

Нерассасывающиеся хирургические сетки OPTOMESH

Хирургические сетки **Optomesh** принадлежат к «легким» сеткам, они характеризуются минимальным количеством имплантированного синтетического материала, изготовлены из 100% полипропиленового монофиламента. Производителем данной продукции является Торунский Завод Перевязочных материалов TZMO SA, Польша.

Optomesh рекомендуются для операций по реконструкции с целью пополнения убыли мягких тканей в таких случаях, как: брюшные грыжи – первичные и рецидивы, послеоперационные грыжи, бедренные грыжи, паховые грыжи, а также околопупочные грыжи.

Optomesh предлагаются в двух видах: **MACROPORE** – сетка с большими порами, и **THINLIGHT** – тонкая, легкая сетка со стандартной поверхностью пор.

Optomesh MACROPORE (площадь поры 3,3 мм², толщина сетки 0,6 мм, толщина мононити 0,16 мм) индуцирует низкую тканевую реакцию, минимизирующую толщину послеоперационного шрама. Этот вид сетки рекомендуется применять для пополнения убылей соединительной ткани, для бесшовных операций (suture-less).

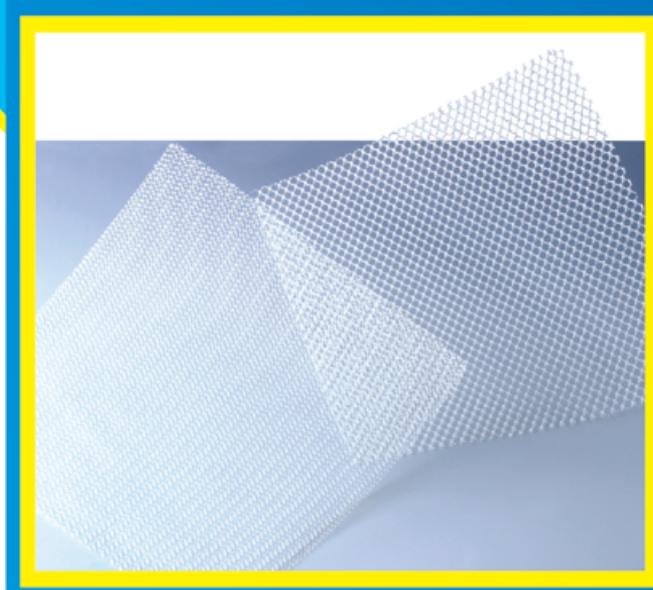
Хирургические сетки **Optomesh THINLIGHT** (площадь поры 0,59 мм², толщина сетки 0,3 мм, толщина мононити 0,16 мм) имеют универсальную область применения и характеризуются оптимальными механическими параметрами, в том числе памятью формы.

Малая толщина, малое количество синтетического материала и высокая прочность на разрыв положительно влияют на долговременное функционирование импланта.

Физические свойства хирургических сеток Optomesh

- Высокая механическая прочность, гарантирующая прочность сцепления сетки с фасцией
 - Хорошая способность к укладке и многомерная память формы
 - Низкая поверхностная масса
 - Устойчивость к осыпанию краев и высокая стойкость к вырыванию шва
 - Поры, облегчающие прокалывание иглой
 - Структура плетения, обеспечивающая отток сукровицы
 - Биостабильность, благодаря которой не утрачиваются физические свойства в процессе долговременного контакта с органическими тканями и жидкостями
 - Минимальный риск занесения инфекции
 - Разработанная оптимальным образом пространственная структура, при которой величина пор способствует быстрому зарастанию соединительной тканью и одновременно сокращает период заживления без возникновения излишнего шрама

Биологические свойства хирургических сеток Optomesh не проявляют цитотоксического действия, аллергенности, внутрикожной реактивности, как местной, так и общей токсичности (острой и сублокальной), генотоксичности, пирогенного действия.



Ассортимент хирургических сеток для операционного лечения грыж:

- Т – версия ThinLight
- М – MacroPore
- Ц – для операции Лихтенштейна у мужчин (с вырезом для семенного канатика)
- ЦК – для операции Лихтенштейна у женщин

Хирургические сетки **OPTOMESH** отвечают всем требованиям, предъявляемым современным сетчатым эндопротезам, и могут с успехом использоваться для хирургического лечения грыж. Товар сертифицирован, имеет сертификат системы менеджмента качества, отвечающего требованиям инструкции ЕС для средств медицинской техники № 93/42/Е ЭС от Норвежской компании DNV.

**Специализированный
медицинский журнал**

«**ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ**»

Выходит 1 раз в квартал

Крылова О. В. — учредитель и издатель

Прошенко Е. А. — редактор

Редакционный совет:

Акишкин В. Г. — министр
здравоохранения Астраханской области

Анищенко Е. А. — зам. Главы
Администрации Волгоградской
области, председатель Комитета
по здравоохранению Волгоградской
области

Быковская Т. Ю. — министр
здравоохранения Ростовской области

Мамаев И. А. — министр
здравоохранения Республики Дагестан

Цидаева Т. И. — зам. министра
здравоохранения Республики Северная
Осетия-Алания

Адрес редакции:

344064, г. Ростов-на-Дону,
ул. Вавилова, 54, оф. 404

т. (863) 223-23-26, т./ф. (863) 273-25-16

www.akvarel2002.ru,
e-mail: info@akvarel2002.ru

Отпечатано в ООО «Принт-Сервис»,
г. Ростов-на-Дону, пр. Шолохова, 116

Тираж 5500 экз. Заказ №333

Подписано в печать 22.06.2009

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.

21 июня — День медицинского работника. Донские медики отвечают делом	2
Об итогах работы Управления Росздравнадзора по Ростовской области за 1 квартал 2009 года	4
Съезд кардиологов юга	5
ЛайфКор Интернешнл — 12 лет на отечественном медицинском рынке	7
75 лет Ростовскому научно-исследовательскому противочумному институту. Страницы истории	11
Повышение уровня финансового обеспечения системы здравоохранения Ростовской области при эффективном использовании имеющихся ресурсов — важнейший фактор преодоления негативных медико-демографических тенденций.....	14
О развитии организационных и методологических форм микробиологической диагностики туберкулеза в Ростовской области.....	16
Отечественный препарат «Лонгидаза 3000 МЕ» в восстановительном лечении больных остеоартрозом коленных суставов.....	23
Эхографическое исследование поджелудочной железы	25
О существенных преимуществах информационной системы «ДЛО для всех»	27
Организация оказания скорой гинекологической помощи в больнице №8 г. Ростова-на-Дону	28
Комплаенс как важнейший показатель эффективности терапии психических расстройств	29
Физиологические механизмы лечения межпозвоноковых грыж. Новые методы, новые технологии оздоровления позвоночника и коррекции осанки	33
Особенности течения сахарного диабета у детей, проживающих в Астраханской области	35
Профилактические аспекты развития хронических заболеваний нижних отделов респираторного тракта у подростков.....	37
Вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации пострадавших вследствие профессиональных заболеваний в Ростовской области.....	38
Стигматизация больных (зависимых) алкоголизмом и наркоманиями в современном обществе	40
Передовые технологии дезинфекции и очистки медицинских инструментов.....	45
Роботизированная микроскопия — новое поколение автоматизированных цитологических анализаторов	47
Предложения оптовых фирм	50

21 июня — День медицинского работника. Донские медики отвечают делом

Пресс-служба Министерства здравоохранения Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

За последние восемь лет сфера здравоохранения области получила такое количество инвестиций, которое позволило обновить ресурсную базу, отремонтировать здания, наполнить современным автотранспортом и медицинским оборудованием лечебные учреждения Дона. В результате областные и муниципальные больницы и поликлиники получили необходимое эндоскопическое, рентгенологическое оборудование, аппаратуру для функциональной диагностики и многое другое.

Донское здравоохранение ориентировано на развитие и применение высоких медицинских технологий. В области работают центры кардиохирургии, функциональной гастроэнтерологии и реконструктивно-пластической хирургии, глаукомный центр, центр остеопороза и другие функциональные центры.

Пятнадцать лет назад, одним из первых в стране, в Ростове-на-Дону при областной детской больнице был создан онкогематологический центр. Здесь оказывается высокоспециализированная помощь детям, страдающим злокачественными заболеваниями крови. Современные методики позволили добиться существенных результатов: до 1992 года в Ростовской области из 100 детей с онкогематологическими заболеваниями выздоравливали 5, сегодня — 70.

Ассоциацией главных врачей областных, краевых и республиканских больниц Ростовская областная детская больница шесть раз подряд признана лучшей детской больницей России.

ВОЗ присвоила трем детским лечебным учреждениям Ростовской области звание «Больница благожелательная к ребенку».

Ростовский областной центр восстановительной медицины и реабилитации №1 стал первым в стране медицинским учреждением, получившим премию Правительства Российской Федерации в области качества. В течение десяти лет коллектив Дворца здоровья постоянно побеждает в областных и республиканских профессиональных конкурсах.

Противотуберкулезная служба Ростовской области занимает лидирующие места в Российской Федерации по эффективности лечения впервые выявленных больных туберкулезом.

Ростовская область одной из первых внедрила на своей территории единую систему эпидмониторинга. В области функционируют 3 из 12 имеющихся в России автоматизированные системы «БАКТЭК-960», позволяющие в 2—3 раза сократить сроки установления диагноза, введен в действие полученный по Федеральной целевой программе лабораторный комплекс биочипдиагностики, который позволяет установить бацилловыделение в течение суток и выбрать оптимальную медикаментозную схему лечения для конкретного больного. Эта система — уровень нанотехнологий.

Ростовская область единственная в России сумела сохранить профпатологическую службу. Более того — развить ее: на базе шахтинского противосиликозного диспансера создан мощный Центр восстановительной медицины и реабилитации №2.

Сегодня совершенно определенно можно сказать, что медицинские работники разумно реализовали вложенный

капитал: в лечебных учреждениях области внедрены диагностические и лечебные методики, выполняемые по самым современным стандартам, а также разработаны оригинальные методы, которые займут достойное место в практическом здравоохранении как области, так и страны.

Медико-генетическая консультация

Раннее выявление наследственной патологии, внутриутробное выявление пороков развития плода — такие цели были поставлены перед медико-генетической консультацией, организованной в составе ГУЗ «Ростовская областная клиническая больница». В МГК организован скрининг новорожденных на наследственные заболевания обмена: галактоземию, адреногенитальный синдром и муковисцидоз, в дополнение к ранее проводимому скринингу на фенилкетонурию и гипотиреоз. Это позволило выявить 66 детей с наследственными заболеваниями обмена, в том числе: с фенилкетонурией — 26 детей, 10 — с гипотиреозом, 7 — с адреногенитальным синдромом, 3 — с галактоземией и 18 детей — с муковисцидозом. С рождения эти дети получают лечебное питание, адекватное лечение и диспансерное наблюдение у областных специалистов.

Онкогематология

Анализ показателей заболеваемости 2002—2008 годов свидетельствует о том, что ежегодно в Ростовской области 220—250 детей заболевают онкогематологическими заболеваниями.

Онкогематологический центр Областной детской больницы Ростова-на-Дону был организован одним из первых в стране в 1992 году. С 1992 по 2008 годы пролечено 1450 детей со злокачественными новообразованиями. В настоящее время показатели лечения в отделении гематологии ГУЗ ОДБ близки к результатам лечения западных стран. В Центре проводится хромосомный анализ, внедрен метод молекулярной генетики, выявляющий химерные (патологические) гены в опухолевых клетках больных лейкозом, что позволило уточнять вариант лейкоэмического процесса, прогнозировать развитие заболевания, подбирать лечение и прогнозировать его эффективность.

На сегодняшний день назрела необходимость ставить перед центром перспективные задачи, предусматривающие внедрение новейших технологий, позволяющих проводить пересадку костного мозга, что сделает весь процесс лечения онкобольных технологически законченным. Для этого в настоящее время ведется проектирование нового хирургического корпуса Областной детской больницы, в котором планируется создание отделения для трансплантации костного мозга.

Пульмонология

Областной респираторный центр создан в Областной детской больнице в 1996 году. В 2007 году открыт Центр муковисцидоза.

Сегодня Респираторный центр располагает уникальными возможностями для проведения сложной диагностики бронхолегочных заболеваний: компьютерная томография легких, исследование функции внешнего дыхания

на бодиплетизмографе, морфологическое исследование биоптата слизистой бронха, иммунологические и аллергологические исследования.

Скрининг новорожденных на муковисцидоз и раннее выявление этого тяжелого наследственного недуга требует подтверждения. В Центре выполняются исследования, позволяющие уточнять форму заболевания, его тяжесть, подбирать эффективное лечение.

Система терапевтических мероприятий в Респираторном центре постоянно совершенствуется. Организована и в течение 13 лет функционирует «Астма-школа», а с 1999 года — «Астма-телефон».

Кардиохирургическая помощь детям

Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии (ЦКССХ) Ростовской областной клинической больницы занимается хирургическим лечением врожденных пороков сердца и сосудов у детей, начиная с периода новорожденности. Учитывая низкую обеспеченность детскими кардиологами отдаленных территорий РО, в 2008 году была усилена выездная работа специалистов Центра: осмотрено 1010 детей (в том числе из сельских районов РО — 72%) и 68 детей из ЮФО.

Организованное в области взаимодействие службы родовспоможения со специалистами Ростовского ЦКССХ повысило доступность хирургической помощи по оказанию ВМП новорожденным детям с врожденными пороками сердца, в том числе с использованием миниинвазивных методик при неотложных состояниях.

Отделение урологии ОДБ

Врожденная обструкция верхних мочевых путей и гидронефроз — наиболее частая причина оперативных вмешательств на верхних мочевых путях у детей. В отделении внедрен метод, сочетающий в себе преимущества лапароскопического доступа (малоинвазивность, высокий косметический эффект) с достоинствами открытой хирургии (идеальной техникой микрохирургического наложения анастомоза). Успешно выполнены первые 10 операций.

Существенные успехи достигнуты в углублении интеграции усилий урологов, нейрохирургов, ортопедов больницы в решении сложнейших задач коррекции тяжелых пороков развития у детей и лечения нейрогенных нарушений мочеиспускания.

В течение последних лет выполнены операции по имплантации электростимуляторов («Интерстим II») искусственного сфинктера мочевого пузыря, позволившие значительно улучшить качество жизни детей с тяжелыми нарушениями функции тазовых органов. Эти методики современные и новы не только для медиков ЮФО, но и в целом страны.

Нейрохирургия

В отделении нейрохирургии Областной клинической больницы (ОКБ) проводятся операции больным со злокачественными и доброкачественными новообразованиями черепа, головного и спинного мозга и оболочек (глиомы, менигиомы, невриномы, аденомы гипофиза, краниофарингиомы). Вторыми по значимости являются заболевания и повреждения позвоночника и спинного мозга, врожденные и приобретенные уродства. Большой раздел работы отделения занимает черепно-мозговая травма различной степени тяжести и ее последствия, дефекты костей свода черепа. Выполняются редкие операции на поврежденных периферических нервных стволах.

По программе оказания высокотехнологичной медицинской помощи операции врачами отделения проводятся исключительно на микрохирургическом уровне, с использованием операционного микроскопа.

Травматология и ортопедия в ОКБ

В современной травматологии широко используются малоинвазивные хирургические доступы. Стабильный надкостный остеосинтез с угловой стабильностью, интрамедуллярное штифтование, а также препараты внешней фиксации.

В ряде лечебных учреждений Ростова-на-Дону применяется эндопротезирование крупных суставов. Так, на протяжении последних трех лет ОКБ получает федеральное задание из Москвы по протезированию суставов для жителей Ростова, Ростовской области, Дагестана, Чечни, Ингушетии.

В настоящее время при поступлении больных в медицинские учреждения после автоаварий на трассе М-4 в любое время суток дежурные травматологи и хирурги сообщают информацию и получают консультации специалистов ОКБ. Имеется возможность пересылки рентгенограмм по электронной почте, что облегчает травматологам и нейрохирургам рекомендации по тактике ведения больного.

Центр функциональной гастроэнтерологии и реконструктивно-пластической хирургии ОКБ

Центр выполняет уникальные органосохраняющие операции при хроническом панкреатите, такие как изолированные резекции головки поджелудочной железы (операция Багера), секторальные резекции головки поджелудочной железы (операция Фрея). Самому высокому мировому уровню соответствуют операции по резекции пищевода с одномоментной пластикой кишки, дренирование объемных полостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства под УЗИ-контролем, лапароскопические адреналэктомии (при доброкачественных опухолях надпочечников).

Мужское здоровье

В Ростовской области большое внимание уделяется проблемам андрологии. При Ростовском Консультативно-диагностическом центре «Здоровье» открыт Центр мужского здоровья, где выполняются радиочастотная абляция при опухолях почек, дистанционное и контактное дробление бляшек при болезни Пейрони, весь объем оперативных вмешательств при аденоме предстательной железы, в том числе и эндоскопические, что актуально для больных с электрокардиостимуляторами, страдающих сахарным диабетом.

Однако никакое оборудование и материальная база без грамотного доктора не значат ничего. Опыт, накопленный донской медициной, никогда не существовал в виде безликих технологий или абстрактных знаний. Он всегда персонифицирован в конкретных личностях, составляющих блестящую плеяду ученых и практических врачей, руководителей лечебных учреждений и педагогов-медиков.

«Сбережение нации — главная государственная задача и в ее выполнении здравоохранению отведена главенствующая роль. Донской край располагает огромным потенциалом для достижения этой высокой цели», — неоднократно подчеркивает Губернатор области В. Ф. Чуб.

Об итогах работы Управления Росздравнадзора по Ростовской области за I квартал 2009 года

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

Стратегическими целями Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по-прежнему остается контроль и надзор за порядком предоставления населению доступной и качественной медико-социальной помощи и обеспечение населения качественными, эффективными и безопасными лекарственными средствами, медицинской техникой и изделиями медицинского назначения. На достижение этих целей направлена как работа самой службы, так и ее территориальных органов.

В сфере качества, эффективности и безопасности лекарственных средств Управлением Росздравнадзора по Ростовской области проводится ежемесячный мониторинг. Основная цель мониторинга — профилактика попадания недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средств на фармацевтический рынок Ростовской области и, в случае выявления фактов обращения таковых, — оперативное реагирование в сложившейся ситуации. Для усиления контроля и в целях взаимодействия с правоохранительными органами на территории Ростовской области разработан и утвержден план совместных мероприятий по предупреждению и пресечению незаконного оборота фальсифицированных лекарственных средств (обеспечено оперативное предоставление информации о выявленных препаратах, представляющих опасность для жизни и здоровья населения; разработана памятка для сотрудников ОВД при ГУВД области по проведению мероприятий, направленных на выявление фальсификатов; утвержден график совместных проверок в субъектах обращения лекарственных средств). В этом же направлении Территориальное управление тесно взаимодействует с испытательной лабораторией ГУП РО «Фармацевтический центр». Большая часть бракованной продукции изымается из обращения, еще не поступив на рынок. Так, при ввозе в область оптовые предприятия сдают образцы ввозимой продукции на дополнительный контроль в лабораторию и, в случае выявления несоответствия лекарственного средства требованиям нормативной документации, согласно информации, поступившей от испытательной лаборатории, Управление Росздравнадзора по Ростовской области письмом приостанавливает обращение такого средства на территории. Таким образом, в течение 2008 года на территории области было приостановлено обращение 30 наименований (34 серии) недоброкачественных лекарственных средств и 1 наименование (1 серия) фальсифицированных лекарственных средств. В I квартале 2009 года фальсификаты выявлены не были, а обращение недоброкачественных лекарственных средств приостановлено по 7 наименованиям (8 серий).

Продолжаются проверки по контролю и надзору в сфере качества, эффективности и безопасности лекарственных средств в оптовой и розничной сети области, лечебно-профилактических учреждениях, учреждениях социальной сферы. По этим вопросам в 2008 году проведено 115 проверок, в том числе 2 проверки — совместно с Росздравнадзором, 13 — совместно

с правоохранительными органами и 1 проверка с целью контроля за исполнением предписаний об устранении выявленных нарушений; в I квартале 2009 года — 30 проверок, в том числе 3 — с целью контроля исполнения предписаний об устранении выявленных нарушений, 1 внеплановая проверка в детском доме — по заданию Росздравнадзора и 3 проверки с участием сотрудников ГУВД области. По результатам проверок в 2008 году выдано 85 предписаний об устранении нарушений, в I квартале 2009 года — 23.

Мониторинг в сфере качества, эффективности и безопасности лекарственных средств показывает, что количество недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средств на территории области по сравнению с 2006 годом уменьшилось.

По поручению Росздравнадзора, а также в соответствии с действующим регламентом, Управлением проводится контроль за предприятиями-производителями лекарственных средств. В частности, на территории области организовано проведение выборочного и предварительного контроля. В 2008 году в рамках предварительного государственного контроля отобрано 13 наименований (22 серии) и в рамках выборочного государственного контроля 8 наименований (8 серий), в 2009 году в рамках предварительного государственного контроля отобрано 2 наименования (7 серий).

Помимо контроля в сфере качества, эффективности и безопасности лекарственных средств, Управлением Росздравнадзора по Ростовской области продолжают мероприятия, направленные на выявление изделий медицинского назначения, не зарегистрированных на территории Российской Федерации. Так, в 2008 году Управлением проведено 92 проверки, в том числе 1 проверка производителя (по заданию Росздравнадзора в связи с рассмотрением жалобы), в I квартале 2009 года — 25, в том числе 2 — с целью контроля исполнения предписаний об устранении выявленных нарушений.

Однако хочется отметить, что при проведении проверок в сфере качества, эффективности и безопасности лекарственных средств, а также в сфере производства, оборота и порядка использования изделий медицинского назначения у сотрудников Управления возникают трудности, не всегда имеется возможность привлечь нарушителей к административной ответственности, так как нормативная база по некоторым вопросам отсутствует или не утверждена, а в некоторых случаях требует серьезной доработки.

Несмотря на то, что в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 №258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» произошли изменения в области охраны здоровья граждан и ряд полномочий Российской Федерации в области охраны здоровья граждан передан для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, у территориальных Управлений осталось достаточно много работы.

Вопросы лицензирования и осуществление надзора и контроля за соблюдением лицензионных требований и условий частично сохранились у территориальных органов. Так, в рамках контроля соблюдения лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств (в пределах своей компетенции) в 2008 году Управлением Росздравнадзора по Ростовской области проведено проверок:

- при осуществлении фармацевтической деятельности — 37, из них 5 — по заданию Росздравнадзора, 1 — по обращению правоохранительных органов (ООО «АСТИ-фармацевтика»), 2 — по устранению ранее выявленных нарушений (ООО «Медина», ОАО «Фармация»);

- при осуществлении деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ — 28 проверок.

По результатам проверок соблюдения лицензионных требований и условий:

- при осуществлении фармацевтической деятельности составлено 56 протоколов, из них: по ст. 14.1. КоАП — 41; по ст. 19.20 — 15 протоколов;

- при осуществлении деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II, составлено всего 15 протоколов по ст. 19.20.

В 1 квартале 2009 года в рамках контроля соблюдения лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности проведено 3 проверки, в том числе 1 — по заданию Росздравнадзора (по результатам проверок составлено 2 протокола об административном правонарушении по ст.14.1. КоАП); при осуществлении деятельности,

связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, проведено 2 проверки (нарушения не выявлены).

На уровень субъекта федерации переданы:

- лицензирование медицинской деятельности организаций муниципальной и частной системы здравоохранения, за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медпомощи;

- лицензирование фармацевтической деятельности за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения;

- лицензирование деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения.

Уполномоченным органом в Ростовской области является Министерство здравоохранения.

В связи с тем, что контроль за осуществлением переданных полномочий возложен на территориальные органы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Управлением Росздравнадзора по Ростовской области были проведены проверки Министерства здравоохранения Ростовской области (декабрь 2008 года и март 2009 года). В целом работа министерства признана удовлетворительной. В ходе проведенных проверок выявленные незначительные нарушения были устранены в рабочем порядке. Со стороны министерства отмечается положительная тенденция в соблюдении сроков отчетности и наработке опыта с программным продуктом АИС.

Съезд кардиологов юга

27—29 мая в Ростове-на-Дону состоялся 8 съезд кардиологов Южного Федерального Округа

Учредителями съезда выступили: Ростовский государственный медицинский университет, Министерство здравоохранения Ростовской области, Аппарат Полномочного представителя Президента РФ в ЮФО, Всероссийское научное общество кардиологов, Южный окружной медицинский центр, Южный научный центр РАН и Ростовское научное общество кардиологов.

В работе съезда приняли участие специалисты не только из Южного Федерального округа, но и из Москвы, Республики Саха-Якутия.

Настоящий съезд был посвящен памяти профессора Кательницкой Л. И., видного ученого и организатора, врача и педагога. С 2003 года она являлась главным кардиологом ЮФО, много сил и энергии отдавая обучению медицинских кадров субъектов ЮФО. Одной из самых эффективных форм обучения врачей Л. И. Кательницкая считала конференции и съезды. Начиная с 1997 года, она была бессменным организатором съездов кардиологов ЮФО, делегатами которых стало более 3000 врачей. Этот вид образовательной деятельности позволил значительно повысить профессиональный потенциал медицинских кадров Дона и приблизить достижения науки к реальной клинической практике.

В настоящее время отечественная кардиология переживает бурный информационный бум: новые лекарственные препараты, новые подходы к лечению, новые технологии. Современный врач должен обладать не только механической суммой знаний по тому или иному разделу медицины, но и способностью к постоянному, динамическому их обновлению в соответствии с современными достижениями науки.

Успехи современной медицины позволили добиться того, что в России наметилась некоторая тенденция к снижению смертности, однако ее показатели по-прежнему превышают таковые в Европейских странах. Лидирующее место в печальном списке причин смерти населения РФ по-прежнему занимают болезни системы кровообращения. Из 2079000 россиян, умерших в 2007 году, 56,6% умерли от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Из числа больных, поступивших в стационар с острым инфарктом миокарда (ОИМ), умирают 19%, поступивших с инсультом — 34,6% больных. Таким образом, россияне умирают от предотвратимых причин. Стало очевидным, что борьба за увеличение продолжительности жизни россиянина XXI века невозможна без разработки принципиально новых,

высокоэффективных государственных программ первичной и вторичной профилактики ССЗ. Развитие профилактического направления, наряду с оптимизацией оказания первичной медицинской помощи, обеспечением населения высокотехнологичной медицинской помощью, является основным направлением приоритетной деятельности в свете реализации национального проекта в сфере здравоохранения.

Анализ статистических показателей по ЮФО свидетельствует о росте распространенности ССЗ (с 178,8 в 2006 году до 182,8 в 2007), причем наиболее значимое увеличение заболеваемости зарегистрировано в таких субъектах ЮФО, как Чеченская Республика (143,1 — 165,05 соответственно), Республика Ингушетия (134,99 — 153,13) и Республика Калмыкия (161,17 — 176,02). Рост как общей, так и первичной заболеваемости наблюдается практически по всем классам ССЗ.

Данная ситуация диктует необходимость совершенствования оказания помощи больным с ССЗ как на амбулаторном, так и на стационарном этапах. По данным за 2007 год, в ЮФО насчитывается 7058 кардиологических коек круглосуточного пребывания, 352 кардиохирургических койки и 803 койки сосудистой хирургии, и эти койки достаточно нагружены, о чем говорит показатель «работа койки», составивший в 2007 году 359,45 дня в году (кардиологические койки) и 363,88 дня (койки сосудистой хирургии). Ростовская область сегодня активно включается в государственную программу создания сосудистых центров, позволяющих сократить время между появлением симптомов и оказанием квалифицированной помощи сосудистым больным. Уже с 1 января 2009 года начали работу Областной (региональный) сосудистый центр на базе ГУЗ РОКБ (Областная клиническая больница №1), координирующий систему профилактики, лечения и реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями, и первичные сосудистые отделения в городах Таганрог, Каменск-Шахтинский и Ростов-на-Дону. Созданные центры призваны оказывать экстренную медицинскую помощь больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом в соответствующих территориях области. Если раньше при возникновении инсульта или инфаркта проводилась консервативная терапия, то на сегодняшний день наиболее предпочтительным является использование хирургических высокотехнологичных методов лечения.

Приметой времени также является рост числа операций на сердце и сосудах, дающих шанс на положительный прогноз тем категориям пациентов, которые еще совсем недавно были обречены. В 2006 году всего в ЮФО было выполнено 8109 операций на сердце, в 2007 — 8726, из них 4469 — в Краснодарском крае, 2267 — Ростовской области, 1388 — Волгоградской области. Растет число ангиопластик коронарных артерий (с 1649 в 2006 году до 1994 в 2007 году). Активно внедряются хирургические методы лечения нарушений ритма (3237 операций в 2007 году).

