

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

главный ВРАЧ

№1 (24) 2011

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU

РЕМАКСОЛ®

мы создаем
УНИКАЛЬНОЕ



www.polysan.ru



ВОССТАНАВЛИВАЯ УТРАЧЕННОЕ

Показания к применению:

При нарушениях
функции печени
вследствие острого
или хронического
её повреждения:
вирусные гепатиты,
токсические
(лекарственные)
поражения печени
с холестазом

- Первый нормоосмолярный, сбалансированный по ионам Na, K, Mg и Cl комплексный инфузионный **гепатопротектор**
- Восстанавливает энергетический, пигментный и белковый баланс гепатоцитов
- Снижает цитолиз, нормализует детоксицирующую и пигментообразующую функции печени
- Рекомендуется применение при синдроме холестаза и цирротическом поражении печени
- Производится в соответствии с международными стандартами GMP

Форма выпуска: стеклянные флаконы по 200 и 400 мл
Регистрационный номер: ЛСР-009341/09

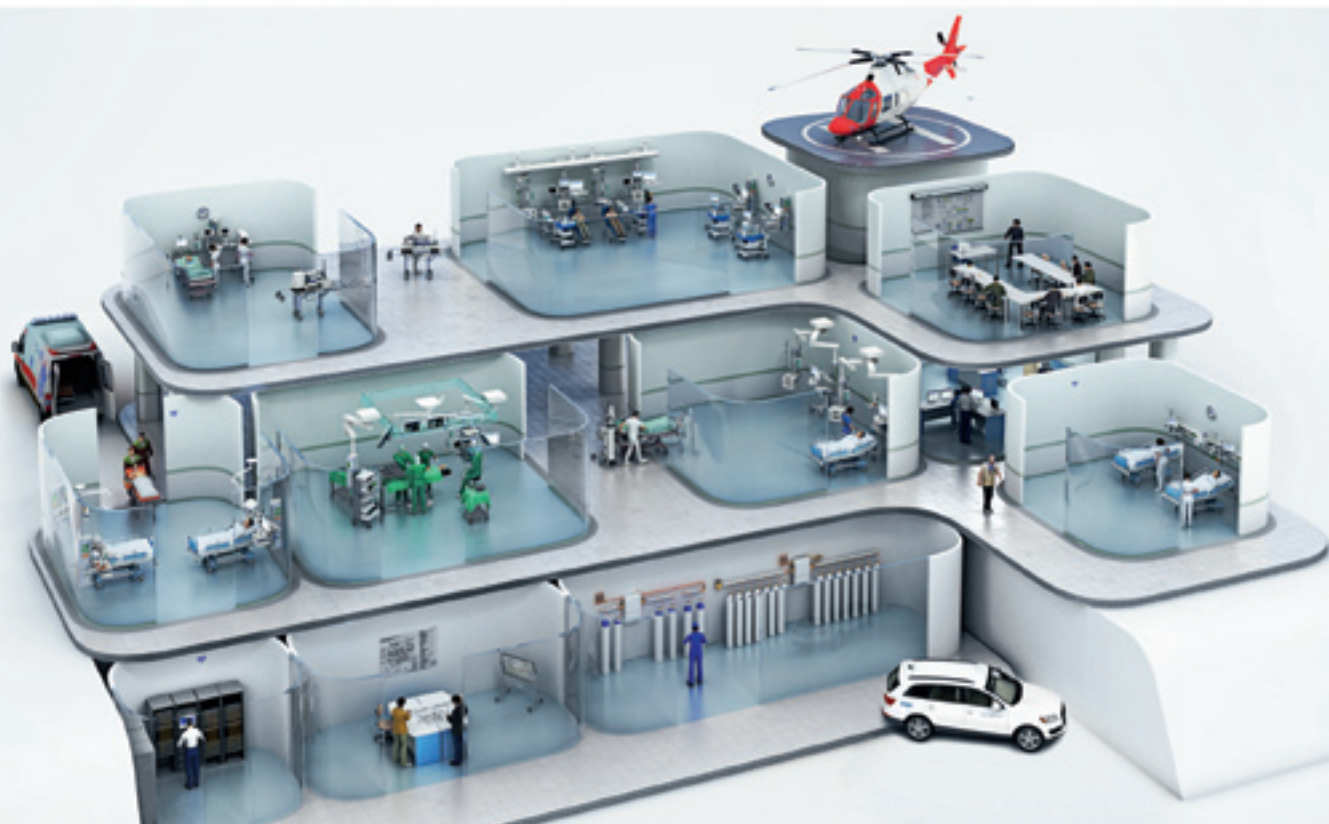


В НОМЕРЕ:

- Областной перинатальный центр открыт (стр. 4)
- Особенности гриппа – 2010 (стр. 7)
- Рассеянный склероз: КИС (стр. 50)
- Законы Минздравсоцразвития – 2010 (стр. 54)
- Опыт военных медиков (стр. 10, 32, 39)

Мы стали к Вам ближе.

Теперь региональный офис
и сервисный центр в Краснодаре.



Продукция фирмы Dräger имеет широкий спектр применения.

Это оборудование для операционных и отделений реанимации - наркозные аппараты, аппараты для искусственной вентиляции легких, оборудование для интенсивной терапии в неонатологии: инкубаторы, лампы фототерапии, мониторные системы и центральные станции.

Фирма известна и как производитель архитектурных систем (консоли, настенные панели) и оборудования для централизованного газообеспечения больниц (компрессорные и вакуумные станции). Такой спектр оборудования, разрабатываемого на основе самых современных технологий, позволяет обеспечивать комплексное оснащение многопрофильных больниц.

РОССИЯ
ООО "Дрегер Медицинская Техника"
Москва
Тел.: (495) 775-1520
Факс: (495) 775-1521
info.russia@draeger.com

350000, г. Краснодар
ул. Российская, д. 69
Тел.: 8 918 958-2924

nikolay.babaev@draeger.com

www.draeger.ru

