

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

главный ВРАЧ

№1 (13) 2008

ЮГА РОССИИ www.akvarel2002.ru



ЗАО "Ист Медикал"
124482, Москва, Зеленоград,
Савелкинский пр-д, 4, офис 1606
Тел.: (495) 739-41-51
www.e-medical.ru



Оборудование для функциональной диагностики:
Ультразвуковые сканеры
Электрокардиографы
Спирометры



реклама



Biocare



В НОМЕРЕ:

- ▶ «1С: Бухгалтерия для бюджетных учреждений» (стр. 25)
- ▶ Острая пневмония или легионеллез? (стр. 39)
- ▶ MZ-30 – специально для рынка России (стр. 29)
- ▶ Качество и низкая цена – критерии, определяющие сегодняшний выбор (стр. 42, 48)

БУМАЖНО-ПЛЕНОЧНЫЕ ПАКЕТЫ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ВОМ

Понимание значения гигиены и стерильности в больничной среде является первым шагом во избежание угрозы для жизни и здоровья человека. Знание этого может также предупредить серьезные правовые и финансовые последствия для лечебно-профилактического учреждения, связанные с инфицированием пациентов. Основным профилактическим действием с целью избежания инфицирования является использование соответствующих упаковок для медицинских инструментов и материалов.

Торуньский завод перевязочных материалов (TZMO S.A., Польша) предлагает ряд упаковок для стерилизации.

- Бумажно-пленочные пакеты и рулоны (плоские и со складкой) предназначены для стерилизации водяным паром под давлением, оксидом этилена и формальдегидом. Данные группы изделий мы предлагаем в вариантах:
- Пакеты и рулоны с тремя индикаторами стерилизации водяным паром, оксидом этилена и формальдегидом, причем индикатор стерилизации формальдегидом напечатан на бумаге, под пленкой, на шве. Во всех видах пакетов и рукавов химические индикаторы стерилизации водяным паром и оксидом этилена находятся между слоями пленки.
- Пакеты и рулоны с двумя индикаторами стерилизации водяным паром и оксидом этилена. Данный тип упаковки, при условии применения дополнительного индикатора, может использоваться также в случае стерилизации формальдегидом.

Высокая прочность упаковок достигается благодаря применению ламината из пленки повышенной прочности с точки зрения разрыва и 60-граммовой бумаги повышенной влагостойкости. Пленка отделяется от бумаги легко, не образуя пыли, благодаря чему во время открытия повреждается меньшее количество упаковок, что уменьшает их расход.

Благодаря складке возможна упаковка крупных предметов.

Прозрачная ламинированная пленка облегчает идентификацию содержимого.

Широкий ассортимент размеров рулонов и пакетов облегчает выбор соответствующей упаковки.

Бумажно-пленочные самоклеящиеся пакеты обладают всеми вышеперечисленными достоинствами, а также очень удобны в использовании, так как имеют самоклеящееся закрытие.



В нашем предложении присутствуют машины для сварки, предназначенные для плотного закрытия перед стерилизацией бумажно-пленочных упаковок.

Сварочная машина типа ZFR-25 – данный тип машины по причине ограниченной длины шва – до 280 мм – рекомендуется для использования в частных кабинетах или в учреждениях здравоохранения с небольшим расходом стерильных материалов.

Машина для непрерывной спайки ZFR-15 с ленточным конвейером дает возможность качественной и непрерывной сварки упаковок с автоматическим их перемещением, длина шва ничем не ограничена. Скорость перемещения упаковки 4 м/мин. Рекомендуется для использования в больницах.

Согласно инструкции по применению медицинских стерилизационных комбинированных упаковочных материалов ВОМ, допустимый срок хранения изделий, простерилизованных в упаковках, при соблюдении условий хранения составляет:

в одинарной упаковке, запечатанной с помощью термосварочного аппарата – 1 год, в самоклеящихся пакетах – 6 месяцев.

Простерилизованные изделия/материалы извлекают из упаковок и выкладывают на стерильный стол или сразу используют по назначению.



ИНДИКАТОРЫ СТЕРИЛИЗАЦИИ НА УПАКОВКАХ

Стерилизация паром – после стерилизации розовый прямоугольник меняется на коричневый



перед стерилизацией

после стерилизации

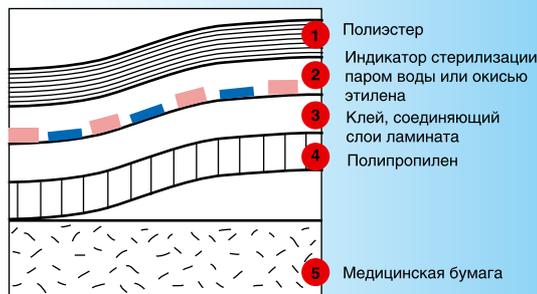
Стерилизация окисью этилена – после стерилизации розовый прямоугольник меняется на желтый



перед стерилизацией

после стерилизации

ИНДИКАТОРЫ СТЕРИЛИЗАЦИИ НА ПОЛИЭТИЛЕНОВОБУМАЖНЫХ УПАКОВКАХ



Специализированный медицинский журнал «Главный врач Юга России»
Выходит 1 раз в квартал

Крылова О.В. – учредитель и издатель
Прошенко Е.А. – редактор

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
Борсов М.Х. – министр здравоохранения Республики Адыгея
Быковская Т.Ю. – министр здравоохранения Ростовской области
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:

344064, г. Ростов-на-Дону,
ул. Вавилова, 54, офис 305
т. (863) 223-23-26, т./ф. (863) 273-25-16
www.akvarel2002.ru,
e-mail: info@akvarel2002.ru

Отпечатано в ООО «Медиа-Полис»,
г. Ростов-на-Дону,
e-mail: mediapolis@aaanet.ru
Тираж 5500 экз., Заказ № 35
Подписано в печать 19.03.2008 г.

Зарегистрирован Управлением
Росохранкультуры по Южному
Федеральному округу

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

Распространяется бесплатно по линии МЗ

В соответствии со ст. 30 закона РФ «О рекламе» ответственность за содержание информации в рекламе несет рекламодатель.

Жизнь в новом измерении.
Потенциал Донского края..... 2

Об итогах работы Управления Росздравнадзора по Ростовской области за 2007 г..... 4

Формирование здорового образа жизни как основной фактор улучшения здоровья населения Чеченской Республики 6

Влияние миграции населения на эпидемическую ситуацию по туберкулезу в Ростовской области 8

О диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (на примере Астраханской области) 11

Особенности течения и лечения артериальной гипертензии у подростков 13

Хирургическое лечение инфекционного эндокардита..... 18

Развитие инфаркта миокарда на фоне сахарного диабета: особенности течения..... 21

Принципы организации противошоковой службы на этапах медицинской эвакуации и пути ее совершенствования 22

Современные методы автоматизации бухгалтерского учета..... 25

Некоторые аспекты лечения больных с нарушениями мозгового кровообращения..... 26

Врожденные пороки сердца и беременность 27

Из истории появления установок для производства кислорода в российских больницах 29

Наследственный случай гипертрофической кардиомиопатии 31

Специальное предложение КИЭП..... 33

Опыт работы кабинета по профилактике диабетической ретинопатии..... 34

Качество жизни больных сахарным диабетом – решенные и нерешенные проблемы..... 36

«Медицина – сегодня и завтра» (пресс-релиз выставки)..... 38

Легионеллез (болезнь легионеров) 39

Лекарственные средства от «ЭСКОМА» 42

Проблема непсихотических психических расстройств в общемедицинской сети 44

Об особенностях определения общей и профессиональной трудоспособности в судебной практике по делам о возмещении вреда, причиненного повреждением здоровья..... 46

ЛАЙНА-MED – актуальные изменения на пути к совершенству... 48

Жизнь в новом измерении. Потенциал Донского края

Быковская Т.Ю., Министр здравоохранения Ростовской области, г. Ростов-на-Дону



В нашей области охрана здоровья населения уже не первый год является одной из основных задач социальной политики. Еще задолго до старта общероссийского национального проекта на Дону полным ходом готовилась его базовая площадка.

Ростовская область является центром, где сосредоточены большие медицинские ресурсы. Донское здравоохранение оказывает населению области и ЮФО ряд видов высокотехнологичной помощи – кардиохирургической, ортопедической, детской гематологической и многих других. Внедрение новых медицинских технологий позволило значительно увеличить объемы уникальных видов медицинской помощи населению, в частности, возросло количество операций на сердце с применением аппарата искусственного кровообращения, операций на головном и спинном мозге.

Расходы бюджета области на оказание данных видов медицинской помощи, включая направление больных в федеральные центры, в 2007 г. составили 121,4 млн руб. Было использовано 5 188 квот на оказание высокотехнологичной помощи в московских и петербургских научно-исследовательских институтах.

В течение последних лет в области реализуются целевые программные мероприятия по борьбе с распространением заболеваний, имеющих социально-значимый и массовый характер, в том числе:

- по борьбе с туберкулезом,
- по предупреждению заболеваний, вызываемых ВИЧ-инфекцией,
- по вакцинопрофилактике,
- обеспечению эпидемической безопасности по особо опасным природно-очаговым заболеваниям,
- по профилактике и лечению сахарного диабета,
- по противодействию злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту,
- комплексная программа «Онкология».

Финансирование всего комплекса целевых мероприятий из средств областного бюджета в 2007 г. составило 181,2 млн рублей.

Общий объем средств, направленных на финансирование здравоохранения, за 4 года увеличился более чем в 2 раза – с 6,8 млрд руб. в 2003 г. до 17,7 млрд руб. в 2007 г. В бюджете 2008 г. на финансирование отрасли заложено более 18 млрд руб.

В Донском крае реализуется разработанная и утвержденная концепция охраны здоровья населения, целью которой является сохранение и улучшение здоровья жителей области, сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности. Увеличивается объем мероприятий по профилактике заболеваний, внедрению в практическое здравоохранение современных методов диагностики и лечения, повышению эффективности использования ресурсов. Многие мероприятия концепции успешно выполнены: обеспечено стабильное финансирование учреждений здравоохранения, введен регламент обеспечения больниц и поликлиник лекарственными средствами и медицинской техникой.

Постановлением Правительства РФ Ростовская область включена в перечень субъектов Российской Федерации, участвующих в пилотном проекте, направленном на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. В «пилоте» работает 29 учреждений. Всего же ЛПУ дополнительно получают по пилотному проекту более 335 млн руб. Деньги направляются на повышение зарплаты и приобретение оборудования для стационаров.

В ушедшем году продолжалась реализация приоритетного национального проекта «Здоровье». Более 2 млрд руб. область получила из федерального бюджета. Это и вакцинация, и диспансеризация населения, и доплаты первичному звену. Объем финансовых средств, направленных на осуществление денежных выплат участковым терапевтам и педиатрам, врачам общей (семейной) практики, участковым медицинским сестрам составил 529,7 млн руб.

В рамках реализации приоритетного национального проекта в 2006 г. на базе областной клинической больницы была открыта медико-генетическая консультация, которая проводит скрининг новорожденных на наследственные заболевания. В 2007 г. произведено 176 043 обследования с ретестированием, на тест-систе-

мы выделено 6,94 млн руб. Выявлено 24 случая наследственных заболеваний. Такое раннее выявление наследственных заболеваний позволяет своевременно начать лечение и значительно улучшить качество жизни больных. Из областного бюджета на нужды медико-генетической консультации в 2007 г. выделено 9,5 млн руб.

Из средств федерального бюджета в 2007 г. в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» для отделений скорой медицинской помощи Ростовской области закуплено 189 автомобилей скорой медицинской помощи. Также в область поступило 825 единиц современного оборудования (рентгенологического, ультразвукового, эндоскопического, комплекты лабораторного оборудования и электрокардиографы) на сумму 562,5 млн руб.

В регионе реализуются широкомасштабные меры по укреплению ресурсного обеспечения медицинских учреждений из средств областного бюджета. Минздравом области закуплено и поставлено в учреждения здравоохранения областного подчинения медицинское оборудование для рентгеновской и ультразвуковой диагностики, аппарат «Искусственная почка», комплексы для криотерапии, термотерапии, комплекты медицинского оборудования для бальнеологии, механотерапии, массажного кабинета, физиотерапевтические аппараты и многое другое. Для нужд муниципальных лечебно-профилактических учреждений закуплены наркозно-дыхательные аппараты, комплекты для проведения инфузионной терапии, мониторы витальных функций, кардиомониторы неонатальные, комплексы для мониторинга ЭКГ и АД (по Холтеру), портативные эхоэнцефалографы и др. Все оборудование поставлено и введено в эксплуатацию. Из областного бюджета на эти цели было выделено 519,6 млн руб.

Реализуются областные мероприятия по улучшению обеспечения ЛПУ врачами кадрами, утвержденные Губернатором области. На переподготовку по узким специальностям направлен 121 специалист, на обучение в интернатуре и ординатуре – 54 человека.

В рамках оказания государственной поддержки по улучшению жилищных условий в 2007 г. приобрели жилье 80 молодых специалистов и врачей дефицитных специальностей.

В рамках мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» с начала 2007 г. проучены на циклах повышения квалификации врачи-терапевты участковые и врачи-педиатры участковые. Всего 144 специалиста участковой службы прошли повышение квалификации в Ростовском государственном медицинском университете. В настоящее время более 70 врачей проходят профессиональную переподготовку.

Перспективы работы здравоохранения Ростовской области в 2008-2010 гг.

Стоимость **Территориальной программы** в 2008 г. составит 18 млрд руб. Причем подушевой норматив финансирования возрос с 2831,3 руб. в 2006 г. до 3520,9 руб. в 2007 г. и до 4219 руб. – в 2008 г.

Будет продолжено финансирование неотложных мероприятий по борьбе с туберкулезом (ежегодно по 8,6 млн руб.), вакцинопрофилактике (с 18 млн руб. в 2008 г. до 21 млн руб. в 2010 г.), предупреждению ВИЧ-инфекции (с 7,6 млн руб. до 10 млн руб.), по борьбе с сахарным диабетом финансирование увеличится с 131 млн руб. до 150,2 млн руб. Финансирование комплексной целевой программы «Онкология» составит в 2008 г. 87,8 млн руб., в 2009 г. – 64,3 млн руб., в 2010 г. – 84,9 млн руб.

В рамках программы **«Демография»** на проведение скрининга новорожденных и оказание кардиохирургической помощи населению финансирование увеличится с 85,1 млн руб. в 2008 г. до 96,9 млн руб. в 2010 г.

На внедрение **высоких технологий** (эндопротезирование крупных суставов, слухопротезирование и обеспечение острого и хронического диализа) за счет областного бюджета будет произведено финансирование в размере 33,2 млн руб. в 2008 г. до 60,4 млн руб. в 2010 г.

Укрепление ресурсной базы здравоохранения. На приобретение оборудования в 2008 г. выделено 284 млн руб., в 2009 г. – 152,2 млн руб., в 2010 г. – 210,3 млн руб.

Капремонты. Планируется ремонт учреждений областного подчинения на сумму: в 2008 г. – 466,6 млн руб., в 2009 г. – 781,6 млн руб., в 2010 г. – 620,2 млн руб. В 2008 г. запланирован ремонт в Областном клинико-диагностическом центре, Центре восстановительной медицины и реабилитации №1, Областном центре планирования семьи, территориальных филиалах противотуберкулезного диспансера, дерматовенерологического и психоневрологического диспансеров.

В 2008-2009 гг. будет осуществлено строительство областного перинатального центра.

Будет продолжено финансирование ПНП «Здоровье» из федерального центра по всем мероприятиям, кроме покупки автотранспорта и оборудования.

Льготное лекарственное обеспечение. Региональная льгота составит в 2008 г. 185 млн руб., в 2009 г. – 198,5 млн руб., в 2010 г. – 212,3 млн руб. Для обеспечения федеральных льготников из федерального бюджета предусмотрено в 2008 г. 754,2 млн руб.

Сегодня у медицины Дона есть все необходимое для того, чтобы соответствовать современному уровню. У нас есть возможности выполнять главную стратегическую за-

дачу государства – сбережение нации. А эта задача – общая. Проект «Здоровье» должен стать национальной идеей всех россиян. Надеемся, что 2008 год позволит нам укрепить

достижения прошедших лет и выйти на новый, более высокий уровень оказания профилактической и лечебной помощи жителям области.

Об итогах работы Управления Росздравнадзора по Ростовской области за 2007 г.

Трепель В.Г., руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

Управлением Росздравнадзора по Ростовской области подведены итоги деятельности за 2007 г. В настоящее время в структуру Управления входят:

- отдел организации государственного контроля медицинской деятельности;
- отдел организации государственного контроля фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ;
- отдел контроля качества медико-социальной помощи населению и контроля за реализацией приоритетных национальных проектов;
- административно-финансовый отдел.

Прошедший год был достаточно сложным, так как у большинства лицензиатов заканчивался срок действия лицензий как на фармацевтическую деятельность, так и на медицинскую. Управлением Росздравнадзора по Ростовской области в 2007 г. выдано 869 лицензий, из них на медицинскую деятельность – 449, на фармацевтическую – 320, на деятельности, связанные с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, – 130. В течение года проведено более 1 000 проверок соискателей лицензий, 274 плановые проверки лицензионных требований и условий. Также проводились проверки по другим направлениям работы:

- контроль порядка производства медицинской экспертизы,
- осуществление судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз,
- соблюдение стандартов качества медицинской помощи,
- порядок организации и осуществления медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов,
- соблюдение государственных стандартов социального обслуживания и др.

По выявленным нарушениям составлялись протоколы об административных правонарушениях. Арбитражным и мировыми судами приняты решения о привлечении виновных лиц к административной ответственности в виде административного штрафа и административного приостановления действия лицензии. Так, ООО «Д-Алекс» (г. Таганрог) осуществляло

медицинскую деятельность с грубыми нарушениями лицензионных требований и условий, при отсутствии действующего санитарно-эпидемиологического заключения, с использованием медицинской техники, не прошедшей технического обслуживания и поверки, а также с привлечением медицинских работников, не имеющих соответствующей подготовки. В отношении указанной организации вынесено решение суда об административном приостановлении деятельности сроком на 30 суток. ООО «Госпиталь святой Екатерины» (г. Ростов-на-Дону) осуществлялась медицинская деятельность при отсутствии документов, подтверждающих законность права пользования медицинским оборудованием, при отсутствии действующего санитарно-эпидемиологического заключения, с несоблюдением требований комплексного технического обслуживания медицинской техники и нарушением порядка предоставления платных медицинских услуг. В отношении данной организации также вынесено решение суда об административном приостановлении деятельности.

Учреждения, осуществляющие виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Списки II и III, лицензионные требования и условия нарушают в части:

- соблюдения правил хранения и ведения специальных журналов регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ;
- наличия документов, подтверждающих право собственности, или иное законное использование помещений для осуществления деятельности.

Перечисленные нарушения были выявлены в МУЗ «Районная больница» Азовского района Ростовской области, МУЗ «ЦРБ» Октябрьского района Ростовской области, ГУП РО Аптека №173 (ст. Тагинская) и др. Все лицензиаты привлечены к административной ответственности в виде штрафа: МУЗ «Районная больница» Азовского района Ростовской области – 400 МРОТ, ГУП РО Аптека №173 (ст. Тагинская) – 100 МРОТ и т.д.

Кроме того, при проведении проверок сотрудниками Управления Росздравнадзора было установлено, что ГУП РО «Таганрог Фармация», ГУП РО Аптека №110 (с. Ремонтное), ООО «Новофарм» (г. Новочеркасск) осуществляли фармацевтическую деятельность без лицензии. По составленным протоколам об административных нарушениях указанные предприятия были привлечены к административной ответственности в виде штрафа в размере 400 МРОТ. ГУП РО Аптека №137 (ст. Боковская), МУЗ «ЦРБ» Кашарского района, МЛПУЗ «Родильный дом №2» (г. Ростов-на-Дону), осуществляющие деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II, без лицензии, также привлечены к административной ответственности в виде штрафа: ГУП РО Аптека №137 (ст. Боковская) – в размере 400 МРОТ, остальные – 100 МРОТ.

По результатам проведенных проверок:

- дано 188 предписаний в адрес главных врачей ЦГБ, ЦРБ, руководителей аптечных учреждений по устранению нарушений, выявленных в ходе проверок;
- направлено 13 писем Главам Администраций муниципальных образований для привлечения к дисциплинарной ответственности лиц, допустивших нарушения;
- направлены письма министру здравоохранения Ростовской области.

В рамках контрольно-надзорных мероприятий Управлением Росздравнадзора по Ростовской области проведены проверки учреждений, обеспечивающих социальную защиту населения. Проверены 3 дома-интерната и 4 дома ребенка.

По результатам проверок составлены 2 протокола об административных правонарушениях и 6 предписаний по устранению замечаний. Направлены информационные письма министру здравоохранения РО и министру труда и социального развития о неудовлетворительном качестве оказания медицинской помощи детям в данных учреждениях.

В соответствии со ст. 5.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-1 с 1 января 2008 г. полномочия по лицензированию медицинской деятельности организаций муниципальной и частной систем здравоохранения (за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи), фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения), деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ (за исключением деятельности, осуществляемой организациями

оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения) осуществляются органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Однако Управления Росздравнадзора по субъектам осуществляют контроль и надзор за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий с правом направления предписаний об устранении выявленных нарушений, а также о привлечении к ответственности должностных лиц, исполняющих обязанности по осуществлению переданных полномочий.

В ходе надзорных мероприятий по выполнению приоритетного национального проекта «Здоровье» наиболее часто отмечаются факты нарушения п./п. «д» п. 5 Постановления Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30. По данным фактам составлено 18 протоколов об административных правонарушениях в отношении медицинских организаций и их руководителей в частности: МУЗ «ЦГБ» г. Зверев, МУЗ «ЦРБ» Каменского района, МУЗ «ЦРБ» Волгодонского района, МУЗ «ЦРБ» Орловского района, МУЗ «ЦРБ» Мартыновского района, МУЗ «БСМП» г. Волгодонска, МУЗ «Районная больница» Белокалитвенского района, МУЗ ГБ №2 г. Новошахтинск, МУЗ Детская поликлиника №8 г. Ростов-на-Дону, МУЗ «ЦРБ» Цимлянского района, МУЗ «ЦРБ» Кашарского района, МУЗ «ЦРБ» Заветинского района, МУЗ «ЦРБ» Ремонтненского района.

Замечаний в целевом использовании автомобилей скорой медицинской помощи не выявлено, вместе с тем имеются факты нарушений при эксплуатации комплектности АСМП (использование расходных материалов с истекшим сроком годности) в следующих ЛПУ: МУЗ «ЦРБ» Орловского района, МУЗ «ЦРБ» Мартыновского района, МУЗ «ЦРБ» Заветинского района и МУЗ «ЦРБ» Ремонтненского района.

Все оборудование, полученное в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, используется по назначению.

В течение года проведено 49 проверок обоснованности назначения лекарственных средств и рационального использования бюджетных средств, выделяемых для обеспечения федеральных льготников, а также обеспечения лекарственными средствами отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг при оказании дополнительной медицинской помощи. Из общего количества проведенных проверок 17 осуществлены совместно с Министерством здравоохранения Ростовской области и Ростовским областным фондом обязательного медицинского страхования.

При проверках отмечались следующие нарушения:

- назначение лекарственного препарата без проведения дополнительных методов обследований, предусмотренных стандартом медицинской помощи;
- отсутствие записи консультаций узких специалистов, подтверждающих целесообразность выбора лекарственного препарата;
- нерациональное комбинирование лекарственных средств;
- назначение на одного больного количества лекарственных препаратов, превышающего максимальную курсовую дозу приемов и др.

Указанные нарушения свидетельствуют о слабом контроле со стороны главных врачей ЛПУ.

По результатам проверок направлялись письма: заместителю Главы Администрации (Губернатора) Ростовской области, Министру здравоохранения области, Главам администраций муниципальных образований, начальникам управлений здравоохранением для привлечения лиц, допустивших нарушения, к дисциплинарной ответственности.

По результатам выявленных нарушений в прошлом году составлен 181 протокол об административных правонарушениях. Общая сумма штрафов составила 2 350 000 рублей.

Формирование здорового образа жизни как основной фактор улучшения здоровья населения Чеченской Республики

Яндаров В.М., к.м.н., засл. врач ЧР; Джунаидов Л.А., начальник Департамента лечебно-профилактической помощи МЗ ЧР, г. Грозный

Здоровье населения является критерием благополучия нации, где концентрируются такие категории, как экономика, экология, культура и политика.

Приоритетной задачей системы здравоохранения Чеченской Республики, как и страны в целом, является формирование государственной политики охраны и укрепления здоровья населения. В настоящее время нами предпринимаются организационные меры перехода здравоохранения от системы, ориентированной на лечение болезней, к системе охраны здоровья граждан. Актуальность данной проблемы не вызывает сомнения – показатели здоровья в целом находятся на неудовлетворительном уровне.

Из Послания Президента РФ В.В. Путина к Федеральному собранию РФ известно, что по важнейшим показателям здоровья Россия уступает многим странам. А Чеченская Республика, пережившая социальную и экономическую катастрофу, на фоне общего кризиса страны после распада СССР находится в еще более сложной демографической ситуации.

Существующий в настоящее время принцип организации охраны здоровья, как нам кажется, себя не совсем оправдывает. При болезненном устройстве здравоохранения вопросы диагностики и лечения больных существенно превалируют над профилактикой и активным сохранением здоровья.

Сегодняшняя система здравоохранения, ориентированная на борьбу с болезнью, не позволяет радикально улучшить состояние здоровья населения нашей страны. Это на-

глядно показывает анализ современной демографической ситуации в Чеченской Республике, которая остается сложной и характеризуется ухудшением состояния здоровья населения. При высоких показателях заболеваемости имеется тенденция к снижению средней продолжительности жизни. Население республики несет огромные потери из-за высокой заболеваемости вследствие снижения резервных возможностей, социально-психологических и физиологических механизмов адаптации.

Опережающий рост смертности от предотвратимых причин и «омоложение» смертности от них – свидетельство снижения внимания к профилактике и качеству лечения. Сложные экономические и социальные условия в республике, экологические потрясения, другие стрессогенные факторы проявились в негативной динамике социально обусловленных болезней.

Продолжается рост заболеваемости населения болезнями системы кровообращения. Страдающих **болезнями системы кровообращения** – 11 610,2 на 100 тысяч населения. Количество больных артериальной гипертензией в возрасте старше 15 лет составляет 142 тысячи человек.

Большую актуальность представляет для республики проблема заболевания **туберкулезом**. Среди инфекционных болезней туберкулез представляет собой одну из основных причин смертности взрослого населения. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу прогрессивно ухудшалась в Чеченской Республике с начала 90-х годов. На диспансерном учете насчитывается 18 154 больных, в том числе 2 364 детей.