Одним из приоритетных направлений национального проекта в сфере здравоохранения является диспансеризация — прицельное динамическое наблюдение за человеком с тем или иным заболеванием. Результатом последней должно стать снижение обострений хронических заболеваний на 30%, временной утраты трудоспособности — на 20%, заболевания ишемической болезнью сердца (ИБС) — на 12%, гипертонической болезни — на 30%. Анализ состояния диспансеризации

в ЮФО показывает крайне низкий процент охвата ею лиц с ССЗ. По данным за 2006 год, в целом по округу диспансерным наблюдением охвачено всего 33,46% лиц с ССЗ, что немногим больше такового показателя за 2005 год. Нельзя считать достаточным охват диспансерным наблюдением больных с ССЗ и в 2007 году. Так, в среднем по ЮФО, диспансерным наблюдением охвачено только 66,23% больных ревматической болезнью сердца, 45,37% больных АГ, 44,6% больных ИБС, 12,9% больных ОИМ, 20,45% больных заболеваниями сосудов головного мозга.

Становится очевидной необходимость незамедлительного изменения ситуации. Успехи реализации национального проекта «Здоровье» зависят от компетентности медицинских кадров. По данным на 1 апреля 2007 года, число врачей в целом в ЮФО составило 88026 человек, из них 56460 (64,1%) — женщины. Всего в ЮФО трудятся 1404 кардиолога, 224 ревматолога, 11019 терапевтов. При этом с учетом быстротечности поступления информации, продление сертификата и связанное с этим повышение квалификации 1 раз в 5 лет нельзя считать достаточным. Многие врачи сталкиваются с трудностями организационного характера, многие не могут находиться в отрыве от места работы в течение длительного времени ввиду кадрового дефицита в ряде субъектов ЮФО. В этой связи трудно переоценить роль таких образовательных форумов, как съезды, конгрессы, конференции, школы для практических врачей.

Основными направлениями работы 8 съезда кардиологов можно назвать: фундаментальные исследования в кардиологии; эпидемиология и профилактика ССП, распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний; новые подходы к терапии основных ССЗ; интервенционная кардиология; современные аспекты лечения и профилактики сердечной недостаточности; особенности ССП у женщин; диагностика и лечение ССЗ у лиц пожилого и старческого возраста; детская кардиология; ССЗ и сахарный диабет; ССЗ и патология ЖКТ; ССЗ и патология костно-мышечной системы; ССЗ и патология крови; кардиопульмональные взаимоотношения; неврологические осложнения ССЗ; хирургические методы лечения ССЗ; совершенствование организации кардиологической службы.

Не остались без внимания и проблемы неотложной кардиологии. Так, были затронуты темы: диагностические и лечебные возможности скорпомощных стационаров; изменения ситуации в цепочке «больной-бригада скорой помощи-приемное отделение-стационар»; фактор своевременности доставки; процент тромболизиса у больных острым коронарным синдромом; образовательный статус врачей по вопросам кардиологии; совершенствование методики непрерывного обучения врачей; инновационные технологии в образовательном процессе; расширение возможностей лабораторной базы в кардиологических стационарах ЮФО; динамика бюджетных отчислений на здравоохранение области в течение последних лет; перспективы совместной деятельности медиков и администрации по совершенствованию кардиологической помощи.

В рамках работы съезда, помимо основных заседаний, были проведены также следующие мероприятия: пресс-конференция для медицинских изданий юга; фармацевтическая выставка; клинический разбор «Трудный больной»; а также школы, семинары, лекции и мастер-класс для практикующих врачей.

ЛайфКор Интернешнл — 12 лет на отечественном медицинском рынке

— или история о том, как появились установки для производства кислорода из атмосферного воздуха в российских больницах

В медицине обеспечение кислородом является одной из наиболее сложных и многофакторных задач, которую приходится решать при оснащении операционных, реанимационных, родильных отделений, стационарных и мобильных госпиталей, машин скорой помощи, а также при оснащении процедурных кабинетов физиотерапии и кислородотерапии. Широкое применение получил кислород и в оздоровительных центрах, где применяются кислородные коктейли и ароматизированная 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 непосредственно на месте из атмосферного воздуха методом адсорбции. Такие автономные источники кислорода получили название «концентраторы кислорода». Фирма «ЛайфКор Интернешнл» первая познакомилась российскую медицину с новой безопасной технологией производства кислорода и установками, реализующими эту технологию.

В этом году фирме «ЛайфКор Интернешнл» исполнилось 12 лет. Поделиться опытом продвижения абсолютно нового для российского рынка медицинского изделия и рассказать о своей работе мы попросили генерального директора ООО «ЛайфКор Интернешнл» Людмилу Эдуардовну Агапитову.

— Людмила Эдуардовна, как возникла идея привезти первый кислородный концентратор в Россию?

— Некоторое время я работала в США и по роду своей работы увидела много нового из того, чего на тот момент не было в России. Нуждающимся больным с легочной недостаточностью выдается кислородный концентратор на дом бесплатно. Хотелось сделать что-то подобное, социальную программу и в России. При этом хочу сказать, что технология получения кислорода методом адсорбции, в общем-то, уже была известна, но самого изделия, то есть 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. Кроме того, мы привезли не одну установку для производства медицинского кислорода, а целую серию — от завода до тогда еще малогабаритного, так называемого «прикроватного» концентратора, то есть мы предложили 12 лет назад целую

линейку установок по производству кислорода. Хотя могу сказать, что сейчас на российском рынке уже есть предложения по отдельным видам похожих установок.

— Таким образом, 12 лет назад вы предложили принципиально новое изделие для отечественной медицины, трудно было убедить врачей и медицинских чиновников в преимуществах новой технологии и установок?

— Безусловно, 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, что поставив не очень дорогое устройство сегодня, завтра ты будешь избавлен от хлопот по заказу баллонов с кислородом, проблем с их доставкой. Должно было пройти некоторое время, чтобы все привыкли к новой технологии получения кислорода. Самым сложным было донести информацию до тех, кому она необходима. И 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!

— Почему выбор пал именно на концентраторы производства AirSep (США) и «ЛайфКор Интернешнл» традиционно предлагает установки только этого производителя?

— Во-первых, «ЛайфКор Интернешнл» действительно является эксклюзивным представителем компании-производителя AirSep (США). Во-вторых, установки производства AirSep наиболее конкурентоспособны из-за сравнительной дешевизны, простоты монтажа, эксплуатации и технического обслуживания. Кроме того, эти установки отличаются компактностью, высокой степенью безопасности, надежности и автоматизации технологического процесса на всех стадиях, включая пуск и остановку. В-третьих, ни одна компания в мире не представляет такой широкий спектр концентраторов кислорода, как компания AirSep (США). AirSep был пионером в данной области. Инженерно-технический персонал компании сыграл решающую роль в разработке данной технологии и сейчас занимает лидирующую позицию в мире в ее дальнейшем развитии. Компания AirSep выпускает как стационарные установки любой производительности по требованию заказчика, так и портативные концентраторы индивидуального пользования. Установки компании AirSep применяются более чем в 100 странах на протяжении 30 лет, выпускаются установки,

не имеющие аналогов. Именно поэтому мы предлагаем кислородные концентраторы и установки этого производителя.

— Планируется ли производство кислородных концентраторов разместить в России? Возможно ли это?

— Если говорить о совместном производстве, то 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 так далее. Наша российская фирма «ЛайфКор Интернешнл» принимала самое активное участие в разработке этой установки, но говорить о масштабном производстве в России считаю пока преждевременным. На это нужны большие финансовые вливания, согласие производителя, гарантии с российской стороны — всего этого пока нет.

— Получается, что все запчасти и необходимые детали для гарантийного и постгарантийного обслуживания кислородных концентраторов приходится ввозить из США?

— Это как раз не проблема. У нас всегда есть запас деталей и запчастей. Технический персонал «ЛайфКор Интернешнл» прошел обучение на фирме-производителе. По России существует сеть дилеров, которые за 12 лет тоже научились проводить регламентное обслуживание установок поставляемых моделей. Поскольку изделия компании AirSer произведены в соответствии со всеми принятыми международными стандартами, в том числе и стандартом менеджмента качества — такие изделия редко выходят из строя и можно уверенно работать на привозных запчастях, тем более, что их номенклатура невелика.

— Каковы объемы поставленного оборудования за эти годы?

— За 12 лет работы на рынке СНГ и России «ЛайфКор Интернешнл» как эксклюзивный представитель компании AirSer поставила более 1000 приборов производительностью до 6 л/минуту; более 500 приборов производительностью до 8 л/минуту; более 300 установок MZ-30. Наше оборудование работает уже более чем в 100 городах и населенных пунктах России и стран СНГ в различных медицинских учреждениях, санаториях, фитнес-центрах, спортивных залах, у частных лиц. С 2006 года работает система производства медкислорода в ОБП Управления Делами Президента. Также показали высокие эксплуатационные качества большие промышленные установки, работающие в Казахстане, Нижнем Новгороде. В этом году заработают установки в больничных комплексах Иркутска, Астаны (Казахстан).

Принципиально новое предложение фирмы «ЛайфКор Интернешнл» — размещение кислородных установок MZ в блок-контейнерах.

Такой кислородный завод полностью автономен, оснащен системами вентиляции, отопления, кондиционирования, пожарной и газовой безопасности. Требуется только размещение контейнера на фундаменте и подключение электропитания и кислородного трубопровода. Простое техобслуживание сводится к замене фильтров и регламентным работам на компрессоре. Это, безусловно, является решением обеспечения кислородом больничных комплексов. Блок-контейнеры производятся в России в различных исполнениях для любых климатических зон. Заводы MZ-285 и MZ-630 в блок-контейнерах уже работают в Астраханской краевой больнице, MZ-50 — в Санкт-Петербурге в клинике Конституционного Суда Управления Делами Президента. В настоящее время блок-контейнер с MZ-160 поставляется в областную больницу Томска.

— Что нового предложит фирма «ЛайфКор Интернешнл» в будущем году российскому потребителю?

— Мы предлагаем на Российский рынок кислородные концентраторы NewLife Single и NewLife Dual производительностью 5 л, 8 л и 10 л. Такие относительно недорогие приборы подойдут для использования с ИВЛ с механическим приводом серии РО для педиатрических кювез, процедур физиотерапии. Ни один концентратор подобного класса, таких размеров и такой цены, не имеет равнозначных характеристик. Особенно полезны такие модели NewLife будут в небольших клиниках, в сельской местности, для мобильных госпиталей 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 местах массового присутствия людей. Еще появился совсем новый кислородный концентратор VisionAire, который, сохраняя все превосходные эксплуатационные характеристики, отличается компактными размерами и небольшим весом, а также низкими шумовыми характеристиками. Легкий, практически бесшумный и компактный концентратор чрезвычайно удобен для пациента в повседневной жизни. Из новинок есть еще одна уникальная модель — переносной концентратор FreeStyle. В отличие от известного LifeStyle, который весит 4,4 кг, FreeStyle весит всего 2 кг и с поясом с аккумуляторами способен производить кислород до 10 часов без внешнего источника электропитания. Постоянно модернизируются уже хорошо известные концентраторы Reliant (на которые действительно можно положиться, особенно в операционных и реанимационных). Сейчас проходит тестирование новая модель с дополнительным воздушным выходом. Это позволит работать с ИВЛ и дыхательно-наркозными аппаратами без использования отдельного воздушного компрессора.

Уверена, что и в дальнейшем развитие нашей компании будет полезно и прогрессивно.

ЛайфКор

Интернешнл

Эксклюзивный представитель
компании AirSep(США)

ПРЕДЛАГАЕТ КИСЛОРОДНЫЕ
КОНЦЕНТРАТОРЫ
ПРОИЗВОДСТВА

AIRSEP



FREESTYLE – самый миниатюрный и самый легкий кислородный концентратор для пациентов, которым необходим кислород, но не нужны ограничения.
Концентрация.....90-95%
Поток кислорода.....1-3 л/мин.
Вес.....2 кг
Размеры, см.....15,5x21,8x9,1
Автономная работа от внутреннего аккумулятора.....до 2х часов
С поясом AiiBelt с дополнительным аккумулятором.....до 8 часов



LIFESTYLE – это портативный кислородный концентратор для индивидуального использования. Дает пациенту полную мобильность и независимость. Его всегда можно легко носить с собой, так как его вес 4,5 кг, снабжен тележкой для перемещения. Его можно подключать в машине, так как его электропитание - 220 В (50 Гц), а также 12 В. Можно автономно дышать кислородом в течение 50 минут от внутренней батареи. Прибор хорошо адаптирован для пациентов.

Терапевтические кислородные концентраторы применяются при легочных и сердечно-сосудистых заболеваниях



NEWLIFE – это 6 моделей концентраторов

1. Базовая модель – производительностью 5 л/мин. с давлением 0,3-0,6 Атм
 2. С повышенной производительностью 8 л/мин. и 10 л/мин. с давлением 1,4 Атм.
- Модели могут иметь два выхода для двух пациентов.

Операционно-реанимационные концентраторы предназначены для использования совместно с наркозными и ИВЛ-аппаратами при реанимации или оперативных вмешательствах

Кислородный концентратор

RELIANT



- производительность: 8 л/мин.
 - давление на выходе 3,4 Атм
 - концентрация кислорода на выходе 93±3%
 - электропитание 220В/50Гц, переменный однофазный ток, 3,0 А
 - потребляемая мощность: 0,73 кВт/час
 - внешний накопитель кислорода объемом 227 литров
- Колесное шасси позволяет легко перемещать прибор. Хорошая шумоизоляция позволяет ставить прибор непосредственно в операционной.

Кислородный концентратор

MZ-30



- производительность: до 15 л/мин.
- давление на выходе: 3,4 Атм
- концентрация кислорода на выходе: 93±3%
- электропитание: 220В/50Гц, переменный однофазный ток 5,5 А
- потребляемая мощность: 1,1 кВт/час
- внешний накопитель кислорода объемом 227 литров

Заводы для производства кислорода



Компания AirSep выпускает стационарные медицинские кислородные установки серии Mz (ASM), которые позволяют автономно производить необходимый кислород от 50 до 2530 куб.м в сутки и более, устраняют все проблемы связанные с транспортировкой и перебоями в поставках кислорода, обеспечивают наиболее безопасный процесс получения и использования медицинского кислорода. Оборудование способно работать непрерывно, в полном автоматическом режиме, в течение многих лет без ремонта. Установки изготавливаются с учетом индивидуальных требований медицинского учреждения. Такие заводы могут использоваться в любой отрасли народного хозяйства, где требуется кислород.

ЛайфКор
Интернешнл

Эксклюзивный представитель
компании AirSep(США)

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 e-mail: lifecore@aha.ru, www.lifecore.ru

Иммунобиологическая продукция
Предлагаем вам специфические человеческие
иммуноглобулины производства КНР

Иммуноглобулин антирабический
Иммуноглобулин
противостолбнячный

Уже в продаже !

Препараты зарегистрированы
и разрешены к применению в РФ.

Москва, тел./факс: (4967) 50-21-62, 51-06-45, 51-08-45, 51-09-34, 51-00-35,
e-mail: info@allergen.ru, www.allergen.ru

Волгоград, тел.: (8442) 48-55-03, +7 (902) 382-53-22, allergenvolga@yandex.ru
Ростов-на-Дону, тел.: (863) 459-95-57, +7 (928) 163-98-47, allergenrostov@yandex.ru

РЕКЛАМА

www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru



Столы зубной техника
Универсал
г.Самара, Заводское шоссе, 5
(846) 3121459, 9521968

Подлокотники-трансформеры
на гидравнике

www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru



Universal
dental equipment

Автономная вытяжная система
"Super MAX"
700 куб.м/час

Автономная вытяжная система
Стандарт
500 куб.м/час

www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru

РЕКЛАМА

75 лет Ростовскому научно-исследовательскому противочумному институту.

Страницы истории

Кучин В. В., к.м.н., с.н.с.; Марковская Е. И., к.м.н., с.н.с.; Научно-организационный отдел ФГУЗ РостНИПЧИ Роспотребнадзора, г. Ростов-на-Дону

ФГУЗ «Ростовский научно-исследовательский противочумный институт» (РостНИПЧИ Роспотребнадзора) основан 5 июня 1934 года решением Совета Труда и Оборона с целью планомерной разработки и осуществления мероприятий по ликвидации эпизоотии чумы на территории Азово-Черноморского края и Северного Кавказа.

Сегодня РостНИПЧИ — крупное научно-исследовательское учреждение России по особо опасным инфекциям. В институте работают 140 научных сотрудников, в том числе 65 кандидатов наук, 18 докторов наук (6 профессоров), 2 заслуженных деятеля науки РФ. С 1988 года директором института является заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор Ю. М. Ломов.

Обратимся к истории института.

В довоенный период здесь выполнялись оригинальные исследования по эпизоотии, эпидемиологии, патогенезу, клинике чумы и разрабатывались методы борьбы с грызунами — носителями инфекций, что явилось основой для развертывания радикальных мер по ликвидации энзоотичности чумы в Северо-Западном Прикаспии. За оздоровление чумного очага 9 сотрудников института в 1952 году были удостоены Государственной премии.

В годы ВОВ специалисты института обеспечивали эпидемическое благополучие в войсках Южного направления и других фронтов. Более 20 сотрудников были награждены орденами и медалями.

В послевоенный период основные усилия были направлены на разработку методов серологической диагностики с целью совершенствования надзора за состоянием природных очагов чумы, системы борьбы и профилактики бруцеллеза и туляремии. За участие в создании противотуляремийной вакцины специалисты института получили Государственную премию.

В 60-е годы круг решаемых институтом проблем расширился за счет фундаментальных исследований по биохимии, молекулярной биологии и генетике возбудителей особо опасных инфекций (ООИ) и задач санитарной охраны территории от заноса и распространения карантинных и других опасных инфекций.

Сотрудники института принимали активное участие в ликвидации вспышек чумы и холеры в Китае, Монголии, Пакистане, Афганистане, Вьетнаме, Сомали и Индии.

Были созданы специализированные подвижные противоэпидемические бригады (СПЭБ) для организации и проведения индикации ООИ в очагах холеры и других чрезвычайных ситуациях. СПЭБы института осуществили более 60 выездов по эпидпоказаниям с 1965 года в различные регионы СССР и России, в том числе — в Ленинкан, Дагестан, Чечню. РостНИПЧИ ведет широкомасштабную работу по конструированию микробиологических питательных сред и диагностических препаратов для возбудителей ООИ.

Институт является региональным центром мониторинга за возбудителями инфекционных болезней I-II групп патогенности и референс-центром по мониторингу за холерой.

На базе института организованы Центр геномной диагностики и Центр патогенных вибрионов.

Специалистами института опубликовано более 5000 научных работ, издано 30 монографий, выпущено 75 сборников трудов, получено около 300 авторских свидетельств и патентов, подготовлено 250 кандидатов и 60 докторов наук. Более 6000 специалистов учреждений противочумной системы и центров санэпиднадзора прошли специализацию по ООИ на базе РостНИПЧИ.

За вклад в развитие здравоохранения страны 90 сотрудников института награждены орденами и медалями СССР и РФ, 5 удостоены почетного звания заслуженных врачей и деятелей науки, 4 — «Почетный работник Госсанэпидслужбы РФ». К 50-летию (1984 год) институт был награжден орденом Трудового Красного Знамени.

Основными направлениями научных исследований РостНИПЧИ в настоящее время являются:

- *эпидемиологический надзор за ООИ-заболеваниями и краевой патологией для Ростовской области и юга России;*
- *диагностика, профилактика и лечение ООИ-заболеваний;*
- *биомедицинские и молекулярно-генетические аспекты изучения ООИ-заболеваний;*
- *холера и другие патогенные вибрионы.*

Проблемная комиссия «Холера» в нашей стране была создана в январе 1971 года. В сентябре этого же года РостНИПЧИ был определен как головной по проблеме «Холера» с целью координации научных исследований в плане изыскания эффективных средств и методов диагностики, лечения, специфической и неспецифической профилактики, а также разработки мер по обеспечению эпиднадзора.

Результаты научных исследований и опыт работы по организации и проведению противохолерных мероприятий нашли отражение в многочисленных инструкциях, приказах, санитарных правилах и других нормативно-распорядительных документах ГУКИ МЗ СССР и МЗ РФ, Роспотребнадзора (1970—2009 гг.). В ряде монографий и сборников обобщены результаты научных исследований прикладного и фундаментального характера.

В 1991 году издан «Справочник-кадастр распространения вибрионов эльтор в поверхностных водоемах и сточных водах на территории СССР во время 7-й пандемии холеры».

Направление исследований все эти десятилетия диктовала складывающаяся в стране и мире ситуация по холере.

На ежегодных заседаниях проблемной комиссии, в которых участвуют специалисты из России и стран СНГ, обсуждаются актуальные вопросы по приоритетным направлениям, освещается эпидобстановка по холере в мире, России и странах СНГ с определением тенденции ее развития и прогнозом. К каждому заседанию институт издает сборник материалов проблемной комиссии, имеющий с 1999 года статус печатного издания. Раз в 5 лет проводятся научные конференции по холере с изданием научных трудов.

В институте продолжают развиваться традиционные направления исследований по чуме, туляремии, бруцеллезу: изучение основ вирулентности, формирования иммунитета, иммунопатологических реакций при инфицировании макроорганизмов, профилактическое и лечебное действие различных антибактериальных препаратов, методы борьбы с развитием антибиотикорезистентности, получение моноклональных антител. Проводятся эпидемиологические исследования.

В 2003 году издан «Справочник-кадастр о распространении в мире инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации». Подготовлен «Справочник-кадастр по очагам сибирской язвы в Ростовской области», включающий более 1800 неблагополучных пунктов.

Однако в последние годы поднимают голову старые, «забытые» инфекции, появляются новые. Ученые нашего института идут в ногу со временем, формируют новые направления исследований. Так, например, изучение экологических и эпидемиологических аспектов клещевых природно-очаговых инфекционных болезней в Ростовской области (Крымская геморрагическая лихорадка, лихорадка Ку, иксодовые клещевые боррелиозы), возбудителей легионеллеза, листериоза и лихорадки Западного Нила.

Совершенствуются традиционные методы диагностики, успешно развивается генодиагностика не только возбудителей ООИ, но и вирусных гепатитов, *Helicobacter pylori* и других инфекций.

Институт планирует ряд направлений исследований по разработке новых средств диагностики, профилактики и лечения «забытых» тропических болезней, включенных в программу борьбы с инфекционными болезнями, принятую на саммите «Группы восьми» в Токио (Япония) в 2008 году. Это касается вопросов эпидемиологического надзора за холерой, лабораторной диагностики холеры, нового бактериального препарата «Лактоцид-Р» диагностики лихорадки денге, молекулярно-биологической диагностики трахомы (реализуя задачу ВОЗ — ликвидировать заболеваемость трахомой к 2020 году).

Развиваются ГИС-технологии, сформированы проблемно-ориентированные фактографические базы данных: «Холера. Эль-тор. Эпидемиологический анализ заболеваемости», «Холера. Оперативный эпидемиологический анализ», «Холерные вибрионы. Россия», «Геоинформационная система «Туляремия», «Геоинформационная система «Чума», «Штаммы VNTR» и другие. Научные достижения сотрудников института защищены патентами (только за последние 5 лет получено около 30 патентов).

В соответствии с Регламентом (стандартом), СПЭБ укомплектованы современным лабораторным оборудованием, позволяющим использовать как классические методы лабораторного анализа, так и передовые методы экспресс-диагностики (ПЦР в режиме реального времени, чип-детекция, ИФА, люминесцентная микроскопия), а также современным спутниковым навигационным и информационно-коммуникативным оборудованием с программным обеспечением, позволяющим осуществлять позиционирование на местности, связь и передачу информации в текстовом и графическом формате, включая использование ГИС-технологий. Ежегодно проводятся учения с полным развертыванием СПЭБ.

Большой объем работы был проведен научными сотрудниками института с целью совершенствования схемы лабораторной диагностики холеры, особенно в части ускоренной идентификации, определения эпидемической значимости выделенных культур холерных вибрионов. В результате создан антилипазный диагностикум на цветных полимерных сферах для выявления гемолитических штаммов в реакции объемной агломерации, предложен экспресс-тест на основании комплекса показателей гемолиза и адгезии на эритроцитах II группы крови человека. Ведется постоянное совершенствование метода ПЦР в режиме реального времени в плане определения его места на различных этапах лабораторной диагностики и наиболее оптимального приборного оснащения.

В юбилейный год наш институт как структурная единица Роспотребнадзора бережно хранит и чтит традиции отечественной медицинской науки и неуклонно развивает свой научный потенциал, внося вклад вместе с другими учреждениями противочумной службы в обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения страны.

4—5 июня на базе РостНИПЧИ проведено плановое заседание проблемной комиссии «Холера и патогенные для человека вибрионы»

В работе приняли участие члены Проблемной комиссии «Холера и патогенные для человека вибрионы», специалисты РостНИПЧИ, РНИПЧИ «Микроб», Иркутского, Волгоградского и Ставропольского НИПЧИ, Противочумного Центра, Астраханской, Причерноморской, Элистинской, Кабардино-Балкарской, Северо-Западной, Приморской (Владивостокское отделение), Северо-Кавказской противочумных станций, Федерального Центра гигиены и эпидемиологии, специалисты Управлений Роспотребнадзора десяти субъектов РФ, Министерства Обороны РФ, ГНЦ прикладной микробиологии и биотехнологии (г. Оболонск), представитель МЧС (Центр «Антистихия»), сотрудники вузов, научно-исследовательских институтов и учреждений Роспотребнадзора г. Ростова-на-Дону.

Обсуждались результаты 5 завершенных РостНИПЧИ в 2009 году тем и плановая документация на 6 новых тем (все — РостНИПЧИ), а также ход выполнения 20 переходящих тем (16 тем — РостНИПЧИ и по 1 теме — Российского НИПЧИ «Микроб», Иркутского, Ставропольского и Волгоградского институтов).

По направлению изучения проблемы экологии вибрионов и эпиднадзора за холерой в рамках завершённой тематики создана геоинформационная система по распространению холерных вибрионов в объектах окружающей среды на территории России. Для выяснения механизмов выживания возбудителя холеры в окружающей среде предложена экспериментальная модель изучения формирования биопленки этими микроорганизмами.

С использованием созданных в РостНИПЧИ проблемно ориентированных баз данных и формируемых на основе документированных источников информации ВОЗ и Роспотребнадзора дана эпидемиологическая обстановка по холере в мире, странах СНГ и России, прогноз.

По проблеме микробиологических и молекулярно-биологических аспектов характеристики холерных вибрионов изучен полный спектр специфичности лектиновых рецепторов холерных вибрионов O1 и O139 серогрупп различного происхождения, на основании чего были разработаны методы дифференциации штаммов возбудителя холеры по эпидзначимости. Результаты изучения триацилглицероллипазной активности *V. cholerae* легли в основу новых методов выявления внутривидовых различий, а также межштаммовой дифференциации по эпидзначимости. Получены новые данные о свойствах цитотоксического фактора Cef *V. cholerae*, имеющего значение как в патогенности, так и в персистенции холерных вибрионов в водных объектах окружающей среды.

Тематика запланированных в РостНИПЧИ на 2010 год тем охватывает следующие вопросы: изучение холерных вибрионов не O1/не O139 серогрупп, вызывающих заболевания людей; исследование хитиназного комплекса возбудителя холеры; разработка новой дифференциально-диагностической среды, изучение влияния иммуномодуляторов на формирование иммунного ответа при экспериментальной холере. Важным разделом научной деятельности является тематика, запланированная совместно с ГНЦ прикладной микробиологии и биотехнологии, по внедрению в практику лабораторной диагностики холеры полимерного иммуноглобулинового антилипазного диагностикума, а также видоспецифических моноклональных препаратов для идентификации холерных вибрионов O1 и O139 серогрупп.

В соответствии с решением коллегии Федеральной службы по защите прав потребителей

и благополучия человека, для обеспечения гармонизации национальной нормативно-методической базы с Международными медико-санитарными правилами разработана РостНИПЧИ и утверждена Г. Г. Онищенко «Программа тематических курсов усовершенствования специалистов ФГУЗ «Центров гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора и лечебно-профилактических учреждений по лабораторной диагностике и эпиднадзору за холерой». Переработаны и направлены на утверждение Главному Государственному санитарному врачу РФ Онищенко Г. Г. санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика холеры. Общие требования к эпидемиологическому надзору за холерой» и методические рекомендации «Расчет стандартных значений экономического ущерба, наносимого одним случаем холеры (большой холерой, вибрионоситель) с учетом комплекса противохолерных мероприятий». Новые препараты и методы для определения эпидзначимости штаммов холерного вибриона, разработанные в РостНИПЧИ, вошли в Практическое руководство по диагностике ООИ в раздел «Лабораторная диагностика холеры».

В план внедрения на 2010 год включены 12 предложений. Запланировано оформление 3 патентов на изобретения, 4 методических документа учрежденческого уровня внедрения, выпуск аннотированного библиографического указателя «Холера и патогенные для человека вибрионы» за 2009 год, депонирование штаммов холерного вибриона, оформление нормативной документации.