Техника для жизни.

MATODRAPE

Европейское
качество

Безопасность в операционной

Чтобы минимизировать риск возникновения заражений, материалы, предназначенные для использования на операционном блоке, должны, прежде всего, выполнять защитную функцию, то есть предотвращать проникновение вредных для здоровья биологических факторов и оседание их на коже.

Одним из существенных факторов, влияющих на снижение риска инфицирования операционных ран, является использование стерильных одноразовых покрытий операционных полей MATODRAPE.

Преимущества одноразовых стерильных операционных покрытий MATODRAPE:

обеспечивают стерильность операционного поля;
обладают абсорбирующими свойствами (впитывают жидкости и выделения) и одновременно не пропускают внутрь жидкости и микроорганизмы;
изолируют эндогенные источники заражения;
обеспечивают правильное покрытие операционного поля во время различных процедур благодаря использованию самоклеящихся медицинских лент, а также различным формам операционных салфеток;
обладают антистатическими свойствами;
исключают риск образования на поверхности ворса из одиночных нитей, характерного для текстильных изделий после многочисленных стирок и стерилизации, тем самым исключается возможность попадания микроорганизмов с поверхности покрытия на рану;
снижают затраты рабочего времени и расходы на прачечную и стерилизацию.

Используемое сырье

Материал для операционных покрытий MATODRAPE представляет собой ламинат из двух слоев. Верхний слой состоит из вискозного нетканого материала и обладает хорошими абсорбирующими свойствами. Нижний слой – это полиэтиленовая пленка, выполняет барьерную функцию, предохраняя операционную рану от проникновения микроорганизмов. Двухслойная структура делает MATODRAPE высоко устойчивым к разрывам и механическим повреждениям, при этом он остается очень мягким и хорошо драпируется.

Операционные покрытия из данного вида ламината подвергаются холодной стерилизации оксидом этилена или радиацией (способ стерилизации указан на упаковке конкретного покрытия). Стерильность изделия сохраняется в течение 5 лет (при условии отсутствия повреждений упаковки).