Отмечается рост числа больных **сахарным диабетом** (ежегодно – более чем на 1 000 человек).

Заболеваемость **злокачественными новообразованиями** составляет 286,4 случаев на 100 тысяч населения. Только за 2007 г. вновь выявлены и взяты на диспансерный учет 3 249 больных. Подавляющее большинство больных, взятых на учет, имели запущенные формы заболевания. Основной причиной поздней выявляемости явилась слабая первичная и вторичная профилактическая работа.

За последние 10 лет растет **заболеваемость женского населения**. Более 80% беременных женщин поступают в родильные дома с различными генитальными и/или экстрагенитальными заболеваниями.

Социальные последствия **психических расстройств** представляют в республике серьезную проблему. В настоящее время на диспансерном учете по поводу психических расстройств находятся 2 490 человек, ежегодный их прирост составляет 2–3%. Серьезную озабоченность вызывают возросшие **наркотические пристрастия** – на диспансерном учете состоят 1 624 наркомана, что составляет 162,4 на 100 тысяч населения.

Сложившаяся ситуация объясняется не только отмеченными факторами, это и результат того, что в советские времена финансирование отрасли здравоохранения осуществлялось по остаточному типу. Чеченская Республика по состоянию здоровья населения занимала 72 место среди всех административных регионов. Эти реалии республики «обогатились» двумя войнами, разрушившими всю инфраструктуру жизнедеятельности населения.

Несоблюдение норм при строительстве и эксплуатации промышленных предприятий, особенно химического и нефтегазового комплекса, явилось причиной того, что в республике значительная часть населения, в том числе и дети, страдают **аллергическими заболеваниями, заболеваниями крови, кожи и глаз** в 15–20 раз чаще, чем в предыдущие годы.

Нам представляется, что ориентация государства на развитие рыночной экономики и создание правового демократического гражданского общества сама по себе не является гарантией успешной социальной политики в области обеспечения здоровья нации. Назрела необходимость структурной, социальной, экономической и психологической реорганизации, начиная со структуры здравоохранения и социального обеспечения, а также создания механизмов естественного взаимодействия системы здравоохранения со всеми сферами обеспечения жизнедеятельности человека. Необходимо новая, социально-ориентированная здоровьесцентристская политика на всех уров-

нях власти, сутью которой является сохранение и развитие здорового трудового потенциала всей страны. Прогрессивно улучшаясь, экономика страны должна создать мотивированную потребность граждан в сохранении и воспроизводстве своего здоровья.

К решающим факторам в укреплении генофонда населения Чеченской Республики система здравоохранения и руководство республики относят:

- приоритет профилактических и оздоровительных мероприятий,
- мотивацию ответственности гражданина за свое здоровье и здоровье своих близких,
- развитие внутренней культуры физического, психического и духовного состояния человека.

Президент Чеченской Республики Р.А. Кадыров приоритетными в деле восстановления и дальнейшего развития здоровья населения республики считает спортивно-оздоровительные мероприятия, необходимые для формирования здорового образа жизни, повышения социальной активности и укрепления здоровья молодежи; приобщение к физкультуре как составному элементу общенациональной культуры. Во всех городах, районных центрах и даже отдаленных небольших населенных пунктах возводятся спортивные арены, спортклубы, оснащенные современным спортивным оборудованием. Практически нет ни одной школы, где не было бы современного спортивного зала.

В области охраны и укрепления здоровья граждан предусматривается совершенствование организации и развитие государственных и негосударственных форм оказания населению специализированной медицинской помощи. Такая работа уже ведется, на базе крупных районных больниц формируются межрайонные медицинские центры с ориентиром на высокие медицинские технологии. В целях своевременного выявления заболеваний и эффективности их лечения повышается роль первичной медико-санитарной помощи, начато развитие стационарозамещающих технологий.

Особое внимание уделяется вопросам ранней диагностики и качественного лечения нарушений репродуктивного здоровья населения, прежде всего подростков.

Разрабатываются и внедряются мероприятия, направленные на обеспечение охраны, улучшение условий труда и устранение воздействия на здоровье работников неблагоприятных факторов; внедряются принципы экономической заинтересованности работодателей, предусматривающие развитие страхования от производственного травматизма с обеспечением охраны и укрепления здоровья населения.

В республике идет активная работа по поддержке молодых семей, улучшению их жилищных условий и созданию рабочих мест.

Влияние миграции населения на эпидемическую ситуацию по туберкулезу в Ростовской области

Рыжков С.И., засл. врач РФ, гл. врач ГУЗ «Противотуберкулезный клинический диспансер» Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

В ряду основных причин сохраняющейся напряженной эпидемической ситуации по туберкулезу одно из ведущих мест занимает миграция населения.

Ростовская область является одной из предпочтительных территорий выбора для миграционных потоков населения в Российской Федерации (РФ). Этому способствуют выгодное географическое положение и транспортные связи, природно-климатические условия и высокий уровень экономического развития региона.

Цель настоящего исследования – изучение эпидемиологических аспектов миграции больных активным туберкулезом в Ростовскую область за 2002-2006 гг.

В исследование включены результаты анализа информации о больных активным туберкулезом:

- прибывших на постоянное место жительства (ПМЖ) в Ростовскую область (по регионам, из которых прибыли эти больные),
- впервые выявленных (по срокам проживания в области на момент выявления туберкулеза).

При взятии на диспансерный учет больного активным туберкулезом, в том числе и по факту прибытия на ПМЖ, городские и районные противотуберкулезные диспансеры и кабинеты представляли в ГУЗ «Противотуберкулезный клинический диспансер» Ростовской области форму №089/у-туб, содержащую соответствующую дополнительную информацию. Данные об общей численности населения, прибывшего на ПМЖ в Ростовскую область в разрезе федеральных округов РФ, стран СНГ и др., получены из сводных годовых статистических отчетов Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Ростовской области.

Ежегодно в Ростовскую область на ПМЖ прибывает свыше 20 тыс. человек. При этом отмечено некоторое уменьшение численности населения, мигрирующего в область (с 28,4 тыс. чел. в 2002 г. до 21,6 тыс. чел. в 2006 г.). Аналогично, хотя и в меньшем объеме, сокращается и число больных активным туберкулезом, прибывающих на ПМЖ в область (–400 чел.).

Вместе с тем, при расчете интенсивного показателя болезненности туберкулезом за

изучаемый период отмечен рост этого показателя с 6 717,1 до 7 021,6 на 100 тыс. населения, прибывшего в Ростовскую область на ПМЖ (табл. 1).

Определенный интерес вызывает анализ болезненности туберкулезом среди мигрирующего населения в разрезе федеральных округов, стран СНГ и других. Из общего числа прибывших на ПМЖ больных активным туберкулезом граждане РФ составляют 82,9%, из стран постсоветского пространства – 17,1%. Наибольший удельный вес мигрантов, больных активным туберкулезом, составляют прибывшие из Южного Федерального округа (ЮФО) – 38,5%, Приволжского Федерального округа – 8,2%, Сибирского Федерального округа – 7,5%, Центрального Федерального округа – 11,8%. Наивысший уровень показателя болезненности туберкулезом среди мигрантов отмечен среди населения, прибывшего из Центрального и Южного федеральных округов РФ, а также из Украины, Белоруссии, Казахстана, Азербайджана, Таджикистана.

Ростовская область, являясь административным центром ЮФО, ощущает значительные миграционные процессы среди населения также и «внутри» самого округа (табл. 2).

Из общего количества больных активным туберкулезом, прибывших в Ростовскую область на ПМЖ из субъектов ЮФО, наибольший удельный вес занимают Краснодарский край – 43,0%, Ставропольский край – 25,3%, Волгоградская область – 14,0% и Республика Калмыкия – 11,3%, то есть самые крупные регионы округа. Наибольший уровень показателя болезненности туберкулезом среди населения, мигрирующего в Ростовскую область, отмечен у жителей Республики Калмыкия, Ставропольского и Краснодарского краев.

На напряженность эпидситуации по туберкулезу в Ростовской области существенное влияние оказывает высокий удельный вес больных туберкулезом, выделяющих микобактерии туберкулеза (МБТ), и больных фиброзно-кавернозным туберкулезом (ФКТ), что создает дополнительные источники туберкулезной инфекции среди населения области (табл. 3).

При распределении больных активным туберкулезом, прибывших на ПМЖ, по полу и

Таблица 1

Болезненность туберкулезом среди лиц, прибывших на ПМЖ в Ростовскую область

	2002	2003	2004	2005	2006
Количество прибывших на ПМЖ (абс.)	28435	25198	20521	22126	21619
Болезненность туберкулезом (на 100 тыс. прибывших)	6717,1	7814,1	8376,8	6503,7	7021,6

Таблица 2

Болезненность туберкулезом среди лиц, прибывших на ПМЖ в Ростовскую область из субъектов ЮФО

	2002		2003		2004		2005		2006	
	Кол-во прибывших на ПМЖ (абс.)	Болезненность туберкулезом (на 100 тыс. приб.)	Кол-во прибывших на ПМЖ (абс.)	Болезненность туберкулезом (на 100 тыс. приб.)	Кол-во прибывших на ПМЖ (абс.)	Болезненность туберкулезом (на 100 тыс. приб.)	Кол-во прибывших на ПМЖ (абс.)	Болезненность туберкулезом (на 100 тыс. приб.)	Кол-во прибывших на ПМЖ (абс.)	Болезненность туберкулезом (на 100 тыс. приб.)
Республика Адыгея	179	117,3	202	-	175	571,4	156	1282,1	209	478,5
Республика Дагестан	680	1029,4	682	1612,9	627	480,7	625	960,0	674	593,5
Республика Ингушетия	66	-	44	2272,7	67	1492,5	66	4545,5	78	2564,1
Кабардино-Балкарская Республика	303	-	306	326,8	281	355,8	311	321,5	270	370,4
Республика Калмыкия	726	964,2	708	3531,1	578	2076,1	550	2545,5	547	6032,9
Карачаево-Черкесская Республика	245	408,2	201	995,0	191	523,5	225	444,4	214	467,3
Республика Алания	333	-	316	632,9	359	2506,9	352	568,2	283	1060,1
Чеченская Республика	543	1473,3	553	2350,8	387	1550,3	267	1498,1	252	1984,1
Краснодарский край	3945	1419,5	3759	1862,2	3385	2333,3	3218	2703,5	3041	4143,4
Ставропольский край	1546	1034,9	1451	1516,2	1244	2411,5	1301	1844,7	1391	5319,9
Астраханская область	304	328,9	231	1298,7	197	1522,8	245	2040,8	186	1075,3
Волгоградская область	1314	989,3	1311	1906,9	1079	1853,5	1198	2754,6	1048	3912,2
ЮФО всего:	7840	1415,8	9764	1762,3	8567	1926,0	8514	2137,7	8193	3576,2

Таблица 3

Удельный вес бактериовыделителей и больных фиброзно-кавернозным туберкулезом среди лиц, прибывших на ПМЖ в Ростовскую область

годы	2002	2003	2004	2005	2006
% от прибывших:					
Больные, выделяющие МБТ	43,2	42,0	37,8	47,2	47,9
Больные ФКТ	10,3	11,7	13,4	14,6	10,4

возрасту отмечено, что в Ростовскую область мигрируют в основном мужчины (87%) молодого трудоспособного возраста (30-40 лет).

Анализ социальной структуры прибывших на ПМЖ в Ростовскую область больных активным туберкулезом показал сокращение удельного веса лиц, освободившихся из учреждений Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) при сохраняющейся среди них высокой доле больных, выделяющих МБТ, и больных ФКТ (табл. 4).

Ощутимое влияние миграционных процессов на эпидситуацию по туберкулезу в Ростовской области подтверждает анализ длительности проживания в Ростовской области больных с впервые выявленным активным туберкулезом на момент выявления у них заболевания (табл. 5).

Как видно из представленной таблицы, постоянно проживающие в Ростовской области менее 5 лет составляют свыше 1/3 от всех впервые заболевших активным туберкулезом. При этом среди них ежегодно сохраняется высоких удельный вес лиц, ранее освободившихся из учреждений ФСИН и прибывших на ПМЖ в Ростовскую область. Особенно это относится к впервые выявленным больным активным туберкулезом, проживавшим в Ростовской области на момент выявления у них туберкулеза менее 1 года и до 2-х лет.

Дополнительное существенное влияние на резервуар туберкулезной инфекции среди населения Ростовской области оказывают и такие сложно управляемые контингенты как иностранные граждане и лица без гражданства. За последние годы совместно скоординированные действия территориальных органов миграционной службы, Роспотребнадзора и противотуберкулезной службы позволили выявить среди вышеназванных контингентов в 2006 году – 119, а в 2007 году – только 35 больных активным туберкулезом. Наибольшее количество больных активным туберкулезом среди иностранных граждан выявлено у жителей Украины, Армении и Азербайджана.

Результаты проведенного исследования достоверно иллюстрируют значительное влияние миграционных процессов на формирование основных эпидемиологических показателей заболеваемости и болезненности туберкулезом среди населения Ростовской области.

- Подтверждено также дополнительное воздействие миграционных процессов на резервуар туберкулезной инфекции среди населения области.
- Определены группы населения, требующие усиления среди них профилактических комплексных мероприятий территориальных органов Роспотребнадзора, миграционной службы, ФСИН и противотуберкулезной службы.

Таблица 4

Удельный вес больных активным туберкулезом, освободившихся из ФСИН, среди прибывших на ПМЖ в Ростовскую область

	2002	2003	2004	2005	2006
Лица, больные активным туберкулезом, освободившиеся из ФСИН (% от прибывших)	70,7	62,5	46,5	58,4	53,1
из них:					
- выделяющие МБТ (%)	42,0	35,5	42,5	54,1	56,1
- больные ФКТ (%)	9,2	8,6	13,1	9,5	6,3

Таблица 5

Распределение впервые выявленных больных активным туберкулезом по длительности проживания в Ростовской области на момент выявления туберкулеза

Сроки проживания в/в больных туберкулезом в Ростовской области (%)	2002	2003	2004	2005	2006
до года	13,9	13,2	8,4	7,7	7,3
1-2 года	5,7	4,9	5,2	5,3	5,4
2-3 года	7,3	7,2	8,2	6,9	7,0
3-5 лет	9,2	9,7	9,2	13,2	13,3
Всего от 1 года до 5 лет,	36,1	35,0	31,0	33,1	33,0
из них:					
лица, освободившиеся из ФСИН (%)	79,4	82,9	78,6	80,1	79,7

Весь спектр портативного ультразвука!



Стационарные ультразвуковые сканеры от производителей всего мира



реклама

ЗАЩИТА ОТ ВБИ

Борьба с внутрибольничными инфекциями (ВБИ) в последнее время стала предметом пристального внимания медицинских работников, особенно много времени уделяют этой проблеме в стационарах и поликлиниках. Актуальность проблемы обусловлена тенденцией к росту таких особо опасных инфекций как ВИЧ, гепатиты и другие заболевания, передающиеся через кровь. Инфицирование пациентов происходит при использовании нестерильного инструмента, а заражения медицинского персонала чаще всего связаны со случайным травмированием рук загрязненными инструментами на стадии их предстерилизационной очистки. Для предупреждения возникновения и распространения ВБИ необходимо проводить полный комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий. Основным и самым важным из них является обеспечение полноценного дезинфекционно-стерилизационного режима во всех подразделениях ЛПУ.

КЛЮЧ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ – УЗО «МЕДЭЛ»

Сегодня, когда на дворе 21 век – век электроники и высоких технологий – во многих российских ЛПУ загрязненный медицинский инструмент (хирургический, гинекологический и т.д.) очищается персоналом вручную, после чего происходит его дезинфекция и стерилизация. При ручной мытье колющего и режущего инструмента возможно травмирование рук медперсонала с последующим заражением ВБИ. Чтобы избежать заражения, инструменты сначала дезинфицируют, а уже после обрабатывают вручную ершами, щетками, ватно-марлевыми тампонами. Но и здесь обнаружены свои подводные камни: многие дезрастворы обладают фиксирующим действием и после них труднее очистить инструменты. В результате трудоемкость ручной очистки многократно возрастает.

Большинство этих проблем снимается с внедрением в процесс предстерилизационной очистки ультразвуковых (УЗ) машин (моек). УЗ обладает высокой очищающей способностью. Под его воздействием в растворе формируются акустические волны и кавитационные пузырьки, которые, сталкиваясь с препятствиями, оказывают на них гидродинамическое воздействие, разрушая и удаляя с этих поверхностей белковые, лекарственные, масляные и другие загрязнения. Под действием УЗ очищаются самые сложные инструменты с замковыми частями, самые мелкие отверстия (до 1 мм в диаметре). Но самое главное, при УЗ-очистке сводится к минимуму контакт рук персонала с очищаемым инструментом и, как следствие, возможность заражения ВБИ.

Необходимость в УЗ-мойках сегодня настолько очевидна, что вряд ли кто-то будет ее оспаривать. Приказом МЗ РФ № 753 от 01.12.05 «Аппараты для ультразвуковой очистки инструментов» введены в табели оснащения кабинетов врачей стоматологов, рефлексотерапевтов, хирургов; в оборудование, необходимое в центральных стерилизационных отделениях. Сейчас пользователей и снабженцев более интересует, какое именно УЗ-оборудование предпочтительнее в уже довольно широком ассортименте отечественных и импортных производителей, как выбрать оптимальное сочетание цены и качества.

В связи с этим представляем Вам УЗ-оборудование **УЗО «МЕДЭЛ»** Елатомского приборного завода, которое благодаря своей конструкции принципиаль-



но отличается от УЗ-моек других производителей. В мойках традиционного типа УЗ-излучатель находится на дне ванны, тогда как в УЗ-мойках **УЗО «МЕДЭЛ»** излучатель вмонтирован в крышку, что дает процессу очистки следующие преимущества:

1. Создается более качественный и в то же время щадящий режим очистки, который не приводит к порче и затуплению инструмента. Более того, с инструментария очищается ржавчина: «После нескольких УЗ-обработок головки с алмазным напылением вновь приобрели серебристый цвет. Особенно качественно очистились гладилки. Приятный результат» (отзыв МСЧ ОАО «Приокский завод цветных металлов», стоматологический кабинет).
2. Позволяет снизить в 2-3 раза подводимую мощность, так как на пути УЗ-волн к объектам обработки отсутствует затрудняющая (экранирующая) доступ металлическая сетка-контейнер для инструментов. При этом, помимо экономии энергии, снижается пагубное влияние УЗ на «живучесть» (дезинфицирующую активность) дезсредства. Значительно уменьшаются размеры кавитационных пузырьков, что приводит к увеличению их проникающей способности и, следовательно, более качественной очистке.

Достоинства установок **УЗО «МЕДЭЛ»** неизменно оправдывают затраты на их приобретение, так как позволяют быстро выполнять трудоемкую и рутинную ручную работу персонала. При этом сокращается время обработки инструмента, повышается степень очистки, сохраняется новый вид инструмента в течение всего срока службы. В отзывах и отчетах потребителей применение УЗ-моек **УЗО «МЕДЭЛ»** получило высокую оценку как новый метод ресурсосберегающих технологий в условиях ЛПУ. Практика показала, что применение **УЗО «МЕДЭЛ»** целесообразно не только на крупных пунктах предстерилизационной обработки инструментов, таких как центральные стерилизационные отделения, но и практически в каждом отделении, где есть дежурные посты и процедурные кабинеты.

Немаловажно и то, что благодаря применению ванн из полимерных материалов **УЗО «МЕДЭЛ»** в 1,5-2 раза дешевле традиционных стальных моек. Выпускаемый объем – 1, 3, 5, 10 литров, средний срок службы – пять лет.

По вопросам сотрудничества обращаться:

**ОАО «Елатомский приборный завод», 391351, Рязанская область,
г. Елатьма, ул. Янина, 25. Тел./факс: (49131) 91-4-50, 2-21-09,
admin@elamed.com; www.elamed.com.**

О диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (на примере Астраханской области)

Резникова В.А., зам. гл. врача ГУЗ «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой»;
Сагитова Г.Р., д.м.н., доцент каф. детских болезней ФПО ГОУ ВПО АГМА;
Безрукова Л.В., гл. специалист МЗ АО; Афанасьева Е.В., Абдрашитова А.В.,
ГУЗ «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой»; г. Астрахань

В России для 260 тысяч детей государственное детское учреждение вынуждено является единственным домом. Одним из приоритетных направлений в области здравоохранения и социальной политики государства считается оказание медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей. В период любого кризиса в первую очередь страдают наименее социально защищенные слои общества, к которым относится эта группа детей. Именно здоровье детей может служить индикатором социального благополучия, а отношение к ним государства определяет степень его цивилизованности.

Организация работы по диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на территории Астраханской области проводилась в соответствии с регламентирующими документами:

- Постановление Правительства РФ от 10.04.2007 №221 «О порядке утверждения правил проведения в 2007 году диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.07.2007 №452 «О правилах проведения диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»;
- Приказ министерств здравоохранения, образования и науки, социального развития и труда Астраханской области от 12.09.2007 №239 Пр/823 «О проведении диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».

Названным приказом определен перечень стационарных учреждений, где содержатся дети, подлежащие диспансеризации. На территории сельских районов области расположено 21 такое учреждение, на территории областного центра их 22.

Из 43 учреждений в подчинении:

- Министерства здравоохранения – 3 специализированных дома ребенка (осмотрено 228 детей);
- Министерства образования и науки – 28 учреждений (осмотрен 941 ребенок);
- Министерства труда и социального развития – 12 учреждений (осмотрено 84 ребенка).

Всего подлежали диспансеризации 1 453 ребенка, осмотрены 1 253, что составляет 86,2%. Не осмотрены 200 детей, в том числе 190 вос-

питанников ОГСУ социального обслуживания «Разночиновский детский дом-интернат для умственно-отсталых детей», находящийся на территории с. Разночиновка Наримановского района Астраханской области. 10 детей в период проведения диспансеризации были усыновлены в семьи.

К проведению диспансеризации были привлечены специалисты 19-ти ЛПУ, в том числе муниципальных учреждений здравоохранения, находящихся на территории областного центра (8), в сельских районах (10) и одно государственное учреждение здравоохранения – ГУЗ «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой». Специалистами городских МУЗ осмотрены 495 детей, районных МУЗ – 466, ГУЗ «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» – 292 ребенка.

В ОГСУ социального обслуживания «Разночиновский детский дом-интернат для умственно-отсталых детей» дети не осмотрены из-за отсутствия передвижного УЗИ-аппарата и неадекватного поведения больных, обусловленного тяжелой психоневрологической патологией.

В возрастной категории 0-4 года включительно осмотрены 247 (19,7%) детей, в категории 5-17 лет включительно – 1 006 человек (80,3%).

Во всех возрастных группах преобладают мальчики – 751 ребенок (59,9%).

Комплексная оценка состояния здоровья детей производилась в соответствии с приказом Минздравсоцразвития от 30.12.2003 №621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».

I группа здоровья определена 9 детям старше 10 лет. В младших возрастных группах абсолютно здоровых детей нет.

II группа здоровья преобладает у детей старше 6 лет – 369 детей (29,4%).

III группа здоровья определена у наибольшего числа детей – у 734 (58,6%). В возрастной

категории до 1 года, 1 год, 2 года и старше 8 лет от 50% до 75% детей имеют III группу здоровья.

К **IV группе здоровья** отнесено 18 детей (1,4%), преимущественно дети до 2-х лет и 8-11 лет.

К **V группе здоровья** отнесены 123 ребенка-инвалида (9,8%).

Всего зарегистрировано **заболеваний по классам и отдельным нозологиям** 4 096.

На **1 месте** по распространенности психические расстройства и расстройства поведения – 1 058 (25,5%) случаев, из них умственная отсталость – 498 (47%) случаев от заболеваний данного класса.

На **2 месте** болезни органов пищеварения – 560 (13,7%) случаев. Около 70% заболеваний данного класса составляет кариеес.

На **3 месте** болезни нервной системы – 532 случая (13%).

На **4 месте** болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 419 (10,2%) случаев.

На **5 месте** болезни костно-мышечной системы – 347 (8,5%) случаев.

На **6 месте** врожденные аномалии – 303 случая (7,4%). Врожденные пороки системы кровообращения среди заболеваний данного класса составили 172 случая (56,7%).

Категорию «ребенок-инвалид» имеют 124 человека, что составляет 9,89% от числа осмотренных детей. Наибольшее число детей-инвалидов в возрастной группе от 1 года до 7 лет. В специализированных домах ребенка воспитываются 72 ребенка, что составляет 58% от общего числа инвалидов. В учреждениях, расположенных в сельских районах, – 9 человек (7,3%), в городских – 43 человека (34,7%).

Инвалидность «с рождения» и «приобретенная» распределена в равных пропорциях – 63 случая (50,9%) и 61 случай (49,1%) соответственно. 25 детям категория «ребенок-инвалид» установлена впервые.

Причинами инвалидности детей в возрасте до 4-х лет являются болезни нервной системы (55% случаев), врожденная патология (24%), психические расстройства (17%).

В старшем возрасте психические расстройства и расстройства поведения являются причиной инвалидности в 48% случаев. Умственная отсталость у детей-инвалидов старшего возраста составляет 60% в данном классе заболеваний.

Болезни нервной системы зарегистрированы в 17,3% случаев, структура заболеваний представлена детским церебральным параличом.

Болезни глаза и его придаточного аппарата составили 11,5% случаев, болезни уха и сосцевидного отростка – 7,7% случаев.

Индивидуальные программы реабилитации разработаны для 119 (96%) детей, выполнены в полном объеме у 116 человек.

До проведения диспансеризации всего зарегистрирован 1 191 диагноз, из них 308 неуточненных, после проведенной диспансеризации зарегистрировано 1 244 диагноза, из них 467 неуточненных. Удельный вес неуточненных диагнозов из числа зарегистрированных после проведенной диспансеризации колеблется от 21% до 56% в каждой возрастной группе.

По классам выявленной патологии **неуточненные диагнозы** распределены следующим образом:

1 место – болезни органов пищеварения – 256 (20,6%) случаев.

2 место – психические расстройства и расстройства поведения – 73 случая (5,8%).

3-4 место – болезни нервной системы и болезни эндокринной системы – 69 и 68 случаев соответственно (по 5,5%).

5 место – врожденные аномалии развития – 33 случая (5,7%).

В дополнительном обследовании на областном уровне нуждаются 367 детей, на федеральном – двое. Наибольшая потребность в дообследовании у детей школьного возраста, с 9 до 17 лет включительно.

По итогам диспансеризации снято 194 диагноза.

