследование – 38,4 %
- Не выполнена глюкометрия – 7 %
- Не выполнена электрокардиография – 17,4 %
- ЭКГ неправильно расшифрована – 3,5 %
- Сочетание неправильно собранного анамнеза с некачественным объективным обследованием – 5,8

2. Связанные с ошибками терапии и тактики.

- Недостаточная терапия – 18,5 %
- Использование медикаментов без показаний – 8,6 %
- Не правильная тактика лечения – 12,3 %
- Невыполнение протокола лечения ГК – 34,6 %
- Невыполнение стандарта лечения приступа БА – 11,2 %
- Не предложена госпитализация – 12,3 %
- Неоказание помощи – 2,5 %

Чаще всего повторные вызовы связаны с некачественным объективным обследованием, недостаточным умением собрать анамнез, не использованием инструментальных методов диагностики, доступных на догоспитальном этапе.

Как правило, ошибки в оценке состояния больного приводят к нарушению протоколов лечения и неправильной тактике. Примером может служить лечение гипертонических кризов, когда оценка криза, как неосложненного, и недостаточная терапия привели к повторному вызову из-за отсутствия эффекта от введенных препаратов, а в 7 случаях из 28 привели к ухудшению состояния больных и развитию осложнений гипертонического криза.

Хотя разница в количестве повторных вызовов из-за ошибок медработников в 2010–2011гг недостоверна, имеется тенденция к снижению количества таких случаев. Этому способствует систематическая работа с персоналом выездных бригад с разбором каждого повторного случая по вине медре-

ботника на утренних конференциях. Наиболее грубые ошибки выносятся на врачебную комиссию и отражаются на оплате коэффициента трудового участия сотрудника.

Таким образом, анализ повторных вызовов показал, что чаще всего они связаны с отсутствием базовой терапии хронических заболеваний и отказом больных от госпитализации. В 2010-2011гг имеется тенденция к снижению повторных вызовов, связанных с ошибками медработников. Чаще всего повторные вызовы связаны с некачественным объективным обследованием, недостаточным умением собрать анамнез, неприменением инструментальных методов диагностики, доступных на догоспитальном этапе. Ошибки в оценке тяжести состояния больного приводят к ошибкам в тактике лечения, чаще всего это проявляется при оказании помощи больным с гипертоническими кризами. Систематическая работа с персоналом выездных бригад ведет к снижению количества повторных вызовов из-за ошибок медработников. Однако, в условиях, когда основное количество бригад фельдшерские, наставническая работа врачей станции не может охватить все пробелы в знаниях и практических навыках фельдшеров-молодых специалистов. Следовательно, в настоящее время особую важность приобретает качество образования фельдшеров, их осведомленность в вопросах современных методов лечения неотложных состояний, умение самостоятельно принимать оценивать состояние больного и принимать правильные тактические решения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭБРАНТИЛА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Дмитриенко И.А., Николаев С.Н., Веселков Д.И., Пичугина Л.Г.,
МКУЗ «Пятигорская станция скорой медицинской помощи»
Згинник Н.Д., Ушанова Т.В.,
МБУ «Станция скорой медицинской
помощи города Ставрополя»*

Повышение артериального давления остается одним из наиболее частых поводов к вызову скорой медицинской помощи. Так, по данным МКУЗ «Пятигорская ССМП» в 2002-2011гг данные вызовы в среднем составляют 18,8 % от всех вызовов, из них 88,2 % – кризовые состояния. Неосложненные кризы составляют 85,1 %, осложненные – 14,9 %.

Разработка тактических решений для больных данной группы должна учитывать особенности работы догоспитального этапа в настоящее время: особенно то, что большинство выездных бригад – фельдшерские, а среднее время, затраченное на вызов, составляет за последние 3 года 62,1 мин (от времени поступления до окончания вызова). Обращает на себя внимание и такой факт, как рост количества повторных вызовов, в том числе из-за ошибок работников выездных бригад, совпадающий с ростом доли фельдшерских бригад. Например, 28 повторных вызовов по поводу гипертонического криза (в 2011г) были связаны с неправильной оценкой состояния больного, типа криза и нерациональным лечением, из них 26 вызовов – после фельдшерских бригад, а в 7 случаях результатом повторного вызова было ухудшение состояния больного из-за развития осложнений гипертонического криза.

Целью настоящей работы был анализ эффективности и безопасности препарата эбрантил при купировании гипертонических кризов на догоспитальном этапе, то есть возможность правильного применения препарата для интенсивной антигипертензивной терапии, когда в течение первых 30 минут артериальное давление следует снижать не более чем на 25 % от исходной величины.

Оценивались 62 случая в течение октября 2011 г.–февраля 2012 г.: 10 случаев применения эбрантила проведены в МБУ «ССМП города Ставрополя» врачебной выездной бригадой, 52 случая в МКУЗ «Пятигорская ССМП», причем 35 из них проведены фельдшерскими бригадами.

Критериями включения были систолическое АД более 180, диастолическое АД более 110, сопровождающиеся выраженной симптоматикой со стороны органов-мишеней: головная боль, боли в области сердца, шум в голове, ухудшение зрения, «мушки» или пелена перед глазами, тошнота, рвота, парестезии, кратковременная слабость в конечностях, онемение языка, губ, кожи лица и рук. Критериями исключения являлись противопоказания к применению эбрантила – повышенная чувствительность к препарату, аортальный стеноз, открытый Боталлов проток, период беременности и лактации. Сбор анамнеза проводился с использованием разработанной карты, в которой также отмечались уровень АД и ЧСС, а также степень выраженности симптомов в баллах до лечения, и через 10, 20 и 30 минут после введения препарата.

Из 62 пациентов: 13 мужчин, 49 женщин. Возраст от 40 до 60 лет – у 22 пациентов, 61-80 лет – 34 пациента, старше 80 лет – 6. У всех пациентов ранее была артериальная гипертензия. 7 человек перенесли ранее ОНМК. В анамнезе у 4 пациентов имелся сахарный диабет, у 9 – ИБС.

Параметры АД распределились следующим образом: у всех больных исходное систолическое АД было выше 180 мм рт ст, а диастолическое выше 100 мм рт ст. Причем у 40 человек систолическое АД было более 210 мм рт ст., 45 больных диастолическое АД было более 110 мм рт ст. В 1 случае криз осложнился острым коронарным синдромом, в 5 случаях гипертонической энцефалопатией, в 3 – ОНМК. Ухудшение самочувствия больные отмечали в течение 1-3 часов до вызова бригады скорой помощи. 11 больных до приезда скорой лекарств не применяли. Препараты использовались в 51 случае: беттаблокаторы – 19, антагонисты кальция в 10, ингибиторы АПФ в 24 случаях. В 2 случаях применен таблетированный клофелин, в 2 – внутривенное введение сульфата магния.

Все пациенты получали эбрантил внутривенно болюсно. 32 больных получили 25 мг, 26 – 12,5 мг, 3 – 7,5 мг. У одного пациента пришлось повторять введение 25мг препарата дважды в течение 30 минут из-за нарастающих симптомов гипертонической энцефалопатии и недостаточного уровня снижения АД.

В таблице 1 показаны величины процента снижения показателей от исходного систолического и диастолического АД, а также – ЧСС, заметно снижение всех показателей.

Таблица 1

	% снижения от исходных показателей		
	Через 10 мин	Через 20 минут	Через 30 минут
Систолическое АД	14,3 ± 4,4	20,2 ± 5,1	24,1 ± 5,4
Диастолическое АД	12,5 ± 4,2	19,2 ± 5,0	22,1 ± 5,3
ЧСС	3,6 ± 2,4	6,5 ± 3,1	7,0 ± 3,2

Разница изменений АД у мужчин и женщин оказалась недостоверной ($t < 2$), определенных выводов о влиянии пола на отклик на введение препарата при небольшой выборке пациентов-мужчин сделать невозможно.

Для выявления побочных эффектов пациенты активно расспрашивались на предмет появления гиперемии лица, сердцебиения, рвоты, головокружения, головной боли. 4 пациентов отмечали тепло в лице и области груди после введения препарата. Гипотензии после применения эбрантила не было ни в одном случае.

7 больных (11,3 %), несмотря на улучшение состояния, были госпитализированы после проведенной терапии, так как развившиеся у них осложнения гипертонического криза требовали дальнейшего стационарного лечения. Еще 9 больных отказались от предложенной госпитализации. В этих случаях госпитализация предлагалась фельдшерскими бригадами из-за исходного тяжелого состояния, а в 4 случаях вызов был повторным. Однако, после применения эбрантила к оставшимся дома больным повторных вызовов не поступало. Вызовы переданы в поликлинику для наблюдения участковым врачом.

Таким образом, выездными бригадами двух городов Ставропольского края был применен эбрантил для купирования гипертонического криза на догоспитальном этапе, в 56,5 % случаев препарат применен фельдшерскими бригадами. Эбрантил снижает систолическое и диастолическое артериальное давление уже в первые 10 минут, за 30 минут снижение достигает требуемой протоколами лечения гипертонического криза 25 % от исходной величины. Кроме того имеется и уменьшение частоты сердечных сокращений. В проводимом наблюдении эбрантил не вызывал нежелательных эффектов, особенно гипотонии. Согласно исследования эбрантил является эффективным и безопасным препаратом для купирования гипертонических кризов на догоспитальном этапе.

ТЕМПЕРАТУРА – НЕ ВСЕГДА ПРОСТО, ИЛИ «ЛИТЕЙНАЯ ЛИХОРАДКА»

*Воронкин В.И., Дмитриенко И.А.,
МКУЗ «Пятигорская станция скорой медицинской помощи»*

Повышение температуры остается как одним из частых поводов для обращения в службу скорой помощи, так и поводом для дискуссий по поводу необходимости передачи подобных вызовов в поликлинику. Даже с использованием существующих алгоритмов опроса для диспетчера порой сложно сразу решить является лихорадка симптомом банального ОРВИ, особо опасного инфекционного заболевания, или ее появление не связано с инфекционным агентом.

Иллюстрацией сложности диагностики в подобных случаях и важности сбора анамнеза является следующий случай.

Больной Н, 64 лет обратился в службу скорой помощи 15 августа 2011 года в 18 -14. Повод к вызову «высокая температура». На момент осмотра жаловался на слабость, боль в суставах, сладковатый привкус во рту. Заболел 2 часа назад с озноба и подъема температуры до 38,6°, после падения температуры – сильная потливость. Из анамнеза выяснено, что днем в течение 4 часов больной занимался сваркой оцинкованных труб в закрытом помещении. Подобное состояние имело место при сходных условиях около 10 лет назад. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Оценка по шкале Глазго 15 баллов. АД 130/80 мм рт ст, пульс 85 в минуту, удовлетворительных свойств, ЧД 16 в мин, температура 36,8°. Поставлен диагноз: Острое ингаляционное отравление продуктами плавления цинка.

Больному оказана помощь: внутривенно введены Глюкоза 40 % – 20,0; Аскорбиновая кислота 5 % – 5,0; унитиол 5 % – 5,0. В связи с отказом от госпитализации, больной оставлен дома и повторно осмотрен на «активном» вызове через 2 часа. Оставалась незначительная боль в суставах. АД 120/80 мм рт ст, пульс 82 в минуту, ЧД 16 в минуту, температура 36,8°. Больной повторно отказался о госпитализации. Подан сигнальный лист в поликлинику.

Литейная лихорадка – (син. меднолитейная, цинковая, металлическая, латунная лихорадка, плавильная дрожь) встречается у рабочих при литье, плавке, электросварке и газорезке металлов и их сплавов. Чаще всего возникает при литье или сварке меди с примесью цинка (зеленка, латунь, томпак и др.) или при вдыхании паров цинка, который имеет относительно низкую температуру кипения (906°). Большая роль в развитии литейной лихорадки принадлежит не природе металла, а его физическому состоянию – высокой дисперсности. Симптомы литейной лихорадки могут наблюдаться при вдыхании паров ртути, серебра, кобальта, никеля, сурьмы и других металлов.

Патогенез литейной лихорадки окончательно не выяснен. Развитие ее связывают с токсическим действием мелкодисперсной пыли и паров металла с величиной частиц менее 1,5 мкм. Предполагается, что столь мелкие частицы, обладающие высокой кинетической энергией, легко проникают в альвеолы, вступают в связь с белком клеток, вызывая его денатурацию. Вдыхание этих уже чужеродных для организма белков сопровождается пирогенным эффектом. Не исключаются и иммунные реакции. Экспериментальные исследования и наблюдения показали, что после перенесённого приступа остаётся временный «иммунитет», когда больные оказываются более устойчивыми к вредоносному фактору. Однако часто повторяющиеся приступы Литейной лихорадки могут привести к истощению организма. Заболевание возникает остро через 3—6 ч после начала работы. Вначале появляются общее недомогание, разбитость, головная боль, сладковатый привкус во рту, жажда, тошнота, сухой кашель, чувство стеснения и боли в груди. Затем начинается резкий озноб, температура тела повышается до 39—40°, наблюдаются гиперемия лица, конъюнктив, легкое раздражение слизистых оболочек верхних дыхательных путей, явления бронхита, боли в животе, понос, иногда небольшое увеличение и болезненность печени. В крови отмечаются умеренный лейкоцитоз, гипергликемия, в моче — белок, иногда увеличено содержание порфиринов. Температура тела может быть повышена в течение 6—8 ч, а затем резко падает до нормальной, что сопровождается проливным потом. В дальнейшем самочувствие улучшается, хотя в некоторых случаях еще несколько дней сохраняются слабость, недомогание и разбитость.

Диагноз в типично протекающих случаях не вызывает затруднений. Дифференциальный диагноз проводят прежде всего с гриппом и респираторными вирусными инфекциями. Клиническая картина напоминает приступы малярии. В пользу литейной лихорадки свидетельствуют данные профессионального анамнеза и быстрое исчезновение клинических проявлений после прекращения контакта с профессиональными вредностями.

В тяжелых случаях могут развиваться пневмония и отек легких. Попадание цинковых соединений через рот вызывает ожог слизистой оболочки рта и пищеварительного тракта, проявляющийся резкой болью в животе, упорной рвотой с примесью крови, судорогами икроножных мышц, признаками почечной недостаточности, коллапсом.

Первая помощь: внутривенно 20 мл 40 %-ного раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой (5 мл 5 %-ным раствором), препарат ЭДТА. При отравлении через рот промывают желудок, внутрь – 1 %-ный раствор гидрокарбоната натрия (соды), активированный уголь, солевое слабительное, молоко, слизистые отвары. Внутривенно – глюкоза с аскорбиновой кислотой, внутримышечно – унитиол.

Промывание желудка через зонд (лучше с введением по 50–100 мл 5 %-ного раствора унитиола в начале и в конце процедуры). Инфузионная терапия, форсированный диурез, ранний гемодиализ. Симптоматическая терапия: при рвоте – аминазин, при гемолизе – натрия гидрокарбонат (1000 мл 3 %-ного раствора) в/в, лечение ОПН, витамины. При «литейной» лихорадке – ацетилсалициловая кислота, отхаркивающие и противокашлевые средства, эуфиллин (5-10 мл 2,4 %-ного раствора) в/в, щелочные ингаляции, обильное питье, покой, тепло и кислород. Специфическая (антидотная) терапия: димеркапрол 10 мл 5 %-ного раствора одновременно, затем по 5 мл каждые 3 ч в/м в течение 2–3 суток, натрия тиосульфат (30 мл 30 %-ного раствора) в/в.

Все указанные поражения могут возникнуть, если сварку выполняют с грубым нарушением правил техники безопасности и охраны труда, касающихся обеспечения общей и местной вентиляции, применения индивидуальных средств защиты (масок, респираторов), особенно при сварке цветных металлов и их сплавов, а также при сварке в тесных, замкнутых отсеках при недостаточной вентиляции и т. п.

Существуют строгие требования в области вентиляции при сварочных работах. Для улавливания сварочного аэрозоля на стационарных постах, а где это возможно, и на нестационарных нужно устанавливать местные отсосы в виде вытяжного шкафа вертикальной или наклонной панели равномерного всасывания стола с подрешеточным отсосом и др.

Таким образом, представленный случай подтверждает необходимость не стандартного подхода к больному, но полного выполнения алгоритма сбора анамнеза при поводе «высокая температура».