Было отмечено, что РостНИПЧИ, ведущий по проблеме «Холера и патогенные для человека вибрионы», выполняет 80% тематики всех научных разработок и является координатором направлений в исследованиях других НИИ и практических учреждений противочумной системы и практического здравоохранения. Получив статус референс-центра по мониторингу за холерой, РостНИПЧИ разработал положение о референс-центре, определил задачи и научную программу по оптимизации мониторинга за холерой, осуществляя организацию и участие в работах по внешнему контролю качества лабораторий региональных центров. Результаты научных разработок способствуют оценке эпидемиологической обстановки по холере в мире, странах СНГ и России, совершенствованию лабораторной диагностики холеры, постоянно модернизируются пути взаимодействия с учреждениями Роспотребнадзора.

БЕЛОЧКА



САЛОЕТКИ
дезинфицирующие
для инъекций

из нетканого полотна,
пропитанного 70% водно-спиртовым
(изопропиловым) раствором,
одноразовые, размер 125 x 110 мм

НПФ «МЕДТЕХМАРКЕТ»

- Одноразовые дезинфицирующие салфетки для инъекций «Белочка»
- Изготовление салфеток с логотипом заказчика

Обработать место инъекции — легко!

Компания приглашает к сотрудничеству региональных партнеров
ООО «НПФ «Медтехмаркет». 129301, г. Москва, ул. Касаткина, 3
Тел.: (499) 187-41-95, 187-16-52, (495) 683-97-42, 683-97-08

Сайт: www.MEDTEXMARKET.ru, e-mail: mtmarket@list.ru

Регистрационное удостоверение № ФСР 2008/02512/ТУ 9393-001-58716163—2003

Повышение уровня финансового обеспечения системы здравоохранения Ростовской области при эффективном использовании имеющихся ресурсов — важнейший фактор преодоления негативных медико-демографических тенденций

Тащилина И. П., зам. министра здравоохранения Ростовской области по экономике и финансам, г. Ростов-на-Дону

Результативность функционирования и финансирования системы здравоохранения наиболее достоверно может быть оценена на региональном уровне.

Несмотря на некоторые негативные тенденции в экономике, Ростовская область твердо вошла в число тех регионов, где забота о здоровье населения играет ключевую роль, а областное здравоохранение представляет собой развитую систему, способную оказать своевременную и качественную медицинскую помощь жителям одного из самых многонаселенных регионов Юга России.

Доля расходов на здравоохранение в валовом региональном продукте (ВРП) в течение последних лет стабильно держится на уровне 3,5—3,8% (табл. 1).

Социально-ориентированный курс политики областной власти остается неизменным при определении приоритетов бюджетных расходов.

В последние годы сеть учреждений здравоохранения области была подвержена реструктуризации в целях приведения в соответствие с федеральной нормативной базой по разграничению полномочий и оптимизации в соответствии с истинной потребностью населения в определенном виде медицинской помощи (табл. 2).

В составе общего количества учреждений здравоохранения на 1 января 2008 года учтены 97 больниц, 9 специализированных диспансеров, 85 амбулаторно-поликлинических учреждений, 7 диагностических центров, 2 станции скорой медицинской помощи, 1 станция переливания крови, 10 санаториев и 6 учреждений особого типа.

Общее число круглосуточных коек сократилось за 5 лет на 3,9 тысяч коек (с 43,2 тысяч до 39,3 тысяч коек). При этом функция врачебной должности существенно выросла, а длительность пребывания больного в стационаре сократилась, что свидетельствует о возросшей эффективности работы сети. В то же время уровень госпитализации изменился незначительно (в 2002 году — 226 больных, в 2007 — 221 больной в расчете на 1000 населения).

Таким образом, можно констатировать, что коечный фонд приведен в соответствие с истинной потребностью населения со смещением акцента на менее затратное и более приближенное к населению первичное звено, а сеть медицинских учреждений области максимально соответствует специфике региона, суть которой сводится к преобладанию сельских территорий, зачастую отдаленных от областного центра и крупных городов. При проведении реструктуризации сети использовались современные управленческие

Таблица 1

Доля расходов на здравоохранение в ВРП Ростовской области

Период	ВРП, млн руб.	Расходы на здравоохранение, млн руб.	Доля расходов на здравоохранение в ВРП, %
2002 год	140773,3	5253,3	3,7
2003 год	171849,0	6452,9	3,8
2004 год	221167,4	7789,7	3,5
2005 год	263051,5	9794,6	3,7
2006 год	336009,7	12057,5	3,6
2007 год	419438,3	15232,1	3,6

Таблица 2

Результаты проведенной в 2003—2007 годах реструктуризации сети учреждений здравоохранения Ростовской области

Показатель	На 01.01.2003 г.	На 01.01.2008 г.
Общее число учреждений здравоохранения	260	217
Общее число коек (тыс.)	43,2	39,3
Длительность пребывания больного в стационаре (к/дней)	14,1	13,1
Функция врачебной должности	4000	5052
Госпитализировано (на 1 тыс.)	226	221

Демографические показатели по Ростовской области в 2005—2007 годах

Показатели (на 1000 населения)	Средний по РФ, 2006 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Рождаемость	10,4	9,2	9,5	10,2
Общая смертность	15,2	16,0	15,5	14,9
Естественная убыль	4,8	6,8	6,0	4,7

и экономические механизмы, позволяющие сосредоточить силы и средства на социально значимых направлениях.

Однако кризисные тенденции медико-демографической ситуации Российской Федерации характерны и для Ростовской области. По оценке, произведенной Федеральной службой государственной статистики, численность населения Ростовской области на начало 2008 года составила 4254,4 тысячи человек, что на 80,0 тысяч меньше уровня 2005 года (4334,4 тысячи человек) (Здоровье населения и деятельности учреждений здравоохранения Ростовской области// Статистический сборник №1. — Ростов-на-Дону, 2008). Основной причиной сокращения численности населения является естественная убыль — число умерших превышает число родившихся (табл. 3).

Анализируя данные таблицы, следует отметить, что демографические показатели в 2007 году значительно улучшились, но вместе с тем в 2006 году показатель естественной убыли в Ростовской области был выше среднероссийского.

Результатом неблагоприятного демографического состояния Ростовской области является резкое старение населения. В настоящее время на 1000 лиц трудоспособного возраста приходится 369 лиц старше трудоспособного возраста, то есть больше трети населения. Динамика данных показателей в Ростовской области отражает общероссийские тенденции.

Заболеваемость взрослого населения в области, по данным медицинской статистики, в 2006 году составляла

1393,1 заболеваний на 1000 человек населения, что выше среднероссийского показателя: 1357,6 заболеваний на 1000 человек населения (Здоровье населения и деятельности учреждений здравоохранения Ростовской области// Статистический сборник №1. — Ростов-на-Дону, 2008).

На данные демографические показатели оказывают влияние многие факторы: экология, уровень жизни населения, развитие физкультуры, профилактика заболеваний, популяризация здорового образа жизни и другие, но в числе названных факторов, бесспорно, следует учитывать и уровень финансового обеспечения системы здравоохранения. Влияние уровня финансового обеспечения системы здравоохранения на демографические показатели наглядно отражает следующая таблица.

Данные таблицы 4 показывают, что именно в годы финансового кризиса 1997—2000 годов снизилось число родившихся на 1000 населения, а его последствия существенно отразились на показателях естественной убыли населения в 1999—2003 годах.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что важнейшим фактором преодоления негативных медико-демографических тенденций является повышение уровня финансового обеспечения системы здравоохранения области, а основным залогом успеха при решении этой задачи — эффективное управление имеющимися ресурсами.

Естественное движение населения Ростовской области в 1991—2007 годах (на 1000 населения)

Годы	Родившихся	Умерших	Естественный прирост (убыль)
1991	11,7	12,7	-1,0
1992	10,7	13,1	-2,4
1993	9,5	15,0	-5,5
1994	9,6	15,8	-6,2
1995	9,2	15,8	-6,6
1996	8,8	14,9	-6,1
1997	8,3	14,6	-6,3
1998	8,2	14,5	-6,3
1999	7,6	15,0	-7,4
2000	8,2	15,5	-7,3
2001	8,4	15,9	-7,5
2002	9,0	16,5	-7,5
2003	9,2	16,3	-7,1
2004	9,6	15,9	-6,4
2005	9,2	15,9	-6,7
2006	9,5	15,5	-6,0
2007	10,2	14,9	-4,7

НОУ ВПО «КИСЛОВОДСКИЙ ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ И ПРАВА»

Объявляет набор на 2009 — 2010 учебный год по специальностям:

030501.65 — Юриспруденция, квалификация — юрист, специализации:

- государственно-правовая;
- уголовно-правовая;
- гражданско-правовая;
- гражданско-правовая (с углубленным изучением медицинского права, строительного права);

080105.65 — Финансы и кредит, квалификация — экономист, специализации:

- финансовый менеджмент (в сфере здравоохранения, в сфере строительства);
- банковское дело;

080507.65 — Менеджмент организации, квалификация — менеджер, специализации:

- финансовый менеджмент;
- менеджмент в социальной сфере (здравоохранении);
- менеджмент санаторно-курортного дела;
- управление в строительстве;

Форма обучения — заочная традиционная и заочная с использованием дистанционных образовательных технологий.

ОБРАЗОВАНИЕ В КИСЛОВОДСКОМ ИНСТИТУТЕ ЭКОНОМИКИ И ПРАВА — ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ КАРЬЕРЫ!

Ставропольский край, г. Кисловодск, ул. Розы Люксембург, 42,
тел.: (87937) 2-29-62, 6-29-84; факс (87937) 6-29-00

Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки серия А №255858 от 23.04.2007 г.
Свидетельство о государственной аккредитации серия АА №000625 от 23.04.2007 г.

О развитии организационных и методологических форм микробиологической диагностики туберкулеза в Ростовской области

*Рыжков С. И.; Быкадорова К. Р.; Бугулова Т. В.; Маркова Ю. Ю.;
ГУЗ «Противотуберкулезный клинический диспансер» РО, г. Ростов-на-Дону*

В комплексе мер диагностики, лечения и профилактики туберкулеза микробиологическое исследование является одной из наиболее сложных и многофакторных задач. Учитывая важность этого раздела фтизиатрии в системе организации противотуберкулезной службы Ростовской области, приоритетным направлением избрано постоянное совершенствование бактериологической службы.

В 1963 году на базе клинко-диагностических лабораторий противотуберкулезных учреждений области была сформирована сеть бактериологических лабораторий, посевных бактериологических пунктов и пунктов сбора мокроты.

В 1971 году на базе бактериологических лабораторий областного противотуберкулезного диспансера за счет концентрации свободных штатных должностей бактериологических лабораторий и посевных бактериологических пунктов организована централизованная бактериологическая лаборатория (ЦБЛ), которая в настоящее время

является ведущим областным центром, обеспечивающим полный спектр микробиологических исследований, реализующим научно-практические, организационно-методические и информационные задачи в области микробиологической диагностики туберкулеза, контроля качества исследований.

Для производства микробиологических исследований ЦБЛ забор и доставка патологического материала осуществлялись непосредственно в облтубдиспансере, из пунктов сбора мокроты и посевных пунктов (транспортом противотуберкулезных учреждений), а также при выездах в сельские районы передвижного бактериологического пункта.

С 1972 года к ЦБЛ придан передвижной бактериологический пункт (на базе автомобиля ГАЗ-66) для обеспечения выездной консультативной работы в отдаленных населенных пунктах области. Основной задачей посевных бактериологических пунктов было максимальное приближение лабораторной службы к сельскому

Таблица 1

Годы	Количество выездов	Обследовано районов	Выполнено посевов	
			мокрота	моча
1984	13	6	374	729
1985	8	9	369	824
1986	10	13	350	1373

населению с обеспечением при этом полного охвата бактериологическими исследованиями всех нуждающихся контингентов диспансерного наблюдения, а также населения из групп риска: больных хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, мочевыводящих путей, нетранспортабельных больных, а также животноводов, работающих на фермах, неблагополучных по туберкулезу крупного рогатого скота. Работа посевных бактериологических пунктов выполнялась по графику, в основном в отдаленных восточных и северных районах области. Ежегодно обследовалось 10 сельских районов, проводилось более 1000 посевов мокроты и мочи (табл. 1).

Всего за период 1978—1986 годы обследовано 14073 животноводов, работающих на неблагополучных по туберкулезу крупного рогатого скота фермах. Выявлено МБТ(+) — 14 человек.

Учитывая значительное распространение туберкулеза среди сельскохозяйственных животных, на базе ЦБЛ проводилась работа по определению видовой принадлежности микобактерий туберкулеза (МБТ) с использованием теста на наличие способности продуцировать никотиновую кислоту (ниациновый) и теста на наличие нитратредуктазной активности.

Среди животноводов-бактериовыделителей, работающих на неблагополучных по туберкулезу крупного рогатого скота фермах, выделено: *M.tuberculosis* — 95,0%, *M.bovis* — 2,8%, атипичные МБ — 2,2%.

Результаты определения видовой принадлежности МБТ среди контингентов диспансерного наблюдения представлены в таблице 2.

Бактериологическая служба противотуберкулезных учреждений Ростовской области с момента ее основания занимается совершенствованием методов микробиологических исследований различного патологического материала с целью повышения их эффективности. Первоочередной задачей при этом является ускорение роста МБТ, подтверждение их наличия в патологическом материале при низком уровне концентрации (100 МБТ/мл), определение вида МБТ и их чувствительности к противотуберкулезным препаратам.

Питательная среда Левенштейна-Йенсена применяется во всем мире в качестве стандартной среды для первичного выделения возбудителя туберкулеза и определения его лекарственной чувствительности и рекомендована для использования в микробиологических лабораториях противотуберкулезной службы РФ для получения сравнимых результатов. На среде Левенштейна-Йенсена хороший рост МБТ получают на 15—25 день после посева микроскопически положительного материала.

Питательная среда Финн-II рекомендована в нашей стране как вторая стандартная среда для выделения микобактерий. Рост микобактерий на этой среде происходит на несколько дней раньше, чем на среде Левенштейна-Йенсена, а выделение культур МБТ — на 6—8% выше.

Обязательным является подтверждение принадлежности выделенной культуры к комплексу *M.tuberculosis* на основании специальных лабораторных биохимических тестов.

ЦБЛ облтубдиспансера согласно Приказа МЗ РСФСР от 03.06.1985 №456 была утверждена школой передового опыта, являлась единственной практической лабораторией в стране, где успешно проводились посевы на 2-фазные жидкие среды для выявления L-трансформированных форм МБТ.

Существенным недостатком всех культуральных методов является то, что МБТ, полученные из патологического материала от больных туберкулезом, не всегда дают рост на питательной среде, что делает невозможным определение лекарственной чувствительности.

В 90-е годы в связи с повсеместным эпидемическим ростом туберкулеза и изменением свойств возбудителя туберкулеза возникла проблема увеличения (по объемам и срокам) высеваемости МБТ. В ЦБЛ диспансера проводилась целенаправленная работа по улучшению качества имеющихся питательных сред для культивирования МБТ. Методом обогащения питательных сред для культивирования МБТ начали заниматься с 1989 года. С этой целью в питательную среду Левенштейна-Йенсена добавляли следующие реактивы: лимонную кислоту, раствор пирувата натрия, селен. Все эти ингредиенты стимулировали рост

Таблица 2

Годы	Изучено культур	Видовая принадлежность, %		
		<i>M.tuberculosis</i>	<i>M.bovis</i>	атипичные МБ
1988	1522	98,7	0,3	1,0
1998	1449	98,9	0,1	1,0
2008	2412	99,8	-	0,2

Высеваемость на питательных средах по срокам роста культуры МБТ

Питательные среды	Количество МБТ(+)	Результат по срокам роста			
		10 день	14 день	21 день	4 недели и более
среда Левенштейна-Йенсена контроль	70 (20,4%)	-	10 (14,2%)	19 (27,0%)	41 (58,5%)
среда Левенштейна-Йенсена + селен	76 (22,2%)	-	15 (19,7%)	28 (30,5%)	38 (50,0%)
среда Левенштейна-Йенсена + ОАДС	84 (24,7%)	8 (9,5%)	21 (25,0%)	31 (36,9%)	24 (28,5%)

МБТ. В эксперименте использовалось 342 образца патологического материала (мокрота от больных туберкулезом). Основной средой являлась среда Левенштейна-Йенсена в качестве контроля, опытные среды: среда Левенштейна-Йенсена + селен, среда Левенштейна-Йенсена + обогатительная добавка ОАДС (олеиновая кислота, альбумин, декстроза, каталаза) (табл. 3).

Для выявления «скрытого» роста МБТ применялся индикатор ТТХ (трифенил тетразолий хлорид) с целью определения признаков метаболизма (по наличию ферментативной активности) возбудителя туберкулеза в посевном материале. Метод основан на свойстве фермента дегидрогеназа при соприкосновении с ТТХ восстанавливать последний с образованием пигмента пурпурного цвета. Наличие возбудителя в конденсате подтверждалось люминесцентной микроскопией, лишь в этом случае выдавался клинически положительный ответ о наличии бактериовыделения.

Выполнено 5242 исследования в анализах с отсутствием видимого роста колоний МБТ, в 803 случаях зарегистрировано покраснение конденсата, из них в 131 случае — тест ТТХ совпадает с люминесцентной микроскопией. Этот метод позволил увеличить выявляемость бактериовыделения на 2,5%.

В 90-х годах в нашей ЦБЛ успешно применялась методика определения бактериостатической активности крови у больных туберкулезом легких при лечении в условиях стационара препаратами I и II ряда. Бактериостатическая активность крови — способность крови больного, принявшего антибактериальные препараты, задерживать размножение МБТ. Показаниями для определения бактериостатической активности крови являются: отсутствие должного терапевтического эффекта в первые месяцы лечения, лекарственная устойчивость МБТ, непереносимость к противотуберкулезным препаратам.

При отсутствии роста МБТ в разведениях крови 1:32 и выше бактериостатическая активность расценивается как «высокая», то есть культура МБТ высокочувствительна к создающейся в крови концентрации туберкулостатиков. При средних и низких показателях бактериостатической активности крови необходимо проводить коррекцию лечения.

Повторное исследование бактериостатической активности крови проводится не ранее 7 дней после изменения тактики лечения.

В 2000 году в ЦБЛ диспансера разработан и внедрен метод выявления «скрытого» роста МБТ с использованием реактива Грисса. Принцип метода заключается в определении активности нитратредуктазы по количеству восстановленного нитрита из нитрата, что сопровождается цветной реакцией (ржаво-красный цвет) с индикатором (табл. 4).

Важное значение для определения тактики химиотерапии больных, контроля за эффективностью лечения, определения прогноза заболевания имеет определение спектра и степени устойчивости микобактерий к противотуберкулезным препаратам. Практически все методы основаны на культивировании микобактерий на плотные питательные среды, содержащие чистые субстанции основных противотуберкулезных препаратов в стандартных концентрациях. Этот метод считается «золотым стандартом» в диагностике туберкулеза и используется практически во всех противотуберкулезных учреждениях РФ. В нашем регионе традиционно используется определение лекарственной устойчивости методом абсолютных концентраций на среде Левенштейна-Йенсена. В большинстве случаев этот метод применяется для непрямого определения лекарственной устойчивости, то есть после выделения культуры микобактерий. Результаты обычно получают не ранее, чем через 2—2,5 месяца после

Таблица 4

Питательные среды	Количество посевов	МБТ(+)	В том числе подтверждено микроскопией по Циль-Нильсену на 14 день
среда Левенштейна-Йенсена контроль	320	-	-
среда Левенштейна-Йенсена + ОАДС + NaNO ₃ р-р Грисса	320	18%	6,5%

Таблица 5

Годы	Кол-во посевов	Стрептомицин 25 (%)	Изониазид 10 (%)	Этамбутол 5 (%)	Рифампицин 80 (%)
2007	284	17,2	4,9	5,2	4,5
2008	438	22,0	7,8	4,0	9,8

посева. При всех методах определения лекарственной устойчивости необходимым звеном в деятельности лаборатории является обеспечение контроля качества исследований.

Нами разработан не прямой ускоренный метод определения на 25—27 день лекарственной чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам. Частота обнаружения лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам по представленному методу соответствует среднестатистическим данным (табл. 5).

Преимуществами данного метода являются:

— более быстрое получение результатов исследования;

— одновременное исследование патологического материала на МБТ методом люминесцентной микроскопии и методом посева;

— возможность более ранней коррекции лечения больных туберкулезом и ускорение эффективного результата противотуберкулезной терапии.

Для сокращения времени культуральной диагностики туберкулеза в Ростовской области функционируют автоматизированные системы ВАСТЕС MGIT 960 (Bactec Discenson), позволяющая выявлять МБТ в диагностическом материале в течение 10—20 дней. Эта аппаратура была приобретена за счет средств областного бюджета в 2002—2003 годах. В основе методики лежит применение индикаторной пробирки MGIT 960, в дно которой встроены флуоресцентный кислородный датчик. Прибор предназначен для постоянного компьютерного мониторинга роста бактериальной популяции в обогащенной жидкой питательной среде. Микробная популяция при размножении поглощает кислород, что позволяет наблюдать более интенсивную флуоресценцию при использовании ультрафиолетового трансиллюминатора.

Использование автоматизированной системы ВАСТЕС MGIT 960 сокращает сроки выявления МБТ из патологического материала до 15,8 дней, то есть в 1,8 раза быстрее, чем на плотных питательных средах (Левенштейн-Йенсена — 28,3 дней).

Высеваемость на ВАСТЕС MGIT 960 составляет 34,6%, что на 4,9% выше, чем на плотной среде (Левенштейн-Йенсена — 29,7%).

Специалистами ЦБЛ проведено сравнительное исследование лекарственной чувствительности МБТ у больных на автоматизированной системе ВАСТЕС MGIT 960 с использованием стандартных наборов противотуберкулезных препаратов и разработанной ими схемы разведения противотуберкулезных препаратов производства ОАО «Биосинтез». Совпадение результатов исследования лекарственной чувствительности составило 98,3%.

И в опытах, и в контрольных группах срок получения результатов лекарственной чувствительности составил 8,2 дня. Разработанная схема разведения противотуберкулезных препаратов позволяет в короткие сроки получать достоверные результаты лекарственной чувствительности МБТ, намного более экономична по сравнению со стандартным набором и может быть рекомендована для практического применения в бактериологических лабораториях, работающих с автоматизированной системой ВАСТЕС.

Таким образом, получение сведений о лекарственной чувствительности возбудителя возможно уже к окончанию первого месяца лечения, что значительно лучше результатов культуральной диагностики на твердых средах. Однако высокая стоимость расходных материалов и реактивов ограничивает применение этого метода.

Настоящим прорывом в диагностике туберкулеза стало приобретение аппаратуры, работающей на уровне нанотехнологий. В рамках реализации федеральной целевой программы в ГУЗ «ПТКД РО» в 2008 году поступил и успешно внедряется лабораторный комплекс биочип-диагностики, который позволяет установить диагноз в течение суток и выбрать оптимальную медикаментозную схему лечения для конкретного больного. Это полимеразная цепная реакция для выявления МБТ и определения их лекарственной чувствительности на биологических микрочипах.

Эта технология не имеет аналогов по скорости и эффективности выявления лекарственно-устойчивых форм туберкулеза и идентификации их разновидностей. При этом образцы, не дающие ответа на вопрос об устойчивости МБТ к лекарственным препаратам, при наличии достаточного количества МБТ в анализируемом образце практически отсутствуют. Главным преимуществом биочип-технологии диагностики туберкулеза является высокая оперативность и надежность анализа, что позволяет:

1. Еще до начала курса химиотерапии определить стратегию лечения больного, подобрать оптимальный набор противотуберкулезных препаратов и условия лечения больного (отделение или палаты для больных с отсутствием или наличием бактериовыделения, либо отделение (или палата) для больных, выделяющих МЛУ МБТ).

2. Предотвратить индукцию лекарственной устойчивости МБТ и формирование хронических форм туберкулеза.

3. Осуществлять оперативный динамический контроль эффективности лечения больного и коррекцию режима химиотерапии в зависимости от лекарственной чувствительности возбудителя.

Таблица 6

Всего исследований	ДНК(+)			ДНК(-)
	моча	мокрота	прочее	
212		135 (63,7%)		77 (36,3%)
	39 (18,4%)	78 (36,8%)	18 (8,5%)	

Сравнение бактериологических методов и метода полимеразной цепной реакции выявило большую чувствительность последнего при диагностике внелегочного туберкулеза (14,7% и 80,6% соответственно). Были обследованы 53 человека с подозрением на туберкулез внелегочной локализации. Использовался клинический материал из цервикального канала, свищевое отделяемое, менструальная кровь, утренняя порция мочи, венозная кровь. Наибольшее количество положительных результатов обнаружено при исследовании утренней порции мочи и отделяемого цервикального канала, особенно на фоне провокационной туберкулиновой пробы (табл. 6).

Полученный опыт использования биочипдиагностики в практике лечения туберкулеза показывает высокую эффективность метода, крайнюю актуальность и необходимость его распространения в медицинских учреждениях. Быстрому и качественному его внедрению будет способствовать пропаганда его показателей среди подразделений и учреждений Минздрава, анализ и обобщение положительного опыта его использования в действующих центрах, стимулирование его внедрения и освоения в региональных противотуберкулезных учреждениях.

В настоящее время бактериологическая служба противотуберкулезных учреждений Ростовской области включает ЦБЛ, 13 бактериологических лабораторий и 8 посевных бактериологических пунктов, проводящих достаточное количество микробиологических исследований на туберкулез, соответствующее потребностям противотуберкулезной службы по объемам и качеству.

Структура и функции подразделений ГУЗ «ПТКД РО»

II уровень — ЦБЛ ГУЗ «ПТКД РО»; Бактериологические лаборатории противотуберкулезных учреждений РО:

- оценка качества, отбор и регистрация образцов пригодного для исследования диагностического материала;
- предварительная обработка материала;
- посев на стандартные питательные среды, инкубация;
- еженедельный просмотр посевов;
- приготовление, окраска и микроскопия мазков из осадка;
- выделение чистых культур микобактерий;
- определение лекарственной устойчивости выделенных в лаборатории и полученных из бактериологических пунктов культур микобактерий:

в лабораториях районных и городских противотуберкулезных учреждений — к препаратам основного ряда;

в лабораториях областных, краевых, окружных и республиканских противотуберкулезных учреждений — к препаратам основного и резервного ряда;

- дифференциация микобактерий комплекса *M.tuberculosis*;
- передача культур нетуберкулезных микобактерий для идентификации в бактериологические лаборатории III-го или IV-го уровней;
- внутрилабораторный контроль и обеспечение качества выполняемых лабораторных исследований;
- участие в Федеральной системе внешней оценки качества клинических лабораторных исследований;
- курация и участие в контроле работы клиничко-диагностических лабораторий ОЛС бактериологических лабораторий I-го уровня, включенных в зону их курации;
- подготовка кадров для бактериологических лабораторий I-го уровня и клиничко-диагностических лабораторий ОЛС;
- организационно-методическая работа;
- предоставление ежегодных статистических отчетов;
- полицейской (персонифицированный) учет обследуемых больных;
- использование альтернативных методов исследования: автоматизированная система ВАСТЕС MGIT-960, полимеразная цепная реакция и биочипдиагностика (только в ЦБЛ);
- идентификация неспецифической микрофлоры у обследуемых больных.

I уровень — Посевные бактериологические пункты:

- оценка качества, отбор и регистрация образцов пригодного для исследования диагностического материала;
- предварительная обработка материала;
- посев осадка диагностического материала на стандартные питательные среды, инкубация;
- еженедельный просмотр посевов;
- приготовление, окраска и микроскопия мазков из осадка;
- передача выделенных культур кислотоустойчивых микобактерий для дальнейших исследований в курирующую микробиологическую лабораторию;
- соблюдение техники безопасности при выполнении лабораторных процедур и обеспечение персонала индивидуальными средствами защиты;
- внутрилабораторный контроль и обеспечение качества выполняемых исследований;
- участие в Федеральной системе внешней оценки качества клинических лабораторных исследований;
- предоставление годовых статистических отчетов в курирующую лабораторию;
- предоставление списков выявленных больных для полицейского учета.



ГУП «МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ДЕЗИНФЕКЦИИ»

129337, г. Москва, Ярославское шоссе, 9

ПРОИЗВОДИТ И РЕАЛИЗУЕТ:

1. Средства бактериологического контроля работы стерилизаторов и дезинфекционных камер:
Индикаторы биологические



БИК-ИЛЦ

Контроль эффективности стерилизации:

- паровой
- воздушной
- газовой
(оксид этилена, формальдегид)

2. Средства контроля качества дезинфекционных средств и предстерилизационной очистки:



БИК ДК-01-ИЛЦ.