Охват профилактическими прививками составил 99,7%. Привиты по возрасту 1 237 детей (98,7%). Не привиты частично по медицинским показаниям 8 детей (0,6%). Не привиты частично по другим причинам 4 ребенка (0,3%). У четверых детей, вновь поступивших в стационарное учреждение, сведений о профилактических прививках на момент проведения диспансеризации не было.

Министерством здравоохранения Астраханской области было проведено совещание со специалистами учреждений здравоохранения, образования и социального развития, а также фонда обязательного медицинского страхования. Участники совещания решили ряд организационных вопросов, в том числе по обеспечению каждого учреждения учетными формами. По итогам проведенной диспансеризации Министерством здравоохранения Астраханской области организована передача данных в Центр мониторинга диспансеризации на базе ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии» Росмедтехнологии в срок, указанный в приказе.

Таким образом, по результатам проведенной региональной диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, был принят комплекс стратегических и тактических мероприятий, направленных на оптимизацию медико-социальной помощи этой группе пациентов.

Особенности течения и лечения артериальной гипертензии у подростков

Кошенская И.Н., асс. кафедры; Чесникова А.И., д.м.н., проф. кафедры внутренних болезней №1 ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Ростов-на-Дону

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных хронических неинфекционных заболеваний во всем мире. Эпидемиологические исследования, проведенные в последние годы в различных регионах России, свидетельствуют о том, что АГ страдает около 40% взрослого населения [5]. Широкая распространенность АГ во взрослой популяции создает предпосылки для рассмотрения этой проблемы в различных аспектах, в частности, нередко недооценивается факт, что истоки АГ находятся в детском и подростковом возрасте.

По данным популяционных исследований, АГ среди детей и подростков наблюдается в 2,4-18% случаев, достигая своего максимума именно в подростковом периоде (13-15 лет). Важно отметить, что в течение последующих 3-7 лет АД остается повышенным у 33-42% подростков, из них у 17-25% АГ приобретает прогрессирующее течение с формированием гипертонической болезни [3].

В настоящее время в ЮФО официально зарегистрировано более 11 000 случаев артериальной гипертензии у детей и подростков. В таблице 1 представлена динамика показателей заболеваемости АГ в ЮФО.

Структура АГ в детском и подростковом возрасте отличается от структуры в старших возрастных группах. У детей и подростков значительно чаще встречается ИСАГ (рис.1), что связано с вегетативной дисфункцией и гиперсимпатикотонией. Общепризнанно, что АГ и другие факторы риска влияют на сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность в основном в пожилом возрасте. Детей и подростков традиционно относят к группе низкого сердечно-сосудистого риска, но результаты ряда исследований последних лет опровергают эту точку зрения [2, 3].

С медицинской точки зрения, подростковый возраст – период гормональных, психологических перестроек, которые существенным образом оказывают влияние на развитие сердечно-сосудистой системы и, несомненно, отражаются на уровне артериального давления. Подростковый возраст существенным образом влияет на уровень АД вследствие лабильности нейрогенных и гуморальных механизмов регуляции кровообращения растущего организма. Как известно, прогрессивное увеличение уров-

ней как систолического (САД), так и диастолического артериального давления (ДАД) происходит с возрастом. Наиболее значительные изменения приходятся на период 13-18 лет. У юношей-подростков в силу того, что мышечная масса у них более развита, а пубертатный период наступает значительно позже, показатели АД несколько выше, чем у девушек. В то же время у девушек-подростков с наступлением полового созревания увеличивается продукция эстрогена, что приводит к небольшому снижению ДАД [2].

Генез АГ в подростковом возрасте сложен, обусловлен многообразными гемодинамическими и патофизиологическими нарушениями, влиянием различных нейрогуморальных факторов, приводящих к нарушению ауторегуляции. При АГ наблюдается перестройка гемодинамики в виде несоответствия между сердечным выбросом и общим периферическим сопротивлением (ОПСС). На ранних этапах развития АГ определяется повышение сердечного выброса, при этом ОПСС умеренно повышается или остается нормальным. По мере прогрессирования и стабилизации АГ ОПСС значительно увеличивается.

Кроме этого, важная роль в ауторегуляции кровообращения и развитии АГ у детей и подростков отводится функциональному состоянию ЦНС, особенно вегетативной нервной системы, преобладанию симпатикотонии и снижению парасимпатического влияния [4]. Однако исследования вариабельности сердечного ритма показали преобладание симпатических влияний только у 42% пациентов [3]. Важно отметить, что у детей и подростков вегетативная нервная система обеспечивает регуляцию системного кровообращения, согласованность местных и общих сосудистых реакций в покое и в условиях физической и психоэмоциональной нагрузки.

По современным данным, в развитии АГ ключевая роль отводится дисфункции эндотелия сосудистой стенки, что способствует утолщению сосудистой стенки и повышению ОПСС. Эндотелий вырабатывает оксид азота – эндотелийрелаксирующий фактор, физиологически снижающий тонус сосудов, а также вазоконстриктор – эндотелин. Установлено, что в условиях АГ продукция эндотелийрелаксирующего фактора снижается, а эндотелина нарастает,

способствуя гипертрофии сосудистой стенки. Совокупность вышеуказанных патогенетических механизмов приводит к нарушению гемодинамики с увеличением сердечного выброса и повышением ОПСС, что приводит к формированию и стабилизации АГ. Патогенетические механизмы АГ у подростков представлены на рисунке 2.

В отличие от взрослых, у детей и подростков, согласно современным представлениям, имеется отчетливая возрастная динамика АД. В связи с тем, что на величину АД у детей и подростков оказывают влияние многие факторы (возраст, пол, рост, масса тела, период полового созревания и т.д.), методика диагностики АГ, применимая для лиц старше 18 лет, у данного контингента неприемлема. В связи с этим диагностику АГ необходимо проводить центильным методом с использованием специальных таблиц, основанных на результатах популяционных эпидемиологических исследований, с центильным распределением уровня АД в зависимости от пола, возраста, роста [6, 7, 8, 9]. Диагностика состоит из следующих этапов:

- Определение перцентиля роста, соответствующего полу и возрасту.
- Вычисление средних значений САД и ДАД на основании 3-х измерений, проведенных с интервалом 3-5 минут и подтвержденных при повторных измерениях на трех визитах с интервалом 10-14 дней.
- Сопоставление средних значений САД и ДАД с 90 и 95 перцентилями АД, соответствующими полу, возрасту и перцентилю роста пациента.

АГ у детей и подростков определяется как состояние, при котором средний уровень САД и/или ДАД, рассчитанный на основании трех отдельных измерений, равен или превышает 95-й перцентиль кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста.

В 2003 г. экспертами Всероссийского научного общества кардиологов и Ассоциации детских кардиологов России были изданы первые российские Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике АГ у детей и подростков, которые в настоящее время и определяют современные критерии диагностики, классификацию и тактику ведения данной категории пациентов [1].

Основные принципы лечения АГ у подростков заключаются в следующем.

Немедикаментозное лечение АГ должно быть рекомендовано всем детям и подросткам, что включает в себя снижение избыточной массы тела, оптимизацию физической активности, отказ от курения и употребления алкоголя, рационализацию питания, лечение вегетативных нарушений.

Медикаментозная терапия назначается в случае неэффективности немедикаментозного лечения на протяжении 6-12 месяцев, при наличии у подростка II-й степени АГ и высокого сердечно-сосудистого риска. Использование гипотензивных препаратов у детей и подростков осложнено недостаточной научной базой данных, касающихся эффективности лекарственных препаратов и особенностей их фармакокинетики, а также отсутствием рекомендаций со стороны производителей лекарств по применению многих препаратов в этом возрасте. Существенно затрудняет применение гипотензивных препаратов и отсутствие четких возрастных формулярных рекомендаций.

Выбор лекарственного препарата осуществляется с учетом индивидуальных особенностей пациента, возраста, сопутствующих состояний (ожирение, сахарный диабет, состояние вегетативной нервной системы, ГМЛЖ, функциональное состояние почек и др.). С целью уменьшения возможных побочных эффектов лечение начинают с минимальной дозы одним лекарственным препаратом длительного действия. В случае недостаточного гипотензивного эффекта при хорошей переносимости препарата целесообразно увеличить дозировку данного лекарственного средства. При неэффективности монотерапии возможно применение сочетаний нескольких лекарственных препаратов в малых дозах (рис. 3). Минимальная продолжительность медикаментозного лечения – 3 месяца, предпочтительнее – 6-12 месяцев. Через 8-12 недель от начала лечения проводится оценка эффективности гипотензивного лечения. При адекватно подобранной терапии после 3-х месяцев непрерывного лечения возможно постепенное снижение дозы препарата вплоть до полной его отмены с продолжением немедикаментозного лечения при стабильно нормальном АД. Контроль эффективности немедикаментозного лечения проводится 1 раз в 3 месяца.

В настоящее время для лечения детей и подростков с АГ могут использоваться гипотензивные препараты пяти основных групп: диуретики, β -адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы кальциевых каналов и антагонисты рецепторов ангиотензина II. Основные препараты, используемые в практике, представлены в таблице 2.

Диспансеризация – метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья населения, в том числе детей и подростков. Диспансерному наблюдению подлежат все дети сотягощенной наследственностью по гипертонической болезни, высоким нормальным АД, АГ и гипертонической болезнью.

Диспансеризация включает в себя следующие мероприятия:

- постановку на медицинский учет всех лиц детского и подросткового возраста с отягощенной наследственностью по гипертонической болезни, высоким нормальным АД, АГ и гипертонической болезнью;
 - периодическое медицинское обследование этих лиц с целью предупреждения прогрессирования АГ;
 - проведение комплекса оздоровительных и лечебных мероприятий, направленных на нормализацию АД;
 - проведение врачебно-профессиональной консультации и профориентации детей и подростков с АГ и гипертонической болезнью с учетом их пола и возраста;
 - при подтверждении диагноза АГ (эссенциальной или симптоматической) или гипертонической болезни подросток наблюдается 1 раз в 3-4 месяца;
 - консультация нефролога, окулиста и невропатолога по показаниям.
- Дети и подростки с АГ должны быть включены в III-ю группу здоровья, а с гипертонической болезнью – в IV-ю. Все данные вносятся в историю болезни (Ф. 112/у) и медицинскую карту ребенка (Ф. 026/у-2000). Показаниями для стационарного обследования детей и подростков с АГ являются: стойкое повышение АД, наличие сосудистых кризов, недостаточная эффективность лечения в амбулаторных условиях, неясность генеза АГ.

Таблица 1

Заболеваемость артериальной гипертензией в ЮФО

	Всего зарегистрировано			Общая заболеваемость, %		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Дети (0-14 лет)						
РО	528	578	532	0,82	0,93	0,89
ЮФО	3368	3259	5702	0,82	0,82	1,45
Подростки (14-18 лет)						
РО	787	857	868	5,41	3,95	4,60
ЮФО	4825	4838	5382	4,31	4,17	4,82

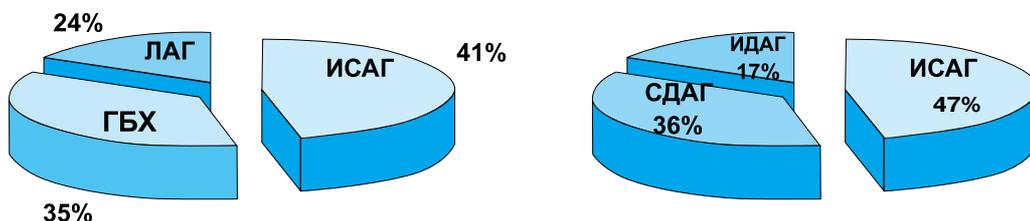
Таблица 2

Основные группы антигипертензивных препаратов, применяемых для лечения АГ

Класс ЛС	Особенности	Показания	Противопоказания	Препараты
Диуретики	1. Применяются тиазидные диуретики и тиазидоподобные 2. Петлевые диуретики применяют при ГК и сопутствующей почечной патологии 3. Низкие дозы (6,25 мг) повышают эффективность других ЛС 4. Контроль К ⁺ , липидов, ЭКГ 1 раз в месяц	1. Ожирение 2. Сахарный диабет 3. ГМЛЖ 4. Систолическая АГ	1. Гипокалиемия 2. Гиперлипидемия 3. Ортостатическая гипотония 4. Гиперурикемия	Гидрохлортиазид дети: 1-3 мг/кг/сут., подростки: 12,5-25 мг/сут. Индапамид ретард подростки: 1,5 мг/сут. *Спиронолактон, Фуросемид, Триамтерен изучаются в многоцентровых исследованиях
и-АПФ	1. Наиболее эффективны у детей младшего возраста 2. У сексуально активных девочек-подростков применять с осторожностью (каждые 8 недель необходимо проводить тест на беременность) 3. Прием и-АПФ под контролем калия, ОАК, функции почек каждые 8 недель	1. Систоло-диастолическая АГ 2. Сахарный диабет	1. Беременность 2. Гиперкалиемия 3. Стеноз почечных артерий	Каптоприл дети: 0,1-0,5 мг/кг 2-3 р/сут.; подростки: 12,5-25 мг 2-3 р/сут. Эналаприл дети: 0,1-0,2(0,5) мг/кг/сут. 1-2 р/день, подростки: 5-40 мг/сут. Фозиноприл подростки: 5-20 мг/сут.
β-блокаторы	1. Контроль глюкозы, липидов, ЭКГ 2. Оценка эмоционального состояния, вегетативной реактивности и мышечного тонуса	1. Гиперкинетический тип кровообращения 2. Тахикардия 3. Гиперсимпатикотония	1. Обструктивные заболевания легких 2. Нарушения проводимости 3. Депрессия 4. Физически активные подростки	Метопролол 50-100 мг/сут. Атенолол 25-50 мг/сут. *Бисопролол Подростки: 2,5-5,0 мг/сут.
Блокаторы кальциевых каналов	1. Рекомендуется регулярная оценка эмоционального состояния 2. Оценка мышечного тонуса	1. Систолическая АГ 2. Необходимость сочетания с НПВС	1. Беременность 2. Выраженный стеноз устья аорты	Амлодипин дети: 0,3 мг/кг/сут., подростки: 5-10 мг Нифедипин ретард подростки: 20 мг/сут. *Фелодипин Исрадипин
Антагонисты рецепторов ангиотензина II	1. При патологии печени используют минимальные дозы 2. С осторожностью при двустороннем стенозе почечных артерий или стенозе почечной артерии единственной почки	1. Систоло-диастолическая АГ 2. Сахарный диабет 3. Непереносимость ИАПФ	1. Гиперкалиемия 2. Гиперчувствительность 3. Дегидратация 4. Беременность 5. Лактация	Лозартан подростки: 25-50 мг/сут. Возможно увеличение дозы до 100 мг/сут. Валсартан: 80 мг/сут.

Охват диспансерного наблюдения в ЮФО

	Дети (0-14 лет), %		Подростки (14-18 лет), %	
	2005 г.	2006 г.	2005 г.	2006 г.
РО	66,96	65,23	73,63	75,23
ЮФО	66,12	38,67	60,91	61,74



Петров В.И., Ледяев М.Я., 2006

Ziak Pediatric Hypertension Study, 2001

ИСАГ – изолированная систолическая АГ
 ИДАГ – изолированная диастолическая АГ
 СДАГ – систоло-диастолическая АГ
 ГБХ – гипертония белого халата
 ЛАГ – лабильная артериальная гипертензия

Рис. 1. Структура артериальной гипертензии у детей и подростков

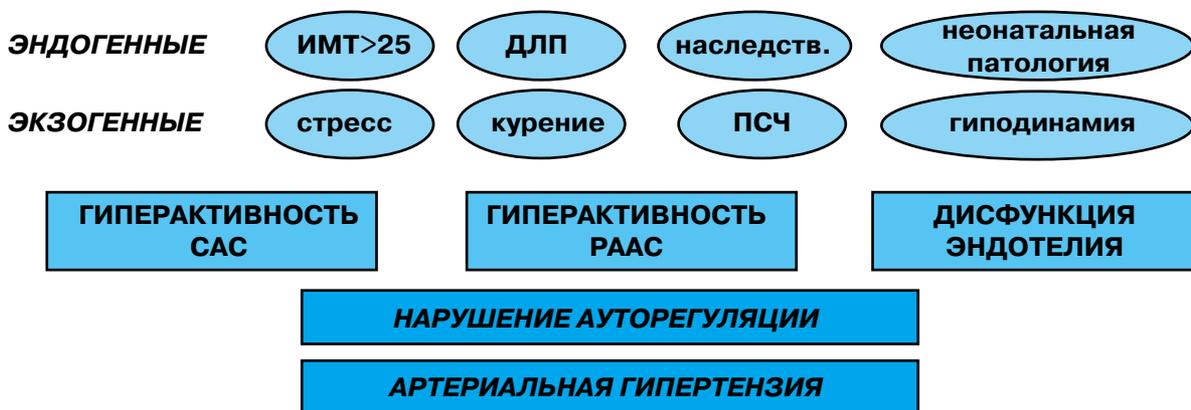
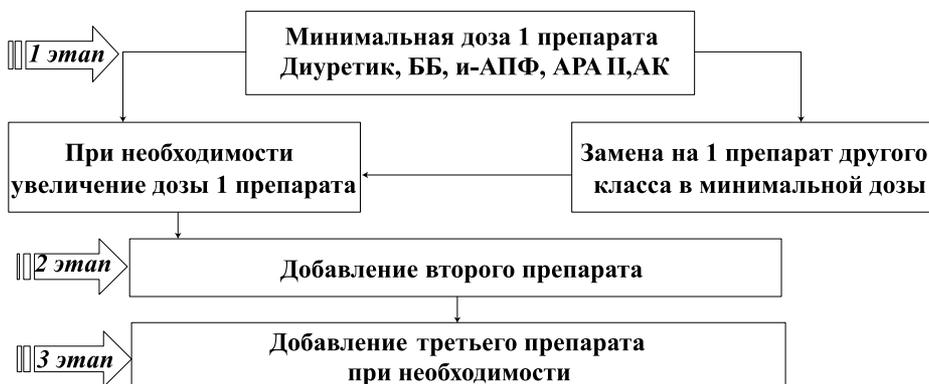


Рис. 2. Механизмы развития артериальной гипертензии у подростков



Рекомендации ВНОК и АДК России, 2003 г.

Рис. 3. Этапы антигипертензивной терапии у детей и подростков

Согласно официальной статистике, на диспансерном учете в ЛПУ ЮФО состоят 38,7% детей (0-14 лет) и 61,7% подростков (14-18 лет). В таблице 3 представлена динамика показателей охвата диспансерным наблюдением детей и подростков, страдающих АГ.

В заключение следует отметить, что АГ у подростков является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, значимость которого усиливается с возрастом. Внимательное и бережное отношение к детям и подросткам, раннее выявление и устранение факторов риска, комплексный подход к лечению АГ, активный динамический мониторинг, солидарность и взаимная заинтересованность педиатров, кардиологов и терапевтов в решении проблемы позволят, проявляя заботу о будущем поколении, уменьшить риск и частоту сердечно-сосудистых заболеваний во взрослой популяции.

Литература

1. Российские Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии у детей и подростков, созданные экспертами Всероссийского научного общества кардиологов и Ассоциации детских кардиологов России. – 2003.

2. Кисляк О.А., Малышева Н.В. и др. Диагностика и лечение артериальной гипертензии у девушек-подростков.// Проблемы женского здоровья. – 2007. – Т. 2. – №1. – С. 58-68.

3. Кисляк О.А. Артериальная гипертензия в подростковом и молодом возрасте.// Актуальные вопросы диагностики и фармакотерапии в педиатрии. – 2006. – С. 102-116.

4. Первичная артериальная гипертензия в практике педиатра.// Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15. – №1. – С. 2-8.

5. Шальнова С.А., Баланова Ю.А. и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации.// Российский кардиологический журнал. – 2006. – №4. – С. 45-51.

6. Оценка уровня артериального давления детей и подростков при проведении массовых медицинских осмотров и меры профилактики артериальной гипертензии.// Методические рекомендации. – М, 1983. – 20 с.

7. Кобалава Ж.Д., Гудков К.М. Секреты артериальной гипертензии: ответы на ваши вопросы. – М, 2004. – 244 с.

8. Кардиология: национальное руководство/ Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М: «ГЭОТАР-Медиа», 2007. – 1232 с.

9. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Терещенко С.Н., Моисеев В.С. Клиническое значение суточного мониторирования артериального давления для выбора тактики лечения больных артериальной гипертензией.// Кардиология. – 1997. – №9. – С. 98-104.

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 (САНДРУЖИННИКА): 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 съемных планшета на 28 ампул; СМ-5 - 3 съемных 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 ПЕРЕНОСА ЛАБОРАТОРНОГО ИНВЕНТАРЯ: СП-1, СП-2

Материал - водоотталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка
СП-1 * со сменным вкладышем, 410x185x280 мм; СП-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 термостойкий 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 - капронилскожа, 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



реклама

Хирургическое лечение инфекционного эндокардита

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

Инфекционный эндокардит (ИЭ) является одним из наиболее тяжелых заболеваний. Госпитальная смертность при медикаментозном лечении достигает 80%, при хирургическом лечении – 30%. Госпитальная летальность при операциях достигает высоких цифр, так как у большинства больных они выполняются по витальным показаниям в условиях тяжелого нарушения гемодинамики и активного инфекционного процесса. Остаются недостаточно изученными и дискуссионными следующие вопросы хирургического лечения больных: в какие сроки и стадии заболевания лучше производить операцию, какой вид оперативного вмешательства предпочтительнее, какие протезы использовать при замещении клапанов, возможности пластических операций на клапанах. В настоящей работе анализируется многолетний опыт хирургического лечения ИЭ.

Материал и методы

Проведен анализ результатов хирургического лечения 265 больных ИЭ, оперированных в Центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии г. Ростова-на-Дону за период 1994-2004 гг. Среди них изолированная недостаточность аортального клапана встретилась у 148 (55,8%) человек, поражение митрального клапана – у 74 (27,9%), двухклапанный митрально-аортальный порок отмечен у 38 (14,3%) пациентов, у 5 (1,9%) – изолированное поражение трикуспидального клапана (все больные – инъекционные наркоманы). Первичный инфекционный эндокардит отмечен у 68 (25,7%) больных, вторичный на фоне ревматизма – у 142 (53,6%), вторичный ИЭ на фоне врожденных пороков сердца – у 55 (20,8%) пациентов. Среди оперированных больных было 112 женщин и 153 мужчины в возрасте от 14 до 65 лет. Средний возраст – 42,3 года. Общая характеристика больных представлена в таблице 1.

У большинства оперированных больных выявлена недостаточность заинтересованного клапана. В 26 случаях в стадии ремиссии отмечен сочетанный порок аортального клапана.

Стеноз обусловлен кальцинозом вегетаций 2-3 степени. При микроскопическом исследовании наложения состояли из слоя фибрина с колониями бактерий. Сопутствующая митральная недостаточность до операции была диагностирована у 37 больных с ИЭ аортального клапана. Всем пациентам выполнена интраоперационная ревизия митрального клапана. Относительная недостаточность трикуспидального клапана диагностирована в 48 случаях.

До операции зондирование полостей сердца и коронарография из-за высокой угрозы тромбоэмболических осложнений проводились только у 24-х пациентов в стадии ремиссии при отсутствии свежих вегетаций при эхокардиографии (ЭхоКС). Основанием для коронарографии во всех случаях явился сопутствующий коронарный синдром. Стенозирующее поражение коронарных артерий выявлено у 6-ти пациентов, всем выполнена прямая реваскуляризация миокарда. Всем больным до операции и в послеоперационном периоде проводилась трансторакальная ЭхоКС, а при подозрении на абсцессы корня аорты или митрального клапана использовалась чрезпищеводная ЭхоКС. Протокол ЭхоКС-исследования включает оценку морфологических особенностей клапанных структур, определение показателей функционального состояния клапанов и миокарда, состояние полости перикарда.

Диагноз заболевания устанавливали с учетом критериев ИЭ Дьюка (Duke). Доступ к сердцу во всех случаях осуществлен через полную срединную стернотомию.

У большинства больных выполнено протезирование клапанов механическими протезами с осевым открытием диска типа «ЭМИКС», «ЛИКС». В 12-ти случаях в аортальную позицию имплантирован двустворчатый протез St. Jude. Протезы фиксировались с помощью П-образных швов на прокладках. В 34-х случаях потребовались дополнительные швы на прокладках при наличии паравальвулярных абсцессов и кальцинатов. У остальных пациентов при ло-

Таблица 1

Показатели	Активная стадия	Стадия ремиссии
Аортальный клапан	34	114
Митральный клапан	23	51
Аортальный + митральный	6	32
Трикуспидальный клапан	2	3
ФК II	-	46
ФК III	23	117
ФК IV	42	37

Таблица 2

Причина смерти	Активная стадия	Стадия ремиссии
Острая сердечная недостаточность	3	4
Неконтролируемый сепсис	4	2
Тромбоэмболические осложнения	2	3
Пневмония	1	2
Кровотечение	2	3
Медиастенит	1	2
Постгипоксическая энцефалопатия	1	1
Аритмогенная недостаточность	1	2
Совокупность причин	1	3

кальной деструкции фиброзного кольца дефект закрывали швом, фиксирующим протез. Аорто-левожелудочковые коммуникации отмечены в 3-х случаях на фоне активного процесса. Произведено экономичное иссечение пораженных участков с последующим ушиванием дефекта П-образными швами на прокладках. Полости сердца в обязательном порядке промывались растворами антисептика (3% р-ром муравьиной кислоты, диоксицином).

Результаты и обсуждение

По поводу первичного ИЭ оперировано 68 больных, вторичного ИЭ – 197. Госпитальная летальность составила 38 (14,3%) случаев.

Причины госпитальной летальности у больных представлены в таблице 2.

Посев культуры производили как до операции, так и сеяли удаленный во время операции материал. Получен положительный результат у 53 (77,9%) больных первичным инфекционным эндокардитом и у 131 (66,5%) больного вторичным ИЭ. Спектр представленных возбудителей: стрептококки – 63 (34,2%), коагулазо-позитивные стафилококки – 45 (24,5%), энтерококки – 25 (13,6%), грамотрицательные бактерии – 9 (4,9%), грибы – 7 (3,8%), смешанная флора – 19 (10,3%), негативные культуры – 16 (8,7%). Интраоперационно при ревизии сердца вегетации обнаружены в 164 случаях, абсцесс фиброзного кольца – у 35 больных, абсцесс стенки аорты – у 19, абсцесс стенки левого желудочка – в 9 случаях, тромбы левого предсердия – у 48, абсцесс стенки левого предсердия – в 11 случаях.

Средняя длительность заболевания у пациентов, оперированных в активной стадии процесса, составила $5,6 \pm 2,4$ месяца. Сроки предоперационной подготовки – 21 ± 8 дня.