ОТЗЫВ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОРТАТИВНОГО АППАРАТА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ «ДАР-200»

*Веселков Д.И., Дмитриенко И.А.,
МКУЗ «Пятигорская Станция Скорой Медицинской Помощи»*

В МКУЗ «Пятигорская Станция Скорой Медицинской Помощи», проходил апробацию аппарат портативный искусственной вентиляции лёгких «ДАР-200». Аппарат предназначен для искусственной управляемой и вспомогательной вентиляции легких, ингаляции кислородом и кислородо-воздушной смесью у взрослых и детей старше 5 лет в условиях специализированного медицинского транспорта, а также на месте происшествий, и в медицинских учреждениях.

В течение 2 месяцев 2011–2012г. аппарат применялся при респираторной поддержке у 24 больных. Аппарат использовался врачебной бригадой как в автомобиле скорой помощи (ГАЗель), на месте вызова в общественные места, на улице, а также при вызове в квартиру больного. При использовании в автомобиле скорой помощи качество дорог характеризовалось следующим образом: асфальтовое покрытие относительно ровное 12 %, с ухабами 51 %, грунтовое покрытие относительно ровное 10 %, с ухабами – 27 %. В 70 % случаев аппарат использовался при температуре окружающего воздуха от -10° до 0° , в 20 % случаев от -20° до -10° , в 10 % случаев от 0° до $+10^{\circ}$. Длительность транспортировки пациента менее 10 км в 90 % случаев, 10–20 км в 10 % случаев.

Режим работы и эффективность применения представлены в таблице 1.

Таблица 1

	Частота применения, %	Эффективность, % случаев			Надежность		
		Высокая	Средняя	Низкая	Высокая	Средняя	Низкая
ИВЛ	5	100 %			100 %		
ВВЛ	15	100 %			100 %		
Ингаляция	80		100 %		100 %		

Эффективность ИВЛ и ВВЛ оценивалась по восстановлению параметров гемодинамики, показателей газообмена. Эффективность использования аппарата при ингаляции оценена, как «средняя», несмотря на высокие показатели восстановления газообмена, в связи с ограниченностью его применения по времени (120 мин).

Согласно инструкции, пневмопитание аппарата может осуществляться как от штатного баллона, входящего в блок питания, так и от транспортного баллона или пневмосети с давлением газа (0,28...0,6)Мпа. Электропитание осуществляется от внешних источников постоянного тока напряжением 10,5...30В, от сети переменного тока 110...240В через адаптер или от внутреннего источника – аккумуляторов или алкалиновых батарей.

Нами «ДАР-200» использовался в автономном режиме (от батареи). Беспрерывной работы от батареи хватает в зависимости от режима респираторной поддержки примерно на 120 минут, что в условиях догоспитального этапа вполне достаточно для перевода больного на стационарный автомобильный аппарат А-ИВЛ/ВВЛ, или завершения оксигенотерапии.

Надёжность аппарата обуславливается его металлическим каркасом, который хорошо выдерживает удары и транспортировку по грунтовым дорогам. Очень удобна настройка параметров респираторной поддержки, хорошо продумана аварийная сигнализация.

При сравнительной оценке с аппаратами А-ИВЛ/ВВЛ-ТМП и АНпСП-01, имеющимися на оснащении выездных бригад в настоящее время, можно отметить, что аппарат «ДАР-200» обладает большей прочностью, но уступает по количеству реализуемых режимов работы и параметров спектра настроек ИВЛ/ВВЛ. По сравнению с А-ИВЛ/ВВЛ-ТМП невозможно использовать у детей раннего возраста из-за отсутствия необходимых режимов ИВЛ и ВВЛ. По сравнению с АНпСП-01 в режиме ингаляции кислорода – «ДАР-200» является более надёжным: отсутствие хрупких стеклянных ротаметров, наличие прочного корпуса.

Простота использования и доступность инструкции делают возможным применение аппарата фельдшерскими бригадами, а также спасателями МЧС. Для этого следует провести апробацию аппарата средними медицинскими работниками.

Кроме того, для доработки аппарата «ДАР-200» требуется заменить крепление баллона («липучка»), на жесткое.

На основании накопленного опыта мы рекомендуем использование аппарата «ДАР-200» для инвазивной и неинвазивной ИВЛ у больных, нуждающихся в респираторной поддержке на догоспитальном этапе.

Для полного удовлетворения потребностей выполнения тактических решений лечения больных на догоспитальном этапе хотелось бы видеть модификацию аппарата для использования его при проведении ингаляционного наркоза закистью азота.

СИСТЕМА ТЕЛЕКАРДИОДИАГНОСТИКИ «ВАЛЕНТА». ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ

Захаревский Э. В.

МБУ «Станция скорой медицинской помощи города Ставрополя»

Огромное количество людей разных возрастов страдают от сердечно-сосудистых заболеваний. Их причинами могут стать: стрессы, курение, употребление алкоголя, избыточный вес, низкие физические нагрузки, наследственность и другое. Сердечно-сосудистые заболевания – это основная причина нетрудоспособности и ранней смертности во всем мире. Выявленные на ранней стадии они поддаются быстрому и безболезненному лечению. Так же, важной задачей является оказание медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях на догоспитальном этапе. На этом этапе и возникают определенные трудности, связанные с тем, что зачастую, на вызов к пациенту с «острой болью в сердце» выезжает фельдшерская бригада. Расшифровка и интерпретация электрокардиограммы вызывает у многих фельдшеров затруднения. Так же, ввиду внедрения в практику тромболизиса на догоспитальном этапе возникает необходимость раннего подтверждения острого инфаркта миокарда и определения показаний и противопоказаний к тромболизису. Данные проблемы и позволяет решить комплекс телекардиодиагностики «Валента». Система представляет собой аппаратно-программный комплекс, состоящий из электрокардиографов ЭКГКт-03, сервера приема, хранения и передачи электрокардиограмм и консультационных центров. Электрокардиографы ЭКГКт-03 представляют собой переносной электрокардиограф с 1-канальным термопринтером, встроенным модулем GSM/GPRS, цветным сенсорным экраном для визуального контроля и расшифровки ЭКГ. Имеется возможность подключения телефонной гарнитуры для связи с диагностическим центром. Прибор прост, удобен, и может быть использован как обычный портативный электрокардиограф. Передача ЭКГ консультанту может производиться только при необходимости. Сервер представляет собой комплекс программного обеспечения для установки на физический сервер в дата-центре. После развёртывания и подключения к сети «интернет», сервер принимает, сохраняет и распределяет

между консультационными центрами электрокардиограммы для расшифровки. Консультационный центр — это персональный компьютер, подключенный к сети «интернет», с установленной программой анализа электрокардиограмм и приемное устройство по акустическому каналу и сотовой связи. Схематически, процесс обработки электрокардиограммы выглядит следующим образом: фельдшер Скорой помощи, при помощи электрокардиографа ЭКГКт-03, фиксирует электрокардиограмму. Сразу же визирует её на экране аппарата и может распечатать бумажный вариант на термопринтере. Далее, нажатием одной сенсорной кнопки на экране отправляет ЭКГ на сервер. Врач консультационного центра получает уведомление о поступившей на расшифровку ЭКГ и приступает к анализу. После интерпретации, он может позвонить фельдшеру непосредственно на телекардиограф и сообщить заключение о переданной ЭКГ. Так же консультант имеет возможность отправить заключение в текстовом виде на телекардиограф, которое можно просмотреть на дисплее прибора и распечатать.

Таким образом, процесс фиксации, передачи, расшифровки и получения заключения проходит в реальном времени и занимает несколько минут. Что очень важно при оказании помощи пациентам с ОИМ. Возможность использования нескольких каналов позволяет обеспечить надежность передачи ЭКГ и высокое качество получаемого сигнала. Текстовое врачебное заключение на экране телекардиографа и его распечатка документально подтверждают устную консультацию врача.

Система телекардиодиагностики «Валента» была установлена и запущена в эксплуатацию на Станции скорой медицинской помощи г. Ставрополя в июне 2010 года. Система состоит из 38 электрокардиографов ЭКГКт-03 и одного комплекта диагностического пульта. Данная модификация системы пока не использует сеть «интернет» для передачи ЭКГ. Передача электрокардиограмм производится напрямую от электрокардиографа к пульта по каналу сотовой связи. Кроме этого имеется возможность передавать ЭКГ посредством аудио-передачи через проводные телефоны (в местах, где сотовая связь недоступна).

За время работы системы (665 дней) было передано 9720 электрокардиограмм. В среднем, это составляет по 15 электрокардиограмм в день. Максимальная нагрузка на консультационный центр — до 80 ЭКГ в сутки. Интенсивная работа в режиме консультационной помощи подтвердила надежность и эффективность функционирующей системы. Значительно улучшились показатели диагностики и своевременной госпитализации пациентов с ОКС. Исключены вызовы кардиологических спецбригад «на себя» с целью диагностики и интерпретации ЭКГ. За время внедрения системы телекардиодиагностики не зафиксировано ни одного случая диагностической ошибки ОКС по данным ЭКГ.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ

(Анализ групп пострадавших при терактах
в п. Подкумок и г. Ессентуки в 2003 году)

*Фарсиянц А.В., Журначев В.Ф., Макаров В.И.
МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи»
г. Кисловодск*

В террористических актах при взрыве электропоездов в поселке Подкумок и городе Ессентуки в 2003 году пострадало 370 человек. Погибли на месте происшествия 38 человек. Травматические повреждения тяжелой степени получили 53 человека, средней степени тяжести – 85 человек и легкие 194 человека.

Учитывая, разный характер поражающего действия и мощность взрывных устройств количество пострадавших в поселке Подкумок составило 116 человек, в городе Ессентуки – 254 человека.

Анализ диагнозов пострадавших выявил, что:

- 41 человек составили группу пострадавших с проявлениями ушиба головного мозга, без проявлений шока тяжелой степени тяжести;
- 56 человек составили группу пострадавших с ушибом головного мозга, осложненным проявлениями шокового состояния и требующего проведения комплекса противошоковой терапии в условиях организованной лечебно-сортировочной площадки.
- Группа пострадавших из 19 человек имели тяжелые повреждения характеризующиеся наличием ушиба головного мозга, шокового состояния и проникающих ранений органов брюшной полости и грудной клетки. Эти больные нуждались в срочной эвакуации в лечебно-профилактические учреждения для проведения экстренных хирургических вмешательств и требовали выполнения большого объема скорой медицинской помощи во время их транспортирования санитарным транспортом.
- Группа больных из 87 человек имела диагнозы сотрясения головного мозга с наличием телесных повреждений, ушибов, поверхностных ран, переломы и растяжения связок опорно-двигательного аппарата и нуж-

далась в эвакуации в лечебно-профилактические учреждения во вторую очередь, после оказания им доврачебной помощи.

- Группа пострадавших из 167 человек имели диагноз сотрясения головного мозга и проявления расстройства психики в виде ситуационного невроза. Им требовалось оказания психологической помощи и далее они могли быть отправлены в лечебно-профилактические учреждения или домой, попутным транспортом, без привлечения бригад скорой помощи.

Анализ характера и требуемого объема оказания скорой медицинской помощи позволил выделить следующие группы:

1. Пострадавшие с несовместимыми для жизни повреждениями составили группу из 38 человек (10,3 % всех пострадавших).
2. Пострадавшие с травматическими повреждениями тяжелой степени тяжести, с наличием состояний требующих срочного оперативного вмешательства составили группу из 44 человек (12 % всех пострадавших). Они нуждались в срочной эвакуации врачебно-фельдшерскими бригадами, с выполнением комплекса реанимационных мероприятий и интенсивной терапии во время транспортировки.
3. Группа раненых из 121 человека (32 % всех пострадавших) нуждалась в проведении предтранспортировочной медицинской подготовки и в дальнейшем эти пострадавшие, могли быть эвакуированы в стационары, фельдшерскими бригадами, во вторую очередь.
4. Легкораненые из 167 человек (46 % всех пострадавших) нуждались в оказании доврачебной помощи, психологической помощи и могли быть отправлены в лечебно-профилактические учреждения, попутным транспортом, без привлечения бригад скорой медицинской помощи.

Основными задачами персонала скорой медицинской помощи оказывающего помощь в очаге поражения являлись:

- Восстановление нарушенных или утраченных функций жизненно-важных органов и систем, пораженного организма и поддержание их на функциональном уровне.
- Облегчение страданий пострадавших.
- Медицинская и эвакуационная сортировка, эвакуация тяжело и средне-тяжело раненых в лечебно-профилактические учреждения.

Проведенный анализ работы бригад по оказанию помощи пострадавшим в терактах позволил сделать выводы:

1. Качественное оказание скорой медицинской помощи в очаге поражения невозможно без развертывания медицинской-сортировочной площадки, с организацией ее оцепления, обеспечения бригад работающих на ней всем необходимым объемом средств для проведения противошоковой, интенсивной терапии, иммобилизации перед транспортировкой.

2. Путь эвакуации пострадавших должен проходить по подготовленному «зеленому» коридору, что обеспечивает быструю доставку больных в стационары и быстрое возвращение бригад.
3. Значительной части пострадавших для выхода из стрессового состояния будет требоваться помощь психологов.
4. Эвакуацию легкораненых нужно организовать попутным транспортом без привлечения бригад скорой помощи.
5. Медицинский персонал станций скорой медицинской помощи должен быть психологически подготовленным для работы в очагах массового поражения людей.
6. С персоналом станций скорой медицинской помощи должны проводиться учения по разработанному оперативному плану.

МЕЖБОЛЬНИЧНАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА ДЕТЕЙ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Фарсиянц А.В., Обедин А.Н., Иванов К.Н.

*Ставропольский краевой детский клинический центр организации
специализированных видов медицинской помощи*

По опыту работы многих крупных регионов России детское здравоохранение развивается путем создания центров высоких технологий, которые с экономической и медицинской точки зрения более выгодны, чем многочисленные ЛПУ, которым не под силу организация специализированной неотложной помощи. Такая централизация специализированной неотложной помощи не может эффективно работать без хорошо развитой системы медицинской эвакуации тяжелобольных.

Повышение качества оказания неотложной помощи детям Ставропольского края с 1990 года решалось путем создания педиатрических РКЦ. Основными направлениями деятельности которых являлись: 1) оказание консультативной помощи, 2) организационно-методическая работа, 3) межбольничное транспортирование тяжелобольных детей, роль которой, как важного раздела неотложной помощи, трудно переоценить.

В Краевом Детском Реанимационно-Консультативном Центре г. Ставрополя накоплен 14 летний опыт транспортирования детей с проведением всего комплекса интенсивной терапии в пути.

Таблицы 1.

Объем работы по межбольничному транспортированию с 1991–2004 г.

Переведено больных/Из них на ИВЛ	Соматическая патология. Патология верхних дыхательных путей, инфекционная патология	Болезни новорожденных	Отравления	Хирургическая патология
3060/1241	1965	495	273	327
100 %/ 40,5 %	64,2 %	16,1 %	8,9 %	10,8 %

Таблица 2.

Длительность транспортировки

Транспор- тировка	До 50 км 30–40 мин	До 100 км 1 час	До 200 км 1,5–2 часа	До 300 км 3–4 часа	Свыше 300 до 5 часов
Кол-во больных	367	827	1225	397	244
%	12	27	40	13	8

На основании накопленного опыта нами выработаны определенные стандарты и правила транспортировки.

Отбор пациентов осуществляется врачами РКЦ на основании тяжести и динамики состояния больных, возможностей лечебного учреждения по оказанию им помощи, необходимостью повышения лечебно-диагностического уровня неотложной помощи.

Эффективная предтранспортная подготовка проводится с учетом разработанных и внедренных стандартов оснащенности оборудованием и медикаментозного обеспечения поста ИТ для детей в ЛПУ, предоставляющих квалифицированную неотложную помощь детям,

по лечебно-диагностическим алгоритмам. Обязательным является обеспечение центрального венозного доступа.

Транспортировка осуществляется с соблюдением следующих технологических требований:

Для респираторной поддержки используются аппараты ИВЛ «Medumat» и встроенный вентилятор транспортного инкубатора «Djasomo Bertocchi». У больных с компенсированной дыхательной недостаточностью используем кислородные маски.