Контроль работы дезинфекционных камер:

- паровых
- паровоздушных

«АЗОПИРАМ» — комплект реактивов для контроля качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения

«ФЕНОЛФТАЛЕИН» — реактив для определения остаточного содержания моющих веществ

Реактивные бумаги:

«МИЛЛИХЛОР» — для контроля содержания активного хлора в нейтральном аналите в интервале 0,01-0,06%

«ПЕРОКСИД-ТЕСТ» — для контроля содержания перекиси водорода в интервале 1-6%

«ХЛОР-ТЕСТ» — для контроля содержания активного хлора в растворах хлорамина в интервале 0,5-5%

ПОЛУЧИТЬ КОНСУЛЬТАЦИИ МОЖНО ПО ТЕЛЕФОНАМ:

(499) 183-48-74, (499) 188-78-26 (индикаторы биологические)

(499) 188-99-00 (контроль качества дезсредств)

Оформить заказ можно по тел./факсу: (499) 183-50-38

e-mail: ilc-mgcd@mail.ru, ds08@mgcd.ru

Лонгидаза®

оригинальный ферментный препарат, конъюгат гидролитического фермента Гиалуронидаза с высокомолекулярным носителем Полиоксидонием

лечение заболеваний, сопровождающихся гиперплазией соединительной ткани

- Высокая ферментативная активность
- Выраженные противофиброзные, противовоспалительные свойства
- Устойчивость к действию ингибиторов
- Хорошая переносимость
- Высокий уровень безопасности
- Пролонгированное действие
- Возможность назначения в острую фазу воспаления

Доказанная клиническая эффективность в лечении:

- Трубно-перитонеального бесплодия
- Хронического простатита
- Спаечных процессов в малом тазу
- Коррекции косметических дефектов (келоидные, гипертрофические рубцы)
- Лечения рубцовых изменений при угревой болезни
- Ограниченной склеродермии



Горячая линия (495) 410-6634



ПРЕПАРАТЫ БУДУЩЕГО УЖЕ СЕГОДНЯ

Группа Компаний "Петровакс" 117587, г. Москва, ул. Днепропетровская, д. 2
тел./факс: (495) 984-2753/54 e-mail: npo@petrovax.ru www.petrovax.ru

www.longidaza.ru

азоксимера бромид

ПОЛИОКСИДОНИЙ®

ИММУНОМОДУЛЯТОР • ДЕТОКСИКАНТ • АНТИОКСИДАНТ

Входит в схемы лечения острых и хронических инфекционных заболеваний:
● бактериальной ● вирусной ● грибковой этиологии

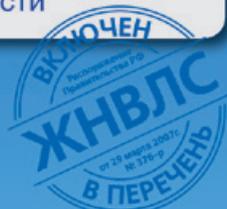
Назначается в процессе и после химио- и лучевой терапии онкологических больных

Используется для профилактики гриппа и ОРВИ

Совместим практически с любым курсом лечения

Применяется с 6-ти месяцев

сочетание доказанной клинической эффективности и высокого профиля безопасности



В основе клинической эффективности Полиоксидония® лежат его уникальные физико-химические и биологические свойства. Это высокомолекулярное соединение, в составе которого имеется большое количество активных групп. В силу этого Полиоксидоний® обладает не только иммуномодулирующими, но и мощными антитоксическими и антиоксидантными свойствами.

РЕКЛАМА

Отечественный препарат «Лонгидаза 3000 МЕ» в восстановительном лечении больных остеоартрозом коленных суставов

Ходарев С. В., д.м.н., заслуженный врач РФ, главный врач ГУЗ «ЦВМиР №1» РО; Прядко О. И., зав. отд. физиотерапии и медицинского массажа; Казакова О. В., врач-физиотерапевт; ГУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации №1» Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

Остеоартроз (ОА) занимает лидирующее положение среди болезней опорно-двигательного аппарата. Постоянный рост заболеваемости и повсеместная распространенность (6% всей популяции и 14% в возрастной группе старше 45 лет) оказывают значительную медико-социальную нагрузку на общество, приводя к ранней инвалидизации пациентов и ухудшению качества их жизни. Поэтому лечение и реабилитация больных ОА является важной задачей здравоохранения. Одним из перспективных методов лечения ОА по-прежнему является использование ультразвука (УЗ). Ультразвуковые воздействия, повышая проницаемость эпидермального барьера, способствуют более глубокому проникновению лекарственного препарата в эпидермис и верхние слои дермы через выводные протоки сальных желез. Они достаточно легко диффундируют в интерстиций и проходят через поры эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов.

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности и переносимости сочетанного применения отечественного оригинального препарата «Лонгидаза 3000 МЕ» (НПО «Петровакс Фарм», Россия) и УЗ при лечении ОА коленных суставов. В исследование были включены 47 пациентов обоего пола в возрасте 40–60 лет с ОА коленных суставов II стадии (по классификации Kellgren-Lawrence) и давностью заболевания до 5 лет, которые были разделены на две группы — основную и контрольную, сопоставимые по проявлениям клинической картины заболевания.

Пациенты основной группы (25 человек) получали препарат «Лонгидаза 3000 МЕ» в сочетании с УЗ-терапией. Использовался аппарат УЗТ-1.07 Ф, генерирующий УЗ-колебания с номинальной частотой 0,88 МГц. Сухое вещество препарата «Лонгидаза 3000 МЕ» разводили непосредственно перед процедурой в 5 мл геля для УЗ-воздействия и наносили на кожу пациента в области воздействия (в проекции суставной щели и параартикулярных областях коленного сустава) по лабильной, контактной методике в непрерывном режиме с интенсивностью 0,7 Вт на 1 см² излучателем площадью 4 см². Общая продолжительность процедуры составляла 15 минут, курс лечения — 10 ежедневных процедур.

Пациентам контрольной группы (22 человека) проводили УЗ-терапию по той же методике с использованием геля для УЗ-воздействия.

Все 47 больных были консультированы ревматологом с целью исключения артрозоартрита ревматоидного происхождения. Использовалось стандартное медикаментозное лечение: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) — диклофенак или ибупрофен пе-

рорально; препараты, модифицирующие структуру хряща (глюкозамина сульфат в/м или хондроитина сульфат перорально).

До и после лечения все пациенты проходили общеклиническое и параклиническое обследование:

- оценивалась динамика местного процесса в пораженных суставах;
- боль в суставе определялась при пальпации, в покое и при движении (по визуальной аналоговой шкале);
- функциональное состояние артрологического статуса оценивалось по суммарному алгофункциональному индексу Лекена;
- проводилось рентгенологическое исследование суставов;
- учитывалась оценка больным своего общего состояния после лечения и характеризовалась динамика клинических признаков (амплитуда движения в коленных суставах; зоны болезненности) в сравнении с объективными данными до лечения;
- производилась оценка качества жизни по шкале SF-36 одновременно по нескольким критериям: физическое функционирование; ролевое физическое функционирование; общее здоровье; жизнеспособность; социальная активность; ролевое эмоциональное функционирование; психическое здоровье.

Полученные данные обрабатывали с использованием программного обеспечения StatSoft Statistica 6.0 методами параметрического и непараметрического анализов. Для определения достоверности различий попарно сравниваемых величин применяли t-критерий Стьюдента. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

В процессе наблюдения все пациенты основной группы (100%) указывали на хорошую переносимость сочетанного применения препарата «Лонгидаза 3000 МЕ» и УЗ. В контрольной группе в двух случаях (11,1%) возникло обострение процесса на 3 и 4 сутки воздействия УЗ, однако эти нежелательные эффекты исчезли к окончанию курса физиолечения.

Главным критерием оценки эффективности лечения был суммарный алгофункциональный индекс Лекена, включающий следующие параметры:

- боль в течение ночи (0 — нет, 1 — только при движении, 2 — без движения);
- боль при ходьбе (0 — нет, 1 — при прохождении определенного расстояния, 2 — в начале движения);
- боль в положении сидя после 2 часов (0 — нет, 1 — да);

- утренняя скованность (0 — нет, 1 — меньше 15 мин., 2 — больше 15 мин.);
- усиление боли в положении стоя в течение 30 мин. (0 — нет, 1 — да);
- ограничение дистанции ходьбы (0 — нет, 1 — больше 1 км, но трудно, 2 — 1 км, 3 — 500—900 м, 4 — 300—500 м, 5 — 100—300 м, 6 — меньше 100 м).

Результаты сравнения этого показателя до и после проведенного физиолечения показали, что в основной группе суммарный алгофункциональный индекс Лекена снизился с $6,56 \pm 0,98$ баллов до $2,52 \pm 0,22$ баллов ($p < 0,05$), то есть на 61,6%. В контрольной группе уменьшение суммарного алгофункционального индекса Лекена произошло всего на 28,8% — с $4,95 \pm 0,84$ баллов до $3,52 \pm 0,28$ баллов ($p < 0,05$).

В основной группе при оценке амплитуды движений в коленных суставах констатировано увеличение объема движений в 96,0%. При этом у 36,0% пациентов данной группы отмечено исчезновение зон болезненности, а в 60,0% случаев пальпация триггерных зон показала заметное их уменьшение. Лишь у одного пациента не отмечено клинических изменений.

В контрольной группе увеличение амплитуды движений отмечено в 77,3% случаев, а полное исчезновение зон болезненности — у 18,2% больных. В 54,6% наблюдений отмечено уменьшение триггерных зон. Вместе с тем, в данной группе относительно высока доля пациентов с отсутствием клинических изменений после проведенного курса лечения: объем движений в суставах не изменился у 22,7% больных; зоны болезненности остались прежними у 27,2% больных.

Объективное клиническое состояние пациентов после лечения оценивалось по изменению амплитуды движений в суставе и изменению зоны болезненности. Использовалась следующая шкала балльных оценок:

- амплитуда движений в суставе увеличилась — 2 балла, не изменилась — 1 балл, уменьшилась — 0 баллов;
- зоны болезненности отсутствуют — 2 балла, зоны болезненности уменьшились — 1 балл, без динамики — 0 баллов.

При максимально возможном результате клинического улучшения (по упомянутым объективным признакам), оцениваемом в 4 балла, средний суммарный индекс составил в основной группе $3,28 \pm 0,39$ балла, в контрольной группе — $2,68 \pm 0,32$ балла; $p < 0,05$. Из этого следует, что клиническая эффективность проведенного лечения больных, получавших препарат «Лонгидаза 3000 МЕ» в сочетании с УЗ на 22,3% выше, чем клинический результат лечения больных, получавших только УЗ-воздействие.

Таким образом, на основании полученных данных можно утверждать о достоверном влиянии сочетанного применения препарата «Лонгидаза 3000 МЕ» и УЗ на различные показатели боли у пациентов с ОА, а также о сохранении и улучшении функционального состояния суставов при лечении с применением этого препарата.

Общая оценка эффективности лечения определялась следующим образом:

- значительное улучшение — полный регресс клинической симптоматики, полное восстановление объема движений в коленных суставах, купирование воспалительного процесса при сопутствующем синовите;

- улучшение — уменьшение клинических проявлений ОА, увеличение объема движений в коленных суставах, снижение выраженности воспалительного процесса;

- без эффекта — отсутствие заметного купирования клинических проявлений заболевания;

- ухудшение — отрицательная динамика или дальнейшее прогрессирование процесса.

Оценки, данные больным и врачом, практически не различались. В основной группе заметное улучшение достигнуто у 52,0% больных, улучшение — у 44,0%, отсутствие эффекта констатировано в 1 случае (4,0%). В контрольной группе заметное улучшение отмечено только у 13,6% больных, улучшение — у 59,2%, а отсутствие эффекта — у 27,2% пациентов.

Во всех случаях переносимость препарата «Лонгидаза 3000 МЕ» оценена пациентами основной группы как «очень хорошая», за все время наблюдения ни один из пациентов не отмечал дискомфортных ощущений и нежелательных эффектов во время проведения физиопроцедур.

Завершая обсуждение результатов исследования, напомним, что деформирующий артроз крупных суставов в клинической практике принято разделять по этиологическому признаку на посттравматический, поствоспалительный, метаболический, диспластический и первичный (идиопатический), причиной которого считают дефект гена коллагена II типа. Общими во всех случаях являются: хроническое прогрессирующее течение заболевания, дегенерация суставного хряща, структурные нарушения субхондральной кости и вторичное воспаление синовиальной оболочки. Воспаление — закономерное патогенетическое звено в развитии ОА, определяющее клинические проявления заболевания. В связи с этим одной из главных задач консервативного лечения ОА можно считать борьбу с воспалением. Основным медикаментозным средством при лечении этой патологии являются НПВП. Однако применение препаратов данной группы, при их несомненной клинической эффективности, имеет свои ограничения. Это связано с тем, что даже кратковременный прием НПВП в небольших дозах может приводить к развитию неблагоприятных побочных явлений, которые встречаются примерно у 25% больных, а в 5% случаев могут представлять серьезную угрозу для жизни. Поэтому в последние годы интенсивно ведется поиск безопасных лекарственных препаратов для лечения ОА.

Развитие фармакотерапии в современных условиях предусматривает создание новых высокоэффективных поликомпонентных препаратов, обладающих широким спектром противовоспалительного, мембранопротекторного, антиоксидантного действия. В этом плане представляет интерес разработка комплексных ферментативно-иммунных препаратов, обладающих системным действием. Достижением в этом направлении является создание коллективом российских ученых под руководством профессора А. В. Некрасова инновационного, не имеющего аналогов в мире фармпрепарата

«Лонгидаза». «Лонгидаза» представляет собой конъюгат высокоочищенного фермента гиалуронидазы и высокомолекулярного иммуномодулятора «Полиоксидоний». Уникальность химического строения препарата «Лонгидаза» дала возможность сочетать все свойства ферментативной активности гиалуронидазы и противовоспалительно-го и иммунокорректирующего действия препарата «Полиоксидоний» в одном фармпрепарате. Кроме того, в этом фармакологическом комплексе «Полиоксидоний» рассматривается как эффективный стабилизатор, способствующий сохранению нативной структуры и активности фермента, то есть пролонгированию действия фермента в организме. Сравнительное изучение стабильности исходной гиалуронидазы (лидазы) и препарата «Лонгидаза»

показало, что ферментативная активность «Лонгидазы» сохраняется при 37°C в течение 20 суток, в то время как полная денатурация лидазы в этих же условиях происходит в течение 24 часов.

Вышеизложенное определяет высокую востребованность инновационного препарата «Лонгидаза» высокотехнологичной медициной XXI века, в том числе — в фармако-физиотерапевтических методах реабилитологии. С уверенностью можно считать, что появление российского препарата «Лонгидаза» в арсенале современного врача знаменует качественный прорыв в области коррекции гиперпластических процессов и открывает новые возможности фармакотерапии во многих направлениях клинической и восстановительной медицины.

Эхографическое исследование поджелудочной железы

Бесолов В. М., главный врач Республиканского центра медицинской профилактики МЗ РСО-Алания; Дзугоева М. Ю., зам. главного врача РЦМП, зав. каб. ультразвуковой диагностики, г. Владикавказ

Поджелудочная железа (pancreas) — железа пищеварительной системы, вырабатывающая панкреатический сок и обладающая одновременно эндокринной функцией. Расположена в верхнем отделе живота, в забрюшинном пространстве на уровне I-II поясничных позвонков. Имеет форму уплощенного тяжа, в котором различают головку, тело и хвост. Длина поджелудочной железы составляет 14—23 см, масса — 60—115 г.

Диагностика заболеваний поджелудочной железы представляет довольно сложную задачу. Методы исследования поджелудочной железы включают опрос и осмотр больного, лабораторные, рентгенологические и инструментальные методы.

Из инструментальных методов исследования наиболее широко применяются бесконтрастная рентгенография и дуоденография. В диагностически сложных случаях проводят компьютерную томографию, ангиографию, ретроградную панкреатохолангиографию.

В последние десятилетия для диагностики различных патологических состояний поджелудочной железы все шире применяют эхографию. Это обусловлено высокой информативностью и безопасностью метода, его необременительностью для больного, относительной простотой и быстротой исследований, отсутствием лучевой нагрузки, более низкой себестоимостью по сравнению с другими методами диагностики.

Для исследования железы используется как двухмерное (2D) УЗИ, самое распространенное, так и трехмерное (3D), которое существует около 10 лет и позволяет увидеть исследуемый орган объемно. Чаще такое исследование используют для уточнения уже поставленного диагноза. К недостаткам эхографии следует отнести значительные трудности или даже невозможность визуализации поджелудочной железы при резко выраженном метеоризме.

УЗИ поджелудочной железы осуществляют утром натощак. С целью уменьшения газов в кишечнике

за 1—2 дня до обследования рекомендуется прием пищи, не вызывающей вздутия кишечника. Однако у некоторых больных поджелудочная железа достаточно четко определяется и без специальной подготовки.

Поскольку поджелудочная железа лучше выявляется при сканировании через печень, обследование осуществляли при задержке дыхания в фазе глубокого вдоха. Обычно первоначально производили поперечное, затем — продольное сканирование.

В норме при задержке дыхания в фазе глубокого вдоха головка поджелудочной железы располагается непосредственно под правой долей печени, а тело и хвост — под левой долей печени и желудком. Хвост поджелудочной железы оканчивается в области ворот селезенки или доходит до верхнего полюса левой почки.

Спереди и снаружи к головке поджелудочной железы непосредственно примыкает двенадцатиперстная кишка. Справа, несколько выше и впереди от головки поджелудочной железы располагается желчный пузырь. Сзади головка поджелудочной железы почти примыкает к нижней полой вене. Влево и впереди от нее определяется верхняя брыжеечная вена. Ее диаметр меньше, чем нижней полой вены.

Селезеночная вена является основным ориентиром при выявлении тела поджелудочной железы. Между селезеночной веной и аортой в норме выявляется верхняя брыжеечная артерия. В большинстве наблюдений в месте расположения брыжеечной артерии поджелудочная железа наиболее близко подходит к передней поверхности брюшной стенки.

В наших наблюдениях при использовании эхографии визуализация поджелудочной железы оказалась успешной почти у всех пациентов. Так, при обследовании, производимом со стороны передней брюшной стенки, четкое изображение тела поджелудочной железы удалось получить у 146 из 150 обследованных, головки — у 144 и хвоста — у 126. Наряду с этим, у 21 обследованного хвост

поджелудочной железы был четко визуализирован в области верхнего полюса левой почки при продольном сканировании, осуществляемом со стороны спины.

В процессе исследований установлено, что во всех наблюдениях толщина головки превышала размеры тела и хвоста поджелудочной железы, в то же время размеры тела и хвоста поджелудочной железы были приблизительно равными. Толщина головки поджелудочной железы, то есть ее переднезадний размер, колебалась в пределах 22—30 мм (в основном, 23—26 мм), тела — 12—20 мм (в основном, 14—17 мм). Ширина тела поджелудочной железы приблизительно в 1,5 раза превышала ее толщину.

Форма железы может быть различной. Головка поджелудочной железы при поперечном сканировании в основном бывает овальной, реже — округлой формы. Правый ее конец изогнут книзу и образует крючковидный отросток. Тело и хвост в основном определяются как образования цилиндрической формы приблизительно одинаковой толщины. На продольных сканограммах железа обычно изображается как образование овальной или (значительно реже) призматической формы.

При визуализации поджелудочная железа по своей эхогенности приближается к таковой внутренней структуры печени либо превосходит ее. Паренхима поджелудочной железы в большинстве наблюдений представляется гомогенной, однако в некоторых случаях она может быть мелкозернистого характера.

Применение эхографии позволяет получать ценную информацию о различных патологических состояниях поджелудочной железы.

Важное значение этот метод имеет при диагностике острого панкреатита, выявленного у 16 человек из 150, то есть у 10,7% людей из числа обследуемых. Различают тотальное или локальное вовлечение в патологический процесс поджелудочной железы. При тотальном поражении вся поджелудочная железа увеличена в размерах, иногда в 3—4 раза выше нормы. Контуры железы при остром панкреатите обычно нечеткие, неровные. Эхогенность железы из-за отека снижается, а структура становится неоднородной. Форма железы при этом сохраняется.

Выявление в ткани увеличенной поджелудочной железы эхогенных образований малой плотности может свидетельствовать о ее некрозе — у 0,7% (у одного больного из обследуемой группы). Возникновение таких образований нередко предшествует появлению кист поджелудочной железы. Железа резко увеличивается в размерах, становится бесформенной с размытыми, нечеткими контурами. Структура железы неоднородна за счет чередования участков сохраненной железистой ткани с очагами некроза и кровоизлияний. Иногда при неблагоприятном течении на 4—5 неделе болезни в полостях деструкции образуются секвестры и газ, что свидетельствует об абсцедировании. Если же процесс поддается лечению, то на месте жидкостных структур обычно развиваются псевдокисты, а в ткани железы — фиброз и кальцинаты по ходу панкреатических протоков. Фиброматоз поджелудочной железы визуализируется в 28% случаев (42 человека из 150 обследуемых).

Кисты поджелудочной железы бывают как врожденными, так и приобретенными. Врожденные кисты

сочетаются с кистами других органов (печени, почек). Ретенционные кисты развиваются при наличии в протоках железы препятствия, возникающего главным образом в результате воспалительных изменений и фиброза. Псевдокисты (ложные кисты) встречаются наиболее часто. Собственной оболочки у них нет, стенкой служат окружающие ткани. Псевдокисты образуются вследствие распада тканей при панкреонекрозе или в результате кровоизлияния в пораженную железу. Наиболее частой причиной образования псевдокист является панкреатит.

Опыт применения эхографии свидетельствует, что в ряде случаев киста тела поджелудочной железы может быть ошибочно принята за наполненный жидкостью желудок — 2,7% (4 человека из 150). Для дифференциации этих жидкостных образований желудок наполняли водой, в этом случае выявление двух эхонегативных образований (наполненный желудок и киста поджелудочной железы) говорило о наличии кисты.

Точность диагностики кист поджелудочной железы, по нашим данным, составляет 94%. Минимальный размер кисты, расположенной в головке и теле поджелудочной железы, который был установлен, составил 5—8 мм, при расположении в хвосте — 10—12 мм.

Эхографическая диагностика хронического панкреатита представляет значительные трудности. Как правило, хронический панкреатит связан с перенесенным в прошлом острым панкреатитом, поэтому его основными признаками являются псевдокисты и кальцинаты по ходу главного панкреатического протока 30,2% (49 больных из 150). Железа становится гиперэхогенной, структура ее диффузно неоднородна. Длительное течение хронического панкреатита ведет к уменьшению размеров поджелудочной железы, ее контур становится нечетким, неровным, паренхима — более эхогенной. В ткани железы определяются участки повышенной акустической плотности, появление которых обусловлено фиброзом ее паренхимы, микро- или макрокальцинозом.

Жировая инфильтрация поджелудочной железы очень часто наблюдается у лиц гиперстенического типа. Паренхима железы в этом случае однородная, мелкозернистая. Эхогенность ее повышена, размеры не увеличены, контуры ровные, гладкие. Липоматоз pancreas визуализировался у 85% тучных людей.

Ценную помощь может оказать эхография и в диагностике опухолей поджелудочной железы. Из 150 обследованных нами была выявлена опухоль у одного больного (0,7%). К наиболее характерным признакам опухоли следует отнести увеличение какой-либо части поджелудочной железы, наличие в ткани железы гипоехогенного объемного образования с неровными контурами, расширение главного панкреатического протока проксимальнее объемного образования, нечеткость и неровность контура железы, инфильтрацию ретропанкреатической клетчатки, нечеткость стенок ретропанкреатических сосудов.

В заключение необходимо отметить, что ультразвуковая эхография является относительно простым, безопасным и информативным методом исследования, использование которого оказывает существенную помощь в диагностике различных заболеваний поджелудочной железы.

О существенных преимуществах информационной системы «ДЛО для всех»

Куделя С. В., к.т.н.; Курбесов А. В., к.э.н.; Чередниченко А. Н.;
ООО «Электронная медицина», г. Ростов-на-Дону

Спустя четыре года после запуска программы дополнительного лекарственного обеспечения можно с уверенностью сказать, что требования к информационной системе, обеспечивающей работу программы, окончательно сформировались. Если на первых этапах работы ставилась задача простого учета отпущенных рецептов, то сейчас — это сложный механизм с многочисленными звеньями и участниками.

Информационная система «ДЛО для всех», разработанная компанией ООО «Электронная медицина»:

- состоит не только из модулей для аптечного учреждения (АУ), лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), центра обработки данных (ЦОД), регионального склада (РАС), но и включает в себя программное обеспечение для министерства здравоохранения (МЗ) по ведению и распространению региональной справочной информации, проведению экспертизы, формированию заявки, отчетных форм и выгрузок, требуемых вышестоящими организациями;
- программа заявки и формируемые ею данные активно используются МЗ — для формирования заявки и тендерной документации; РАС — для распределения ЛС; ЛПУ — для контроля допустимой выписки; ЦОД и АУ — для контроля превышения ошибочного отпуска по конкретным аукционам;
- в ЛПУ позволяет отслеживать выписку в рамках заявленного количества, показывает текущие остатки в АУ;
- гибкая, эффективная система исправления и отслеживания отклоненных от оплаты рецептов в АУ, ЦОД, МЗ;
- надежная, документально подтверждаемая система информационного обмена;
- небольшой объем интернет-трафика;
- высокая отказоустойчивость — система функционирует без наличия каналов связи, позволяет быстро восстанавливать данные в случае их разрушения;
- имеет возможности учитывать все рецепты ЛПУ и АУ, в том числе по «высокозатратным» нозологиям и муниципальной льготе;
- не требовательна к компьютерной технике и показывает высокое быстродействие на любых компьютерах;
- наличие защищенного веб-портала, содержащего актуальную справочную информацию о выписанных и отпущенных рецептах на ЛС и ее сводный анализ;
- существенная экономия на лицензировании базового программного обеспечения, так как используются условно-бесплатные программные продукты;
- низкая стоимость поставляемых решений и программно-технического сопровождения;
- может поставляться как часть программного комплекса автоматизации всех процессов ЛПУ (регистрация, приемник, история болезни, стационар, поликлиника, статистика, экономика, и другие)

ООО «Электронная медицина» имеет более 15 лет опыта работы с лечебно-профилактическими и аптечными учреждениями, десятки решений, которые успешно используются в сотнях учреждений. В программе ДЛО и ОНЛС компания участвует с момента начала ее работы. До этого компания также обеспечивала учет льготных рецептов на территории Ростовской области. В настоящий момент ООО «Электронная медицина» работает в нескольких территориях как информационный партнер, обеспечивающий работу программы ОНЛС.



ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА
информационные технологии для медицинских учреждений

Ростов-на-Дону, пр Соколова 52, оф 218 т. (863)291-03-43 www.elmed.ic.ru

ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА

Организация оказания скорой гинекологической помощи в больнице №8 г. Ростова-на-Дону

Дрозд А. А., главный врач МЛПУЗ «ГБ №8»; Бердичевская Л. Г., зав. I гинекологическим отделением; МЛПУЗ «Городская больница №8», г. Ростов-на-Дону

Проблема оказания скорой гинекологической помощи в Ростове-на-Дону существует много лет и пока не решается в полном объеме. Основными отделениями, оказывающими urgentную помощь, являются гинекологическое отделение больницы скорой медицинской помощи №2 и первое гинекологическое отделение МЛПУЗ «ГБ №8». Гинекологическое отделение БСМП пользуется всеми возможностями круглосуточного urgentного стационара с объемной диагностической базой, реанимационным отделением, возможностью консультирования больных специалистами других профилей.

Первое гинекологическое отделение МЛПУЗ «ГБ №8» располагается в центре города, изолированно от смежных отделений (урология, хирургия и других), оказывает скорую гинекологическую помощь 5 суток в неделю женщинам 5 районов города, а при необходимости — всем в ней нуждающимся. В течение года в отделении проходят лечение более 4000 пациенток.

Организовано отделение было более 30 лет назад, расположено в старинном здании, плохо приспособленном к специфике работы и требующем капитального ремонта. Отделение рассчитано на 100 коек, в палатах размещаются по 10—12 больных, что абсолютно не соответствует современным стандартам. Операционный блок находится на 2 этаже здания. В связи с отсутствием лифта носилочных больных на руках поднимает дежурная бригада медиков (состоящая в основном из женщин), иногда — с помощью родственников. И, конечно, в ночное время суток нет возможности проведения обследований в полном объеме и консультирования со смежными специалистами — иногда проблема консультаций решается только с помощью сотрудников. Бывают ситуации, когда во время операции выявляется необходимость привлечения врачей из других лечебных учреждений — урологов, хирургов и других, что невероятно осложняет организацию экстренной медицинской помощи.

Считаем необходимым перепрофилирование 25—30 гинекологических коек на экстренные урологические койки, что ускорит оказание экстренной урологической помощи пациентам, проживающим в центральных районах города, где проезд очень затруднен. Совместная работа врачей — гинекологов и урологов позволит не только ускорить и усовершенствовать помощь скоропомощным гинекологическим пациентам, но и внедрить новые оперативные методы для плановой работы.

Несмотря на имеющиеся проблемы, администрация больницы стремится оптимально организовать работу отделения, предоставить больным современные методы диагностики и лечения, достаточное количество медикаментов, постельного белья, полноценное питание. По возможности проводится текущий ремонт, но разукрупнение палат требует капитальной реконструкции и пока неосуществимо.

Помимо лабораторной службы, способной круглосуточно проводить клинико-биохимические анализы, подготовлены специалисты для проведения ультразвуковых исследований, имеется два УЗ-аппарата. Терапевтические и хирургические (в том числе — эндоскопическим доступом) методы лечения осуществляются в любое время суток благодаря правильно организованной работе операционных, медицинских кабинетов, сотрудников клинических и параклинических подразделений.

