

СОДЕРЖАНИЕ

Специализированный медицинский журнал «Главный врач Юга России»

Выходит 1 раз в квартал

Крылова О.В. — учредитель и издатель
Прошенко Е.А. — редактор
Савина Т.В. — реклама

Редакционный совет:

Алексеев С.Н. — руководитель
Департамента здравоохранения
Краснодарского края
Анищенко Е.А. — председатель
Комитета по здравоохранению
Волгоградской области
Алиханов М.А. — министр
здравоохранения Республики Ингушетия
Быковская Т.Ю. — министр
здравоохранения Ростовской области
Вардосанидзе С.Л. — министр
здравоохранения Ставропольского края
Галимзянов Х.М. — зам. министра
здравоохранения Астраханской области
Жане А.К. — министр здравоохранения
Республики Адыгея
Мамаев И.А. — министр
здравоохранения Республики Дагестан
Бадма-Гаряев М.С. — министр
здравоохранения Республики Калмыкия
Фиров Р.Б. — министр курортов и
туризма Кабардино-Балкарской
Республики
Хабчаев У.М. — министр
здравоохранения и курортов Карачаево-
Черкесской Республики
Цидаева Т.И. — зам. министра
здравоохранения Республики Северная
Осетия-Алания

Адрес редакции: 344002,
г. Ростов-на-Дону, пер. Газетный, 51, оф. 23
т. (863) 269-80-23, т./ф. (863) 263-03-55
E-mail: gvur@mail.ru

Отпечатано в Первой типографии ГАТП
АРО, г. Ростов-на-Дону, пр. Соколова, 15
Тираж 5000 экз., Заказ № 1153
Подписано в печать 20.12.2006 г.

Зарегистрирован Управлением
Россохранкультуры по Южному
Федеральному округу

Регистрационный номер
ПИ № ФС 10-5825 от 28 января 2005 г.

Распространяется бесплатно
по линии МЗ

Перечень законодательных актов
в области здравоохранения за 2006 г. 2

Анализ первичной инвалидности в трудоспособном
возрасте, в том числе от предотвратимых причин,
на примере сельских районов Ставропольского края 3

Система дистанционного съема и анализа ЭКГ
для больниц скорой медицинской помощи 6

Опыт применения двухфазной перфузионной
томосцинтиграфии миокарда 9

Создание направленных афферентных потоков —
перспективный подход в нейрореабилитации
детей и взрослых 12

Коронарная хирургия на бьющемся сердце 15

Обеспечение безопасности пациентов пожилого
и старческого возраста в многопрофильном стационаре . . 17

Программный комплекс учета «Зарплата, Кадры,
Тарификация» 21

Влияние факторов военной службы на течение
гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
и выбор оптимальных схем лечения 22

Особенности лечения язвенной болезни
двенадцатиперстной кишки и дорсопатии 23

Фармакоэкономические аспекты медикаментозного
обеспечения периоперационного периода больных
с острой толстокишечной непроходимостью 25

Региональные нормы содержания гормонов щитовидной
железы в сыворотке крови жителей Ростовской области . . 27

Применение ультразвукового скальпеля Гармоник
(Ethicon endo-surgery) при хирургическом
лечении заболеваний щитовидной железы 28

Организация работы участковой педиатрической
службы с семьями высокого социального риска
в г. Каменск-Шахтинском 31

Обзор случаев саркомы Капоши
у ВИЧ-инфицированных пациентов 32

О проведении Всемирного Дня борьбы со СПИДом 34

Достижения и проблемы офтальмологической
службы Дагестана 35

Клинико-фармакологическая характеристика
и содержание макро- и микроэлементов
в лекарственных растениях Дагестана
(качественная и количественная характеристика) 37

Наша анкета 40

Перечень законодательных актов в области здравоохранения за 2006 г.

◆ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 05.09.2006 №649 «О внесении изменений в приказ МЗ РФ от 15.10.1999 №377 «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения» (рег. в МЮ РФ 03.10.2006 №8351).

Порядок исчисления стажа непрерывной работы, дающего право на получение надбавок, дополнен положениями, касающимися сохранения стажа работы при сокращении численности или штата работников учреждения (подразделения).

◆ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.09.2006 №659 «О рабочей группе по подготовке нормативных правовых актов и методических документов для обеспечения функционирования системы мониторинга распространения эпидемии ВИЧ-инфекции, прогнозирования ее последствий и повышения эффективности профилактических мероприятий».

◆ Письмо Росздравнадзора от 13.09.2006 №01и-744/06 «О результатах проверок аптечных учреждений».

В ходе проверок подтвержден факт нарушения аптечными учреждениями требований статьи 13 ФЗ от 22.06.1998 №86-ФЗ «О лекарственных средствах», определяющей серийное получение лекарственных средств как производство лекарственных средств. При этом у аптечных учреждений отсутствуют лицензии на производство лекарственных средств.

С 1 января 2007 г. деятельность аптек по серийному выпуску лекарственных средств без лицензии на право производства лекарственных средств будет рассматриваться как нарушение законодательства в сфере лицензирования.

◆ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 18.09.2006 №665 «Об утверждении перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи» (рег. в МЮ РФ 27.09.2006 №8322).

Приказы Минздравсоцразвития РФ от 28.09.2005 №601 «Об утверждении Перечня лекарственных средств», от 02.05.2006 №324 «О внесении изменений в Перечень лекарственных средств» утрачивают силу.

Документ вступает в действие с 1 ноября 2006 г.

◆ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 18.09.2006 №666 «О внесении изменения в порядок предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29.12.2004 №328» (рег. в МЮ РФ 13.10.2006 №8385).

В новой редакции изложена норма, касающаяся контроля выполнения обязательств фармацевтической организации по обеспечению аптечных

учреждений в соответствии с заявками. Согласно внесенным изменениям, осуществлять такой контроль вправе только Росздравнадзор.

◆ Постановление Правительства РФ от 22.09.2006 №585 (изм. от 20.10.2006) «Вопросы федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи».

Установлено, что Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере разработки и реализации современных медицинских технологий, новых методов диагностики и организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи находится в ведении Минздравсоцразвития РФ.

В связи с изданием данного постановления, внесены изменения в Постановление Правительства РФ от 06.04.2004 №165 «Вопросы Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» и от 06.04.2004 №156 «Вопросы Федеральной службы по труду и занятости».

◆ Приказ Росздравнадзора от 02.10.2006 №2240-пр/06 «О государственной регистрации предельных отпускных цен производителей на лекарственные средства (по торговым наименованиям), отпускаемые по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи».

◆ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 05.10.2006 №692 «Об отмене приказа МЗ РФ от 17.04.1998 №125 «О стандартах (протоколах) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения».

◆ Приказ Федерального фонда ОМС от 19.10.2006 №134 «О внесении изменений в Приказ ФФОМС от 31.12.2004 №93 «Об утверждении порядка формирования и использования средств страхового резерва из средств на обеспечение граждан необходимыми лекарственными средствами» (рег. в МЮ РФ 15.11.2006 №8475).

Финансирование расходов на обеспечение граждан необходимыми лекарственными средствами осуществляется за счет средств федерального бюджета, выделенных ФФОМС в виде субвенций территориальным ФОМС, а в случае недостаточности указанных средств используется страховой резерв средств ФФОМС.

В Порядок формирования и использования средств страхового резерва включаются положения, определяющие процедуру принятия решения о предоставлении территориальному фонду средств страхового резерва. Данное

решение принимается Комиссией ФФОМС по реализации мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами на основании заявки территориального фонда. Закреплен перечень документов, которые являются необходимым приложением к заявке.

Приказ ФФОМС от 27 апреля 2005 г. №45 признан утратившим силу.

◆ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.10.2006 №730 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.11.2005 №701 «О родовом сертификате» (рег. в МЮ РФ 15.11.2006 №8478).

На основании родового сертификата будут оплачиваться не только услуги по оказанию медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, но и услуги по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни. На дополнительное финансирование смогут претендовать, помимо учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов, ЛПУ, осуществляющие диспансерное наблюдение ребенка в течение первого года

жизни, имеющие лицензию на медицинскую деятельность в части осуществления работ и услуг по специальности «педиатрия» (детские поликлиники).

В этой связи утверждена новая форма родового сертификата и внесены изменения в порядок его заполнения. Родовой сертификат будет состоять из шести частей (вместо прежних четырех). Новые 5 и 6 часть предназначены для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за диспансерное наблюдение ребенка. При заполнении в родовом сертификате графы «Срок беременности» будет указываться только полное число недель беременности на момент выдачи женщине родового сертификата (в настоящее время указывается еще и полное число недель на момент постановки женщины на учет для наблюдения в связи с беременностью), также будет указываться общее число детей у женщины, включая рожденных ранее.

Приказ вступает в силу с 1 января 2007 г.

◆ Федеральный закон от 25.10.2006 №170-ФЗ «О внесении изменений в ст. 1 федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» (принят ГД ФС РФ 06.10.2006).

Анализ первичной инвалидности в трудоспособном возрасте, в том числе от предотвратимых причин, на примере сельских районов Ставропольского края

*Вардосанидзе С.Л., министр здравоохранения Ставропольского края, д.м.н., проф., засл. врач РФ
Попова Е.А., нач. отдела медицинской помощи взрослому населению МЗ Ставропольского края*

При оценке здоровья населения и для обоснования приоритетов деятельности регионального здравоохранения по снижению предотвратимых потерь важен анализ динамики и тенденций не только смертности населения, но и инвалидности. Значимость проблемы очевидна. Инвалидность ведет к сокращению продолжительности здоровой жизни, лишает человека возможности активно участвовать в общественной и экономической жизни. Возникает и множество социальных проблем. Лица, имеющие инвалидность, являются основными

потребителями медицинских услуг, нуждаются в осуществлении социального патронажа, проведении современных реабилитационных мероприятий. Все это наносит существенный экономический ущерб региону и государству в целом.

За 1992-2005 гг. уровень первичного выхода на инвалидность в трудоспособном возрасте в сельских районах края увеличился на 42,7%, а в городах – на 31,8%. Данный показатель в сельских районах был всегда выше, чем в городах, и в динамике разница нарастала с 23,8% в 1992 г. до 61,0% в 2005 г.

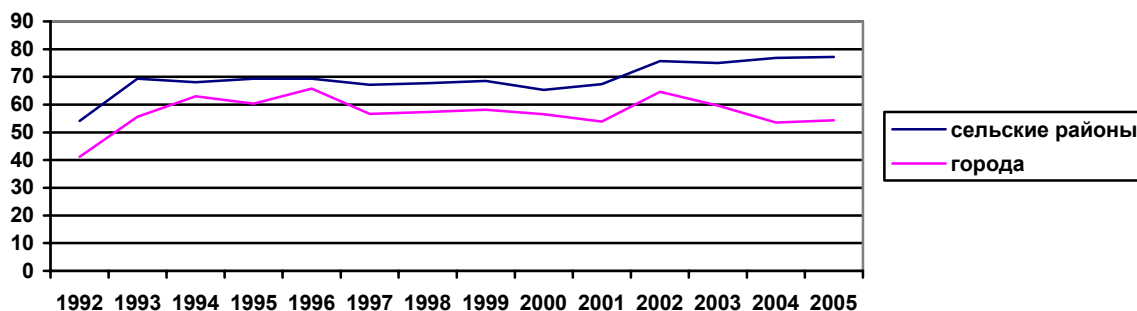


Рис.1. Динамика первичного выхода на инвалидность в трудоспособном возрасте за 1992-2005 гг

Увеличение первичной инвалидности произошло во всех возрастных группах, кроме 15-24 лет, причем более активный ее рост отмечался у мужчин в возрасте 25-34 лет – в 1,4 раза и 35-44 лет – в 1,5 раза, у женщин в возрасте 25-34 лет – в 1,9 раза,

35-44 лет – в 2,1 раза, 45-54 лет – в 2,5 раза. Обращают на себя внимание существенные гендерные различия показателей: у мужчин всех возрастных групп они в 2 раза выше, чем у женщин.

Наибольший рост первичной инвалидности за

последние 13 лет произошел от болезней системы кровообращения – в 2,4 раза, в т.ч. от гипертонической болезни – в 3,8 раза, сосудистых поражений мозга – в 3,2 раза, ишемической болезни сердца – в 1,8 раза. Помимо этого, от инфекционных и паразитарных болезней – на 22,8% , в т.ч. от туберкулеза – на 30,5%, болезней эндокринной системы – на 37,0% (в т.ч. на 67,9% от сахарного диабета), от психических расстройств – на 64,7 %, от болезней костно-мышечной системы – на 79,7% и лишь на 7,3% – от травм и отравлений.

В то же время отмечается значительное уменьшение частоты первичного выхода на инвалидность от болезней нервной системы – на 47,9%, ревматизма – на 55,9%, болезней органов дыхания – 33,8%, органов пищеварения – на 17,1% (в т.ч. язвенной болезни – на 43,8%) и на 12,6% – от новообразований.

Рост инвалидности ведет к уменьшению средней продолжительности здоровой жизни, т.е. жизни, не ограниченной инвалидностью. Этот показатель рассчитывается на основе данных о половозрастной смертности и половозрастной инвалидности и отражает сочетание влияния процессов смертности и инвалидности на жизнеспособность населения (табл. 1).

Таблица 1.

Средняя продолжительность здоровой жизни (лет), сельский район

	1997	2003	2004	2005
Оба пола	57,45	57,28	58,19	57,1
Мужчины	51,78	51,88	53,14	51,6
Женщины	64,04	63,82	64,03	61,1

Средняя продолжительность здоровой жизни (лет), сельский район

По сравнению с 1997 г. показатель средней продолжительности здоровой жизни мужчин уменьшился на 0,18 года, а женщин – на 2,9 года. В результате в 2005 г. средняя продолжительность здоровой жизни мужчин была на 8,5 лет короче, чем средняя продолжительность их жизни, у женщин – на 10,9 года соответственно.

Очевидно, что с возрастом не только растет уровень первичной инвалидности, но и меняется структура инвалидизирующей патологии. Так, за годы наблюдения в молодом рабочем возрасте (18-39 лет) уровень первичной инвалидности в районах увеличился на 30,4%, а в старшем рабочем возрасте (40-54 года у женщин и 40-59 лет у мужчин) – на 40,2%.

В 2005 г. показатель в старшем рабочем возрасте был выше в 5 раз за счет превышения по классу болезней системы кровообращения в 15,8 раза, новообразований – в 6,7 раза, болезней эндокринной системы – в 4,9 раза, органов дыхания – в 5,4 раза, органов пищеварения – в 3,6 раза, костно-мышечной системы – в 5,2 раза, мочеполовой системы – в 2,7 раза, травм и отравлений – в 1,9 раза.

Структура и доля различных причин инвалидности в молодом и старшем рабочем возрасте принципиально разные. В молодом рабочем возрасте в

2005 г. преобладали травмы и отравления (15,1%), болезни костно-мышечной системы (10,9%), системы кровообращения (16,6%), психические расстройства (13,3%), инфекционные и паразитарные болезни (10,4%). В старшем рабочем возрасте значительно больше вклад болезней системы кровообращения (54,5%), что объясняется увеличением их распространенности с возрастом. Увеличивается доля новообразований (12,1%) и болезней костно-мышечной системы (11,7%). Соответственно, меньше доля травм и отравлений (5,9%), инфекционных и паразитарных болезней (4,2%).

Для каждой половозрастной группы характерна своя структура причин первичной инвалидности. В 2005 г. у мужчин в возрасте 18-24 лет преобладали психические расстройства (23,6%), травмы и отравления (21,3%), болезни нервной системы (11,8%). В 25-34 года на первом месте находились травмы и отравления (20,0%), на втором – психические расстройства (16,6%). Почти такая же доля приходилась на инфекционные и паразитарные болезни (16,4%), в основном на туберкулез.

В возрасте 35-44 лет основными причинами первичной инвалидности являлись болезни системы кровообращения (27,4%) и костно-мышечной системы (16,7%), а вот доля травм и отравлений уменьшилась до 14,5%. У мужчин 45-54 лет болезни системы кровообращения сохраняли ведущую позицию, определяя уже 50,8% всех случаев первичной инвалидности. Второе и третье место практически с равным весом занимали болезни костно-мышечной системы (9,3%) и новообразования (9,5%).

В 55-64 года на долю болезней системы кровообращения приходилось уже более половины всех случаев инвалидности (58,7%). Возросла и доля новообразований (до 12,4%), а вот доля болезней костно-мышечной системы уменьшилась (6,5%).

В структуре причин первичной инвалидности женщин сельских районов в возрасте 18-24 лет 18,6% приходилось на психические расстройства, 16,4% – на новообразования и 14,3% – на травмы и отравления. В 25-34 года на первое место выходят болезни системы кровообращения (14,3%), на второе – психические расстройства (14,0%), а на третье – новообразования (13,7%). В возрастной группе 35-44 года доля болезней системы кровообращения увеличивается до 36,7%. На втором месте оказываются болезни костно-мышечной системы (14,1%), а новообразования остаются на третьей позиции, но их доля уменьшается (11,9%). В возрасте 45-54 года основные причины первичной инвалидности остались те же, однако изменилась их доля в структуре причин и соответственно ранговые места: болезни системы кровообращения (53,3%), новообразования (10,9%) и болезни костно-мышечной системы (10,9%). Таким образом, налицо гендерные различия нозологической структуры первичной инвалидности.

С учетом отмеченных особенностей общая структура причин первичной инвалидности сельского населения в трудоспособном возрасте в 2005 г. выглядела следующим образом: болезни системы кровообращения (43,2%), костно-мышечной сис-

темы (10,7%), новообразования (10,0%), травмы и отравления (7,4%), инфекционные и паразитарные болезни (5,2%).

В классе болезней системы кровообращения на долю гипертонической болезни приходилось 41,9%, на ишемическую болезнь сердца – 29,1% и 22,8% – на сосудистые поражения мозга. Среди новообразований доля злокачественных составляла 95,8%, по классу инфекционных и паразитарных болезней 91,5% приходилось на туберкулез.

Инвалидность в трудоспособном возрасте является причиной значительных потерь трудового потенциала населения. Как и следовало ожидать, почти треть всех потерь в 2005 г. определяли болезни системы кровообращения (29,4%). Доля травм и отравлений (11,4%) оказалась заметно меньше, чем в структуре потерь трудового потенциала, обусловленных преждевременной смертностью (36,9%). Немногим больше оказалась и доля новообразований (9,1% против 8,1% соответственно).

Кроме того, в структуре потерь трудового потенциала вследствие инвалидности значительную долю занимают те заболевания, которые менее существенны как причины смерти. Это, прежде всего, болезни костно-мышечной системы (10,8%) и психические расстройства (10,1%), при этом в структуре потерь из-за смертности их доли значительно ниже (0,2% и 2,3% соответственно). Заметную роль играют болезни эндокринной системы (4,7%), инфекционные и паразитарные заболевания (7,6%), чей вклад в структуру потерь, обусловленных смертностью в трудоспособном возрасте, заметно меньше – 0,6% и 5,8% соответственно.

Уменьшение последствий ежегодной естественной убыли населения возможно не только в резуль-

тате снижения высокой смертности от «управляемых» причин смерти, но и за счет снижения уровня инвалидности от предотвратимых причин. В связи с этим весьма важным является анализ причин и факторов, способствующих инвалидизации, без которого невозможно разработать систему мероприятий по снижению инвалидности населения. На наш взгляд, случай инвалидности от предотвратимых причин должен стать одним из индикаторов качества работы участкового врача или врача общей (семейной) практики в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

Потери от предотвратимой инвалидности огромны. В 2005 г. почти 4,5 тыс. человек в сельских районах края стали инвалидами от причин, поддающихся лечению и профилактике, а потери трудового потенциала составили 48,9 тыс. чел./лет. При этом наибольшая доля в структуре причин приходилась на гипертоническую болезнь (24,1%), дорсопатии (16,0%), туберкулез (14,7%), цереброваскулярные болезни (15,3%), болезни органов дыхания (5,5%) и сахарный диабет (5,9%). Такая структура потерь трудового потенциала свидетельствует как о неблагоприятной ситуации со здоровьем сельского населения, так и о низком качестве профилактической работы, диспансерного наблюдения, поздней диагностике заболеваний (табл. 2).

Таким образом, если, наряду с анализом предотвратимых потерь за счет смертности, проанализировать потери, обусловленные инвалидностью, то спектр задач для регионального здравоохранения значительно расширяется: необходимо достаточное внимание уделять восстановительному лечению и реабилитации тех заболеваний, которые редко являются непосредственной причиной смерти.

Таблица 2.

Количество впервые признанных инвалидами от причин, поддающихся лечению и профилактике, и потерь трудового потенциала от них, сельский административный район

Причина инвалидности	Число инвалидов	Потери трудового потенциала (чел./лет)
Туберкулез	377	7197
Злокачественные новообразования кожи	24	327
Злокачественные новообразования молочной железы	120	993
Злокачественные новообразования шейки матки	48	606
Лимфогранулематоз	20	520
Доброкачественные новообразования	29	433
Болезни щитовидной железы	98	1349
Сахарный диабет	239	2887
Эпилепсия	37	784
Ревматизм	40	432
Гипертоническая болезнь	1456	11783
Цереброваскулярные болезни	791	7462
Болезни органов дыхания	334	2683
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	9	157
Болезни поджелудочной железы	53	669
Артропатии	191	2027
Дорсопатии	621	7844
Остеопатии и хондропатии	20	330
другие	53	434
ВСЕГО	4454	48917

Примечание: представлены данные за 2005 г., в статистику включены данные о женщинах в возрасте до 54 лет, мужчинах до 59 лет.

Система дистанционного съема и анализа ЭКГ для больниц скорой медицинской помощи

Синютин С.А., к.т.н., доцент каф. микропроцессорных систем ТРТУ,
тел. (8634) 311-143, e-mail: siniutin@ttpark.ru

Шелехов К.К., к.м.н., гл. врач МУЗ ГБСМП, г. Таганрог, тел. (8634) 640-416

Развитие средств телекоммуникаций и микроконтроллерной техники позволяет решать задачи, несколько лет назад выглядевшие фантастически для применения в обычных больницах скорой медицинской помощи. Самые грозные заболевания сердечно-сосудистой системы требуют быстрой и точной диагностики, как можно более ранней госпитализации, а также проведения лечебных мероприятий до и во время доставки больного в стационар. Решить проблему ранней и точной диагностики позволяет система, рассматриваемая в данной статье.

Система дистанционного съема и анализа ЭКГ представляет собой совокупность распределенных аппаратных и программных средств, позволяющих

работать как автономно, так и в комплексе. Основа комплекса – диспетчерский центр (ДЦ), территориально располагающийся в отделении функциональной диагностики ГБСМП. ДЦ подключен к сети Internet через ADSL-модем и имеет постоянный IP-адрес в сети. ДЦ состоит из автоматизированных рабочих мест врача функциональной диагностики (САРМ), на которых размещена серверная программа системы, работающая в круглосуточном режиме. Мобильный компонент системы представлен мобильными автоматизированными рабочими местами (МАРМ), представляющими собой компьютер типа Notebook с беспроводным кардиоанализатором «Кармин КАПК-01» (рис. 1).