Санация осуществляется аппаратами инъекционного и компрессорного типов. Проводится непрерывный мониторинг температуры тела, АД, SaO₂, ЧСС. Во время транспортировки необходима адекватная седация и обезбоживание. При необходимости дополнительной инотропной поддержки используется дозатор лекарственных веществ аккумуляторного типа.

Нетранспортабельными считаются пациенты с суб- и декомпенсированным шоком, нестабильной сердечной деятельностью, с проявлениями синдрома полиорганной недостаточности, а также недоношенные новорожденные с внутрижелудочковыми кровоизлияниями (ВЖК) до 7 суток жизни. Нецелесообразным считается перевод пациентов с комой 3-й – 4-й ст. в течение 72 часов.

Чрезвычайно важным считаем соблюдение требований к санитарному транспорту:

- окраска стен – белая для улучшения контроля качества санитарной обработки
- обогрев: а) инкубатор, б) салон
- иммобилизация (ремни, иммобилизация шейного отдела позвоночника, транспортные шин).
- приточно-вытяжная вентиляция
- переходник для заправки баллонов кислорода из любых источников
- емкость баллонов не менее 20 литров.
- дополнительный электропривод на 220 Вт
- радиосвязь
- звуковая и световая сигнализация
- для снижения риска вибрации: гидропривод к носилкам, база реанимобиля более 3-х метров, диаметр колес более 60см, рекомендуемая полоса движения – второй ряд для движения легковых автомобилей и скоростной режим – 90–100 км/ч

Выводы:

- Большая безопасность перигоспитализации достигается соблюдением правил предтранспортной подготовки и соблюдением технологических требований межбольничного транспортирования.
- Опасность связанная с переводом становится ниже риска развития летального исхода у пациентов, оказавшихся без надлежащего уровня специализированной медицинской помощи.
- Выездная реанимационная бригада приближает оказание специализированной помощи детям, находящимся в критическом состоянии.
- По опыту работы при тщательном соблюдении технологии предтранспортной подготовки и перегоспитализации больных новорожденных состояние их жизненно важных функций при ранней перегоспитализации даже на большие расстояния не ухудшается.
- Ранняя перегоспитализация в специализированные центры из ЛПУ региона способствует сокращению пребывания больных на дорогостоящей койке ИТ и снижает риск инвалидизации пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОКС БРИГАДАМИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА РОСТОВА-НА-ДОНУ

*Зауголышева Т.П., Фалин В.В.
ОСМП МБУЗ «ГБСМП Ростова-на-Дону»*

Отделение скорой медицинской помощи ГБСМП г. Ростова-на-Дону имеет в своем составе 77 выездных бригад, которые оказывают помощь 1 091 тыс. официально зарегистрированных жителей города и неучтенному контингенту населения, ориентировочная численность которого составляет 300 тыс. человек.

	2009 год	2010 год	2011 год
Всего вызовов	425 345	419 136	424 932
Смерти до СП	3825	3681	3355
Умерло при СП	301	330	336
из них от ОКС	57	61	36

В оказании помощи ОСМП придерживается утвержденных МЗ и СР РФ стандартов по СМП и современных рекомендаций. При подозрении на ОКС любая бригада СМП проводит ЭКГ исследование, экспресс-определение тропонина и/или миоглобина крови. Для проведения дифференциальной диагностики в сложных случаях, выездные бригады оснащены экспресс – тестами на «Д-димер». Фельдшерские и врачебные общелинейные бригады оснащены миникардиографами «Heartwiuer» для транстелефонной передачи ЭКГ в радиоцентр. Ежемесячно бригады СМП г. Ростова-на-Дону передают около 4,5 тысяч кардиограмм больных для интерпретации врачам-кардиологам центра. Благодаря такому взаимодействию качество диагностики на догоспитальном этапе значительно улучшилось, – было своевременно выявлено множество атипичных инфарктов и случаев ОКС у молодых больных.

Каждый больной с ОКС на этапе скорой медицинской помощи получает морфин (при наличии болевого синдрома и отсутствии противопоказаний), нагрузочную дозу клопидогреля, аспирин, гепарин. Все пациенты, не имеющие противопоказаний, получают β-адреноблокаторы, причем предпочтение отдается препаратам для внутривенного введения (метопролол, эсмолол). У больных с ОИМ, осложненным кардиогенным шоком дополнительно осуществляется инфузия дофамина на изотоническом растворе в одну вену и инфузия реосорбилакта во вторую вену.

За 2009 год выполнено 1225 вызовов к больным с острыми инфарктами миокарда. Госпитализировано 1172 пациента, что составляет 95,7% больных с ОИМ. Умерло при оказании скорой помощи 53 пациента, что составляет 4,3% от числа госпитализированных пациентов.

За 2010 год диагноз ОИМ был установлен 1505 пациентам. Госпитализировано 1450 человек, что составляет 96,4% от общего количества больных с ОИМ. Умерло при оказании помощи 55 пациентов, что составляет 3,6% от числа госпитализированных больных. В 2011 году произошло уменьшение общего количества случаев острого инфаркта миокарда на 22% по сравнению с 2010 годом. Бригады СМП принимали участие в оказании помощи 1178 пациентам с ОИМ. Доставлено в стационары города 1142 пациента (97%), умерло при оказании скорой помощи 36 человек (3%).

Таким образом, происходит уменьшение количества пациентов с ОИМ, умерших при оказании скорой помощи, что свидетельствует о более раннем прибытии бригад СМП к наиболее тяжелым пациентам и качестве оказания скорой медицинской помощи группе наиболее тяжелых больных.

	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год
Всего случаев	1262	1225	1505	1178
Госпитализировано	1187	1172 (95,7%)	1450 (96,4%)	1142 (97%)
Умерло при СП	81(6,4%)	53 (4,3%)	55 (3,6%)	36 (3,0%)

Если сравнить данные показатели с результатами 2008 года (госпитализировано за двенадцать месяцев 2008 года 1187 человек с ОИМ; умер при оказании СМП 81 пациент, что составило 6,4% от общего числа больных), то становится видно, что смертность на догоспитальном этапе снизилась более чем вдвое (с 6,4% до 3,0%).

Данный результат получен благодаря более раннему установлению правильного диагноза, что получено в результате оснащения всех выездных бригад ОСМП аппаратами для транселефонной передачи ЭКГ, внедрению в практику современных стандартов и рекомендаций по скорой помощи, а также наличию в бригадах СМП современных препаратов для тромболитической терапии (альтеплаза, тенектеплаза, проурокиназа) и внутривенных бета-адреноблоаторов (метопролол, эсмолол). Каждая выездная бригада СМП в соответствии с требованиями приказа МЗ РО № 867 от 15 июля 2009 года «О совершенствовании оказания помощи больным с сосудистыми заболеваниями» имеет лист-опросник, для определения показаний и исключения противопоказаний для ТЛТ. Благодаря использованию в практической деятельности листа-опросника исключена возможность проведения ТЛТ без достаточных оснований.

Скорая помощь г. Ростова-на-Дону активно использует догоспитальный тромболизис у больных с ОИМ с подъемом сегмента ST. Всего за 2009 год выездными бригадами СМП выполнено 92 догоспитальных тромболизиса при ОИМ. В 33 случаях использована альтеплаза («Актилизе»), в 44 случаях использована тенектеплаза («Метализе»), в 16 случаях – стрептокиназа. Общее число догоспитальных тромболизисов при ОИМ в 2009 году составило 7,5% от общего количества пациентов с ОИМ. При оказании скорой помощи умерло три пациента после проведенного тромболизиса, что составило 3,2%.

За 2010 год ТЛТ проведена 101 пациенту. В 18 случаях использована альтеплаза («Актилизе»); в 71 случае использована тенектеплаза («Метализе»); в 9 случаях – стрептокиназа; в 3 случаях проурокиназа («Пулолаза»). Умерших на догоспитальном этапе после проведения тромболитической терапии в 2010 году не было. Общее число догоспитальных тромболизисов в 2010 году составило 6,7%.

В 2011 году бригады СМП провели тромболитическую терапию 85 пациентам. Альтеплаза («Актилизе») была использована в 36 случаях; проурокиназа («Пулолаза») в 47 случаях; тенектеплаза («Метализе») в 2-х случаях. Общее число догоспитальных тромболизисов в 2011 году составило 7,2%. Смертей при СП после ТЛТ на догоспитальном этапе не было.

Общее количества случаев ОКС уменьшилось на 10% в 2010 году и еще на 40% в 2011 году. Видимо, этот показатель свидетельствует об улучшении качества диагностики на этапе СМП, а также качества оказания помощи и грамотному проведению профилактических мероприятий амбулаторно-поликлиническим звеном. Снижение процента госпитализированных пациентов свидетельствует об увеличении количества отказов от транспортировки в стационар, что, как правило, связано с желанием больных получать

лечение под контролем участковых врачей по месту жительства и в дневных стационарах поликлиник.

	2009 год	2010 год	2011 год
Всего случаев ТЛТ	92	101	85
Стрептокиназа	16	-	-
Альтеплаза	33	18	36
Тенектеплаза	44	71	2
Проурокиназа	-	3	47
Умерло при СП	3 (3,2%)	0	0

В планах ОСМП г. Ростова-на-Дону на 2012 год по дальнейшему повышению качества оказываемой помощи больным с ОКС стоит оснащение выездных бригад автоматическими наружными дефибрилляторами и новым перспективными препаратами.

ОБЕЗБОЛИВАНИЯ СКЭНАРОМ ПРИ БОЛЯХ В СПИНЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ. МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Тараканов А.В., Тараканов А.А., Якушев И.Д., Хатисова Е.
РостГМУ, Ростов-на-Дону, ГУЗ «Городская поликлиника № 21»,
Санкт-Петербург, Станции скорой помощи
(Батайск, Майкоп, Ростов-на-Дону, Пятигорск)*

Частота вызовов к пациентам с болью составляет от 30 до 52 % всех вызовов скорой медицинской помощи. В их структуре большую долю занимают заболевания суставов и позвоночника. Актуальность проблемы связана: 1) высокой распространённостью болей в спине среди различных возрастных групп; 2) объективные трудности дифференциальной диагностики; 3) большие экономические потери для общества; 4) разработкой методов доступной нелекарственной анальгезии, которую могут проводить как медицинские работники, так и сами больные.

Для обезболивания в качестве альтернативы или комбинированного лечения нами предложен аппарат СКЭНАР (самоконтролируемый энергонейроадаптивный регулятор). Прибор генерирует высоковольтный импульсный, биполярный, без постоянной составляющей электрический ток, формируемый на принципе биотехнической обратной связи.

Цель работы – внедрение, сравнительные исследования возможности проведения монотерапии СКЭНАР-ом у больных на догоспитальном этапе медицинской помощи с болями в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника в остром и подостром периодах, а также обострении хронических болей в спине.

Материалы и методы. Использовался прибор ЗАО ОКБ «РИТМ», модель «ЧЭНС- СКЭНАР -02» и разнесенные пластинчатые электроды по 16 см². В исследование включено 415 больных (95 мужчин и 320 женщин) в возрасте от 30 до 80 лет, из них СКЭНАР-терапия была проведена у 240 человек.

Больные были сопоставимы по возрасту и полу, продолжительности заболевания, а также по времени пребывания бригады на вызове. Характер болей носил в основном острый выраженный характер, что и послужило

поводом вызова скорой помощи. Иррадиация более носила разнообразный характер.

Метод оценки боли – визуальная аналоговая шкала. Исследование - рандомизированное, открытое. Критерии исключения для СКЭНАРа - противопоказания по инструкции для применения прибора: индивидуальная непереносимость, наличие искусственного водителя ритма (кардиостимулятора), тяжелые психические заболевания, острые инфекционные заболевания невыясненной этиологии, а также добавленная нами мерцательная аритмия. Пациенты давали устное информированное согласие на проведение лечения. Критерии исключения для лекарственных препаратов - противопоказания в инструкции по применению.

Выбор, оценка состояния больных и динамика после лечения осуществлялась по специальным протоколам.

Боли в области шеи.

1 группа – СКЭНАР (разнесенные электроды, n=28); расположение и передвижение электродов на коже по специальной схеме в течение 10-15 - минут в области шейно-воротниковой зоны (ШВЗ) в модуляции 3:1; энергия раздражения – индивидуальна; 90 Гц.

2 группа – СКЭНАР (коаксиальный электрод прибора, n=62); применялся субъективно дозированный режим (СДР) в области ШВЗ и в кожной зоне акцентуации боли, всего 15–20 минут; энергия раздражения – индивидуальна; 90 Гц.

3 группа (контроль) – баралгин – 5 мл (метамизол натрия – 2,5 г) в/м, (n=22).

4 группа (контроль) – кеторолака трометамин 2 мл (30 мг) в/м, (n=23).

5 группа (контроль) – кетопрофен 2 мл (100 мг) в/м, (n=31).

Боль в позвоночнике в области грудной клетки.

1 группа – СКЭНАР (коаксиальный электрод прибора, n=49); применялся СДР в области грудного отдела позвоночника и в проекции боли, всего 15-20 – минут; энергия раздражения – индивидуальна; 90 Гц.

2 группа (контроль) – кетопрофен 2 мл (100 мг) в/м, (n=52).

Боли в области поясницы.

1 группа – СКЭНАР (разнесенные электроды, n=31); расположение и передвижение электродов на коже по специальной схеме 10-15 - минут в области поясницы в модуляции 3:1; энергия раздражения – индивидуальна; 90 Гц.

2 группа – СКЭНАР (коаксиальный электрод прибора, n=70); применялся СДР в области поясницы и в проекции боли всего 15-20- минут; энергия раздражения – индивидуальна; 90 Гц.

3 группа (контроль) – баралгин - 5 мл (метамизол натрия – 2,5 г) в/м, (n=24).

4 группа (контроль) – кеторолака трометамин 2 мл (30 мг) в/м, (n=25).

5 группа (контроль) – кетопрофен 2 мл (100 мг) в/м, (n=54).

Статистическая обработка результатов проводилась независимым исследователем с использованием t -критерия Стьюдента и непараметрического критерия Манна-Уитни.

Полученные результаты.

В данном сообщении представлены только результаты субъективной оценки боли. Данные при обезболивании области шеи для удобства сравнения рассчитаны в процентах к исходным параметрам до начала лечения. По ВАШ пациенты оценивали свое состояние до лечения в пределах 4–7 баллов. Наиболее выраженное анальгетическое действие оказывал СКЭНАР с разнесенными электродами. Его эффект превышал эффект коаксиального электрода на 20–30% и к 30 минуте после процедуры составлял (-) 75,7 % от исходного. Мы полагаем, что это реализуется за счет большей площади электродов и двухстороннего модуляционного режима воздействия на спастическое состояние мышц шеи. Анальгетический эффект СКЭНАРа с коаксиальным электродом к 30 минуте был сопоставим с эффектом трех анальгетиков: метамизола натрия, кеторолака и кетопрофена в общепринятых дозах. Эффект кетопрофена среди них был наиболее выражен и составлял (-) 63,6%. СКЭНАР с разнесенными электродами в целом превышал эффект медикаментозного обезболевания.

Интересны данные лечения при болях в грудном отделе позвоночника. С диагностической точки зрения этот отдел позвоночника представляет наиболее трудную задачу для дифференциальной диагностики. Это связано с возможностью заболевания самого позвоночника, внутренних органов, ИБС, которые могут давать отраженные боли в этот участок позвоночника. В наших исследованиях обязательным мероприятием была запись электрокардиограммы при болях в этом участке спины. Задача при оказании первой медицинской помощи - адекватно и безопасно обезболить пациента и не пропустить тяжелое заболевание. Анальгетический эффект при использовании СКЭНАРа уже через 10 минут после процедуры превышал эффект кетопрофена на 39,5 %. К 30 минуте на 12 %. Данные статистически достоверны.

Какие результаты лечения были получены при болях в области поясницы с помощью СКЭНАР-терапии разнесенными электродами и коаксиальным. Эффект прибора с разнесенными электродами был достоверно выше только на 20 минуте после воздействия 53,6 % против 41,1 %. В целом имела тенденция к большей эффективности при таком методе лечения. Эффект коаксиальной СКЭНАР-терапии был полностью сопоставим с медикаментозными методами лечения.