Вообще urgentная гинекологическая служба, как и любое скоропомощное отделение, имеет две основные проблемы — условия оказания помощи и профессионализм медицинских кадров.

Достаточно сложно, но возможно создать команду медиков (акушеры-гинекологи, анестезиологи, медсестры, анестезистки, лаборанты, санитарки), которая сможет в минимально короткие сроки оказать максимально возможную помощь. Условием качественного лечения является, во-первых, профессионализм членов команды. Специфика работы осваивается на рабочем месте, шлифуется на курсах и факультетах повышения квалификации, посредством участия в семинарах, конференциях, телемостах, съездах акушеров-гинекологов. И, безусловно, при регулярном анализе ведения сложных, нетипичных больных, что требует серьезной теоретической и практической подготовки.

Как правило, отсеив сотрудников происходит в первые годы работы. Не каждый в состоянии выдержать ритм и неравномерность нагрузки, ночные смены, порой — необычный, запущенный контингент больных, необходимость экстренного принятия решения. Сотрудники, проработавшие в экстренном отделении более 5 лет, являются серьезными, грамотными специалистами в акушерстве и гинекологии.

Хотя отделение и называется гинекологическим, но работают в нем акушеры-гинекологи, так как более 60% пациентов отделения в диагнозе имеют слово «беременность». Женщины поступают в отделение для сохранения беременности, а также с различными видами абортов — самопроизвольный, неустановленной этиологии, криминальный, с осложнениями абортов, с осложнениями послеродового периода. Этот контингент больных с длительными сроками пребывания в стационаре нуждается в комфортных условиях и адекватной медикаментозной терапии. Но при создании перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения, обязательных для нахождения в стационаре (Приказ от 18.03.2009 №300/06.138), были упущены прогестерон и его производные, без которых сохранение беременности малых сроков невозможно. Это требует от администрации больницы дополнительных усилий по медикаментозному обеспечению этой группы больных.

До перехода акушеров-гинекологов России на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения и мертворождения, прием беременных в гинекологический стационар осуществляется до 28 недель. В конце второго триместра беременности при неэффективности проводимой сохраняющей терапии возможно рождение живых, экстремально маловесных детей. Данная ситуация требует дополнительного оснащения отделения: ультразвуковая аппаратура эксперт-класса, фетальный кардиомонитор, кювез для недоношенных новорожденных. Также необходимо обучение анестезиологов навыкам реанимации недоношенных детей до прибытия детской реанимационной бригады.

Большой объем скоропомощной работы требует строгого учета и рационального использования медикаментозных препаратов. Благодаря помощи РОФОМСа на базе городской больницы №8 создается компьютеризованный персонифицированный учет лекарственных средств в реальном времени, что несомненно повысит качество оказания медицинской помощи.

Изложенные выше проблемы — наиболее актуальны, их решение позволит совершенствовать оказание urgentной гинекологической помощи женщинам нашего города.

Комплаенс как важнейший показатель эффективности терапии психических расстройств

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

Несмотря на то, что медицина всегда считалась консервативной наукой, в ней существует много мифов. Мифы живучи. Они передаются из поколения в поколение, от старших к младшим, от врачей к пациентам и наоборот. Особенно много мифов окружает психические расстройства. Именно иррациональный взгляд на многие проблемы психических больных и психиатрию в целом является главной причиной стигматизации этой отрасли медицины и дискриминирует как пациентов, так и врачей-психиатров.

Но начинается все с псевдонаучных заключений: «все болезни от нервов (стрессов)», «нервные клетки не восстанавливаются», «психозы не лечатся» и т. п. Известные десятилетиями факты достоверно опровергают эти мифы, однако сформированная предвзятость живет самостоятельной жизнью. Именно она на осознаваемом либо подсознательном уровне лежит в основе принятия административных решений в области психиатрии и в основе отношения некоторой части общества к психическим больным.

Очень хотелось бы, чтобы практика отражала представления теоретиков о доминировании в структуре психических расстройств психогенно обусловленных заболеваний, то есть неврозов. Реалии российской действительности таковы, что подавляющее число таких пациентов себя психически больными не считают и к психиатрам (психотерапевтам) за помощью не обращаются. За десятилетие частота выставления неврозов как нозологических диагнозов сократилась в десятки раз.

Львиную долю обращений в психиатрическую службу составляют пациенты, страдающие эндогенными психическими заболеваниями — шизофренией и депрессией (в рамках рекуррентного или биполярного аффективного расстройства) (Костюкова Е. Г., Мосолов С. Н., 2003).

С учетом текущего патоморфоза многих заболеваний в современный период происходит реальный рост субпсихотических форм этих психических патологий. Наиболее наглядным примером может служить увеличение в последние годы частоты выставляемых «пограничных» диагнозов — панических атак, тревожного расстройства, соматоформной вегетативной дисфункции.

Формально, по МКБ-10, эти болезни относятся к классу невротических и связанных со стрессом. Собственные длительные катamnестические наблюдения и анализ анамнестических сведений пациентов показали, что эти психовегетативные расстройства чаще всего являются вариантом дебюта эндогенной психической патологии (Дмитриев М. Н., 2002; Дмитриев М. Н., 2004; Леонова Е. Ю., Дмитриев М. Н., 2004; Дмитриев М. Н., Романенко Д. С., 2006; Дмитриев М. Н., 2007). Авторская позиция о неадекватной диагностике психических и особенно аффективных расстройств в современной России согласуется с мнением ряда авторов (Дробижев М. Ю. и соавт., 2007).

Согласно презумпции преимущества профилактической направленности российской медицины, в таких случаях необходимо начинать лечить начальные формы (этапы) шизофрении или биполярного аффективного расстройства. А на практике? В лучших случаях препаратами выбора, и то под натиском фармацевтических фирм, становятся антидепрессанты. Но стоит отъехать от областного или краевого центра — и снова в медицинских картах пестрят транквилизаторы, ноотропы и травяные седативные средства. С другой стороны, приходится часто слышать возражения врачей: «Да как же так? Нет галлюцинаций, нет бреда, нет апатического дефекта — значит, нет шизофрении». Нет осмысления?

Параллельно с этим замечено, что многие пациенты, особенно с высоким уровнем интеллекта и социального статуса, и их родственники селективно заостряют внимание на побочных эффектах антидепрессантов и нейролептиков. Среди них высока частота деструктивных психологических игр. Нет критики?

Чем же тогда на практике приведенные позиции отличаются от отсутствия критики и осмысления своей болезни у пациентов с психотическим (бредовым, галлюцинаторным) уровнем расстройств? Ничем. Но последние находятся на стационарном лечении. Ведь главная причина госпитализаций пациентов как раз и состоит в невозможности соблюдения ими адекватного режима лечения. А поведенческие и социальные нарушения являются

вторичными причинами госпитализаций. Несмотря на внедрение в практику психиатрической службы так называемых отделений «первого эпизода», прогрессирующий рост внедрения все новых классов антипсихотиков и антидепрессантов, уровень регоспитализаций остается очень высоким.

Выходит, что ни от вида болезни, ни от формы организации лечебного процесса, ни от медикаментозной оснащенности конечная задача работы медиков — здоровый человек — не зависит. Этот на первый взгляд парадоксальный вывод является печальной реальностью сегодняшнего дня. Подтверждением служат отчетные приоритеты: так, ни в одном отчетном медицинском документе не отражаются частота ошибочных диагнозов и количество возвращенных к обычной семейной и производственной жизни людей.

Показателем, интегративно отражающим описанную проблему, может служить уровень комплаенса. В переводе с английского языка compliance означает согласие, податливость, уступчивость, приспособление и разделение взглядов. С медицинской точки зрения комплаенс — это степень соответствия поведения пациента врачебным рекомендациям по лечению болезни. Другими словами — это правильный выбор, назначение и использование лекарственных средств (по Хохлову А. Л., Глембицкой О. В., 2005). Хотелось бы добавить — и степень принятия взглядов на свою болезнь.

Соглашаясь с критериями Insull W. (1997), при терапии с высоким уровнем комплаенса пациенты получают препарат строго в указанное время более чем в 80% случаев. При терапии со средними значениями — в 20—80% случаев, а при низком уровне — менее чем в 20% случаев. В России, по мнению многих авторов, около 20% новых и 85% повторных назначений врачей разных специальностей, от кардиологии до дерматологии, не выполняется пациентами.

Если заострить внимание на психически больных пациентах, то, по мнению N.U. Neumann (1999), до 70% больных шизофренией уклоняются в той или иной мере от лекарственного лечения. При этом распространенность несоблюдения лекарственного режима в популяции больных растет по мере увеличения сроков лечения (Weiden P., Olfson M., 1995; Perkins D., 2002). С такой позицией солидарны и российские врачи. По мнению ряда отечественных авторов (Мосолов С. Н., 2002; Незнанов Н. Г., Вид В. Д., 2004; Банщиков Ф. Р., 2006; Бугрова Е. И., 2007), около 50—55% амбулаторных больных с шизофренией, аффективными расстройствами уклоняются частично или полностью от лекарственных средств, то есть нарушается больше всего именно поддерживающая терапия.

На качество и длительность поддерживающей терапии сейчас направлен главный акцент в лечении эндогенных психических заболеваний. Что можно рассматривать в качестве приоритетов при формировании высокого уровня комплаенса при шизофрении и депрессии на современном этапе? Так, по мнению Бугровой Е. И. (2007), не существует достоверной разницы по частоте соблюдения и нарушения режима амбулаторного лечения пациентами с шизофренией ни по уровню критичности в психозе, ни по типам течения (прогредиентности) процесса, ни по уровню неврологических осложнений, ни по частоте полипрагмазии.

Если при эпохе классических антипсихотиков главным фактором некомплаенса были экстрапирамидные расстройства, то при широком внедрении атипичных нейролептиков приоритеты изменились. Собственный анализ данных опроса пациентов на приеме и изучение мнения анонимных пациентов на психиатрических форумах показал, что сейчас, прежде всего, это — наличие и уровень метаболических, гормональных и сексуальных расстройств (Дмитриев М. Н., 2006; Дмитриев М. Н., 2008; Дмитриев М. Н. и соавт., 2008). Данное мнение согласуется с позицией как отечественных, так и зарубежных авторов, а также отражает растущую актуальность поисков способов их коррекции (Green J.K., 2000; Stanniland C., 2000; Canuso C.M., 2002; Bobes J., 2003; Fric M., 2003; Tandon R., 2003; Мосолов С. Н., 2003; Крылов В. И., 2004; Newcomes J.W., 2006; Горобец Л. Н., 2007). Сохранение продуктивного доверительного контакта с пациентом и ведение его без рецидивов в течение месяцев или лет невозможно на современном этапе развития психиатрии без знаний и навыков психиатра по этой проблематике.

Другим важным направлением повышения комплаенса является разработка и внедрение реабилитационных (в том числе семейных) программ для пациентов с эндогенными расстройствами (Коцюбинский А. П., 2004), даже в случаях тяжелой параноидной шизофрении (Цыганков Б. Д., Вильянов В. Б., 2005). Хотелось бы отметить большую заслугу в разработке и внедрении, прежде всего, психообразовательных методик реабилитации в России пионеров такого подхода — И. А. Былима и коллектива его ставропольских единомышленников.

Если рассуждать о внутренних, скрытых резервах повышения комплаенса, то это преодоление синдрома эмоционального выгорания у психиатров, психотерапевтов и медицинского персонала. В настоящее время автору не известны медицинские учреждения Северного Кавказа, где бы психологами или психотерапевтами проводилась регулярная работа по выявлению и профилактике этой часто встречающейся «профессиональной болезни». А ведь следствием синдрома эмоционального выгорания являются психологические игры с пациентами и коллегами, приверженность терапевтической ригидности и постепенная личностная деградация врача.

Подытоживая все вышеизложенное, хотелось бы отметить, что в литературе описаны около 250 факторов, обуславливающих отношение больных к соблюдению режима терапии (Банщиков Ф. Р., 2006). Раскрыть и проанализировать их все, даже в рамках нескольких статей, не представляется возможным. Поэтому в настоящей публикации выделены субъективно наиболее значимые факторы, от правильного понимания сущности психических заболеваний до оценки психического состояния врача. В совокупности их решение приведет к важному результату — высокому уровню комплаенса. Он достижим уже сегодня. А от него напрямую зависит степень социальной адаптации пациентов с депрессией и шизофренией, снижение конечных экономических затрат как государства, так и родственников пациентов, а также удовлетворенность своей работой самих врачей.

НОВОЕ СЛОВО В МЕДИЦИНСКОЙ МЕБЕЛИ

Представляем вам удивительный материал **STARON®**, который производится химическим подразделением всемирно известного концерна **SAMSUNG™**. Наша организация производит по заказам эксклюзивные изделия из искусственного камня **STARON®** на современном оборудовании.

STARON® универсальный материал с декоративной поверхностью, широко используется в качестве гигиенических и рабочих поверхностей в больницах и лабораториях, зонах приема посетителей, местах общего пользования, кафе и ресторанах. Специалисты с удовольствием используют **STARON®** в современных интерьерах лечебных учреждений, санаториев, салонов красоты и офисов.

STARON® композитный материал. Он изготавливается из натуральных минералов и высокотехнологичной акриловой смолы. Такая комбинация имеет много преимуществ над другими материалами. Натуральные минералы делают **STARON®** твердым и очень стойким к ударам и повреждениям. Добавления акриловой смолы делают **STARON®** непористым материалом. Гладкий на ощупь и сплошной по своей структуре, **STARON®** не впитывает влагу и загрязнения, исключая образование пятен, грибков и плесени.

Несомненным достоинством **STARON®** является его экологическая чистота. Высокие экологические стандарты выдерживаются компанией **SAMSUNG™**, начиная с используемого сырья, процесса производства и заканчивая переработкой отходов.

В состав материала **STARON®** входят:

- тригидрат алюминия белый порошок, на основе которого изготавливается зубная паста;
- акриловая смола, активно используемая в зубоврачебной практике при установке пломб;
- пищевые пигменты, абсолютно безвредные для человека.

Поверхность из **STARON®** не выделяет никакие запахи, не говоря уже о радиационном фоне. Материал имеет Российский гигиенический сертификат.

Вам всегда рады в нашем салоне:
Ставропольский край,
г. Пятигорск, ул. Октябрьская, 36
Тел.: (8793) 33-39-60, 34-19-89,
e-mail: Topaz.ru@gmail.com

РЕКЛАМА





«ОРМЕД» - уникальные технологии оздоровления позвоночника и коррекции осанки



«ORMED professional»



«ORMED prophylactic»

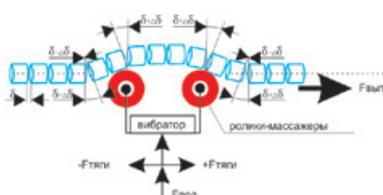


«ORMED relax»

Механизм и принцип лечебного воздействия на позвоночник



Паравертебральное расположение роликов-массажеров относительно оси позвоночника.



Силовое воздействие роликов-массажеров на позвоночный столб - схема сгибания и разгибания позвоночного столба на величину $\Delta\theta$ в сагиттальной плоскости.

Отечественный оздоровительный комплекс «ОРМЕД», прекрасно справляется с лечением патологий позвоночника, в том числе остеохондрозов с любыми проявлениями и при различных болевых симптомах. его особенность в многокомпонентном одновременном воздействии (вытяжение, вибромассаж, обогрев, виброкоррекция), в результате чего происходит усиление взаимовлияния физических факторов, что формирует новые лечебные эффекты.

«ОРМЕД-профессионал» - универсальный аппарат для дозированного вытяжения, вибрационного массажа и механического локального воздействия на мышечно-связочный аппарат и костно-суставной элемент позвоночника, предназначен для специалистов с высокими требованиями к эксплуатируемой технике. Аппарат позволяет безоперационное лечение межпозвоночных грыж пояснично-крестцового отдела позвоночника. Предлагаемые аппараты серии «ОРМЕД» за счет дозированного программного вытяжения и роликового вибромассажа позвоночника позволяют существенно уменьшить грыжевое выпячивание и успешно устранять боли в пояснице и спине.

«ОРМЕД-профилактик» - более физиологичная модель без вытяжных рычагов. В данном аппарате вытяжение осуществляется на наклонной плоскости под действием веса тела пациента (сила вытяжения регулируется за счет изменения угла наклона кушетки). При увеличении угла наклона создается возможность для постепенного увеличения силы вытяжения.

«ОРМЕД-релакс» - предназначен для теплового и вибрационно-механического воздействия на мышечно-связочный аппарат позвоночника при реабилитации и профилактике больных с неврологическими проявлениями грудного и поясничного остеохондроза. Удобная кушетка, внутри которой вмонтированы ролики массажеры. Обкатывая края позвонков, они выполняют продольный массаж спины, за 15-20 минут процедуры подвергаются механическому каждый позвонок, межпозвоночный диск, сустав. Кратковременное, но многократное воздействие на поперечный отросток позвонков возвращает их в нормальное физиологическое положение, при этом происходит и микровытяжение. Дополнительный лечебный эффект достигается так же с помощью тренажера «Свинг-машина», который раскачивая ноги вправо-влево через кости таза, передает волнообразное движение на позвоночник, вплоть до шейного отдела. **Свинг-машину можно приобрести как отдельно, так и в комплекте с аппаратом «ОРМЕД - релакс»**

«ОРМЕД-мануал» - многофункциональный массажный стол, предназначен для массажа, мануальной терапии и ЛФК. С его помощью можно проводить манипуляции с продольными, боковыми и ротационными движениями в тазовой области, вращательными движениями в грудном отделе позвоночника и др. Столы регулируются по высоте электрическим приводом (до 90 см), секции для ног, головы (так же с позицией «дренаж») - при помощи газовых пружин опоры для рук регулируются по высоте. Нагрузка до 160 кг.

ВНИМАНИЕ новинка модельного ряда «ОРМЕД». Профессиональный стул для массажа. Широко применяется в физиотерапевтических и косметологических кабинетах. Несмотря на свою компактность, позволяет промассировать любую зону. Очень удобен при дермапунктурном массаже.

«ОРМЕД-тракцион» - предназначен для шейного (вертикального, горизонтального) и поясничного вытяжения позвоночника по заданной программе. Применяется в физиотерапии для устранения напряжения в межпозвоночных дисках, расслабления мышц и связок, уменьшения отеков и восстановления микроциркуляции, а так же для снятия мышечного спазма.



«ORMED manual»



«ORMED traction»



«ORMED manual»

НВП «Орбита», 450000, г. Уфа а/я 1472
 Телефон Факс.: /347/ 227-54-00
 www.ormed.ru E-mail: ormed@ormed.ru

Физиологические механизмы лечения межпозвонковых грыж. Новые методы, новые технологии оздоровления позвоночника и коррекции осанки

Гиниятуллин Н. И., к.т.н., изобретатель СССР, директор ООО НВП «Орбита», г. Уфа

Научно-внедренческим предприятием «Орбита» произведено уже более 2500 аппаратов серии «ОРМЕД», и все они востребованы в сотнях лечебно-оздоровительных учреждений России и других стран СНГ. В результате лечения на этих комплексах более 2,5 млн пациентов смогли улучшить функциональное состояние позвоночника и суставов.

Комплексы «ОРМЕД» постоянно совершенствуются, и сегодня достигли, казалось бы, невозможного. С их помощью стало реальным безоперационное лечение межпозвонковых грыж пояснично-крестцового отдела позвоночника. Как это происходит? Путем снижения высокого междискового давления за счет увеличения межпозвонкового пространства с использованием аппаратных методов декомпрессии межпозвонковых дисков. Во время процедуры на проблемный участок позвоночника осуществляется механическое воздействие, способствующее дозированному раздвижению двух сопряженных позвонков. При этом создается вакуум-эффект, всасывающий грыжевое выпячивание. Аппараты серии «ОРМЕД» за счет дозированного программного вытяжения и роликового вибромассажа позвоночника позволяют существенно уменьшить грыжевое выпячивание и устранить боли в пояснице и спине, связанные с дегенеративно-дистрофическими изменениями в позвоночных двигательных сегментах.

Для случаев, когда клиническая картина представляет одностороннюю симптоматику (справа или слева, спереди или сзади), на аппарате «ОРМЕД-профессионал» предусмотрено **дифференцированное вытяжение позвоночника**.

Регулярное лечение на аппаратах «ОРМЕД» способствует постоянному поддержанию нормального функционирования позвоночных артерий и профилактике остеофитов, приводящих к необратимой гипокциркуляции по позвоночной артерии и вертебрально-базиллярной системе в целом, что очень **актуально для людей, перенесших инсульт**. С помощью этих аппаратов большинство пациентов могут вернуться к активному образу жизни, казалось, утерянному ими навсегда.

Подход к лечебному вытяжению во всех случаях индивидуален и дозируется не только по продолжительности и количеству процедур. В зависимости от состояния больного на данный момент и его ощущений применяется метод индивидуального дозируемого лечебного вытяжения поясничного и грудного отделов позвоночника. Этот метод не приводит к осложнениям и всегда дает положительный эффект.

Следует отметить, что весь процесс проведения процедур автоматизирован и отображается на дисплее аппаратов. Одновременно с вытяжением под действием роликов-массажеров присутствуют элементы мануальной терапии: локальное микро-вытяжение позвоночника, исправление имеющихся искривлений, как следствие —

исчезает сдавливание нервных окончаний, расположенных возле позвоночника, нормализуется функция многих внутренних органов. Позвоночник приспосабливается к движению роликов-массажеров, происходит его выпрямление, усиливаются внешние связки и мышцы. В результате снимается мышечный спазм и восстанавливается нормальная подвижность позвонков. Таким образом, формируется мышечный корсет позвоночника, устраняется защемление (сдавливание) нервных окончаний. Восстанавливается проводимость нервных импульсов к внутренним органам и тканям, что обеспечивает кровообращение в стволе головного мозга и служит активной профилактикой мозгового ишемического инсульта.

С помощью комплекса лечат посттравматические изменения позвоночно-двигательных сегментов с неврологической симптоматикой и затяжные висцеральные состояния, заболевания бронхов, тазобедренных суставов, гипертонию, сколиозы и другое.

НВП «Орбита» производит новые модели комплекса — «ОРМЕД-профессионал», «ОРМЕД-профилактик», «ОРМЕД-релакс», «ОРМЕД-тракцион» и «ОРМЕД-мануал».

«ОРМЕД-профессионал» — универсальный аппарат для дозированного вытяжения, вибрационного массажа и механического локального воздействия на мышечно-связочный аппарат и костно-суставной элемент позвоночника, предназначен для специалистов с высокими требованиями к эксплуатируемой технике. Аппарат позволяет проводить безоперационное лечение межпозвонковых грыж пояснично-крестцового отдела позвоночника: за счет дозированного программного вытяжения и роликового вибромассажа позвоночника позволяет существенно уменьшать грыжевые выпячивания и успешно устранять боли в пояснице и спине. Во время процедуры происходит механическое воздействие на проблемный участок позвоночника, способствующий дозированному раздвижению двух сопряженных позвонков. Предусмотрено дифференцированное вытяжение позвоночника. Особый интерес представляет возможность проведения вытяжения в переменном режиме. В процессе лечения параметры можно менять и полностью контролировать на экране всю лечебную процедуру в динамике, так как работа аппарата запрограммирована и управляется микропроцессором. Рычаги вытяжения позволяют проводить вытяжение под различными углами как по вертикали, так и по горизонтали. Возможно проведение комплексных процедур (паравертебрального вибромассажа с вытяжением поясничного или шейного отделов позвоночника) и вытяжение суставов верхних и нижних конечностей. Нужно отметить, что такими функциональными возможностями не обладает ни один зарубежный аналог.

«ОРМЕД-мануал» — профессиональный многофункциональный массажный стол с классическими функциями, предназначенный для массажа, мануальной терапии и ЛФК. С его помощью можно проводить манипуляции продольными, боковыми и ротационными движениями в тазовой области, вращательными движениями в грудном отделе позвоночника и другие. В ассортименте несколько различных моделей. Столы регулируются по высоте электрическим приводом до 90 см, есть секции для ног и головы, которые регулируются при помощи газовых пружин. Опоры для рук регулируются по высоте.

«ОРМЕД-релакс» предназначен для теплового и вибрационно-механического воздействия на мышечно-связочный аппарат позвоночника. Одновременное влияние за время одной процедуры таких физических факторов, как тепло, массаж, вибрация и локальное межпозвонковое микро-вытяжение воздействует на имеющиеся у пациента функциональные блокады в межпозвонковых суставах, приводя к репозиции суставов и самокоррекции позвонков. Данная модель дешевле своих аналогов и не требует обязательного присутствия врача.

«ОРМЕД-профилактик» — аппарат дозированного вытяжения позвоночника и локального вибрационно-механического воздействия на позвоночный столб с помощью обкатывающих роликов-массажеров. Его отличает удобство конструкции, легкость в эксплуатации и многофункциональность в проведении профилактических и реабилитационных процедур. В отличие от существующих аналогов, в данном аппарате вытяжение осуществляется на наклонной плоскости (кушетке) под действием массы собственного тела пациента. При увеличении угла наклона создается возможность для постепенного увеличения силы вытяжения, что уменьшает возбудимость мышечных и связочных проприорецепторов и постепенно снижает патологически повышенный мышечный тонус. Таким образом «ОРМЕД-профилактик» позволяет упростить процедуру вытяжения и добиться максимального эффекта лечения заболеваний позвоночника при минимальных затратах.

«ОРМЕД-тракцион» предназначен для шейного (вертикального, горизонтального) и поясничного вытяжения позвоночника по заданной программе. Применяется в физиотерапии и неврологии для устранения напряжения в межпозвонковых дисках, расслабления мышц, связок и восстановления микроциркуляции, а также для снятия мышечного спазма. В комплект входит специальная кушетка для вытяжения с подвижной секцией.

В аппаратах серии «ОРМЕД» ролики массажеров размещаются вдоль оси позвоночника, которая в процессе массажа является осью симметрии для перемещающихся роликов. Они, обкатывая края позвонков, наступают на остистые отростки позвоночника, подвергая за каждый проход каждый позвонок, межпозвонковый диск и суставы механическому воздействию 2 раза, а за все время процедуры — более 300 раз.

Принцип локального силового воздействия роликов-массажеров на позвоночный столб за счет подъемной силы электропривода подъемника состоит в следующем. При механическом воздействии на позвоночник в процессе перемещения в зоне действия роликов-массажеров межпозвонковые связки поочередно и многократно

сгибаются и разгибаются на определенную величину (или сжимаются и растягиваются). Кроме того, в процессе обкатывания роликами одновременно в направлении перемещения происходит и локальное внутреннее физиологическое микро-вытяжение под действием силы $F_{\text{тяги}}$ и подъемной силы $F_{\text{под}}$ (несмотря на то, что данная процедура проводится без специального аппаратного вытяжения). Векторы сил, действуя на элементы позвоночно-двигательных сегментов одновременно, имеют разные направления во фронтальной и сагиттальной плоскостях, что и обеспечивает высокий лечебный эффект. Все эти воздействия в комплексе позволяют достичь дополнительных лечебных результатов, направленных на восстановление функционального состояния позвоночника.

Работающий с «ОРМЕДом» более 4 лет невролог Ю. Кузнецов (ЛЦ «Медиум», г. Агидель, Республика Башкортостан) считает, что вибромассаж и тракцию на «ОРМЕДе» можно сравнить с элементами мануальной терапии и отмечает особенное эффективное воздействие аппарата с применением различных видов рефлексотерапии и с миорелаксирующими препаратами. «В основе положительного влияния аппарата лежат такие механизмы, как ликвидация мышечно-тонических синдромов, что приводит к увеличению экскурсии грудной клетки (при заболеваниях сердца и бронхо-легочной системы), нормализации внутрибрюшного давления (при лечении заболеваний ЖКТ); нормализации системной микроциркуляции и периферического кровотока (при лечении тромбозов нижних конечностей, начальных проявлений облитерирующего эндартериита) и вследствие этого — уменьшение отека мягких тканей; использование интенсивной тракции, вибрации, в сочетании с тонизирующими видами рефлексотерапии позволяет проводить подготовку спортсменов перед соревнованиями. Приобретение аппарата «ОРМЕД-профессионал» расширило возможности лечения детской патологии (последствия натальной краниовертебральной травмы с синдромом минимальной мозговой дисфункции). Проявление возможности односторонней дозированной тяги шейного отдела позволило добиться купирования головной боли, зрительных расстройств, вертебробазилярной симптоматики, мышечно-тонических нарушений на шейно-плечевом уровне у детей в возрасте 5—10 лет. В настоящее время другим направлением является лечение подростковой сколиотической патологии. Новым в использовании аппарата «ОРМЕД-профессионал» является лечение патологий суставов, как посттравматических, так и обменно-дистрофических и даже ревматоидных, после затихания активности процесса».

К.м.н. А. Гусейнов (ГУ «Южный областной медицинский центр», г. Махачкала) отмечает эффективное лечение своих больных в 96,3% случаев — всего им проведено более 2000 процедур на уфимском комплексе. Ухудшение состояния или каких-либо осложнений после сеансов на «ОРМЕДе» не отмечено. «Оставшейся категории пациентов, — говорит он, — показано хирургическое лечение, однако повторные курсы на «ОРМЕДе» в большинстве случаев уменьшили болевой синдром». Он же приводит пример успешного излечения больного А., 1977 г.р., с болезнью Шойермана-Мау и больной К., 1936 г.р., с правосторонней люмбоишалгией спондилогенной природы.