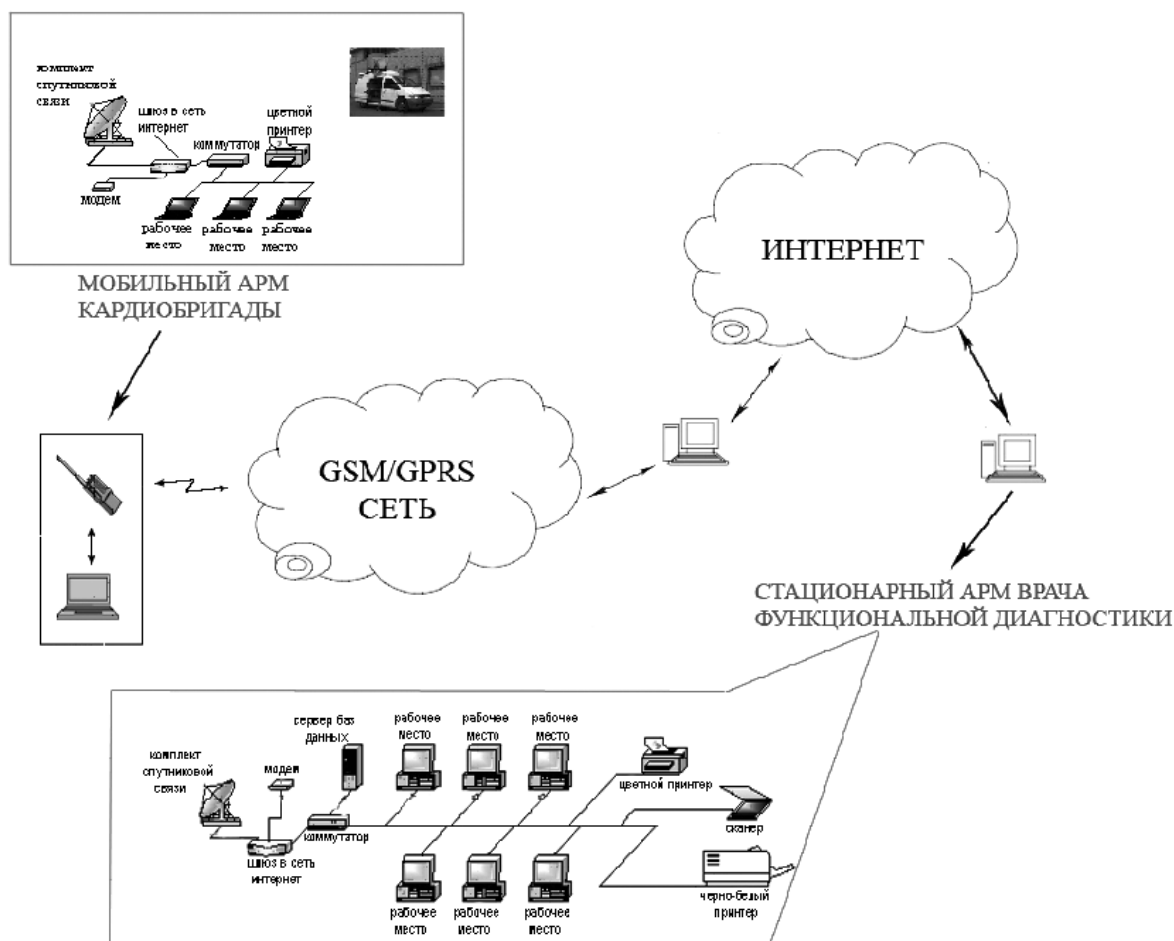


Рис. 1. Структура системы дистанционного съема и анализа ЭКГ

Кроме мобильной подсистемы и САРМ, в состав системы входят и несколько САРМ, расположенных в отделениях, и оснащенных беспроводными кардиоанализаторами «Кармин КАПК-01», связанными с ДЦ по локальной сети ГБСМП.

Одно САРМ находится в палате интенсивной терапии кардиологического отделения №2 ГБСМП, а другое – в отделении функциональной диагностики (ОФД). Все МАРМ и САРМ используют общую

электронную базу данных, где хранятся как текстовые заключения по ЭКГ, так и сами ЭКГ в 12 отведениях. Внешний вид МАРМ показан на рисунке 2.

Сам кардиоанализатор «Кармин КАПК-01» представляет собой мобильное устройство, осуществляющее съём ЭКГ в 12 отведениях, предварительную его обработку и передачу в персональный компьютер (неважно, стационарный или мобильный) на расстоянии 8-10 м по интерфейсу Bluetooth (рис. 3).



Рис. 2. МАРМ с комплектом электродов

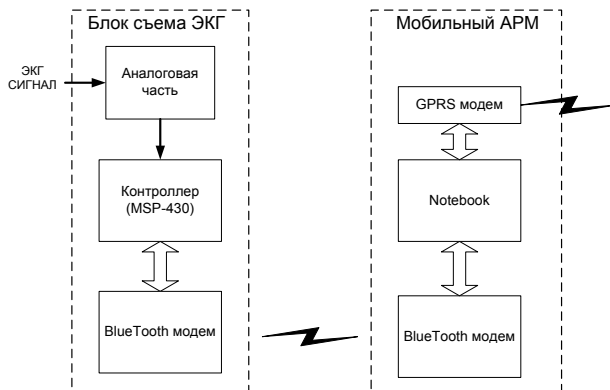


Рис. 3. Структурная схема МАРМ

Основные технические характеристики кардиоанализатора «Кармин КАПК-01»:

- диапазон частот входного сигнала – 0,05–70 Гц;
- частота квантования входного сигнала – 500 Гц;
- разрядность АЦП – 16 бит;
- коэффициент ослабления синфазного сигнала, не менее – 100 дБ;
- амплитуда входного сигнала – 500-5000 мкВ;

- тип физического канала – GSM/GPRS;
- тип протокола – TCP/IP;
- время передачи 40-секундной не сжатой ЭКГ – 5 мин.;
- время передачи 40-секундной сжатой ЭКГ – 45 с;
- искажения восстановленной ЭКГ – не более 2,5%.

САРМ состоит из настольного персонального компьютера кардиоанализатора «Кармин КАПК-01», приемника Bluetooth и модема ADSL.

Программное обеспечение (ПО) АРМ может работать как в комплексном (в сети), так и в автономном режиме. При работе в автономном режиме АРМ функционирует как кардиоанализатор, выполняющий операции съема ЭКГ, сохранения его на носителе и формирования словесного экспресс-заключения по ЭКГ.

Основные задачи, решаемые ПО АРМ (как мобильного, так и стационарного):

- фильтрация ЭКГ;
- коррекция сдвига изоэлектрической линии;
- сжатие ЭКГ;
- распознавание QRS-комплексов;
- экспресс-диагностика (формирование словесного заключения);
- печать ЭКГ и словесного заключения;
- передача ЭКГ в ДЦ;
- организация диалога МАРМ и САРМ.

При работе в комплексном режиме ЭКГ может быть передана в ДЦ, там проанализирована специалистами ОФД и их заключение возвращается обратно в МАРМ кардиобригады. ПО позволяет вести диалог on-line между кардиобригадой и специалистами ОФД.

В окне клиентской программы (установленной на МАРМ) можно проводить диалог, а из окна программы съема и анализа ЭКГ отправлять на анализ ранее снятую ЭКГ (рис. 4)

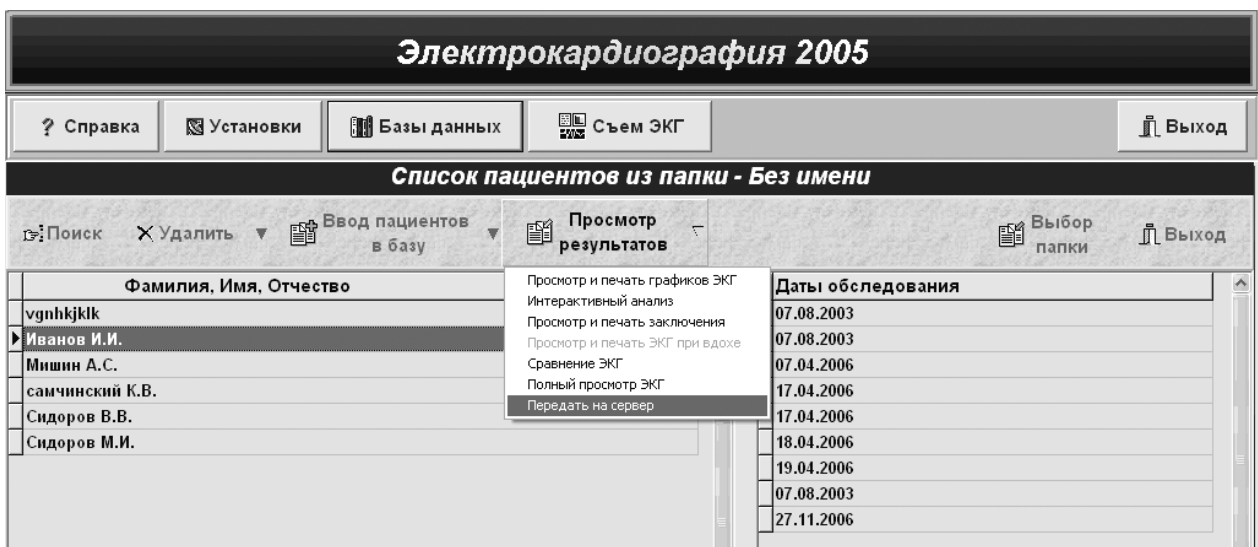


Рис. 4. Пример отправки ЭКГ на сервер

Полученную ЭКГ можно детально проанализировать как на МАРМ, так и специалистами ОВФ на САРМ (рис. 5).

В любой момент можно запросить автоматизированное заключение по ЭКГ, формируемое встро-

енной экспертной системой. Данное заключение носит справочный характер и требует подтверждения врачом, однако его наличие позволяет обратить внимание на возможную патологию.



Рис. 5. Окно интерактивного анализа контура ЭКГ

Пример экспресс-заключения по ЭКГ:
Интервалы: PQ=178 мс, QT=483 мс, RR=1112 мс; Длительность QRS= 95 мс
Времена в мс

Отведение	P	Q	R	S	R'	S'	R''	S''	P	QRS	T
I	118	-	38	38	-	-	-	-	P+	RS	T+
II	128	18	45	28	-	-	-	-	P+	QRS	T+
III	95	10	60	-	-	-	-	-	P+-	QR	T+-
AVR	130	40	35	-	-	-	-	-	P-	QR	T-
AVL	100	-	40	5	43	-	-	-	P+	RSR'	T+
AVF	130	18	53	15	-	-	-	-	P+	QRS	T+
V1	98	-	30	30	30	-	-	-	P+-	RSR'	T+
V2	85	-	35	50	-	-	-	-	P+	RS	T+
V3	113	-	48	45	-	-	-	-	P-+	RS	T+
V4	115	20	38	33	-	-	-	-	P+	QRS	T+
V5	143	18	35	38	-	-	-	-	P+	QRS	T+
V6	130	15	33	40	-	-	-	-	P+	QRS	T+

Амплитуды в мВ

Отведение	P	Q	R	S	R'	S'	R''	S''	T+	T-	ST
I	0,16	-	-	0,89-0,35	-	-	-	-	0,13	-	-0,02
II	0,16	-	-0,15	1,57-0,26	-	-	-	-	0,20	-	-0,04
III	0,04-0,01	-	0,16	0,83	-	-	-	-	-	0,10-0,04	0,01
AVR	-	-0,16-1,16	0,28	-	-	-	-	-	-	0,05	0,03
AVL	0,07	-	-	0,48	0,07-0,37	-	-	-	0,06	-	-0,01
AVF	0,10	-	-0,12	1,21-0,08	-	-	-	-	0,16	-	-0,01
V1	0,03-0,06	-	-	0,42-0,73	0,33	-	-	-	0,46	-	0,10
V2	0,08	-	-	0,84-1,40	-	-	-	-	1,08	-	0,16
V3	0,10-0,01	-	-	1,25-1,27	-	-	-	-	0,75	-	0,08
V4	0,09	-	-0,16	1,69-0,30	-	-	-	-	0,12	-	-0,10
V5	0,09	-0,02	-0,15	1,98-0,32	-	-	-	-	0,16	-	-0,04

ЧСС=54 уд./мин.; Нормальный синусовый ритм; Вольтаж ЭКГ сохранен;
Положение осей:
< QRS = 63,7, < T = 49,7, < P = 37,8
Нормальное положение электрической оси сердца
Интерпретация результатов: Неполная блокада правой ножки пучка Гиса, Синдром гипертрофии левого желудочка
Вторая очередь системы включает в себя приборы, передающие в ДЦ координаты каждой бригады скорой помощи. Координаты принимаются систе-

мой позиционирования GPS, и отображаются на карте города.
Таким образом, рассматриваемая система позволяет осуществлять более оперативную и качественную диагностику ЭКГ, производить оперативные консультации со специалистами, принимать решения о передачи вызовов кардиобригадам. В настоящее время в ГБСМП г. Таганрога развернут ДЦ, два САРМ (в ОФД и КО №2) и три бригады скорой помощи оснащены МАРМ.

Опыт применения двухфазной перфузионной томосцинтиграфии миокарда

Багмет А.Д., д.м.н.; Костюченко А.И., к.м.н.; Скачедуб И.А.; Чижикова О.А.; Васильчук Т.Н.;
1602 ОБКГ СКВО, г. Ростов-на-Дону

Одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии является своевременная диагностика ишемической болезни сердца (ИБС) [10]. Среди неинвазивных методов диагностики ИБС наиболее чувствительным и высокоспецифичным является радионуклидный метод – перфузионная томосцинтиграфия (ПТСГ) миокарда [3, 6, 7]. С помощью ПТСГ миокарда атравматичным путем врач получает уникальную информацию о кровоснабжении миокарда на уровне микроциркуляции у больных с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями [6]. В зарубежной литературе этот метод считается «золотым стандартом» в диагностике преходящих нарушений кровоснабжения миокарда, обусловленных различными причинами, но, прежде всего, коронарным атеросклерозом. Несмотря на относительно высокую стоимость метода (840-1100\$ США), объем перфузионных исследований в Европе и Америке постоянно возрастает. Ежегодно в Америке выполняется 77% от общего количества исследований, выполненных в мире, 16% – в Японии, 5% – в Западной Европе и 2% приходится на все остальные страны. Для ПТСГ миокарда за последнее десятилетие разработаны новые радиофармпрепараты (РФП) на основе метки ^{99m}Tc . Для регистрации изображения стали применять более совершенные двух- и трехдетекторные гамма-камеры с новыми системами обработки, позволяющие быстро и точно с высокой воспроизводимостью оценивать полученные результаты. Широкое распространение в кардиологии получила однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОЭКТ) миокарда, что значительно повысило качество ПТСГ миокарда [6, 7], и, наконец, позитронная эмиссионная томография (ПЭТ), позволившая открыть сокровенные тайны метаболизма миокарда. Однако, несмотря на более чем двадцатилетний опыт применения этого метода, в России, за исключением нескольких ведущих кардиологических центров и крупных больниц, он не является достаточно известным и распространенным, что во многом обусловлено экономическими причинами. С другой стороны, в ряде случаев даже при наличии необходимого радиодиагностического оборудования современные методики ядерной кардиологии не используются из-за отсутствия у врачей четкой информации о показаниях к применению ПТСГ миокарда и ее диагностической значимости.

Итак, ПТСГ миокарда является радиоизотопным методом исследования, предназначенным для оценки кровоснабжения миокарда на уровне микроциркуляции [1, 2, 3, 4, 11]. Метод основан на оценке распределения внутривенно введенного РФП в сердечной мышце, который включается в неповрежденные кардиомиоциты пропорционально метаболизму и коронарному кровотоку [3]. Таким образом, распределение РФП в миокарде отражает распределение коронарного кровотока. Области

миокарда с нормальным кровоснабжением создают картину равномерного распределения РФП [11]. Области миокарда с ограниченным коронарным кровотоком вследствие различных причин определяются как области со сниженным включением РФП, то есть, дефекты перфузии [3, 4, 11]. ПТСГ миокарда является методом, предназначенным для выявления областей относительно или абсолютного снижения кровотока вследствие ишемии или рубцового повреждения миокарда. Наиболее ценным для ПТСГ миокарда является возможность проведения исследования в сочетании с различными нагрузочными пробами [1, 3, 5, 8, 9]. Именно это позволяет визуализировать области преходящей ишемии миокарда, спровоцированные этими нагрузочными тестами, дифференцировать ишемическое и рубцовое повреждение миокарда [12] и оценить состояние резерва дистальных отделов коронарного русла [1, 4, 5]. У больных со значимым стенозированием коронарной артерии, как правило, определяется область сниженной концентрации РФП в зоне уменьшенной перфузии [12]. Если эта область сниженной концентрации РФП появляется или увеличивается при введении изотопа во время нагрузки (по сравнению с исследованием в покое), то наиболее вероятной причиной этого уменьшения концентрации является ишемия [1, 9]. Если область сниженной концентрации РФП не изменяется при нагрузке и в покое, наиболее вероятной причиной этого следует считать рубцовое повреждение миокарда или наличие дисфункционального миокарда (в состоянии гибернации или стэннинга [11]. Однако, в зависимости от клинической ситуации, в ряде случаев стабильные нарушения перфузии могут отражать обструкцию высокой градации в жизненно важных гибернированных областях миокарда левого желудочка [12]. Наиболее часто в сочетании с ПТСГ миокарда применяются пробы с физической нагрузкой [1, 3, 4, 8, 9, 10]. Следует твердо помнить, что у больных, способных выполнить нагрузочную пробу, предпочтительнее проведение исследования с нагрузкой.

Для оценки перфузии миокарда применяются преимущественно два типа фармакологических нагрузочных проб:

- с фармакологическими препаратами, вызывающими вазодилатацию (дипиридамом, аденозином) и приводящими к коронарной гиперемии;
- с инохронотропными адренергическими препаратами (добутамин, арбутамин), увеличивающими потребность миокарда в кислороде. В ряде случаев используют пробу с нитроглицерином (с целью дифференциации жизнеспособного миокарда) и пробу с эргометрином (с целью выявления вазоспастического компонента в генезе ангинозных приступов).

Проба с чреспищеводной электрической стимуляцией предсердий применяется как альтернатива пробе с физической нагрузкой и фармакологичес-

кой вазодилатации. В практической деятельности, как правило, бывает достаточно проведения пробы с физической нагрузкой.

Для визуализации перфузии миокарда применяются РФП, которые экстрагируются неповрежденными кардиомиоцитами и удерживаются в течение различных временных интервалов. Эталонным РФП для визуализации перфузии миокарда является ²⁰¹Tl-хлорид таллия, который является биологическим аналогом калия и, подобно калию, поступает в кардиомиоциты посредством К-Na-АТФ-насоса. Среди РФП, меченных ^{99m}Tc, наибольшее распространение получил МИБИ (отечественный РФП технетрил), известный в зарубежной литературе как сестамиби [6].

В конце 70-х - начале 80-х годов начали складываться основные направления научных исследований с применением ПТСГ миокарда, которые немедленно брались на вооружение практическими врачами [2]. Конечно же, основным направлением является диагностика ИБС, обусловленной коронарным атеросклерозом. Прежде чем ПТСГ миокарда завоевала свое право называться «золотым стандартом» в диагностике ишемии миокарда, были проведены многочисленные исследования по определению ее чувствительности, специфичности, точности, а также предсказующей ценности положительного и отрицательного результатов. Первые полученные результаты были впечатляющими. По данным разных авторов, эти значения составляли 75-100%.

Наиболее часто встречающиеся клинические ситуации для проведения ПТСГ миокарда:

- Диагностированная или подозреваемая ИБС.
- Диагностика острой или хронической ИБС (наличие и тяжесть).
- Определение прогноза (стратификация риска, основанная на определении протяженности участка поражения миокарда, дилатации полости ЛЖ и захвата РФП легкими).
- Проведение дифференциального диагноза между коронарной и некоронарной этиологией острого болевого синдрома в грудной клетке у больных в отделении неотложной терапии и реанимации.
- Наблюдение за больными с диагностированной ИБС. Оценка раннего и долговременного эффекта:
 - реваскуляризации (аортокоронарное шунтирование - АКШ, ангиопластика и т.д.) у больных с рецидивом приступов стенокардии;
 - медикаментозной терапии;
 - диеты и мероприятий по изменению образа жизни.
- Диагностированная или подозреваемая застойная сердечная недостаточность.
- Дифференциальный диагноз между ишемической и идиопатической кардиомиопатией.

Основные показания к применению ПТСГ миокарда

Исследование выполняется с целью:

- определения наличия, локализации, распространенности и тяжести ишемии миокарда или рубцового поражения;
- определения функциональной значимости анатомического поражения, выявленного при ангиографии;
- оценки жизнеспособности миокарда.

Клинические показания:

- Диагностика атеросклеротического поражения коронарных артерий (наличие, локализация (бассейн коронарной артерии), распространенность (число бассейнов коронарных артерий), оценка степени риска сердечных осложнений).
- Перенесенный острый инфаркт миокарда (определение степени риска возможных постинфарктных кардиальных осложнений в ближайший прогностический период).
- Контроль и оценка эффективности: хирургической реваскуляризации миокарда, медикаментозной терапии по поводу застойной сердечной недостаточности или стенокардии, мероприятий по изменению образа жизни.
- Оценка степени стеноза коронарной артерии по величине и протяженности дефектов перфузии.
- Оценка жизнеспособности миокарда: ишемические изменения или рубцовые.
- Пред-, интраоперационная оценка риска возможных кардиальных осложнений при хирургических вмешательствах на сосудах экстракардиальной локализации и при несосудистых хирургических пособиях.

Протокол исследования

Исследование проводится в лаборатории радиоизотопной диагностики на современном диагностическом оборудовании. Исследование неинвазивно и безболезненно. Доза внутривенно вводимого РФП ничтожно мала и позволяет проводить подобную диагностику без вреда для здоровья до 5 раз в год.

Исследование происходит в два этапа: 1 – исследование в покое и 2 – исследование при нагрузочной пробе (по однодневному или двухдневному протоколу). Общее время, требуемое для диагностики и обработки результатов, составляет 4-6 часов. Противопоказаний к исследованию не имеется. Определенные ограничения возникают, если проведение нагрузочной пробы (велозергметрия, тредмил) у пациента затруднительно, в этом случае используется фармакологическая проба или чреспищеводная стимуляция (ЧПС). Предварительная подготовка: отмена антиангинальной терапии (β-блокаторы, вазодилататоры пролонгированного действия) на усмотрение лечащего врача.

Целью нашего исследования явилось изучение характера поражений миокарда и оценка коронарного резерва, методов лечения, отбора больных на хирургическую реваскуляризацию.

Методы исследования. В ходе проведенного исследования нами было обследовано 50 больных. Средний возраст больных составил 45,4±4,2 года. Всем пациентам проводилась велозергметрия (ВЭМ), для уточнения характера поражений миокарда больным была выполнена двухфазная ПТСГ с ЭКГ-синхронизацией в 2 дня (в покое и с нагрузкой).