Анализ результатов исследования установил, что применение аппарата СКЭНАР в монотерапии у пациентов с болями, послужившими основани-

ем для вызова скорой помощи, в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника является адекватным методом обезболивания в режиме реального времени. Немедикаментозный метод обезболивания СКЭНАР-ом может являться альтернативой при противопоказаниях к анальгетикам (аллергические реакции, опасность побочных эффектов, недоступность препаратов и прочее). Не отмечалось каких либо побочных эффектов, или отказа пациентов от применения прибора. Артериальное давление, пульс, частота дыхания у большинства больных нормализовались на фоне СКЭНАР-терапии. Простота применения, быстрое наступление аналгезии, практически полное отсутствие абсолютных противопоказаний, в том числе и при онкологических заболеваниях или подозрениях на них, делает подобный метод обезболивания перспективным для службы скорой медицинской и первой помощи.

Выводы:

1. При болях в шейном отделе позвоночника наибольшей эффективностью обладает СКЭНАР-терапия разнесенными электродами. СКЭНАР-терапия коаксиальным электродом сопоставима с медикаментозными методами анальгезии (метамизол натрия, кеторолак и кетопрофен в общепринятых дозах).
2. При болях в грудном отделе позвоночника СКЭНАР-терапия коаксиальным электродом превышала эффект обезболивания кетопрофеном.
3. При болях в поясничном отделе позвоночника тенденцией к наибольшей эффективности обладает СКЭНАР-терапия разнесенными электродами. СКЭНАР-терапия двумя методами сопоставима с медикаментозными методами анальгезии (метамизол натрия, кеторолак и кетопрофен в общепринятых дозах).
4. СКЭНАР-терапия является адекватным и безопасным методом обезболивания у этой категории больных.

РАБОТА БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ АГРЕССИИ ГРУЗИИ ПРОТИВ ЮЖНОЙ ОСЕТИИ

В.Д. Слепушкин, Т.Д. Ревазов

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
г. Владикавказ*

В связи с резким увеличением потока раненых и отсутствия медицинских сил в районе боевых действий (действовала только Республиканская больница в г.Цхинвал, который был блокирован агрессорами) было принято решение о направлении бригад скорой медицинской помощи в район боевых действий. Вечером 8 августа медицинская группа в составе 34 бригад скорой медицинской помощи (в том числе 6 бригад СМП и ТЦМК КБР и 4 бригады СМП из Ставропольского края) прибыли в поселок Джава в 20 км от г. Цхинвал. Медицинский персонал состоял из 34 врачей (в том числе 8 анестезиологов-реаниматологов), 34 фельдшеров. Восемь машин скорой медицинской помощи были оснащены реанимационным оборудованием. Было принято решение о развертывании сортировочно-эвакуационного госпиталя.

Всего сортировочно-эвакуационным госпиталем с 8 августа по 11 августа была оказана помощь 212 раненым, 210 из которых машинами скорой помощи эвакуированы в лечебно-профилактические учреждения Республики Северной Осетии. Двое раненых переедены в медико-санитарный батальон Федеральных войск. Плечо эвакуации раненых в больницы Северной Осетии составляло 170 км по горной дороге на высоте около 3000 м и среднее время в пути равнялось 200+20 мин. После помещения раненых в больницы машины скорой помощи вновь возвращались в пос. Джава.

Бригадами скорой медицинской помощи после разблокирования дороги на г.Цхинвал 10 и 11 августа из подвала Республиканской больницы было вывезено 89 раненых.

Структура имевших место ранений: минно-осколочные – 70% раненых, огнестрельные – 28%, термические – 2%. Среди раненых – 34 военнослужащих, 1 ребенок, мужчин – 81%, женщин – 19%. Из числа всех раненых 28% находились в состоянии гиповолемического шока различной степени тяжести.

Оказанный объем медицинской помощи:

- обезболивание и седация – 100% (внутривенное или внутримышечное введение опиоидных анальгетиков и бенздиазепинов);
- первичная обработка ран – 100%;
- иммобилизация конечностей – 100% от нуждающихся;
- катетеризация периферических вен – 89% .

Квалифицированная медицинская помощь:

- Катетеризация подключичной вены – 10 раненым;
- Инфузионная терапия в периферические или центральные вены – 134 раненым;
- Пункция плевральной полости – 2 раненым;
- Интубация трахеи и проведение ИВЛ – 9 раненым;
- Установка ларингеальной маски и проведение ИВЛ – 6 раненым;
- Установка воздуховода – 6 раненым;
- Дефибрилляция – 2 раненым.

Из 210 пострадавших, эвакуированных из района боевых действий в лечебно-профилактические учреждения Республики Северная Осетия через Рокский перевал, в процессе транспортировки не погибло ни одного человека.

Вечером 11 августа в связи с выполнением поставленных задач сортировочно-эвакуационный госпиталь был свернут и все машины скорой помощи возвратились на станции.

УЧАСТНИКИ ВЫСТАВКИ

«MEDLEX» ПРОИЗВОДСТВЕННО-КОММЕРЧЕСКАЯ ГРУППА

350010, Краснодарский край, г. Краснодар,
ул. Зиповская, 5, корпус 33

Тел.: (861) 274-34-53. Тел./факс: (861) 279-10-00

E-mail: info@medlex.ru

Сайт: www.medlex.ru

Руководитель: Директор Шкарабуров А.А.



medlex group

Группа компаний работает в нескольких направлениях, таких как: здравоохранение, санаторно-курортные комплексы, пищевая промышленность, гостиничный и ресторанный бизнес, агропереработка. Производимая нами продукция успешно применяется для поддержки санитарно-эпидемического благополучия различных по профилю объектов, наши клиенты заслуженно выбирают нас в качестве гаранта своего успеха!

Основные направления деятельности:

- Производство и поставка дезинфицирующих средств;
- Комплексное оснащение объектов медицинским, промышленным и кухонным оборудованием «под ключ»;
- Оснащение лабораторным оборудованием;
- Продажа лабораторного стекла, мерной и химико-лабораторной посуды;
- Поставки химических реактивов;
- Лицензированное инженерно-техническое обслуживание.

Сегодня «MEDLEX» – это динамично развивающаяся компания с устойчивым позитивным национальным и международным имиджем!

«OLAINFARM» АО Представительство в РФ

115193, г. Москва, ул. 7-ая Кожуховская, 20

Тел./факс: (495) 679-07-83, 679-36-96, 679-58-70



E-mail: mos@olainfarm.ru

Сайт: www.olainfarm.ru

Акционерное общество «OlainFarm» – одно из крупнейших предприятий стран Балтии с почти сорокалетним опытом в области создания и производства, лекарственных препаратов, активных химических субстанций и других химических веществ. Компания была основана в 1972 г. как государственное предприятие «Олайнский химико-фармацевтический завод», основной целью которого было обеспечение фармацевтическими субстанциями и полупродуктами всех заводов Советского Союза, занимающихся производством готовых лекарственных форм. В настоящее время АО «OlainFarm» стабильное фармацевтическое предприятие с четкой стратегией развития, оборудованное по современным стандартам мировой фармацевтической промышленности и сертифицированное в соответствии с требованиями Good Manufacturing Practice (GMP), Food and Drug Administration (FDA) и ISO 14001:2004.

Фундаментальная научно-производственная база и сотрудничество с ведущими научно-исследовательскими учреждениями Латвии и России позволили создать портфель продуктов, востребованный в 30 странах мира, в том числе в странах СНГ, США, Европе, Скандинавских странах, Африке, Австралии, арабских странах и т.д. Гордостью предприятия являются оригинальные препараты уникального действия: Фурамаг, Нейромидин, Адаптол, Гистафен, Фенкарол, Этацинин, которые в руках врачей-специалистов возвращают, людям радость здоровой, полноценной жизни.

«АСВОМЕД» ООО

125040, г. Москва, ул. Правды, 8, кор 35

Тел.: (495) 742-44-30. Тел./факс: (495) 742-44-35

E-mail: info@gymna.ru. Сайт: www.asvomed.ru

Руководитель: генеральный директор Труханов А. И.



Поставка европейского оборудования для физиотерапии, электротерапии, ультразвуковой терапии, УВЧ, СВЧ, лазерная терапия, криотерапии, вибротерапии, ударно-волновой терапии, массажные столы, тракция, медицинские тренажеры, функциональная диагностика, УЗИ-диагностика, рентгеновские и ультразвуковые остеоденситометры, реабилитационное оборудование, оборудование для проведения нагрузочных тестов, электрокардиографы, системы холтеровского мониторирования, рекордеры для суточного мониторинга АД, аппараты для кардиореабилитации (усиленная наружная контрпульсация).

«БАНЕСТАР МЕНЕДЖМЕНТ ЛИМИТЕД» ООО

119049, г. Москва, Ленинский пр-т, 2, офис 4А22

Тел.: (495) 956-78-10, 647-23-04, 647-23-08

E-mail: info@banestar.ru

Руководитель: Арендарчук Ирина Викторовна

«ДЕЗИНДУСТРИЯ» ООО

117342, г. Москва, ул. Введенского, 3

Тел./факс: (495) 333-92-34,

(499) 788-72-72, 788-73-60

E-mail: office@dezin.ru

Сайт: www.dezin.ru

Руководитель: генеральный директор

Емельянов Владимир Николаевич



ООО «Дезиндустрия» – это проверенное временем качество!
Компания вот уже более XII лет – на рынке гигиены и дезинфекции.

ООО «Дезиндустрия» – компания-производитель:

- 20 % раствора хлоргексидина биглюконата – дезинфицирующего средства «ДЕЗИН», субстанции для приготовления кожных антисептиков;
- дезинфицирующих средств «ДЕЗ-ЯХОНТ», «НЕТОСПОРИН», «НЕТОСПОРИН ФОРТЕ», «ДИ-МИГ», «ДИ-УЛЬТРА»;
- кожных антисептиков «ДЕЗИСКРАБ», «ДЕЗИХЭНД», «ДЕЗИСЕПТИ», «ДЕЗИСЕПТИ ОП», «ДЕЗИСЕПТИ УЛЬТРА»;
- жидкого мыла с дезинфицирующим эффектом «МЕДИХЭНД»;
- универсальных настенных сенсорных и локтевых дозаторов для жидкого мыла и кожных антисептиков.

«ЕВРОМЕДСЕРВИС» ООО

357500, Ставропольский край, г. Пятигорск,

ул. Крайнего, 49, офис 903

Тел./факс: (8793) 36-36-87. Тел: (8793) 36-36-05

E-mail: ems@kmv.ru, taumed@inbox.ru

Сайт: www.euromc.ru



ООО «Евромедсервис» осуществляет свою деятельность в регионе Кавказские Минеральные Воды с 2000 года. На сегодняшний день, наша ком-

пания, является динамично развивающейся, активно конкурирующей на рынке по продажам медицинского оборудования, услуг по его ремонту и техническому обслуживанию.

Основные направления по оснащению санаторно-курортных учреждений:

- стерилизационное оборудование ТЗМОИ и DGM
- ванны для бальнеологических процедур отечественного и импортного производства;
- ультразвуковые диагностические сканеры Medison;
- лабораторное оборудование, реагенты и расходные материалы;
- стоматологические установки Chirana;
- физиотерапевтическое и грязелечебное оборудование.

Команда высококвалифицированных специалистов поможет вам сделать правильный выбор при приобретении современного медицинского оборудования и дальнейшей полноценной его эксплуатации.

«ЕЛАТОМСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД» ОАО

391351, Рязанская обл., Касимовский р-н,

г. Елатьма, ул. Янина, 25

Тел.: (49131)4-38-29, 9-17-76

E-mail: maksim.elamed@yandex.ru

Сайт: www.elamed.com

**Руководитель: заместитель директора по продажам
по ЛПУ Воробьев Владимир Николаевич**



Елатомский приборный завод развивается уже более 30 лет, из которых более 20 лет производит медицинское оборудование.

История нашего завода охватывает десятки тысяч положительных отзывов и пожеланий в свете которых можно сказать, что наши приборы помогали и помогают людям забыть о своих проблемах со здоровьем.

Мы являемся постоянными участниками специализированных медицинских выставок и для нас это стало традицией, поэтому для Вас уважаемые посетители, на выставке «Здравоохранение Северного Кавказа» с радостью продемонстрируем продукцию нашего завода – портативную и сложную физиотерапевтическую технику, дезинфекционное оборудование и изделия медицинского назначения из пластмассы, медицинскую мебель, разрешенные Минздравом РФ к применению в стационарах, поликлиниках, на фельдшерско-акушерских пунктах и в домашних условиях.

Вся продукция нашего предприятия является практически продукцией первой необходимости для населения и ЛПУ.

Дорогие гости, тысячи людей уже выбрали для себя нашу продукцию, ваше решение остается за Вами, в котором мы всегда Вам готовы помочь.

«ИНТЕР-ЭТОН» ООО

105005, г. Москва, ул. Бауманская, 56/17

Тел.: (499) 261-85-32, 26, 261-78-70, (495) 632-26-98

Факс: (499) 261-79-84

E-mail: inter-eton@mtu-net.ru, intereton-r@mail.ru – по выставкам

Сайт: www.inter-eton.ru

Производитель 4-х местного компрессорного передвижного ингалятора (небулайзера) «НИКО», имеющего 5 степеней защиты от перекрестной инфекции и не нуждающийся в помещении, оборудованном приточно-вытяжной системой, кислородного коктейлера «ОксиМ», аппарата компрессорного для вакуумного массажа и ингаляции ЭТОН-ВМ.

Эксклюзивный дистрибьютор фирмы «Flaem Nuova s.p.a» (Италия) по реализации индивидуальных компрессорных ингаляторов (небулайзеров) «БО-РЕАЛ», «АЭРМИСТ» «ДЕЛЬФИН», «ЛЕЛЛА», «ТРЭВЕЛнеб», «Неб-Эйд», носового ирригатора «Rhino Clear», дистрибьютор фирмы «Nidek Medical Products Inc» (США) по концентраторам кислорода «МАРК 5 НУВО Лайт», «МАРК 5 НУВО 8» .

«КАСИМОВСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД» Филиал ГРПЗ ОАО

391300, Рязанская обл., г. Касимов, ул. Индустриальная, 3

Тел.: (49131) 2-70-26

E-mail: market@kaspz.ru

Сайт: kaspz.ru

Руководитель: директор Григорьев Евгений Михайлович



Касимовский приборный завод выпускает широкий ассортимент медицинской техники и лабораторного оборудования с учетом потребностей лечебно-профилактических учреждений. В номенклатуре выпускаемой продукции представлен широкий спектр сухожаровых и паровых стерилизаторов различных объемов и модификаций, а также ультрафиолетовые камеры для хранения стерильных медицинских изделий, устройства термосваривающие роторного и импульсного типа, лабораторного оборудования (воздушные термостаты различных модификаций, сушильные шкафы, аквадистилляторы), многофункциональной медицинской мебели (набор для

оснащения стоматологических кабинетов). Одним из направлений является производство физиотерапевтического оборудования: магнитотерапевтический комплекс, предназначенный для воздействия слабыми частотно-модулированными магнитными полями на весь организм человека.

«ЛАЙФКОР ИНТЕРНESHНЛ» ООО

г. Москва, ул. Героев Понфилевцев, 20,
корпус 2, офис 134

Тел.: (495) 944-06-66

E-mail: info@lifecore.ru

Сайт: www.lifecore.ru

Руководитель: генеральный директор Агапитова Л.Э.



Начиная с августа 1997 года, в Российской Федерации и странах СНГ эксклюзивным представителем компании «AirSep» (США) является компания «ЛайфКор Интернешнл». В этом году наша компания отметила 14-летний юбилей работы на рынке медицинского оборудования.

Основная область деятельности – продвижение на Российском рынке современного высокотехнологичного оборудования по производству кислорода – кислородных концентраторов для медицины и промышленности.

В настоящее время уже тысячи кислородных концентраторов различных моделей производства «AirSep» (США) надежно работают в медицинских учреждениях, на различных предприятиях и у частных лиц России, Киргизии, Украины, Грузии и др. стран. Наша компания тесно сотрудничает с ведущими специалистами пульмонологии, разрабатывая методики лечения кислородом, и предоставляет консультации врачей пациентами с различными патологиями.

Фирма имеет сеть дилеров и сервисных центров в различных регионах России и СНГ.