Применение

Операционные покрытия MATODRAPE имеют самоклеящиеся поверхности, благодаря чему салфетка может быть легко и безопасно прикреплена к поверхности кожи пациента, создавая эффективный барьер для микроорганизмов. Это предотвращает миграцию бактериальной флоры кожи к операционной ране.

Используемый в покрытиях клей является гипоаллергенным. Перед тем, как закрепить покрытие на теле пациента, поверхность кожи должна быть тщательно высушена после предварительно проведенной дезинфекции.

Очередность укладки и система указателей в покрытиях MATODRAPE проведена таким образом, чтобы облегчить работу медицинского персонала во время процедуры. Это дает также определенную системность и обеспечивает асептические условия в процессе проведения процедуры.

Покрытие MATODRAPE при обычных условиях подготавливается двумя лицами из хирургической группы, но это необязательно, работа может выполняться и одним лицом при соблюдении требований асептики.

Все операционные покрытия MATODRAPE имеют специальную этикетку типа TAG. Она сконструирована из стационарной части и двух элементов, которые легко можно отклеить без нарушения целостности всей этикетки, после чего присоединить к документации. На операционном блоке после открытия упаковки со стерильным изделием, которое должно быть использовано для данной процедуры, один элемент самоклеящейся этикетки помещается в документацию операционного блока, другой – в карту пациента. Это безошибочный и быстрый способ размещения в документации информации об изделии, которое было использовано для конкретной медицинской процедуры (нет необходимости переписывать данные с этикетки).

Применение операционных покрытий MATODRAPE упрощает проведение хирургических процедур, хранение изделий, а также контроль стоимости лечения. Значительно снижается нагрузка на больничную прачечную и отделение стерилизации.

Среди операционных покрытий MATODRAPE есть и универсальные комплекты, и предназначенные для определенной хирургической процедуры. Кроме того, в ассортименте MATODRAPE есть простыни и салфетки для операционных из ламинированного и нетканого материала, стерильные и нестерильные, с адгезивным краем и отверстиями различных размеров.

Все это делает MATODRAPE универсальной системой для различных областей хирургии.

Производитель
Торуньский Завод
Перевязочных
Материалов TZMO SA,
Польша



реклама

Более подробную информацию можно получить в ООО «белла-ДОН»
по тел.: (863) 203-74-74 или у медицинского представителя по моб. тел. 8-917-338-50-05

г. Ростов-на-Дону
тел./факс (863) 223-14-99
моб. тел. 8-928-627-98-27

E-mail: dialine@aaanet.ru

с 1993
ГОДА

ПОСТАВКА
МОНТАЖ
СЕРВИС



ДИАЛАЙН

ЗАКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО

СИСТЕМЫ РЕЗЕРВНОГО ЭЛЕКТРОПИТАНИЯ



ИСТОЧНИКИ
БЕСПЕРЕБОЙНОГО
ПИТАНИЯ

GENERAL ELECTRIC

Мощность на все случаи жизни –
от 350 ВА до 4 МВА

Все современные медицинские учреждения оснащаются сложным электронным оборудованием. В большинстве случаев медицинское оборудование, такое как оборудование операционных и реанимаций, диализное оборудование, УЗИ-сканеры, рентгено-диагностические системы, компьютерные и магнитно-резонансные томографы нуждаются в качественном и бесперебойном электропитании. От этого зависит качество и долговечность работы дорогостоящего оборудования, а зачастую, здоровье и жизнь ваших пациентов.

Источники бесперебойного питания GE Consumer & Industrial на протяжении многих лет защищают медицинское оборудование от перебоев в электроснабжении и низкого качества электроэнергии. За это время они зарекомендовали себя как исключительно надёжные и оптимальные по цене, о чём говорит огромное количество оснащённых ими медучреждений по всей России.