Для проведения ПТСГ миокарда использовали перфузионные агенты, меченные ^{99m}Tc (технетрил), активностью 555 МБк, в объеме 0,3-0,6 мл. РФП вводили в/в дважды, в покое и на пике ВЭМ-пробы. Запись начинали через 60-90 мин. после каждой инъекции РФП. Интервал между исследованиями составлял 24 часа. Исследования проводились на двухдетекторном однофотонном эмис-

сионном компьютерном томографе E.Cam фирмы Siemens. Сбор данных осуществлялся по стандартной двухфазовой методике СПЕКТ перфузии миокарда в покое и после ВЭМ, синхронизированной с ЭКГ. Полученные данные обрабатывались по оригинальной программе кардиологического пакета The Emery Cardiac Toolbox, разработанной в Emory University, Atlanta, Georgia, с качественной и количественной оценкой дефектов перфузии по массе (в граммах) и протяженности (в %) относительно перфузированной территории регионарной коронарной артерии, определением функциональных параметров левого желудочка: конечного систолического и диастолического объемов; движения и утолщения (сокращения) миокардиальной стенки. Представление этих данных совместно с состоянием перфузии стенки левого желудочка в полярных координатах дает возможность в едином пространственном масштабе оценивать функциональное состояние миокарда, что повышает точность диагностического заключения.

Полученные результаты. Во всех случаях были обнаружены очаги с различной степенью снижения накопления РФП, фракция выброса по данным ПТСГ миокарда в среднем составила $57 \pm 14\%$. При проведении ВЭМ достоверные ишемические изменения ST (горизонтальная или косовосходящая депрессия на 2 мм и более) с продолжительностью 3-5 мин. определялись у 25 (50%) больных. При проведении ПТСГ миокарда в покое дефект накопления РФП обнаруживался у 40 человек (80%). Во время ВЭМ у всех пациентов наблюдались переходящие дефекты накопления РФП, кроме этого, у 15 больных (30%) был отмечен обратимый дефект перфузии, у 25 больных (50%) выявлялся стойкий необратимый дефект перфузии. Причем, дефекты накопления РФП указывали на поражение конкретной системы коронарных артерий. В 8% (4 больных) по данным ПТСГ миокарда было показано выполнение коронароангиографии с последующим решением вопроса о методе хирургической реваскуляризации миокарда.

Заключение. Коронарное русло устроено таким образом, что при отсутствии нагрузки стенозирование просвета артерии на 75-80% существенно не влияет на объемный кровоток в ней, т.е. объем крови, поступающий через такую артерию, будет примерно таким же, как и через здоровую артерию. Поскольку накопление РФП в ткани миокарда преимущественно пропорционально объему коронарного кровотока, то в состоянии покоя стенозирование просвета коронарной артерии на 75-80% не будет приводить к появлению дефекта накопления. Однако, при повышении нагрузки на миокард ситуация коренным образом изменится: в условиях максимальной нагрузки здоровая коронарная артерия способна увеличить объемный кровоток в 3-4 раза. Стенозированная на 50-75% коронарная артерия расширяется в значительно меньшей степени, следовательно, и объемный кровоток возрастает в ней меньше, чем в здоровой артерии. Таким образом, в условиях повышенной нагрузки на сердце возникает неоднородность кровотока между участками миокарда, кровоснабжаемыми здоровыми и стенозированными

артериями. На скintiграмме такой участок с пониженной перфузией будет выглядеть в виде зоны с пониженным накоплением РФП («холодный очаг»). Появление дефекта накопления РФП можно ожидать в том случае, когда объемный кровоток в здоровой и стенозированной артериях отличается на 30-50%.

Вывод

Среди неинвазивных методов диагностики переходящих нарушений кровоснабжения миокарда томосцинтиграфия является чувствительным и высокоспецифичным методом, позволяющим визуализировать области переходящей ишемии миокарда, оценить состояние коронарного резерва дистальных отделов коронарного русла; ПТСГ позволяет выявлять ишемические изменения миокарда у 80% больных.

Литература

1. Крамер А.А., Эвентов А.З., Григорьянц Р.А., Кролл В.А. Нарушение перфузии миокарда при его транзиторной ишемии у больных ишемической болезнью сердца // Бюлл. ВКНЦ АМН СССР. - 1979. - №1.-С. 6-8.
2. Крамер А.А. Современное состояние и перспективы развития радионуклидных исследований в кардиологии // Мед. радиология. - 1980. - № 7. - С. 3-10.
3. Радионуклидные методы исследования миокарда /ред. Крамер А.А. - М.: ВНИИМИ, 1983. - 98 с.
4. Самойленко Л.Е. Изучение состояния перфузии миокарда у больных ишемической болезнью сердца под влиянием некоторых антиангинальных препаратов //Автореф. дис. ... к.м.н. - М., 1981.
5. Самойленко Л.Е., Спичовый В.Н., Лякишев А.А. Значение скintiграфии миокарда с ^{201}Tl в диагностике ишемической болезни сердца // Кардиология. - 1988. - №11. - С. 71-74.
6. Самойленко Л.Е. Перфузионная скintiграфия миокарда в клинической кардиологии // Дис.... д.м.н. - М., 1998.
7. Сергиенко В.Б. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография. Опыт клинического применения //Дис....д.м.н. - М, 1984.
8. Сергиенко В.Б., Сидоренко Б.А., Махмуджаев С.А. и др. Значение скintiграфии миокарда с ^{201}Tl в диагностике ишемической болезни сердца у больных с блокадой левой ножки пучка Гиса // Кардиология. - 1987. - №11. - С. 84-88.
9. Сергиенко В.Б., Щербаткин Л.Д., Борисенко О.П. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография с ^{201}Tl в диагностике ишемической болезни сердца // Тер. арх. - 1985. - №4. - С. 95-99.
10. Чазов Е.И. Инфаркт миокарда // Болезни сердца и сосудов: руководство для врачей в 4-х томах. - М.: Медицина. - Т. 2. - С. 52-119.
11. Эвентов А.З., Самойленко Л.Е., Ерофеев М.В., Чалтабаев К.А., Крамер А.А. Скintiграфия миокарда с хлоридом ^{201}Tl // Мед. радиология. - 1980. - №7. - С. 11-15.
12. Belter G.A., Watson D.D. Myocardial thallium-201 kinetics in ischemia and infarction // Prog. nucl. Med. - 1980. - Vol. 6. - P. 35-55.

Создание направленных афферентных потоков – перспективный подход в нейрореабилитации детей и взрослых

Доценко В.И., ГУ Научный центр здоровья детей РАМН, НМФ «Статокин», г. Москва

В предыдущих публикациях уже обосновывалась целесообразность использования в восстановительном лечении больных с поражениями нервной и опорно-двигательной систем методов т.н. «сенсорной терапии». При данной патологии это оправдано и с позиций патогенеза развития многих заболеваний, и из экономических соображений. Следует отметить, что в современной нейрореабилитации с каждым годом все большая роль отводится использованию безмедикаментозных методов восстановительного лечения.

Методы сенсорной терапии основаны на рефлекторном принципе и, в целях создания модально специфических афферентных потоков, предполагают приложение к различным анализаторным входам пациента преформированных факторов, среди которых предпочтение отдается экологически безопасным, не чужеродным, встречающимся и в живой природе воздействиям.

В настоящем сообщении описываются некоторые терапевтические подходы в восстановительном лечении преимущественно детей и подростков, а также и взрослых, основанные на стимуляции извне или произвольной активации пациентом специфических для двигательных функций сенсорных входов – вестибулярного и проприоцептивного.

Безусловно, в историческом аспекте следует отметить многочисленные методы и системы **кинезитерапии** (лечебной физкультуры, нейромоторного перевоспитания), особенно в условиях потенциации ее лечебного эффекта приемами создания рефлекс-запрещающих и рефлексоблегчающих позиций пациента. Ведущая роль массажа и кинезитерапии как действенных методов формирования направленных афферентных потоков в лечебном процессе неоспорима, и изложение принципов и конкретных алгоритмов их исполнения не является темой настоящего сообщения.

В некоторых клиниках не утратил своего значения метод весьма эффективной модуляции и коррекции патологически усиленной афферентации от спастически напряженных мышц и других рецепторных образований деформированного патологическими установками и контрактурами мышечно-суставно-связочного аппарата – **искусственная локальная гипотермия**. Привлекательность этой технологии заключается в том, что в самом простом исполнении при выраженных и достаточно стойких клинических эффектах метод не предусматривает использования какой-либо сложной техники; апплицируемый на мышцы и

сухожилия холодагент представляет собой обычную ледяную крошку.

Несколько особняком стоит многочисленная группа методов и технических приемов лечения пациентов при помощи **биологической обратной связи (БОС)**. В России это направление чаще описывается термином **функциональное биоуправление (ФБУ)**. Исключительность метода ФБУ заключается в том, что никакое внешнее воздействие какими-либо природными или преформированными факторами в традиционном понимании на пациента не оказывается. От страдающего тем или иным заболеванием или функциональными расстройствами человека требуется исключительно произвольными усилиями, осознанной регуляцией добиваться изменений определенных функций и параметров деятельности организма, которые и являются мишенями при проведении БОС-терапии.

Естественно, возникает проблема текущего (в режиме реального времени) контроля правильности выполнения пациентом различных тренируемых движений, успешности управления регуляцией позы, или адекватной релаксации организма, показателями которой чаще всего выступают некоторые вегетативные параметры и характеристики альфа-ритма ЭЭГ. В этих целях используется подаваемая через различные сенсорные входы человека (зрение, слух, кожно-тактильный анализатор и др.) информация об успешности или, наоборот, о низком качестве выполнения того или иного двигательного действия и произвольно регулируемого расслабления. Разумеется, эффективность этого лечения возможна только при вовлечении достаточно мощных мотивационных механизмов, поэтому контроль пациентом качества своего биорегулирования осуществляется в увлекательной игровой форме, с яркой графикой различных сюжетов на мониторе компьютера и при помощи эмоционального звукового ряда, подаваемого через специальные наушники.

Все большей популярностью пользуются компьютерные комплексы ФБУ одновременно для нескольких пациентов, когда их лечение осуществляется в условиях увлеченной соревновательной деятельности друг с другом, с накоплением в базе данных баллов и других критериев результата своих действий, а не в условиях «борьбы» с виртуальным противником, генерируемым компьютерной программой.

Наиболее традиционны для российской вос-

становительной медицины стационарные компьютерные комплексы или портативные приборы для отработки правильности выполнения произвольного движения по показателям гониометрической (по величине значений суставного угла) или ЭМГ-обратной связи. При этом в ходе процедуры и контроля самим пациентом качества ее выполнения создаются мощные направленные афферентные потоки проприоцептивной модальности, достигающие мозговых структур управления движениями и создающие предпосылку закрепления приближенных к норме механизмов двигательной регуляции.

Одной из современных разработок для БОС-терапии является кабинет **«НейроБОС-релакс»** (НМФ «Статокин», Россия), предназначенный для релаксации и психофизиологического регулирования по показателям ЭЭГ, а также для описанной выше коррекции двигательного-координаторных нарушений при заболеваниях нервной и опорно-двигательной систем по показателям ЭМГ и гониометрического профиля.

Для объективной оценки двигательной реабилитации используется разработанный нами совместно с ОКБ «Ритм» компьютерный комплекс **«Статокинезиметр-СтабилАн»**, в своей диагностической части исследующий функции равновесия и статокинетической устойчивости человека методом компьютерной статокинезиметрии (стабилометрии) с синхронной кардиоинтервало- и пневмографией, регистрацией биоэлектрической активности антигравитационной мускулатуры. Но второе, не менее важное, назначение комплекса – его использование в качестве эффективного тренажера, функционирующего на принципе БОС зрительной модальности (в игровой ситуации стоящим на стабилотренировке пациентом осуществляется постоянный контроль положения своего тела), для восстановительного лечения при нарушениях функций координации и равновесия. В комплексе реализован богатый набор компьютерных реабилитационных и развивающих игр, умело эксплуатирующих принцип мотивационной заинтересованности пациента в результатах игровой сессии. Также в этой технологии ФБУ по стабилотренировке возможно использование двуплатформенного варианта с реальным соревнованием в успешности управления вертикальной позой и двигательной координацией сразу двух пациентов.

Вестибулотерапия, или пассивная вестибулярная тренировка, предусматривает стимуляцию рецепторов полукружных каналов специфическим для этих рецепторов раздражителем – механической энергией угловых ускорений во время вращения пациента на специальных ротационных стендах. До недавнего времени широкое внедрение этого достаточно эффективного метода сенсорной терапии сдерживало отсутствие на российском рынке ротационных установок

(электровращающихся кресел), не менее остро необходимых и для исследования вестибулярной функции в условиях вращательных тестов. В настоящее время первое отечественное устройство для вестибулодиагностики и вестибулотерапии – **Ротационный компьютерный стенд «Гармония»** (разработка НМФ «Статокин») – готово к внедрению в профильные клиники.

В патогенезе двигательных нарушений у больных детским церебральным параличом одно из ведущих мест отводится дисбалансу рефлекторной активности более древних в онтофилогенезе отолитовых органов (тонические феномены скелетной и глазодвигательной мускулатуры; в варианте заболевания – своевременно нередуцированный лабиринтный тонический рефлекс) и более молодых полукружных каналов, обеспечивающих формирование установочных и статокинетических реакций. Проведение вестибулотерапии стимулирует жизненно важные для возрастного двигательного развития организма реакции полукружных каналов, которые по реципрокному принципу способствуют снижению интенсивности приобретших патогенетическое значение тонических реакций отолитовых органов (Семенова К.А., Доценко В.И., 1988).

Известна также тесная взаимосвязь вестибулярных реакций и зрительной информации, формирующей постоянное окружение человека в его повседневной деятельности. В связи с высокой актуальностью изучения данной проблемы в целях исследования глазо-двигательной регуляции и вестибулярной функции в целом специалистами НМФ «Статокин» разработан аппаратно-программный комплекс **«ОкулоСтим»**, позволяющий проводить полифакторное отоневрологическое и психофизиологическое тестирование.

В рамках же описываемой концепции создания направленных афферентных потоков приложение к зрительному афферентному входу пациента **стимуляционных программ лечебной направленности** позволяет повысить его статокинетическую устойчивость и адаптацию к постоянно меняющемуся зрительному окружению. Этот метод лечения выступает эффективным средством купирования и профилактики пароксизмальных состояний, в структуре которых ведущими клиническими симптомами являются головокружение, зрительные иллюзии и связанные с ними вегетативные нарушения (Корнилова Л.Н. и соавт., 2004).

Функциональная программируемая электростимуляция мышц (ФПЭС), осуществляемая во время локомоции или любых других циклических, стереотипных двигательных актов (бега, занятий на велотренажере или беговой дорожке, при имитирующих греблю движениях верхних конечностей), также относится к обширному классу методов сенсорной терапии. Несмотря на то, что апплицируемая на организм импульсная

электростимуляция мышц в естественной среде жизнеобитания человека не встречается, никакие негативные эффекты перестроек деятельности ЦНС или срыв адаптивных реакций организма, как правило, не возникают. Данное положение становится объяснимым с учетом значимой патогенетической целесообразности ФПЭС, которая моделирует выработанную в эволюции (а значит, оптимальную в плане энергозатрат) **пространственно-временную организацию мышечной активности** и движения в целом.

Применяемая в клинической и спортивной реабилитологии традиционная стимуляционная техника (в условиях неподвижного положения пациента или спортсмена) при своем воздействии на нервно-мышечную систему базируется исключительно на принципе использования **силовых характеристик электрического тока**. Ее лечебный эффект реализуется преимущественно на уровне периферического нейромоторного аппарата. В то же время электростимуляция покоя демонстрирует явные методические и физиологические ограничения: протекает в условиях, далеких от реальных условий функционирования мышц; не связанная с координацией двигательного акта, она не может, соответственно, влиять ни на коррекцию, ни на выработку нового двигательного стереотипа (Витензон А.С., 1981; 1982).

В отличие от традиционной электромиостимуляции покоя, ФПЭС, как указывалось выше, моделирует выработанную в эволюции пространственно-временную организацию мышечной активности. При этом формируются и закрепляются физиологические паттерны движений на более высоких уровнях ЦНС – в стволовых и полушарных мозговых структурах управления двигательной деятельностью, что и обуславливает стойкость достигнутых перестроек.

Клиническая и нейрофизиологическая сущность метода ФПЭС заключается в точном временном соответствии программ искусственного (посредством электростимуляции) и естественного (при попытке произвольного усилия) возбуждения мышцы в двигательных актах человека (Витензон А.С., 2000). Иными словами, электростимуляция мышц во время локомоции происходит в точном соответствии с естественным возбуждением и сокращением мышц на протяжении двигательного акта.

По образному выражению профессора Витензона А.С. (2003), впервые разработан метод восстановительного лечения, удачно совмещающий в себе свойства трех глобальных стратегий клинической реабилитологии – лечебной физкультуры (кинезитерапии), аппаратной физиотерапии и функционального ортезирования.

В России успехи развития ФПЭС, в отличие от исследований, проводимых в зарубежных лечебных центрах, обусловлены глубоким и приоритетным для российской школы изучением

функциональных основ, достигаемых в ходе лечения перестроек деятельности ЦНС.

Помимо восстановления нарушенной биомеханики ходьбы, при использовании ФПЭС решается и задача нормализации работы локомоторных центров на всех вертикальных уровнях регуляции двигательной активности. Максимальная перестройка нейродинамики пациента достигается в связи с тем, что в процессе ФПЭС активация мышцы электрическим раздражением осуществляется именно в тот момент двойного шагового цикла, когда данная мышца и естественным порядком не раньше и не позже – должна включаться в выполнение движения. Из литературы известно, что только в фазы естественного (произвольного) возбуждения мышц локомоторные центры всех вертикальных уровней становятся восприимчивыми к внешним афферентным сигналам и доступными для коррекции своей деятельности. В остальные фазы шага эти центры заторможены и практически не поддаются коррекции (Баев К.В., 1984; Витензон А.С. и соавт., 1999).

ФПЭС предусматривает решение трех клинических задач: укрепление ослабленных мышц, коррекцию неправильно выполняемых движений, выработку и поддержание приближающегося к норме двигательного стереотипа ходьбы. Существуют как бы три мишени, на которые содружественно проецируется действие метода ФПЭС:

а) первичное исполнительное звено движения, периферический нейромоторный аппарат;

б) текущее, во время сеанса лечения, исправление кинематических и динамических характеристик шага – истинный биомеханический уровень исполнения движения;

в) воздействие на нейродинамику пациента, закрепление правильного двигательного стереотипа ходьбы на уровне локомоторных центров головного и спинного мозга. В этом триединстве и находит объяснение качественный скачок клинической эффективности метода ФПЭС по сравнению с некоторыми другими стимуляционными и кинезитерапевтическими технологиями.

Реализуется ФПЭС при помощи Аппаратно-программного комплекса многоканальной программируемой электростимуляции «АКорд-Мультимиостим» (разработка НМФ «Статокин», Россия).

В связи с тем, что во время сеанса ФПЭС формируется направленная афферентная посылка проприоцептивной модальности, строго синхронизированная по времени с оптимальными условиями поступления информации в локомоторные центры головного и спинного мозга (момент произвольного напряжения мышцы), этот метод лечения по праву можно отнести к одному из наиболее эффективных видов сенсорной терапии.

Коронарная хирургия на бьющемся сердце

Углов А.И., д.м.н., зав. отд. сердечно-сосудистой хирургии

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону

В противоположность странам Западной Европы, США, Канады и Австралии, где наблюдается тенденция к снижению заболеваемости ИБС и смертности, в России, за исключением середины 80-х годов, отмечается постоянный рост заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Максимальный рост смертности в России отмечен в 1990-1994 гг. (мужчины – с 836,8 до 1156,0, женщины – с 548,0 до 671,0 на 100 тыс. населения).

Обследование и лечение больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы проводится по одним и тем же принципам и правилам как у пациентов в пожилом возрасте, так и у пациентов в более молодом возрасте. Коронарография является самым информативным методом диагностики коронарного атеросклероза и считается «золотым стандартом» исследования коронарного русла. Диагностическую ценность всех других методов исследований при этой патологии определяют, сопоставляя их с результатами коронарографии. Без проведения ангиографии коронарных артерий сердца диагноз ИБС носит в значительной степени вероятностный характер. Использование же этого метода позволяет точно определить степень стеноза и его расположение. Необходимо отметить, что в 18% случаев обнаруживаются интактные коронарные артерии при наличии типичной картины ИБС. В этом случае необходимо проводить дополнительные методы дифференциальной диагностики, направленные на выявление «вариантной» стенокардии или так называемого синдрома Х.

Американский колледж кардиологов и Американская ассоциация сердца в рекомендациях 1999 г. предлагают следующую классификацию при проведении коронарографии:

Класс 1

1. Больные с определенной или возможной стенокардией, перенесшие внезапную сердечную смерть. Уровень доказательства – В.

Класс 2А

1. Больные с неопределенным диагнозом после неинвазивного тестирования, у которых необходимость установления более точного диагноза превышает риск и стоимость коронарографии.

2. Больные, которые не могут пройти неинвазивного исследования вследствие инвалидности, болезни, выраженного ожирения.

3. Больные, чья профессия требует точного диагноза.

4. Больные, у которых подозревается не атеросклеротическая причина ишемии вследствие появления симптомов в молодом возрасте, результатов неинвазивного тестирования или других клинических показателей.

5. Больные, у которых подозревается спазм коронарной артерии и есть необходимость в проведении провокационных тестов.

6. Больные с высокой степенью вероятности поражения ствола левой коронарной артерии и трех-

сосудистым поражением.

Во всех случаях уровень доказательства – С.

Класс 2Б

1. Больные с повторной госпитализацией из-за болей в грудной клетке, которым необходим точный диагноз.

2. Больные с повышенным желанием установления точного диагноза и с более чем низкой вероятностью коронарной болезни.

Во всех случаях уровень доказательства – С.

Класс 3

1. Больные с выраженными сопутствующими заболеваниями, у которых риск коронарографии превышает пользу процедуры. Уровень доказательства – С.

Абсолютных противопоказаний к проведению коронарографии нет, кроме отказа пациента от исследования. Относительными противопоказаниями могут являться следующие:

- неконтролируемая желудочковая аритмия;
- неконтролируемая гипокалиемия или дигиталисная интоксикация;
- неконтролируемая высокая АГ;
- длительная лихорадка;
- декомпенсированная сердечная недостаточность;
- нарушения свертываемости крови;
- аллергии на рентген-контрастное вещество;
- выраженная почечная недостаточность и/или тяжелое поражение паренхиматозных органов.

По рекомендациям Американской ассоциации сердца и Американского кардиологического колледжа от 1999 г., показаниями к проведению операций прямой реваскуляризации миокарда являются:

Класс 1

1. Тяжелая стенокардия с типичными и атипичными формами течения, с объективными доказательствами ишемии миокарда, рефрактерная к максимальной медикаментозной терапии.