Ранний протезный эндокардит на госпитальном этапе развился у 9 пациентов, что составило 3,4%. Причем 6 из них были оперированы в активной стадии заболевания, 4-м пациентам были имплантированы механические дисковые протезы, 2-м – биопротезы «БАКС». Реоперированы 3 пациента. Одной больной выполнена замена аортального биопротеза на «ЭМИКС» на 28-е сутки от первой операции. Длительность госпитализации составила 92 дня. Летальный исход наступил вследствие неконтролируемого сепсиса при явлениях полиорганной недоста-

точности. В 3-х случаях после протезирования митрального клапана дисковым механическим протезом была выбрана консервативная тактика. Все больные погибли в течение 35-82 суток с момента операции. В остальных 5-ти случаях выбрана активная хирургическая тактика. Больным выполнено репротезирование дисковыми протезами. Парапротезная фистула обнаружена в 2-х случаях. Показаниями к операции были: дисфункция протеза – у 2-х пациентов, тромбоэмболические осложнения также у 2-х, прогрессирующая сердечная недостаточность – у 1 больного.

Ранний протезный эндокардит в группе больных, оперированных в стадии ремиссии, отмечен в 3-х случаях на 28 ± 3 сутки после операции. Наиболее вероятной причиной развившихся осложнений явилась длительная контаминация подключичных катетеров (около 12-ти суток). Все больные с НК III A ст. требовали длительной инфузионной терапии.

Активная хирургическая тактика выбрана у 1 пациента. Пациент выписан из отделения на 35 сутки после реоперации. Двое больных не оперированы ввиду крайней тяжести состояния. Оба погибли от прогрессирующей сердечной недостаточности.

Ранний протезный эндокардит характеризовался рыхлыми серо-бурыми тромботическими наложениями и свежими тромбами, преимущественно локализовавшимися на седле клапана.

Отдаленные результаты оперативного лечения прослежены у 186 больных: 8-летний срок наблюдения – у 45 пациентов, 5-летний – у 59, 3-летний – у 82 больных.

Средний срок наблюдения составил 64 (18-96) месяца. Отдаленная летальность в среднем через 64 месяца составила 32 (17,2%) человека. Причинами летальности явились: застойная сердечная недостаточность (18 случаев), рецидивирующий сепсис (9), тромбоэмболические осложнения (5).

Многолетняя дискуссия о преимуществах и недостатках активной хирургической тактики продолжается и в настоящее время. Хирургическое лечение связано с высоким риском осложнений. Длительная безуспешная антибактериальная химиотерапия ИЭ не только не

снижает вероятности развития жизнеопасных осложнений, но и способствует усугублению иммунодепрессии, повышению степени риска последующей операции. Лабораторными тестами, которые позволяют ориентироваться в выборе дозы препарата и длительности его применения, являются определение минимальной подавляющей концентрации и минимальной бактерицидной концентрации. Однако эти показатели не позволяют предсказывать недостаточный бактериологический эффект [5]. Осуществление контроля эффективности антибактериальной терапии по результатам бактериологических исследований крови себя не оправдало. При отрицательных гемокультурах в большинстве случаев микроорганизм-возбудитель выделяется из операционного материала, а при гистологическом изучении удаленных клапанов определяются признаки активного инфекционного процесса, свидетельствующие о том, что предшествующая антибактериальная терапия лишь купировала внешние проявления инфекции [6]. Однако достижение даже такого эффекта очень важно для предотвращения септикопиемии и последующего поражения других органов с развитием полиорганной недостаточности с неблагоприятным прогнозом [1, 2, 3, 9].

Ведущим аргументом в пользу проведения ранних оперативных вмешательств, которые в настоящее время имеют много сторонников, является сам факт инфекционной природы заболевания при наличии гемодинамически значимой клапанной патологии [4, 7, 8].

Анализируя собственный опыт лечения этой категории больных, мы пришли к выводу, что тактика ведения больного должна быть строго индивидуализирована. Лучшие и ближайшие, и отдаленные результаты оперативного лечения больных были получены в группе оперированных в стадии ремиссии. Некоторые авторы [4, 7] считают, что операции следует выполнять в том случае, если сохраняется персистирующий сепсис, несмотря на интенсивную антибактериальную терапию в течение 7-14 дней, а также при наличии даже одного эпизода декомпенсации кровообращения при сформированной аортальной недостаточности на фоне 2-3-недельного курса противомикробного лечения.

Ряд авторов приводят аргументы в пользу проведения раннего оперативного вмешательства в активной стадии инфекционного процесса при его распространении на паравальвулярные структуры [4, 6, 7, 8]. Подобный подход представляется убедительным только в случае доказанности отсутствия отдаленных метастатических очагов. По нашему опыту, оперативные вмешательства в условиях септического процесса при наличии отдаленных метастатических очагов, несмотря на проводимую антибиотикотерапию, в том числе и антибиотиками резерва, оказались малоэффективными.

Заключение

Таким образом, опыт хирургического лечения больных инфекционным эндокардитом левых отделов сердца позволяет сделать вывод о строго дифференцированном индивидуальном подходе в тактике ведения больных.

Лучших результатов как в ближайшие, так и в отдаленные сроки наблюдения удалось добиться в группе больных, оперированных в стадии ремиссии инфекционного процесса.

Несмотря на худшие результаты в группе больных, оперированных в активной стадии процесса, мы являемся сторонниками активной хирургической тактики (при доказанности отсутствия отдаленных метастатических септических очагов) у больных с распространением инфекционного процесса на паравальвулярные структуры.

Сокращение инвазивных диагностических и лечебных манипуляций является важным фактором снижения риска развития инфекционных осложнений в послеоперационном периоде. Наличие протезного эндокардита вне зависимости от времени развития инфекционного процесса диктует активную хирургическую тактику.

Литература

1. Девятьяров Л.А., Обухов И.В., Щукин В.С., Козырь А.М. К вопросу о радикальности хирургической коррекции клапанных и неклапанных поражений септическим эндокардитом при приобретенных пороках сердца. // Септические эндокардиты в хирургии пороков сердца. – Новосибирск, 1986. – С. 49-54.
2. Константинов Б.А., Черепенин Л.П., Ковырлычкина О.В., Дземешкевич С.Л. Хирургическое лечение клапанных поражений сердца при септическом эндокардите. // Кардиология. – 1983. – Т. 23. – №8. – С. 43-47.
3. Соловьев Г.М., Чернов В.А., Ковалев С.В. Септический эндокардит в кардиохирургической клинике. // Кардиология. – 1984. – Т. 24. – № 7. – С. 14-19.
4. Acar J., Michel P.L., Varenne U. et al. // Eur. Heart J. – 1995. – 16 (Sup. B). – P. 94-98.
5. Hoen B., Boguinot I., Rabaud C. et al. The Duke criteria for diagnosing infective endocarditis are specific: analysis of 100 patients with acute fever or fever of unknown origin. // Clin. Infect. Dis. – (Aug.) 1996. – 23. – P. 298-302.
6. Mullany C.J., Chua Y.L., Schaff H.V. et al. // Mayo Clin. Proc. – 1995. – Vol. 70. – P. 517-525.
7. Olaison L., Hodeuik H., Myken P. et al. // QJM. – 1996. – Vol. 89. – 4. – P. 267-278.
8. Reinhartz O., Hermann M., Redling F. et al. // J. Cardiovasc. Surg. – 1996. – Vol. 37. – P. 397-400.
9. Small P.M., Chambers H.F. Vancomycin for staphylococcus aureus endocarditis in intravenous drug users. // Antimicrob. Agents Chemother. – 1990. – Vol. 34. – 6. – P. 1227-1231.

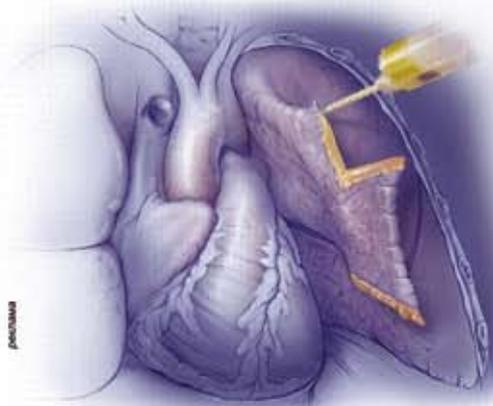
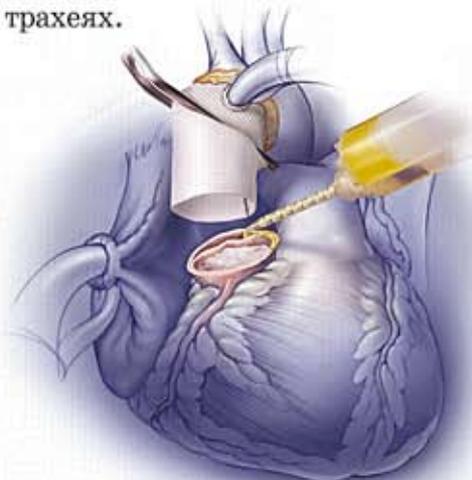
Компания ООО «Фирма «Финко» представляет в России универсальный биологический клей BioGlue, который разработан и производится компанией CryoLife, Inc. (США). BioGlue – это двухкомпонентный хирургический клей, состоящий из водных растворов очищенного бычьего сывороточного альбумина (БСА) и глутеральдегида.

BioGlue - это универсальный биологический клей, использующийся как самостоятельно, так и в качестве дополнения к стандартным методам изоляции и укрепления мягких тканей и органов (таких как использование шовного материала, скоб, электрокоагуляции и/или заплат). Простота использования, отсутствие токсичности, надежное сопоставление тканей и легкость нанесения дают возможность использования в различных областях хирургии.

BioGlue расфасован в одноразовые системы, готовые к применению (не требует дополнительной подготовки!). Процесс смешивания растворов, находящихся в определенном количественном соотношении, начинается в наконечнике. BioGlue начинает полимеризоваться в течение первых 20-30 секунд после смешивания и достигает максимальной прочности в течение 2 мин.

Область применения:

- Диссекция аорты
- Комплексное лечение аневризм
- Операции на сердце
- Операции на сосудах
- Уплотнение и укрепление твердой мозговой оболочки
- Герметизация хирургических и скобочных швов при операции на легких, бронхах и трахеях.



Клиническая эффективность:

- Значительно улучшает гемостаз в области анастомоза, независимо от состояния свертывающей системы организма
- Эффективен для гемостаза при использовании сосудистых протезов из PTFE
- Достоверно уменьшает время операции и сокращает потребность в кровезаменителях и донорской крови.

Ключи к успеху при использовании BioGlue:

- Сухая проклеиваемая поверхность
- Удобная система доставки – шприц
- Медленное нанесение BioGlue равномерным непрерывным движением
- Нанесение тонкого слоя (меньше-лучше)
- Подождать 2 минуты до полной полимеризации

Представитель в России ООО «Фирма «Финко»
127083, г. Москва, а/я 520
125315, г. Москва, ул. Балтийская, дом 15, офис 529
Тел./факс (495) 974-82-07
e-mail: marinadv@aha.ru www.finco-med.ru



ПЕРЕВЯЗОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И БИНТЫ



ОПРАТЛЕКС – стерильное покрытие операционного поля перед разрезом.



ОПЕРАЦИОННОЕ БЕЛЬЕ – стерильное одноразовое. Хорошо впитывающее.



КУРАНОР – стерильная послеоперационная повязка.



ШАПОЧКИ, МАСКИ – низкое сопротивление входу. **КАЛАТЫ** – дышащие. Одноразовые.



КУРАЦИКС – эластичный, перфорированный воздухопроницаемый, гипоаллергенный пластырь.



СУПРАСОРБ – серия повязок для лечения ран: язвы, пролежни, ожоги, поверхностные раны.



КУРАНОР IV – стерильная повязка с разрезом и подушечками для фиксации катетеров.



ПОРОЦИКС – пластырь для лечения и профилактики пупочных грыж у новорожденных.



ЦЕЛЛАКАСТ – синтетический бинт для иммобилизации. Время затвердевания 5 минут, нагрузка через 30 минут.



ЭЛАСТИЧНЫЕ БИНТЫ – короткого, длинного растяжения. Специализированные для лимфодренажа.



ЛОМАТЮЛЬ – стерильная крупноячеистая хлопковая повязка. Не прилипает к ране.



ТУПФЕРЫ – специализированные повязки для офтальмохирургии. Обладают сильными впитывающими свойствами.

Представитель в России ООО «Фирма «Финко»

127083, г. Москва, а/я 520 / 125315, г. Москва, ул. Балтийская, дом 15, офис 529
Тел./факс (495) 974-82-07 e-mail: marinadv@aha.ru www.finco-med.ru

Развитие инфаркта миокарда на фоне сахарного диабета: особенности течения

Корнаева И.Г., Зангиева О.Д., Басиева О.О., Республиканский эндокринологический диспансер, Северо-Осетинская ГМА, г. Владикавказ

В настоящее время хорошо известно, что у больных сахарным диабетом (СД) стенокардия, инфаркт миокарда (ИМ), застойная сердечная недостаточность и другие проявления коронарного атеросклероза встречаются значительно чаще, чем у лиц без СД. Хотя высокий уровень летальности при СД прежде всего определяется ускоренным развитием атеросклероза, нельзя не учитывать и другие, некоронарогенные факторы, ухудшающие кардиальный прогноз больных СД. Так, снижение поступления кислорода может быть вызвано не только сужением просвета крупных коронарных артерий, но и обусловлено наличием микроангиопатий, а также снижением нейрогенной регуляции сердца в связи с диабетической автономной нейропатией [3].

Экспериментальные и клинические данные подтверждают, что кровоснабжение левого желудочка при СД может страдать даже в отсутствие атеросклеротического поражения коронарных артерий. Новые методы исследования значительно расширили представление о роли микрососудистой дисфункции в снижении резерва коронарного кровотока. Коронарный резерв у больных СД 2 типа, даже при отсутствии атеросклеротического поражения основных коронарных артерий, на 37% ниже, чем соответствующий показатель у здоровых лиц того же возраста. При этом степень снижения коронарного резерва достоверно связана с уровнем глюкозы натощак и концентрацией в крови гликозилированного гемоглобина и не зависит от липидного профиля крови. Снижение коронарного резерва у больных СД тем сильнее выражено, чем более выражены у них проявления микроангиопатии [1].

Наличие СД сопряжено с повышенным риском возникновения всех форм ИБС, включая стенокардию, безболевую ишемию миокарда, ИМ, внезапную сердечную смерть [2].

Цель: изучение особенностей течения ИМ на фоне СД с учетом клинического состояния.

Материалы и методы

В условиях стационара Республиканского

больных сахарным диабетом (СД) стенокардия, эндокринологического диспансера нами наблюдались 38 больных СД, из них 20 (52,6%) мужчин и 18 (47,4%) женщин. Средний возраст больных – $59,6 \pm 5,9$ года. Средняя продолжительность заболевания СД – $6,2 \pm 4,3$ года.

Исследовались показатели гликемии, гликозилированного гемоглобина, общего холестерина, триглицеридов, бета-липопротеидов, АСАТ, ЛДГ, снималась ЭКГ. Все больные были проконсультированы окулистом и неврологом.

Результаты исследования

Средние результаты обследования больных представлены в таблице 1.

У 33 (86,8%) больных отмечалась декомпенсация по показателям гликемии натощак и гликозилированного гемоглобина, у 5 (13,2%) больных наблюдалась субкомпенсация углеводного обмена. Из липидного спектра более измененными были показатели триглицеридов и общего холестерина, гиперферментемия наблюдалась у большинства – 35 (92,1%) больных. Проявления микроангиопатии (ретинопатия, нефропатия различной степени выраженности) наблюдались у 100% обследованных. У 17 (44,7%) больных диагностирована кардиальная форма диабетической автономной нейропатии. Разницы в показателях углеводного и липидного обменов у больных с трансмуральным и нетрансмуральным ИМ не наблюдалось.

Полученные данные свидетельствуют о том, что глубина поражения миокарда более коррелирует со степенью выраженности гипергликемии, чем гиперлипидемии.

По данным анамнеза, предшествующая ИБС имела у 25 (65,8%) больных, сопутствующая гипертоническая болезнь у 34 (89,5%), у 4 (10,5%) больных патологии сердечно-сосудистой системы не было выявлено.

Диагноз ИМ ставился на основании критериев ВОЗ (1970): клинических (болевого синдрома), электрокардиографических (ЭКГ) и биохимических (гиперферментемия АСАТ, ЛДГ) параметров. Для постановки диагноза ИМ требовалось

Таблица 1

Показатели	Средний результат	
	Трансмуральный ИМ	Нетрансмуральный ИМ
Сахар крови натощак	$18,7 \pm 4,1$ ммоль/л	$14,2 \pm 3,2$ ммоль/л
Гликозилированный гемоглобин	12%	9,4%
Общий холестерин	7,6 ммоль/л	7,8 ммоль/л
Бета-липопротеиды	6,1 г/л	5,9 г/л
Триглицериды	2,7 ммоль/л	2,8 ммоль/л
АСАТ	277 МЕ/л	232 МЕ/л
ЛДГ	890 МЕ/л	868 МЕ/л

наличие не менее двух из трех критериев.

В зависимости от распространенности ИМ распределение было следующим: у 21 (55,3%) больного – нетрансмуральный ИМ, у 12 (31,6%) больных – трансмуральный ИМ. В зависимости от локализации ИМ: у 14 (36,8%) больных – передний ИМ, у 19 (50%) – нижний ИМ. В 20 (52,6%) случаях течение ИМ осложнялось внезапным появлением и нарастающей левожелудочковой недостаточностью, аритмией. У 9 (23,7%) больных клиника ИМ проявлялась типичными ангинозными болями.

Согласно диагностическим критериям, у 21 (55,3%) больного диагноз ИМ был верифицирован по данным ЭКГ при отсутствии клинической симптоматики (безболевой ИМ). У 8 (21,1%) больных при поступлении был выставлен диагноз: возможный ИМ по данным ЭКГ-изменений (подъем ST, глубокий отрицательный зубец Т в двух и более отведениях). Из них у 5 (13,2%) больных диагноз ИМ не подтвержден. Инфарктоподобные изменения были обусловлены манифестацией СД, высокой гипергликемией (кетоацидотическим состоянием), способствующей выраженным метаболическим изменениям миокарда; диабетической автономной нейропатией и микроанги-

опатиями. При нормализации гликемии на фоне адекватной инсулинотерапии, кардиометаболической, антиагрегантной терапии ЭКГ-картина полностью восстановлена. В 3 (7,9%) случаях подтвержден ИМ при динамическом наблюдении (ЭКГ, гиперферментемия АСАТ, ЛДГ).

Выводы

- ИМ имеет более тяжелое течение у больных с декомпенсированным диабетом.
- Безболевые формы ИБС (безболевая ишемия, безболевой ИМ) обусловлены диабетической автономной нейропатией (кардиоваскулярной формой) и микроангиопатиями.
- Отмечается отсутствие параллелизма между тяжестью клинического состояния и изменениями на ЭКГ.

Литература

1. Балаболкин М.И. Диабетология. Поражение сердца и сердечно-сосудистой системы при диабете. – М, 2000. – С. 317-344.
2. Дедов И.И., Александров А.А. Диабетическое сердце: основные закономерности. – М, 2004. – С. 2.
3. Потемкин В.В. Эндокринология. Заболевания островкового аппарата поджелудочной железы. – М, 1999. – С. 346-351.

Принципы организации противошоковой службы на этапах медицинской эвакуации и пути ее совершенствования

Беня Ф.М., к.м.н.; Костюченко А.И., к.м.н.; Слука К.А.; Ланин И.Н.; Ширенко А.Л.; 1602 ОБКГ СКВО, г. Ростов-на-Дону

Ежегодно на дорогах России в дорожно-транспортных происшествиях погибает более 30 тысяч человек. Эта цифра превышает количество погибших во всех локальных конфликтах на постсоветском пространстве за последние 15 лет. Основной причиной смертности при дорожно-транспортных происшествиях являются острая массивная кровопотеря, травматический шок, тяжелая сочетанная травма (ТСТ).

За многолетний период существования СКВО медицинская служба накопила богатый опыт оказания неотложной помощи как раненым во время локальных конфликтов, так и пострадавшим в результате механической травмы в мирное время. Имеющийся опыт позволил выработать механизмы снижения летальности при ТСТ. Ими являются:

- подготовка специализированных бригад по оказанию помощи пострадавшим с сочетанной травмой и их штатное увеличение в ЛПУ;
- оказание квалифицированной медицинской помощи на месте происшествия и в процессе эвакуации;
- эвакуация с места происшествия на специализированном санитарном автотранспорте (реанимобиле); альтернативой является са-

нитарный авиатранспорт (вертолеты);

- своевременная доставка пострадавшего в специализированное медицинское учреждение в течение первого часа;
- стандартизация оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи на всех этапах.

Опыт показывает, что лучшие результаты лечения пострадавших с ТСТ достигаются специализацией противошоковой помощи и ее четкой преемственностью на этапах медицинской эвакуации. Успех лечения во многом зависит от того, насколько быстро пациенту была оказана квалифицированная специализированная помощь. В настоящее время специализированные реанимационно-хирургические бригады значительно улучшили медицинскую помощь пострадавшим с тяжелой механической травмой за счет специального оснащения машин скорой помощи и соответствующей подготовки персонала.

При ТСТ основным противошоковым мероприятием на фоне адекватно проводимой интенсивной терапии является оперативное вмешательство, выполненное по показаниям, вовремя и в необходимом объеме (остановка кровоте-

ния, ранняя стабилизация переломов, устранение пневмоторакса, удаление внутримозговых гематом). Поэтому координировать оказание медицинской помощи пострадавшему с ТСТ должен квалифицированный хирург общего профиля, одинаково хорошо разбирающийся в вопросах реаниматологической помощи и тактике лечения повреждений головы, груди, живота и скелета.

В стационаре, обеспечивающем помощь пострадавшим с ТСТ, кроме реанимационного и травматологического отделений, должны быть хирургическое отделение общего профиля и нейрохирургическое отделение. Стационар должен быть готов к приему пострадавших с множественными и сочетанными травмами, укомплектован хирургами типа АВТРН и персоналом, имеющим навыки в неотложной хирургии и травматологии, оснащен специальной диагностической и лечебной аппаратурой, работающей круглосуточно. Лишь соблюдение всех этих условий дает возможность медицинскому учреждению функционировать в режиме противошокового центра.

Противошоковый центр поддерживает оперативную связь с догоспитальным этапом. Информация о направлении пострадавшего в противошоковый центр поступает от врача догоспитального этапа либо с центрального пульта скорой помощи. Кратко, за 10-15 минут до госпитализации, сообщаются механизм травмы, характер основных повреждений, предварительный диагноз и приблизительные сроки доставки пациента.

Пострадавшие, минуя приемный покой, направляются в противошоковый зал либо палату реанимации и интенсивной терапии, которые располагаются вблизи приемного покоя и работают одновременно в режиме трех отделений: комплексного диагностического, операционного и палаты послеоперационной интенсивной терапии и мониторинга. По выполнении всех стандартов оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи, диагностических исследований, оперативных вмешательств, при устойчивой стабилизации гемодинамики пациент переводится в отделение хирургической реанимации.

В организационном плане лечение пострадавшего происходит в три этапа.

I этап – лечение острого периода травматической болезни или периода шока с неустойчивой гемодинамикой и расстройством других компонентов гомеостаза – проходит в противошоковом зале. Средняя продолжительность этого этапа составляет около 8–10 часов. За это время пострадавшему выполняются необходимое комплексное обследование и все виды реанимационного, хирургического и травматологического пособий. В бригаде работают: хирург (координатор действий противошоковой бригады), анестезиолог-реаниматолог, травматолог,

нейрохирург, две сестры-анестезистки, две операционные сестры и санитар. При необходимости привлекаются специалисты узкого профиля. В противошоковой операционной хранятся заготовленные стерильные операционные укладки различного профиля, позволяющие без потери времени выполнить оперативные вмешательства любого объема, спецификации и сложности.

II этап – лечение раннего периода травматической болезни – проводится в отделении хирургической реанимации и продолжается в одном из хирургических отделений с учетом ведущей патологии (III этап).

В остром периоде травматической болезни традиционный подход «сначала диагноз, а потом лечение» не всегда возможен. Лечение пострадавших с травматическим шоком начинается с выявления и немедленного устранения симптомов и синдромов, которые могут в короткие сроки привести к летальному исходу. И лишь после этого осуществляются более полные диагностические мероприятия, проводимые одновременно с противошоковой терапией. Окончательный диагноз зачастую определяют операционные находки.

Таким образом, определение хирургической тактики в первые часы пребывания пострадавшего в стационаре является основополагающим моментом лечения, от которого в очень большой степени зависит исход. Диагностика, показания и противопоказания к операции, характер и объем вмешательства в каждом конкретном случае определяются в соответствии с прогнозом тяжести и длительности течения травматического шока, основанном на объективных критериях.

Руководящая роль хирурга в лечении этой категории пациентов способствует уменьшению количества ошибок в диагностике и лечении и не приводит к недоразумениям среди врачей, входящих в состав дежурной бригады.

Выводы

- Для эффективного лечения сочетанных травм и улучшения результатов лечения необходимы: единство в терминологии, определении понятий и классификации травм; единая методика оценки тяжести травм; единый концептуальный подход к лечению политравм.
- Главным резервом в улучшении результатов лечения сочетанных травм является создание системы неотложной медицинской помощи в масштабах Российской Федерации. А именно: создание специализированной догоспитальной помощи; быстрая и безопасная эвакуация, в том числе и авиационным транспортом с системой связи; создание новых современных специализированных многопрофильных противошоковых центров.
- Россияне должны получать неотложную медицинскую помощь при дорожно-транспортных происшествиях на уровне современных стандартов, как, например, нейрохирургическую при инсультах, кардиохирургическую при инфарктах.