БЕНЗИНОВЫЕ
И ДИЗЕЛЬНЫЕ
ЭЛЕКТРО-
СТАНЦИИ
GESAN

Мощность на все случаи жизни –
от 2,75 КВА до 2,23 МВА

Испанская компания GESAN является производителем промышленных бензиновых и дизельных электростанций, широко применяемых в России. Они оснащаются лучшими в своем классе двигателями и генераторами. При этом стоимость электростанций GESAN существенно ниже, чем у конкурентов. Они адаптированы к российским стандартам топлива и масел и предназначены для многочасовой бесперебойной работы, в том числе и в условиях низких температур, высокой влажности и в присутствии агрессивных сред. Вышеуказанное делает электростанции компании GESAN идеальным решением для медицинских учреждений.



РОВНЫЙ ПУЛЬС ВАШЕЙ ТЕХНИКИ – ЗДОРОВЫЙ ПУЛЬС ВАШИХ КЛИЕНТОВ!

РЕКЛАМА



Научно-инженерный Центр
«АЛЬФА-РЭТ» представляет :

Электроэффлювиальные ионизаторы воздуха ЭФФЛЮВИОН,
выполняемые по методу профессора А. Л. Чижевского,
и бактерицидные облучатели СОБРЭТ открытого и рециркуляторного типов



**ХОТИТЕ ДЫШАТЬ ЖИВЫМ ЧИСТЫМ ОТРИЦАТЕЛЬНО
ИОНИЗИРОВАННЫМ ВОЗДУХОМ КАК В ГОРАХ И
МЕНЬШЕ БОЛЕТЬ?**

В этом Вам помогут наши аэроионизаторы ЭФФЛЮВИОН (16 моделей), выполненные по методу проф. А. Л. Чижевского.

Основной причиной старения, считают учёные, являются окислительные процессы в организме человека - взаимодействие свободных радикалов и положительно

заряженных молекул кислорода с живыми клетками. Природа заложила в нас внутреннюю антиоксидантную систему, замедляющую разрушительную деятельность свободных радикалов, однако ей необходима дополнительная помощь. И эта помощь может быть всегда вокруг нас - это чистый отрицательно аэроионизированный воздух.

Отрицательная аэроионизация не панацея, но необходимость!

Обогащение воздуха отрицательными аэроионами кислорода облегчает дыхание, способствует нормализации обмена веществ, снижению утомляемости, нормализации кровяного давления, повышению сопротивляемости организма различным инфекциям и более полному отдыху.

Ультрафиолетовые бактерицидные светильники-облучатели воздуха «СОБРЭТ» открытого типа, которые предназначены для обеззараживания воздуха помещений в отсутствие людей. При замене бактерицидной лампы на стандартную люминесцентную «СОБРЭТ» превращается в обычный настольный светильник.



В ы с о к о э ф ф е к т и в н ы е ультрафиолетовые бактерицидные облучатели воздуха закрытого (рециркуляторного) типов серии «ОБРИОН-РЭТ», которые предназначены для обеззараживания, очищения и электроэффлювиальной ионизации воздуха (метод проф. А. Л. Чижевского), в присутствии людей.



Вся продукция сертифицирована.

430005, Россия, Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Б. Хмельницкого, 39, оф. 526

Тел./факс: +7(8342) 24-37-05

E-mail: rion48@mail.ru http://www.alfaritm.sarsk.ru

РЕКЛАМА

СОДЕРЖАНИЕ

Специализированный медицинский журнал

«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»

Выходит 1 раз в квартал

Крылова О. В. — учредитель и издатель

Прошенко Е. А. — редактор

Редакционный совет:

Беня Ф. М. — начальник медицинской
службы ЮВО

Бицуев В. Г. — министр здравоохранения
Кабардино-Балкарской Республики

Быковская Т. Ю. — министр
здравоохранения Ростовской области

Крайнюков П. Е. — начальник
ФГУ «1602 ОБКГ» Минобороны России

Мажаров В. Н. — министр
здравоохранения Ставропольского края

Мамаев И. А. — министр
здравоохранения Республики Дагестан

Маньшин В. П. — зам. министра
здравоохранения Республики Калмыкия

Натхо Р. Х. — министр здравоохранения
Республики Адыгея

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,
по вопросам подписки (863) 223-23-25

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

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

Тираж 6000 экз. Заказ №

Подписано в печать 21.12.2010 г.