2. Значимый стеноз ствола левой коронарной артерии.

3. Эквивалент стволового поражения: значимый (более 70%) проксимальный стеноз передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) и проксимальный стеноз огибающей ветви.

4. Трехсосудистое поражение (нарушение функции ЛЖ, например, фракция выброса менее 40% ухудшает прогноз операции).

5. Двухсосудистое поражение при наличии значимого проксимального стеноза ПМЖВ в сочетании с фракцией выброса менее 50% или с ишемией, подтвержденной неинвазивным тестированием.

6. Одно- или двухсосудистое поражение со стенозом проксимального отдела ПМЖВ, выраженной картиной ИБС и критериев высокого риска по результатам неинвазивного тестирования.

Класс 2А

1. Выраженный проксимальный стеноз ПМЖВ

при однососудистом поражении.

2. Одно- или двухсосудистое проксимальное поражение ПМЖВ со стенозом более 50% при наличии среднего объема жизнеспособного миокарда и ишемии, подтвержденной неинвазивным тестированием.

Лечение больного с хронически протекающей ИБС фактически должно быть направлено на достижение двух целей: во-первых, избавить больного от симптомов заболевания (в первую очередь от стенокардии), во-вторых, улучшить прогноз его заболевания, предотвратив возможность наиболее тяжелых осложнений (смерти и инфаркта миокарда), и за счет этого продлить жизнь.

Наиболее радикальным способом реваскуляризации миокарда является операция аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Менее радикальным способом реваскуляризации миокарда является так называемая чрескожная транслюминальная баллонная коронароангиопластика. При этой процедуре катетер проводится в область сужения коронарной артерии, затем раздувается специальный баллончик, расширяющий просвет сосуда. Использование стентов – специальных металлических каркасов, имплантируемых в область сужения – уменьшает вероятность повторного сужения. Однако технически она может быть выполнена не во всех случаях.

В настоящее время коронарное шунтирование без искусственного кровообращения (ИК) является распространенной техникой, применяемой для полной реваскуляризации миокарда. Следует отметить, что первые операции АКШ проводились именно на работающем сердце без ИК. В 1967 г. Колесов В.И. впервые сообщил об операции шунтирования ПМЖВ и огибающей ветви левой коронарной артерии без ИК через левостороннюю торакотомию. За период 1968-1975 гг. метод АКШ без ИК применялся многими известными хирургами. Затем долгое время оставался невостребованным, так как для большинства хирургов представлял значительные трудности в выполнении. Широкое внедрение в клиническую практику ИК и кардиоплегической остановки сердца позволило существенно облегчить выполнение анастомозов и значительно увеличить количество операций, что на определенное время остановило дальнейшее развитие операций по реваскуляризации миокарда на работающем сердце.

Операция АКШ в условиях ИК на долгие годы стала стандартом для кардиохирургических операций, выполняемых на остановленном сердце. Однако знакомство с состоянием проблемы защиты миокарда во время его вынужденной ишемии при операциях на открытом сердце убеждает, что вопрос этот еще далек от окончательного решения. Риск операции с ИК в группе пациентов старше 65 лет без выраженных нарушений сократительной способности ЛЖ составляет не более 1%, а для пациентов моложе 65 лет с фракцией выброса менее 35% риск хирургического лечения не превышает 5%. Частота периперационного инфаркта миокарда составляет 2,2-5,0%, кровотечения в послеоперационном периоде могут наблюдаться в 2,2%, нарушения ритма сердца, в том числе фибрилляция желудочков, в 3-

31% случаев, а необходимость в инотропной поддержке в послеоперационном периоде возникла в 34% случаев (Cartier R., 1996-98).

Наиболее часто встречающимся осложнением после операций с ИК являются неврологические расстройства. Наиболее вероятной причиной развития неврологической симптоматики после операций, выполненных в условиях ИК, является теория микроэмболизации (Blauth C.I. с соавт., 1988). Частота развития послеоперационных осложнений напрямую зависит от длительности проведения ИК. Так, при продолжительности ИК более 180 мин. отек мозга возникает в 14,3%, при ИК в пределах 150-180 мин. – в 4%, а при времени ИК менее 150 мин. мозговых осложнений не наблюдалось.

Поиск методов защиты миокарда способствовал созданию достаточно эффективных кардиоплегических растворов, но ни один из них не является идеальным. Исследования, проводимые в этом направлении, позволили сформулировать теорию реперфузионного повреждения и возникновения феномена «оглушенного миокарда». Он заключается в резком уменьшении уровня энергетических фосфатов, внутриклеточной перегрузке кальцием, образовании супероксидных радикалов и нарушении микроциркуляторного русла. Вследствие этого возникают обратимые и необратимые повреждения митохондрий, актинмиозиновых связей, собственно миофибрилл (Benetti F. с соавт., 1986), что вызывает нарушение сократительной способности миокарда. Тяжесть «оглушения» зависит от длительности пережатия аорты и исходного состояния миокарда (Akins C.W. с соавт., 1984). Таким образом, пациенты с исходно низкой фракцией выброса, с нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда, а также повторно оперируемые больные образуют группу повышенного риска при операциях с ИК и пережатием аорты.

По мере накопления опыта все большее число специалистов в хирургии сердца стали искать способы снижения негативных последствий ИК, что привело к возрождению интереса к реваскуляризации миокарда на работающем сердце. В 1985 г. Буффало сообщил о великолепных результатах коронарного шунтирования на работающем сердце, используя пережатие коронарной артерии на время наложения прямого анастомоза. Phister A.J. из Вашингтонского научного центра с соавторами и Akins C.W. с соавторами опубликовали в 1992 г. результаты аналогичных операций, произведенных с использованием ИК и без него. Исследования позволили прийти к заключению, что операции без ИК безопаснее, экономически выгоднее и показаны больным со сниженной фракцией выброса ЛЖ, с артериальной гипертензией, при сочетанном атеросклеротическом поражении сонных и почечных артерий, при повторных операциях (Fanning W.J., 1993).

Крупный клинический опыт малоинвазивных операций прямой реваскуляризации миокарда был представлен Benetti F. в ноябре 1994 г. на международной конференции «Артериальные кондуиты для реваскуляризации миокарда», проходившей в Риме. Benetti F. подвел первые итоги применения этого метода, называя его «менее инвазивным»,

что очень точно отражает его суть. Операции на работающем сердце оказались более безопасными, что в свою очередь расширило показания к ним, процесс реабилитации больных стал значительно короче, а экономические аспекты более выгодными, чем при операциях с ИК.

Отсутствие негативного влияния ИК как непосредственно на миокард (частота периоперационных инфарктов миокарда составила 0,6% без ИК и 2,2% с ИК, а нарушения ритма – 14% и 23% соответственно), так и на весь организм в целом, позволили расширить показания к применению малоинвазивной коронарной хирургии. Стало возможным оперировать больных с исходно сниженными ресурсами сердечно-сосудистой системы и тяжелой сопутствующей патологией (почечно-печеночная недостаточность, диабет, атеросклероз брахиоцефальных артерий, перенесенный инсульт, хронические неспецифические заболевания легких, злокачественные новообразования и др.).

Тщательная оценка отдаленных результатов

реваскуляризации миокарда без ИК на работающем сердце была представлена на 77-м ежегодном конгрессе Ассоциации торакальных хирургов (май 1997). Были приведены данные семилетнего наблюдения 120 пациентов, оперированных с ИК и 117 пациентов, оперированных без ИК. При этом с одинаковой частотой шунтированы ПМЖВ и правая коронарная артерия. Существенные различия отмечены при шунтировании огибающей ветви (89% и 18% соответственно). Семилетняя выживаемость составляет 80% в обеих группах; статистически достоверные отличия выявлены в количестве функционирующих шунтов – 67% и 74% соответственно.

Подводя итог, можно сказать, что на сегодняшний день у кардиохирургов есть все необходимые методы, как диагностики, так и лечения ИБС. При этом в связи с развитием малоинвазивной коронарной хирургии риск лечения даже возрастных пациентов значительно снижается, и появляется реальный шанс вернуться к здоровой и полноценной жизни.

Обеспечение безопасности пациентов пожилого и старческого возраста в многопрофильном стационаре

*Шикина И.Б., к.м.н., гл. врач МУЗ «Клиническая поликлиника №6», г. Ставрополь
Сорокина Н.В., нач. отдела организационной и информационно-аналитической работы
МЗ Ставропольского края*

Стационарная медицинская помощь – это не только наиболее затратный, но и социально, этически и психологически весьма уязвимый сектор системы здравоохранения. Данное обстоятельство объясняется тем, что госпитализированные пациенты, как правило, имеют более сложные и тяжелые заболевания, оторваны от семьи и вынуждены сменить привычный образ жизни. Больной попадает в новую, необычную обстановку, в которой он вынужден находиться круглосуточно, в ограниченные социально-бытовые условия; ему приходится контактировать не только с медицинским персоналом, но и с совершенно незнакомыми, а порой и психологически несовместимыми людьми – пациентами палаты. Существует мнение, что в стационарной медицинской помощи, как в зеркале, отражается вся система здравоохранения.

В настоящее время интенсивное развитие науки и техники в медицине позволяет выбирать и использовать самые последние разработки в лечении больных. При этом основной целью лечебно-диагностического процесса остается достижение наилучшего клинического результата при обеспечении максимально высокой безопасности пациентов [2]. Безопасность пациентов – это максимально возможное соответствие исходов лечения ожиданиям врача и пациента при минимальном риске отрицательных последствий лечения и диагностики [1].

Как известно, нередко госпитализация пациентов пожилого и старческого возраста проводится в большей степени по социальным показаниям ввиду

стойкой утраты способности к самообслуживанию в результате последствий заболеваний, а также социального статуса больного (одиночество, низкий экономический уровень). В то же время пребывание пациента в больнице является одним из факторов риска развития ятрогении, в чем еще недостаточно отдают себе отчет участковые и семейные врачи. Большинство наблюдающихся ятрогенных нарушений регистрируются у стационарных больных и касаются, в первую очередь, риска развития медикаментозных осложнений, внутрибольничных инфекций, дезориентировки пациентов и ряда других осложнений.

Помещение больного в стационар само по себе является стрессовой ситуацией, поскольку нарушает сформировавшиеся жизненные стереотипы (привычная обстановка, окружение и т.д.), лишает или ограничивает возможности общения с близкими. Приходится сталкиваться с ситуациями, когда пациенты, госпитализированные (не всегда обоснованно) по поводу обострения ишемической болезни сердца, гипертонической болезни или сосудистой мозговой недостаточности, буквально в первые же дни начинают отказываться от еды, плохо ориентируются в окружающей обстановке, у некоторых отмечают эпизоды спутанности сознания, необъяснимые падения, недержание мочи. По некоторым данным, подобные нарушения регистрируются почти у 40% больных [3]. Зачастую при госпитализации у пожилых пациентов происходит обеднение эмоциональных реакций, речевая скудность,

психическое отупение; отмечается неблагоприятное влияние и на соматические функции: снижается аппетит, развиваются вялость, малоподвижность. Следствием этого могут быть угнетение общей сопротивляемости организма, снижение иммунитета, особенно легкое присоединение интеркуррентной инфекции, затягивание репаративных процессов.

К сожалению, врачи, курирующие геронтологический контингент больных, не придают должного значения такому компоненту ведения пожилых, как рациональная психотерапия, т.е. разъяснение больному в доступной форме и в пределах сущности его заболевания болезненных и других ощущений, реальных возможностей лечебного воздействия, пользы и риска назначаемой терапии, а нередко игнорируют вообще, аргументируя его малую эффективность возрастными изменениями у стариков (снижение слуха, памяти, когнитивные нарушения и т.д.).

Кроме того, необходимо учитывать, что в геронтологической группе больных порядка 80% страдают одним или несколькими хроническими заболеваниями [4], а наличие у пациента двух и более заболеваний, конкурирующих выраженностью клинических проявлений, прогностической значимостью, влиянием на качество жизни, часто является объективной предпосылкой вынужденной полипрагмазии, что, естественно, усиливает риск развития медикаментозных осложнений. Назначение нескольких препаратов представляет потенциальную опасность в связи с их взаимодействием и возможностью усиления токсического эффекта каждого из них.

Избежать вышеперечисленного можно при соответствующем подходе с соблюдением следующих рекомендаций (приказы МЗ РФ от 05.05.1997 №131 «О введении специальности «клиническая фармакология» /ред. приказа МЗ РФ от 28.09.1999 №353, №328 от 23.08.1999 «О рациональном назначении лекарственных средств, правилах выписывания рецептов на них и порядке их отпуска аптечными учреждениями (организациями)» /ред. приказов МЗ РФ от 09.01.2001 №3, от 16.05.2003 №206, от 19.12.2003 №608, приказов МЗ РФ от 22.11.2004 №257, от 16.03.2005 №216, от 29.04.2005 №313) и использовании консультаций клинических фармакологов:

- никогда не назначать лекарственные препараты при отсутствии четких показаний к их применению;
- аллергические и идиосинкратические реакции являются частыми неблагоприятными побочными реакциями на лекарственные средства, поэтому необходимо спрашивать у больных, были ли у них какие-либо побочные реакции в анамнезе;
- при назначении новых препаратов особое внимание пациентов необходимо обращать на вероятные и неожиданные побочные реакции;
- больных следует предупреждать о возможности появления серьезных побочных реакций, о которых имеется информация в инструкции по применению лекарственного средства;

- назначая конкретный препарат, врачу следует уточнить, какие другие медикаменты, включая препараты для самолечения, травы и биологически активные добавки к пище, принимает пациент;

- врачу необходимо обратить особое внимание на возраст больного, наличие заболеваний печени и почек, при которых может изменяться метаболизм лекарственных средств, что, в свою очередь, ведет к необходимости индивидуального подбора назначаемой дозы препарата;

- по мере возможности следует избегать одновременного назначения нескольких препаратов, а также четко инструктировать больных, особенно пожилого возраста, о том, как нужно принимать лекарственные средства;

- достижение взаимного согласия между врачом и больным в отношении приема медикаментов и формирования у пациента и его родственников мотивации необходимости лечения;

- назначение простого режима медикаментозной терапии в отношении количества препаратов, кратности их приема, удобства идентификации и доступа к лекарству;

- устные и письменные инструкции для больных и их родственников относительно режима приема препаратов и возможности появления побочных эффектов;

- активное вовлечение в процесс медикаментозной терапии родственников больных, среднего медицинского персонала, социальных работников и фармацевтов для обеспечения помощи в приеме лекарств, контроле и наблюдении за больными.

Таким образом, врач всегда должен помнить о том, что риск госпитализации у больных пожилого и старческого возраста может превышать возможную ее пользу, и ориентировать на это как самих пациентов, так и их родственников. При этом, независимо от обоснованности госпитализации, необходимо стремиться к максимальному сокращению ее срока, одновременно стараясь свести к минимуму длительность постельного режима с учетом его неблагоприятного влияния практически на все системы организма.

Литература

1. Вардосанидзе С.Л. Методологические основы антикризисного управления больницей (безопасность, измерения, качество) // Автореф. дис. ... д.м.н. – М., 2003. – 58 с.
2. Вардосанидзе С.Л., Восканян Ю.Э., Шикина И.Б., Мажаров В.Н. Некоторые итоги внедрения модели непрерывного повышения качества медицинской помощи в Ставропольском крае // Бюлл. нац. НИИ общественного здоровья. – М., 2005. – Вып. 4. – С. 27-31.
3. Дворецкий Л.И. Ятрогения в гериатрии // Клин. геронтология. – 1997. – №4. – С. 3-10.
4. Zazove P., Mehr D. et al. A criterion-based review of preventive health care in the elderly: Part 2. A geriatric health maintenance program // J. of Family Practice. – 1992. – Vol. 34. – №3. – P. 320-347.



Эслана-Дез

ВАПУСАН-ФОРТЕ (ООО "НПЦ Медицинская Дезинфекция" Россия)

Адрес: 119812, Москва, Б. Пироговская ул., д.17
Тел: (495)246-96-22, 246-25-42, 245-81-87
Моб тел: 8 (903) 294-74-54, 8 (903) 294-80-10
Факс: (495)246-78-71
Сайты: www.eslana.ru, www.dddm.ru
E-mail: eslana@eslana.ru



**Дезинфекция
Высокого
уровня**

Вапусан-Форте представляет собой прозрачную жидкость светло-красного цвета
Срок годности 3 года

Рабочие растворы используют многократно в течение 7 суток.

Средство обладает бактерицидной (в том числе туберкулоцидной , спороцидной) и фунгицидной активностью, а также моющими свойствами.

Средство Вапусан-Форте предназначено к применению в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) для:

- дезинфекции поверхности в помещениях, жесткой мебели, поверхности аппаратов, приборов, санитарно-технического оборудования, уборочного инвентаря, резиновых ковров, предметов ухода за больными, обуви из резин и других полимерных материалов, лабораторной посуды, медицинских отходов из текстильных (ватные тампоны, использованный перевязочный материал, одноразовое нательное и постельное белье, одежда персонала, маски и пр.) и других материалов(лабораторная посуда, изделия медицинского назначения однократного применения) при инфекциях вирусной, бактериальной (включая туберкулез) и грибковой (кандидозы, дерматофитии) этиологии:

- дезинфекции стоматологических оттисков, зубопротезных заготовок:

- для дезинфекции, в т.ч. совмещенной с предстерилизационной очисткой, изделий медицинского назначения (включая хирургические и стоматологические инструменты и инструменты к гибким эндоскопам):

- для дезинфекции, в том числе совмещенной с предстерилизационной или окончательной (перед дезинфекцией высокого уровня ДВУ) очисткой, гибких и жестких эндоскопов:

- дезинфекции высокого уровня (ДВУ) эндоскопов:

- дезинфекции поверхностей при проведении профилактической дезинфекции на коммунальных объектах (гостиницы, общежития, кинотеатры, офисы)

до 100л	до 200л	более 200л
345 руб за 1 л	322 руб за 1л	300 руб за 1л

**Предлагаем широкий ассортимент дезинфицирующих средств широкого спектра применения.
Подробная информация на www.mdes.ru**

ООО "ФЛАКС"

ФУТЛЯР ДЛЯ МЕДКОМПЛЕКТА ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ: ФМ-2, ФМ-3, ФМ-7

Материал - кожа искусственная или натуральная. Масса, кг: 1,8-2,5

ФМ-2 - 385x210x250 мм; ФМ-3 - 450x240x260 мм; ФМ-7 - 380x140x250 мм с плечевым ремнем и без ремня

СУМКА СПАСАТЕЛЯ-САНИТАРА (САНДРУЖНИКА): СМ-1, СМ-1м

Материал - ткань капроновая рюкзачная с водостойкой отделкой

СМ-1 - 380x160x260 мм; СМ-1м - 300x125x200 мм

СУМКА ДЛЯ МЕДКОМПЛЕКТА СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДПЕРСОНАЛА: СМ-2, СМ-3

Материал - водоотталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка, 330x190x190 мм

СМ-2 - с планшетами для режущих инструментов; СМ-3 - с ампулярием на 40 гнезд и планшетом для режущих инструментов

СУМКА ВРАЧА ДЛЯ НАБОРА 1-ОЙ ПОМОЩИ: СМ-4, СМ-5

Материал - водоотталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка, 285x100x215 мм

СМ-4 - 2 съёмных планшета на 28 ампул; СМ-5 - 3 съёмных планшета на 45 ампул

СУМКА ПОД ШТАТИВЫ ДЛЯ ПРОБ КРОВИ И БАКАНАЛИЗОВ: СПШ-1, СПШ-2, СПШ-3, СПШ-4, СПС

Материал - водоотталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка

СПШ-1 - на 80 гнезд, 280x255x150 мм; СПШ-2 - на 30 гнезд, 230x155x175 мм; СПШ-3 - на 120 гнезд, 500x240x200 мм;

СПШ-4 - на 80 гнезд, пробирки высокие 290x260x220 мм; СПС - на 10 гнезд, 160x110x230 мм

СУМКА ДЛЯ ПЕРЕНОСКИ ЛАБОРАТОРНОГО ИНВЕНТАРЯ: СЛ-1, СЛ-2

Материал - водоотталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка

СЛ-1 * со сменным вкладышем, 410x185x280 мм; СЛ-2 - 320x150x300

РЮКЗАК СПАСАТЕЛЯ-ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА): РМ-2 (с вкладышем), РМ-3 (без вкладыша)

Материал - ткань капроновая рюкзачная с водостойкой отделкой, 370x250x470 мм

ФУТЛЯР-УКЛАДКА ДЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: УМСП-01-Пм, УМСП-01-П, УМСП-01-М

Материал - высокопрочный хладо и теплоустойчивый пищевой пластик

УМСП-01-Пм - 440x252x330 мм; УМСП-01-П - 520x310x390 мм

УМСП-01-М - материал алюминиевый сплав. Масса, кг: 3,9, 441x220x295 мм

АМПУЛЯРИЙ: АМ-100 (на 100 ампул), АМ-127 (на 127 ампул)

Материал - капронилискожа, 215x155x75 мм

ПАПКА-УКЛАДКА: ПУ-х, ПУ-в, ПУ-мс

Материал - водоотталкивающая ткань

ПУ-х (для хирурга) - 235x125x40 мм; ПУ-в (для врача) - 255x185x60 мм; ПУ-мс (для медсестры) - 235x125x40 мм

СУМКА ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА): СВ (с АМПУЛЯРИЕМ НА 48 ГНЕЗД, КАРМАНАМИ ПОД МЕДИКАМЕНТЫ И ПЛАНШЕТОМ ПОД ИНСТРУМЕНТЫ)

Материал - водоотталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка, 420*190*230 мм

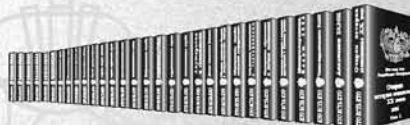


ООО «ФЛАКС», 115162, г. Москва, ул. Шухова, 14, тел.:(495) 237-1142, 236-2563, 236-1398, e-mail: gala68@mail.ru



КАДРЫ РОССИИ XXI
издательский центр

Министерство здравоохранения и социального развития
Российская академия медицинских наук
Издательский Центр «Кадры России XXI»
Приглашают Вас
принять участие в эксклюзивной энциклопедии
«Кадры здравоохранения. Российская Федерация – 2006/07»



Многотомник издается при поддержке ОАО «Газпром»

Номер тома	Название тома (рабочее)	Срок подачи информации	Срок выхода	Тираж (экз)
I	«Очерки истории медицины XX века»	Том I издан		3000
II	«Академики и члены-корреспонденты РАМН. Кадры 2006»	Том II издан		3000
III	«Министерство здравоохранения и социального развития. Кадры 2006» (Москва, ЦФО, СЗФО) Часть 1	Верстка		7000
IV	«Министерство здравоохранения и социального развития. Кадры 2006» (ПФО, ЮФО, УФО, СФО, ДВФО) Часть 2	Верстка		7000
V	«Медицинское образование и НИИ. Кадры 2006»	До 30. 12. 06	I кв. 2007	3000
VI	«Федеральная служба в сфере здравоохранения и социального развития. Кадры 2006»	До 30. 12. 06	Январь 2007	4000
VII	«Областные, городские клинические больницы и межрегиональные центры. Кадры 2006» Часть 1	До 30. 12. 06	I кв. 2007	7000
VIII	«Областные, городские клинические больницы и межрегиональные центры. Кадры 2006» Часть 2	До 30. 12. 06	I кв. 2007	7000
IX	«Областные, городские клинические больницы и межрегиональные центры. Кадры 2006» Часть 3	До 30. 12. 06	I кв. 2007	7000
X	«Детские клинические больницы. Кадры 2006»	До 30. 12. 06	I кв. 2007	7000
XI	«Акушерство и гинекология. Кадры 2006»	До 30. 12. 06	I кв. 2007	5000
XII	«Ведомственные ЛПУ и медико-санитарные части. Кадры 2006»	До 1. 02. 07	I кв. 2007	5000
XIII	«Онкологическая служба. Кадры 2006»	До 1. 02. 07	I кв. 2007	5000
XIV	«ГУП «Фармация» и ПО «Медтехника». Кадры 2006»	До 1. 02. 07	I кв. 2007	5000
XV	«Служба переливания крови. Кадры 2006»	До 1. 03. 07	II кв. 2007	5000
XVI	«Санаторно-курортные учреждения. Кадры 2006»	До 1. 03. 07	II кв. 2007	5000
XVII	«Медицинские службы массовой информации. Кадры 2006»	До 1. 04. 07	II кв. 2007	5000
XVIII	«Психиатрическая и наркологическая службы. Кадры 2006/07»	До 1. 04. 07	II кв. 2007	5000
XIX	«Кадры судебно-медицинской и патологоанатомической службы. Кадры 2006/07»	До 1. 04. 07	II кв. 2007	5000
XX	«СПИД-центры. Инфекционная служба. Кадры 2006/07»	До 1. 04. 07	II кв. 2007	5000
XXI	«Пульмонологическая и фтизиатрическая службы. Кадры 2006/07»	До 1. 04. 07	II кв. 2007	5000
XXII	«Специализированные службы (кардиология, эндокринология, дерматовенерология). Кадры 2006/07»	До 1. 04. 07	II кв. 2007	5000
XXIII	«Служба скорой помощи. Кадры 2006/07»	До 1. 04. 07	II кв. 2007	5000
XXIV	«Стоматологическая служба. Кадры 2006/07»	До 1. 04. 07	II кв. 2007	5000
XXV	«Производители медицинской продукции. Кадры 2006/07»	До 1. 04. 07	II кв. 2007	5000
XXVI	«Федеральные и региональные поставщики медицинской продукции. Кадры 2006/07»	До 1. 04. 07	II кв. 2007	5000
XXVII	«Частная медицина. Кадры 2006/07»	До 1. 04. 07	II кв. 2007	5000
XXVIII	«Российские аптечные сети. Кадры 2006/07» Часть 1	До 1. 04. 07	II кв. 2007	5000
XXIX	«Российские аптечные сети. Кадры 2006/07» Часть 2	До 1. 04. 07	II кв. 2007	5000
XXX	«Желтые страницы. Здравоохранение-2007» (выпуск 1)	До 1. 12. 07	I кв. 2008	30 000

Схема размещения информации об организации



Уважаемые коллеги!