Результатами десятилетней эксплуатации аппаратов серии «ОРМЕД» делится руководитель Центра неврологии и нейрореабилитации Дорожной клинической больницы железнодорожной станции «Самара» д.м.н., профессор, мануальный рефлексотерапевт В. Круглов: «Эффективность лечения на «ОРМЕДе» нужно оценивать в комплексе, наилучший эффект применения аппарата отмечен при сочетании тракционной терапии с рефлексотерапией, лечебным массажем, ЛФК, различными видами физиотерапии. Монотерапия возможна при проведении противорецидивного лечения или же в целях профилактики, и она очень эффективна. С помощью аппарата происходит мобилизация позвоночного столба и релаксация интерverteбральных мышц, тонус которых управляется без участия волевого воздействия пациента на уровне спинального рефлекса».

С 2007 года аппараты серии «ОРМЕД» широко и успешно применяются при лечении заболеваний позвоночника в Республике Беларусь, где прошли регистрацию все модели аппарата. Испытания аппарата «ОРМЕД-профессионал» прошли в Республиканском НПЦ неврологии и нейрохирургии МЗ РБ и на базе 1-го неврологического отделения 5-й ГКБ г. Минска. Врач-невролог этого отделения С. И. Коломиец отмечает следующую цепочку механизмов саногенеза, лежащих в основе использования аппаратов серии «ОРМЕД» в лечебных и профилактических целях: восстановление подвижности отдельных позвоночно-двигательных сегментов — анатомического комплекса 2 соседних позвонков, разделяющих их межпозвонковых дисков и 2 суставных отростков, а также продольной и короткой связок за счет направленных статических нагрузок; ликвидация патологических

мышечно-тонических синдромов; нормализация системной микроциркуляции и периферического кровообращения за счет использования комплексного воздействия на позвоночник и окружающие ткани, что ведет к уменьшению вегетативно-трофических нарушений, парестетических расстройств и уменьшению выраженности болевого синдрома. Общетонизирующее воздействие осуществляется за счет сочетания массажа с возможностью регулирования высоты вращения роликов и подбора уровня интенсивности вибрации.

Конструкция, промышленные образцы и методы лечения с помощью аппаратов «ОРМЕД» запатентованы и сертифицированы. Аппараты прошли сертификацию на соответствие системы менеджмента качества международному стандарту ISO 9001:2000.

Сегодня в поликлиниках, санаториях, профилакториях и реабилитационных центрах страны возвращают людям радость жизни более 2500 аппаратов. Продукция НВП «Орбита» широко известна в Украине, Белоруссии, Казахстане, Узбекистане, где комплексы «ОРМЕД» прошли государственную регистрацию.

Область применения: «ОРМЕД» эффективно используется в массажных кабинетах, физиотерапевтических отделениях больниц, поликлиник, реабилитационных центров, в профилакториях и санаториях.

Аппарат может стать жизненно важным оздоровительным комплексом вашего предприятия, офиса, комнаты отдыха для сотрудников, а также дома, что способствует повышению производительности труда, снижению частоты профессиональных заболеваний.

Приобретение такого аппарата может стать вкладом в здоровье ваших сотрудников, близких и друзей.

Особенности течения сахарного диабета у детей, проживающих в Астраханской области

Отто Н. Ю., зав. эндокринологическим отделением ГУЗ «ОДКБ им. Н. Н. Силищевой»; Сагитова Г. Р., д.м.н., зав. кафедрой детских болезней ФПО ГОУ ВПО «АГМА» Росздрава, главный внештатный эксперт-педиатр МЗ АО; г. Астрахань

В последние годы сахарный диабет в детском возрасте относится к группе социально значимых заболеваний, поскольку осложнения диабета являются в большинстве случаев причиной как инвалидности, так и смертности. Скорость, с которой растет заболеваемость, в том числе и осложнения сахарного диабета, можно отнести к разряду заболеваний, угрожающих национальной безопасности.

В настоящее время государство уделяет немалое внимание улучшению качества жизни пациентов с сахарным диабетом. Так, в последние годы на территории Астраханской области используются новые инсулины, новые препараты в лечении осложнений сахарного диабета, дети обеспечиваются бесплатно глюкометрами, на протяжении 9 лет работает Школа сахарного диабета.

Целью исследования являлось изучение эпидемиологии осложнений у детей с сахарным диабетом 1 типа, разработка рекомендаций по оптимизации раннего выявления и профилактики осложнений.

Материалы и методы. Проведен детальный анализ медицинской документации (форма 112, форма 003/у) детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа, находившихся

на обследовании и лечении в 2002—2006 годах в отделении эндокринологии.

В возрастном аспекте доли детей до 14 лет и подростков составили по 50%, причем девочек было больше (56%). Причиной госпитализации являлось:

- переосвидетельствование на инвалидность (28%);
- контрольное обследование (57%);
- обострение заболевания (15%).

Из всех поступивших детей и подростков декомпенсация выявлена у 67,4% (это дети с кетоацидозом и без кетоацидоза, но с гипергликемией и клиническими проявлениями декомпенсации: полиурией, полидипсией, полифагией, потерей массы тела, энурезом). Удельный вес жителей города в 2 раза преобладал над сельским населением. Обращает на себя внимание, что стаж заболевания до 5 лет имеют 56% детей, от 5 до 10 лет — 20%, более 10 лет — 7%. Дети с впервые выявленным диабетом составляли 17%.

Первое ранговое место в структуре осложнений принадлежит поражению органа зрения (29%): ангиопатии сетчатки (изменения виде сужения артерий, расширения вен, гиперемии и извитости сосудов), ретинопатии, катаракте. Чаще всего это осложнение регистрируется в группе

Структура хронических осложнений сахарного диабета

Нозология осложнений	Частота встречаемости, %
Нефропатия	27,0
Ангиопатия сетчатки	24,4
Диабетический вульвит у девочек	24,4
Гепатоз	18,0
Кардиопатия, миокардиодистрофия	15,0
Дистальная полинейропатия	14,0
Задержка полового развития	6,0
Задержка роста, в том числе с учетом синдрома Мориака	4,6
Диабетический хейлит	4,6
Ретинопатия	3,4
Остеоартропатия	2,3
Катаракта	1,1

девочек (24%). Важно указать, что частота поражения органа зрения не зависит от стажа заболевания. Высокий процент ангиопатии сетчатки (24,4%), несмотря на то, что состояние сосудов глазного дна обратимое (функциональные изменения), косвенно указывает на высокий процент декомпенсированных детей (табл. 1).

Далее следует нефропатия (27%), причем поражение почек у мальчиков встречается в 2,5 раза чаще, чем у девочек. Было отмечено, что количество поражений мочевой системы растет пропорционально возрасту. У 50% обследуемых детей была диагностирована микроальбуминурия, что свидетельствует о вовлечении в процесс почечной паренхимы. Результаты исследования позволяют заключить, что поражение нефрона у детей с сахарным диабетом не зависит от стажа болезни и от периода заболевания. Выявлена связь данного осложнения с возрастом, то есть оно чаще регистрируется в подростковой группе.

У 20% детей с сахарным диабетом был диагностирован гепатоз, причем у детей до 14 лет чаще, что возможно связано с нестабильностью гликемии у детей младшей возрастной группы, с частыми гипогликемическими состояниями.

Миокардиодистрофия, кардиопатия и полинейропатия встречались у детей практически с одинаковой частотой. Дистальная полинейропатия чаще выявлялась у мальчиков (19%). Миокардиодистрофия в 2,5 раза чаще встречалась у девочек (20%), причем частота данного осложнения возрастала после 14 лет.

Диабетический вульвит — распространенное неспецифическое осложнение у девочек, чаще диагностировалось до 14 лет (14%).

Множественные осложнения (два и более) регистрировались у 50% детей и чаще встречались у девочек. Также у девочек в 1,5 раза чаще регистрировались острые осложнения (кетоз, кома, прекома).

Несмотря на тот факт, что около 31% пациентов с сахарным диабетом не имеют отклонений в физическом развитии, задержка роста встречалась в 4,6% случаях.

Осложнение инсулинотерапии — липогипертрофия, которое ухудшает течение сахарного диабета из-за плохого всасывания инсулина из мест инъекций, в 2 раза чаще встречалась у детей до 14 лет (22%).

Наличие хронических очагов инфекции у пациентов с сахарным диабетом 1 типа все еще остается актуальной проблемой. Так, на долю кариозного поражения

приходится 34%, хронического тонзиллита — 21%, гастропатологии — 18,6%, аденоидных вегетаций — 15,1%.

Важно указать, что в период эпидемиологического неблагополучия (январь-февраль — период вирусной инфекции, август-сентябрь — энтеровирусной инфекции) отмечена максимальная манифестация сахарного диабета.

Таким образом, резюмируя вышесказанное, следует указать, что вопросы осложнений сахарного диабета у детей остаются востребованными.

Для участков педиатров мы предлагаем основные направления оптимизации раннего выявления и профилактики осложнений сахарного диабета.

1. Следует обращать принципиальное внимание на девочек с сахарным диабетом на предмет острых осложнений (кетоза и кетоацидоза).

2. При каждом амбулаторном осмотре проводить исследование мочи на ацетон методом экспресс-диагностики (кетур-тест) даже при отсутствии жалоб, что позволит вовремя направить ребенка к эндокринологу для коррекции инсулинотерапии и избежать как тяжелого кетоацидоза, так и раннего появления хронических осложнений.

3. Лечение ангиопатии сетчатки необходимо начинать с компенсации сахарного диабета: коррекции инсулинотерапии и питания.

4. Необходимо проводить исследование мочи на микроальбуминурию (МАУ) в амбулаторных условиях трижды за период от 4 до 12 недель, так как у 5—30% подростков отмечается интермиттирующая альбуминурия, клиническое значение и прогноз которой неизвестен [2]. Чтобы избежать ложноположительного результата исследования МАУ, необходимо проводить исследование мочи на фоне компенсации (субкомпенсации) углеводного обмена, исключить высокобелковую диету, избегать тяжелых физических нагрузок, не применять мочегонных препаратов в день сбора мочи, не исследовать мочу на фоне лихорадки, инфекции мочевыводящих путей [3]. Для выявления истинной МАУ необходимы многократные измерения в течение нескольких месяцев. Если МАУ регистрируется дважды за период 6—12 недель, ребенок нуждается в проведении пробы Реберга. Обратит внимание на обследование на предмет нефропатии у мальчиков. Провоцирующее действие на развитие диабетической нефропатии оказывает артериальная гипертензия, гиперсекреция гормона роста, курение [1].

5. После 14 лет у детей с сахарным диабетом 1 типа делать акцент на состоянии функции почек.

6. Мальчиков необходимо чаще направлять на осмотр к неврологу для поиска полинейропатии. Эндокринологам поликлиник исследовать у детей температурную, болевую, тактильную чувствительности (для этого не нужно дорогостоящих аппаратов).

7. При обследовании детей до 14 лет исследовать функцию печени (УЗИ, биохимическое исследование крови).

8. Обследовать в поликлиниках девочек с сахарным диабетом 1 типа старше 14 лет на предмет миокардиодистрофии (ЭКГ, ЭХО-КС).

9. Высокий процент диабетического вульвита косвенно свидетельствует о декомпенсации у девочек. Необходимо проводить регулярные осмотры у гинеколога, особенно девочек до 14 лет.

10. Осматривать детей на предмет осложнения инсулинотерапии — липогипертрофий в местах введения инсулина, особенно у детей до 14 лет, проводить их лече-

ние с использованием физиотерапевтических процедур и массажа.

11. Проводить своевременную санацию хронических очагов инфекции, обострение которых провоцирует декомпенсацию сахарного диабета.

Закончить статью хочется крылатой фразой: «Sublata causa tollitur morbus» (устраняя причину, устраняешь болезнь).

Литература

1. Гитун Т. В. Диагностический справочник эндокринолога. — М: АСТ, 2007. — 604 с.

2. Дедов И. И., Кураева Т. Л., Петеркова В. А., Щербачева Л. Н. Сахарный диабет у детей и подростков. — М: Унверсум Паблишинг, 2002. — 391 с.

3. Шестакова М. В., Дедов И. И. Диабетическая нефропатия: механизмы развития, клиника, диагностика, лечение. — М: ГУ ЭНЦ МЗ РФ, 2003. — 73 с.

Профилактические аспекты развития хронических заболеваний нижних отделов респираторного тракта у подростков

Трунцова Е. С., к.м.н.; Сагитова Г. Р., д.м.н., зав. кафедрой детских болезней факультета последипломного образования ГОУ ВПО «АГМА» Росздрава; Хасьянов Э. А., к.м.н., главный врач Детской городской поликлиники №1; г. Астрахань

Введение

В последние годы проблема здоровья детей школьного возраста привлекает пристальное внимание. Урбанизация и антропогенная нагрузка, а также ухудшение экологии региона играют значимую роль в увеличении распространенности хронических заболеваний органов дыхания. Хроническая и рецидивирующая бронхолегочная патология стабильно занимает третье место в структуре заболеваемости подростков и нередко приводит к инвалидизации. Именно поэтому важна преемственность всех звеньев здравоохранения. Все специалисты должны сблизить свои позиции в разработке единых подходов к ранней диагностике, профилактике хронических бронхолегочных заболеваний, пропаганде здорового образа жизни, искоренению вредных привычек [1, 4]. Связь хронической патологии легких у подростков и взрослых несомненна. Начинаясь в детском возрасте, хронические бронхолегочные заболевания как инфекционно-воспалительного, так и аллергического генеза продолжают у пациентов, достигших зрелого возраста [2].

По современной классификации ВОЗ, подростковым считается возраст с 10 до 20 лет. Отечественное здравоохранение считает подростками детей от 15 до 18 лет, что конечно не вполне соответствует активности процессов. По напряженности биологических процессов в организме подростковый период занимает второе место после периода новорожденности. Жан-Жак Руссо назвал его «вторым рождением человека». Бурный скачок роста, сочетающийся с гормональной и психозомоциональной перестройкой, усиленной деятельностью всех органов и систем, представляет собой «нагрузочную пробу». Состояние здоровья в подростковом возрасте составляет медицинское благополучие человека в последующие возрастные периоды.

Массивное воздействие неблагоприятных факторов может чаще, чем в другом возрасте, приводить

к возникновению или утяжелению уже имеющихся хронических заболеваний органов дыхания. В подростковом возрасте происходит формирование стереотипов поведения, вредных привычек, существенно влияющих на здоровье в последующей жизни. Следует учитывать, что в связи с актуальностью в этом возрасте проблем имиджа, оценки сверстниками и самооценки, возможно различное восприятие болезни подростками — от полного безразличия к своему состоянию до погружения в болезнь. Большая часть детей не способна адекватно оценить тяжесть течения заболевания, необходимость длительной терапии, что приводит к нарушению взаимопонимания с родителями, конфликта с лечащим врачом и нерегулярности терапии [3].

При оценке распространенности хронических бронхолегочных заболеваний среди данного контингента нельзя ориентироваться только на показатели заболеваемости по обращаемости, по данным медицинских осмотров. Как правило, эти цифры занижены в связи с малой обращаемостью подростков, низкой выявляемостью хронических заболеваний врачами первичного звена из-за слабой подготовки и недостаточного материально-технического обеспечения лечебных учреждений. Масштабы инвалидизации у подростков определяются в основном самым распространенным среди хронических заболеваний — бронхиальной астмой [5].

Материалы и методы

Методикой одномоментного поперечного (кросс-секционного) исследования с применением метода случайной выборки было проведено эпидемиологическое исследование 1511 детей, в том числе 328 подростков 15—18 лет (189 девушек и 139 юношей).

Результаты исследования

Исследование показало, что 76,5% детей к подростковому возрасту страдают заболеваниями органов дыхания

и 11,6% из них уже имеют хронические бронхолегочные заболевания. Лишь у трети детей (34,8%) к пубертатному периоду устанавливается стойкая, не менее 2 лет, ремиссия рецидивировавшего ранее бронхита, а у двух третей течение болезни либо не изменяется, либо утяжеляется. Среди всех подростков, страдающих хроническими болезнями органов дыхания, доля лиц с бронхиальной астмой — более 70%. Распространенность бронхиальной астмы среди подростков Астрахани по данным официальной статистики за 2008 год составила около 1,3%, однако сплошное эпидемиологическое исследование с использованием опросника и дальнейшим углубленным обследованием установило 8,5%. При этом на учете у лечащего врача находятся, в основном, тяжелые и среднетяжелые формы, а бронхиальная астма легкого течения выявляется практически только при использовании специального анкетирования и обследования. Еще большая разница отмечается при сравнении данных официальной статистики по другим хроническим заболеваниям легких нетуберкулезной этиологии: по итогам 2008 года — 0,1%, а по результатам обследования с применением опросника — 3%.

Бытующее мнение, что бронхиальная астма заканчивается спонтанным выздоровлением в подростковом возрасте, к сожалению, неверно. Напротив, у подростков чаще, чем в других возрастных группах, отмечается ухудшение состояния, и даже летальные исходы. Количество девушек среди болеющих бронхиальной астмой в возрастной категории 15—18 лет увеличивается, в то время как среди лиц, страдающих другими хроническими бронхолегочными заболеваниями, количество девушек и юношей примерно одинаково.

В апреле 2003 года в Астрахани на базе Детской городской поликлиники №1 был создан Астма-центр, основной целью которого являлась организация современной эффективной системы профилактики, раннего выявления, преемственного наблюдения, этапной реабилитации больных бронхиальной астмой и другими хроническими obstructивными заболеваниями органов дыхания. За время работы центра обучение по образовательной программе прошли более 650 человек. Практиковались изолированные и совместные занятия с родителями и подростками, позволяющие сформировать адекватную тактику поведения родителей в преодолении проблем развития детей старшего школьного возраста, снять синдром обреченности, безнадежности. Повышение квалификации работающих в центре специалистов, привлечение к консульта-

ям психолога, юриста, а также детальное анкетирование, знание внутрисемейных отношений, психологического климата семьи позволило достичь хороших результатов как в лечении, так и в адаптации подростков к любой деятельности.

Выводы

Вовремя поставленный подростку диагноз хронического заболевания способствует более раннему и более легкому его течению в зрелом возрасте. Своевременные рекомендации по лечению, психоэмоциональным нагрузкам дома, в школе и общественных местах, правильная профессиональная ориентация подростка с учетом особенностей его болезни дает возможность в дальнейшем успешно учиться в высших и средних учебных заведениях, работать по специальности, обрести уверенность в своих силах, иными словами, гармонично адаптироваться к окружающим условиям жизни и чувствовать себя комфортно при общении со здоровыми сверстниками и взрослыми.

Литература

1. Розин Н. Н., Ковалевская М. Н., Шмелев Е. И., Захаров П. П. Возрастная эволюция хронических заболеваний легких: дети, подростки, взрослые / Пульмонология детского возраста: проблемы и решения / под ред. Ю. Л. Мизерницкого, А. Д. Царегородцева, вып. 3. — М, 2003. — С. 111—113.
2. Каганов С. Ю., Розина Н. Н., Богорад А. Е. Современные болезни легких в свете международной статистической классификации болезней X пересмотра / Пульмонология детского возраста: проблемы и решения / под ред. Ю. Л. Мизерницкого, А. Д. Царегородцева, вып. 2. — М, 2002. — С. 11—15.
3. Княжеская Н. П. Диагностика, наблюдение и ведение подростков с бронхиальной астмой / Пульмонология детского возраста: проблемы и решения / под ред. Ю. Л. Мизерницкого, А. Д. Царегородцева, вып. 3. — М, 2003. — С. 107—108.
4. Геппе Н. А., Розина Н. Н., Волков И. К., Мизерницкий Ю. Л. Новая рабочая классификация бронхолегочных заболеваний у детей // Доктор.Ру. — 2009. — №1. — С. 7—13.
5. Peroni D., Piacentini G., Sabbion A., Boner A. Asthma in children / European Respiratory Monograph Asthma. — 2003. — (1—458), 23. — Vol. 8. — P. 278—292.

Вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации пострадавших вследствие профессиональных заболеваний в Ростовской области

Мететов С. С., д.м.н., заслуженный врач РФ, руководитель ФГУ «ГБ МСЭ РО»; Абазица Н. Л., д.м.н., руководитель экспертного состава №7 ФГУ «ГБ МСЭ РО»; Медовник А. В., к.м.н., начальник организационно-методического отдела ФГУ «ГБ МСЭ РО», г. Ростов-на-Дону

В Ростовской области работающее население составляет 1081,4 тысячи человек, из них 257,5 тысяч осуществляют свою деятельность во вредных условиях.

Анализ профессиональной заболеваемости в области за 2006—2008 годы свидетельствует о снижении в 1,5 раза числа лиц с впервые зарегистрированным

диагнозом профессионального заболевания: 2006 год — 500 человек, 2007 — 319, 2008 — 326 человек.

По видам экономической деятельности наибольшее количество больных с профессиональной патологией выявлено в угольной промышленности: 2006 год — 80,2%, 2007 — 79,9%, 2008 — 79,4% от общего числа впервые

установленных диагнозов. Второе ранговое место занимает авиационная промышленность, третье — энергетическое машиностроение.

В разрезе административных территорий лидирует город Луково, где угольная промышленность является градообразующей: 2006 год — 252 человека (45,5% от общего количества впервые выявленных в области профессиональных заболеваний), 2007 — 146 (42,1%), 2008 — 129 человек (36,2%).

В динамике за три года отмечено увеличение общего объема освидетельствованных граждан, направленных лечебными учреждениями в специализированные филиалы профпатологического профиля: 2006 год — 11841 человек, 2007 — 12686, 2008 — 13188 человек, что можно объяснить массовым закрытием угольных шахт и противоречием системы социального страхования принципам профилактики.

Основной задачей при проведении медико-социальной экспертизы пострадавших вследствие профессиональных заболеваний является разработка программ реабилитации, определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, группы инвалидности и ее социальных причин.

Для определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах в 2006 году обратилось 6996 человек, в 2007 — 7894, в 2008 — 8237 человек. Из них впервые определена процентная утрата профессиональной трудоспособности в 2006 году у 394 человек, повторно — у 6602; в 2007 — у 368, повторно — у 7436 человек; в 2008 году — у 315, повторно — у 7857 человек.

Следует отметить, что в тех случаях, когда профессиональные заболевания выявляются на поздних стадиях и работник не может продолжать труд в основной профессии, определяется группа инвалидности с причиной «профессиональное заболевание». Число впервые признанных инвалидами вследствие профессиональных заболеваний было стабильно и составило: в 2006 году — 200 человек, в 2007 — 202, в 2008 — 211 человек.

Среди контингента лиц, впервые признанных инвалидами вследствие профессиональных заболеваний, преобладала III группа инвалидности (в 2006 году — 95,0% случаев, в 2007 — 94,0%, в 2008 — 84,4%). II группа инвалидности была определена в 2006 году в 2,0% случаев, в 2007 — 5,5%, в 2008 — 15,6%. Определение I группы инвалидности было малочисленным, обусловленным развитием сопутствующей соматической патологии и составило соответственно: в 2006 году — 3,0%, в 2007 — 0,5% случаев, в 2008 году случаев I группы инвалидности зарегистрировано не было.

Среди впервые признанных инвалидами 44,0% составили инвалиды вследствие радикулопатии профессиональной этиологии, 39,6% — инвалиды вследствие профессиональных бронхитов, 7,9% — инвалиды вследствие пневмокониоза, 5,4% — вследствие нейросенсорной тугоухости. Незначительный удельный вес составлял бруцеллез (1,6%), антракосиликотуберкулез (1,0%), бронхиальная астма (0,5%).

Количество повторно признанных инвалидами имело некоторую тенденцию к росту и составило: в 2006 году — 4444 человека, в 2007 — 4555, в 2008 — 4718 человек.

В структуре контингента повторно освидетельствуемых по нозологическим формам преобладали большие профессиональным бронхитом (42,7%), радикулопатиями (28,4%), пневмокониозами (6,7%) и бруцеллезом (2,1%). Незначительный удельный вес в доле профессиональной инвалидности приходится на нейросенсорную тугоухость, варикозную болезнь сосудов нижних конечностей, интоксикации.

Несколько иная нозологическая структура определяется в контингенте лиц, у которых степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах была определена без определения группы инвалидности. Наиболее многочисленной была группа больных вибрационной болезнью 1—2 стадии (56,3%), затем — группа больных профессиональными бронхитами (15,8%), радикулопатиями (9,1%), нейросенсорной тугоухостью (8,3%), профессиональными ларингитами (3,6%), бруцеллезом (4,1%), бронхиальной астмой (1,7%).

Среди инвалидов вследствие профессиональных заболеваний преобладали лица молодого возраста (63,3% у впервые освидетельствованных и 43,6% у повторно освидетельствованных). Лица среднего возраста составили соответственно 23,5% и 49,7%, пенсионного возраста — 13,2% и 6,7%.

Причиной утяжеления состояния инвалидов являлось отягощение основного профессионального заболевания (в подавляющем большинстве случаев — бронхолегочной системы), а также сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы — 14,7%, туберкулез — 3,1%, онкологические заболевания — 2,6%.

В настоящее время персонифицированная база данных инвалидов и лиц, имеющих степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах, содержит информацию на 21393 человека.

Всем освидетельствуемым профбольшим разрабатываются программы реабилитации пострадавших. В их разработке принимают активное участие специалисты филиалов регионального отделения фонда социального страхования, центров занятости населения, управлений социальной защиты населения, что позволяет своевременно и оперативно решать вопросы их реализации.

По результатам оценки эффективности программ реабилитации пострадавших установлено, что наиболее активно реализуется медицинский раздел (88,6%) и социальный (76,4%). Наибольшие сложности возникают при выполнении рекомендаций по профессиональной реабилитации пострадавших (24,1%).

Таким образом, в Ростовской области для создания условий эффективной реабилитации и интеграции инвалидов и пострадавших вследствие профессиональных заболеваний в общество, а также повышения уровня их жизни предстоит дальнейшее совершенствование процессов разработки, реализации и контроля исполнения программ реабилитации пострадавших путем повышения ответственности органов и учреждений, принимающих участие в реализации реабилитационных мероприятий.

Стигматизация больных (зависимых) алкоголизмом и наркоманиями в современном обществе

Стрюков А. Н.; Андонов В. А.; ГУЗ «Наркологический диспансер Ростовской области», г. Ростов-на-Дону

В условиях современного общества такие медицинские дисциплины, как психиатрия и наркология претерпевали и претерпевают значительные перемены, начиная от разобщения этих служб с созданием автономных (независимых) учреждений, институтов, кафедр до переподчинения и укрупнения вплоть до объединения службы в масштабах области.

Индивидуализация служб наркологии и психиатрии не может быть проведена рационально, по причине одинакового понимания душевно больных людей, включая в себя болезни зависимого поведения (алкоголизма и наркомании) и присоединившуюся за этим гемблинг-зависимость от азартных игр.

В социуме сложилось мнение, что эти болезни могут появляться от слабохарактерности, излишней «мягкотелости, слабоволия», зачастую без понимания серьезности этих нозологических форм. Поэтому формируется стигматизация этих болезней, утрированно переводя их в ранг болезней 2–3 сорта, а люди, страдающие этими болезнями, становятся изгоями, к которым общество не выказывает должного понимания (толерантности — терпимости), высказывая критические замечания, носящие уничижительный характер.

Этому способствовало и способствует достаточно невысокий уровень образовательной базы наркологов, начиная от общей медицинской подготовки и заканчивая постдипломным образованием. В силу разобщения служб и ведомств возник дефицит кадров и деструктуризация наркологической службы, наркологами в 80-х годах стали работать врачи, не имеющие лечебного образования, прошедшие первичную, малочасовую специализацию терапевты, гинекологи, окулисты, санитарные врачи и другие. В доминирующий лечебный процесс в качестве главных специалистов и до сих пор вовлечены иглорефлексотерапевты, массажисты и другие параклинические специалисты. «Лечением» в силу бесконтрольности занимаются не только врачи, но и «народные целители», экстрасенсы, психологи, не имеющие медицинского образования, всевозможные колдуны и «бабки-повитухи».

Организация и неуправляемое развитие частных наркологических кабинетов и клиник, где отсутствует профессионализм, а зачастую и образовательная база, преобладает жажда быстрых заработков, приводит к тому, что часто грубо попираются интересы больного. Имея большие финансовые возможности, частные фирмы проводят огромные рекламные акции, обещая быстрое исцеление (за 20 минут), 100% эффект, всевозможные чудо-таблетки и прочее. Значительное количество больных алкоголизмом и наркоманиями, пройдя лечение в таких учреждениях, не только не получили квалифицированную помощь, но и упустили время, «подарили его болезни», хронифицировались и приобрели врачебный нигилизм. В частных клиниках медицинская помощь имеет характер разовой помощи, без длительной реабилитационной программы. Вследствие этого нарушаются адаптационные механизмы по взаимопониманию с обществом, близкими и зачастую — самим собой. А ведь именно длительная реабилитационная программа помогает достичь стабильной и стойкой ремиссии.