Зарегистрирован
Управлением Росохранкультуры
по Южному федеральному округу

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

Распространяется бесплатно по линии МЗ

В соответствии со ст. 38 закона РФ
«О рекламе» ответственность за содержание
информации в рекламе несет рекламодатель

Областной перинатальный центр распахнул свои двери.....	4
Новые возможности региональных программ вакцинопрофилактики	5
Эпидемиологические особенности гриппа и ОРВИ в сезон 2009—2010 гг., меры профилактики на территории Ростовской области.....	7
О результатах деятельности Управления Росздравнадзора по Ростовской области в разделе контроля за организацией дополнительной диспансеризации работающего населения за 6 месяцев 2010 года	8
Внутригоспитальная инфекция, пути ее профилактики.....	10
Распространенность респираторных заболеваний среди детей гарнизона, роль стафилококковой инфекции в этиологии заболеваний органов дыхания	15
Достойная награда — достойной компании	17
Опыт лечения диспластических процессов шейки матки с помощью местного применения цитостатического препарата проспидина	18
Изменения в диспансеризации гинекологических больных за период 2001—2009 гг. на примере женской консультации МЛПУЗ «Городская больница №8» г. Ростова-на-Дону	21
Паровая стерилизация — неотъемлемая часть процесса лечения в стоматологии	25
Капилляротерапия.....	26
Комплексная автоматизация работы лечебно-профилактического учреждения.....	31
Организация работы Краснодарского военного госпиталя по улучшению основных показателей лечебно-диагностического процесса в современных условиях	32
Потребность лиц с ограниченными возможностями в основных видах медико-социальной реабилитации и оценка эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации	34
Революция в мире цифровой рентгенологии.....	36
Выбор метода регионарной анестезии при операциях на конечностях.....	39
Значимость и возможности выявления латентных непсихотических психических расстройств в популяции	42
Стратегическая разобщенность систем высшего профессионального образования по подготовке инженеров медицинского приборостроения и врачей	46
Отличная мебель для особых требований.....	48
Ранние проявления рассеянного склероза: клинически изолированный синдром	51
Приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, принятые и опубликованные в 2010 году	54
Предложения оптовых фирм	57

Областной перинатальный центр распахнул свои двери

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

В Ростове-на-Дону 14 декабря состоялось официальное открытие Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Перинатальный центр Ростовской области», расположенного по адресу: ул. Бодрая, 90 (район БСМП-2).

Губернатор Ростовской области Василий Голубев и министр здравоохранения Татьяна Быковская «открыли двери» лечебного учреждения по оказанию специализированной медицинской помощи женщинам и новорожденным.

Перинатальный центр выполнен по проекту возведения высокотехнологичных медицинских центров в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Общая сметная стоимость перинатального центра площадью 25387 м² на 130 коек и поликлиники на 100 посещений в смену составляет 2 млрд 37 млн рублей. Из федерального бюджета на строительство перинатального центра выделено 750 млн рублей. Из областного бюджета на строительство и оснащение было выделено 1 млрд 287,5 млн рублей. Из них на приобретение оборудования направлено 431 млн рублей.

Перинатальный центр предназначен для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи, в том числе и высокотехнологичной, женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде, гинекологическим больным, новорожденным и недоношенным детям. В настоящее время в Центре работает 268 человек, в том числе 67 врачей и 96 специалистов среднего медицинского персонала. Среди врачебного персонала — 1 доктор медицинских наук, 13 кандидатов медицинских наук, 23 врача имеют высшую аттестационную категорию. Главный врач — Буштырев Валерий Александрович, кандидат медицинских наук, врач неонатолог-реаниматолог.

Ростовская область занимает шестое место в России по количеству родов. В 2009 году родилось 46569 детей, при этом немалая доля из них — преждевременно. На территории региона отсутствовал современный центр, в котором можно было бы сосредоточить беременных с тяжелой патологией и новорожденных.