Предлагаем Вам разместить Вашу деловую информацию о компании и медицинской продукции в любом специализированном томе, интересующем Вас Федеральном округе и ЛПУ. На 7000 страницах многотомника будут размещены данные о 50 000 руководителей здравоохранения – Ваших потенциальных Заказчиках.

Спонсорам презентуется 30 томов энциклопедии!



ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА

информационные технологии для медицинских учреждений

344006, г. Ростов-на-Дону, пр Соколова 52, оф 218 т. (863)264-50-75, 291-03-43

Программный комплекс учета «Зарплата, Кадры, Тарификация»

Манафова Н.Ю., ООО «Лаборатория «Электронная медицина», г. Ростов-на-Дону

В связи с изменениями порядка оплаты труда работников учреждений здравоохранения, вступающими в действие с января 2007 г., перед лечебными учреждениями возникает необходимость отражения данных изменений в своей деятельности.

Разработанный ООО «Лаборатория «Электронная медицина» программный комплекс предназначен для решения задач, связанных с решением проблем тарифицирования и кадрового учета на предприятиях и в организациях.

Программный комплекс состоит из следующих модулей:

- **Модуль «Тарификация»** – реализует порядок тарификации работников государственных учреждений на основе аттестации (отнесения к профессиональным квалификационным группам), присвоения им квалификационных категорий, тарифных разрядов и установления размеров должностных окладов и тарифных ставок. Имеется возможность формирования тарификационных списков и документов, связанных с тарификацией сотрудников ЛПУ, с учетом всех нормативных параметров (разряд или должностной оклад, стаж, условия труда, надбавки, количество ставок и т.д.). Система разработана на основании изменений законодательства, вступающих в силу с 1 января 2007 г.
- **Модуль «Отдел кадров»** – предназначен для ведения штатного расписания, кадрового учета. Возможности системы позволяют автоматизировать весь спектр задач кадрового учета и делопроизводства на предприятиях и в организациях. Система позволяет вести учет произвольного количества сотрудников

и хранить сведения из личных карточек работников (форма Т-2), хранить и изменять сведения о назначении, перемещении и отпусках работников, формировать и вести график отпусков, формировать и изменять штатное расписание предприятия. Предусмотрено взаимодействие с системой расчета заработной платы.

- **Модуль «Зарплата»** – предназначен для полной автоматизации процессов, связанных с финансированием трудовых ресурсов. Система предоставляет возможность формирования широкого спектра отчетности, как утвержденной, так и необходимой для собственных потребностей учреждения (выгрузка проводок в формате 1С). Кроме того, формируется отчетность о подоходном налоге на доходы физических лиц (с выгрузкой данных в программу 2НДФЛ) и отчислениях в пенсионный фонд.

Модули, входящие в состав программного комплекса, могут работать как все вместе, используя единую базу данных, так и автономно.

Программный комплекс представляет собой сетевое решение, работающее на базе семейства операционных систем Microsoft Windows, что позволяет поддерживать работу в сети с неограниченным числом рабочих мест. Высокая скорость ввода, эффективное проведение необходимых проверок вводимых данных и быстрое получение всей необходимой сводной отчетности обеспечивается благодаря применению современных технологий обработки данных. Внедрение комплекса может проводиться в кратчайшие сроки или поэтапно в зависимости от готовности заказчика.

Влияние факторов военной службы на течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и выбор оптимальных схем лечения

Папушин О.Н., нач. гастроэнтерологического отд.; 1602 ОБКГ СКВО, г. Ростов-на-Дону

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в диагностике и лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), ее частота в популяции остается стабильно высокой (20%), сравнимой по частоте с язвенной и желчнокаменной болезнью. С годами она неуклонно прогрессирует, сопровождается развитием эзофагита, язв, стриктур, пищевода Баррета и, наконец, аденокарциномы.

В структуре заболеваемости военнослужащих болезни органов пищеварения на протяжении многих лет занимают второе место с тенденцией роста показателей по этому классу. Так, среди военнослужащих по контракту он вырос с 24,5% в 1999 г. до 27,8% в 2000 г.

Распространенность ГЭРБ чрезвычайно варьирует в зависимости от возраста обследуемых, их профессиональной принадлежности, социального положения, традиций питания и образа жизни. Эпидемиология ГЭРБ в популяции гражданских лиц является объектом пристального внимания гастроэнтерологов всего мира уже не первое десятилетие и хорошо изучена, тогда как данные по заболеваемости ГЭРБ среди военнослужащих в силу понятных причин являются малодоступными. Суждения по этому вопросу появляются, как правило, ретроспективно, по прошествии ряда лет и зачастую бывают противоречивыми.

В соответствии с целями и задачами исследования в период 1994-2002 гг. нами проведено наблюдение за военнослужащими, страдающими ГЭРБ. В исследование были включены больные ГЭРБ с неэрозивной и эрозивно-язвенной формами в возрасте 18-41 года (средний возраст $29,5 \pm 0,6$):

1 группа (39 больных) – военнослужащие с неэрозивной формой ГЭРБ, участвовавшие в боевых действиях во время 1-й и 2-й Чеченских кампаний 1994-2002 гг.

2 группа (37 больных) – военнослужащие с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ, участвовавшие в боевых действиях во время 1-й и 2-й Чеченских кампаний 1994-2002 гг.

3 группа (42 больных) – военнослужащие с неэрозивной формой ГЭРБ, не участвовавшие в боевых действиях.

4 группа (39 больных) – военнослужащие с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ, не участвовавшие в боевых действиях.

Все обследуемые были мужчинами. Последние две группы вошли в контрольную группу. В группу изучения различных схем лечения ГЭРБ у военнослужащих, получивших ранения, вошли 180 человек.

Всем участникам проведено комплексное обследование, в ходе которого, наряду с изучением (анкетным методом) условий профессиональной деятельности и военного быта, жалоб и длительности анамнеза, качества жизни, проводилась ЭГДС с

определением пристеночного pH, суточное мониторирование pH, УЗИ органов брюшной полости.

Военнослужащие, принимающие участие в боевых действиях, постоянно подвергаются факторам риска, имеющим целый ряд отличительных особенностей: адаптационные реакции к непривычным климатогеографическим условиям, значительное ухудшение материально-бытовых условий личного состава в командировках, длительное влияние различных факторов (переохлаждение, влажность, перегревание и т.д.), усугубляющееся в зависимости от длительности боевых выходов, отсутствие регулярного, полноценного и сбалансированного питания, особенно при рейдовых и разведывательных операциях, физическое перенапряжение и боевой стресс. Как оказалось, с увеличением длительности командировок до 90-120 суток в исследуемой группе возрастает доля эрозивно-язвенной формы ГЭРБ с 48,7% до 70,3%. При постоянном месте дислокации в условиях боевых действий отмечался рост количества больных с неэрозивной формой ГЭРБ до 33,3%. Основными симптомами у данной категории больных и при первой степени рефлюкс-эзофагита являются изжога (61,5%) и регургитация (56,4% случаев). Аналогичная зависимость выявлялась и у военнослужащих, не принимавших участия в боевых действиях. Следует отметить большой процент случаев первой степени эзофагита как в изучаемой группе (78,4%), так и у не участвовавших в боевых действиях (51,3%). У военнослужащих, принимавших участие в рейдовых (разведывательных) операциях, преобладают обе формы ГЭРБ. Неэрозивная форма ГЭРБ выявлена у 62,16% военнослужащих этой группы, эрозивно-язвенная форма – у 48,65%. Эти особенности можно объяснить тем, что в период особенно 1-й Чеченской кампании военнослужащие, участвовавшие в боевых действиях, получали суточный паек старого образца. При употреблении этого пайка необходимы разогревательные приборы или приспособления (стационарные или переносные). В условиях оторванности от подразделений тыла, то есть от походных кухонь, военнослужащие употребляли паек всухомятку, без подогрева воды и содержимого пайка. Во время проведения рейдовых операций, особенно при освобождении населенных пунктов, особенностью питания военнослужащих этой группы было употребление большого количества газированных напитков. Также большое влияние на самочувствие оказывали постоянные психоэмоциональные нагрузки. Состояние стресса помогало переносить все трудности военного быта, несмотря на плохое состояние здоровья.

Среди военнослужащих, участвовавших в рейдовых и разведывательных операциях, отмечалось увеличение случаев ГЭРБ со второй степенью тя-

жести у 22,2%, в то время как среди военнослужащих, находившихся в условиях охраны и обороны – у 16,67%. Это подтверждает общую тенденцию к утяжелению эрозивно-язвенной формы ГЭРБ при ведении рейдовых и разведывательных операций.

Нами изучались особенности эндоскопической картины ГЭРБ у раненых, принимавших участие в боевых действиях в Чеченской Республике и эвакуированных в 1602 ОБКГ. Вне зависимости от периода боевых действий и локализации боевой травмы патология пищевода имела свои закономерности. Эндоскопические признаки недостаточности кардии выявлялись более чем в 50% случаев, при ранениях в голову – в 76%, грудную полость – в 64%, при торакоабдоминальной травме – в 61% и ожогах – в 50%, что указывает на патогенетическую связь ГЭРБ с травматической болезнью. На этом фоне развивалось воспаление пищевода, которое наблюдалось чаще всего у раненых в голову (79%), при торакоабдоминальной травме (70%) и ожогах (80%). Однако эрозивно-язвенная форма возникла чаще при ожогах (70%) и торакоабдоминальной травме (44%), что объясняется специфическими патогенетическими механизмами ожоговой и травматической болезни.

Лечение ГЭРБ должно быть направлено на предотвращение патологических эпизодов рефлюкса, снижение повреждающих свойств рефлюктата, улучшение пищеводного клиренса и защитных свойств слизистой оболочки пищевода.

Мы оценивали влияние терапии антисекреторными препаратами (и их комбинации с прокинетики) на эндоскопические и клинические проявления ГЭРБ у раненых. У 50% раненых с ГЭРБ (1994-1996 гг.), получавших ранитидин, альмагель, метаклапрамид через 2 недели терапии исчезла изжога, у 60% – дисфагия. Купирование всех симптомов рефлюкс-эзофагита отмечалось у 10%. Наилучшая клиническая динамика наблюдалась у раненых с ГЭРБ, получавших комплексную комбинированную

терапию квамателом, омепразолом, альмагелем, домперидоном (1999-2002 гг.). Через 2 недели лечения у 85% раненых полностью исчезли клинические проявления ГЭРБ, у 80% – уменьшилась дисфагия, отсутствие симптомов отмечали 65% раненых.

Динамика эндоскопических проявлений ГЭРБ на фоне лечения различными группами препаратов в различные периоды боевых действий оценивалась через 2 недели. Улучшение эндоскопической картины отмечалось у раненых с рефлюкс-эзофагитом, получавших ранитидин, альмагель, метаклапрамид: воспаление исчезло у 15%, эрозии – у 10%, недостаточность кардии – у 20%. При применении комбинации квамател, омепразол, альмагель, домперидон наблюдалась положительная эндоскопическая динамика: у 65% раненых исчезло воспаление, у 50% – эрозии и в 68% случаев – недостаточность кардии.

Необходимо отметить, что все раненые с ГЭРБ получали курс психокорректирующей терапии, что значительно улучшало их психоэмоциональное состояние.

Таким образом, результаты проведенного анализа показывают, что с увеличением длительности командировок у воевавших военнослужащих возрастает уровень эрозивно-язвенной формы ГЭРБ, в основном за счет второй и третьей степени рефлюкс-эзофагита. Среди военнослужащих, участвующих в рейдовых и разведывательных операциях, отмечается увеличение случаев ГЭРБ со второй степенью тяжести, что подтверждает общую тенденцию к утяжелению эрозивно-язвенной формы ГЭРБ при ведении рейдовых и разведывательных операций. Наши данные свидетельствуют о преобладании важной роли внутрибрюшного давления в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, в том числе и у раненых. Наилучшая клиническая динамика наблюдалась у раненых с ГЭРБ, получавших комплексную комбинированную терапию препаратами квамател, омепразол, альмагель, домперидон.

Особенности лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и дорсопатии

Усенко А.Л., к.м.н.; Папушин О.Н.; Чистякова Т.Н.; 1602 ОБКГ СКВО, г. Ростов-на-Дону

Достаточно часто в практике гастроэнтеролога встречаются пациенты, которые, обращаясь по поводу обострения язвенной болезни 12-перстной кишки, помимо гастралгии и диспепсии, предъявляют жалобы на боли в позвоночнике.

Боль в спине (дорсопатия) – один из наиболее частых поводов обращения к неврологу. Основными причинами дорсопатий являются дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике. Начинаясь в 20-30 лет дегенеративные изменения межпозвонковых дисков со временем прогрессируют, приводя постепенно к компрессии спинальных корешков. Ответом на локальное раздражение чувствительных рецепторов является мышечный спазм, приводящий к ограничению подвижности в пораженном отделе. Длительное существование спазма приводит к нарушению осанки и

поддерживает существование болей, т.е. спазм сам по себе становится патогенетическим звеном формирования дорсопатии. При дорсопатии на уровне средне- и нижнегрудного отделов позвоночника, где начинаются симпатические волокна чревных нервов, возникает патологическая импульсация, что ведет к нарушению функции органов брюшной полости. При обострении язвенной болезни 12-перстной кишки характерно появление паравертебральных болевых точек: Опенховского (остистые отростки 10-12 грудных позвонков), Боаса (в области поперечных отростков тех же позвонков) и Гербста (в области поперечных отростков 2-го и 3-го поясничных позвонков). Эти точки соответствуют триггерным зонам, а также точкам акупунктуры Дань-Шу (V19), Пи-Шу (V20), Сань-Цзяо-Шу (V22), Чжи-Ши (V57).

В соответствии с методологией классической китайской медицины и ряда руководств по классической акупунктуре, воздействие на указанные точки проводится как при болях в позвоночнике, так и при патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Как правило, патологические изменения во внутренних органах представляет отраженная боль, т.е. боль, не совпадающая с истинной локализацией патологического процесса в органе или системе органов. Каждый внутренний орган имеет на коже свою «зону Захарьина-Геда». Выявленные при язвенной болезни зоны гиперестезии и болевые точки имеют относительное диагностическое значение, однако они с успехом могут быть использованы для комплексной рефлексотерапии. Исходя из этого, язвенная болезнь 12-перстной кишки и дорсопатии часто дополняют друг друга и, вследствие продолжительной патологической болевой импульсации из позвоночного двигательного сегмента, трансформируются в патофизиологический механизм. Патологическая болевая импульсация сопровождается изменением мышечного тонуса, что, в свою очередь, приводит к возникновению вторичных патологических синдромов. В мышцах под действием импульсации из пораженного позвоночного двигательного сегмента появляются уплотненные тяжи, содержащие плотные узелки Корнелиуса и Мюллера. При пальпации здесь отмечается выраженная болезненность. Такие триггерные зоны представляют собой гиперчувствительную область с локализацией в мышцах, фасциях, коже, связках, надкостнице. Эта зона является универсальной зоной акупунктуры, хотя она не всегда совпадает с классической точкой акупунктуры. Этиотропное лечение дорсопатий разработано еще недостаточно, поэтому ведущая роль, на наш взгляд, отводится методам патогенетической терапии (медикаментозным и рефлексотерапией).

Большинство нестероидных противовоспалительных лекарственных препаратов (НПВП), применяемых для купирования болевого синдрома при дорсопатии (ксефокам, кеторолак, мавалис, ортофен, пироксикам, ибупрофен, диклофенак и др.), не только противопоказаны при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, но могут спровоцировать ятрогенное обострение язвенной болезни, находившейся в стадии ремиссии. Гастроэнтерологические побочные эффекты НПВП условно можно разделить на несколько основных категорий: симптоматические (тошнота, рвота, диарея, запоры, боли в эпигастральной области, изжога), НПВП-гастропатии (эрозии и язвы желудка или 12-перстной кишки, в том числе перфоративные и сопровождающиеся кровотечениями) и поражения кишечника. Побочные эффекты наблюдаются в среднем у 30-40% больных и при этом служат причиной отказа от дальнейшего лечения. По частоте развития побочных эффектов все неселективные НПВП стоят приблизительно на одном уровне за исключением таких препаратов, как индометацин, пироксикам и кеторолак, которые вызывают значительно большее число тяжелых осложнений. Факторами риска развития патологии со стороны ЖКТ

на фоне приема НПВП являются возраст старше 50 лет, патология ЖКТ в анамнезе, сопутствующие заболевания (застойная сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, печеночная недостаточность), прием диуретиков, ингибиторов АПФ и антикоагулянтов, высокие дозы или одновременный прием нескольких НПВП, глюкокортикоидов, НПВП с длительным периодом полувыведения. Таким образом, лечение пациентов с одновременным обострением язвенной болезни 12-перстной кишки и дорсопатией представляет значительные трудности в плане купирования болевого синдрома, вызванного патологией позвоночника. В арсенале средств рефлексотерапии болевого синдрома при дорсопатиях имеются такие, которые не только улучшают состояние слизистой оболочки 12-перстной кишки, но и прерывают порочный круг патологической импульсации, усугубляющей болевой синдром. К подобным методам относятся мануальная терапия, паравертебральные блокады в болевые точки (фармпунктура), классическая акупунктура, физиотерапия, массаж, лечебная физкультура. При язвенной болезни 12-перстной кишки рефлекторно повышается тонус мышц спины, паравертебрально определяются триггерные зоны. Акупунктура триггерных точек уменьшает висцеральные и отраженные боли, при этом пальпация внутренних органов становится менее болезненной. Практически полного обезболивания можно достичь, сочетая паравертебральные блокады анестетиком с акупунктурой и мануальной терапией, что позволяет рассчитывать на стойкий положительный эффект и, соответственно, улучшать качество жизни пациентов.

Нами проанализированы 807 историй болезни пациентов с обострением язвенной болезни 12-перстной кишки за 2000-2006 гг. (305 женщин и 502 мужчины).

Женщины в возрасте 18-45 лет составили 106 человек (34,7%), в возрасте 45-50 лет – 131 человек (37,4%), старше 50 лет – 68 (27,9%). Мужчины в возрасте 18-35 лет составили 267 человек (53,1%), в возрасте 45-50 лет – 132 (26,2%), старше 50 лет – 103 (20,7%).

При сборе анамнеза жалобы на периодические боли в позвоночнике предъявляли 605 пациентов (75%), из них 227 женщин (74,4% от всех женщин) и 372 мужчины (74,1% от всех мужчин). Пальпаторно болезненные паравертебральные точки выявлены у 572 пациентов (217 женщин и 355 мужчин).

Из всех 807 пациентов 604 (74,8%) отметили, что не менее одного раза в год обращались к врачу по поводу болей в грудном или поясничном отделах позвоночника. При этом они получали комплексное лечение, в состав которого обязательно входили НПВП. Различные дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике, определяемые методами медицинской визуализации, были выявлены у 572 пациентов.

Все пациенты получали противовоспалительную терапию в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи в нашем госпитале. На 5-7 день

лечения болевой синдром был практически купирован у 73% пациентов. Однако, среди больных, которые при обращении предъявляли жалобы на боли в позвоночнике, после стандартной противоязвенной терапии жалобы остались у 34 человек (12 женщин и 22 мужчин). Среди них была отобрана группа из 17 человек (6 женщин и 11 мужчин), которым были проведены сеансы постизометрической релаксации (от 2 до 4 сеансов) в сочетании с паравертебральными блокадами анестетиком (от 2 до 4) в триггерные зоны. В результате у 14 пациентов болевой синдром дорсалгии был купирован полностью, а у оставшихся трех (2 мужчин и 1 женщина) наблюдался незначительный непостоянный болевой синдром. Остальным пациентам были назначены НПВП под прикрытием поддерживающей противоязвенной терапии (рабепразол, 20 мг 2 раза в день до приема пищи).