КАДРЫ РОССИИ XXI

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР

ЖЕЛТЫЕ СТРАНИЦЫ
ЗДРАВООХРАНИЕ-2007/08

ВАША РЕКЛАМА
(160x70мм)

МЕСТО ЗАНЯТО	ВАША РЕКЛАМА (88x32 мм)
МЕСТО ЗАНЯТО	МЕСТО ЗАНЯТО
ВАША РЕКЛАМА (88x32 мм)	ВАША РЕКЛАМА (88x32 мм)

Изданы



Это:

- Эксклюзивный выпуск с новой структурой МЗ РФ
- Аналогов в здравоохранении нет
- Наиболее полная база данных (более 50 000 учреждений)
- Общий тираж 50 000 экземпляров
- Все ЛПУ получают экземпляр безвозмездно
- Электронная версия
- Включение участников в специализированный сайт Минздравсоцразвития РФ

Выход: • День Медицинского работника (июнь 2008)

ООО Издательский Центр «Кадры России XXI»
420126, г. Казань, а/я 120
тел./факс: (843) 527-81-92, 527-81-45, 527-81-54
e-mail: bisrt2@inbox.ru, cadres2@inbox.ru
www.cadres-of-russia.ru

Базовая и дополнительная информация

- Бесплатное размещение:** → Издательский Центр «Кадры России XXI»
420133, Казань, ул. Чистопольская, д. 81, оф. 10
тел.: (843) 527-81-92, факс: (843) 527-81-45
e-mail: cadres2@inbox.ru, www.cadres-of-russia
- Шрифтовое выделение названия: 2000 руб.** → Издательский Центр «Кадры России XXI»
420133, Казань, ул. Чистопольская, д. 81, оф. 10
тел.: (843) 527-81-92, факс: (843) 527-81-45
e-mail: cadres2@inbox.ru, www.cadres-of-russia
- +**
- Указание вида деятельности (до 45 знаков): + 2500 руб.** → Издательский Центр «Кадры России XXI»
420133, Казань, ул. Чистопольская, д. 81, оф. 10
тел.: (843) 527-81-92, факс: (843) 527-81-45
e-mail: cadres2@inbox.ru, www.cadres-of-russia
Комплексное оснащение операционных блоков
- +**
- Цветное шрифтовое выделение названия: + 2500 руб.** → Издательский Центр «Кадры России XXI»
420133, Казань, ул. Чистопольская, д. 81, оф. 10
тел.: (843) 527-81-92, факс: (843) 527-81-45
e-mail: cadres2@inbox.ru, www.cadres-of-russia
Комплексное оснащение операционных блоков
- +**
- Цветной логотип: (не более 45x10 мм): + 3500 руб.** →

Вы получаете: (презент)

- 1 экз. «Желтые страницы»
- 1 экз. «Желтые страницы» + 1 диск «Желтые страницы»
- 1 экз. «Желтые страницы» + 1 диск «Желтые страницы» + 1 диск (тома I-V)
- 1 экз. «Желтые страницы» + 1 диск «Желтые страницы» + 1 диск (тома VII-X – клинические ЛПУ)
- 1 экз. «Желтые страницы» + 1 диск «Желтые страницы» + 1 диск (тома VII-X – клинические ЛПУ)
- 1 экз. «Желтые страницы» + 1 диск «Желтые страницы» + 1 диск (тома VII-X – клинические ЛПУ)

Подготовка к печати

XV – СПИД-центры, инфекционные службы и фтизиатрия	II квартал
XVI – Ведомственные ЛПУ	
XVII – Стоматологические клиники	Дентал-Экспо (сентябрь)
XVIII – Стоматология. Производители. Дистрибьюторы	
XIX – Российские производители лекарств	
XX – Иностранные производители лекарств	Аптека – 2008 (октябрь)
XXI – Дистрибьюторы лекарств	
XXII – Российские производители медтехники	
XXIII – Иностранные производители медтехники	
XXIV – ГУП «Фармация» и ПО «Медтехника»	Здравоохранение – 2007/08 (декабрь)
XXV – Дистрибьюторы медтехники	
XXVI – Российские аптечные сети. Часть 1 (Москва, ЦФО)	III квартал
XXVII – Российские аптечные сети. Часть 2 (Регионы)	III квартал
XXVIII – Частная медицина. Часть 1 (Москва, СПб)	декабрь 2008
XXIX – Частная медицина. Часть 2 (Регионы)	декабрь 2008

Том XXX – Желтые страницы. Здравоохранение – 2007/08
День Медицинского работника (июнь 2008)

Доля полосы 1/24 (56 x 27):
ч/белая – 7500 руб.
цветная – 9000 руб.

1/24
(56x27)

- 1 экз. «Желтые страницы» + 1 диск «Желтые страницы» + 1 диск (тома VII-X – клинические ЛПУ)
- 1 экз. «Желтые страницы» + 1 диск «Желтые страницы» + 1 диск (тома VII-X – клинические ЛПУ)
- 1 экз. «Желтые страницы» + 1 диск «Желтые страницы» + 1 диск (тома VII-X – клинические ЛПУ)



Современные методы автоматизации бухгалтерского учета

Чернушкина Г.В., ООО «Лаборатория «Электронная медицина», г. Ростов-на-Дону

В последнее время «Электронная медицина» все чаще решает проблемы автоматизации бухгалтерского учета для клиентов, которые ранее использовали для решения этих задач услуги других фирм. При этом появляется необходимость преобразования информации из прежней (устаревшей) информационной системы в современные программные продукты, предлагаемые «Электронной медициной». Недавно завершён проект автоматизации бухгалтерского учета МУЗ «Поликлиника №10» г. Ростова-на-Дону на базе **модуля «1С: Бухгалтерия для бюджетных учреждений»**. Программный продукт обеспечил высокую степень автоматизации ежедневных операций и значительно упростил процесс формирования регламентированной отчетности.

Бухгалтерия поликлиники начала сотрудничество с «Электронной медициной» в связи с кардинальным изменением российского законодательства по бюджетному учету – бухгалтерская служба столкнулась с необходимостью автоматизации работы по новым стандартам. Финансовый отдел принял решение о замене программы по ведению бухгалтерского учета на систему «1С:Бухгалтерия для бюджетных учреждений». В качестве партнера по внедрению и сопровождению программного продукта выбрали «Электронную медицину», хорошо зарекомендовавшую себя в таких областях, как автоматизация бухгалтерского учета, подготовка отчетности, а также владеющую методикой перехода на новый порядок бюджетного учета.

На первом этапе проекта специалист «Электронной медицины» осуществил автоматический перенос данных (остатков по основным средствам и материалам) из старой системы в «1С:Бухгалтерию для бюджетных учреждений». Были автоматизированы все участки бухгалтерского учета и проведено обучение сотрудников работе с программным продуктом. Первый этап проекта продолжался около четырех месяцев, что было связано с большим объемом

работ по переносу данных (около 4 тыс. наименований основных средств), а также значительным масштабом производимых бухгалтерских операций (ежедневно более 60 операций).

Помимо типовых задач бюджетных организаций были решены и специфические задачи, учтены особенности ведения бухгалтерского учета в системе здравоохранения.

Для автоматизации расчета заработной платы нами предложен программный продукт собственной разработки, так как на сегодняшний день он оптимально адаптирован к потребностям бюджетных лечебно-профилактических учреждений. **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 налоге на доходы физических лиц (с выгрузкой данных в программу 2НДФЛ) и отчислениях в пенсионный фонд.

Говорят бухгалтер городской поликлиники №10 г. Ростова-на-Дону: «Программные продукты фирмы «1С» мы выбрали для автоматизации нашего отдела, поскольку они просты в освоении, не требуют дополнительной настройки при внедрении, обеспечивают высокую степень автоматизации рутинных каждодневных операций, существенно упрощают формирование отчетности и полностью соответствуют текущему законодательству. В процессе сотрудничества с компанией «Электронная медицина» мы убедились, что это – надежный партнер и профессионал высокого уровня в области автоматизации и ведения бюджетного учета. Специалисты компании четко и оперативно выполняют поставленные перед ними задачи. Поэтому мы рекомендуем «Электронную Медицину» всем бюджетным учреждениям как первоклассную внедренческую и консалтинговую компанию».

Некоторые аспекты лечения больных с нарушениями мозгового кровообращения

Лян Н.В., д.м.н., проф.; Лян В.Н., Организация инвалидов-опорников «Икар», г. Ростов-на-Дону

Этиопатогенез острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) весьма разнообразен. ОНМК чаще всего связано с гипертонической болезнью 2-3 ст., осложненной кризами с ангиоспазмами, явлениями острой ишемии и гипоксии головного мозга, атеросклерозом, сосудисто-церебральной недостаточностью и др.

С другой стороны, мозговая патология в детском возрасте связана, в основном, с интранатальной энцефалопатией вследствие хронической анемизации и другой патологией беременности, приводящей к гипоксии ЦНС, а также асфиксии во время родов.

На начальном этапе работы нами была апробирована методика активации мозгового кровообращения в группе больных с фантомными (проекционными) болями. У 14-ти больных после ампутации нижней конечности и у 8-ми больных – верхней в раннем послеоперационном периоде отмечались фантомные боли. Болевые ощущения носили непрерывный мучительный характер, усиливались в ночные часы. Назначение анальгетиков и наркотических препаратов не приносили должного облегчения. Для купирования фантомного болевого синдрома использовали миллиметровую терапию (ММ), датчик аппарата при этом устанавливали в паховую область после ампутации ноги и в область плечевого сустава – после ампутации руки. Для усиления центрального звена анальгезии применяли иглорефлексотерапию соответствующих аурикулярных точек и чувствительных зон скальпа противоположной стороны с последующим прогреванием игл полынью. Клинико-экспериментальными исследованиями установлено, что при ММ-терапии крупных суставов модуляция активности головного мозга реализуется посредством нервных и гуморальных механизмов диссимметризации: правой гемисферы и гипоталамуса – при воздействии слева и обоих полушарий – справа.

Разработанная терапия фантомной боли «адресной» активности головного мозга оказывает анальгезирующий и общеукрепляющий эффект. Подтверждением тому служит снижение уровня стресс-гормона кортизола. Данная методика явилась основным компонентом при лечении больных с ОНМК.

Под нашим наблюдением находилось 86 больных с ОНМК после выписки из неврологических стационаров. Из них 32 ребенка в возрасте от 3-х месяцев до 4,5 лет и 54 взрослых пациента до 67 лет. Реабилитация больных с ОНМК должна

быть направлена на лечение гемиплегического синдрома с одновременным воздействием на основное заболевание, приведшее к ишемии мозговой ткани. С учетом сложности клинического течения ОНМК, данная методика была дополнена радиэстетической диагностикой, с помощью которой можно получить информацию о многомерных причинно-следственных связях заболевания, степени изменения, прогнозе, выборе метода лечения и др.

Методика лечения – лазеро-низкочастотное излучение НИЛИ мощностью до 1 мВт и СКЭНАР-терапия. СКЭНАР (аббревиатура от начальных букв: Самоконтролирующая Энергонеуроадаптивная Регуляция) генерирует высокоэнергетические неповреждающие импульсы нейроподобной формы с обратной биологической связью.

Лечебная тактика заключалась в следующем: выносные датчики аппаратов ММ-терапии (ЛУЧ-КВЧ) с длиной волны 7,1 мм устанавливали на область плечевого сустава и паховой области пораженной стороны. РЭД показала снижение энергетического состояния чакр «Вишудха», «Аджна» и «Сахасрара», контролирующей энергию «тепла» и отвечающих за функции головного, спинного мозга, иммунитета. Для устранения локальной гипоксии мозга у детей устанавливали монохроматический лазерный источник (длина волны 660 нм) на пораженную зону головы (4 и 5 поля Бродмана передней центральной извилины мозга), а гелий-неоновый лазер (длина волны 638 нм) на точку 16-го заднесреднего энергетического канала. Акупунктуру у детей мы не применяли. Взрослым в область поражения ЦНС проводили иглорефлексотерапию с последующим прогреванием полынью, а также биорезонансную терапию аппаратом МРТА. С целью активации функционально-энергетического состояния организма применяли СКЭНАР-терапию аппаратом 97 в индивидуально дозированном режиме с качающей частотой путем воздействия на основной энергетический канал «Сушумна», связанный со спинным и головным мозгом, а также каналы «Ида» и «Пингала», отвечающие за функцию симпатических и парасимпатических систем. СКЭНАР-терапию проводили также по основным энергетическим каналам пораженной руки и ноги. Данная терапия сочеталась с курсами массажа и лечебной физкультурой. Кроме того, проводили мероприятия по лечению психоэмоционального состояния, основного и сопутствующих заболеваний.

Длительность лечебного процесса зависела от тяжести поражения ЦНС, состояния основного (вызвавшего ОНМК) и сопутствующих заболеваний. При средней степени тяжести заболевания лечение ограничивалось 1-2 курсами по 10 сеансов, при тяжелой форме требовалось 3–4 курса и более.

Комплексная терапия позволила достаточно быстро купировать основные проявления ОНМК, ликвидировать условия для возникновения повторных нарушений ЦНС и улучшить качество жизни, о чем красноречиво свидетельствовали результаты постоянного автоматизированного мониторинга по «Накатани».

Врожденные пороки сердца и беременность

Федоровых Т.И., директор Центра; Егорян Д.С., к.м.н., врач-акушер-гинеколог; ГУЗ «Областной центр планирования семьи и репродукции человека», г. Ростов-на-Дону

Ухудшение социально-экономических условий жизни в 90-е годы оказало неблагоприятное влияние на здоровье населения в целом и, в первую очередь, на здоровье женщин репродуктивного возраста. В настоящее время хроническими заболеваниями страдают около 70% беременных женщин (анемия, патология почек, заболевания сердечно-сосудистой системы, патология гемостаза и реологических свойств крови).

Сегодня все отчетливее осознается, что состояние здоровья женщин является важнейшей основой формирования взаимосвязи передачи из поколения в поколение потенциала здоровья и жизненных сил. Однако именно состояние здоровья самой женщины, степень ее адаптационных возможностей все чаще становится тем слабым звеном, которое при определенных неблагоприятных обстоятельствах может способствовать ухудшению качества жизни, срыву ее репродуктивного потенциала, снижению жизнеспособности новорожденного. К числу таких неблагоприятных обстоятельств в настоящее время относят наличие у женщин соматических, инфекционных и гинекологических заболеваний, пребывание в состоянии постоянной психологической напряженности и затяжного хронического стресса еще в предгравидарном периоде, ведущие к различным проявлениям психических отклонений и дезадаптации. Актуальными также являются широкое распространение вредных привычек, резкое снижение уровня жизни, недостаточное или несбалансированное питание.

В последние десятилетия в нашей стране и за рубежом довольно большое внимание уделяется изучению вопросов кардиологии в акушерстве, в том числе и акушерской тактики при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Достигнуты значительные успехи в диагностике этой патологии с использованием мало- и неинвазивных методов исследования, обладающих высокой информативностью. Используются современные методы терапии с учетом

безопасности лекарственных средств для развития плода и течения беременности, определены противопоказания для беременности при различной экстрагенитальной патологии, разработаны стандарты ведения беременных в женских консультациях и протоколы ведения родов. Существенное внимание уделяется расширению возможностей для проведения антенатальной диагностики плода, а также профилактике и лечению возможных осложнений его внутриутробного развития. Все это в значительной мере определило существенные положительные изменения в показателях, определяющих уровень репродуктивного здоровья и свидетельствующих о демографической ситуации в стране, которыми являются уровень материнской и младенческой смертности.

Известно, что материнская смертность – важнейший мониторинговый показатель состояния репродуктивного здоровья женщин. В современных условиях этот показатель ярко иллюстрирует социально-экономическое благополучие общества и уровень материального положения женщины в нем и, в определенной степени, отражает доступность, своевременность и качество оказываемой акушерско-гинекологической помощи.

Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных первое место (80%) занимают заболевания сердечно-сосудистой системы, в т.ч. приобретенные и врожденные пороки сердца, оперированное сердце, гипертоническая болезнь, приобретенные ревматические пороки сердца.

В прошлом при выявлении у беременной заболеваний сердца почти с неизбежностью возникал вопрос о необходимости прерывания беременности, а страдающим заболеваниями сердца почти во всех случаях рекомендовалось избегать беременности и родов. Вопросы точной диагностики и лечения врожденных пороков сердца стали решаться лишь в последние 30-40 лет благодаря развитию и совершенствованию диагностической техники, разработ-

ке и внедрению хирургических методов радикальной и паллиативной коррекции дефектов развития сердца и магистральных сосудов.

Во время беременности в организме женщины возникают физиологически обратимые, но достаточно выраженные изменения параметров гемодинамики и функции сердца, которые обусловлены повышенной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему, а также характерным для этого периода увеличением уровня половых стероидных гормонов и простагландинов класса E. Эти повышенные требования к одной из самых важных систем организма определяются необходимостью усиления обмена веществ, направленного на обеспечение потребностей внутриутробного развития плода, увеличением объема циркулирующей крови с появлением дополнительной плацентарной системы кровообращения, а также нарастающей массой тела беременной.

Постепенно увеличивающиеся размеры матки ограничивают в подвижности диафрагму, способствуя повышению внутрибрюшного давления, изменению положения сердца в грудной клетке, что, следовательно, влияет на условия его работы. В случае «наслоения» дополнительной нагрузки на уже существующие, связанные с патологией сердца, изменения гемодинамики, возникает опасная перспектива тяжелых, а иногда и критических состояний, угрожающих жизни матери и внутриутробного плода.

Сердечно-сосудистая система во время беременности имеет различные по механизму нагрузки и компенсации. По мнению ряда авторов, ответственными сроками для сердечно-сосудистой системы во время беременности являются 22-23-я и 28-32-я недели, характеризующиеся наибольшей производительностью в работе сердца. За достаточно длительным периодом беременности следует кратковременный, но чрезвычайно важный, «экзаменационный» для сердечно-сосудистой системы период родов.

Несмотря на максимальные требования, предъявляемые к сердечно-сосудистой системе в родах и раннем послеродовом периоде, уже на начальных сроках гестации организмы женщины и будущего ребенка крайне заинтересованы в работе сердца, от которого зависит адекватность изменений материнской гемодинамики, обеспечивающей оптимальные параметры маточно-плацентарного кровообращения.

Таким образом, патология сердечно-сосудистой системы и беременность не могут рассматриваться как простое сочетание двух состояний организма женщины, поскольку сама беременность и обусловленные ею изменения гемодинамики, метаболизма, водно-солевого

обмена, массы тела и т.д. требуют от сердца реализации его компенсаторных механизмов, что в определенных случаях может осложниться срывом адаптационных возможностей и определить трагический исход.

Среди различных заболеваний сердца именно врожденные пороки долгое время считались противопоказанием для беременности. Однако результаты клинических исследований, проведенных в нашей стране и за рубежом, показали, что большинство больных женщин в состоянии перенести беременность и роды без ущерба для здоровья. Прогноз определяется не только формой порока сердца, но и тем, сопровождается ли он недостаточностью кровообращения, повышением давления в легочной артерии, выраженной гипоксемией. Эти факторы отягощают прогноз и служат причиной неудовлетворительного течения беременности и развития плода. Имеющиеся данные о высокой перинатальной и материнской смертности относятся к порокам сердца, которые сопровождаются вышеуказанными осложнениями. В среднем при всех врожденных пороках эти показатели не столь велики. Так, в настоящее время материнская смертность в результате этой патологии не превышает 0,6%.

Врожденные пороки сердца встречаются гораздо реже приобретенных, и хотя число их увеличивается, все же частота не превышает 3–5% всех пороков сердца у беременных женщин. Нами отмечалась следующая частота врожденных пороков у беременных: открытый артериальный проток – 23%, дефект межпредсердной перегородки – 23%, дефект межжелудочковой перегородки – 18%, стеноз легочной артерии – 11%, тетрада Фалло – 10%, стеноз устья аорты – 4%, коарктация аорты – 2%, другие пороки (комплекс Эйзенменгера, открытое овальное отверстие, атрезия трехстворчатого клапана и прочие) – 8%.

Независимо от частоты встречаемости, каждый из пороков сердца способствует нарушению адаптационно-гомеостатических реакций фетоплацентарной системы, коррекция которых в конце беременности в результате отсутствия либо запоздалости терапевтических или хирургических мероприятий на ранних сроках представляет существенные трудности, а зачастую и невыполнима.

Все это определяет мультидисциплинарные аспекты экстрагенитальной патологии у беременных и требует от клиницистов различных специальностей принятия адекватных и своевременных мер, направленных на профилактику развития критических состояний, угрожающих жизни матери и плода, а также выбора современных и эффективных лечебных мероприятий.



реклама

Производство медицинского оборудования

для акушерства, гинекологии, неонатологии, стерилизации.

Медицинская мебель для кабинетов и палат.

Медицинские средства перемещения и перевозки.

Прочее медицинское оборудование и агрегаты



Открытое акционерное общество

**Досчатинский завод
медицинского оборудования**

Российская Федерация, 607033 Нижегородская область, Выксунский район, пос. Досчатое
Тел.: (83177) 4-90-41, 4-90-42. Факс: (83177) 4-80-30, 4-80-44. E-mail: marketing@dzmo.ru
www.dzmo.ru

Лайф Кор

Интернашнл

Эксклюзивный представитель
компании AirSep (США)



МЕДИЦИНСКИЕ КИСЛОРОДНЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ



FREESTYLE

миниатюрный индивидуальный кислородный концентратор для ведущих активный образ жизни.
При весе 2 кг длительность его работы – до 2 часов с внутренним аккумулятором и до 8 часов – вместе с прилагаемым поясом AirBelt.



NEWLIFE

индивидуально-терапевтический концентратор. Представлены 4 модификации производительностью от 5 до 8 л/мин., в т.ч. с дополнительным воздушным выходом. Может устанавливаться в машинах скорой помощи.



RELIANT

уникальный операционно-реанимационный концентратор, применяется с наркозными и ИВЛ аппаратами при любых хирургических операциях и реанимации. Хорошая шумоизоляция позволяет ставить прибор непосредственно в операционной. Производительность – до 8 л/мин.



MZ-30

концентратор кислорода для операционных, реанимационных, небольших клиник, родильных домов, полевых госпиталей МЧС и МО. Производительность – до 15 л/мин., кислород на выходе стериличен.



MZ

завод любой производительности для любой больницы.



е-mail: lifecore@aha.ru • www.lifecore.ru • 10 ЛЕТ НА РОССИЙСКОМ РЫНКЕ КИСЛОРОДНОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Лайф Кор
Интернашнл

Эксклюзивный представитель
компании AirSep (США)

125480, г. Москва, ул. Героев Панфиловцев д.20, стр. 2, офис 134
Для корреспонденции: 125459, г. Москва, а/я 37
тел./факс (495) 944-06-66; 948-84-02
е-mail: lifecore@aha.ru, www.lifecore.ru

Из истории появления установок для производства кислорода в российских больницах

Агапитова Л.Э., ген. директор ООО «ЛайфКор Интернешнл», г. Москва



В медицине обеспечение кислородом является одной из наиболее сложных и многофакторных задач, которые приходится решать при оснащении операционных, реанимационных, родильных отделений, стационарных и мобильных госпиталей, машин скорой помощи, процедурных кабинетов физиотерапии и кислородотерапии. Широкое применение получил кислород и в оздоровительных центрах, где применяются кислородные коктейли и арома-кислородотерапия. До недавнего времени главным образом применялся кислород, доставляемый в баллонах, или жидкий кислород в цистернах, что, естественно, создавало организационно-технические проблемы, требовало дополнительных затрат, а главное – такой кислород взрыво- и пожароопасен.

На смену старым способам пришли новые технологии получения кислорода из атмосферного воздуха методом адсорбции непосредственно в точке потребления. Такие автономные источники кислорода получили название «концентраторы кислорода».

Фирма «ЛайфКор Интернешнл» первая познакомила российскую медицину с новой безопасной технологией производства кислорода и установками, реализующими эту технологию. Некоторое время я работала в США и по роду своей работы увидела много технических и технологических новинок, на тот момент не распространенных в России. В США нуждающимся

больным с легочной недостаточностью выдают кислородный концентратор на дом бесплатно. Захотелось создать подобную социальную программу и в России.

Хочу заметить, что технология получения кислорода методом адсорбции, в общем-то, уже была известна, но самого изделия (концентратора), в России не было. При этом я имею в виду серийно выпускаемое изделие, а не изделие, выпущенное в качестве опытного образца или даже мелкой опытной партии. Мы привезли не одну установку для производства медицинского кислорода, а целую серию – от завода до малогабаритного, так называемого «прикроватного» концентратора, т.е. 10 лет назад мы предложили целую линейку установок по производству кислорода.

Все принципиально новое и прогрессивное очень тяжело пробивает себе путь к тем, кому это действительно необходимо в смысле повышения безопасности, расширения области применения, наконец, простого удобства. Трудно было убедить в том, что, приобретая не очень дорогое устройство сегодня, завтра ты избавишь себя от хлопот по заказу баллонов с кислородом, проблем с их доставкой. Должно было пройти некоторое время, чтобы все привыкли к новой технологии получения кислорода. Но даже сегодня далеко не все знают о кислородных концентраторах. Концентраторы постепенно входят в привычную практику больниц, клиник и других медучреждений, но на это ушло много времени. А скольким людям можно было бы помочь...

«ЛайфКор Интернешнл» является эксклюзивным представителем компании-производителя AirSep (США). Выбор компании не случаен, на него повлияли следующие факторы:

- Установки AirSep наиболее конкурентоспособны из-за сравнительной дешевизны, простоты монтажа, эксплуатации и технического обслуживания.
- Установки отличаются компактностью, высокой степенью безопасности, надежности и автоматизации технологического процесса на всех стадиях, включая пуск и остановку.
- Ни одна компания в мире не представляет такой широкий спектр концентраторов кислорода, как компания AirSep – пионер в данной области. Инженерно-технический персонал этой компании сыграл решающую роль в разработке данной технологии и сей-

час занимает лидирующую позицию в мире в ее дальнейшем развитии. Компания производит как стационарные установки любой производительности (по требованию заказчика), так и портативные концентраторы индивидуального пользования.

Специально для рынка России разработан уникальный кислородный концентратор MZ-30. Этот аппарат является универсальным, так как, не занимая много места, может применяться в любом стационаре, в операционных, палатах реанимации и интенсивной терапии, роддомах и т.п. Наша российская фирма «ЛайфКор Интернешнл» принимала самое активное участие в разработке этой установки, но говорить о масштабном производстве в России считаю пока преждевременным. У нас всегда есть запас деталей и запчастей. Технический персонал в «ЛайфКор Интернешнл» прошел обучение на фирме-производителе. Существует сеть дилеров по России, которые за 10 лет научились проводить регламентное обслуживание установок поставляемых моделей. Изделия компании AirSep произведены в соответствии со всеми принятыми международными стандартами, в том числе и стандартом менеджмента качества, поэтому редко выходят из строя и могут уверенно работать на привозных запчастях, тем более что их номенклатура невелика.

За 10 лет работы на рынках СНГ и России наша фирма «ЛайфКор Интернешнл» как эксклюзивный представитель компании AirSep поставила более 700 приборов производительностью до 6 л/мин., более 300 приборов производительностью до 8 л/мин., более 100 установок MZ-30. Наше оборудование работает уже более чем в 80 городах и населенных пунктах России и стран СНГ в различных медицинских учреждениях, санаториях, фитнес-центрах, спортивных залах, у частных лиц. С 1997 г. работает мини-завод (до 30 м³ в сутки) в Пермской области, а в Москве более 4-х лет эксплуатируются 2 установки производительностью по 1270 м³ в сутки. В 2003 г. поставлена установка MZ-285 в ЦГБ г. Щучье Курганской области. С 2006 г. работает система производства медкислорода в ОБП УД Президента. Показали высокие эксплуатационные качества большие промышленные установки, работающие в Казахстане (с 1994 г.) и Нижнем Новгороде (с 1998 г.). Этот опыт убедительно свидетельствует о надежной долговременной работе продукции фирмы AirSep. В этом году и начале следующего заработают установки в больничных комплексах Иркутска, в Астане (Казахстан), Санкт-Петербурге, Астрахани и др.