Для кардинального улучшения демографической ситуации и сохранения репродуктивного здоровья женщин, внедрения и расширения диапазона вспомогательных репродуктивных технологий, сохранения здоровья детского населения, начиная с внутриутробного



периода и периода новорожденности, снижения показателя младенческой смертности область остро нуждалась в создании современного областного перинатального центра.

Центр оснащен современным медицинским оборудованием, позволяющим осуществлять наблюдение за состоянием матери и плода, наркозно-дыхательной, лапароскопической, реанимационной, рентгенологической и ультразвуковой аппаратурой.

Использование высоких технологий позволит выхаживать недоношенных детей, в том числе — с экстремально низкой массой тела. Эту задачу государственной важности центр в состоянии качественно выполнять, тем более, что с 2012 года Россия переходит на критерии живорождения детей с массой тела в 500 граммов.

В обустройстве Областного перинатального центра принимали участие и руководители здравоохранения, и работники учреждения. Было решено, что Центр должен стать уютным домом для будущих мам и родившихся малышей, что наглядно демонстрируют внутренние интерьеры и внешний вид Перинатального центра. Вся деятельность этого лечебного учреждения ориентирована на семью — роды, приближенные к их физиологическому течению, с участием родных, создание семейной атмосферы и уютного пребывания.

С 7 декабря в Областном перинатальном центре осуществляется поликлинический прием. Самостоятельно в лечебное учреждение уже обратились более ста женщин. Первые исследования сделаны в отделении функциональной диагностики, проведены диагностические процедуры с помощью УЗИ экспертного класса, кардиотокография плода.

Важным и перспективным направлением деятельности Центра должно стать консультирование жительниц Ростовской области по грамотному планированию беременности. И первые пациентки за консультациями уже пришли в Центр. Это дает надежду, что в области будет меньше патологий беременности, внутриутробных пороков развития и больше — счастливых супружеских пар, имеющих здоровых детей.



Новые возможности региональных программ вакцинопрофилактики

Пресс-служба Союза педиатров России

21 сентября 2010 года в г. Ставрополь в рамках Всероссийской конференции «Фармакотерапия и диетология в педиатрии», участниками которой стали около 1500 специалистов (педиатров, хирургов, гинекологов, инфекционистов, аллергологов и др.) из Северо-Кавказского ФО и соседних регионов, состоялось заседание круглого стола на тему «Новые возможности региональных программ вакцинопрофилактики». В настоящее время педиатры России особое внимание уделяют новым возможностям защиты здоровья российских детей от инфекционных заболеваний в связи с появлением на российском рынке новых вакцин, успешно применяющихся для рутинной и когортной вакцинации детей во многих странах мира.

Северо-Кавказский федеральный округ традиционно относится к регионам с большим количеством многодетных семей, высокими показателями рождаемости, здесь высоко ценится институт материнства, продолжение рода. В этой связи, наряду с мерами по улучшению санитарно-эпидемиологической ситуации в округе, необходимо обеспечить каждому ребенку защиту от инфекционных заболеваний. Среди медицинских мероприятий, реализуемых в борьбе с инфекционными болезнями, одно из приоритетных мест отводится вакцинопрофилактике.

Эпидемическая ситуация по целому ряду инфекций (ветряная оспа, острые респираторные заболевания, пневмонии, менингиты, коклюш, папилломавирусная инфекция, гепатит А) в регионе остается напряженной, в то время как в России зарегистрированы и рекомендованы для внедрения в практику целый ряд вакцин, характеризующихся безопасностью, высокой эпидемиологической эффективностью и с успехом используемых в ряде субъектов Российской Федерации (Москва, Московская, Свердловская и Ростовская области, Ханты-Мансийский автономный округ, Удмуртская Республика, города Пермь, Краснодар, Ставрополь, Волгоград).

Одним из ярких примеров является инициатива российских эпидемиологов и инфекционистов по включению массовой вакцинации против гепатита А в Национальный календарь прививок РФ. Гепатит А в России до настоящего времени остается распространенным инфекционным заболеванием, стойко занимая доминирующее положение среди всех регистрируемых случаев острых вирусных гепатитов (доля гепатита А в 2009 году достигла 55% с суммарным ущербом не менее 1 млрд руб. в год), и это может быть успешно предотвращено с помощью стратегии универсальной массовой вакцинации.