Выводы

- Язвенная болезнь 12-перстной кишки и дорсопатии являются частой сочетанной патологией, требующей взаимодействия гастроэнтеролога и невролога, для разработки качественно новых способов комплексного лечения таких пациентов.
- Невролог при лечении дорсопатии должен направлять своих пациентов на консультацию к гастроэнтерологу для предупреждения побочных ятрогенных эффектов терапии нестероидными противовоспалительными препаратами.
- Акупунктура, мануальная терапия и паравертебральные блокады с анестетиком по триггерным зонам являются достаточно эффективным средством при лечении пациентов с дорсопатией, у которых в анамнезе имеется язвенная болезнь 12-перстной кишки и другие заболевания желудочно-кишечного тракта.

Фармакоэкономические аспекты медикаментозного обеспечения периоперационного периода больных с острой толстокишечной непроходимостью

Стаканов А.В., к.м.н., зав. отд. анестезиологии реанимации №1 (взрослого),
Поцелуев Е.А., Зиборова Л.Н., , МЛПУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко»,
г. Ростов-на-Дону

В Европе реанимационные койки составляют 5-10% общего коечного фонда, однако расходы на их содержание достигают 20-25% госпитального бюджета. Наиболее значимую часть этих средств составляют расходы на пациентов, находящихся в критическом состоянии. Развитие реаниматологии позволило повысить выживаемость таких больных, однако это связано с большими бюджетными тратами.

Существенное расширение фармакологического и технического арсенала в анестезиологии и реаниматологии позволяет оказывать анестезиологическое пособие самым тяжелым больным, а также повысить качество реанимационной помощи и снизить летальность в послеоперационном периоде.

Оказание анестезиологического пособия больным острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза представляет сложную задачу для анестезиолога. Это связано со сниженными функциональными резервами онкобольных, усугубляющимися развитием острой кишечной непроходимости, с высокой опасностью регургитации и аспирации кишечного содержимого на этапах анестезии, с обширностью и травматичностью оперативного вмешательства, с воздействием на рефлексогенные зоны организма.

Методы общей анестезии в онкологии должны базироваться на принципах поликомпонентности, обеспечивающих благодаря взаимному потенцированию использование каждого компонента в минимальных дозировках, ли-

шенных токсических и других нежелательных влияний на организм онкологического больного.

Применение современных препаратов (Н2-гистаминоблокаторов, препаратов для эпидуральной анестезии, гипнотиков (пропофол, мидазолам и др.), гидроксипрохлорида крахмалов и т.д.) повышают стоимость анестезиологического пособия больным острой толстокишечной непроходимостью в среднем до 1519,15 рублей.

Больные раком толстой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью, составляют ту категорию больных, в которой сохраняется высокая летальность в послеоперационном периоде (по данным разных источников от 15 до 25%). Выживаемость этих больных во многом зависит от использования в программе интенсивной терапии самых современных препаратов (антибиотики, объемзамещающие растворы, препараты крови, иммуномодуляторы, препараты для парентерального и энтерального питания и т.д.). Тем не менее, проблема остается актуальной в связи с увеличением доли опухолей толстой кишки в структуре острой толстокишечной непроходимости.

Тяжесть состояния больных острой толстокишечной непроходимостью, в первую очередь, определяют рефлекторное угнетение моторной функции кишечника при возникновении препятствия прохождению кишечного содержимого и связанное с этим нарушение всасывания (секвестрация жидкости в просвете кишки, потери в

стенку кишки за счет ее отека).

Традиционно считалось, что при критических состояниях интенсивная терапия должна быть направлена на сохранение и поддержание функций жизненно важных органов и систем, хотя функции ЖКТ страдали не меньше. Исследования последних лет доказали, что кишечник играет центральную роль в развитии патогенеза полиорганной недостаточности. Он выполняет эндокринную, иммунную, метаболическую, барьерную функции. Нарушение одной из функций повышает возможность транслокации бактерий, риск развития сепсиса и полиорганной недостаточности. Исходя из этого, основными факторами, влияющими на прогноз и успешное лечение этих больных, являются скорейшее разрешение пареза кишечника и раннее начало энтерального питания.

Эпидуральная блокада местными анестетиками характеризуется симпатолитическим эффектом (и связанным с этим более ранним разрешением пареза кишечника), положительным гемореологическим и иммунокорректирующим действием.

На сегодняшний день современные технологии энтерального и парентерального питания наряду с антибактериальной терапией, респираторной и инотропной поддержкой, рациональной инфузионной терапией, стали неотъемлемой частью обязательного комплекса лечебных мероприятий, проводимых у пациентов с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

Важным стимулом для развития и поддержания морфофункционального состояния кишечника являются механические и метаболические реакции на нутриенты и трофические гормоны. Присутствие в просвете кишечника питательных

веществ стимулирует также приток крови к кишечнику. Если эпителиоциты лишены питания, снижается активность репродукции и миграции клеток, синтез ДНК, барьерная функция кишечника. При нарушении проницаемости слизистой, бактерии и эндотоксины, присутствующие обычно в кишечнике, способны проникать через кишечный барьер в русло крови. Это приводит в свою очередь к высвобождению медиаторов воспаления, включая интерлейкины и фактор некроза опухоли, вызывая местные и системные реакции, приводящие к генерализации септического процесса.

Ранняя адекватная нутритивная поддержка является на настоящем этапе развития медицины наиболее эффективным методом коррекции расстройств белкового и энергетического обмена при критических состояниях, сокращает частоту нозокомиальных пневмоний и раневых инфекций, предотвращает развитие полиорганной недостаточности, уменьшает расход препаратов крови, сроки пребывания пациентов в реанимационном отделении, снижает процент летальности.

Препараты для эпидуральной блокады, нутритивной поддержки составляют значительную часть в программе лечения больных острой толстокишечной непроходимостью, однако использование этих лекарственных средств значительно повышает стоимость лечения.

Несмотря на позитивные сдвиги в финансировании здравоохранения, положение дел в сфере обеспечения реанимационных отделений оставляет желать лучшего.

В отделении реанимации №1 расходы на медикаменты для больных острой кишечной непроходимостью представлены следующим образом:

№ п/п	Вид расхода	Стоимость койко/дня (руб.)	Превышение норматива
1	Норматив	465,37	
2	Реальный расход	2861,69	6,14
3	Реальная потребность	4472,2	9,6

Как видно из таблицы, реальный расход на лечение превышает норматив в 6,14, реальная потребность – в 9,6 раз.

Достичь соответствия расходов и потребностей возможно путем перераспределения средств за счет профильных отделений. Реальный расход средств на медикаменты не имеет правовой основы и увеличен административным ресурсом.

Однако даже эти усилия по увеличению стоимости койко/дня для больных острой толстокишечной непроходимостью, находящихся в отделении реанимации, не отвечают реальным потребностям в денежных средствах на медикаменты.

Вывод

Таким образом, для эффективного функционирования реанимационных отделений, снижения летальности больных с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, сроков их пребывания в отделении, вопросы обеспечения этих подразделений должны находиться под постоянным контролем и систематически переоцениваться страховыми компаниями. Целесообразная приоритетность таких взвешенных решений должна быть направлена на сокращение десятикратного разрыва между желаемым и действительным.

Региональные нормы содержания гормонов щитовидной железы в сыворотке крови жителей Ростовской области

Кучеренко О.С.; Чистякова Е.И.; Гутникова Л.В.; Фадеева Т.В.; Кудинова Э.Е.; Сорокина И.А.; Шкурят Т.П.; НИИ биологии РГУ, Ростовский областной центр крови, КДЛ «Наука»

В связи с трудностями клинической диагностики транзитного гипотиреоза ведущая роль отводится гормональному исследованию, проведение которого позволяет в ранние сроки диагностировать заболевание и своевременно начать терапию. Высокая специфичность иммуноферментного метода, его чувствительность, информативность, возможность использования в качестве экспресс-анализа сделали гормонодиагностику одним из важнейших методов обследования при фактически любых заболеваниях щитовидной железы. В данной работе нами были исследованы региональные нормы содержания тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (Т4), а также антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО) в сыворотке крови лиц, проживающих в различных городах и районах Ростовской области, а также жителей 30-километровой зоны Волгоградской АЭС.

Материалом для исследования служила кровь 2415 здоровых доноров в возрасте 18-45 лет (соотношение полов – 1:1), проживающих в г. Ростове-на-Дону (n=1115) и Ростовской области: Чертковский район (n=100), Мясниковский район (n=100), Ремонтненский район (n=100), г. Сальск (n=100), г. Пролетарск (n=100), а также жителей 30-километровой зоны Волгоградской АЭС (n=200). Содержание гормонов в сыворотке крови определяли методом конкурентного твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA) на автоматическом иммуноферментном анализаторе ALISEI Q.S. с использованием реагент-наборов производства «Алкор-Био».

Содержание ТТГ в сыворотке крови жителей Ростовской области варьирует в зависимости от месяца исследования от 1,23 до 1,62 мкМЕ/мл. Наименьшее среднее значение концентрации ТТГ было зарегистрировано в июле и составило 1,23 мкМЕ/мл, что было достоверно снижено по сравнению со среднестатистическим на 13% ($P<0,001$). Наибольшее среднее значение концентрации ТТГ было зарегистрировано в августе и составило 1,62 мкМЕ/мл, что было достоверно выше по сравнению со среднестатистическим на 13,9% ($P<0,001$).

Уровень тироксина варьирует в пределах от 7,6 до 23,02 пмоль/л, при этом среднестатистическое значение составило 14,44 пмоль/л. Наименьшее среднее значение концентрации Т4 было зарегистрировано в июле и составило 10,94 пмоль/л, что было достоверно снижено по сравнению со среднестатистическим на 25% ($P<0,001$). Наибольшее среднее значение кон-

центрации Т4 было зарегистрировано в июне и составило 15,23 пмоль/л, что на 5,2% ($P<0,001$) выше по сравнению со среднестатистическим.

Результаты изучения содержания АТ-ТПО в сыворотке крови жителей Ростовской области варьируют в пределах от 4,1 до 5,47 Ед/мл, при этом среднестатистическое значение составило 4,98 Ед/мл. Наименьшее среднее значение концентрации АТ-ТПО было зарегистрировано в сентябре и составило 4,14 Ед/мл, что было достоверно снижено по сравнению со среднестатистическим на 17,5% ($P<0,001$). Наибольшее среднее значение концентрации АТ-ТПО было зарегистрировано в июне и составило 5,47 Ед/мл, что на 10,1% ($P<0,001$) выше среднестатистического.

Таким образом, проведенные исследования позволили сформировать значения региональной нормы содержания ТТГ, Т4 и АТ-ТПО для Ростовской области, которые отличаются от норм производителей диагностических систем и послужат основой и адекватным критерием для оценки состояния здоровья жителей Ростовской области. Региональные нормы содержания тиреотропного и тиреоидных гормонов у жителей Ростовской области составляют для тироксина 7,53-21,35 п/моль, для тиреотропного гормона – 0,19-2,81 мкМЕ/мл и для антител к тиреоидной пероксидазе – 0-25 Ед/мл.

В 30-километровой зоне АЭС повышенный уровень ТТГ имеют 10% жителей, при этом до 30 лет он выявляется у 8%, а в возрасте старше 30 лет – у 12%, что существенно ниже по сравнению с другими районами Ростовской области (Чертковский район – 13%, г. Сальск – 18,5%, Мясниковский район – 21%, Ремонтненский район – 27%).

В 30-километровой зоне АЭС повышенный уровень АТ-ТПО зарегистрирован у 3,8% мужчин и 6,3% женщин в возрасте до 30 лет. С возрастом этот уровень увеличивается практически втрое у мужчин (11,3%) и в 1,5 раза у женщин (9,4%). Такая же динамика наблюдается и в других исследованных районах, исключение составляют Мясниковский и Ремонтненский районы, где число женщин с измененным показателем существенно выше и составляет 23 и 24% соответственно.

Скрининг транзитного гипотиреоза у жителей Ростовской области показал, что на западе и на юге области наблюдается несколько повышенный его уровень, а в восточной части области его уровень понижен.

Применение ультразвукового скальпеля Гармоник (Ethicon endo-surgery) при хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы

Хитарьян А.Г., д.м.н.; Ковалев С.А.; Вальков Р.А.; Полтавцева Е.Г.; Постоенко С.П.;

Первое хирургическое отд., НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный» СКЖД

Актуальность

В последнее время отмечается значительный рост заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), требующих хирургической коррекции. Согласно международным регистрам, ежегодная заболеваемость раком ЩЖ на 100 тыс. человек составляет 1,2-2,6 случаев у мужчин и 2,0-3,8 – у женщин. Ежегодная смертность от рака ЩЖ на 100 тыс. человек составляет 0,2-1,2 – у мужчин и 0,4-2,8 – у женщин. Уровень смертности от рака ЩЖ составляет около 1% смертности от всех злокачественных новообразований.

На современном этапе развития медицины при оперативных вмешательствах на ЩЖ придерживаются следующих принципов: косметический доступ; бескровные технологии; резекция ЩЖ по онкологическим канонам во всех случаях; экспозиция возвратных нервов, паращитовидных желез.

Использование современных технологий направлено на снижение травматичности операций, числа ранних и поздних послеоперационных осложнений, уменьшение длительности пребывания больных в стационаре и сроков реабилитации, что значительно повышает экономическую эффективность лечения больных с патологией ЩЖ.

Одним из грозных осложнений операций на ЩЖ является нарушение подвижности голосовых складок из-за повреждения возвратных гортанных нервов (ВГН), частота этого осложнения составляет 0,2-15% (по данным разных авторов, в зависимости от того, кто и когда диагностирует: хирург или отоларинголог, на основании клинической картины или при помощи инструментальных методов обследования) [1, 3, 5, 6, 7]. Очевидно, что частота повреждений ВГН напрямую зависит от характера поражения ЩЖ, технических приемов и объема проводимого оперативного вмешательства. Так, параличи гортани при вмешательствах по поводу доброкачественных поражений ЩЖ диагностируются у 0,5-3% больных, при злокачественных – у 5-9%, при рецидивном зобе – у более 11% больных, после тиреоидэктомии – в 1,1-4,3% случаев, после субтотальной резекции – в 0,6-3%, после гемитиреоидэктомии – в 0,2-1,4% наблюдений [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

Вмешательства на ЩЖ требуют пересечения множества сосудов малых диаметров, это сопровождается кровотечением, что затрудняет адекватную визуализацию

основных анатомических структур (ВГН, щитовидных сосудов, трахеальной стенки, паращитовидных желез, верхних гортанных нервов). Традиционные методы лигирования сосудов занимают большую часть операционного времени. Наиболее современной альтернативой является использование методов щадящего рассечения тканей при помощи ультразвуковых генераторов.

Основополагающими механизмами воздействия ультразвуковых генераторов являются:

1. Механическое резание с помощью вибрации рабочей бранши инструмента.
2. Эффект кавитации. В жидкой среде под влиянием вибрации возникают зоны разрежения, в которых происходит разрыв клеток и таким образом осуществляется разделение тканей.
3. Температурное воздействие. Повышение температуры связано с трением инструмента и ткани. Выделение тепла тем больше, чем больше частота колебаний.

Существуют основные факторы, определяющие эффективность коагуляции и рассечения тканей, которые необходимо учитывать при оперативных вмешательствах на ЩЖ:

1. Уровень мощности. Чем он больше, тем больше рассекающий эффект и меньше коагулирующий. Соответственно, чем меньше мощность, тем слабее резание и больше коагуляция.
2. Натяжение тканей. Тракция ткани в сторону рабочей бранши усиливает эффект резания. Чем меньше натяжение пряди ткани, тем сильнее коагулирующий эффект.

3. Поверхность рабочей бранши должна быть чистой, что позволяет достичь уровня установленной мощности. Поэтому в процессе работы рекомендуется опускать рабочую часть инструмента в емкость с жидкостью и активировать генератор.

Применение ультразвукового скальпеля Гармоник при диссекции тканей и мобилизации ЩЖ позволяет достичь высокого уровня гемостаза. Ультразвуковой скальпель Гармоник успешно коагулирует сосуды разных диаметров (от 0,5 до 5,0 мм при использовании последней модификации генератора GEN04) на одном уровне мощности. Все это обеспечивает хорошую визуализацию основных анатомических структур (ВГН, щитовидных сосудов, трахеальной стенки, паращитовидных желез, ветвей верхнего гортанного нерва). При работе ультразвуковым скальпелем Гармоник создается более низкая тканевая температура, а основным эффектом воздействия является кавитация, все это обеспечивает локальность воздействия и отсутствие термоповреждения тканей, находящихся на расстоянии от 3 мм до места воздействия.

Методика

Этапы операции с использованием Гармоник мало отличаются от классической схемы: вмешательство выполнялось под эндотрахеальным наркозом, шейный доступ, выполняется разрез по кожной складке, шейная фасция рассекается по средней линии, грудино-щитовидная и грудино-подъязычные мышцы тупо раздвигаются, железа вывихивается, пересекается срединная щитовидная вена, ЩЖ прошивается (берется на держалки), в зависимости от размеров железы сначала обрабатывается нижний полюс или латеральная поверхность, с обязательным выделением и сохранением ВГН и паращитовидных желез, обрабатывается верхний полюс, доля или вся железа удаляется, проводится гемостаз, операционная рана ушивается.

Разрез выполнялся по классическим канонам, по естественной кожной складке на 1-1,5 см выше яремной вырезки.

Для облегчения вывихивания ЩЖ срединная щитовидная вена безопасно пересекается ультразвуковым скальпелем Гармоник, сначала вена коагулируется на протяжении, для увеличения площади воздействия бранши ножницы поворачивались на 90°, затем вена пересекается режущим краем. Успешная коагуляция достигается на венах диаметром до 2,5 мм, (меньший, чем у артерий, диаметр коагулируемого сосуда объясняется меньшей толщиной стенки у вен, что и затрудняет коагуляцию).



Рис. 1. Пересечение срединной щитовидной вены (1 – СЦВ, 2 – ЩЖ взята на держалки и отведена медиально).

Тиреоидэктомия выполнялась в двух вариантах, в зависимости от размеров ЩЖ. При малых размерах и хорошей мобильности ЩЖ вывихивалась в операционную рану, выделялась срединная щитовидная вена, без затруднений визуализировался ВГН, после чего без предварительной перевязки сосудов было возможно пересечение ультразвуковым скальпелем Гармоник всех сосудистых структур.

При этом верхняя щитовидная артерия коагулировалась на протяжении 5 мм, а нижняя на протяжении 3,5 мм за счет искусственного увеличения площади воздействия. Обязательным условием являлась визуализация ВГН на всем протяжении рабочей бранши и расстояние от нерва до бранш ножниц не менее 3 мм.

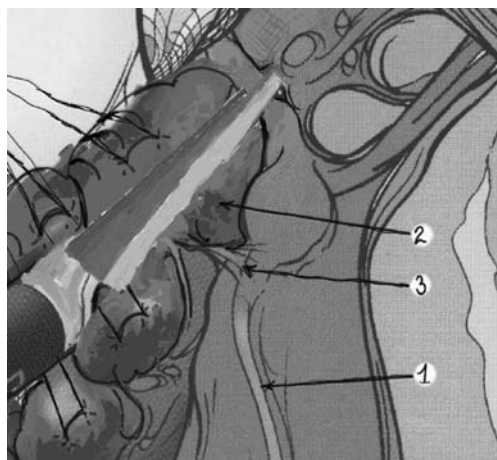


Рис. 2. Визуализация ВГН (1 – ВГН, 2 – ЩЖ, 3 – связка Berry).

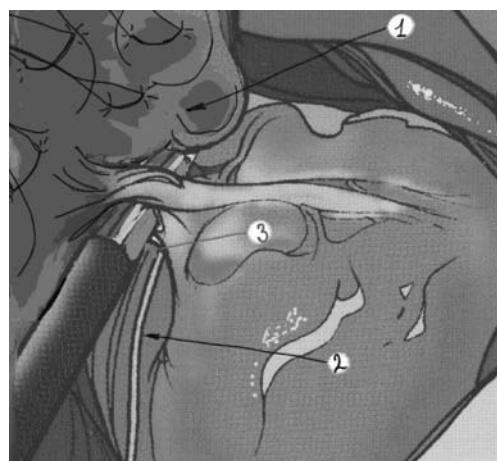


Рис. 3. Выделение ВГН (1 – ЩЖ, 2 – ВГН, 3 – расстояние от рабочей бранши до ВГН от 3 мм).

При больших размерах самой железы или при значительной выраженности бугорка Zuckerkandl несколько менялась последовательность выделения ВГН, так как его нельзя сразу выделить на протяжении. В этом случае сначала обрабатывался нижний полюс и перешеек ЩЖ, выделялась нижняя часть нерва, до уровня бугорка Zuckerkandl и только потом выделялся оставшийся участок ВГН. Успешность визуализации ВГН обеспечивалась «сухим» полем и адекватной мобилизацией ЩЖ, что позволяло отчетливо видеть основные ориентиры для определения ВГН: связку Berry и бугорок Zuckerkandl.

Мобилизация нижнего полюса ЩЖ проводится под визуальным контролем ВГН, нижняя ЩА коагулируется на протяжении, также за счет искусственного увеличения площади воздействия, аппарат Гармоник (генератор GEN32) позволяет пересекать артерии диаметром до 3 мм, артерии большего диаметра перевязывались традиционно. На данном этапе по возможности мобилизуются верхние и нижние ПЩЖ и смещаются вниз и латерально вместе с лигированными сосудами.

Мобилизация верхнего полюса ЩЖ всегда облегчает визуализацию ВГН, что особенно важно при средних и больших размерах самой железы или бугорка Zuckerkandl. Для лучшего обзора железы

отводится вниз и латерально для визуализации ВГН и ВЦА.

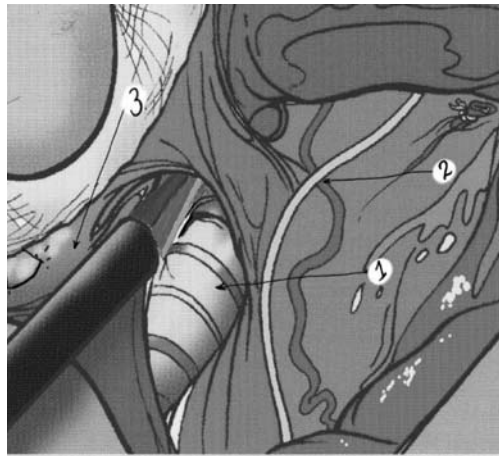
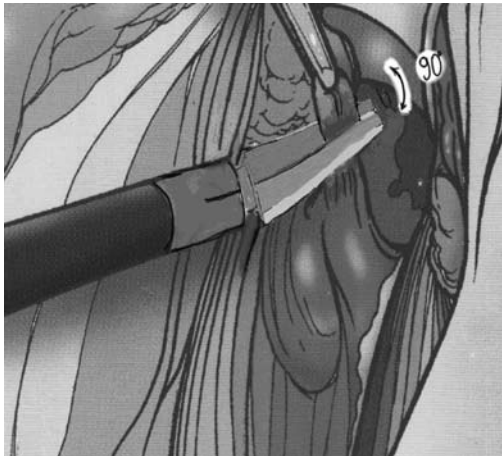


Рис. 6 Завершающий этап, ЩЖ отсепа­ровывается от трахеи (1 – трахея, 2 – ВГН, 3 – ЩЖ).