Наряду с уже известными моделями кислородных концентраторов мы предлагаем и новые модели NewLife Single (8 л) и NewLife Dual (8 л), которые, сохраняя все превосходные эксплуа-

ционные характеристики старых, отличаются повышенной производительностью – до 8 л/мин – и повышенным давлением подачи кислорода – 1,4 атм. Это расширяет область их применения. Например, такой относительно недорогой прибор подойдет для использования с ИВЛ с механическим приводом серии PO для педиатрических кювез, процедур физиотерапии. При несложной разводке новые NewLife будут достаточны для 2-х и более пациентов. Ни один концентратор подобного класса таких размеров и такой цены не имеет равнозначных характеристик. Особенно полезными новые модели NewLife будут в небольших клиниках, в сельской местности, мобильных госпиталях МЧС и везде, где необходим надежный, удобный и мобильный источник кислорода. Это реальная альтернатива опасным баллонам с кислородом высокого давления в школах, аптеках и других общественных местах. С 2008 г. появятся точно в таком же исполнении, как и NewLife, приборы производительностью 10 л/мин., что еще больше увеличит диапазон их применения.

Из новинок интересна еще одна уникальная модель – переносной концентратор FreeStyle. В отличие от известного NewLife (4,4 кг), FreeStyle весит всего 2 кг и (с поясом с аккумуляторами) способен производить кислород в течение 10 часов без внешнего источника электропитания. Сейчас проходит тестирование новая модель уже хорошо известного и постоянно модернизируемого концентратора Reliant (на который действительно можно положиться, особенно в операционных и реанимационных) – с дополнительным воздушным выходом, что позволит работать с аппаратами ИВЛ и дыхательно-наркотическими без использования отдельного воздушного компрессора.

Принципиально новое предложение – размещение кислородных установок MZ в контейнере. Такой кислородный завод полностью автономен, имеет вентиляцию, системы отопления, кондиционирования, пожарной и газовой безопасности. Требуется только размещение контейнера на фундаменте, подключение электропитания и кислородного трубопровода. Техобслуживание сводится к замене фильтров и регламентным работам на компрессоре. Все это, безусловно, может решить задачу обеспечения кислородом больничных комплексов. Кстати, блок-контейнеры производятся в России. Уверена, что и в дальнейшем развитие нашей компании будет полезно и прогрессивно.

Оборудование, выпускаемое компанией AirSep и не имеющее аналогов, применяется более чем в 100 странах мира на протяжении 30 лет. Именно поэтому наша фирма «ЛайфКор Интернешнл» предлагает кислородные концентраторы и установки по производству кислорода от компании-производителя AirSep.

Наследственный случай гипертрофической кардиомиопатии

Малеева А.В., Колесникова О.В., Михайлюк О.Н.,
отделение Функциональной ультразвуковой диагностики,
МУЗ ГKB №3 им. С.М. Кирова, г. Астрахань

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – первичное поражение сердца, характеризующееся утолщением стенок левого желудочка (ЛЖ) и развитием сердечной недостаточности, преимущественно диастолической. Гипертрофия стенки ЛЖ более 15 мм неясного генеза считается диагностическим критерием ГКМП.

Различают следующие варианты ГКМП:

- симметричная (увеличение с вовлечением всех стенок ЛЖ);
- асимметричная (гипертрофия с вовлечением одной из стенок);
- апикальная (гипертрофия охватывает изолированно лишь верхушку сердца);
- обструктивная (межжелудочковой перегородки или идиопатический субаортальный стеноз);
- ГКМП свободной стенки ЛЖ.

Важными общими особенностями ГКМП (как с обструкцией, так и без нее) являются высокая частота нарушений ритма сердца, прежде всего желудочковой экстрасистолии и пароксизмальной тахикардии, и нарушение диастолического наполнения ЛЖ, что может приводить к сердечной недостаточности. С аритмиями связывают внезапную смерть, наступающую у 50% больных ГКМП.

Этиология: многие ГКМП – наследственные заболевания, возникающие в результате мутации генов, кодирующих сократительные белки миокарда. Часть составляет так называемая спорадическая форма, в этом случае у пациентов нет родственников, болеющих ГКМП или имеющих гипертрофию миокарда.

Патогенез: в результате мутации генов возникают гипертрофия ЛЖ и участки дезорганизации кардиомиоцитов.

Клинические проявления: обусловлены обструкцией выносящего тракта ЛЖ, его диастолической дисфункцией, ишемией миокарда и нарушениями сердечного ритма.

Мы располагаем собственными наблюдениями ГКМП, носящими наследственный характер.

Больной М., 1949 г.р., болен с 1991 года, когда впервые обратили внимание на изменения на ЭКГ и срочно госпитализировали с подозрением на инфаркт миокарда. Далее провели обследование и лечение. Диагноз при выписке: ИБС. Мелкоочаговый инфаркт миокарда передней стенки ЛЖ. Гипертоническая болезнь III ст., степени повышения АД III. Дилатация левого предсердия. Гипертрофия ЛЖ. Риск 3. НК I. ФК II.

После выписки из стационара больного направили на реабилитационное лечение в санаторий. На повторно снятых ЭКГ изменения были прежними (глубокий отрицательный зубец Т в I, aVL, V3-6, ST ниже изолинии в I, aVL, V4-6, ST выше изолинии в V1-2, зубец R высокий в V5-6). АД – 180/110 мм рт.ст.

С 1991 по 1997 г. больной получал амбулаторное лечение в соответствии с поставленным диагнозом. ЭКГ за это время оставалась без изменений. В 1997 г. было проведено ЭХО-КГ и выявлена асимметричная гипертрофия ЛЖ (в большей степени за счет межжелудочковой перегородки): толщина МЖП – 2,4 см, ЗСЛЖ – 1,3 см, ФВ – 78%, КДР – 4,4 см, КСР – 3,2 см, Ао – 3,0 см, АК – 2,2 см, ЛП – 3,6 см.

После обследования был выставлен диагноз: ГКМП.

Подъемы давления больной не ощущает. Начато лечение в объеме: обзидан 80 мг х 4 раза в сутки, эналаприл по 1 таб. х 3 раза в сутки.

При этом АД снизилось до 160/100 мм рт.ст.

В 1998 г. эналаприл был заменен на ренитек, а обзидан – на атенолол в адекватных дозах. При приеме этих препаратов АД ниже 160/100 мм рт.ст. не снижалось, хотя клинически пациент не ощущал себя плохо. Было решено к лечению добавить коринфар по 1 таб. х 2 раза в сутки. АД после приема коринфара снижалось до 150/90 мм рт.ст.

С октября 1998 г. больной стал отмечать иногда при ходьбе и после приема пищи жгучие боли за грудиной. В приеме нитратов не было необходимости, так как боли купировались остановкой движения.



С июля 1999 г. в положении лежа пациент стал отмечать перебои в работе сердца, которые купировались изменением положения тела. 30.12.1999 г. после ужина принял 20 мг ренитека, 100 мг атенолола и лег спать в 22.00. В 24.00 проснулся от сильного сердцебиения и жгучих болей за грудиной. АД – 200/120 мм рт.ст.

Бригадой скорой помощи доставлен в ПИТ стационара. Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот, обильное мочеиспускание. На ЭКГ – пароксизм мерцательной аритмии с частотой ритма желудочков – 160-180 уд./мин., гипертрофия ЛЖ с выраженной систолической перегрузкой. Под контролем ЭКГ и АД начато введение новокаинамида, промедола, панангина в/в капельно. Через 2 часа 45 минут ритм восстановился. 5 суток пациент находился в ПИТ, затем был переведен в кардиологическое отделение, где лечение было продолжено: ренитек 40 мг в сутки, атенолол 200 мг в сутки, верапамил по 1 таб. x 3 раза в сутки. Нитраты добавлены к лечению и через 5 дней отменены. Аускультативно: тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и аорте. Учитывая, что давление не имело тенденции к снижению, к лечению было решено добавить престариум по 1 таб. на ночь. Через 24 дня больной выписан из стационара.

05.02.2000 г. в 20.00 дома на фоне приема препаратов внезапно возник пароксизм фибрилляции предсердий, АД – 200/110 мм рт.ст. Через 40 минут больной был доставлен в блок интенсивной терапии, начато введение новокаинамида, изокета, промедола, гепарина, коринфар под язык. Приступ купирован через 45 минут. В ПИТ находился 5 дней, затем переведен в кардиологическое отделение.

Лабораторные анализы. Общий анализ крови: Hb – 110 г/л, Le – $3,8 \times 10^9$ /л, Eг – $5,5 \times 10^{12}$ /л, СОЭ – 8 мм/ч. Общий анализ мочи – без патологии. Калий крови – 3,3 ммоль/л. ЭКГ – без динамики в сравнении с ЭКГ от 1991, 1997, 1998, 1999 гг., ЭХО-КГ без динамики от января 2000 г.

Несмотря на проводимое лечение, в отделении вновь возник пароксизм мерцательной аритмии. Больной проснулся от сильного сердцебиения, жгучих болей за грудиной. АД – 180/110 мм рт.ст. Пароксизм купирован 4 таб. новокаинамида. После этого было решено перейти на кордарон.

В это время стали появляться желудочковые экстрасистолы, которые учащались в положении лежа, при ходьбе, после приема пищи. Нами был сделан вывод, что пароксизм провоцируется подъемом артериального давления. Желудочковые экстрасистолы стали беспокоить пациента все чаще.

В апреле 2000 г. больной находился на обследовании в Москве в Институте кардиологии

им. А.Л. Мясникова, где был поставлен диагноз: ИБС. Нарушение сердечного ритма: пароксизмальная форма трепетания предсердий неправильной формы. Гипертоническая болезнь II ст. Степень повышения АД III. Гипертрофия ЛЖ. Риск 3. НК I. ФК II. К лечению был добавлен аллопенин, и желудочковые экстрасистолы прекратились.

С 2000 г. пароксизмы мерцательной аритмии стали учащаться и в настоящее время возникают через 1-2 дня и продолжаются по 2-3 дня. Начинаются и заканчиваются внезапно. Начало приступа сопровождается жгучими болями за грудиной, обильными потоотделением и мочеиспусканием.

В декабре 2005 г. больной был представлен на МСЭ, определена II группа инвалидности.

В мае 2007 г. находился на лечении в кардиологическом отделении ГКБ №3 им. С.М. Кирова с диагнозом: ИБС. Прогрессирующая стенокардия с исходом в стабильную ФК III. ПИКС. Пароксизмальная мерцательная аритмия. ХСН Па. ФК II. Гипертрофическая кардиопатия с субаортальной обструкцией. Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4. Консилиум решил направить пациента в НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева для решения вопроса об оперативном лечении.

Наследственную этиологию данной патологии подтверждает наблюдение нами дочери вышеуказанного больного.

Больная Г., 1979 г.р., в течение года отмечаются частые обморочные состояния. По данным ЭХО-КГ от 2008 г.: МЖП – 1,4 см (в средней трети) с фиброзными включениями, при сравнении с ЭХО-КГ от 2004 г.: МЖП – 0,87 см, диастолическая дисфункция рестриктивного типа.

На ЭКГ от 2008 г. синусовый ритм нарушен частыми полиморфными экстрасистолами, гипертрофия ЛЖ.

Данные наших исследований подтверждают наследственный характер ГКМП.

Резюмируя полученные данные, есть основания считать, что патологические изменения встречаются чаще, чем диагностируются. Это можно объяснить тем, что у значительной части больных невозможно детальное обследование с применением лабораторных и инструментальных методов диагностики (вентрикулография, коронарография, ЭФИ), вследствие этого больным ошибочно ставится диагноз: ИБС, гипертоническая болезнь. Назначается неадекватное лечение, что ведет к прогрессированию заболевания.

Проведение своевременной диагностики позволит выявлять ранние субклинические изменения миокарда и оптимизировать лечение. Все это значительно снизит вероятность развития осложнений, в том числе фатальных, и улучшит дальнейший прогноз пациентов с гипертрофической кардиомиопатией.



СПЕЦИАЛЬНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ КИСЛОВОДСКОГО ИНСТИТУТА ЭКОНОМИКИ И ПРАВА (КИЭП) ДЛЯ РАБОТНИКОВ С МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Дополнительный набор на заочное отделение по следующим специальностям:

- **ЮРИДИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

030501.65 – «Юриспруденция», квалификация: юрист

Юриспруденция в сфере здравоохранения (эксклюзивная программа на базе медицинского образования в рамках гражданско-правовой специализации).

- **ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

080507.65 – «Менеджмент организации», квалификация: менеджер

Менеджмент в социальной сфере (здравоохранении).

Учебный процесс построен с использованием элементов дистанционного обучения.

Новое предложение КИЭП для медицинских работников:

Повышение квалификации и профессиональная переподготовка руководящих работников и специалистов по направлениям:

- Управление в здравоохранении
- Медицинское право
- Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения различных форм собственности
- Профессиональная переподготовка – дополнительное образование на базе имеющегося медицинского образования с получением диплома, дающего право на ведение профессиональной деятельности в новой сфере.

По окончании обучения выпускники института получают государственный диплом.

ОБРАЗОВАНИЕ В КИЭП – ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ КАРЬЕРЫ!

**Наш адрес: 357700, г. Кисловодск, ул. Розы Люксембург, 42
тел. (87937) 2-12-12; 2-19-84, факс (87937) 2-93-02**

Опыт работы кабинета по профилактике диабетической ретинопатии

Славицкая Е.С., Красильникова Е.А., Дуюн И.П.,
ГУЗ «Краевой эндокринологический диспансер», г. Ставрополь

Сахарный диабет является одной из приоритетных медико-социальных проблем. Это обусловлено эпидемиологической распространенностью, хроническим течением заболевания и высокой инвалидизацией больных. Между тем доказано, что почти все осложнения сахарного диабета можно предотвратить. Один из путей решения этой задачи – создание системы специализированных центров и объединение усилий многих специалистов по профилактике и лечению сахарного диабета у детей и взрослых.

В октябре 2000 г. на базе Краевого эндокринологического диспансера в рамках исполнения краевой целевой программы «Сахарный диабет» открыт Диабетологический центр, где функционирует кабинет по профилактике диабетической ретинопатии – основной причины снижения зрения и слепоты при сахарном диабете.

Кабинет по профилактике диабетической ретинопатии оснащен новейшим современным оборудованием, что позволяет за одно посещение установить точный диагноз пациенту, выработать тактику лечения и по показаниям

произвести лазерную фотокоагуляцию сетчатки, дать необходимые рекомендации. Раннее выявление диабетической ретинопатии и широкое внедрение лазерной фотокоагуляции сетчатки позволяет максимально достичь социальной и профессиональной реабилитации пациентов, что способствует улучшению качества их жизни.

Сегодня в арсенале кабинета имеется немидриатическая ретикулярная камера. Внедрение метода фотографирования глазного дна позволяет при минимальных временных затратах диагностировать патологию сетчатки и тем самым прогнозировать течение основного заболевания. Данная методика дает возможность без применения мидриатиков провести скрининг, не выключая пациента из обычного рабочего ритма.

Всего в Ставропольском крае на начало 2007 г. зарегистрированы 56 600 человек, больных сахарным диабетом. Осложнения со стороны органа зрения, по данным Государственного регистра Ставропольского края, имеют 35% (таблица 1).

Таблица 1

Анализ количества посещений офтальмолога Диабетологического центра за 2004-2006 гг.

Год	Количество посещений, в т.ч.			
	городские пациенты	сельские пациенты	дети, подростки	всего
2004	2117 (68,9%)	956 (31,1%)	33 (1,1%)	3073
2005	1860 (66,9%)	923 (33,1%)	24 (0,9%)	2783
2006	1465 (61,0%)	925 (38,0%)	26 (1,1%)	2390

Из таблицы видно, что в структуре посещений количество городских пациентов в среднем составляет 65,4%, сельских – 34%, детей – около 1,0%, имеется тенденция к увеличению количества посещений краевых больных.

Как известно, диабетическая ретинопатия классифицируется по следующим стадиям: непролиферативная (НПДР), препролиферативная (ППДР), пролиферативная (ПДР) (таблица 2).

Таблица 2

Анализ выявленной патологии по стадиям по обращаемости в кабинет офтальмолога диабетологического центра за 2004-2006 гг.

Стадии диабетической ретинопатии	2004 год	2005 год	2006 год
НПДР, в т.ч. вновь выявлено	209 (45%) 51 (24%)	207 (49%) 44 (21,3%)	112 (32%) 36 (32,2%)
ППДР, в т.ч. вновь выявлено	148 (32%) 37 (25%)	112 (27%) 31 (27,7%)	107 (30,4%) 24 (22,4%)
ПДР, в т.ч. вновь выявлено	100 (23%) 18 (18%)	96 (24%) 9 (0,94%)	68 (19,4%) 3 (0,45%)
Всего	457 чел.	415 чел.	351 чел.

В краевом диабетологическом центре осуществляется обучение пациентов, больных сахарным диабетом, в постоянно действующей «Школе сахарного диабета», в работе которой участвуют все специалисты центра. Офтальмолог также проводит занятия в «Школе диабета», где подробно освещается информация о причинах, клинических проявлениях, диагностике и современных методах лечения диабетической ретинопатии, разработан план лекций с показом слайдов глазного дна, на которых в наглядной форме объясняется причина снижения зрения и слепоты при далеко зашедших стадиях заболевания сетчатки.

В 2003 г. нами совместно с коллегами разработаны методические рекомендации по скринингу диабетической ретинопатии для врачей-офтальмологов края. Данное пособие оформлено как методическое руководство.

Считаем, что традиционно выполняемое во многих глазных стационарах консервативное лечение больных с диабетической ретинопатией является примером не только нерационального расходования бюджетных средств, но и одной из наиболее частых причин позднего обращения для проведения лазерного лечения.

Хочется акцентировать внимание коллег эндокринологов и офтальмологов, что в кабинете по профилактике диабетической ретинопатии не проводится консервативное лечение диабетической ретинопатии с использованием субконъюнктивальных, пара- и ретробульбарных инъекций ангиопротекторов, антиоксидантов и других групп препаратов.

Являясь сторонниками рациональных и эффективных методов лечения, мы при выявлении диабетической ретинопатии на любой стадии, оценив перспективы зрительных функций, предлагаем проведение фотокоагуляции. Учитывая возможность проведения фотокоагуляции в амбулаторных условиях, пациенту предоставляется услуга длительностью не более 2-х часов. Повторный сеанс назначается не ранее, чем через 3-4 недели. Количество сеансов определяется тяжестью заболевания.

При диагностировании гемофтальма, пролиферативных изменений сетчатки, тракцион-

ной отслойки сетчатки пациенты направляются в стационар для выполнения витреоретинальных вмешательств.

Анализ оперативной активности

Прооперированы 689 больных, из них 254 – жители Ставрополя и 435 – жители края. Всего выполнено 1500 операций. Ежегодно увеличивается количество оперативных вмешательств по поводу диабетической ретинопатии. Около 70% пациентов подвергаются лазерной фотокоагуляции на стадии препролиферативной ретинопатии. Именно в этой стадии заболевания еще возможно предотвратить развитие необратимых изменений сетчатки, приводящих к полной потере зрительных функций.

Нужно подчеркнуть, что за последние 2,5 года спрос на услуги офтальмологов в Диабетологическом центре значительно возрос, и связано это не только с отсутствием врачей-офтальмологов в районах края, но и с низким техническим оснащением кабинетов, что в свою очередь снижает возможности диагностики, а в большинстве случаев и вовсе не позволяет выявлять патологию заднего отрезка (сетчатки).

Врачу-офтальмологу зачастую приходится сталкиваться с проблемой полной потери зрительных функций у пациентов при впервые выявленном заболевании, либо у страдающих сахарным диабетом короткий промежуток времени. Кроме того, приходится диагностировать большое количество сопутствующей глазной патологии: глаукома различной степени тяжести, острый затянувшийся приступ первичной/неоваскулярной глаукомы, зрелая катаракта, – заболевания, диагностика и лечение которых должны проводиться у офтальмологов по месту жительства. Такие пациенты должны направляться в стационар или на консультацию в краевые учреждения, минуя офтальмологов Диабетологического центра.

Сегодня необходимо увеличивать количество подобных кабинетов по профилактике диабетической ретинопатии в Ставропольском крае как в связи с ростом заболеваемости сахарным диабетом, так и с необходимостью раннего выявления осложнений со стороны органов зрения.



Адресно-
телефонный
справочник

ДОНСКАЯ МЕДИЦИНА

Ростов и область 2008

344064
г. Ростов-на-Дону
ул. Вавилова, 54, оф. 305
т. (863) 223-23-25
273-25-16
e-mail: info@akvarel2002.ru
www.akvarel2002.ru

- органы управления и контроля в здравоохранении
- лечебно-профилактические учреждения
- фармацевция и аптеки
- медицинская техника
- и все, что имеет отношение к медицине

Распространяется по Ростову-на-Дону и Ростовской области в сети книжных магазинов «Ростовкнига», «Магистр», «КнигоМир», в газетных киосках

Качество жизни больных сахарным диабетом – решенные и нерешенные проблемы

Волкова Н.И., д.м.н., зав. кафедрой внутренних болезней №3

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Ростов-на-Дону

13 марта 2008 г. в г. Ростове-на-Дону состоялась научно-практическая конференция, на которой обсуждались проблемы качества жизни больных сахарным диабетом (СД). Организаторами конференции выступили Министерство здравоохранения Ростовской области, РостГМУ и Ростовский Городской эндокринологический центр. Тема для обсуждения была выбрана не случайно. Во-первых, количество пациентов, страдающих СД, очень велико и, к сожалению, продолжает увеличиваться с каждым годом. Во-вторых, благодаря современным достижениям медицины, продолжительность жизни диабетика значительно увеличилась. Но это может оказаться бессмысленным достижением, если параллельно с увеличением продолжительности жизни не будет улучшаться ее качество.

Как показала практика, тема качества жизни больных СД действительно актуальна, поскольку в работе конференции приняли участие 176 врачей различных специальностей из ЛПУ г. Ростова-на-Дону и Ростовской области. Возможно, столь высокий интерес со стороны докторов был обусловлен еще и тем, что из 12-ти предложенных лекций 10 было прочитано ведущими профессорами из головных учреждений Москвы.

- Открыл конференцию заместитель министра здравоохранения РО, профессор Шлык С.В. В своем выступлении он отметил, что распространенность эндокринологических заболеваний достигла такого уровня, что возникла необходимость обсуждения этих проблем не только среди эндокринологов, но и в сотрудничестве с врачами других специальностей: кардиологов, урологов, семейных врачей и врачей общей практики. Были указаны перспективы развития эндокринологической службы в РО, включающие внедрение новых высокотехнологичных методов диагностики и лечения СД, разработку стандартов оказания помощи и др. Также Сергей Владимирович отметил целый ряд достижений в этой области, в частности, создание Городского эндокринологического центра для жителей Ростова-на-Дону.
- В первом докладе «Ожирение и СД – можно ли прервать связь?» ведущий научный сотрудник ЭНЦ Ромедтехнологий г. Москвы Бутрова С.А. осветила проблему избыточного веса, которая в настоящее время приобрела характер пандемии и влечет за собой

увеличение риска развития СД. Были изложены современные подходы к лечению ожирения как путем гипокалорийного питания, так и с помощью медикаментозной терапии, продемонстрирована возможность первичной профилактики СД.

- Большой интерес аудитории вызвало сообщение профессора Мкртумяна А.М. «Новый подход к терапии СД 2 типа: роль миметиков инкретина и ГПП-1 в регуляции углеводного обмена», посвященное новому регулятору постпрандиальной гликемии. Как отметил Мкртумян А.М., это принципиально новый подход к лечению СД, способствующий нормализации углеводного обмена за счет увеличения массы бета-клеток поджелудочной железы.
- Актуальным является и сообщение профессора Гиляревского С.Р. «Органопротекция у больных СД». СД в сочетании с артериальной гипертензией, дислипидемией являются наиболее опасными факторами риска развития микро- и макрососудистых осложнений. Очевидно, что для этой группы наиболее важно достижение целевых уровней гликированного гемоглобина, артериального давления, липидов в крови. Но также понятно, что при таком подходе становится высоким риск полипрагмазии. Профессор Гиляревский С.Р. рассмотрел эту проблему с позиции доказательной медицины.
- «Новые возможности терапии диабетической нейропатии» были представлены д.м.н. Галстяном Г.Р. Частота различных форм нейропатии среди больных СД достигает 65-80%, наиболее частой формой поражения периферической нервной системы является диабетическая дистальная нейропатия, что повышает риск развития синдрома диабетической стопы, самым грозным последствием которого является ампутация, что приводит к инвалидизации и снижению качества жизни больного. Были представлены методы и схемы лечения, позволяющие снизить прогрессирование нейропатии и количество ампутаций.
- Профессор Вьючнова Е.С. представила вниманию аудитории современные подходы в лечении патологии печени у больных СД. С одной стороны, развитие жировой дистрофии печени является одним из частых осложнений СД, но с другой – это наименее

изученная проблема. В докладе были освещены все самые современные сведения по данной проблеме.

- Сообщение профессора Петуниной Н.А. «Новые подходы к ведению больных СД 2 типа и инсулиновой резистентностью» также вызвало интерес, поскольку СД 2 типа в 90% случаев развивается на фоне избыточного веса, что, в свою очередь, сопряжено с инсулинорезистентностью. Соответственно в большинстве случаев требуется коррекции не только гликемии, но и инсулиновой резистентности, поэтому новые решения данной проблемы представляют практический интерес.
- Одной из наиболее сложных проблем пациентов, страдающих СД, является развитие астении или депрессии, что связано, в первую очередь, с отсутствием качественной психологической помощи. Основные аспекты «Современных методов воздействия на эмоциональные и болевые симптомы у больных СД и депрессивными расстройствами в общей медицине» были представлены профессором Дробижевым М.Ю. В своем докладе он осветил патогенез, основные клинические проявления, методы диагностики и лечения легких форм депрессий, требующих медикаментозной коррекции, которую могут осуществлять врачи различных специальностей.
- Еще одной интересной и малоизученной проблеме было посвящено выступление профессора Громовой О.А.: «Дефицит магния в терапевтической практике». Ею было убедительно продемонстрировано, как важен данный микроэлемент для нормальной жизнедеятельности. Дефицит магния сопровождается множеством симптомов и синдромов: от синдрома хронической усталости, понижения умственной работоспособности и головных болей до артериальной гипертензии, склонности к тромбообразованию, ускорению атеросклероза. Магний является универсальным регулятором биохимических и физиологических процессов в организме, участвует в энергетическом, пластическом и электролитном обмене. Вот почему необходимо корректировать его дефицит и это особенно актуально для больных СД, поскольку у них имеется дефицит магния практически в 100% случаев.
- В настоящее время широкое распространение получила проблема остеопороза. Актуальность этой патологии связана с высокой распространенностью и возможными последствиями – перелом позвонков, периферических костей скелета, что приводит к ранней инвалидизации и смертности. Согласно национальным клиническим рекомендациям

Российской ассоциации по остеопорозу, необходима ранняя диагностика, активизация профилактических мероприятий, своевременное назначение адекватного лечения, что было изложено в докладе д.м.н. Карахалис Л.Ю.