Актуальность гепатита А для СКФО определяется множеством факторов: активными сезонными миграциями населения; периодичностью подъемов и спадов заболевания, ростом неиммунной прослойки населения; возникновением случаев гепатита А во всех возрастных группах, а также наличием очагов с критичным состоянием систем водоснабжения.

В возрастной структуре заболеваемости гепатитом А наиболее подверженным контингентом являются дети 3–6 лет (187,8 на 100 тыс. населения в Карачаево-Черкесской Республике, 254,6 — в Республике Дагестан). Также высока распространенность данной инфекции среди детей школьного возраста.

Значительно возросшее и непредсказуемое в последние годы количество вспышек вирусного гепатита А на фоне негарантированного и некачественного водоснабжения и дефектов в системах водоснабжения в ряде регионов, недостаточного контроля за качеством воды и пищи, а также активные миграционные процессы при большом числе жителей России, выезжающих ежегодно в регионы с низким санитарным благоустройством, неразвитой системой страхования рисков и т. д., являются серьезным основанием для неблагоприятного эпидемиологического прогноза на будущее. Недооценка клинической значимости гепатита А, восприятие его как детской «проходящей» инфекции несмотря на серьезные осложнения и исходы заболевания, прежде всего, у лиц с хроническими заболеваниями печени, сдвиг заболеваемости в старшие возрасты отражается также и на экономически затратной составляющей заболевания.

Важно отметить, что до настоящего времени, как правило, диагностика гепатита А осуществляется лишь с появлением желтухи («на уровне мамы»), когда больной уже не опасен для окружающих.

И. В. Шахгильдян, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАМН, заслуженный деятель науки РФ, руководитель лаборатории эпидемиологии, диагностики и профилактики вирусных гепатитов НИИ вирусологии им. Д. И. Иванова в своем выступлении отметил: «Рассматривая наиболее эффективную стратегию вакцинации против гепатита А, следует учитывать, что предотвращение вспышек всегда эффективнее, чем их купирование. Универсальная массовая вакцинация является современной стратегией предотвращения заболевания, позволяющей планомерно контролировать гепатит А».

По данным заместителя главного врача Центра гигиены и эпидемиологии в Свердловской области В. В. Романенко, результаты внедрения региональной программы убедительны: «С 2001 года мы начали прививать население от гепатита А и добились снижения заболеваемости почти в 20 раз. ...Основами внедрения программы в жизнь являются наличие законодательной базы и системы управления программой, опыт реализации программ вакцинопрофилактики, научная поддержка, оптимизация системы эпидемиологического надзора, многоуровневый бюджет, развитая сеть вакцинальных кабинетов, опыт работы с населением по мотивации его на прививки».

Сегодня в арсенале педиатров России появились также вакцины от инфекций, которые до настоящего времени были неуправляемыми посредством специфической профилактики. Ярким примером является вакцина от инфекции, вызванной вирусом папилломы

человека (ВПЧ) — основной причины рака шейки матки (РШМ).

РШМ занимает второе место по распространенности злокачественных новообразований у женщин после рака молочной железы. Ежегодно этот диагноз ставится более чем 510 тыс. женщин во всем мире, а для 288 тыс. из них становится смертельным приговором. Каждые полтора часа в России от этого заболевания умирает одна женщина. Таким образом, рак шейки матки вносит отрицательный вклад в демографическую ситуацию и влияет на рождаемость. Основным виновником заболевания является ВПЧ, с которым в течение жизни встречается около 80% женщин.

Изучение социально-экономических аспектов проблемы показало, что ежегодные затраты здравоохранения на лечение заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, составляют 531 млрд руб.

Поддерживающийся длительный иммунитет, индуцируемый вакциной от ВПЧ, может предотвратить до 80% случаев РШМ (связанного с ВПЧ) на протяжении жизни. Большой успех достигается, если иммунизация проводится до сексуального дебюта. Наиболее оптимальный возраст начала вакцинации — 12–13 лет. Вот почему именно педиатр должен разъяснить родителям девочки необходимость своевременного проведения вакцинопрофилактики этого смертельного заболевания.