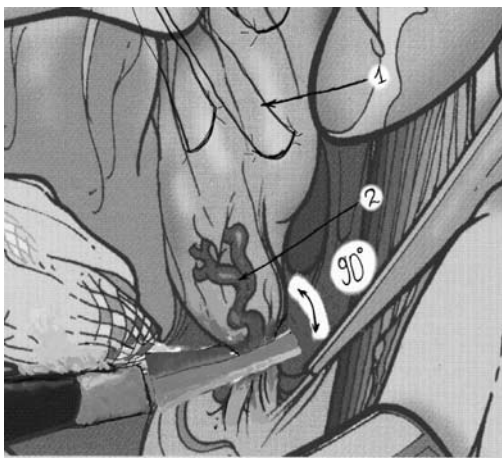


Рис. 4, 5. Обработка верхнего и нижнего полюсов ЩЖ (1 – ЩЖ, 2 – НЦА).

После повторной ревизии ВГН и мобилизации бугорка Zuckerkandl производится окончательная отсепаровка ЩЖ или ее доли по задней поверхности, пересечение перешейка и удаление ЩЖ. При пересечении щитовидно-трахеальной связки бранши гармоничного скальпеля накладываются параллельно ходу ВГН, при этом расстояние от рабочей бранши до нерва должно составлять не менее 3 мм. В данном случае используется низкий уровень мощности, с наименьшим натяжением порции ткани для усиления эффекта коагуляции и достижения максимального гемостаза. Этап ушивания послеоперационной раны проводился традиционно.

Мы располагаем опытом использования насад­ки-ножницы диаметром 10 мм к ультразвуковому скальпелю Гармоник (генератор GEN32) при опера­циях на ЩЖ с января 2004 г.

Целью нашего исследования стала оценка эф­фективности применения аппарата Гармоник при операциях на ЩЖ.

В основу работы положен анализ клинического наблюдения и лечения 290 больных, находивших­ся в Первом хирургическом отделении Дорожной клинической больницы в период 2004-2006 гг. Всем больным проводилось комплексное клинко-лабораторное обследование, включавшее в себя исследование крови на ТТГ, ТЗ, Т4, УЗИ ЩЖ, тонко­игольную аспирационную пункционную биопсию. Окончательный диагноз больным устанавливался на основании результатов тонкоигольной аспира­ционной биопсии. Результаты цитологического ис­следования описывали в виде следующих вариан­тов заключений:

- доброкачественные опухоли;
- злокачественные опухоли (папиллярные, анапластические, метастатические, подозрение на злокаче­ственность);
- неопределенные (фолликулярные и В-клеточ­ные опухоли);
- неинформативные мазки.

По результатам комплексного клинко- лабора­торного обследования была выявлена следующая структура хирургической патологии ЩЖ у больных, представленная в таблице 1.

Таблица 1.

Структура хирургической патологии ЩЖ у больных

Нозологии	Год	2004	2005	2006
Папиллярный рак ЩЖ		12	10	10
Фолликулярный рак ЩЖ		9	9	7
Микро-макрофолликулярная аденома ЩЖ		27	39	33
Диффузный токсический зоб		42	42	44
Медуллярный рак		3	2	2

В зависимости от патологии больным выполнялся следующий объем оперативного вмешательства: геми-

тиреоидэктомия, субтотальная резекция ЩЖ, тотальная тиреоидэктомия. Данные представлены в таблице 2.

Проведенные операции

Объем оперативного вмешательства	Год	2004	2005	2006
Тиреоидэктомия		63	59	57
Тиреоидэктомия с лимфодиссекцией		3	1	3
Гемитиреоидэктомия с перешейком		27	33	33
Субтотальная резекция		-	9	3

Результаты

Эффективность метода оценивалась:

- по объему интраоперационной кровопотери,
- по длительности операции,
- по числу и характеру послеоперационных осложнений,
- по продолжительности госпитализации.

Объем кровопотери оценивался методом взвешивания салфеток и колебался от 10 до 25 мл (в среднем $17,5 \pm 1,5$ мл).

Операции продолжались от 35-45 мин. при гемитиреоидэктомиях (в среднем 40 ± 2 мин.), до 60-120 мин. при тиреоидэктомиях (в среднем 71 ± 4 мин.).

Кровотечения в раннем послеоперационном периоде, явления дисфагии, повреждения трахеи во время операций зарегистрированы не были. Длительно, в течение 3-х недель, сохраняющаяся осиплость голоса (транзиторный парез голосовых связок) был зафиксирован в 2 случаях (0,7%) при тотальной тиреоидэктомии.

Средняя продолжительность госпитализации составила $4 \pm 1,2$ койко/дня.

Выводы

Таким образом, использование насадки-ножниц (диаметр 10 мм) к ультразвуковому скальпелю Гармоник, ввиду малой травматичности операций

на щитовидной железе сокращает сроки госпитализации, частоту развития осложнений и является экономически обоснованным.

Литература

1. Емельянов С.И., Хатьков И.Е., Кумахов Р.Б. Малоинвазивные технологии в лечении узловых новообразований щитовидной железы// Эндоскоп. Хирургия. – 2002. – №4. – С. 42-45.
2. Калинин А.П., Майстренко Н.А., Ветшев П.С. Хирургическая эндокринология. – СПб: Питер, 2004. – 854 с.
3. Романчишен А.Ф. Клинико-патогенитические варианты новообразований щитовидной железы. – СПб.: Наука, 1983. – С. 110-116.
4. Шулутко А.М., Овчинников А.А., Ветшев П.С. «Рабочий диагноз» в трудных хирургических ситуациях. – М., 2003. – С. 168-191.
5. Djohan R.S., Rodrigues H.E., Connolly M.M. et al. Intraoperativemonitoring of recurrent laryngeal function. Am Surg 2000. – 66: 595-597.
6. Lo C. Y, Kwoh K.F., Yuen P. W. A prospective evaluation of RLN paralysis durtnng thyfekieciomy, Arch Surg 2000. – 135: 204-207.
7. Randolph G. IX, Kobler J.B., Wilkins J. Recurent laringeal nerve identification and assessment durign thyroid surgery: laryngeal palpation. Wld J \$urg 2004. – 28: 8: 755-760.

Организация работы участковой педиатрической службы с семьями высокого социального риска в г. Каменск-Шахтинском

Миронова Н. В., зам. гл. врача ЦГБ, г. Каменск-Шахтинский Ростовской области

Социально-экономический кризис постперестроечного периода породил массу проблем, негативно повлиявших на состояние здоровья населения РФ. Особенно демонстративно эти процессы отразились на проблемах семьи, материнства и детства. В г. Каменск-Шахтинском, как и в других территориях области, появились беспризорно-безнадзорные дети; увеличилось количество детей, оставленных матерью сразу после рождения; среди несовершеннолетних стали чаще регистрироваться алкоголизм, наркомания и токсикомания, а также инфекции, передающиеся половым путем.

Рост психоневрологической патологии в структуре заболеваемости детей до 18 лет отчетливо проявляется в школьном возрасте увеличением количества детей, испытывающих трудности в обучении, неспособных обучаться по стандартам общеобразовательных школ, а также имеющих девиантное

поведение и неврологические расстройства.

Социальная природа перечисленных тенденций не вызывает сомнений, и в городе в 90-е годы создавались и укреплялись структуры, призванные оказывать медико-социальную помощь детям. Были открыты центр социальной помощи семье с детским социальным приютом на 45 мест, детский дом на 25 мест на базе школы-интерната, центр планирования семьи, психолого-медико-педагогическая комиссия при гороно, постоянно действующая комиссия по делам несовершеннолетних, после длительного перерыва возобновил работу в обновленном здании Дом ребенка, на базе родильного дома и ДГБ открыт неонатальный центр. Все это в некоторой мере снизило социальную напряженность в сфере материнства и детства, но проблемы остались.

Учреждения здравоохранения часто становятся

первым рубежом, где проявляется социальное неблагополучие ребенка. Это родильные дома, где родители отказываются от новорожденного; детские поликлиники, где участковые педиатры выявляют детей, за которыми родители не осуществляют надлежащего ухода и где пребывание в семье угрожает здоровью и жизни ребенка; детские стационары, куда поступают дети с травмами, отравлениями и т.д. Совершенно очевидно, что проблемы этих детей носят медико-социальный характер и оказание помощи не должно ограничиваться стандартным набором лечебных и диагностических мероприятий. Необходим межведомственный подход к решению этих проблем.

Федеральный Закон №120 «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24.06.99 г. регламентирует деятельность учреждений различных ведомств в работе с детьми из асоциальных семей. В перечень входят КДН, учреждения здравоохранения, образования, орган опеки и попечительства, учреждения УСЗН, ОВД, прокуратура. Ст. 18 ФЗ №120 содержит перечень задач и функций учреждений здравоохранения в системе профилактики.

Кроме наблюдения и лечения несовершеннолетних в рамках медицинской компетенции, медикам предписано информировать КДН обо всех случаях нарушения прав детей и угрожающих их жизни и здоровью ситуациях, таким образом, кроме непосредственного выполнения своих лечебно-диагностических функций, детские поликлиники составляют списки асоциальных семей и информируют КДН, а также горono и ОВД при необходимости. Однако такую работу нельзя считать достаточно эффективной. Участковый характер работы педиатров, низкая укомплектованность врачeбным и сестринским персоналом, неосведомленность медиков по социально-правовому законодательству, непредусмотренность оплаты социального патронажа в системе ОМС не позволяют контролировать и оперативно реагировать на обострение ситуации в асоциальных семьях. Неясен механизм преемственности (обратной связи) между учреждениями системы профилактики и ЛПУ.

В детских поликлиниках г. Каменск-Шахтинского внедряется новая технология медико-социальной работы в семьях группы высокого социального риска.

Во-первых, в поликлинике выделяется медсес-

тра, в должностные обязанности которой входит ведение медико-социальной документации и ее хранение. При наличии кадровых возможностей и физических лиц к этой работе подключается специалист по социальной работе. Назначается врач, ответственный за этот раздел работы. Таким образом, создается кабинет медико-социальной помощи. Через медсестру, социального работника осуществляется связь между участковой педиатрической службой и учреждениями системы профилактики (ЦСПС, КДН, органы опеки и попечительства, горono, приют, ОВД), как прямая, так и обратная. В результате поликлиника будет информирована, что предпринимается другими службами в отношении данной семьи для ее реабилитации либо изъятия ребенка из асоциальной среды.

Во-вторых, на каждую такую семью заводится социальный паспорт, где подробно излагается социальный статус семьи (с указанием жилищных условий, проживающих в семье взрослых, их рода занятий, материальной обеспеченности, наличия документов у родителей и ребенка и т.д.), а также указываются причины, по которым семья относится к группе высокого социального риска. Далее в этих паспортах фиксируется вся медико-социальная работа ЛПУ с этой семьей: социальный патронаж, копии докладных в КДН, информация из отделов опеки и попечительства, сведения о пребывании в стационарах, приюте и т.д. Здесь же отражается планирование работы с семьей, указываются сроки намеченных мероприятий.

В-третьих, через эту структуру (кабинет медико-социальной помощи) детской поликлиники налаживается преемственность с женской консультацией по вопросам контрацепции женщин из группы социального риска. Списки этих женщин будут формироваться на основе сведений детской поликлиники, ЦСПС, КДН, органа опеки и попечительства и передаваться в женскую консультацию.

Таким образом, организация кабинета медико-социальной помощи в детской поликлинике и централизация работы с детьми из семей группы высокого социального риска сделают более эффективной работу педиатров. Это позволит решить проблему преемственности между учреждениями здравоохранения и другими учреждениями системы профилактики, сделает работу планомерной, даст возможность контроля и оценки деятельности ЛПУ в работе с этими семьями.

Обзор случаев саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированных пациентов

Санджиева Д.Б.; Бурдаева Т.Ю.; Киштанова Н.А.; Текеева Б.А.; ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ», г. Элиста, Республика Калмыкия

Все герпесвирусные инфекции объединяет свойство пожизненной персистенции в организме человека, а также способность вызывать многообразие манифестных форм этих заболеваний в условиях иммунного дефицита. В развитии саркомы Капоши (СК) важную роль играет ин-

фекция, передающаяся половым путем – герпесвирус человека 8 типа. Течение СК у ВИЧ-инфицированных может быть различным – от вялого, с незначительным поражением кожи и лимфоузлов до молниеносного, с обширным поражением кожи и внутренних органов. Однако в целом она

редко бывает непосредственной причиной смерти. Как известно, манифестация СПИДа СК у детей случается редко.

За 16 лет наблюдения и лечения больных в Калмыцком Центре СПИД из 73 ВИЧ-инфицированных детей у двух наблюдалась СК и из 38 взрослых – у трех. Таким образом, частота регистрации СК составила 4,5%. Все 5 пациентов не получали антиретровирусную терапию ввиду отсутствия препаратов.

Возраст детей на момент клинических проявлений СК составил 5 и 14 лет. Длительность инфицирования ВИЧ – 5 и 8 лет. Оба с манифестацией СПИДа: ВИЧ-энцефалопатия, распространенный кандидоз, рецидивирующий простой герпес, рецидивирующие бактериальные инфекции, атопический дерматит и имело место инфицирование ЦМВ и гепатитом В. Количество СД-4-лимфоцитов: 300 и 117 кл/мл соответственно.

Первоначально клинические проявления СК у детей отмечались выраженной лимфоаденопатией (увеличение периферических лимфоузлов до 1,5-2,0 см, плотно-эластичной консистенции с образованием конгломератов) и практически одновременным поражением слизистых глоточного кольца и твердого неба, которые проявлялись пятнами ярко-малинового цвета с постепенным изменением до багрово-синюшных кровотокающих грануляций. При таких проявлениях была заподозрена СК и проведена биопсия лимфоузла. При биопсии – пролиферация веретенообразных клеток. У первого ребенка спустя 7 месяцев образовались глубокие подкожные узлы, асимметрично расположенные, с деформацией лица, без изменения цвета кожи, в полости рта – новые узелковые образования на деснах, задней стенке глотки с последующим изъязвлением; у второго, спустя 2 месяца, – узелковые синюшные образования на коже туловища, конечностей, мошонки. У обоих пальпировались опухолевидные образования в брюшной полости с одновременным прогрессированием гепатоспленомегалии, асцита, неврологической симптоматики, респираторного синдрома, дефицита веса, геморрагического синдрома, кардита и снижения уровня СД-4-клеток менее 100. При нарастающих явлениях дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, выраженных метаболических нарушениях наступила смерть. При аутопсии у обоих детей: СК с поражением слизистых оболочек полости рта, глотки, трахеи, пищевода, желудка, кишечника с некрозами и изъязвлениями серозных оболочек, стенок крупных сосудов, нижних дыхательных путей, легких, почек, слюнных желез, селезенке, лимфоузлов всех групп с полным их замещением.

Средний возраст взрослых больных (двух мужчин и одной женщины, половой партнерши одного из мужчин с СК) составил 34 года. Длительность инфицирования ВИЧ на момент проявлений СК предположительно 3-5 лет. У двух мужчин СК явилась первым проявлением иммунодефицита при уровне СД-4-лимфоцитов менее 200 кл/мл и была представлена кожной формой. У одного из них одновременно с узелками поя-

вились умеренные отеки голеней и стоп, позже – лимфоаденопатия и гепатоспленомегалия. Спустя пять месяцев на слизистых оболочках твердого неба появились синюшные пятна. Одновременно с поражением кожи СК отмечались симптомы поражения внутренних органов предположительно ЦМВ этиологии, что было подтверждено на аутопсии и явилось причиной смерти. У женщины СПИД-ассоциированная генерализованная СК протекала без поражения кожи и оказалась находкой при аутопсии.

Выводы

Опыт нашего наблюдения показывает: СПИД-ассоциированная СК протекала агрессивно, с быстрым вовлечением в патологический процесс лимфоузлов и внутренних органов. Такое течение СК отмечалось у больных, не получавших антиретровирусную терапию по схеме HAART. У пациентов, получавших антиретровирусную терапию, случаев СК не наблюдалось. У обоих детей СК проявлялась первоначально тяжелым лимфоаденопатическим вариантом, что при лимфоаденопатиях у ВИЧ-инфицированных, обусловленных многократными условно-патогенными инфекциями, препятствовало определению утверждению относительно этиологии увеличения лимфоузлов. В дифференциальной диагностике таких проявлений не следует забывать о СК. Случаи СК у трех взрослых схожи по клиническим проявлениям полиорганных поражений, сочетанием заболеваний, вызванных несколькими герпесвирусами различных типов (ВПГ, ЦМВ, ВГЧ-8, ВЭБ). Усугубление иммунодефицита при длительном персистировании герпесвирусов в организме способствовало диссеминации вируса с развитием генерализованных форм инфекций. Течение СК у женщины было более агрессивным, с поражением висцеральных органов, и послужило одной из основных причин летального исхода, тогда как у двух мужчин СК не явилась причиной летального исхода, но предшествовала генерализации ЦМВИ. На фоне резкого снижения уровня СД-4-л за короткий промежуток времени отмечалась неспецифическая активация В-клеток с развитием поликлональной гипергаммаглобулинемии с одновременным уменьшением продукции специфических антител, в частности, к ЦМВ. Это послужило основанием для проведения дифференциальной диагностики с клиническими проявлениями ЦМВИ, с аутоиммунными и лимфопролиферативными заболеваниями, а также с поражениями, обусловленными собственно ВИЧ. СК как СПИД-индикаторное заболевание встречается у детей, причем мужской пол оказался предрасполагающим фактором. У пациентов со СПИД-ассоциированной СК первые элементы СК появляются вслед за резким снижением числа СД-4-л с 300 до менее 100 кл/мл. Считаем важным подчеркнуть, что первые признаки ВИЧ-ассоциированной СК не всегда начинаются с поражения кожи.

О проведении Всемирного Дня борьбы со СПИДом

Бекетова Е.В., д.м.н., гл. врач ГУЗ «ЦПБ со СПИДом и ИЗ» в РО

В 1998 г. Всемирная организация здравоохранения впервые объявила 1 декабря Всемирным Днем борьбы со СПИДом. С тех пор этот день ежегодно отмечается на самых разных уровнях во всех уголках нашей планеты. Миллионы людей, которым небезразлична проблема ВИЧ/СПИДа, выражают солидарность с теми, кого коснулась эпидемия, акцентируют внимание общества на ключевых мероприятиях и инициативах, направленных на борьбу с угрозой распространения этого заболевания, призывают лидеров государств, представителей различных структур власти, политиков выполнить обещания и обязательства, которые были приняты для активизации борьбы с ВИЧ/СПИДом. Девиз 1 декабря 2006 г. – «Остановите СПИД. Выполните обещания».

Эпидемия ВИЧ/СПИДа продолжает свое смертоносное шествие, затрагивая все слои общества и представляя собой глобальную чрезвычайную ситуацию, ставящую под угрозу развитие, социальную и политическую стабильность, ложится разрушительным бременем на демографию, экономику и национальную безопасность стран.

В мире от ВИЧ/СПИДа уже пострадали более 42 млн. человек, из которых 20 млн. умерли.

В России по официальным данным число ВИЧ-инфицированных превысило 370 тыс. человек, около 12 тыс. умерли от СПИДа. В стране проживает самое большое число ВИЧ-положительных людей в Европе, регистрируются самые высокие в мире темпы распространения инфекции. Прогноз остается неблагоприятным. Заболевание выявлено на всех административных территориях, наиболее неблагополучными являются г. Москва, г. Санкт-Петербург, Московская, Свердловская, Самарская, Иркутская области.

В Ростовской области, занимающей среди субъектов РФ 29 место, зарегистрировано около 3,5 тыс. пораженных ВИЧ. Наибольшее их количество отмечается в крупных городах: Ростове-на-Дону, Новочеркасске, Новошахтинске, Донецке, Волгодонске, Сальске. За 10 месяцев текущего года в области количество вновь выявленных ВИЧ-инфицированных превысило значение аналогичного периода 2005 г. на 10,5%.

Вирус иммунодефицита не щадит никого, но наиболее уязвимыми для него продолжают оставаться молодежь, подростки (77%). В последние годы в водоворот эпидемии вовлекается все больше молодых женщин, и, как следствие, с каждым годом возрастает число детей, рожденных ВИЧ-инфицирован-

ными матерями. Всего зарегистрировано 335 таких детей.

Как и прежде, остается актуальным инъекционный путь передачи заболевания при наркотических контактах, но все чаще регистрируются заражения половым путем, который с 2004 г. занимает доминирующее место. Специалистами отмечается тенденция выхода эпидемии за пределы групп, практикующих рискованное поведение или находящихся в условиях повышенного риска инфицирования ввиду социально-экономических или поведенческих причин, и распространение среди широких слоев населения с последующим неконтролируемым развитием эпидпроцесса.

Международное сообщество уделяет проблеме ВИЧ/СПИДа повышенное внимание. В июле 2006 г. в Санкт-Петербурге состоялся саммит «восьмерки», на котором по инициативе России в повестку дня были внесены вопросы борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа.

На прошедшем в апреле текущего года заседании Президиума Госсовета состоялось обсуждение вопроса «О неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации». Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России была охарактеризована как опасно прогрессирующая, отмечен продолжающийся рост числа ВИЧ-инфицированных россиян, сложности с обеспечением всех нуждающихся в специальном лечении. В то же время признаны недостаточно эффективными существующие меры по противодействию эпидемии и ее предупреждению. Президент Путин В.В. в своем выступлении отметил, что создавшаяся тревожная ситуация требует адекватных мер реагирования, деятельного отношения со стороны всего российского общества и дал правительству задание вплотную заняться этим вопросом, подчекнув, что на сегодня важной задачей является снижение до минимума темпов распространения эпидемии.

Для этого в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» предусмотрено радикальное увеличение финансирования на профилактику, диагностику и лечение больных ВИЧ-инфекцией. Только в 2006 г. из федерального бюджета выделено на эти цели 3,1 млрд. руб., что во много раз превосходит суммы, когда-либо выделявшиеся ранее.

В Ростовской области проблемы ВИЧ/СПИДа, а также реализация национального проекта «Здоровье» постоянно находятся на контроле Администрации и Министерства здравоохранения области. В 2006 г. областные учреждения в рамках национального проекта «Здоровье» получили лекарственные препараты из федерального бюджета на сумму более 10 млн. руб. и из областного бюджета – более 4 млн. руб. Кроме того, для проведения лабораторных исследований поступили диагностические препараты на сумму около 8 млн. руб. Это позволило

улучшить работу по диспансерному наблюдению и специфическому лечению ВИЧ-инфицированных, проводить профилактику передачи вируса иммунодефицита от матери ребенку.

Специализированная служба, возглавляемая Центром по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями в Ростовской области, находится на передовых рубежах в подготовке и реализации комплекса мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции, повышение доступности и качества медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, привлечение к борьбе со СПИДом гражданского общества, в том числе самих ВИЧ-инфицированных.