- Еще одной составляющей качественной жизни человека является его сексуальная жизнь. Значимой проблемой для больных СД является разновидность автономной нейропатии – эректильная дисфункция и развитие андрогенного дефицита, что осветил в докладе «Качество половой жизни у больных СД» д.м.н. Сизякин Д.В. Проявления гипогонадизма во многом схожи с астеническими проявлениями на фоне соматической патологии, что затрудняет своевременную диагностику и не дает клинического эффекта на фоне использования различных антидепрессантов и нейропротекторов. Сделан акцент на необходимости проведения диагностического поиска у больных СД – определение тестостерона с целью наиболее раннего выявления андрогенного дефицита и назначения современных видов заместительной терапии, позволяющих значительно повысить качество половой жизни пациентов, страдающих СД.
- Заключительный доклад к.м.н. Подгребельного А.Н. «Другая жизнь больного СД 1 типа» был посвящен самому оптимальному и современному методу сахароснижающей терапии у пациентов с 1-м типом диабета – введение инсулина с помощью инсулиновых помп. Постоянная инфузия инсулина ультракороткого действия позволяет поддерживать нормогликемию в течение суток, снижает риск гипогликемических состояний, сводит к минимуму прогрессирование микро- и макрососудистых осложнений, что позволяет пациентам вести активный образ жизни, длительно сохранять трудоспособность.

В заключение хотелось бы отметить, что любой обмен опытом полезен, и направлен на улучшение качества оказания помощи больным. А когда своим опытом, а также самыми современными сведениями, касающимися сложных и малоизученных проблем, делятся ведущие специалисты в своей области, это максимально полезно. Возможно поэтому конференция длилась с 10.00 до 18.00, после каждого доклада было большое количество вопросов, а по некоторым темам возникали активные дискуссии. Подводя итог, можно сказать, что в медицинской жизни нашей области прошло еще одно важное и крайне полезное событие, направленное на повышение качества оказания медицинской помощи.

«Медицина – сегодня и завтра»

Пресс-релиз выставки

26–28 июня 2008 г. в городе Сочи в выставочном центре ГК «Жемчужина» при поддержке Администрации Краснодарского края и города Сочи, Стоматологической Ассоциации России состоится **IX Международная специализированная выставка «Медицина – сегодня и завтра»**, организованная Выставочной компанией «Сочи-Экспо ТПП г. Сочи».

Медицина на Черноморском побережье Краснодарского края является важнейшей отраслью экономики. Наш регион по уровню развития здравоохранения занимает **III-е место в России** (только из краевого бюджета был выделен 21 млрд рублей в 2007 г.). На территории региона функционирует 265 больниц, 58 диспансеров, 270 поликлиник и 31 специализированная стоматологическая поликлиника, более 1 000 частных стоматологических кабинетов, 761 фельдшерско-акушерских и 177 здравпунктов, более 1 200 санаториев и пансионатов. Краснодарский край является одним из самых густонаселенных субъектов РФ: здесь проживает более 5 миллионов человек, а лечится и отдыхает 14 миллионов россиян и гостей из других стран (более 4,5 миллионов – в городе-курорте Сочи). **Ежегодная встреча** в рамках выставки организаторов здравоохранения, руководителей санаторно-курортного комплекса, практикующих врачей всех специальностей, включая стоматологов и зубных техников с учеными, представителями фирм-производителей и торгующих организаций стала за 9 лет традиционным местом обсуждения проблем медицинской и стоматологической отрасли, опыта ведущих профильных научных центров, знакомства с новейшими методиками, что **способствует развитию здравоохранения курортной и олимпийской столицы России. В 2008 году в рамках деловой программы – уникальная Научно-практическая конференция Стоматологической Ассоциации России «Правовые и клинические аспекты применения лазерных технологий и дентальной имплантологии»** (руководитель – **И.А. Шугайлов**, заведующий кафедрой стоматологии РМАПО МЗ и СР РФ, доктор медицинских наук, профессор). Симпозиум **«Медицинское страхование в стоматологии. Проблемы и пути их решения»** (руководитель – **В.Д. Вагнер**, президент Стоматологической Ассоциации России, доктор медицинских наук, профессор). С докладами выступают ведущие стоматологи **России, Германии, Израиля, США.**

Проведение медицинских выставок в регионе способствует продвижению новых технологий ведущих производителей в области фармации, медтехники, стоматологии, реабилитации, косметологии; демонстрирует современные методики в курортологии и бальнеологии; предлагает всё необходимое для комплексного оснащения здравниц, стационаров, поликлиник, лабораторий, аптек, салонов красоты, оздоровительных центров.

Приоритетным направлением развития здравоохранения в Сочи является улучшение медицинской помощи населению путем реализации национального проекта «Здоровье». Высокий уровень медицины – это традиция города Сочи и его отличительная особенность. Санаторно-курортное лечение в 250 сочинских здравницах служит этапом, закрепляющим эффект, достигнутый при лечении в стационаре или поликлинике. За последние 3 года в городе проведены реконструкция, капитальный ремонт и переоснащение десятков лечебных учреждений, ведется строительство новых больниц в Дагомысе и Красной Поляне. В городе функционирует более 40 лечебно-диагностических учреждений, динамично развивается стоматологическая отрасль, увеличивается количество стоматологических клиник и частных медицинских центров, растет спрос на услуги индустрии красоты. Развиваясь из года в год и сохраняя свои лучшие традиции, медицинские выставки «Сочи-Экспо ТПП г. Сочи» не стоят на месте, а уверенно шагают вперед и дают новый импульс развитию здравоохранения в Олимпийской столице 2014 года. Их отличительной особенностью является насыщенная научно-деловая программа, интересная экспозиция, хорошая посещаемость мероприятий руководителями отрасли, практикующими врачами всех специальностей.

«Сочи-Экспо ТПП г. Сочи»

354000, г. Сочи, Главпочтамт, а/я 1407

Тел./факс: (8622) 62-05-24, 64-23-33, 64-75-55, 64-87-00, бухгалтерия 64-90-11

Прямой московский тел./факс: (495) 745-77-09

e-mail: medicina@sochi-expo.ru; http://www.sochi-expo.ru

Директор выставки: Григорьев Владислав Генрихович –

моб. телефон +7-918-914-53-51 (круглосуточно)

Менеджер выставки: Доронина Ольга Яковлевна

26 - 28 ИЮНЯ 2008 г. г. СОЧИ, ГК «ЖЕМЧУЖИНА»

IX СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА

«МЕДИЦИНА - СЕГОДНЯ И ЗАВТРА»



Научно-практическая конференция Стоматологической Ассоциации России "Правовые и клинические аспекты применения лазерных технологий и дентальной имплантологии" Симпозиум "Медицинское страхование в стоматологии. Проблемы и пути их решения"



**ФАРМАЦИЯ, МЕДТЕХНИКА, КОСМЕТОЛОГИЯ,
БАЛЬНЕОЛОГИЯ, СТОМАТОЛОГИЯ**

ВЫСТАВОЧНАЯ КОМПАНИЯ «СОЧИ-ЭКСПО ТПП г. СОЧИ», Тел.: (8622) 62-05-24, 64-23-33,
64-75-55, 64-87-00, (495) 745-77-09, www.sochi-expo.ru e-mail: medicina@sochi-expo.ru



реклама



**Южно-Российский
курортно-медицинский форум
«КУРОРТЫ ЮГА.
ИНДУСТРИЯ ГОСТЕПРИИМСТВА»**

**Ежегодная специализированная
выставка «ЮгМедЭкспо»**

**Ежегодная специализированная
выставка «ЮгДенталЭкспо»**

г. Пятигорск
15-17
мая 2008 года

г. Пятигорск, ул. Первомайская, 81
Тел./факс (8793) 34-50-67, 32-02-18,
32-41-09, 36-57-71, 36-57-72, 36-57-73,
(961) 472-6838, (909) 755-28-79

E-mail: artex1@artex1.com, info@artex1.com,
[Http://www.artex1.com](http://www.artex1.com)

реклама

Эслана-Дез



Вапусан 2000 Р

дезинфекция и предстерилизационная очистка одновременно. Лучшее соотношение «цена и качество»
ООО «НПЦ Медицинская Дезинфекция», Россия



Вапусан - Форте

дезинфекция высокого уровня, в том числе эндоскопов и оборудования к ним.
ООО «НПЦ Медицинская Дезинфекция», Россия

Адрес: 119812, Москва, Б.Пироговская ул., д.17
Тел: (495)246-96-22, 246-25-42, 580-88-87
Моб. Офис: 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



ХТХ Жавель

Таблетированный хлорсодержащий препарат широкой области применения.
"Арч Вотер Продактс", Франция

Новинка



Чистотел

Высокоэффективный экономичный педикулецид
русского производства

Легионеллез (болезнь легионеров)

Ломов Ю.М., д.м.н., проф., засл. деятель науки РФ; Карбышев Г.Л., д.м.н.; Ростовский-на-Дону научно-исследовательский противочумный институт, г. Ростов-на-Дону

Болезнь легионеров – острое лихорадочное заболевание, вызываемое группой микроорганизмов, относящихся к семейству *Legionellaceae*. Ведущее значение имеет *Legionella pneumophila* серогруппы 1 с воздушно-капельным механизмом передачи и поражением верхних дыхательных путей в виде респираторной лихорадки Понтиак и нижних дыхательных путей в виде острых пневмоний.

История изучения болезни легионеров началась с 1976 г. и была связана с изучением вспышки острых респираторных заболеваний среди участников конференции «Американского легиона», которая проходила 21-28 июля 1976 г. в отеле Бельвью-Стратфорд в Филадельфии. Уже 2 августа в Центр по контролю за болезнями в г. Атланте поступила информация о смерти трех пациентов с диагнозом тяжелой пневмонии из г. Питтсбурга. Вскоре было отмечено массовое поступление больных с симптомами атипичной пневмонии, а эпидемиологическое расследование показало, что большинство больных были участниками указанной конференции. Всего был госпитализирован 221 участник конференции с симптомами пневмонии, из которых 34 умерли.

Впервые микробиологическая характеристика возбудителя болезни легионеров была представлена сотрудниками Центра по контролю за болезнями США J.E. McDade и C.C. Shepard в 1977 г. Уже в первые месяцы изучения было выделено 16 штаммов возбудителя, которые перекрестно агглютинировались сыворотками крови больных, что подтверждало их серологическую идентичность. Выделенный возбудитель получил название *Legionella pneumophila* штамм *Philadelphia 1*.

В настоящее время описано 48 видов *Legionella*, включающих 69 отдельных серогрупп. Известно 15 серогрупп для *L. pneumophila* и по две серогруппы для *L. bozemanii*, *L. longbeachae*, *L. feeleii*, *L. hackeliae*, *L. saintheleni*, *L. erythra* и *L. quinlivanii*. Из 48 видов легионелл только 20 видов имеют значение в патологии человека. По данным Weekly Epidemiology Record, возбудителем легионеллеза в Европе в 95,9% случаев является *L. pneumophila*, а среди серогрупп лидирующее место занимала серогруппа 1, которую выделяли от больных в 70,8% случаев. Среди других серогрупп от больных выделяли серогруппу 3 в 5% случаев и серогруппу 6 – в 3,1% случаев.

В последние годы отмечен ряд крупных эпидемических вспышек легионеллеза. В 1996 г. во

время круизных рейсов на теплоходах по Карибскому морю зарегистрировано 50 случаев легионеллеза. В 1999 г. в Бельгии при проведении торговой ярмарки зарегистрировано 93 случая легионеллеза, из которых 5 – с летальным исходом. В 1999 г. в Нидерландах при проведении выставки цветов зарегистрировано 188 случаев легионеллеза. В 2001 г. во Франции от больных с пневмониями выделено 259 штаммов легионелл различных видов и серогрупп. В 2001 г. в Испании зарегистрирована крупнейшая вспышка легионеллеза, во время которой заболело около 800 больных.

Вода является главным резервуаром легионелл. Их выделяют в виде свободноживущих микроорганизмов из различных природных водных источников окружающей среды по всему земному шару. Показано, что частота выделения легионелл из природных водных источников с использованием микробиологических методов составляет 40%, а при использовании метода ПЦР – 90%. Единственным исключением является *L. longbeachae*, которую выделяют только из искусственных почв для цветочных горшков.

L. pneumophila в природе активно размножается в температурном диапазоне 25-42°C с оптимальной температурой роста 35°C. Излюбленным местом колонизации легионелл являются искусственные технологические устройства, связанные с использованием воды, поскольку диапазон температур в них выше, чем в атмосфере. Уникальным для микробиологии и экологии легионелл является тот факт, что микроорганизм, выживая и размножаясь в элементарных условиях водных объектов окружающей среды, в искусственных условиях требует чрезвычайно сложных по рецептуре питательных сред, целый ряд компонентов из которых никогда не присутствует в водных объектах.

Основной формой существования микроорганизма в окружающей среде является внутриклеточный паразитизм свободноживущих простейших. Легионеллы выживают и размножаются в 14-ти видах амёб, 2-х видах реснитчатых простейших и являются составной частью сложной экологической системы поверхностных водных объектов – биопленок. Однако примечательным является факт выживания и размножения легионелл в биопленках в отсутствие клеток-хозяев, то есть экстрацеллюлярно.

Частота легионеллеза среди больных, госпитализируемых в стационары с диагнозом «пневмония», в среднем в Европе и США оценивается

от 2% до 15%. По данным Центра по контролю за болезнями в Атланте (CDC), ежегодно в США регистрируют от 10 000 до 18 000 случаев легионеллеза. По данным Агентства по производственной безопасности и здравоохранению США (OSHA), число ежегодных случаев легионеллеза составляет 25 000, из которых 4 000 летальны, а, по данным Американского общества микробиологов (ASM), среди больных с пневмониями, госпитализируемых в отделения интенсивной терапии, легионеллез является причиной 15-30% случаев. Частота внутрибольничного легионеллеза может колебаться от 16,3% среди больных с приобретенными пневмониями до 76% среди больных с различными формами вторичных иммунодефицитных состояний.

На территории нашей страны легионеллез впервые зарегистрирован в 1979 г. (Прозоровский С.В. с соавт., 1984; 1987), а в последующем отмечены спорадические и отдельные групповые вспышки заболевания. Частота выявления легионеллеза среди больных пневмонией колеблется от 10,7% до 12,2%.

Спорадический легионеллез среди населения, по данным пассивного эпиднадзора в США, составляет 0,2, а по данным активного выявления – 12 случаев на 100 000 населения (Меморандум ВОЗ, 1990). При сероэпидемиологическом исследовании в группах риска частота положительных результатов колеблется от 1% до 55,4%.

Основной особенностью патогенеза является способность *L. pneumophila* к внутриклеточному размножению. Бактериальные клетки проникают в цитоплазму путем фагоцитоза и формируют уникальную фагосому, которая не сливается с лизосомами, обеспечивая незавершенный фагоцитоз.

Клинически заболевание протекает в двух формах:

- пневмоническая форма – по типу острой пневмонии, которая является собственно болезнью легионеров,
- непневмоническая форма – по типу острого респираторного заболевания – респираторная лихорадка Понтиак.

Пневмоническая форма не имеет специфических клинических черт и диагностируется на основании лабораторных исследований. В 1/3 случаев заболевание протекает в тяжелой форме с явлениями интоксикационного синдрома и дыхательной недостаточности. Рентгенологически выявляют очаговые или инфильтративные изменения в легких и в некоторых случаях – экссудативный плеврит. Респираторная лихорадка Понтиак протекает легко и в большинстве случаев заканчивается спонтанным выздоровлением. Легионеллы высокочувствительны к антибиотикам макролидного ряда и фторхинолонам.

Основными методами диагностики легио-

неллеза ввиду отсутствия специфических клинических черт являются лабораторные методы исследования. Бактериологическая диагностика болезни легионеров, как и для других заболеваний бактериальной природы, является «золотым стандартом», общепринятым в мире. В то же время практика диагностики инфекционных болезней свидетельствует о большой роли и значимости серологических методов диагностики.

Анализ данных литературы свидетельствует о важной роли серологических методов диагностики легионеллеза, необходимости использования коммерческих тест-систем для выявления возбудителя, его растворимых антигенов в клиническом материале и объектах окружающей среды, идентификации и серологического типирования. Именно серологические методы позволили доказать этиологическую роль легионелл в 1976-1977 гг. при изучении филадельфийской вспышки болезни легионеров. Позже, вспоминая историю открытия заболевания, Joseph MacDade (2002) утверждал, что доказать принадлежность выделенного на куриных эмбрионах возбудителя удалось только на основании реакции непрямой иммунофлюоресценции с сыворотками реконвалесцентов из Филадельфии.

В Европе удельный вес серологических методов диагностики колеблется от 70% до 78,2%, бактериологического метода – от 17% до 21,6% и ПЦР-диагностики – от 0,83% до 11%.

В настоящее время для выявления антител к возбудителю легионеллеза используют три метода: реакцию непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) и микроагглютинацию (РА) (Меморандум ВОЗ, 1990). Кроме общепринятых методов, используют и реакцию латексной агломерации, которая является более чувствительной, чем РНИФ, и выявляет антитела в диагностических титрах на ранних стадиях заболевания – до 10-го дня. Методы обнаружения легионеллезного антигена используют в качестве экспрессных на ранних стадиях заболевания и широко применяют для диагностики легионеллеза. Они включают ИФА, радиоиммунный анализ и реакцию прямой иммунофлюоресценции (РИФ).

РостНИПЧИ занимается проблемой легионеллеза с 1990 г. Основные направления исследований:

- разработка системы эпидемиологического надзора за легионеллезом,
- изучение циркуляции возбудителя легионеллеза в объектах окружающей среды,
- изучение микробиологических аспектов возбудителя,
- разработка питательной среды для выделения и культивирования легионелл,
- изучение антигенной структуры *L. pneumophila*

- серогрупп 1–7,
- разработка серологических методов диагностики легионеллеза,
- разработка метода ПЦР для идентификации *L. pneumophila*.

Система эпидемиологического надзора включает контроль за циркуляцией возбудителя в объектах окружающей среды, диагностику легионеллеза у больных с острыми заболеваниями верхних дыхательных путей, сероэпидемиологические исследования контингента из групп риска.

Наличие возбудителя легионеллеза определялось в следующих объектах: вода в р.р. Дон и Мертвый Донец, в системах холодного, горячего водоснабжения и душевых головках промышленного предприятия «Ростсельмаш» (1991-1993 гг.), жилых домах, общественных зданиях, различных технологических участках котельных в г.г. Ростове-на-Дону, Шахтах, Сочи (санатории, дома отдыха). Кроме того, исследовалась внутришахтная вода, идущая на систему пылеподавления на шахтах «Майская», «Аютинская», «Глубокая» (1996-1999 гг.), а также в системах водоснабжения железнодорожных вагонов.

Всего за время исследований выделено свыше 300 штаммов *L. pneumophila*. Преобладающие серогруппы: 6 и 3 (более 70% изученных штаммов), кроме того, выделяли серогруппы 1, 2 и 5, однако в значительно меньших количествах.

Средняя частота положительных на легионеллез проб воды составила максимально:

- для воды поверхностных водоемов (рр. Дон, Мертвый Донец) 6-8% со средней концентрацией 10 КОЕ/мл,
- в распределительных сетях холодного водоснабжения – 0%,
- в распределительных сетях горячего водоснабжения – 12-14% со средней концентрацией 1-10 КОЕ/мл,
- в котельных, работавших на водопроводной воде – 4-5% со средней концентрацией 1-10 КОЕ/мл,
- в котельных, работавших на речной воде (р. Дон) – 18-20% со средней концентрацией 10-102 КОЕ/мл (на различных технологических участках котельных частота выделения и концентрация были значительно выше),
- в системах водоснабжения железнодорожных вагонов – 12-14%,
- в почвах сельскохозяйственных полей и оранжерей легионелл не выявлено.

Для диагностики легионеллеза у больных острыми заболеваниями органов дыхания забирали сыворотки крови и использовали в следующих реакциях: непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ), иммуноферментном анализе (ИФА) производства института им. Н.Ф. Гамалеи и латексной агломерации (РАО) с антиген-

ным полимерным диагностикумом производства РостНИПЧИ. Кроме того, для диагностики легионеллеза у больных использовали мочу в ИФА производства института им. Н.Ф. Гамалеи и латексной агломерации (РАО) с иммуноглобулиновым полимерным диагностикумом производства РостНИПЧИ. Исследовано свыше 900 сывороток крови и свыше 100 проб мочи от больных острыми пневмониями и острыми заболеваниями нижних дыхательных путей в г.г. Ростов-на-Дону, Шахты, Сочи, а также в некоторых воинских частях г.г. Ростов-на-Дону и Сочи. За положительный результат принимали сыворотки, реагирующие в диагностических титрах как минимум в двух реакциях. Частота положительных результатов среди больных острыми пневмониями колебалась (8-10%). С учетом клинико-эпидемиологических данных и серологических исследований (в том числе нарастания титров антител в парных сыворотках) предположительный диагноз легионеллеза был установлен у 75 больных. Официально диагнозы не регистрировались в связи с отсутствием в официальной статистике диагноза «болезнь легионеров», а также отсутствием каких-либо нормативных документов. Кроме того, проводились сероэпидемиологические исследования на обнаружение специфических антител к *L. pneumophila* у здоровых лиц – рабочих завода «Ростсельмаш» (1991-1993 гг.) и шахтеров вышеуказанных шахт (1996-1999 гг.). Частота положительных результатов колебалась и у рабочих завода «Ростсельмаш» (8-12%), и у шахтеров (14-20%), в зависимости от эпидемической ситуации.

Основные направления микробиологических исследований:

- изучение вирулентности легионелл, разработка простых ориентировочных методов определения вирулентности,
- изучение чувствительности легионелл к различным дезинфектантам, подбор наиболее эффективных дезинфектантов,
- важным разделом исследований является изучение условий перехода возбудителя в некультивируемое состояние, разработка методов бактериологического исследования легионелл, находящихся в некультивируемом состоянии при исследовании различных водных объектов,
- изучение антигенной структуры легионелл, выявление наиболее высокоиммуногенных антигенов с целью конструирования диагностических тест-систем.

На основании многолетних исследований сконструирована питательная среда СЭЛ для выделения, культивирования и накопления легионелл. Среда прошла Государственные испытания в ГИСК им. Л.А. Тарасевича (Решение МИБП РФ от 10.02.1998 г.) и рекомендована к практическому использованию. Институт много

лет широко реализует питательную среду СЭЛ для исследования объектов окружающей среды на легионеллез.

С участием Ростовского-на-Дону научно-исследовательского противочумного института вышли МУК 4.2.2217-07 «Методические указания по выявлению бактерий *Legionella pneumophila* в объектах окружающей среды».

В институте разработаны препараты для серологической диагностики легионеллеза:

1. Легионеллезный антигенный полимерный диагностикум сухой, предназначенный для выявления специфических антител в сыворотках крови больных в реакции объемной агломерации (РАО). Проведенные исследования показали, что указанный диагностикум является видоспецифическим и выявляет антитела к *L. pneumophila* серогрупп 1-7 начиная с 10-12-го дня от начала заболевания. Диагностикум прошел Государственные испытания в ГИСК им. Л.А. Тарасевича (протокол №7 от 19.12.2002 г.) и рекомендован к практическому использованию. Институт много лет широко реализует указанный препарат в виде тест-системы для проведения диагностических исследований на легионеллез.

2. Легионеллезный серогруппы 1 иммуноглобулиновый полимерный диагностикум сухой, предназначенный для выявления растворимого легионеллезного антигена в моче у больных, начиная с первых суток заболевания. Диагнос-

тикум является аналогом импортных ИФА – тест-систем для выявления растворимого легионеллезного антигена в моче (Biotest *Legionella* Urin Antigen EIA; Biotest AG, Германия и Binax *Legionella* urinary antigen EIA, Portland, Maine, США). Указанные тест-системы широко используют за рубежом для диагностических исследований с целью окончательного подтверждения диагноза легионеллеза.

3. Набор легионеллезных коаггулинирующих диагностикумов сухих, предназначенный для серологической идентификации *L. pneumophila* серогрупп 1-7. Кроме того, в институте получены гипериммунные сыворотки против *L. pneumophila* серогрупп 1-7 для постановки слайд-агглютинации и объемной агглютинации.

Многолетние исследования по диагностике легионеллеза с использованием различных питательных сред (СЭЛ, фирмы Oxoid и HiMedia) и препаратов для серологической диагностики (РНИФ, ИФА, антигенного и иммуноглобулинового полимерных диагностикумов) привели к разработке алгоритма и критериев диагностики легионеллеза.

В институте освоен метод ПЦР для видовой идентификации *L. pneumophila*. Проводятся исследования по разработке системы генотипирования основных генов вирулентности *L. pneumophila*.

Лекарственные средства от «ЭСКОМА»

Рожнова С.А., к. фарм.н., доцент, директор по развитию;

Иванова Т.П., засл. врач РФ, мед. директор ОАО НПК «ЭСКОМ», г. Ставрополь

Открытое акционерное общество Научно-производственный концерн «ЭСКОМ» – ведущий производитель инфузионных растворов на Юге России. За 10 лет своей деятельности предприятие увеличило объем производства с 200 тыс. флаконов в год до 6 млн единиц продукции.

В ассортименте представлены препараты для коррекции нарушенного водно-электролитного баланса, проведения дезинтоксикации, дегидратации, нейрокорректоров, анестетиков, гемостатики, кровезаменители. Практически каждому врачу приходилось пользоваться в своей практике всеми этими средствами, но никто не задумывался о том, чем отличаются аналоги данных растворов от разных производителей. Наше предприятие, по мнению специалистов, имеет определенные преимущества. Это, в первую очередь:

- система качества, соответствующая международным требованиям GMP;

- наименьшая по сравнению с аналогичными группами товаров цена продаж;
- минимальное расстояние от производителя до лечебных учреждений, расположенных на территории ЮФО, по сравнению с другими производителями, что снижает транспортные расходы.