«ЛИЗОФОРМ-СПб» ООО

195220, г. Санкт-Петербург,

пр. Непокоренных, 16, к. 1, лит. Б

Тел.: (812) 347-71-15. Тел./факс: (812) 347-71-16

E-mail: sales@lysoform.ru. Сайт: www.lysoform.ru

Руководитель: директор Мальцев Сергей Игоревич



Лизоформ – крупнейший в России поставщик и производитель полного ком-

плекса средств и оборудования по дезинфекции и гигиене для учреждений здравоохранения, социальной сферы, промышленности и транспорта. Направления нашей деятельности: средства для дезинфекции и гигиены; оборудование для утилизации медотходов, обработки эндоскопов; уборочная техника; производство дозаторов; ортопедическая продукция.

«ЛЕЧЕБНЫЙ КЛИМАТ» НПК ООО

617763, Пермский край, г. Чайковский-3, а/я-91
Тел./факс: (34241) 2-20-24. Тел.: (34241) 2-20-90
E-mail: 22090@silvin.ru
Сайт: www.silvin.ru



Научно-производственная компания «ЛЕЧЕБНЫЙ КЛИМАТ» работает на рынке России и зарубежья более 15 лет и зарекомендовала себя надежным производителем и поставщиком соляных микроклиматических палат (спелеокамер).

Научный отдел компании разработал и внедрил в практическое здравоохранение 16 патентов на изобретение, полезную модель и способы лечения для солетерапии, реабилитации и профилактики заболеваний различного этиопатогенеза.

Построенные НПК «ЛЕЧЕБНЫЙ КЛИМАТ» сооружения из природных калийных солей, позволяют достичь выраженной результативности в пульмонологии, кардиологии, дерматологии, акушерстве и неврологии.

О надежности компании свидетельствуют более двухсот соляных сооружений, функционирующих в различных лечебно-профилактических учреждениях.

«МАДИН» ММЦ» НПФ ООО

603136, Нижегородская обл., г. Нижний Новгород,
ул. Генерала Ивлиева, 39-64
Тел.: (831) 461-87-86, 461-88-86, 461-89-47, 461-89-49
Тел./факс: (831) 296-14-33
E-mail: 2605@madin.ru
Сайт: www.madin.ru
Руководитель: директор Бурмистров Андрей Львович

Группа компаний «МАДИН» – производитель медицинского оборудования для общей магнитотерапии (Магнитотурботрон, Колибри-Эксперт), уникаль-

ной лечебной грязи «ТОМЕД», кинезитерапевтической технологии «ЭКЗАР-ТА», устройства для имитации ходьбы «Имитрон».

Новинки 2012 года:

- Аппарат экстракорпоральной магнитной стимуляции органов малого таза АВАНТРОН
- Аппарат глубокой осцилляции ЭЛГОС

Компания проводит обучение специалистов методикам PNF, Войта, Бобат. Готовится к выпуску книга «PNF на практике» (авторы С. Адлер, Д. Беккерс, М. Бак) на русском языке.

«МАРУТАКА» ООО

105318, г. Москва, Измайловское шоссе, 24, корп. 2

Тел.: (495) 970-98-47

E-mail: info@marutaki.ru

Сайт: www.marutaki.ru, www.doctorlimfa.ru

Руководитель: генеральный директор

Горбунова Людмила Алексеевна

Японский массажер для ног «Marutaka» уникальная разработка японских специалистов, имитирующая работу профессионального массажиста по акупунктурным точкам.

Аппараты для прессотерапии и лимфодренажа Doctor Life (пр-во Южная Корея).

Массажные кровати, накидки, подушки. Оснащение санаториев, салонов красоты, реабилитационных центров и частных лиц.

«МАСТЕР-МЕД» ООО

357600, Ставропольский край,

г. Ессентуки, ул. Новопятигорская, 1

Тел.: (962) 445-24-74

Тел./факс: (87934) 6-33-32

E-mail: info@master-med.ru

Розничный магазин:

357500, Ставропольский край, г. Пятигорск, пр. Калинина, 76

Тел.: (8793) 33-17-17

E-mail: 331717@mail.ru

Компания ООО «Мастер-Мед» успешно работает на рынке медицинской

техники более 10 лет, являясь региональным представителем производителя водолечебного оборудования «Физиотехника» в Северо-кавказском регионе, которое производит ванны для подводного душ-массажа «Гольфстрим», бальнеологические ванны для минеральных процедур серии «Оккервиль», пароуглекислые ванны модели «Оккервиль КОМБИ, 4-х камерные ванны, ванны для верхней и нижних конечностей «Истра», весь спектр терапевтических душей: Шарко, циркулярный, восходящий, душ Виши и водолечебных кафедр «Вуокса», для процедур кишечного орошения и грязелечебных процедур представлены различные кушетки модели «Комфорт».

В 2010 году выпущен уникальный комплекс подводного горизонтального вытяжения позвоночника на базе ванны «Атланта» (800 л полезного объема), данный модельный ряд систем реабилитации людей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и инвалидов удовлетворяет потребностям самых взыскательных покупателей. Комплекс оборудования «Атланта» может управляться с помощью компьютера и в настоящий момент не имеет аналогов на российском рынке. Модельный ряд продукции марки «Physiotecnica» отличает современный дизайн и оптимальное сочетание «цена-качество».

Мы также являемся официальными представителем Касимовского приборного завода в Ставропольском крае, который в настоящее время выпускает следующее медицинское оборудование:

- стерилизаторы паровые с объемом рабочей камеры 10, 25, 75, 120 литров;
- стерилизаторы воздушные с объемом рабочей камеры 10, 20, 40, 80, 160, 320 литров.
- термостаты воздушные с объемом рабочей камеры 20, 80, 160 литров;
- ультрафиолетовые камеры для хранения стерильного инструмента различных размеров;
- ультрасовременный магнитотерапевтический аппаратно программный комплекс

КАП-МТ/8 – «Мультимаг». Комплекс позволяет обеспечить формирование динамически изменяющейся магнито терапевтической среды сложной структуры вокруг всего пациента; Широкие функциональные возможности комплекса позволяют рекомендовать его врачам различных специальностей для лечения широкого круга заболеваний, в том числе для создания новых перспективных медицинских методик.

Наличие на складе готовых изделий и комплектующих позволяет нам оперативно и грамотно удовлетворять любые требования ЛПУ и торговых организаций.

«МУКОС ФАРМА CZ О.О.О»

Представительство фирмы «МУКОС ФАРМА CZ»

1919186, г. Санкт-Петербург, ул. Миллионная, 11

Тел.: (812) 406-75-40. Тел./факс: (812) 406-75-40

E-mail: mucos@mucos.ru

Сайт: www.mucos.ru

Руководитель: глава Представительства Стернин Юрий Игоревич

Компания MUCOS Pharma основана в 1949 году в Баварии. Производит лекарственные препараты Вобэнзим, Флогэнзим, Вобэ-Мугос Е, которые зарегистрированы в разных зарубежных странах. Препараты Системной энзимотерапии представляют собой комбинацию высокоактивных протеолитических энзимов растительного и животного происхождения, оказывающих множественные действия (противовоспалительное, иммуномодулирующее, фибринолитическое, антиагрегантное) на широкий спектр заболеваний.

«НЕВОМЕД» ЗАО

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский проспект, 14

Тел.: (812) 712-65-34. Факс: (812) 712-65-08

E-mail: nevomedinfo@mail.master.ru

Сайт: www.nevomed.ru

Руководитель: генеральный директор Шестаков Андрей Васильевич

Комплексное оснащение лечебно-профилактических, санаторно-курортных и оздоровительных учреждений, салонов спа, фитнес центров, отдельные контрактные поставки, ввод оборудования в эксплуатацию, гарантийное и сервисное обслуживание.

Ваш проект может включать:

- Физиотерапевтическое оборудование
- Бальнеологическое оборудование
- Оборудование для активной реабилитации
- Системы кардиотестирования
- Тракционные столы
- Массажные столы и массажное оборудование
- Оборудование процедурных кабинетов и палат
- Оборудование для перемещения больных и тяжелобольных, подъемники, Оборудование для принятия водных процедур
- Терапевтические лечебные бассейны с регулировкой полов

- Оборудование для косметологических кабинетов
- Оборудование и материалы для стерилизации

«НИМП ЕСН» ООО

607185, Нижегородская обл., г. Саров, ул. Лесная, 17

Тел.: (83130) 5-49-56, 5-78-21

Тел./факс: (83130) 5-49-56, 5-78-21

E-mail: esn@sar.ru

Сайт: myocard.ru

Руководитель: генеральный директор Демина Зоя Алексеевна



Предприятие занимается разработкой и производством оборудования по электрокардиографии: Суточный монитор ЭКГ, Компьютерный электрокардиограф, Нагрузочные пробы ЭКГ, ЭКГ по интернет, Домашний кардиоанализатор. Предприятие ведет научно-исследовательские работы по искусственному интеллекту. Практическим применением научных работ являются компьютерные программы по распознаванию образов и диагностике электрокардиограмм. На сегодня по уровню компьютерной диагностики наши программы превосходят все известные отечественные и зарубежные аналоги по всем основным задачам: анализ стандартной ЭКГ, анализ суточной ЭКГ, анализ ЭКГ в реальном времени, анализ в динамике по серии ЭКГ.

«ОРБИТА» Научно-внедренческое предприятие ООО

450095, Республика Башкортостан,

г. Уфа, ул. Центральная, 53/3

Тел.: (347) 227-54-00, 281-45-13

Тел./факс: (347) 227-33-66

E-mail: ormed@ormed.ru

Сайт: www.ormed.ru

Руководитель: генеральный директор Гинниятуллин Наиль Ибатович



НВП «Орбита» – одно из немногих современных отечественных производителей многофункциональных аппаратов с программным обеспечением дозированной направленной вытяжки позвоночника, которые в комплексе позволяют лечить межпозвонковую грыжу БЕЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА!

Пятнадцать лет успешной работы и более 7000 выпущенных аппаратов – что может лучше охарактеризовать предприятие, которое не только про-

изводит медицинское оборудование, осуществляет полное сервисное обслуживание, но и ведет при этом собственные разработки, которые в комплексе позволяют сохранить правильную осанку, снять напряжение с мышц спины, поставить на место сдвинутые позвонки, устранить сдавливание нервов и следовательно, избавиться от хронических болей в спине, радикулита и многих других заболеваний.

Диапазон выпускаемого оборудования позволяет решать широкий круг проблем восстановительной медицины. Сегодня на предприятии налажено серийное производство следующих моделей:

- «ОРМЕД-профессионал» – профессиональная установка для вытяжения и вибрационно-теплового, роликового массажа позвоночника;
- «ОРМЕД-профилактик» – аппарат физиологичного вытяжения позвоночника;
- «ОРМЕД-тракцион» – установка горизонтального и вертикального вытяжения позвоночника;
- «ОРМЕД-релакс» – установка роликового вибрационно-теплового механического массажа;
- «Акварелакс» – система водного бесконтактного массажа позвоночника;
- «Акватракцион» – автоматизированный комплекс для подводного вытяжения и гидромассажа со встроенным подъемником пациента;
- «ОРМЕД-кинезо» – аппарат для проведения кинезотерапии путем дозированного многократного сгибания и разгибания позвоночника.

Сочетанные методы и технологии лечения заболеваний позвоночника, используемые на автоматизированных многофункциональных комплексах одновременно, в виде одной процедуры, можно рассматривать сегодня как новое направление в вертеброневрологии.

«ПАНТОВИТАЛ» ООО

649490, Республика Алтай, Усть-Коксинский район,

с. Усть-Кокса, ул. Харитошкина, 1

Тел.: (913) 999-82-91, (913) 268-44-88

Тел./факс: (38848) 2-22-88

E-mail: 11LL@mail.ru

Сайт: www.repnikovvv.ru

Руководитель: директор Репников Валерий Владимирович

ООО «Пантовитал», производитель БАД на территории Республики Алтай. ООО «Пантовитал» на протяжении многих лет создавало принципиально новый продукт Горного Алтая под названием «Пантовитал Плюс» (свиде-



тельство о регистрации товарного знака № 437276 от 17.05.2011 г.).

В этом продукте использован опыт традиционной профилактической медицины Южной Кореи (панты марала) и опыт производства, хранения и культуры потребления меда на Руси, а также современные знания по применению экстрактов растений эндемиков

Горного Алтая (в частности красного корня – копеечника забытого).

Всю информацию о БАД «Пантовитал Плюс Красный корень» серии «Ревитал» можно получить на сайте www.repnikovvv.ru.

«Пантовитал Плюс Красный корень» – новый продукт Горного Алтая, новая философия здоровья.

ПЕХОВ Р.А. ИП

355001, Ставропольский край,

г.Ставрополь, ул. Октябрьская, 269

Тел.: (8652) 75-32-20, 8 962 452-31-84

Тел./факс: (8652) 75-32-20

E-mail: romanoptica2701@mail.ru

Руководитель: Пехов Роман Александрович

Наша фирма занимается поставкой диоптрийной и солнцезащитной оптики по Калмыкской, Карачаево-Черкесской, Кабардино-Балкарской республикам, Ставропольскому, Краснодарскому краю, Ростовской, Астраханской, Волгоградской, Саратовской областям с 2001года. С 2010года наши прайсы размещены на Ставропольском, Ростовском «Фармрынке» и Краснодарском «СКЛИТе». Наши представители осуществляют индивидуальный выезд к каждому клиенту с образцами всего нашего ассортимента. У нас Вы всегда сможете найти огромный выбор оптики как российских, так и зарубежных производителей. Помимо широчайшего ассортимента диоптрийных и солнцезащитных очков, оправ, линз, футляров, аксессуаров, оборудования и т.д., мы также занимаемся изготовлением очков по индивидуальным заказам любой сложности.

Мы гарантируем исполнение заказа в максимально короткие сроки. Наша фирма готова представить Вашему вниманию низкие цены и высокое качество обслуживания!

Постоянным клиентам гибкая система скидок!

«ПОЛИСАН « НТФФ ООО

191119, г. Санкт-Петербург, Лиговский пр., 112

Тел.: (812) 710-82-25. Факс: (812) 764-62-84

E-mail: sales@polysan.ru

Сайт: www.polysan.ru



ООО «Научно-технологическая фармацевтическая фирма «ПОЛИСАН» основана в 1992 году. Сфера деятельности – разработка и внедрение инновационных лекарственных средств в медицинскую практику.

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» производит 4 оригинальных препарата: Циклоферон, Цитофлавин, Реамберин и Ремаксол. Специалисты фирмы продолжают работать над созданием новых оригинальных препаратов, 8 из которых поступят на фармацевтический рынок в ближайшие годы.

Компания ПОЛИСАН была дважды удостоена премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники, премии «Золотой Меркурий» в области предпринимательской деятельности, премии Правительства Санкт-Петербурга по качеству.

Собственный фармацевтический завод расположен в Санкт-Петербурге, имеет сертификат GMP Евросоюза. В настоящее время ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» продолжает строительство 2-й очереди фармзавода.

Рынки сбыта: Россия, страны СНГ, страны Юго-Восточной Азии.

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» – член Ассоциации Российских фармацевтических производителей и Союза профессиональных фармацевтических организаций, Торгово-промышленной палаты.

«ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЛИГА» ООО

г. Москва, ул. Дорогобужская, 14, корп. 15

Тел./факс: (495) 781-03-03, 8 800 100-3-911 (круглосуточно)

E-mail: info@promeli.ru

Сайт: www.promeli.ru, www.sanaviation.ru

Руководитель: генеральный директор Маринченко К.А.

Ставропольский край, г. Ставрополь, ул. 50 летия ВЛКСМ, 35, стр. 5

Тел.: (9682) 66-02-03

ООО «Профессиональная Медицинская Лига» российская компания, имеющая официальную лицензию Министерства Здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации. Для оказания помощи больным и пострадавшим в распоряжении компании имеется парк современных медицинских автомобилей, вертолетов и самолетов, используемых для оказа-

ния высококвалифицированной профессиональной медицинской помощи в различных точках Российской Федерации, странах СНГ и других государствах. Наша задача — не быть первыми, используя ложные критерии лидерства, наша задача — сохранить Ваше здоровье!