На базе ГУЗ «Центр-СПИД» обследования ВИЧ-инфицированных больных осуществляются с применением специализированных высокотехнологических методов исследований: определение вирусной нагрузки методом ПЦР, оценка состояния иммунной системы методом проточной цитофлуориметрии.

Учитывая все возрастающую потребность в стационарных площадях, современном оборудовании и аппаратуре, из средств области планируется выделение ассигнований для ремонта инфекционного стационара и создания необходимых условий для лечения больных ВИЧ/СПИДом.

В целях повышения уровня информированности населения, особенно подростков и молодежи как наиболее уязвимых его групп, в области проводится широкая санитарно-просветительная работа,

пропаганда здорового образа жизни, семейных ценностей, ответственного материнства. Этот вид деятельности заметно активизируется в канун Всемирного Дня борьбы со СПИДом. В рамках кампании запланировано проведение комплекса мероприятий, которые должны послужить дальнейшему объединению различных Министерств и ведомств, средств массовой информации в совместной работе по противостоянию эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Кроме мероприятий, проводимых в медицинской среде, планируется подготовка статей в газеты и журналы, организация пресс-конференций для средств массовой информации, выступления, репортажи, сообщения на радио и телевидении, размещение социальной рекламы по теме «Профилактика ВИЧ-инфекции», участие в работе Всероссийской горячей линии по ВИЧ/СПИД. Для подростков и молодежи намечено проведение акций, конкурсов, викторин, демонстрация видеофильмов, подготовка стендов.

ВИЧ/СПИД – проблема не только медицинская. Мы должны сохранять отношение к ВИЧ/СПИДу как к злободневной теме, как к общей проблеме.

Привлечение и участие в борьбе с эпидемией структур исполнительной и законодательной власти, координация действий всех заинтересованных областных медицинских, образовательных, правоохранительных, молодежных и общественных организаций позволит решить поставленные задачи – сдержать распространение эпидемии и смягчить ее разрушительные последствия.

Достижения и проблемы офтальмологической службы Дагестана

Гафурова Л.Г., д.м.н., гл. врач Республиканской офтальмологической больницы, г. Махачкала

За 71 год существования перед офтальмологической службой республики не раз вставали сложные и важные задачи, решение которых требовало титанического труда как организаторов здравоохранения, так и профессорско-преподавательского состава Дагестанской государственной медицинской академии и офтальмологов республики.

Прежде всего, надо начать с того, что до 1935 г., до основания кафедры глазных болезней Дагестанского Государственного Медицинского института, в Дагестане не было ни одного специализированного врача по глазным болезням, и офтальмологическую помощь населению оказывали «летучие отряды» специалистов-офтальмологов из городов Краснодара, Ставрополя, Орджоникидзе, возглавляемых профессорами Очаповским С.В., Павловым Н.М., Бугуловым М.Н. Поэтому в тридцатые годы прошлого столетия самой главной задачей было создание офтальмологической службы в Дагестане: открытие специализированных коек и подготовка кадров. У истоков решения этой проблемы стоял замечательный человек, дагестанец, ученый, профессор Булач Х.О. И если в 1935 г. в Дагестане функционировало всего 30 коек и работало 3 врача-офтальмолога, то на сегодняшний день в республике работает 185 офтальмологов, функциониру-

ют 102 глазных кабинета и 315 коек. Обеспеченность койками в РД даже выше, чем по РФ (РД – 1,4 на 10 тыс. населения, РФ – 0,9 на 10 тыс. населения).

С открытием в 1984 г. Республиканской офтальмологической больницы (РОБ) офтальмологическая служба Дагестана сделала новый качественный виток в своем развитии. Больница была создана на базе Республиканского диспансера и трех разрозненных глазных отделений г. Махачкалы.

Такая централизация кадровых и материально-технических ресурсов офтальмологической службы республики имела колоссальное значение для оказания высококачественной помощи населению. Быстрыми темпами рос профессиональный уровень врачей и средних медицинских работников. Если в 1984 г. категорированность врачей составляла 20%, то к концу 2005 г. этот показатель по больнице достиг 60%, причем более половины составили врачи высшей категории. Врачи РОБ занимают не только практической медициной, но и научными изысканиями. Сегодня в больнице работают 3 к.м.н. и 1 д.м.н., 2 врача завершают кандидатские диссертации на материале больницы, 5 врачей имеют почетное звание «Заслуженный врач РД», 5 – «Отличник здравоохранения РД».

За 20 лет существования больницы значительно возросло число больных, получивших глазную стационарную помощь. Если к началу 1984 г. глазную стационарную помощь в год получало 1500 жителей нашей республики, то к концу 2005 г. только в РОБ эту помощь получили в 4 раза большее количество людей. За 20 лет в РОБ пролечено около 115 тыс. человек, прооперировано более 70 тыс. и обследовано более 500 тыс. человек.

Из года в год возрастал уровень качества лечения. Так, пребывание больного на койке в 1984 г. в среднем составляло 17 дней, в 2005 г. оно снизилось до 10 дней, возросла хирургическая активность с 33 до 56%, значительно сократилось количество операционных осложнений.

Возрастал не только уровень качества лечения больных, но и виды и объемы используемых методов лечения. Так, например, если в 1984 г. не было произведено ни одной склеропластики, кератопластики, экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ, витректомии, то за 20 лет в РОБ произведено более 4000 склеропластик, более 1000 послойных кератопластик, 3500 экстракций катаракты с имплантацией ИОЛ. Хочу отметить, что все эти операции впервые в Дагестане были произведены именно в стенах РОБ.

Сегодня на базе РОБ функционирует республиканский кабинет охраны зрения детей, оснащенный новейшим оборудованием для восстановления зрительных функций, кабинет, которому нет равных не только в нашей республике, но и на Северном Кавказе. Этот кабинет вернул зрение тысячам детей, не дав им стать инвалидами.

В больнице широко используются самые современные виды хирургического и консервативного лечения, такие, как одномоментные реконструктивные операции при травмах органа зрения, антиглаукоматозные операции, экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ, субтеноновая имплантация коллагеновой инфузионной системы при заболеваниях сетчатки, лазерное лечение при воспалительных и дистрофических заболеваниях и мн.др.

Имея статус республиканского лечебного учреждения, РОБ проводит огромную организационно-методическую работу в республике. За 20 лет врачами больницы сделано более 1000 выездов в города и районы республики (более 3000 дней), осмотрено около 100 тыс. человек. На республиканском сборном пункте врачами РОБ осмотрено более 250 тыс. призывников и выявлено более 100 тыс. юношей с различной глазной патологией, которые прошли реабилитацию в нашей больнице.

С оснащением глазных кабинетов современным оборудованием, с систематическим повышением квалификации офтальмологов, с активизацией профилактической, санитарно-просветительной работы, с проводимой всеобщей детской и дополнительной диспансеризацией взрослого населения улучшилась выявляемость глазной патологии. И как результат этого, повысился показатель заболеваемости глазными болезнями, который сегодня в 1,5 раза выше, чем по РФ и ЮФО, хотя еще лет 5 назад он был значительно ниже средне-федерального.

За последние годы офтальмологам республики удалось увеличить охват профосмотрами на глаукому населения старше 40 лет до 80%, причем выявляемость глаукомы на I-II стадии за последние 5 лет поднялась с 45 до 57%, а процент госпитализации впервые выявляемой глаукомы – с 40 до 74%. И если учесть географическое расположение республики, где 50% населения проживает в горах, а треть – в труднодоступных местах, где по полгода нет связи с административными центрами из-за отсутствия дорог, то эти показатели можно считать достаточно высокими.

Для раннего выявления врожденной патологии у детей и своевременной их реабилитации, профилактическими осмотрами охватываются практически все дети до 1 года (99-99,5%). Причем эта работа проводится совместно с неопатологами и педиатрами. Результат такой совместной работы налицо. За последние 5 лет показатель выявленной заболеваемости (врожденной патологии) у детей вырос с 2,1 до 4,0 на 10 тыс. детского населения, а процент хирургической реабилитации – с 72 до 100%.

За последние 3-4 года за счет улучшения выявляемости глазной патологии, расширения возможностей медицинской реабилитации инвалидов по зрению мы смогли не только стабилизировать показатели первичного выхода на инвалидность, но и снизить их среди детского населения.

Из года в год уменьшается количество больных, направляемых на лечение за пределы республики. И если число таких пациентов еще 5 лет назад составляло в среднем 150-200 человек в год, то теперь эта цифра не превышает 50. Это стало возможным в связи с реконструкцией РОБ и открытием Дагестанского центра микрохирургии глаза, оснащенного самым современным диагностическим и лазерным оборудованием, позволяющим использовать высокие технологии в лечении больных.

Офтальмологической службой Дагестана внесен большой вклад в охрану зрения и здоровья населения республики, но еще многое предстоит сделать. Прежде всего, необходимо и дальше повышать профессиональный уровень офтальмологов. При 99% сертифицированности врачей-офтальмологов, только 35% из них имеют категорию. Поэтому повышение категорированности офтальмологов является одной из важнейших задач офтальмологической службы и Минздрава республики.

При относительно высоком показателе обеспеченности кадрами не все районы республики укомплектованы врачами-офтальмологами. В пяти сельских районах республики нет врача-офтальмолога, в семи районах работают офтальмологами врачи-совместители, профессиональный уровень которых находится не на должном уровне.

Из 102 глазных кабинетов 32, т.е. треть, не оснащены соответственно табелю оснащения. Реконструкция РОБ завершена, но оснащение ее медицинским оборудованием оставляет желать лучшего. Для решения задач, поставленных государством, больнице крайне необходимы новейшее диагностическое и хирургическое оборудование, соответствующий хирургический инструментарий.

В нозологической структуре среди трудоспособ-

ного и детского населения в республике на протяжении ряда лет первое место занимает высокая осложненная близорукость, которая часто носит врожденный и генетически детерминированный характер. Эти обстоятельства указывают на необходимость создания в республике офтальмогенетического консультирования, ранней диагностики и лечения этого заболевания.

Не последнее место в структуре инвалидности детского населения занимает врожденная патология органа зрения. Опыт показывает, что проводимые по профилактике врожденной патологии органа зрения мероприятия не носят систематического характера и нуждаются в организационном и методологическом усовершенствовании. Проблема изучения генетически обусловленной врожденной патологии органа зрения для Дагестана имеет особую значимость и актуальность с учетом исторических, религиозных и этногеографических особенностей народностей Дагестана с традициями компактного проживания в изолятах с высокой частотой эндогамных браков, обуславливающих возрастание частоты наследственной патологии. Эти обстоятельства также диктуют необходимость создания в республике офтальмо-генетической службы.

Другой актуальной проблемой офтальмологической службы на сегодняшний день является своевременное лечение детей с глазной патологией в кабинетах охраны зрения детей (КОЗД). В республике около 65 тыс. детей, которые подлежат медицинской реабилитации в КОЗД. Это дети с врожденной патологией органа зрения, аномалиями рефракции, косоглазием. Все эти дети являются потенциальными инвалидами по зрению. В связи с этим отмечается и увеличение числа юношей, негодных к воинской службе. На 65 тыс. детей, нуждающихся в лечении в КОЗД, в республике функционируют всего 5 кабинетов, а процент охвата по плеопто-ортоптическому лечению в КОЗД по республике составляет всего 4,6%. Периферия республи-

лики практически не охвачена лечением. Открытие КОЗД в каждом районе и городе и их оснащение медицинским оборудованием, а также подготовка врачей и медсестер для этих кабинетов является сегодня одной из важнейших задач службы.

Другой важной проблемой, параллельно с выше обозначенной, является открытие во всех городах республики специализированных детских садов-яслей для детей с глазной патологией, оснащенных офтальмологическим оборудованием для лечения амблиопии и укомплектованных врачами-офтальмологами и медицинскими сестрами. На данном этапе существует только один такой детский сад в столице республики, в г. Махачкале, что крайне недостаточно для ранней реабилитации детей с пониженным зрением.

Требуется значительной модернизации и оптометрической службы. Статистика подтверждает, что оптические дефекты глаза являются основной причиной снижения зрения и различных функциональных расстройств зрения человека, на диагностику и коррекцию которых тратится более трети времени практического врача. В последние годы открытие ряда мелких торговых точек, реализующих оптические и солнцезащитные очки без должного учета требований Госстандарта, рекомендаций врачей-офтальмологов, оптометристов, а также с нарушением технологии изготовления и подбора средств коррекции оптической продукции, привело к значительному снижению уровня оптометрической помощи. Организация единой оптометрической службы в республике под методологическим патронажем Минздрава республики позволит повысить качество коррекции оптических несовершенств и нарушений зрения.

Решение вышеуказанных задач тесно связано с использованием новых форм организации труда, новых медицинских и информационных технологий, что, в конечном счете, позволит повысить качество офтальмологической помощи, оказываемой населению Дагестана.

Клинико-фармакологическая характеристика и содержание макро- и микроэлементов в лекарственных растениях Дагестана (качественная и количественная характеристика)

*Эмирбеков Э.З., д. б. н., проф., директор Дагестанского филиала РГУ;
Абдуразаков М.А., зав. терапевтическим отд. муниципальной поликлиники №2 (г. Махачкала);
Исмаилов Х.М., зав. отд. анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии
Республиканского госпиталя ветеранов РМЦ МЗ РД (г. Махачкала)*

Лекарственные растения являются важным источником биологически активных веществ, поэтому, кроме назначения восполнять энергетические затраты организма, они играют огромную роль в профилактике и лечении многих заболеваний.

Растения обеспечивают организм растительными белками, сахарами, клетчаткой, витаминами и другими биологически активными веществами, такими, как флавоноиды, органические кислоты, кумарины, стероидные соединения.

Биологическое действие многих классов соединений в настоящее время хорошо изучено. Поэтому,

зная химический состав растения, нетрудно сделать прогноз о его возможной фармакологической активности.

Предлагаемые вниманию читателя данные представляют научно обоснованную попытку рассказать о наиболее важных лекарственных растениях Дагестана с точки зрения содержания в них макро- и микроэлементов, со способностью их концентрировать химические элементы, для более широкого применения этих растений в лечении различных патологических состояний, вызванных нехваткой или избытком макро- и микроэлементов.

Содержание макро- и микроэлементов в лекарственных растениях Дагестана (часть 1)

Название растений и фармакологические свойства	Макроэлементы, мг/г					Микроэлементы, мкг/г																	
	K	Ca	Mg	Fe	Mo	Br	Mn	Cd	Cu	V	Zn	J	Cr	Co	Li	Ni	Se	Sr	Pb	Ag	B	Al	Ba
Алоэ древовидное: биостимулирующее, слабительное, бактерицидное, бактериостатическое, радиопротекторное (наружно: ранозаживляющее)	28,50	79,10	17,40	0,32	-	-	0,38	-	-	-	2,75	0,10	0,08	0,04	162,0	0,45	11,90	17,64	0,22	-	94,00	0,09	14,90
Алтей лекарственный: Противовоспалительное, обволакивающее, отхаркивающее	11,30	17,40	4,00	0,73	-	-	0,10	-	0,47	0,29	0,25	0,10	0,10	0,10	-	0,15	5,71	0,63	0,05	-	0,20	0,46	-
Астрагал шерстистотравяной: камедь используют как связывающее	32,80	10,20	2,70	1,27	8,00	-	0,16	-	0,43	0,48	0,31	0,06	0,08	0,32	-	0,42	2,50	0,13	0,09	-	53,20	0,66	0,89
Барбарис обыкновенный: желчегонное, стимулирующее матку, антиаллергическое	15,10	7,30	1,10	0,10	0,40	-	46,90	-	14,40	-	29,00	0,15	0,40	0,72	-	2,88	0,40	2,32	0,72	-	67,60	60,40	8,08
Белена черная: спазмолитическое, успокаивающее, болеутоляющее	52,80	16,20	6,50	0,90	9,60	3,00	0,29	-	1,43	0,40	0,93	0,05	0,30	0,28	16,00	0,23	1,10	0,23	0,18	-	35,20	0,60	0,13
Береза повислая: мочегонное, желчегонное, ранозаживляющее, при гиповитаминозах	11,40	12,50	3,80	0,30	1,44	-	374,0	-	7,52	0,24	159,0	-	0,56	0,16	-	5,28	0,29	11,70	2,64	-	47,20	98,32	85,76
Бессмертник песчаный: антибактериальное, гипохолестеринемическое, желчегонное, противопаразитарное	18,60	8,40	2,40	2,00	0,32	60,60	0,44	-	0,76	0,46	0,33	0,09	0,19	0,19	-	1,13	8,60	-	0,09	-	68,40	0,62	-
Боярышник пятипестичный: кардиотоническое, антиаритмическое	30,30	19,90	3,20	0,40	4,53	-	0,26	2,80	0,30	0,04	0,96	-	0,03	0,07	-	0,07	10,30	1,00	0,09	-	56,80	0,20	1,15
Брусника обыкновенная: вяжущее, капилляроукрепляющее, гипотензивизирующее, деминерализирующее	8,00	11,00	2,20	0,60	-	-	0,47	-	0,90	0,07	0,71	-	0,27	0,09	-	0,14	3,25	5,96	0,05	8,00	40,00	0,49	0,89
Бузина черная: потогонное, противовоспалительное, мочегонное, послабляющее, отхаркивающее, вяжущее	41,60	8,00	4,60	0,20	0,88	-	53,40	-	9,20	-	36,20	0,15	0,24	0,88	-	0,96	0,22	2,64	0,96	-	102,8	63,36	-
Буквица олиственная: отхаркивающее, желчегонное, спазмолитическое, ранозаживляющее	23,60	12,60	2,10	0,04	-	-	0,24	-	0,67	0,04	0,72	-	0,12	-	-	0,02	5,56	0,34	0,01	-	56,40	0,25	0,01

Валерьяна лекарственная: улучшает коронарное кровообращение, действие снотворных, желчегонное	7,80	2,10	1,80	0,50	-	-	0,20	-	0,12	0,19	0,36	0,12	0,13	-	-	0,66	2,89	0,06	0,02	-	8,80	0,41	0,27
Василек синий: спазмолитическое, противомикробное, противопонохолевое	8,00	11,00	2,20	0,60	-	-	0,47	-	0,90	0,07	0,71	-	0,27	0,09	-	0,14	3,25	5,96	0,05	8,00	40,00	0,49	0,89
Гармала обыкновенная: при заболеваниях ЦНС	32,90	22,50	2,30	0,40	64,00	-	0,15	-	0,92	-	0,67	-	0,09	0,90	-	0,17	4,30	2,53	0,09	-	88,00	0,22	0,40
Горец змеиний: вяжущее, резорбтивное услакаивающее	10,50	25,50	2,60	0,17	-	-	0,16	1,60	0,38	0,03	1,30	-	0,04	0,06	-	0,30	2,22	4,19	0,05	-	58,40	0,12	6,08
Горец перечный: кровоостанавливающее, болеутоляющее, стимулирующее матку	30,40	22,70	3,70	0,30	-	7,20	0,13	-	1,11	0,15	1,37	0,09	0,07	0,07	-	0,14	1,94	0,94	0,05	-	17,20	0,19	-
Горец почечуйный: сосудосуживающее, кровоостанавливающее	33,10	15,00	8,30	0,15	-	-	0,15	-	1,04	0,05	1,51	-	0,03	0,04	-	0,23	3,75	0,43	0,04	-	32,41	0,06	0,12
Горец птичий: кровоостанавливающее, вяжущее, противовоспалительное, антимикробное, детоксикационное	36,90	11,50	4,20	0,30	2,08	102,9	299,0	-	14,40	-	136,0	0,10	0,48	1,68	-	1,76	0,16	1,12	3,20	-	32,00	293,6	34,48
Гранат: вяжущее, противоглистное, источник витаминов	7,50	39,00	3,60	0,50	-	-	0,28	-	0,25	0,20	0,25	0,12	0,13	-	-	0,59	4,17	6,07	0,03	-	33,60	0,27	11,63
Девясил высокий: противовоспалительное, противоглистное, желчегонное	4,20	6,10	2,00	0,45	-	-	0,54	-	0,05	0,25	0,06	0,15	0,08	0,02	-	0,17	3,60	0,04	0,04	-	4,60	0,37	0,98
Донник лекарственный: противовоспалительное, антибактериальное, болеутоляющее, противосудорожное, услакаивающее, слабительное	61,20	17,10	4,60	0,80	2,21	-	0,34	-	0,54	-	1,45	-	0,12	0,23	-	0,21	8,00	0,42	0,11	-	99,60	0,55	0,91
Дуб обыкновенный: вяжущее, кровоостанавливающее, противовоспалительное	18,90	4,00	0,50	0,05	0,40	-	5,28	-	2,50	-	3,80	-	0,32	-	-	0,32	0,08	19,36	-	-	54,40	33,68	-
Дурман обыкновенный: Противорвотное, антисептическое, болеутоляющее, услакаивающее	37,60	31,10	7,00	0,35	72,00	-	0,26	-	0,56	-	0,93	0,45	0,10	0,11	-	0,10	4,10	2,18	0,09	-	131,6	0,15	15,23
Душица обыкновенная: потогонное, отхаркивающее, седативное, кровоостанавливающее, стимулирующее секрецию ЖКТ	19,80	12,40	2,10	0,63	4,80	-	0,12	-	0,49	0,16	0,34	-	0,07	0,26	-	0,18	44,00	0,30	0,11	-	13,20	0,39	-

Продолжение читайте в следующих номерах журнала

Уважаемые читатели!

Редакция журнала «Главный врач Юга России» предлагает Вашему вниманию экспресс-анкету, заполнив которую, Вы поможете нам точнее ориентироваться в сфере Ваших интересов и корректировать тематику журнала.

Ваше мнение очень важно для нас!

1. Какие медицинские журналы Вы читаете регулярно? _____

2. Какой медицинский журнал Вы считаете лучшим? _____

3. Почему? _____

4. Читаете ли Вы наш журнал? (да, нет, иногда)

5. Почему? _____

6. Что Вам нравится в нашем журнале? _____

7. Какие темы были бы Вам интересны? _____

8. Что Вам не нравится в нашем журнале? _____

9. Ваша фамилия, имя, отчество, должность, организация, город _____

Ответы на вопросы вы можете прислать по адресу:
344002, г. Ростов-на-Дону, пер. Газетный, 51,
редакция журнала «Главный врач Юга России», по факсу: (863) 263-03-55
или на e-mail: gvur@mail.ru

Первым 25 организациям, приславшим заполненную анкету, мы вышлем в подарок справочник «Донская медицина. Ростов и область. 2007». Остальным, приславшим анкету, высылаем справочник со скидкой 50%, по цене 50 рублей.

Вы можете приобрести адресно-телефонный справочник «Донская медицина. Ростов и область. 2007» и без заполнения анкеты.
Цена справочника 70 рублей + почтовые расходы.

Вы можете также оформить редакционную подписку на журнал «Главный врач Юга России» на 2007 г. Цена годовой подписки 200 рублей.
Выход номеров в марте, июне, сентябре и декабре.

Заявки принимаются по факсу, почтой или на наш e-mail в свободной форме.

Надеемся на сотрудничество!