У пациентов и их родственников напрочь отсутствует информационная база о механизмах развития и типах течения этих болезней. Болезнь преподносится обществу, как «распущенность», а не как хроническое заболевание.

Формируется стигма (греч. — клеймо, отметина) самих заболеваний и людей, страдающих этими болезнями, происходит условное разделение на болезни, приемлемые обществом и понимаемые им, и болезни, которые являются «второсортными, малозначимыми». Стигма в данном случае определяется как социальное понятие, под которое подпадают больные алкоголизмом и наркоманиями, с последующим негативным отношением общества к данной категории пациентов, практически полностью пропуская симптоматические состояния (психопатологические заболевания, различные пограничные расстройства, органические заболевания головного мозга), доля которых по разным статистическим данным составляет 25–40% всех консультированных и пролеченных больных.

В достаточном количестве на консультативных приемах выставляется двойной диагноз по МКБ-10, психиатрический и наркологический. При этом наркологический диагноз выставляется не синдромально, а уже сформировавшимся, стадийным, с типом течения. И это требует понимания и общности служб психиатрии и наркологии.

К этим общностям следует отнести и проведение комплексных психиатрически-наркологических экспертиз в рамках уголовных и гражданских дел, где привлекаются в качестве специалистов врачи психиатры-наркологи.

В силу коммерциализации медицины и формирования большого количества частных лечебных учреждений и кабинетов, специалисты областного наркологического диспансера привлекались к проверкам в составе различных государственных ведомств по оценке работы данных учреждений, и имели возможность составить свое мнение по качеству предоставляемых услуг. Так, необходимо отметить, что в проверяемых частных учреждениях лечением наркологических больных занимались врачи-реаниматологи, применяющие необоснованные, brutальные методы лечения (электросудорожную терапию). Напрочь отвергается применение базовой комплексной патогенетической терапии. Используются запредельные терапевтические дозировки препаратов бензодиазепинового ряда и снотворные, которые при наркологических заболеваниях мешают полному отказу от наркотиков и могут формировать самостоятельные нозологические заболевания — токсикомании. Необоснованное применение больших доз данных препаратов вызывает различные формы опьянения у пациентов, которые находятся на лечении в частных наркологических клиниках и данная терапия наркологических больных может быть расценена как ятрогенная.

В заключение хотим напомнить, что психиатрия и наркология являются целостными структурными подразделениями в общей медицинской практике и не должны подвергаться стигматизации. Тогда и отношение общества к больным алкоголизмом и наркоманиями будет рациональным, видящем в этом болезнь, а не бытовую, рутинную будничность, сопровождающуюся пагубными ритуалами или проявлением порочных, мировоззренческих особенностей личности и характера.

ООО «ФЛАКС»

ФУТЛЯР ДЛЯ МЕДКОМПЛЕКТА ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ: ФМ-2, ФМ-3, ФМ-7, ФМ-5

Материал – кожа искусственная или натуральная. Масса, кг: 1,8 - 2,5
 ФМ-2 – 385x210x250 мм; ФМ-3 – 450x240x260 мм; ФМ-7 – 380x140x250 мм; ФМ-5 – 380x215x230 мм.

СУМКА СПАСАТЕЛЯ-САНИТАРА (САНДРУЖИННИКА): СМ-1, СМ-1М

Материал – ткань капроновая рюкзачная с водостойкой отделкой
 СМ-1 – 380x216x260 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 – 2 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 ПЕРЕНОСКИ ЛАБОРАТОРНОГО ИНВЕНТАРЯ: СЛ-1, СЛ-2

Материал – водоотталкивающая ткань, внутри – моющаяся пленка
 СЛ-1* со сменным вкладышем, 410x185x280 мм; СЛ-2 – 320x150x300

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

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

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

Материал – высокопрочный хладо и теплостойкий пищевой пластик
 УМСП-01-Пм – 440x252x330 мм; УМСП-01-П-520x310x390 мм
 УМСП-01-М – материал алюминиевый сплав. Масса, кг: 3,9, 441x220x295 мм

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

Материал – капронилискожа, 215x155x75 мм

ПАПКА-УКЛАДКА: ПУ-х, ПУ-в, ПУ-мс

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

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

Материал – водоотталкивающая ткань, внутри – моющаяся пленка, 420x190x230 мм

СУМКА СВВ выездного врача - 430x215x260 мм.



РЕКЛАМА

ООО «ФЛАКС», 105118, г. Москва, ул. Буракова, 27, корп.1, тел.:(495) 984-79-75, 662-92-09, www.flaksmed.ru

ООО «ИнтерМед-Юг» предлагает широкий ассортимент ортопедической корригирующей и профилактической обуви «ОРТЕК» и анатомической детской обуви «ТОТТО». Осуществляем прием заказов на изготовление индивидуальных ортопедических стелек- супинаторов любой сложности с возможностью компенсации укорочения до 3,5 см. Прием заказов на изготовление стелек производится как в нашем ортопедическом салоне «Орто-Дон» в г. Ростове-на-Дону, ул. Шаумяна, 62, тел. 244-15-47 (там же можно получить консультацию врача-ортопеда и специалиста по биомеханике), так и в электронном виде из любого населенного пункта РФ.



Корригирующая обувь «Ортек» рекомендуется для детей с наличием сформировавшейся вальгусной или варусной деформацией стопы, косолапостью. Высокий жесткий берез фиксирует не только таранно-пяточный, но и голеностопный сустав, что при постоянном ношении этой обуви формирует правильное развитие суставных поверхностей и препятствует дальнейшему развитию деформации. Специальный ортопедический диротационный каблук, имеющий большую длину с внутренней стороны, позволяет устранить инверсионный (вращение стопы вовнутрь) компонент деформации. Одна из особенностей обуви заключается в возможности комплектации индивидуально изготовленной стелькой, практически любой сложности.

Так же имеется обувь для людей страдающих «Синдромом диабетической стопы», в том числе разгружающие башмачки для разгрузки пятки и переднего отдела стопы.

Детская анатомическая обувь «ТОТТО» имеет жесткий задник, анатомически правильную выкладку свода и подошвенный перегиб в предпучковой зоне. Все это способствует правильному формированию стопы, предотвращая развитие плоскостопия у детей, а также позволяет корректировать своды стопы на начальной стадии плоскостопия. В разработке этой обуви принимали участие врачи-ортопеды г. Санкт-Петербурга.



Тел. (863) 262-70-17, тел/факс 242-56-58 E-mail: info@ortodon.ru www.orto-obuv.ru

ПРОИЗВОДСТВО И ПОСТАВКА СОВРЕМЕННЫХ ИНДИКАТОРОВ ЭКСПРЕСС-КОНТРОЛЯ



ВИНАР
НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ
ФИРМА

Научно-производственная фирма «ВИНАР»
105094, г. Москва, а/я 26
(495) 988-7667, 963-7359

www.vinar.ru
E-mail: main@vinar.ru

ОПЕРАТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ КРИТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СТЕРИЛИЗАЦИИ ХИМИЧЕСКИМИ ИНДИКАТОРАМИ

- Серия «**МедИС**» — самоклеющиеся индикаторы 4 класса для контроля критических параметров паровой (120°/45', 126°/30', 132°/20') или воздушной (160°/150', 180°/60') стерилизации в КАМЕРЕ стерилизатора (снаружи стерилизуемых упаковок);
- Серия «**СТЕРИКОНТ**» — самоклеющиеся индикаторы 4 класса для контроля ВСЕХ критических параметров паровой (120°/45', 132°/20') или воздушной (160°/150', 180°/60') стерилизации в КАМЕРЕ стерилизатора (снаружи стерилизуемых упаковок);
- Серия «**СТЕРИТЕСТ**» — самоклеющиеся индикаторы для контроля ВСЕХ критических параметров паровой 4 класса (120°/45', 132°/20' в стерилизаторах с продувкой) или воздушной 5 класса (160°/150', 180°/60', 200°/30') стерилизации ВНУТРИ стерилизуемых упаковок;
- Серия «**ИНТЕСТ**» — самоклеющиеся индикаторы 4 класса для контроля ВСЕХ критических параметров паровой стерилизации как в КАМЕРЕ стерилизатора, так и ВНУТРИ стерилизуемых упаковок в стерилизаторах с вакуумированием при режимах: 121°/20', 126°/10', 134°/5';
- Серия «**ФАРМАТЕСТ**» — самоклеющиеся индикаторы 4 класса для контроля ВСЕХ критических параметров паровой стерилизации как в КАМЕРЕ стерилизатора, так и ВНУТРИ стерилизуемых флаконов с растворами при режимах: 100°/30', 100°/45', 100°/60', 110°/10', 110°/15', 110°/20', 110°/30', 110°/60', 110°/90', 120°/8', 120°/12', 120°/15', 120°/30';
- Серия «**СВИДЕТЕЛИ**» — самоклеющиеся индикаторы 1 класса для визуального отличия упаковок, прошедших стерилизацию, от нестерилизованных и исключения риска смешения потоков стерилизованных и нестерилизованных изделий. Применимы при всех разрешенных в России режимах воздушной и паровой стерилизации.
- Серия «**СанИС**» — позволяют контролировать критические параметры процесса паровой обработки зараженных микроорганизмами объектов (120°/90', 120', 126°/60', 90', 132°/45', 60', 134°/27', 35').

ЭКСПРЕСС-КОНТРОЛЬ КОНЦЕНТРАЦИЙ РАБОЧИХ РАСТВОРОВ ИНДИКАТОРАМИ СЕРИИ «ДЕЗИКОНТ» ДЛЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ:

АВАНСЕПТ	ГИПОХЛОРИТ НАТРИЯ	НОВОДЕЗ-ФОРТЕ	ТРИМИЦИН-ЭМ
АЛАМИНОЛ	ДВУ-5	ОФАЛЬ	ХЛОАКТИВ
АЛЬФАДЕЗ	ДЕСОН	ПЕРЕКИСЬ ВОДОРОДА	ХЛОРАМИН
АМИНОЦИД	ДСВУ	САМАРОВКА	ХЛОРНАЯ ИЗВЕСТИ
АНАВИДИН-КОМПЛИТ	ЛИЗОФОРМИН 3000	СЕПТАБИК	ЭРИГИД ФОРТЕ
БИАНОЛ	МИСТРАЛЬ	СЕПТОДОР	ЭФФЕКТ-ФОРТЕ
БИОДЕЗ-ЭКСТРА	НЕЙТРАЛЬНЫЙ АНОЛИТ	СЕПТОДОР-АРОМА	ЭКОДЕЗ
БРИЛЛИАНТ	НИКА-ДЕЗ, НИКА-НЕОДЕЗ	СЕПТОДОР-ФОРТЕ	ЭКОДЕЗ-75
БРОМОСЕПТ 50% р-р	НИКА ЭКСТРА-М	СУЛЬФОХЛОРАНТИН Д	ЭКОМИН
ВАПУСАН	НИЗАМЕД	СУПРАЦИД	ЭКОМИН-ФОРТЕ
ВЕЛТОЛЕН	НИЗАМЕДВИТА	ТРИЛОКС	ДХИ - средства на основе Na-соли ДХЦК
ГИПОХЛОРИТ КАЛЬЦИЯ	НОВОДЕЗ-50	ТРИМИЦИД	

САЛФЕТКИ ИНДИКАТОРНЫЕ

- «**Дезиконт-ЧАС**» — для обнаружения следов дезсредств на основе ЧАС;
- «**Дезиконт-ХЛОР**» — для обнаружения следов хлорсодержащих дезсредств.

СТЕРИЛИЗАЦИОННЫЕ УПАКОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- **Бумажные самоклеющиеся пакеты «ВИНАР»** (с индикатором 1-го класса) для паровой и воздушной стерилизации.
- **Комбинированные рулоны и пакеты для паровой и газовой стерилизации.**
- **Полиамидные пакеты и рулоны для воздушной стерилизации.**
- **Термосварочные аппараты.**

ЭКСПРЕСС-КОНТРОЛЬ pH РАСТВОРОВ

- **Индикаторы серии «ЛИКОНТ»** — для определения pH водных растворов;
- **Индикаторы серии «Молконт-pH»** — для определения pH молока и молочных продуктов;

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ

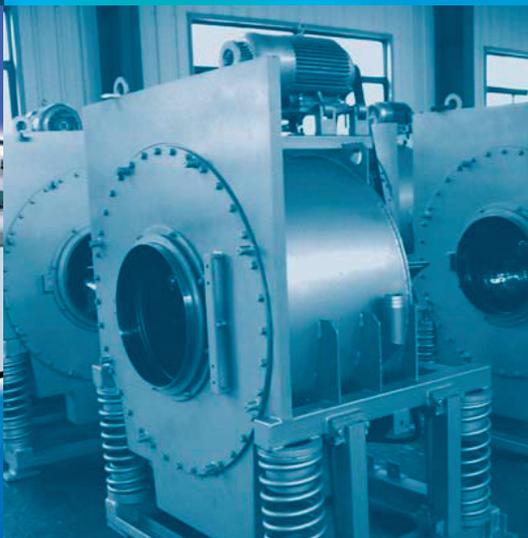
- **АЗОПИРАМ** — для определения следов крови;
- **ФЕНОЛФТАЛЕИН** — для определения остаточных количеств щелочных компонентов моющего средства;
- **СУДАН III** — для определения жировых загрязнений;

ОТЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

- Журнал контроля работы стерилизаторов (форма 257/у).
- Журнал учета качества предстерилизационной обработки (форма 366/у).
- Журнал регистрации режима стерилизации исходных лекарственных веществ (приказ МЗ РФ № 214).
- Журнал контроля концентраций рабочих растворов дезинфицирующих и стерилизующих средств.
- Журнал учета проведения генеральных уборок (СанПиН 2.1.3.1375—03).
- Журнал регистрации и контроля работы бактерицидной установки (Рук. Р.3.1.693—98).
- Книга учета получения и расхода дезсредств.

**ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА ОТ РОССИЙСКИХ И ЗАРУБЕЖНЫХ
ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ОПТОМ И В РОЗНИЦУ ПО ДОСТУПНЫМ ЦЕНАМ**

SAILSTAR



Оборудование для прачечных и ХИМЧИСТОК



ЗАО „БИЗНЕС-МОНОЛИТ“

127106, Россия, Москва, Гостиничный проезд д. 6, стр. 2
Тел/факс: +7 (495) 739-03-63, E-mail: info@zaomonolit.ru

<http://www.sailstar.info>



ОАО Елатомский приборный завод

КОМПЛЕКСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ



TUV NORD
EN ISO 13485:2003
№1964/02

- *Стационарная и портативная медицинская техника;*
- *Ультразвуковое оборудование для предстерилизационной очистки;*
- *Емкости для дезинфекции;*
- *Изделия медицинского назначения;*
- *Медицинская мебель;*
- *Расходные материалы.*



Передовые технологии дезинфекции и очистки медицинских инструментов

В последнее время резко возросло значение проблемы внутрибольничных инфекций (ВБИ). Службы здравоохранения всех развитых стран бьют тревогу, ведь возросшая численность заболеваний микробного происхождения, полученных в результате госпитализации или простого обращения в больницу, приносит внушительный экономический ущерб. Самыми частыми формами таких инфекций являются вирусные гепатиты В и С, постинъекционные осложнения и инфекции ран. Всего при нежелательном контакте с кровью может быть передано более 30 инфекций.

• СТАТИСТИКА

По данным ВОЗ, 30% прооперированных больных переносят осложнения в послеоперационном периоде, вызванные госпитальной инфекцией. Госпитальные гнойно-септические заболевания являются причиной смерти каждого двенадцатого пациента, умершего в больнице. В предотвращении угрозы внутрибольничного заражения огромное значение приобретает качество дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских инструментов.

Инфицирование пациентов в основном происходит при использовании некачественно простерилизованных инструментов, а заражения медицинского персонала чаще всего связаны со случайным уколom рук иглой или другими колющими инструментами. Для надежного 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 поликлиник. Одним из удачных решений можно назвать организацию в медицинском учреждении централизованного стерилизационного отделения (ЦСО). Такие отделения позволяют решать все основные задачи, направленные на борьбу с ВБИ. Именно здесь проводится полноценная обработка и стерилизация всех необходимых для лечения и диагностики медицинских инструментов и материалов. Кроме того, работники централизованных стерилизационных отделений занимаются внедрением самых современных методов предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских изделий.

Ключ к решению проблемы — современное оборудование

Выбор качественного современного оборудования сегодня позволяет с легкостью решать многие проблемы возникновения ВБИ. Если раньше обеспечение качественной предстерилизационной очистки инструментария при одновременном сокращении тактильного

контакта с ним в процессе обработки оставалось для российских медиков лишь мечтой, то теперь это реальность. Причем производится качественное оборудование у нас в России. Полный комплекс оборудования и аксессуаров представлен на российском рынке Елатомским приборным заводом, торговая марка «ЕЛАМЕД».

В мировой практике для обработки медицинских инструментов широко используется ультразвук — его даже называют «добросовестным и активным помощником» медсестры в ее работе по очистке медицинских инструментов. Работает в этом направлении и «ЕЛАМЕД». Одним из самых современных проектов является производство установок для ультразвуковой предстерилизационной очистки медицинских инструментов УЗО 01—01, УЗО 3—01, УЗО 5—01 и УЗО 10—01 «МЕДЭЛ». Эти установки предназначены для предстерилизационной очистки в моющем или моюще-дезинфицирующем растворе инструментов и изделий медицинского назначения (хирургических, эндоскопических, гинекологических, стоматологических инструментов, шприцев, оптических принадлежностей, лабораторной посуды и другого оборудования) от различных загрязнений, в число которых входит кровь и ее компоненты, белки, жиры, масла, пыль, мелкие частицы, костная ткань и продукты коррозии. Установки различаются массой и рабочим объемом (от 1 до 10 литров), но имеют сходные технические характеристики: диапазон устанавливаемых временных интервалов обработки от 1 до 20 минут; интервал установки 1 минута; индикация электропитания от сети; параметры электропитания: 220В/50 Гц; потребляемая мощность 200 ВА.

Полученные в результате действия ультразвукового излучателя колебания вызывают в жидкой среде пульсирующие упругие волны. Особенности конструкции установки обеспечивают максимальный доступ этих волн ко всем поверхностям очищаемых инструментов. При этом возникающие динамические нагрузки обеспечивают отделение загрязнений от поверхностей инструментов, а абсорбирующие свойства моющего раствора — их полную очистку.

Достоинства этих установок неизменно оправдывают затраты на их приобретение, так как позволяют быстро выполнить трудоемкую и рутинную ручную работу персонала: очистить труднодоступные участки изделий, не применяя органические растворители. При этом сокращается время обработки инструментов, повышается чистота процесса очистки, а на очищенных поверхностях не образуется налет. Среди других очевидных плюсов ультразвукового оборудования «ЕЛАМЕД» можно выделить то, что при его использовании исключается ручная отмывка инструментов, что резко сокращает вероятность травмирования и инфицирования персонала. Средний срок службы этих установок — не менее 5 лет.

Ручная обработка	Время, мин.	Обработка УЗО «МЕДЭЛ»	Время, мин.
ополаскивание в проточной воде	1	дезинфекция, совмещенная с ПСО ультразвуком	15
дезинфекция (замачивание)	60	промывание проточной водой	1
ручная очистка в том же растворе, на каждый предмет	0,5–1	ополаскивание дистиллированной водой	0,5
промывание проточной водой	1	Итого на 100 предметов	16–17
ополаскивание дистиллированной водой	0,5		
Итого на 100 предметов	120–150	ЭКОНОМИЯ ВРЕМЕНИ – В 9 РАЗ	

Применение установки УЗО способствует повышению защиты медицинского персонала и пациентов от ВБИ, охраняет труд и здоровье медицинских работников.

Возможности совмещения дезинфекции и предстерилизационной очистки с применением установок УЗО «МЕДЭЛ»

Дезинфекция, совмещенная с предстерилизационной очисткой изделий медицинского назначения механизированным способом (с использованием УЗО), пока еще является новой технологией для медицинских учреждений России, хотя широко используется в Европе и США.

Многие дезинфицирующие средства уже прошли испытания на дезинфекцию, совмещенную с предстерилизационной очисткой механизированным способом, и имеют соответствующие методики в руководствах по эксплуатации. Эта новая сфера применения дезинфицирующих средств зарегистрирована МЗ РФ.

Механизированный способ дезинфекции, совмещенный с ПСО, по сравнению с традиционным ручным способом дает значительный экономический эффект как немедленный, за счет сокращения трудозатрат и времени медицинского персонала, так и перспективный, за счет сохранения фонда дорогостоящих медицинских инструментов и изделий.

Проведем расчет временных затрат на примере средства «Бриллиант» (табл. 1).

И в завершение несколько отзывов медицинских работников.

Старшая медицинская сестра ЦСО областной психиатрической больницы г. Кемерово Наталья Кочанова:

«С приобретением установки УЗО «Медэл» улучшилась работа младшего медицинского персонала, так как больше не требуется ершевание медицинского инструментария, сократилось время предстерилизационной очистки инструментов. Кроме того, появилась возможность экономить средства, в частности, уменьшилось потребление порошка и перекиси водорода».

Медицинская сестра ЦСО областного клинического противотуберкулезного диспансера г. Кемерово Нелля Мухаметдяева:

«Хочется отметить снижение времени обработки и риска возникновения аварийных ситуаций, например, заражения ВИЧ-инфекциями. Считаем, что установка УЗО необходима в ЦСО и в других подразделениях, так как она экономична в работе, малогабаритна и является хорошим помощником в работе среднего медицинского персонала».

Главная медсестра Госпиталя №1 ГУВД КО Тамара Джуржина:

«Мы провели экономический анализ обработки инструментария на ультразвуковой установке по сравнению с ручным способом. Выяснилось, что стоимость ручной обработки в год составила 48780 рублей, а с применением УЗО — 18384 рубля. Хочу отметить, что установка окупилась в течение полугода».

Главная медицинская сестра Клинического диагностического центра Елена Буш:

«Прибор позволяет существенно экономить время, а исключение человеческого фактора помогает избежать травмирования. Инструменты после обработки просто блестят и сверкают чистотой. Установка очень удобна в применении, у нее современный хорошо выполненный дизайн — мне, как медицинской сестре, очень приятно с ней работать».

Старшая медицинская сестра хирургического отделения Клинической поликлиники №5 г. Кемерово Татьяна Тутова:

«Установка нам нравится, считаю, что она просто необходима в работе среднего медицинского персонала, так как сокращается время на обработку инструментов, можно полностью очистить их от биологических препаратов. На травматологическом инструменте полностью отошла коррозия, все азопирамовые пробы отрицательные».

Кроме ультразвукового оборудования, завод «Еламед» специализируется на выпуске полимерных емкостей-контейнеров для дезинфекции и предстерилизационной обработки инструментов, полимерных медицинских лотков для размещения стерильных инструментов и лекарств. Большой популярностью среди медицинских работников также пользуются передвижные стеллажи СП-01, послушные в управлении и отличные по «ходовым качествам». Стоит упомянуть и о других «мелочах», которые играют такую важную роль в ежедневной работе медицинского персонала, например, легкие пластмассовые защитные очки, которые на различных выставках врачи десятками скупают на собственные деньги. И недаром — легкие, удобные и незаметные, эти очки подходят к любому типу лица, не соскальзывают и надежно защищают глаза от брызг. Широкое применение находят и производимые заводом пластмассовые прозрачные маски для защиты лица врача-стоматолога.

Роботизированная микроскопия — новое поколение автоматизированных цитодиагностических анализаторов

Медовый В. С., д.т.н., ЗАО «Медицинские компьютерные системы», г. Москва

Комплексы роботизированной микроскопии (КРМ) с роботизированными функциями анализов биоматериалов являются новым поколением медицинской техники, активно внедряющимся в лабораторную практику в текущем десятилетии (Плясунова С. А. и соавт., 2006; Медовый В. С. и соавт., 2006). В состав КРМ входит достаточно дорогое оборудование (моторизованный микроскоп, видеокамера, компьютер) и программное обеспечение. Разные модели КРМ сравнимы по цене с проточными гемоанализаторами среднего и высокого класса. Для покупки КРМ хотелось бы иметь основания, также сравнимые по значимости с аргументами покупки гемоанализатора. Опыт эксплуатации КРМ еще невелик (в России около 100 лабораторий), рекламная кампания несопоставима по размаху с рекламой ведущих брендов. Чтобы определить возможности и роль КРМ, рассмотрим еще раз известные из литературы современные представления о назначении и стандарте качества микроскопических анализов мазков крови в клинико-диагностической лаборатории. Из этих представлений можно сделать заключение о том, чего следует и чего не следует ждать от автоматизации этих анализов, как выбрать модель КРМ с необходимым составом функций и производительностью, как организовать эффективное использование КРМ.

Назначение и рекомендации по методике микроскопических анализов мазков крови по литературным данным (Vives Corrons J.L. et al., 2004, 2006; Луговская С. А. и соавт., 2006; Bain Barbara J., 2005; Abramson N., 2004)

1. Многие болезни могут давать нормальные формульные соотношения клеток крови и ненормальную морфологию клеток, поэтому использования только проточных гемоанализаторов недостаточно. Современные проточные гемоанализаторы могут не обнаруживать необычные клетки, примерно в 20% случаев результаты анализов вызывают сомнения. Необходим по крайней мере выборочный микроскопический контроль результатов проточного гемоанализатора. Микроскопический анализ рекомендуется для дифференциальной диагностики, в частности, если проточный гемоанализатор указал на отклонение от нормы (флаги).

2. Исследование мазков крови включает полную лейкоцитарную формулу, обнаружение необычных клеток, необычной морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов.

3. Ручной анализ мазков крови является трудоемкой и ответственной работой, требующей высокого напряжения. Нагрузка на персонал, качество рабочих мест должны быть на приемлемом уровне.

4. Анализ мазков крови должен делать только специально обученный высококвалифицированный персонал. Рекомендуется внешняя оценка квалификации персона-

ла, включая оценку качества пробоподготовки, качества выполнения визуального анализа и качества документации с результатами анализа. Рекомендуется применение телемедицины с использованием изготовленных КРМ виртуальных мазков крови («виртуальных слайдов»).

5. Для обнаружения атипичных и юных форм необходимо просматривать весь мазок на малом увеличении с переходом на большое увеличение при их обнаружении для идентификации. Для детального исследования морфологии нужно применять объектив 100 х ми.

6. При приготовлении мазков с помощью шпателя лейкоциты стремятся сосредоточиться в «щетке» и на краях мазка в большей степени, чем в центре. Более крупные клетки (бласты, моноциты) в большей степени стремятся к краям мазка. Применение покровных стекол и центрифугирование уменьшают эти тенденции.

7. При анализе лейкоцитов основными источниками ошибок являются: неравномерное распределение лейкоцитов в мазке; ошибки распознавания лейкоцитов; статистическая ошибка размера выборки. Плохое приготовление и окраска мазка являются основными причинами ошибок распознавания и распределения клеток в мазке.

Необходимое качество мазка при нанесении шпателем: постепенное изменение толщины мазка от толстой к тонкой части, заканчивающееся прямоугольным краем. Мазок более узкий, чем стекло, с гладкими непрерывными границами. Выполнять скрининг нужно начиная с области, где около 50% эритроцитов перекрываются, перемещаясь к области, где эритроциты имеют ориентацию (в щетке). Указанная рабочая зона должна иметь минимум 2,5 см в длину и заканчиваться минимум за 1 см от конца стекла. В ней должно содержаться не менее 300 лейкоцитов. При лейкопении нужно использовать несколько мазков.

8. Для обычных мазков при подсчете лейкоцитарной формулы рекомендуется зубчатая траектория сканирования со сменой направлений после просмотра равных количеств полей зрения.

9. При размере выборки в 100 клеток статистическая ошибка при подсчете лейкоформулы сравнима с диапазоном нормы. Рекомендуется размер выборки лейкоцитов от 200 клеток.

От рекомендаций к стандарту качества микроскопии мазков крови

Полное выполнение всех 9 перечисленных выше рекомендаций при ручной микроскопии даже в развитых странах осуществимо далеко не во всех лабораториях, прежде всего из-за нехватки высококвалифицированного персонала. Общеизвестны недостатки ручной микроскопии, затрудняющие осуществление и не позволяющие в достаточном объеме контролировать выполнение рекомендаций: субъективность, трудоемкость, плохая

эргономика, отсутствие информационных услуг и другие. Это и определяет характер указанных условий как рекомендаций, а не как требований стандарта качества. Фактически анализ, выполняемый вручную в полном объеме рекомендаций, относится в большинстве лабораторий к классу углубленных, то есть выполняемых только по специальным заявкам. В руководствах по лабораторной гематологии предлагаются также компромиссные рутинные варианты анализа, снижающие вероятность правильного диагноза, но увеличивающие объем производства анализов: использование выборки в 100 лейкоцитов; анализ только на большом увеличении с поиском атипичных клеток не во всем мазке, а только на краях рабочей зоны; использование объектива 50 х ми. В любом случае визуальная оценка морфологии собранной выборки клеток является главным элементом анализа.