7 февраля 2012 г. в Ставрополе состоялось торжественное открытие филиала компании «Профессиональная медицинская лига»! Открытие подстанции скорой помощи в Ставрополе позволило заметно расширить возможности нашей компании. Подстанция скорой помощи оснащена современным медицинским оборудованием, имеются средства навигации и позиционирования, средства радиосвязи, позволяющие нести врачам бригадам скорой помощи круглосуточное дежурство. На подстанции созданы все условия как для работы, так и для отдыха персонала скорой помощи.

«РЕГИОН-МАРКЕТ» ООО

352900, Краснодарский край, г. Армавир, ул. М. Жукова, 56

Тел.: (86137) 5-56-21, 8 928 43-11-094

E-mail: region-market@inbox.ru

Сайт: region-market.okis.ru

Руководитель: директор Давыденко Валерий Георгиевич



ООО «Регион-Маркет» проводит комплексное обеспечение лечебных и оздоровительных учреждений. Всегда в наличии на складе: перчатки, шприцы, одноразовое белье, дезинфицирующие средства, рентгенпленка, шовные материалы, бумага диаграммная, перевязочные средства.

Поставки медицинского оборудования и медицинской мебели.

Помощь в составлении технического задания.

Специальное предложение для центров здоровья.

«РОСМЕДТЕХ» ООО

357500, Ставропольский край, г. Пятигорск, ул. Ермолова, 12а

Тел./факс: (8793) 97-59-14, 40-55-56

E-mail: rosmedtech@yandex.ru

Сайт: www.rosmedteh.com

Руководитель: генеральный директор

Багатилов Багомед Алибулатович

Медицинское оборудование и расходный материал.

Ремонт и сервисное обслуживание. Лицензия № 99-08-000630 от 28.09.2009 г.



Регион
Market

ООО «Регион-Маркет» проводит комплексное обеспечение лечебных и оздоровительных учреждений.

Всегда в наличии на складе: перчатки, шприцы, одноразовое белье, дезинфицирующие средства, рентгеновская пленка, шовные материалы, бумага диаграммная, перевязочные средства.

Поставки медицинского оборудования и медицинской мебели.

Помощь в составлении технического задания.

Специальное предложение для центров здоровья.

ООО «Регион-Маркет»
352900, Краснодарский край, г. Армавир, ул. М. Жукова, 56
Тел./факс: +7 (86137) 5-56-21, 8-928-43-11-094
region-market@inbox.ru
www.region-market.okis.ru
Директор: Давыденко Валерий Георгиевич



«САМСОН-МЕД» ООО

196158, г. Санкт-Петербург,

Московское шоссе, 13

Тел.: (812) 329-43-66, 702-45-92

Отдел сбыта: (812) 326-36-44,

322-55-90, 702-45-91

Отдел маркетинга: (812) 329-03-93, 329-43-68

E-mail: med@smmmed.ru, marketing@smmmed.ru

Сайт: www.samsonmed.ru

Руководитель: директор Шенгер Алла Алексеевна



ООО «САМСОН-МЕД»

Эволюционные решения
на службе здоровья

Российская фармацевтическая компания ООО «Самсон-Мед» ведет свою историю с 1937 года. В 2012 году компания отмечает 75-летний юбилей.

Основной вид деятельности компании – производство лекарственных средств и субстанций на основе эндокринно-ферментного сырья животного происхождения. Предприятие функционирует по принципу полного производственного цикла – от производства субстанций до готовых лекарственных форм. На протяжении всего периода существования компания успешно и плодотворно сотрудничает с ведущими научно-исследовательскими и медицинскими центрами России.

Перечень выпускаемой продукции компании ООО «Самсон-Мед» включает ферментные субстанции и оригинальные лекарственные препараты, широко востребованные в медицинской практике, такие как Цитохром С, Тималин, Сампрост, Консол, Рибонуклеаза, Трипсин, Химопсин, Химотрипсин и другие. Все препараты компании получили широкое признание специалистов в различных областях медицины – терапии, отоневрологии, оториноларингологии, гастроэнтерологии, педиатрии, хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии, гинекологии и прочих.

В 2011 году компания ООО «Самсон-Мед» вывела на рынок новый оригинальный инфузионный препарат Полиоксифумарин для реанимационной практики. Полиоксифумарин предназначен одновременно для восполнения острой кровопотери и обеспечения тканей и органов энергией и кислородом, что способствует повышению выживаемости пациентов и расширяет возможности экстренной медицинской помощи.

С 2010 года ООО «Самсон-Мед» является участником Санкт-Петербургского фармацевтического кластера. Реализуется проект по строительству нового фармацевтического завода компании по производству субстанций и лекарственных препаратов, запуск которого запланирован на 2014 год.

«СУПРАМЕД-КАВКАЗ» ООО

355008, Ставропольский край,
г. Ставрополь, ул. Заводская, 11
Тел.: (8652) 33-39-41, 33-39-42

E-mail: kavkaz@supramed.ru

Сайт: www.supramed.ru

Руководитель: директор Арутюнян Кристина Кольевна

ООО «СупраМед-Кавказ» является оптовой компанией по поставкам мед-техники, работающей на российском рынке с 2004 года. На данный момент ассортимент ООО «СупраМед-Кавказ» составляет порядка 2500 наименований товаров.

Наша компания работает с крупнейшими аптечными сетями, магазинами медтехники, детскими магазинами г. Ставрополя, Ставропольского края, Северная Осетии, КЧР, КБР.

Постоянство ассортимента и грамотная ценовая политика позволяет нам успешно продавать товар, как через посредников, так и напрямую.

Помимо ценовых инструментов мы предлагаем доставку товара на склады покупателей и гибкие варианты отсрочки платежа.

За годы работы мы завоевали репутацию надежного и ответственного участника рынка медицинского оборудования.

Новаторство и креативность являются важнейшими принципами, которые позволяют нам быть успешными и динамичными, активно осваивать новые рынки.



«ТРИМА» ООО

410033, Саратовская обл.,
г. Саратов, ул. Панфилова, 1
Тел.: (8452) 34-00-11
Тел./факс: (8452) 45-02-15, 45-02-46

E-mail: trima@overta.ru

Сайт: www.trima.ru

Руководитель: генеральный директор Райгородский Юрий Михайлович



Общество с ограниченной ответственностью «ТРИМА», созданное в 1991 г., позиционируется на рынке как производитель профессиональной многофункциональной медицинской техники для различных направлений меди-

цины, таких как: урология (андрология), гинекология, офтальмология, психоневрология, оториноларингология, педиатрия, неонатология, эндокринология, дерматовенерология, косметология, ультразвуковые установки предстерилизационной очистки инструментов и лабораторной посуды.

Ниша, занимаемая предприятием, на рынке медицинской техники отличается тем, что в приборах ООО «ТРИМА» реализованы основные принципы физиотерапевтического воздействия:

- динамичность воздействия за счет бегущего характера магнитного поля (БМП) с максимальным набором биотропных параметров;
- резонансность воздействия в диапазоне функционирования основных систем организма благодаря диапазону частот модуляции БМП, лазерного излучения от 1 до 16 Гц;
- сочетанность двух и более воздействующих физических факторов – магнитное поле, тепловой поток, лазерное излучение, электрический ток, цветовые стимулы.

«ТЕХПРОМ» ООО, «ТОРНАДО ЦЕНТР» ООО

141865, Московская обл.,

пос. Некрасовский, ул. Шоссейная, 3А

Тел.: (495) 510-39-46, 510-39-09

E-mail: sekretary2@yandex.ru

Сайт: www.osm.su, www.tornado-center.com



Производственный комплекс ООО «Техпром» (торговая марка OSM) является одним из ведущих предприятий по производству мебели для ванных комнат, гидромассажных ванн и бассейнов. Все материалы, используемые в производстве, сертифицированы и соответствуют требованиям международных и российских стандартов качества. Комплекс располагается на 8 га производственной площади, на территории которой размещены: производственные цеха, складской комплекс площадью более 8000 кв.м, транспортный отдел с собственным автопарком из более 20 машин и ремонтной базой.

В 2010 г. на базе производственного комплекса создан уникальный оздоровительный «Торнадо центр». Торнадо-центр состоит из целого спектра услуг: ванна Торнадо; инфракрасная сауна; финская сауна; вертикальный солярий; зона отдыха. Органичный дизайн оформления, просторное помещение и дружелюбный персонал позволяют окунуться в атмосферу тепла и уюта.

Производственный комплекс ООО "Техпром" (торговая марка OSM) создан в 2001 г. и на сегодняшний день является одним из ведущих предприятий по производству мебели для ванных комнат, гидромассажных ванн и бассейнов. Комплекс располагается на 8 га производственной площади, на территории которой размещены: производственные цеха, складской комплекс площадью более 8000 м², транспортный отдел с собственным автопарком из более 20 машин и ремонтной базой, столовая и всё, что

уникальной ванне "Торнадо", которой нет аналогов в мире.

Во время летних каникул совместно с поликлиникой г. Дмитрова и под наблюдением врачей группы детей больных сахарным диабетом вместе с родителями прошли курс оздоровительных процедур. У более чем 400 посетителей за все время работы "Торнадо центра" не зафиксировано ни одного случая негативного воздействия на организм человека. На сегодняшний день "Торнадо центр" открыт и в городе Санкт-Петербург.

Широкий спектр оздоровительных

OSM

Российский производитель



тельности и его максимально возможным применении.

Разработчики ванны "Торнадо" сейчас сотрудничают с таким учреждением, как НИИ курортологии при ФМБА в городе Пятигорске и Военно-медицинской Академией им.С.М.Кирова МО РФ в городе Санкт-Петербурге.

Таким образом, производственный комплекс ООО "Техпром" является не только одним из ведущих предприятий на рынке сантехнических изделий, но и одним из немногих современных предприятий, которое в основу развития своей деятельности включило заботу о здоровье людей!

Наши координаты:

Московская область,
посёлок Некрасовский,
улица Шоссеиная, дом 3А
Тел.: (495) 510-39-46, 577-83-06.
E-mail: aquamate@yandex.ru
www.osm.su



необходимо современному производству для организации стабильной работы.

В 2010 г. на базе производственного комплекса создан уникальный оздоровительный "Торнадо центр". Посещение центра сотрудниками ООО "Техпром" позволило руководству комплекса более чем на 20% сократить число больничных листов! В "Торнадо центре" используются новейшие разработки российских учёных и их исследования природных целительных свойств воды. Так был создан модуль структуризации воды и разработана технология получения биологически активной структурированной воды в

эффектов, получаемых в "Торнадо центре" (от снятия стресса и нормализации давления до снижения показателей уровня сахара в крови) позволяет говорить о его исключи-



«УВИКОМ» НПЦ» ООО

141009, Московская обл., г. Мытищи, ул. Колонцова, 5

Тел.: (495) 586-90-97. Тел./факс: (495) 583-36-13

E-mail: uvicom@ropnet.ru. Сайт: www.uvicom.com

Руководитель: генеральный директор Казаков Марк Евгеньевич



НПЦ «УВИКОМ» разрабатывает технологии получения углеродных волокнистых материалов и углепластиков. Производит:

- изделия медицинского назначения «Углерод в медицине»;
 - сорбирующие углеродные салфетки «Сарусал»;
 - углеродные атравматические поверхностноактивные салфетки «Легиус».
- Область применения – ожоги, пролежни, язвы, гнойно-некротические раны.

**«ШКОЛА БЕЗОПАСНОГО ЗДОРОВЬЯ ДОКТОРА КАРТАВЕНКО»,
КАРТАВЕНКО Т.В. ИП**

344022, Ростовская обл., г. Ростов-на-Дону, ул. Красноармейская, 222

Тел.: (863) 270-47-02

E-mail: doctor-kartavenko@mail.ru

Сайт: www.Доктор-Картавенко.рф,

www.doktor-kartavenko.ru/sanatorijam

«Школа безопасного здоровья доктора Картавенко» – ваш путь комплексно-го решения проблем здоровья, даже если Вы находитесь в любой удаленной точке мира.

Мы первые в мире проводим комплексное обследование организма в сети интернет и предлагаем комплексное решение задач оздоровления.

Мы поможем:

- обследовать организм: «Разберемся с проблемами здоровья одним махом за 40 минут» при помощи комплексного метода исследования организма – иридоосканирования. Достаточно иметь под рукой фотоаппарат, интернет и Skype на Вашем компьютере;
- разработаем индивидуальную оздоровительную программу с применением безопасных методик: траволечения, рефлексотерапии, физиотерапии;
- проследим за ходом Вашего оздоровления.

Благодаря научным диагностическим достижениям и современным запатентованным методам производства тибетских фитосборов нового поколения НПЦ «Оптисалт», нам, южным дилерам этой компании, удалось за 4 месяца обследовать более 800 человек и проследить за ходом оздоровления 264 человек, многие из которых остаются нашими постоянными клиентами и по сей день.

Готовы внедрить эти новые технологии в Вашем санатории, оздоровительном центре, отладить продажу препаратов в Вашей аптеке. Эти технологии позволят Вам поставить на новый уровень качество обслуживания и увеличить отдачу с каждого клиента на 3000-5000 рублей в месяц.

Подробнее об этом на нашем сайте: www.doktor-kartavenko.ru/sanatorijam
Мы поможем Вам вернуть здоровье Вашим клиентам безопасным путем.

«ЭКОЛАБ» ЗАО

142530, Московская обл.,
г. Электрогорск, ул. Буденного, 1
Тел.: (49643) 3-23-11, 3-30-85, 3-30-93
Тел./факс: (49643) 3-35-29

E-mail: ekolab-sbyt@mail.ru, ekolab_market@mail.ru. Сайт: www.ekolab.ru
Руководитель: Марданлы Сейфаддин Гашимович



ЗАО «ЭКОлаб» выпускает иммуноферментные тест-системы, наборы, используемые при диагностике инфекционной и неинфекционной патологии, наборы для биохимических, гематологических, гистологических и общеклинических лабораторных исследований, а также готовые лекарственные средства. Работа предприятия регламентируется согласно международному стандарту системы менеджмента качества ISO 9001:2008 и сертифицирована в соответствии с требованиями стандарта системы менеджмента качества ISO 13485:2003.

«ЭВЕР НЕЙРО ФАРМА ГМБХ» Представительство компании «EVER NEURO PHARMA GMBH»

Oberburgau 3, 4866 Unterach, Austria
Tel./fax: +43 7665 20 555 910

E-mail: office@everpharma.com. Сайт: www.everpharma.com

127055 Москва, ул. Бутырский вал, 68/70, стр. 1

Тел.: (495) 933-87-02. Факс: (495) 933-87-15

E-mail: info.ru@everpharma.com



Австрийская фармацевтическая фирма Эвер Нейро Фарма основана в 1934 году. В настоящее время фирма имеет более 40 торговых представительств на пяти континентах мира.

Производственный и административный комплекс фирмы расположены недалеко от города Зальцбурга в районе знаменитых австрийских альпийских озер. Фирма располагает одной из самых современных в Европе высококаче-

ственной технологией производства, которая отвечает требованиям Всемирной Организации Здравоохранения по GMP, предъявляемым к изготовлению фармацевтических препаратов.

В 2010 году изменилось название компании. Ebewe Neuro Pharma переименована в Ever Neuro Pharma. Изменение названия компании отражает изменение приоритетов деятельности. Деятельность компании Эвер Нейро Фарма сфокусирована теперь на исследованиях в области нейродегенеративных и цереброваскулярных заболеваний, разработке новых инновационных препаратов. Препарат Церебролизин – единственный препарат с доказанной нейротрофической активностью, аналогичной действию естественных факторов роста нейронов.

Австрийское правительство присудило препарату Церебролизин награду «За высокое качество продукции».

«ЭЙ ЭНД ДИ РУС» ООО

121357, г. Москва, ул. Вере́йская, 17

Тел.: (495) 937-33-44. Тел./факс: (495) 937-55-66

E-mail: Sergey.Rachkov@and-rus.ru. Сайт: www.aandd.ru, www.and-rus.ru

Руководитель: президент ООО «ЭЙ энд ДИ РУС» Куценко А.В.



Компания ООО «ЭЙ энд ДИ РУС» – дочерняя компания A&D в России. Компания начала свою работу на российском рынке в 2006 году. Сегодня «ЭЙ энд ДИ РУС» – одно из крупнейших представительств японских компаний в России со штатом более 400 специалистов, 12 региональными офисами, собственной системой логистики и сетью сервисных центров.