Качество продукции, выпускаемой Научно-производственным концерном «ЭСКОМ», многократно заслуживало признание в России и за ее пределами. Награды, полученные концерном, говорят лучше слов:

- «Рубиновый Крест. За высокое качество»
- «Сапфировый Крест. За отличное качество»
- медаль и диплом «Бизнес-лидер – 2000. За высокопрофессиональный уровень управления и деловую активность»
- «Золотая Звезда. За качество производимой продукции» в Женеве
- «Золотая медаль. Европейское качество» и многие другие.

Выпускаемая продукция ориентирована не только на взрослое население, но и на детей, что обеспечивается упаковкой малых объемов по 100 мл.

Кроме того, предприятие выпускает уникальный российский препарат пирацетам в форме раствора для инфузий под торговым названием «Эскотропил». Заболевания, при которых показан пирацетам, связаны как с органическими нарушениями, посттравматическими синдромами, так и с последствиями так называемых «социальных» заболеваний. Широкий спектр использования пирацетама потребовал от фармации создания его различных лекарственных форм, как для перорального приема, так и для парентерального применения.

Причем в ряде случаев целесообразно внутривенное введение пирацетама в достаточно больших дозах (до 20 г в сутки). Речь идет об использовании препарата в реанимации, наркологии, лечении инсульта на госпитальном этапе и в восстановительном периоде, при отравлении барбитуратами, при острых кохлеовестибулярных расстройствах, острых нарушениях ЦНС астенического характера, черепно-мозговых травмах, алкогольном отравлении.

В таких ситуациях для врача очень важно, чтобы препарат был оптимально готов к использованию, не требовал от персонала дополнительных технических процедур (подбор растворителя, растворение концентрата в растворителе), а также выполнения процедур, потенциально опасных по микробной контаминации (использование дополнительных шприцов при разведении концентрата).

В этой связи препараты в форме растворов для инфузий при вышеперечисленных ситуациях имеют преимущества перед ампулированными концентратами, требующими дополнительного разведения. Кроме того, концентрации данных растворов значительно

отличаются. Помимо технического преимущества в способе введения, положительным моментом является самая низкая стоимость 1 введения при фармакоэкономической оценке аналогов (табл. 1)

Введение Росздравнадзором дополнительных требований к организации аптечного производства в соответствии с действующим законодательством в сфере обращения лекарственных средств привело к прекращению производства в большинстве аптек. Предприятие сразу же отреагировало на возникшую проблему. Своевременно был начат выпуск натрия гидрокарбоната, который раньше изготавливался только в аптеках.

В настоящее время на регистрации в МЗСР РФ у предприятия находится 28 наименований лекарственных средств, часть из них уже в 2008 г. пополняют ассортимент продукции, выпускаемой ОАО НПК «ЭСКОМ».

Научно-производственный концерн «ЭСКОМ» динамично развивается. Активно поддерживает связь с Росздравнадзором, Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерством здравоохранения Ставропольского края. Также мы готовы сотрудничать, учитывать пожелания и отзывы коллег-медиков других территорий по вопросам производства лекарственных препаратов и их качества. Для продвижения своей продукции у нас создается служба медицинских представителей.

Предприятие постоянно принимает участие во всех значимых мероприятиях в сфере фармацевтического и медицинского бизнеса (конференции, съезды, выставки, медфармконвенции). Основным направлением деятельности предприятия остается разработка и вывод на рынок высокоэффективных безопасных лекарственных препаратов, привлекательность которых определяется не только их фармакологическими свойствами, но и ценовой доступностью для потребителя.

Таблица 1

Торговое название	Форма выпуска	Цена 1 товарной упаковки, руб.	Количество, необходимое на 1 прием	Стоимость 1 приема препарата, руб.
Пирацетам	Раствор для инъекций 20% в ампулах по 5 мл №10	22	20 амп.	44,00
Ноотропил	Раствор для инъекций 20% в ампулах по 15 мл №4	299	7 амп.	523,25
Эскотропил	Раствор для инфузий 20% в ампулах по 100 мл №1	32	1 флак.	32,00

За дополнительной информацией обращаться в ОАО НПК «ЭСКОМ»:
355107, г. Ставрополь, Старомарьевское шоссе, 9г.
Тел.: (8652) 94-68-08, 94-68-12, факс: (8652) 94-71-54

реклама

Проблема непсихотических психических расстройств в общемедицинской сети

Дмитриев М.Н., к.м.н., врач-психиатр-психотерапевт, г. Ростов-на-Дону

Данная статья предназначена не для психиатров (нового они для себя откроют мало), а именно для администраторов здравоохранения. Анализируя собственный опыт первичного психиатрического и психотерапевтического консультирования более 700 пациентов в условиях городской муниципальной поликлиники и консультативной поликлиники РостГМУ, а также опыт работы в некоммерческом проекте «Школа психического здоровья», существующем с 2002 г., хотелось бы поделиться некоторыми наблюдениями и выводами. Эта статья – не критика, а приглашение к диалогу. Если в конечном итоге рассуждения автора помогут людям быть здоровее, а врачам – богаче, значит время потрачено не зря.

Чем дальше в своем развитии человек отдалается от обезьяны, тем больший удельный вес в структуре заболеваемости приобретают именно «человеческие» болезни. А какие расстройства являются наиболее специфичными для нашего биологического вида, как не психические? По темпам роста, распространенности среди населения и экономическому ущербу именно они являются печальными лидерами последнего десятилетия, уже опережая сердечно-сосудистую патологию. В общей сложности психическими расстройствами временно или постоянно страдает не менее 30% населения. По уровню тяжести их принято делить на психотические (с бредом, галлюцинациями, помрачением сознания и, как следствие, нарушением поведения) и непсихотические (с формально адекватным поведением). Снижение уровня образованности врачей, в том числе в области психиатрии, приводит к тому, что именно поведение и внешний вид для многих являются индикаторами «нормальности» пациентов. Это признается многими авторами как факт и приводит к феномену «айсберга», заключающемуся в том, что первичная, да и повторная обращаемость пациентов, страдающих непсихотическими психическими расстройствами, в подавляющем большинстве случаев идет не в специализированные учреждения или кабинеты психиатрической службы, а именно в соматические поликлиники и стационары.

Какие же здесь проблемы? Наиболее «болезненная» – проблема ложных соматических диагнозов. По нашему мнению, их следовало бы разделить на две большие группы – неумышленные и умышленные. Неумышленные – когда врач-интернист искренне заблужда-

ется по поводу болезни пациента. Это врачебная ошибка, никто от нее не застрахован и неэтично было бы за это осуждать. Сам великий Н.И. Пирогов, анализируя свою работу в молодости, выявлял у себя до 30-40% ошибок. Проблема постановки ложных соматических диагнозов вместо реальных психических расстройств непсихотического уровня в другом. Существует замеченная еще более 2 000 лет назад Платоном взаимосвязь психических и соматических расстройств. Труды великих отечественных физиологов (И.М. Сеченова, И.П. Павлова, П.К. Анохина) доказали примат и казуальность нервно-психических расстройств в возникновении многих сомато-вегетативных и сомато-эндокринных нарушений. Теоретически с этим тезисом никто не спорит, но на практике все происходит наоборот. Видя пациента, страдающего сочетанной патологией – психическим расстройством и комплексом соматических расстройств, очень многие врачи-интернисты на протяжении длительного времени умышленно ведут его исключительно как соматически больного. Как правило, таким пациентам назначается гигантский объем обследований и консультаций, что приводит к феномену «толстой истории болезни»: при выписке из стационара человеку выставляется 4-5 диагнозов как основного врача, так и смежных специалистов; назначается полипрагматичное лечение, включающее от 5 до 15 разнородных препаратов. Что в свою очередь порождает низкий комплаенс и высокую конфликтность.

Проводятся ли консультации психиатра или психотерапевта? Здесь очень часто видно лукавство: да, консультации психиатра назначаются и проводятся за несколько дней до выписки. Лечение, рекомендуемое консультантом, добросовестно переписывается в выписной эпикриз так, как будто оно проводилось. Хотя все понимают, что эффект от приема подавляющего большинства современных психотропных препаратов начинает проявляться только к 8-10-му дню систематического приема. Получается, что психиатр дает свои заключения и рекомендации, которые приплюсовываются к 10-15-ти вышеперечисленным. В чем же здесь умысел? Дело в том, что в нашей стране существует тенденция гипердиагностики «модных» или «непроверяемых» диагнозов. Примеры «модных» диагнозов: синдром раздраженного кишечника, синдром предменструального напряжения, хронический арахноидит и т.п.

Примеры «непроверяемых» диагнозов: остеохондроз, вегето-сосудистая дистония и т.п. Конечно, такие заболевания бывают. У небольшого процента населения. Но если посмотреть статистику, их выставление идет «волнами», при этом реальная частота встречаемости в угоду конъюнктуре завышается во много раз. Зачастую вышеприведенные медицинские заключения даже не диагнозы в классическом понимании нозологии, а проявления фоновых конституциональных особенностей человека (так называемых диатезов) или резидуальной (остаточной) детской, подростковой патологии. Не эти фоновые нарушения, которые могут быть при желании обнаружены практически у каждого человека, определяют актуальное заболевание, послужившее причиной обращения за медицинской помощью. Дело в том, что во всех вышеприведенных медицинских заключениях ведущими являются вегетативные нарушения. Как по данным литературы, так и по собственным наблюдениям, более чем в 60% случаев они являются не самостоятельными заболеваниями, а проявлениями мозгового психического патологического процесса вследствие нарушения центральной регуляции сомато-вегетативных функций. Труды нашего недооцененного соотечественника В.П. Протопопова и его последователей показывают: психические расстройства, прежде всего эмоционально-волевые нарушения, начинаются, протекают и завершаются сомато-вегетативными нарушениями. В качестве дополнительных доказательств наиболее наглядны следующие аргументы: клинико-параклиническая диссоциация (практически у всех пациентов обнаруживаются либо субнормативные анализы, либо незначительные инструментально-лабораторные находки, не соответствующие качеству и выраженности жалоб); отрицательный эффект пробного (*ex juvantibus*) лечения соматическими препаратами и положительный эффект от применения психотропных средств. То есть речь идет о длительном психическом страдании, чаще всего из группы эндогенной психической патологии, которое в какой-то период жизни человека проявляется в виде соматических феноменов. Поэтому заключения типа «нейроциркуляторная дистония, астено-депрессивный синдром» или «хронический арахноидит (синдром раздраженного кишечника, синдром предменструального напряжения), синдром эмоциональной неустойчивости, депрессия (панические атаки)» так же нелепы, как заключения травматолога «отек верхней части бедра и живота, перелом шейки бедренной кости».

Долго проработает врач, выставивший такой диагноз-«шедевр» и назначивший мочегонные для снятия отека первым пунктом в лист

назначений? А посмотрите в своих больницах, поликлиниках и отделениях, сколько раз выставляются первые два «шедевра»! По статистике, в том числе по данным профессора А.Б. Смулевича, в каждом пятом случае.

Понимают ли большинство врачей-интернистов, что они не правы? Да. Возникший в 90-е годы фармацевтический бум в России привел к тому, что в борьбе за рынки сбыта антидепрессантов и транквилизаторов фирмы стали главными пропагандистами среди интернистов концепции соматизированных депрессий, генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства. Нет таких стационаров и поликлиник, где на эти и подобные темы не читались бы просветительские лекции. Постепенная, многолетняя пропаганда стала давать результаты: сохранив приверженность к самостоятельной курации больных и выставлению «своих» – соматических – диагнозов в медицинских картах, интернисты стали понимать и вести пациентов (в том числе с паническими атаками) как пациентов с атипичными депрессиями и назначать им большое число антидепрессантов.

К сожалению, атипичные депрессии, длительно текущие панические расстройства часто являются не самостоятельными заболеваниями, а проявлением шизофрении. Любые антидепрессанты могут «простимулировать» переход психоза в острую форму. В результате за последние три-четыре года в 2-2,5 раза участились случаи диагностики впервые возникшей параноидной и онейроидной симптоматики у «терапевтических» больных. Таким образом, отсутствие психиатрических знаний, неумение и нежелание собирать адекватный анамнез в сочетании с энтузиазмом поиска депрессивной симптоматики и назначения антидепрессантов привели к очень своеобразному лекарственному патоморфозу так называемых латентных форм шизофрении в прогрессивные у пациентов с доминирующей вегетативной симптоматикой.

Почему же возникает такой парадоксальный результат? Дело в том, что менять привычный стереотип по большому счету не выгодно. И это без иронии. Если задуматься об указанной проблеме или даже попробовать ее решить, это потребует изменения соотношения врачебных нагрузок, количества ставок, перераспределения финансовых потоков в научные и технологические проекты, создания новых видов полустационарной помощи населению. А любая возникшая система по законам диалектики стремится к сохранению своей целостности. Тем более такая система, как медицина и ее организационно-административная структура. Наверное, на сегодняшний день в глобальном плане (на федеральном уровне) без полити-

ческой воли ситуацию не изменить. Поэтому просто добавлением денег из бюджета или покупкой дорогостоящей аппаратуры уменьшить проблему, когда каждый пятый-шестой человек лечится не от того, чем болеет на самом деле, невозможно.

Выход может быть в развитии реальной конкурентоспособной частной и страховой медицины, предоставлении реально равных условий конкурентирования государственных и частных центров и создании новых организационных форм – например, центров психосоматической медицины, кабинетов амбулаторного приема психических больных непсихотического уровня с ведущими сомато-вегетативными нарушениями, которые могли бы принять на себя этот вал пациентов, но работали бы не по принципам психиатрических диспансеров и не дублировали бы их работу. Это не так дорого, и структуру службы принципиально менять не надо. Пусть психоневрологические диспансеры занимают психозами. Если вменить в обязанность участковым психиатрам обслуживать и этот контин-

гент пациентов, то ни одна психиатрическая служба с достаточно скромными штатами, помещением и оборудованием не выдержит. Да и не пойдет клиент с сохранным поведением и легкими психическими и психо-вегетативными расстройствами к участковому психиатру («на учет поставят», «справку на вождение машины не дадут» и другие стереотипы).

Многое в этом направлении уже делается. Но очень многое предстоит сделать. Потому что, не решив эту проблему, нельзя надеяться, что наши сограждане не пойдут к колдунам и шарлатанам, не будут поддерживать уровень коррупции среди врачей. Наоборот, внедрение (в том числе хозрасчетного) психолого-психотерапевтического-психиатрического консультирования на базе поликлиник и стационаров общего типа, создание реальных врачебных бригад позволит значительно улучшить качество оказания медицинской помощи населению, создаст положительный имидж учреждению здравоохранения и принесет выгоду как врачам, так и организациям.

Об особенностях определения общей и профессиональной трудоспособности в судебной практике по делам о возмещении вреда, причиненного повреждением здоровья

Белогрудов Е.Ю., к.м.н.; Панов А.Е., зам. начальника; ГОУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

Отдельного рассмотрения в настоящее время требуют проблемы определения утраты трудоспособности, возникающие как в практике судебно-медицинских экспертов, так и врачей федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы.

В литературе до настоящего времени высказывается множество противоречивых суждений, касающихся определения трудоспособности. При этом разделение трудоспособности на общую и профессиональную является в значительной мере условным и преследует цель облегчить экспертным комиссиям и суду определение размера материального возмещения за причиненный ущерб здоровью [1].

Как известно, установка длительной или постоянной утраты трудоспособности, а также нуждаемость в дополнительных видах возмещения производится медико-социальными комиссиями (МСЭК), если вред потерпевшему был причинен в связи с исполнением трудовых обязанностей, а в остальных случаях – судебно-медицинской экспертизой по правилам, предусмотренным для МСЭК. Группа и причи-

на инвалидности во всех случаях определяется МСЭК.

Нормативные документы, которыми в настоящее время руководствуются судебно-медицинские эксперты и врачи МСЭК при установлении утраты профессиональной трудоспособности, изложены в Постановлениях Правительства РФ и Министерства труда и социального развития РФ [2, 3].

Следует отметить, что указанные постановления [2, 3] не решают в полной мере те задачи, которые возникают в процессе определения утраты профессиональной трудоспособности (например, отсутствует порядок и организация установки утраты профессиональной трудоспособности бывшим военнослужащим, ряд пунктов Постановления [2] отменены Верховным судом РФ и др.). При этом какого-либо нормативного документа, который регулировал бы производство экспертиз, связанных с определением общей трудоспособности, вообще никогда не было. Ситуация с производством этого вида экспертизы носит воистину уникальный характер.

При отсутствии полноценной нормативно-правовой документации по этому виду экспертизы большинство экспертов не учитывают процессуальные особенности производства судебно-медицинской экспертизы и те отличия, которые существуют в сравнении с medico-социальной экспертизой, а именно:

- судебно-медицинская экспертиза обязательно проводится комиссионно с оформлением «Заключения эксперта», а не «Акта освидетельствования» (такой документ является для суда недопустимым доказательством);
- используются только подлинные документы, а не выписки, посылные листы и т.п.;
- для возмещения расходов, вызванных повреждением здоровья, судебно-медицинские эксперты обязаны установить утрату общей трудоспособности в процентах лицам, не имеющим трудового стажа и профессии, а также несовершеннолетним потерпевшим от 14 до 18 лет (ст.ст. 1086, 1087 ГК РФ) и др.

Следует отметить, что имеющиеся определения трудоспособности (общей и профессиональной) носят неоднозначный характер. Официальное определение общей трудоспособности впервые было изложено в Постановлении Госкомитета Совмина СССР от 22.12.1961 №488/25 «О правилах возмещения предприятиями, учреждениями, организациями ущерба, причиненного рабочим и служащим увечьем, либо иным повреждением здоровья, связанным с их работой». В этом документе общая трудоспособность характеризовалась как способность к неквалифицированному труду. На ВТЭК в то время было возложено определение не только профессиональной, но и общей трудоспособности. Установка утраты трудоспособности, не связанной с работой на производстве, возлагалась на судебно-медицинскую экспертизу.

В дальнейшем указанное определение общей трудоспособности было признано недостаточным. Понятие общей трудоспособности, наряду с профессиональной, было трансформировано в следующее определение: «Трудоспособность – совокупность врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги» [4]. Это определение не может быть ничем иным, как определением общей трудоспособности. При этом необоснованными являются попытки привлечь для объяснения общей трудоспособности понятие способности к самообслуживанию, поскольку это одна из категорий жизнедеятель-

ности, используемая в качестве критерия при определении инвалидности и ее группы, а также при определении стойкой утраты профессиональной способности.

Понятие профессиональной трудоспособности трактуется как способность человека к выполнению определенного объема и качества работы по конкретной профессии» [4]. Таким образом, при определении величины утраты общей трудоспособности следует определять ее независимо от квалификации человека и его конкретной профессии.

Следует особо подчеркнуть, что для определения стойкой утраты общей трудоспособности в процентах необходимо пользоваться только «Таблицей процентов утраты трудоспособности в результате различных травм, предусмотренных условиями личного страхования», имеющейся в Инструкции Минфина СССР от 12.05.1974 №110 «О порядке организации и проведения врачебно-страховой экспертизы». Однако указанная таблица не может применяться на практике, поскольку Минфин России не подтверждает возможность использования указанного документа (по данным Письма заместителя Министра финансов РФ Моторина М.А. первому заместителю Министра здравоохранения РФ Вялкову А.И. от 10.10.2001 №24-4082976-65/24 на №2510/9733-01-23 от 14.09.2001).

Литература

1. Капустин А.В. о содержании термина «стойкая утрата общей трудоспособности». Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 75-летию РЦ СМЭ. – М, 2006. – С. 127-133.
2. Постановление Правительства РФ от 16.10.2000 №789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».
3. Постановление Министерства труда и социального развития РФ от 18.07.2001 №56 «Об утверждении временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания».
4. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (в редакции от 07.03.2005 г.). Положение о признании лица инвалидом.

ЛАЙНА-МЕД – АКТУАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ПУТИ К СОВЕРШЕНСТВУ...

Чубаров А.Л., директор по продажам ООО «Хемилайн», г. Москва

Дезинфицирующие средства серии **ЛАЙНА** производства московской компании «Хемилайн» достаточно хорошо известны многим потребителям в нашей стране. Особое место в их ряду занимает средство **ЛАЙНА-МЕД** – современное многофункциональное дезинфицирующее средство для ЛПУ, в том числе – для дезинфекции высокого уровня (ДВУ).

Растворы средства **ЛАЙНА-МЕД** обладают антимикробной активностью в отношении грамотрицательных и грамположительных бактерий, в том числе возбудителей туберкулеза, внутрибольничных инфекций, возбудителей особо опасных инфекций (чумы, холеры); обладает спороцидной активностью, в том числе в отношении возбудителей сибирской язвы; активностью в отношении возбудителей грибковых инфекций, в том числе в отношении грибов рода Кандида, дерматофитов, плесневых грибов; вирулицидной активностью в отношении возбудителей парентеральных вирусных гепатитов, ВИЧ, полиомиелита.

Сегодня мы сообщаем нашим потребителям и партнерам о том, что нами проведены дополнительные исследования с целью усовершенствования действующих режимов применения средства и расширения спектра его действия.

В настоящее время проводится перерегистрация средства и введение в действие новой «Инструкции по применению».

В результате проведенных испытаний были получены данные по полиомиелиту, а также уточнены некоторые значения в режимах дезинфекции при вирусных инфекциях и дезинфекции, совмещенной с предстерилизационной очисткой, изделий медицинского назначения.

Эти изменения представляются нам весьма существенными, поэтому мы приводим их в таблицах 1 и 2 (в сокращенном варианте).

Таблица 1

Режимы дезинфекции объектов растворами средства ЛАЙНА-МЕД при вирусных инфекциях (гепатиты, ВИЧ-инфекция, полиомиелит)

Объект обеззараживания	Концентрация растворов (по препарату), %	Время обеззараживания, мин.	Способ обеззараживания
Изделия медицинского назначения (в том числе стоматологические инструменты, жесткие и гибкие эндоскопы и инструменты к ним)	из металлов, пластмасс, стекла	1,0 / 1,5 / 2,0	60 / 30 / 15
	из резин	2,0 / 2,5 / 3,0	60 / 30 / 15
Поверхности в помещениях, жесткая мебель, поверхности приборов и оборудования; санитарный транспорт	0,5 / 1,0 / 1,5	60 / 30 / 15	Протирание или орошение
Предметы ухода за больными из металлов, пластмасс, резин, стекла	1,0 / 1,5	60 / 30	Погружение или протирание
Парикмахерский и маникюрный инструмент и принадлежности, оборудование массажных салонов	1,0 / 1,5 / 2,0	60 / 30 / 15	Погружение
Игрушки	1,5 / 2,0	30 / 15	Протирание, погружение или орошение (крупные)
Посуда без остатков пищи	0,5 / 1,0	45 / 30	Погружение
Посуда с остатками пищи	1,0 / 1,5 / 2,0	120 / 90 / 60	Погружение
Посуда лабораторная; предметы для мытья посуды	1,0 / 1,5 / 2,0	90 / 60 / 30	Погружение
Белье, загрязненное выделениями	1,0 / 1,5 / 2,0	120 / 90 / 60	Замачивание

Таблица 2

Режим дезинфекции, совмещенной с предстерилизационной очисткой, изделий медицинского назначения (кроме эндоскопов и инструментов к ним) раствором средства ЛАЙНА-МЕД

Этапы предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией	Концентрация растворов (по препарату), %	Температура рабочего раствора, °С	Время выдержки/обработки на этапе, мин.
Замачивание* при полном погружении изделий в рабочий раствор средства и заполнение им полостей и каналов изделия	3,0**	Не менее 18	60
- изделия из стекла, пластмасс, металла	1,0 / 1,5 / 2,0		90 / 60 / 30
- изделия из резин	2,0 / 2,5 / 3,0		60 / 30 / 15

Примечания: * – на этапе замачивания изделий в растворе обеспечивается их дезинфекция в отношении возбудителей инфекций вирусной (гепатиты, ВИЧ-инфекции, полиомиелит), грибковой (кандидозы, дерматофитии), бактериальной (включая туберкулез) этиологии, внутрибольничных инфекций и особо опасных инфекций (чума, холера);

** – режим применяется при обработке ИМН при сибирской язве.

С учетом вновь полученных и уточненных данных и сравнительной стоимости рабочего раствора средства можно с уверенностью говорить, что **ЛАЙНА-МЕД** на сегодняшний день не только одно из самых эффективных, но и одно из самых экономичных на рынке дезинфицирующих средств.

ООО «Хемилайн»

www.dezinfekt.ru

Наши партнеры в Южном Федеральном округе:

г. Краснодар, ООО «Приоритет плюс» (861) 234-29-62
 г. Анапа, ООО «Анапская медтехника» (86133) 3-72-90
 г. Сочи, ООО «Вип Медсервис» (8622) 54-51-44
 г. Ставрополь, ООО «Доктор Максимус» (8652) 29-00-60

реклама

г. Краснодар

28–30 мая 2008



МЕДИМА.ФАРМИМА

**10-я специализированная выставка
медицинского оборудования,
инструментов и материалов**

**6-я специализированная выставка
фармацевтических средств**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО ОНКОХИРУРГИИ

ОРГАНИЗАТОРЫ ВЫСТАВКИ И
МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
ПО ОНКОХИРУРГИИ:

Выставочный центр «КраснодарЭКСПО»
Аппарат Южного федерального округа
Администрация Краснодарского края
Департамент здравоохранения Краснодарского края
Российская академия медицинских наук
Ассоциация онкологов России совместно с
Всемирной федерацией хирургической онкологии и
Международной федерацией специалистов
по опухолям головы и шеи

ПОДДЕРЖКА И СОДЕЙСТВИЕ:

Министерство здравоохранения Республики Адыгея
Администрация муниципального образования
город Краснодар
Управление здравоохранения администрации
муниципального образования город Краснодар

реклама

с о з д а в а т ь с о б ы т и я



КРАСНОДАРЭКСПО



350010, Россия, г. Краснодар, ул. Зиповская, 5
тел./факс: + 7 (861) 210-98-92, 210-98-93, 210-98-16
www.krasnodarexpo.ru e-mail: medima@krasnodarexpo.ru



SENORx

**РЕВОЛЮЦИЯ
В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Вакуумная система для биопсии
молочной железы

ENCOR



Smart ultrasound for better patient care

**УМНЫЙ УЛЬТРАЗВУК
ДЛЯ ЛУЧШЕЙ ЗАБОТЫ
О ПАЦИЕНТАХ**

Ультразвуковые
диагностические системы
ULTRASONIX

AVA Medica⁺

ООО "АВА Медика"
телефон: (812) 332-16-10
<http://www.ultrasonix>, www.senorx.ru
e-mail: info@ultrasonix.ru