Что касается пробоподготовки, то реализация необходимого качества мазков крови вполне доступна. При ручном приготовлении нужны квалифицированные лаборанты. Их могут заменить представленные на рынке разнообразными автоматизированные устройства. Например, недавно появилась центрифуга, выполняющая одновременно нанесение и окраску мазка.

KPM автоматизирует процесс сбора выборки и сортировки клеток мазка крови, заменяя в этом процессе глаза и руки врача. Возможности современных KPM на разных этапах этого процесса различны. Сбор выборки, связанный с навигацией, перемещением препарата, фокусировкой, сменой объективов, обнаружением и сбором выборки эритроцитов, тромбоцитов и ядросодержащих клеток, контролем качества мазка (рекомендации 5, 7, 9) выполняется с качеством, в среднем значительно превосходящим ручную микроскопию (Плясунова С. А. и соавт., 2006). С помощью KPM легко продемонстрировать неустранимые ошибки компромиссных вариантов анализа, таких как подсчет формулы лейкоцитов на базе 100 клеток. В то же время качество оценки атипичной морфологии, сортировки юных и патологических форм клеток в собранной выборке по типам в современных KPM значительно уступают возможностям зрительного анализатора опытного врача-лаборанта. Поэтому KPM работают в режиме «поддержки» визуального анализа (support). Избавляя врача от изнурительной микроскопии

и обеспечивая комфортабельное рабочее место перед экраном компьютера, KPM сортирует автоматически собранную выборку клеток только по нормальным типам и по небольшому числу других типов (Плясунова С. А. и соавт., 2006). Изображения клеток в форме галерей по типам клеток предъявляются врачу для визуального просмотра на экране компьютера параллельно с автоматической микроскопией или в отдельном сеансе (который может быть удаленным). Атипичные клетки при этом могут оказаться в галереях нормальных типов или в общей галерее «необычные клетки». Просматривая галереи, врач может несколькими нажатиями клавиш исправить ошибки автоматической сортировки и выполнить дополнительную сортировку. Указанный компьютерный визуальный анализ выборки в 200 клеток обычно занимает до 30 секунд. Окончательная сортировка нормальных типов, дополнительная сортировка атипичных форм вместе с выбранной из меню оценкой атипичной морфологии фиксируются вместе с галереями в базе данных и могут быть использованы для ретроспективного анализа, контроля качества и обучения персонала (Плясунова С. А. и соавт., 2006). Таким образом, KPM выполняет все рекомендации по самому процессу микроскопии (2, 3, 5, 8, 9) и выполняет контроль качества выполнения остальных не зависящих от KPM рекомендаций (к пробоподготовке и визуальному анализу, требования 1, 4, 6, 7). Кроме того, KPM способен изготавливать виртуальные мазки крови (стандартные виртуальные слайды), которые наряду с галереями можно использовать для телемедицинских консультаций и обучения персонала (Luethi U. et al., 2004). Важным свойством KPM является возможность полного контроля качества автоматических операций потребителем с применением специализированных «референсных» виртуальных слайдов (Медовый В.С. и соавт., 2008). Поэтому, по крайней мере в принципе, применение KPM в клинической и гематологической лабораториях должно значительно улучшать качество анализов клеток крови. Выполнение анализов в полном соответствии со всеми рекомендациями 1—9 при этом переходит из разряда углубленных в разряд рутинных, повышая среднюю диагностическую значимость. Указанные рекомендации при этом становятся требованиями стандарта качества, применимого в рутинной практике обычной лаборатории.

Таблица 1

Характеристики некоторых моделей KPM производства MEKOC (Россия) и Cellavision (Швеция)

№	Модель	Автоматизация микроскопа	Выполнение требований стандарта	Пропускная способность, мазков в час	Примерная цена, тыс. руб.
1	МЕКОС/BA300/MS2 стол на 1 стекло, фокус	кроме просмотра на малом увеличении (п. 5)	до 10	450	
2	МЕКОС/E200/MS2/50/	-/-	-/-	до 20	700
3	МЕКОС/DM1000/MS2/40/3.0 стол на 3 стекла, фокус	-/-	до 30	1000	
4	МЕКОС/BX51/MS2/40/3.0 стол на 3 стекла, фокус, объективы	все требования	до 40	1200	
5	МЕКОС/BX51/Scan/40/3.0 стол на 8 стекол, фокус, объективы, масло, штрих-код	-/-	-/-	1600	
6	Cellavision DM8	-/-	-/-	35	
7	Cellavision DM96	загрузка до 96 стекол, фокус, объективы, масло, штрих-код	-/-	-/-	

Условия эффективного использования КРМ различных моделей

Рассмотрим условия, в которых фактическое выполнение стандарта качества с помощью КРМ осуществимо или неосуществимо. Условия связаны как с комплектацией КРМ, так и с организацией и оснащением лаборатории.

В таблице 1 представлены некоторые современные модели КРМ производства фирм МЕКОС (Россия, www.mecos.ru) и Cellavision (Швеция, www.cellavision.com) и их возможности осуществлять пункты требований 1–9. Как видно из таблицы, старшие модели обеспечивают весь набор требований, недорогие младшие модели обеспечивают неполный набор. Разные модели имеют разную производительность.

В современных клинических лабораториях общепринятой является схема, при которой микроскопический анализ мазков крови выполняется только в случаях, когда проточный гемоанализатор высокого класса («5 diff» с определением формулы всех 5 нормальных типов лейкоцитов) показал необходимость выполнения такого анализа (Луговская С. А., 2006). В среднем такие случаи составляют до 10–15% от общего потока анализов клеток крови (Bain Barbara J., 2005). Процент микроскопических анализов мазков крови в общем потоке заявок на анализ, тщательность выполнения требований 1–9 определяются политикой руководства, финансовыми и нормативными условиями. Отметим, что эта 2-этапная схема является компромиссным вариантом анализа, поскольку она не отвечает пункту 1 перечисленных выше рекомендаций.

В российских лабораториях в настоящее время в зависимости от оснащения лаборатории и имеющегося персонала используются различные схемы анализа клеток крови.

В хорошо оснащенных лабораториях применяется указанная выше 2-х этапная схема 100% применения проточного гемоанализатора высокого класса и микроскопии мазков крови по выявленным случаям необходимости более детального анализа. Даже в крупных лабораториях обычная нагрузка на КРМ при этом составляет до 50 мазков в день. Пропускная способность КРМ (10–40 мазков в час в зависимости от комплектации) при такой нагрузке не является определяющим фактором и его возможности улучшить качество анализов востребованы персоналом. КРМ применяется главным образом для поддержки визуального анализа атипичной морфологии, контроля результатов проточного гемоанализатора и обучения персонала. Могут применяться разные модели КРМ, наибольший уровень автоматизации и качества изображений предоставляют старшие модели.

В большинстве российских лабораторий до сих пор либо вообще не применяются, либо применяются проточные гемоанализаторы с ограниченным составом параметров, вычисляющие, в частности, лейкоцитарную формулу с разделением на 2–3 позиции. Мазки крови в таких лабораториях используются для всего потока заявок на общий клинический анализ главным образом для подсчета лейкоформулы.

Отметим еще раз, что при обеспечении современного качества клинического анализа клеток крови микроскопия и проточный гемоанализ не могут заменить друг друга. Микроскопический анализ даже в случае применения КРМ остается визуальным, то есть не полностью автоматическим. Проточный гемоанализатор должен использоваться, как минимум, для определения концентраций клеток. КРМ располагает функциями автоматизации подсчета концентраций объектов в камере Горяева, однако общая трудоемкость пробоподготовки и невысокая скорость позволяют рекомендовать такую методику определения концентрации клеток крови только для специальных исследовательских целей и для контроля качества. Одновременно со скринингом мазка крови КРМ выполняет грубую оценку концентраций основных типов клеток, которая может использоваться для контроля качества проточного гемоанализатора.

В небольших лабораториях (до 100 анализов) даже при 100% микроскопии при правильно выбранной комплектации нагрузка на КРМ, как и в хорошо оснащенных лабораториях, остается на приемлемом уровне. Отзывы о работе КРМ, если удастся наладить нормальное качество приготовления мазков крови, как правило, положительные.

Однако в крупных лабораториях такого типа ежедневно может изготавливаться более 100 и даже более 300 мазков. Мазки обычно готовятся вручную. Как правило, собирается выборка в 100 лейкоцитов, поиск атипичной морфологии выполняется по сокращенной схеме, контроль качества практически отсутствует или весьма ограничен. Таким образом, при ручной микроскопии в подобных условиях все требования 1–9 частично или полностью не выполняются, практически не контролируются. Если мазков больше 100 на один комплекс, основным критерием работы КРМ с точки зрения обслуживающего персонала становится не качество анализов, а пропускная способность. Решая, купить или не купить КРМ, руководителю лаборатории необходимо сделать выбор не столько между разными пропускными способностями лаборатории, сколько между разными уровнями качества и использования анализов, разными условиями труда, разными возможностями обучения персонала. Затраты времени лаборанта, обслуживающего КРМ с предметным столом на 1 стекло по сравнению с ручной микроскопией не уменьшаются. Старшие модели избавлены от этого недостатка. При применении стола на несколько стекол лаборант может в соответствующее число раз реже обслуживать комплекс.

Что можно сделать, если вы уже купили КРМ, и его скорость вас не устраивает?

Прежде всего, необходимо создать условия достаточной пропускной способности КРМ. В крупной лаборатории рекомендуется применять рассмотренную 2-этапную схему, ограничивающую поток микроскопических анализов. Рекомендуется применение проточного гемоанализатора класса diff5. В ряде лабораторий 2-этапная схема может быть связана не с флагами гемоанализатора, а с другой диагностической информацией. Целесообразно использовать информационные возможности, благодаря которым весьма простое обслуживание потока мазков крови на КРМ и просмотр галерей могут выполнять специалисты разной квалификации, в том числе дистанционно. Часто

эффективна модернизация КРМ. Благодаря бурному прогрессу комплектующих модернизация КРМ, купленного более двух лет назад, может в 2—3 раза повысить скорость скрининга мазка, обеспечить выполнение всех перечисленных требований. Модернизация в несколько раз дешевле нового КРМ. Полезно применение специальных устройств для приготовления и окраски мазков. Применяйте выборку в 200 лейкоцитов, используйте КРМ для контроля проточного гемоанализатора и обучения персонала.

Расширение состава анализов клеток крови средствами КРМ по сравнению с ручной микроскопией и проточными гемоанализаторами

Как отмечено выше, КРМ позволяет на практике в массовых масштабах внедрить выполнение визуальных микроскопических анализов в соответствии с полным стандартом требований. Автоматизация компромиссных рутинных вариантов анализа также дает значительный эффект благодаря радикальному улучшению условий труда, контролю качества, телемедицине. Однако возможности КРМ не исчерпываются поддержкой визуального анализа, который по своей природе остается субъективным и связанным со специфическим набором признаков, формируемых зрительным анализатором человека. КРМ позволяет измерять большую группу морфологических характеристик клеток, недоступных как глазам врача (из-за трудоемкости и другой системы формирования

признаков), так и проточным гемоанализаторам (из-за низкого пространственного разрешения).

Перечислим некоторые измерения клеток крови средствами КРМ, расширяющими традиционный состав анализов (Медовый В. С. и соавт., 2006; Байдун Л. В. и соавт., 2003; Пятницкий А. М. и соавт., 2007; Балугян Р. Ш. и соавт., 2008).

- Измерение количества сегментов нейтрофилов.
- Определение лимфоцитогаммы (ядерно-цитоплазматическое соотношение, размер).
- Измерение формы, плотности, размеров эритроцитов, включая индекс овалоцитоза, двумерное распределение количество гемоглобина / размер.
- Измерение морфологии пойкилоцитов с формированием «эритроцитарной формулы» патологических форм эритроцитов.
- Морфометрия клеток, измерение меток при люминесцентных и цитохимических методиках анализа.
- Измерение плоидности ДНК.
- Измерение динамики перемещения объектов в капле жидкой крови.

КРМ может использоваться в КДЛ как многофункциональная станция для выполнения не только гематологических анализов, но и анализов других типов. Роботизированные и измерительные средства КРМ расширяют возможности исследовательских методик анализа. Сказанное позволяет рассчитывать на качественное и количественное пополнение КРМ в ближайшие годы.



ООО НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ИННОВАЦИОННАЯ ФИРМА «ГИПЕРИОН»

121170, г МОСКВА, КУТУЗОВСКИЙ ПРОСПЕКТ, 34 Тел/Факс: (499) 249-08-69. www.giperion-msk.ru, e-mail: giperion@gmail.com
Лицензия МЗ РФ №64/2003-0274-0289 от 08.07.2003 г.

Разработка и производство медицинского и лабораторного оборудования

Наименование изделия	Цена в руб. на 01.05.2009
Устройства для запаивания трубок полимерных контейнеров для заготовки и хранения крови «Гекон» (4 модификации)	50500 — 62500
Устройство для дозирования инфузионных растворов в контейнеры	148090
Помешиватель-дозатор для заготовки крови «Лица» / со столиком	39000 / 42500
Миксер донорской крови «Гемикс» / со столиком	49500 / 53000
Столик под дозатор и миксер	3540
Размораживатель продуктов крови на 4 контейнера «Плазмотерм-4»	82350 — 139000
Термостатируемая ванна объемом 100—700 л	296000 — 1290000
Ванна термостатируемая ВТ-20	39500
Вставки к ванне ВТ-20 для контейнеров / пробирок	9100 / 6100
Вибротермостат для иммунологических исследований ВТ-1 / «Витерм»	8673 / 13865
Плазмозекстракторы механический / автоматический	9100 / 50150
Устройство дозирования донорской крови ДМ1	5900
Стойка напольная для введения инфузионных растворов (нерж. сталь) СР-01	6500 — 8900
Стойка передвижная для лейкофилтрации	37800
Стойка настольная СН-1	3700 — 3900
Стол-подставка для выездных бригад забора крови	3068
Портативный эхосинускоп для диагностики состояния околоносовых пазух «Эхолор»	70800
Аудиотестер «Эхотест»	29500
Анализатор рефракции лазерный «ЛАР-01» / «ЛАР-02»	68027 / 76523

ООО «ВИТАЛАБ»

196105, г. Санкт-Петербург, Яковлевский пер., 11, оф. 3 (812) 740-71-04, 740-71-05, e-mail: vitalab@mail.ru, www.vita-lab.spb.ru
 Обеспечение лабораторий. Медицинское оборудование. Диагностические наборы, реагенты и расходные материалы.

ВЫГОДНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

Альбумин (10%) – 100 мл – плазмозаменитель ОПТОМ	1660 руб.
ТЕРМОИНДИКАТОРЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ	
Электронный термоиндикатор для контроля холодной цепи «ТермоТест»	1320 руб.
Химический тест, реагирующий на повышение температуры	200 руб.
Капиллярный тест, реагирующий на понижение температуры	300 руб.

Категория №	Наименование	Цена в руб. за упаковку 1000 шт. без НДС на 01.06.09
04.1905.001	S-Monovette 2,6 мл, 90x13 мм, активатор свертывания + гель, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	14059,02
06.1690.001	S-Sedivette 3,5 мл, для определения СОЭ из венозной крови, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	16326,50
01.1601	S-Monovette 7,5 мл, 92x15 мм, активатор свертывания, с градуировкой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	11834,93
02.1063	S-Monovette 9 мл, 95x16 мм, активатор свертывания, с градуировкой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	12243,14
03.1397.001	S-Monovette 5,5 мл, 75x15 мм, активатор свертывания, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	8798,33
05.1071.001	S-Monovette 5 мл, 92x11 мм, цитрат, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	9432,98
20.1289	Microvette 200, стабилизатор глюкозы, фасовка 100/1000, НДС — 10%	11610,22
20.1308	Microvette 300, активатор свертывания, фасовка 100/1000, НДС — 10%	11614,13
20.1288	Microvette 200, ЭДТА, фасовка 100/1000, НДС — 10%	10411,20
20.1278	Microvette 100, ЭДТА, фасовка 100/1000, НДС — 10%	12058,34
85.1162.200	Monovette-игла Safety 21 Gx1 1/2, зеленая, фасовка 100/1000, НДС-0%	28468,13
02.1067.001	S-Monovette 10 мл, 95x16 мм, цитрат 3,13%, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	13599,63
20.1308	Microvette 300, активатор свертывания, фасовка 100/1000, НДС — 10%	11614,13
06.1667.001	S-Monovette 1,1 мл, 66x8 мм, активатор свертывания + гель, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	22666,05
77.1595.007	Multi-Safe 0,7 л, фасовка 150/1, НДС — 10%	75,92
93.838	Штатив 48 отв. d — 12,2 мм, h — 40 мм // д/пробирок, моноветт Ш 11,5 мм, фасовка 1/40, НДС — 10%	2031,92

Категория №	Наименование	Кол-во в упаковке	Цена в руб. на 01.06.09
Расх. материалы для анализаторов глюкозы «Эко-Соло II» (полуавтом.) (Германия, Care Diagnostics)			
560000000	Мембрана биокерамическая GOD, НДС — 10%	1 шт.	2195,00
100000002	Реагент со сливной емкостью — ЭкоСоло 2 — 10%	упак	3402,30
1900001000	Капилляры, НДС — 10%	1000 шт.	4574,70
33000010	Калибратор глюкозы, НДС — 10%	10x2 мл	2249,9
380000010	Контрольный раствор для глюкозы уровень 1 — 18%	1 мл	219,50
370000010	Контрольный раствор для глюкозы уровень 2 — 10%	1 мл	219,50
Расх. материалы для анализаторов глюкозы «Эко-Твенти», «Эко-Матик» (автом.) (Германия, Care Diagnostics)			
1600000000	Мембрана биокерамическая GOD, НДС — 10%	1 шт.	2990,96
06300500	Концентрат сист. раствора глюкозы, НДС — 10%	500 мл	3786,42
32000050	Стандарт глюкозы, НДС — 10%	50 мл	274,38
1800001000	Капилляры, 20 мкл, НДС — 10%	1000 шт.	3457,17
16001000	Чашечки для образцов 2 мл, НДС — 10%	1000 шт.	3786,42
Реагенты для гематологических анализаторов Селтак МЕК (Япония, Nihon Kohden)			
19201	Изотонический разбавитель для МЕК (Дилуэнт Дифф.) (Diaton-NK-Diff-Diluent), НДС — 10%	20 л	2204,57
19202	Лизирующий раствор для МЕК 6318K (Dialyse-NK-Diff), НДС-10%	5 л	11463,77
24009	Лизирующий реагент для МЕК 5208K, НДС — 10%	6x0,02	1422,00
19102	Промывающий раствор (Diaterg-NK), НДС — 10%	5 л	2430,75
19203	Очищающий раствор (Diaclean-NK-Diff), НДС — 10%	5 л	2430,75
CBC-3D	Набор контрольной крови (2N-1L-1H), НДС — 10%	4 фл.х2 мл	7747,67
Реагенты и расх. материалы для автом. биохим. анализатора «Сапфир»			
SP 2208	Щелочной моющий раствор (Alkaline Washing Solution)	500 мл	4222,26
SP 2209	Кислотный моющий раствор (Acid Washing Solution)	500 мл	4222,26
20010004	Карусель образцов (Sample Tray (3))	1 шт.	39539,00
20010005	Карусель образцов (Sample Tray (4))	1 шт.	39539,00
20070126	Кюветы реакционные для биохим. анализатора «Сапфир-400»	60 шт.	29555,85
Реагенты и расх. материалы для автом. биохим. анализатора «СпотКем» SP-4430 (Япония, Arkray Inc.)			
10712	Пробирки центрифужные для анализатора	100 шт.	1424,12
77043	Контрольная сыворотка	4 шт.	3113,02
10192	Пробирки для цельной крови	500 шт.	8301,40
77366	Глюкоза (Glucose)	50 шт.	1223,74
77379	Гемоглобин (Hemoglobin)	50 шт.	1155,92
77383	Креатинин (Creatinine)	50 шт.	1803,41
Реагенты и расх. материалы для анализатора мочи Aution Eleven (Япония, Arkray Inc.)			
10EA	Тест-полоски Aution Sticks (GLU, PRO, BIL, URO, pH, уд. плот., кровь, KET, NIT, LEU), НДС — 10%	100 шт.	1019,95
Тест-полоски для экспресс-анализаторов мочи Clinitek (США)			
Тест-полоски на 10 параметров: глюкоза, белок, билирубин, уробилиноген, уд. вес, кетоновые тела, PH, эритроциты, нитриты, лейкоциты (Clia, США), НДС — 10%		100 шт.	632,00
Тест-полоски на 10 параметров Multistix 10SG (США), НДС — 10%		100 шт.	1431,54
Тест-полоски на 10 параметров Uristik A10 (Китай), НДС — 10%		100 шт.	536,00

ООО «Альфа-Медтехника XXI»

109518, г. Москва, 1-й Грайвороновский проезд, 2, стр. 1 Тел./факс: (495) 232-12-36, (499) 173-52-09, (499) 722-06-96
E-mail: alfamed2002@yandex.ru; www.alfamed.rusmed.ru

Лабораторное оборудование	Стоимость, руб.	Страна
Анализаторы биохимические		
Анализатор биохимический BioChem BA (HTI) (полуавтомат, открытая система)	87000	США
Анализатор биохимический BioChem SA (HTI) (полуавтомат, встроенная кювета, КК, кривые, память 1000 результатов)	104000	США
Анализатор биохимический полуавтомат BS3000P, проточная и наливная кюветы (Sinnowa)	74000	КНР
Анализатор биохимический полуавтомат HUMALLYZER Junior (HUMAN)	138000	Германия
Биохимический экспресс-анализатор, REFLOTROPlus (Roche) (биохимический анализ крови с использованием тест-полосок)	245000	Швейцария
Анализатор биохимический полуавтомат, STAT FAX 1904+ (Awareness Technology)	99800	США
Анализаторы гематологические		
Анализатор гематологический полуавтомат PCE-90 ERMA (9 параметров)	226000	Япония
Анализатор гематологический автомат PCE-210 ERMA (18 параметров)	399000	Япония
Анализатор гематологический автомат ABACUS JUNIOR B (DIATRON), 8 параметров, встроенный принтер, 25 тестов/час	309000	Австрия
Анализатор гематологический автоматический BC 2300 (Mindray) (19 параметров + 3 гистограммы, 30 проб/час)	225000	КНР
Анализаторы газов и электролитов крови		
Анализатор газов крови ЭЦ-60 (pH, pO ₂ , pCO ₂) со стартовым набором реагентов	221000	Россия
Анализатор газов и электролитов крови Opti CCA (управление с клавиатуры, на кассетах) (Opti Medical)	301500	США
Анализатор электролитов E-lyte5 Na/K/Cl/Ca/pH (HTI)	160500	США
Анализатор электролитов EasyLyte Na/K (MEDICA)	158000	США
Анализатор электролитов АЭК-01 (Na, K, Ca, Cl, pH) со стартовым набором реагентов	115000	Россия
Анализаторы иммуноферментные		
Анализатор иммуноферментный автомат BioChem Analette EIA (HTI)	798000	США
Анализатор иммуноферментный ImmunoChem 2100 (Микропланшетный, память 10000 результатов) (HTI)	105500	США
Анализатор иммуноферментный стриповый HUMAREADER Single Plus (Human)	151000	Германия
Анализатор иммуноферментный стриповый STAT FAX 303+ (Awareness Technology)	95800	США
Анализатор иммуноферментный планшетный STAT FAX 2100 (Экран 2 строки, внешний принтер) (Awareness Technology)	134000	США
Анализатор иммуноферментный планшетный STAT FAX 3200 внешний принтер (встроенный принтер опция+ 12 500 р.) (Awareness Technology)	180000	США
Инкубатор-шейкер ST-3 для 2-х планшет (Elmi)	35100	Латвия
Анализаторы мочи		
Анализатор мочи CL-50, 10 параметров, 120 тестов/час, память 1000 анализов, термопринтер (HTI)	28500	США
Анализатор мочи CL-500, 11 параметров, 514 тестов/час, память 1000 анализов (HTI)	91000	США
Анализатор мочи CLINITEK STATUS (BAYER Diagnostics)	57800	США
Анализатор мочи CombiLyzer Plus, 11 параметров, 50 тестов/час (HUMAN)	63500	Германия
Анализатор мочи URISCAN OPTIMA (от 36 до 300 тест/час, 13 показателей)	50200	Ю. Корея
Анализатор мочи URISIS 1100 Roche (10 параметров)	49000	Германия
Коагулометры		
Коагулометр TS 1000 (1-канальный) HTI	61000	США
Коагулометр TS 4000 (4-канальный, встроенный принтер) HTI	89000	США
Микроскопы Unico		
M 250 бинокулярный микроскоп, 4 АХРОМАТ-объектива: 4X/0.10, 10X/0.25, 40XR/0.65, 100XR/1.25	28900	США
G 380 бинокулярный микроскоп, для работы в светлом поле; 4 АХРОМАТ-объектива: 4X/0.10, 10X/0.25, 40XR/0.65, 100XR/1.25 (масло)	37500	



ООО «СпецБалтМебель»

Производство лабораторной и медицинской мебели

г. Санкт-Петербург, (812) 326-11-57, (495) 411-91-27, www.sbm-lab.ru

ЛАБОРАТОРНАЯ МЕБЕЛЬ	ЦЕНА, РУБ. С НДС
Вытяжные шкафы (электророзетки, освещение, защитный экран из стекла «триплекс»)	от 23 900
Лабораторные столы (мет. каркас, рабочая поверхность по выбору, тумбы)	от 6 280
Пристенные столы (мет. каркас, полки, светильник, розетки, раб. пов. по выбору, тумбы)	от 10 740
Островные столы (мет. каркас, полки, светильник, розетки, раб. пов. по выбору, тумбы)	от 19 900
Стол для микроскопирования (мет. каркас, полка, раб. пов. по выбору, тумбы)	от 8 530
Стол-мойки (раковина — нерж. сталь или полипропилен)	от 9 910
Стол для титрования (мет. каркас, световой экран, раб. пов. по выбору, тумбы)	от 16 980
Стол для весов (металлический каркас, гранитная плита на спец. демпферах)	от 9 860
Стол письменный	от 2 700
Шкафы для хранения	от 7 640
Шкафы для одежды	от 6 980

Минимальные сроки изготовления, доставка в любой регион России!



МЕДИКЛОН®

Всё для анализа крови

127276, г. Москва, ул. Ботаническая, 35, корп. 1

тел. \ Факс: (499) 502-1214 (Москва)

www.mediclone.ru e-mail: Mediclone@mediclone.ru

- Полная панель ЦОЛИКЛОНОВ для службы крови
- Полиглюкин 33 %
- Скарификаторы
- Планшеты для определения группы крови и

резус фактора

- Штативы для флаконов и другие расходные материалы для лабораторий, больниц, поликлиник и станций переливания крови

- Автоматические пипетки

- ЭКСПРЕСС ТЕСТ-СИСТЕМЫ для качественного определения ВИЧ, Гепатита С и Туберкулеза



РЕКЛАМА

Для Лечебно-профилактических учреждений и организаций, пользующихся упрощенной системой налогообложения, предлагается продажа без НДС.



Под патронатом Министерства здравоохранения и социального развития РФ
При поддержке администрации Краснодарского края, г. Сочи, ТПП г. Сочи

10 – 12 СЕНТЯБРЯ, СОЧИ, ГК «ЖЕМЧУЖИНА»

X специализированная выставка

«EXROMED-2009»



**- ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ВЫСТАВКА-СЕМИНАР
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В XXI ВЕКЕ»**

- НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

ВЫСТАВОЧНАЯ КОМПАНИЯ «СОЧИ-ЭКСПО ТПП г. СОЧИ», тел.: (8622) 642-333,
647-555, 648-700, (495) 745-77-09, www.sochi-expo.ru e-mail: medicina@sochi-expo.ru



СОЧИЭКСПО

Министерство здравоохранения Ставропольского края
Администрация г. Ставрополя
Выставочный центр "Прогресс"

13-я Ежегодная неделя Медицины Ставрополья

16-18 сентября 2009

- * СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА
- * КОНГРЕССЫ ВРАЧЕЙ
РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ



Выставочный комплекс "Прогресс"
г. Ставрополь пр. Кулакова 37а
т/ф: (8652) 500-700, 394-610
med@progrexpo.ru
www.progrexpo.ru

15-17 сентября 2009

Администрация Волгоградской области, Администрация Волгограда
Волгоградский государственный медицинский университет
НП "Национальная организация дезинфекционистов"
Выставочный центр "Царицынская ярмарка"

XX специализированная межрегиональная выставка

МЕДИЦИНА

и ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

МЕДОБОРУДОВАНИЕ. ФАРМАЦИЯ

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

ВОЛГОГРАД

Дворец Спорта профсоюзов

www.zarexpo.ru



ВЦ "ЦАРИЦЫНСКАЯ ЯРМАРКА"

400005, Волгоград, пр. Ленина, 88, офис 504

Тел./факс: (8442) 26-50-34, e-mail: vera@zarexpo.ru