Основная деятельность нашей компании – это продвижение и продажа профессиональной медицинской и весовой техники в России и странах СНГ. Также ООО «ЭЙ энд ДИ РУС» – центр технического обслуживания и сервиса, центр обучения в России.

Головной офис компании находится в Москве, помимо него активно работают 12 офисов-филиалов по всей России. В каждом филиале организован сервис по ремонту потребительской техники A&D (тонометров, термометров, ингаляторов и других продуктов).

«ЮНИМЕД-КВАНТ» ООО

129301, г. Москва, ул. Касаткина, 3

Тел.: (499) 187-38-40

E-mail: unimed-quant@ngs.ru. Сайт: www.unimed-quant.ru

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

«EXROMAP.RU» Выставочный портал ООО

101000, г. Москва, ул. Маросейка, 11/14, оф. 4

Тел./факс: (499) 999-12-07

E-mail: info@exromap.ru

Сайт: www.exromap.ru

Exromap.Ru (www.exromap.ru) – информационный портал, посвященный выставкам, торговым ярмаркам и выставочному бизнесу. Владелец портала является выставочная компания Serve Businesses Worldwide (Россия). База данных ресурса содержит более 30 000 выставок, проходящих как в России и СНГ, так и по всему миру. Своим посетителям Exromap.Ru предлагает удобный поиск и рубрикатор событий – по тематикам, странам, городам и другим критериям, а также приятный дизайн, личные кабинеты, всевозможные выставочные сервисы, онлайн-консультации, свежие новости и статьи из мира выставок.

Наши основные направления деятельности – это помощь в организации участия в зарубежных выставках, бизнес-туризм, рекламные компании по всему миру, заочное (удаленное) представление интересов на выставках, выставочный консалтинг, услуги переводчиков и гидов за рубежом.

«EXPOLIFE.RU»

E-mail: info@expolife.ru

Сайт: www.expolife.ru

EXPOLIFE.ru
Выставочная жизнь

Выставочный портал Expolife.ru был создан с целью объединения выставочных центров, предприятий и организаций, содействующих выставочному бизнесу России, СНГ и стран дальнего зарубежья, с целью обеспечения пользователей проекта своевременной, достоверной информацией и удобными сервисами, такими как участие, посещение выставок (в том числе за-

очное), услуги переводчиков, проведение PR-мероприятий, размещение пресс-релизов и пр.

ExpoLife.ru – крупнейший специализированный проект в российской части Интернет, посвященный выставочному бизнесу.

На сегодняшний день на ExpoLife.ru размещена информация о более чем 5 000 предстоящих выставках с подробной информацией от организаторов, а архив насчитывает более 50 000 выставок.

Наш проект насчитывает сотни партнёров, среди которых организаторы выставок, строители стендов, дизайн-студии, туристические фирмы и гостиницы, периодические издания.

Портал ExpoLife.ru ежемесячно посещают десятки тысяч человек, преимущественно это менеджеры компаний, занимающихся и отвечающие за выставки и маркетинг своих предприятий. Ими ежемесячно просматриваются несколько сотен тысяч страниц сайта.

Портал ExpoLife.ru содействует предприятиям в продвижении товаров и услуг на внутренний и внешний рынки, помогает в осуществлении межотраслевых, межрегиональных и международных связях.

Ресурс ExpoLife.ru будет постоянно развиваться и продвигаться для укрепления позиций выставочной индустрии, участников и всех наших пользователей!

EXPONET.RU

Тел./факс: (812) 428-71-00

Тел.: (812) 428-48-64

E-mail: info@infosite.ru. Сайт: www.exponet.ru



WWW.EXPONET.RU – выставки России в INTERNET.

Календарь событий, перечень российских выставок по датам, городам и тематикам. On-line-сервис: возможность заказа стенда для участия и приглашения для посещения выставок. Каталоги участников. Быстрый поиск, оперативное обновление, новости, список рассылки. Статистические и аналитические материалы.

«АРГУМЕНТЫ И ФАКТЫ – СЕВЕРНЫЙ КАВКАЗ»

Ставропольский край, г. Ставрополь, ул. Ломоносова, 25, оф. 508

Тел./факс: (8652) 35-72-41, 35-75-22, 35-61-51

E-mail: svet@aifsk.ru. Сайт: www.stav.aif.ru

«Аргументы и факты – Северный Кавказ» является неотъемлемой частью известной газеты «Аргументы и факты» – еженедельника федерального

уровня, заслужившего доверие миллионов читателей за свою более чем 30-летнюю историю и попавшего в книгу рекордов Гиннеса как самое многотиражное издание.

«Аргументы и факты – Северный Кавказ» выходит в свет вместе с федеральным номером «АиФ» и отражает местную специфику, политическую, экономическую, социальную, культурную жизнь Северо-Кавказского региона. Приложение издается с 1993 г.

Территория распространения нашего регионального еженедельника соответствует административному делению Северо-Кавказского округа: Ставропольский край, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкесия, Ингушетия, Северная Осетия, Чеченская республика.

Тираж нашего издания – лидирующий среди других СМИ региона (55 000 экз.). По исследованиям TNS Gallup Media:

- Аудитория одного номера «АиФ» – СК» – 240 000 человек;
- 45 % читателей «АиФ» являются руководителями, специалистами и служащими;
- 39 % – люди со средним достатком, 26 % имеют достаток выше среднего;
- 39 % – читателей имеют высшее образование.

«БАРОМЕТР ЗДОРОВЬЯ» Журнал

344002, Ростовская обл., г. Ростов-на-Дону, ул. Горького 104, к. 42

Тел.: 8 928 138-72-25 Тел./факс: (863) 240-64-17

E-mail: barometr_rostov@bk.ru

Руководитель: Белоцерковская Ирина Николаевна

Мы работаем на рынке СМИ уже 10 лет и являемся одним из наиболее авторитетных в нашей области изданий, освещающих проблемы качества медицины и укрепления здоровья населения, сохраняя при этом традиции журнала «Здоровье», хорошо знакомого старшему поколению.

Среди наших читателей представители Минздрава и администрации РО, Ростовского государственного медицинского университета, НИИ медицинского профиля; коллективы лечебных учреждений, фармацевтических фирм, страховых компаний, частных медицинских центров, косметологических клиник. Через Торгово-промышленную палату Ростовской области журнал регулярно получают руководители крупных предприятий и организаций, банков, строительных компаний, представители малого и среднего бизнеса, а также, все те, кто заинтересован в качественном обследовании и лечении. В состав редколлегии журнала входит министр здравоохранения РО Т.Ю. Быковская, и другие влиятельные медики.

«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ» Медицинский журнал

344064, Ростовская обл., г. Ростов-на-Дону,

ул. Вавилова, 54, офис 404

Тел.: (863) 273-25-16, 223-23-26

E-mail: info@akvarel2002.ru

Сайт: www.akvarel2002.ru



ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ – журнал для врачей, содержит актуальные научные и информационно-аналитические материалы, а также рекламу новинок в области медицины.

Выходит с 2005 года, распространяется бесплатно по учреждениям МЗ ЮФО и СКФО (Ростовская, Астраханская, Волгоградская области, Краснодарский и Ставропольский края, республики: Адыгея, Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкария, Калмыкия, Карачаево-Черкесия, Северная Осетия-Алания, Чечня), военным госпиталям ЮВО, а также на выставках.

В редакционный совет журнала входят министры здравоохранения субъектов ЮФО и СКФО.

«ДЕЛОВАЯ ПЕРСПЕКТИВА» ООО

129164, г. Москва,

Ярославская ул., 8, корп. 3, офис 416

Тел./факс: (495) 775-45-78, 987-17-69

E-mail: info@delperspektiva.ru

Сайт: www.delperspektiva.ru

Руководитель: генеральный директор Назарова В.В.



Издательство специализируется на выпуске справочно-информационных каталогов серии «Здоровье и медицина»:

- Каталог производителей и поставщиков медицинской техники.
- Каталог медицинских центров и лечебно-оздоровительных учреждений.
- Каталог производителей и поставщиков фармацевтической продукции.

Наряду с печатными изданиями имеется интернет-версия каталогов, а также большой объем информации на CD. Удобная поисковая система поможет вам выбрать качественные медицинские товары и услуги, представленные на российском рынке.

«МЕДИЦИНА» Журнал

350901, Краснодарский край,

г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 67, к. 22

Тел.: (861) 243-09-18

Факс: (861) 257-53-58

E-mail: medicinayuga@mail.ru

Сайт: www.medicinayuga.ru

Руководитель: главный редактор Зенькович Петр Владимирович



Специализированный журнал «МЕДИЦИНА» – Ваш надежный партнер!

Основан в 1999 году.

Распространяется БЕСПЛАТНО по учреждениям здравоохранения ЮФО и СКФО, на медицинских выставках.

Являясь информационной поддержкой ВСЕХ медицинских выставок ЮФО и СКФО (гг. Краснодар, Сочи, Ростов-на-Дону, Волгоград, Ставрополь, Кисловодск, Пятигорск), на наших страницах Вы всегда можете найти информацию о предстоящих выставках ЮФО, СКФО и новости в области медицины. А также представить себя или свою продукцию через наши страницы полноцветного Специализированного медицинского журнала.

Читательская аудитория: главные врачи, заместители главврачей по лечебной части, руководители медучреждений, практикующие врачи различных специальностей, фармацевтические управления, министерства и управления здравоохранения ЮФО и СКФО, а также специалисты, посещающие медицинские выставки ЮФО, СКФО и их участники.

«МЕДИЦИНСКИЙ АЛФАВИТ»

Серия научно-практических журналов

129344, г. Москва,

ул. Верхоянская, 18, к. 2

Тел.: (495) 616-48-00, 221-76-48

Факс: (495) 221-76-48

E-mail: medalfavit@mail.ru

Сайт: www.medalfavit.ru



Научно-практические журналы:

- «Больница» – журнал для специалистов. Основная тема – Все для больниц и ЛПУ. Главный редактор – Разумов А.Н.
- «Радиология» – поднимает вопросы применения КТ, МРТ, рентгена, УЗИ, и контрастных веществ, рентгенохирургических методик. Главный редактор – ак. Терновой С.К.
- «Лаборатория» – статьи о новейших разработках в области лаборатор-

ного оборудования, о новых диагностических расходных материалах и методах их применения. Главный редактор – Егоров А.М.

- «Неотложная медицина» – отраслевой журнал по вопросам неотложной медицины и догоспитальной диагностики, профилактики и лечения. Главный редактор – Е.А. Евдокимов.
- «Эпидемиология и санитария» – публикует статьи по эпидемиологии и дезинфекции в медицинских учреждениях, освещает вопросы борьбы с инфекционными заболеваниями и ВБИ. Гл. редактор Покровский В.И.
- Подписка через редакцию и Роспечать индекс 36228, продажа в магазинах «Медкнига». Тираж 10000, 22 выпуска в год по разным тематикам (6 направлений), выходит с 2002 года. ISSN 2078-5631, входит в РИНЦ.

«МЕДИЦИНСКИЙ БИЗНЕС» Журнал

111024, г. Москва,

ул. Авиамоторная, 51–26

Тел.: (495) 673-56-25,

673-37-03, 790-36-99

E-mail: medbus@mail.ru

Сайт: www.medbusiness.ru

Руководитель: генеральный директор Кушнарева М.А.



«Медицинский бизнес» журнал, спецвыпуск «Фармацевтические технологии и упаковка».

Издательский дом «Медицинский бизнес» выпускает профессиональное издание для работников фармпромышленности «Фармацевтические технологии и упаковка». Мы пишем о новых проектах, валидации оборудования, чистых помещениях на российских заводах. Публикуется информация о фармацевтическом, химическом, контрольно-аналитическом, фильтрационном и упаковочном оборудовании. Распространение на отраслевых совещаниях, выставках и учебах по GMP. Индекс в каталоге Роспечать -18370. Осуществляется подписка через редакцию. Наши рекламодатели – зарубежные фирмы и их дистрибьюторы – компании ИМА, Холдинг ФармТех, Фармаплан, Глатт, Сарториус, Шимадзу, а также российские компании – Медиана-фильтр, Технофильтр, Випс-Мед. Периодичность – 6 раз в год.

«МОСКОВСКИЕ АПТЕКИ» Газеты

109456, г. Москва, ул. Яснополянская, 3, корп. 1

Тел.: (499) 170-93-64

Факс: (499) 170-93-20

E-mail: info@mosapteki.ru

Сайт: www.mosapteki.ru



«Московские аптеки» – популярное издание, выходит с 1995 года.

- Фармрынок: мониторинг, рейтинги, обзоры, тенденции и перспективы
- Фармпродукция: лидеры продаж, новинки, обзоры по ЛС, ИМН, БАД, парафармацевтика
- Аптека: эффективное управление, искусство продаж, правовая поддержка кадры, тренинги
- Исследования собственные: аптечный сектор, аптечный ассортимент, реклама ЛС
- Фармообращение: разработка, производство, регистрация, сертификация, лицензирование, контроль качества, нормативные документы
- Актуальные темы отрасли
- Отраслевые мероприятия

«МЕДИТЕХ. МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА И ХИМИЧЕСКИЕ РЕАКТИВЫ» Бюллетень

Адрес: 197136, г. Санкт-Петербург, а/я 59

Тел./факс: (812) 703-76-33, 336-80-84

E-mail: med-70@mail.ru

Сайт: www.medicaltechnics.com



МедНавигатор.рф
МЕДИЦИНСКАЯ ПОИСКОВАЯ СИСТЕМА

Ежемесячный мониторинг цен поставщиков и изготовителей медицинской техники и химических реактивов.

Портал МедНавигатор.рф – это новый проект редакции информационного бюллетеня «Медитех» – одного из первых в России, и до сих пор выпускающегося издания, посвященного мониторингу рынка медицинской техники и товаров медицинского назначения.

При создании сайта основной акцент был сделан на удобство поиска интересующей пользователя продукции, чего удалось достичь, реализовав философию поисковой системы: чтобы начать поиск достаточно ввести запрос и нажать «Enter».

«НА ВОДАХ» Независимая региональная газета

Ставропольский край, г. Кисловодск, Героев-Медиков ул., 12
г. Ессентуки, Пятигорская ул., 146

Тел./факс: (87937) 7-69-88 – главный редактор,
7-78-75 – отдел рекламы,
7-75-75 – отдел дизайна и верстки,
(87937) 2-07-71 – офис в г. Ессентуки
E-mail: navodah@yandex.ru



Независимая региональная газета «На Водах» – издание общественно-политической направленности. «На Водах» зарегистрирована 25 декабря 1996 г., в г. Ростове, Северо-Кавказским региональным управлением регистрации контроля за соблюдением законодательства о средствах массовой информации и печати (регистрационный № 2035). Уже 12 лет «На Водах» – успешное издание, занимающее достойное место среди многообразия газет и журналов Кавказских Минеральных ВоГазета издается еженедельно, печатается в типографии ООО «На Водах». Тираж – 12400 экземпляров. Регион распространения – Кавминводы. Качественная печать, приятное цветовое решение полос, максимальная информативность каждой страницы, современный дизайн – вот визитная карточка газеты «На Водах». Круг наших читателей довольно широк.

Газета «На Водах» интересна для всех возрастных категорий. Здесь всегда: острые и смелые материалы на самые злободневные темы, свежие новости, телепрограмма и частные объявления, конкурсы и сканворды, метео- и астропрогнозы, результаты лотерей, информация о товарах и услугах, много юмора и всевозможных советов и рецептов. Мы стараемся прислушаться к советам и пожеланиям читателей и помогать людям в решении их проблем.

Газета «На Водах» – вне национальных, религиозных и партийных разногласий. Мы стремимся к миру и добру.

«НАЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЗИНФЕКЦИОНИСТОВ» НП

127006, г. Москва, Настасьинский пер., 8
Тел.: (495) 699-03-82
Тел./факс: (495) 699-52-14
E-mail: nodisinf@mail.ru
Сайт: www.nod.su



Руководитель: исполнительный директор
Новосельская Ольга Михайловна

НОД – общественное профессиональное объединение организаций дезин-

фекционного профиля, выполняющих дезинфекционные работы/услуги, производителей средств и оборудования для дезинфекции, дезинсекции и дератизации, специалистов в области дезинфектологии из России, Беларуси и Молдовы.

НОД издает журнал «Дезинфекционное дело», в котором публикуются научно-практические и рекламные материалы о дезинфекционных средствах и оборудовании для дезинфекции, дезинсекции, дератизации и стерилизации, предприятиях-изготовителях этих средств и оборудования.

С 2003 года журнал включен ВАК России в Перечень периодических научных и научно-технических изданий РФ, рекомендуемых для опубликования научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук по следующим научным специальностям: гигиена; эпидемиология; общественное здоровье и здравоохранение; вирусология; микробиология; зоология; энтомология.

«ПОЛИКЛИНИКА» Журнал

111524, г. Москва, ул. Электродная, 10

Тел.: (495) 672-70-29/92

E-mail: medpres@mail.ru

Сайт: www.poliklin.ru



Профессиональный медицинский журнал «ПОЛИКЛИНИКА» издается с 1999 года. Рассчитан на руководителей и врачей всех специальностей ЛПУ. В нашем журнале вы найдете: информацию о законодательных, нормативных документах в области здравоохранения, деятельности Минздрава РФ; новости науки и практической медицины; консультации специалистов для работников ЛПУ; статьи о новых лекарственных препаратах и методах их применения, медицинской техники и рентгенодиагностики, физиотерапевтических методах лечения, травматологии, стоматологии и лабораторных исследованиях; Дезинфекция и Стерилизация в ЛПУ.

Журнал выходит в формате А-4, объемом около 150 стр.

Тираж – 11700 тыс. экз.

Периодичность – раз в 2 месяца 6 раз в год.

Форма распространения:

- подписка через каталог агентства «Роспечать»;
- подписка через редакцию;
- адресная рассылка по ЛПУ
- распространение на выставках.

«РУССКИЙ ВРАЧ» Издательский дом

119048, г. Москва, ул. Усачёва, 11, стр. 1 «Г», 1 этаж

Тел./факс: (499) 246-81-90, 246-79-83

E-mail: podpiska@rusvrach.ru

Сайт: www.rusvrach.ru



Издательский Дом «Русский Врач» выпускает научно-практические журналы:

- «Врач» предназначен для врачей всех специальностей, ученых и преподавателей медицинских вузов. Подписной индекс – «РОСПЕЧАТЬ» – 71425.
- «Фармация» – освещение всех вопросов, связанных с теорией и практикой фармацевтического дела. Подписной индекс – «РОСПЕЧАТЬ» – 71477.
- «Экспериментальная и клиническая дерматокосметология» – для специалистов, работающих в области дерматологии, косметологии и эстетической медицины. Подписной индекс – «РОСПЕЧАТЬ» – 82021.

Журналы включены в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий (ВАК), в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

«Медицинская сестра» информирует о новых направлениях в сестринской науке, образовании, международном сестринском движении, актуальных проблемах здравоохранения и медицины. Подписной индекс – «РОСПЕЧАТЬ» – 80883.

«САМШИТ 5» ООО

Ставропольский край,

г. Пятигорск, ул. Ермолова, 4

Тел./факс: (8793) 40-10-40

Сайта: www.sam5.ru



Информация в деловом мире ценилась во все времена.

Наше издательство «Самшит 5» специализируется на выпуске адресно-телефонных справочников Желтые Страницы, их CD-версий, информационного сайта www.sam5.ru, бюллетеня о товарах и услугах «На Юге Торгу Уместен» и бесплатной газеты «Телесам 5 – КавМинВоды».

Так же, с декабря 2010 г. ООО «Самшит 5» является официальным партнером Яндекса.

Структура и содержание всей справочной продукции агентства определены основной концепцией: бизнес для развития регионов по всему ЮФО. А в бизнесе нет ничего важнее достоверности и надежности.

«ЧЕЛОВЕК» Издательство ООО

199004, г. Санкт-Петербург,
Малый пр. В.О., 26, офис 2
Тел./факс: (812) 328-18-68, 325-25-64
E-mail: mail@mirmed.ru
Сайт: www.mirmed.ru



Издательство «ЧЕЛОВЕК»:

- Серия ежегодных справочников «Мир Медицины™»: «Стоматология России», «Физиотерапия России», «Лабораторная диагностика России»; книги по стоматологии; монографии, сборники, буклеты.
- Учебные фильмы по стоматологии на VHS и DVD (12 фильмов).
- Пособие для врачей «Иммунологическая лабораторная диагностика ревматических заболеваний» (С.В. Лапин, А.А. Тотолян)
- «Прямые виниры фронтальных зубов» – практический атлас из серии.
- «Секреты эстетической стоматологии» (А.В. Салова, В.М. Рехачев).
- «Изготовление металлокерамических конструкций» – практический атлас (А.Б. Мороз).
- «Местная анестезия у стоматологических пациентов с сопутствующей патологией» – учебное пособие, 2-е издание, расширенное и дополненное (В.Р. Вебер, Б.Т. Мороз).
- «Клиническая фармакология для стоматологов» – учебное пособие, 2-е издание, расширенное и дополненное (В.Р. Вебер, Б.Т. Мороз).
- «Особенности дезинфекции и стерилизации в амбулаторной стоматологии» – практическое руководство (Б.Т. Мороз, О.В. Мироненко)

«ФАРОС ПЛЮС» Фармацевтическое издательство» ЗАО

190103, г. Санкт-Петербург-103, а/я 168
Тел./факс: (812) 320-06-22/23/24/26,
324-73-50, 322-65-61,
324-75-86, 320-31-18
E-mail: info@farosplus.ru
Сайт: www.farosplus.ru, www.medreestr.ru



Журнал «РЫНОК БАД» – 1-ое в России специализированное издание о рынке БАД. Тираж 5000 экз., А4, 130 страниц. Разделы: предложения производителей и поставщиков БАД и парафармацевтики; оборудование, упаковка и сырье. Распространяется по России: оптовикам, производителям БАД и ЛС, аптечным сетям, на выставках.

Газета для населения «Оздоровительное питание и БАД» – выходит 2 раза в год, распространяется бесплатно на специализированных выставках.

Журнал «МЕДТЕХНИКА И МЕДИЗДЕЛИЯ» – специализированное информационно-рекламное издание о российском рынке медтехники, формат А4, 230 стр., тираж 5000 экз.. Более 3000 предложений производителей и поставщиков МТ и МИ. Распространение по России: ЛПУ, комитеты здравоохранения, поставщики, производители, выставки.

Каталог «Российские производители медтехники и медизделий 2009–2010 г.» 5024 позиции номенклатуры от 310 российских производителей. Формат А4, 372 страницы.

Коммерческие услуги издательства: почтовая и электронная рассылки коммерческих предложений; маркетинговые исследования, продвижение в СПб посредством мед. представителя издательства.

«ФОЛИАНТ» ИРА ООО

394031, Воронежская обл.,
г. Воронеж, пер. Свободный, 3
Тел./факс: (4732) 20-99-69, 20-98-38

E-mail: foliant@comch.ru

Сайт: www.foliant.info

Руководитель: директор Лопатин С.Б.

Представительство в г. Пятигорск, 8 928 230-23-48

E-mail: foliantkmv@yandex.ru



Компания «Фолиант» занимается изданием справочной продукции 19 лет. Мы помогаем нашим клиентам находить деловых партнеров, эффективно рекламировать предприятия разных профилей в масштабе всей страны. Подробно с нашей компанией Вы можете познакомиться на сайте www.foliant.info.

Компания «Фолиант» предлагает Вам разместить рекламу и информацию о Вашем предприятии в различных справочниках: городские, региональные, отраслевые («Металлы. Машиностроение», «Зеленая Нива – справочник сельхозпроизводителя», «Химическая, нефтяная, газовая промышленность», справочник производителя – «Лицо России», «Курорты и туризм») и электронный справочник с интерактивной картой. Компания «Фолиант» имеет филиалы в 30 городах России. Наши справочники распространяются бесплатно.



Национальная организация дезинфекционистов представляет журнал «Дезинфекционное дело»

Журнал «Дезинфекционное дело» рассчитан на профессиональную аудиторию и рекомендован Высшей аттестационной комиссией (ВАК). Издается ежеквартально, подписка осуществляется по каталогу «Роспечати» (раздел 10, подписной индекс 81926) и в редакции.

Журнал освещает проблемы организации и развития дезинфекционной службы России, публикует новейшие нормативные документы, приказы, распоряжения Главного государственного санитарного врача, освещает текущую работу Национальной организации дезинфекционистов.

Основные разделы: «Жизнь НОД», «Организация дезинфекционного дела», «Эпидемиология», «Дезинфекция», «Дезинсекция», «Дератизация», «Стерилизация», «Лабораторные исследования», «Документы Роспотребнадзора».

В журнале публикуются научно-практические и рекламные материалы о дезинфекционных средствах и оборудовании для дезинфекции, дезинсекции, дератизации и стерилизации, предприятиях-изготовителях этих средств и оборудования.

Приглашаем вас к сотрудничеству в нашем журнале. Ждем от вас аналитические, научные, практические и дискуссионные материалы по проблемам дезинфектологии и стерилизации.

С 2003-го года журнал включен Высшей аттестационной комиссией России в Перечень научно-практических медицинских изданий, представляющих центральную медицинскую печать, и в Перечень периодических научных и научно-технических изданий Российской Федерации, рекомендуемых для опубликования научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук по следующим научным специальностям:

- гигиена (14.02.01) • эпидемиология (14.02.02)
- общественное здоровье и здравоохранение (14.02.03)
- вирусология (03.02.02) • микробиология (03.02.03)
- зоология (03.02.04) • энтомология (03.02.05)

Подробности на сайте www.nod.su

журнал Поликлиника

Профессиональный журнал
для руководителей и врачей
всех специальностей ЛПУ России

О
Л
И
К
Л
И
Н
И
К
А

Поворот к успеху!

РОССИЯ

111524 Москва, Электродная ул., 10

Тел./факс (495) 672-70-29, 672-70-92, 368-47-03

e-mail: medpres@mail.ru; www.poliklin.ru

НОВИНКА!

Каталог «Российские производители медтехники и медизделий»

БАД РЫНОК

«Рынок БАД»

Специализированное
издание о рынке БАД
и косметики

издается с 2001 года
выходит 7 раз в год
тираж - 5000 экз.

«Медтехника и медизделия»

Всероссийский
отраслевой
медицинский каталог

издается с 2000 года
выходит 7 раз в год
тираж - 5000 экз.



Коммерческие услуги:

- почтовые и электронные рассылки
- медицинский представитель в Санкт-Петербурге
- телемаркетинг
- реклама на сайтах издательства

Издательство имеет структурированную качественную базу данных (12976 организации).
Актуализация базы - 2010 год.

www.medreestr.ru
e-mail: info@farosplus.ru
190103, Санкт-Петербург-103, а/я 168
Отдел рекламы:
(812) 320-06-22/23/24/26,
(812) 324-73-50, 322-65-61
Отдел подписки: (812) 320-31-18, 320-06-22

ЖУРНАЛЫ РЕКОМЕНДОВАНЫ ВАК

ФАРМАЦИЯ
www.rusvrach.ru

60 лет

2
2012

- КОЖА И ЭПИТЕЛИЙ: НОВЫЕ ИНСТРУКТЫ
- ПОИСКОВЫЕ СИСТЕМЫ С ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ВОЛНОЙ
- ИННОВАЦИОННЫЕ ФОРМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ
- КОМПЛЕКСИТЫ В НЕМНОГОПРОСВЕЩЕННЫХ ЦЕЛЯХ

ВРАЧ
научный информационно-образовательный журнал

№ 4

апрель 2012

- XIX век
• Современный индийский стиль в профессиональной этике и философия в профессиональной этике
- XX век
• Актуальность и актуальность профессиональной этики в современной практике профессиональной этики
- XXI век
• Медицинская этика в условиях глобализации и информатизации профессиональной этики
- Современный российский стиль в профессиональной этике и философия в профессиональной этике
- Современный российский стиль в профессиональной этике и философия в профессиональной этике
- Современный российский стиль в профессиональной этике и философия в профессиональной этике

3
2011

ЗОФЕРЕНТАЛЬНАЯ И ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА



МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА
1 год

70 лет

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ
ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД. РОЛЬ АКУШЕРКИ
ПРОБЛЕМА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИКУЛЬТУРА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ЖУРНАЛЫ



**Деловая
Перспектива**

**(495) 775-45-78
(495) 987-17-69**

**предлагаем вашему вниманию
КАТАЛОГИ СЕРИИ
"ЗДОРОВЬЕ И МЕДИЦИНА"**

Мы поможем вам выбрать качественные
медицинские товары и услуги,
представленные на российском рынке

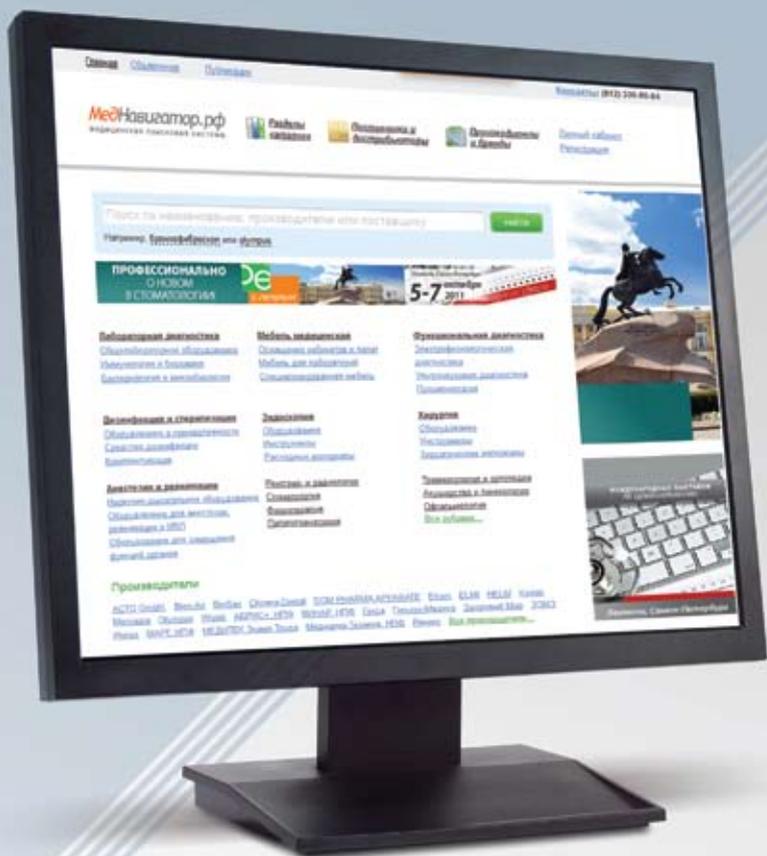


**Приглашаем к сотрудничеству:
эффективная реклама в печатном
издании и в сети Интернет
по низким ценам**

Контактная информация:
ООО "Деловая перспектива"
129164 Москва, ул. Ярославская д. 8 к. 3, оф. 416
Тел./факс: (495) 775-45-78, (495) 987-17-69
info@delperspektiva.ru

delperspektiva.ru

Эффективный и удобный инструмент медицины
на просторах Интернет



Новый проект от редакции журнала
Медитех

МедНавигатор.рф
медицинская поисковая система

(812) 703-76-33, 336-80-84
mednavigator.rf@gmail.com



Читайте
научно-популярный медицинский журнал

БАД МЕД ЗДОРОВЬЯ

Цель издания:

ознакомить читателя с новейшими разработками в области диагностики, профилактики и лечения, помочь ему сориентироваться на лекарственном рынке и выбрать оптимальную форму страховки, наладить диалог между теми, кто лечится и лечит, приобщить население к здоровому образу жизни.

Характеристики журнала:

Периодичность выхода:
раз в два месяца
Цветность: полноцвет
Бумага: мелованная.
Формат А-4
Объем: от 32 полос
Тираж: 5000 экземпляров

Бесплатная адресная доставка по офисам и приемным: аптеки (через фармуправление Минздрава области), медучреждения: поликлиники, больницы, специализированные клиники, Рост ГМУ и НИИ медицинского профиля, крупные фирмы и предприятия области (через ТПП), страховые компании.



Приглашаем к сотрудничеству врачей, представителей фармацевтических компаний, курортных учреждений, производителей медицинской техники и оборудования

Телефоны редакции: (863) 240-64-17, 8-928-138-72-25