Л. С. Намазова-Баранова, профессор, директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения Научного центра здоровья детей РАМН утверждает: «Доказательство того, что РШМ является следствием ВПЧ-инфекции высокого онкогенного риска, поставило его в ряд заболеваний, потенциально предотвратимых с помощью вакцинации. Вакцинация как способ предотвращения инфицирования и персистенции ВПЧ-инфекции имеет неоспоримое преимущество перед другими способами профилактики РШМ. В странах с недостаточно развитой системой организованного скрининга РШМ, к каким относится и Россия, вакцинопрофилактика РШМ играет особенно важную роль в снижении количества случаев инвалидности и летальных исходов этого заболевания».

В России два крупных региона (г. Москва и Свердловская область) ввели вакцинацию девочек-подростков против РШМ в региональные календари прививок.

Не менее важным на сегодняшний день является стремление педиатров России защитить российских детей от одной из самых массовых инфекции — ветряной оспы.

В связи с высокой заболеваемостью (ежегодно переболевают около 900 тыс. человек, преимущественно дети от 3 до 6 лет) ветряная оспа наносит большой экономический ущерб. По данным Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора РФ, ежегодно ущерб, наносимый ветряной оспой, составляет более 5,7 млрд руб., уступая только кишечным инфекциям неустановленной этиологии.

В случае контакта с заболевшим ветряной оспой шанс заболеть составляет 98%. До недавнего времени у российских врачей не было надежного способа профилактики. К счастью, сегодня врач имеет реальную возможность как плановой, так и экстренной (в случае возникновения вспышек) защиты.

Международный опыт и результаты универсальных программ вакцинации против ветряной оспы крайне

важны для России как страны, только начинающей разработку рекомендаций по профилактике этой инфекции. Успехи всеобщей вакцинации против ветряной оспы в США и странах Европы, а также успех наших региональных программ, позволяют использовать этот опыт для предотвращения колоссальных экономических потерь для России.

В. К. Таточенко, профессор, главный научный сотрудник Научного центра здоровья детей РАМН, в своем выступлении отметил: «Педиатры встречаются с ветрянкой каждый день, уровень заболеваемости крайне высок. По данным статистики, максимальный уровень заболеваемости ветряной оспой отмечается у детей в возрасте от 3 до 6 лет. Чаще всего ребенок переболевает в детском садике. Совсем недавно встреча неболевшего ребенка с ветряной оспой означала практически 100% заболевание. Сегодня врач имеет реальную возможность как плановой, так и экстренной защиты. Вакцинация против ветрянки должна стать обычной процедурой, и задача каждого педиатра — защитить каждого ребенка. Оптимальной является вакцинация в период оформления в детский организованный коллектив. Надо широко информировать родителей о возможности предотвратить эту инфекцию. Необходимо избавить родителей и детей от страданий, связанных с течением инфекции (высокая температура, высыпания, изнуряющий зуд, бессонница).

Инфекция — это всегда риск, и задача врача — свести этот риск к минимуму. В ходе симпозиума мы обсудили актуальные для каждого педиатра вопросы, касающиеся применения противоветряночной вакцины, и выработали практические рекомендации. Надеюсь, это будет способствовать широкому внедрению вакцинации против ветрянки в практику».

Вместе с тем, в Москве и Свердловской области уже реализуются региональные программы, направленные на борьбу с ветряной оспой. Программы финансируются из региональных бюджетов и направлены, в первую очередь, на снижение заболеваемости среди детей дошкольного и школьного возраста.

Эксперты — участники круглого стола одобрили принятие резолюции, закрепляющей меры по совершенствованию системы эпидемиологического надзора и профилактики гепатита А, ветряной оспы, РШМ. Принято решение обратиться в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации с рекомендациями о включении в Национальный Календарь профилактических прививок и Национальный проект «Здоровье» вакцинации против этих инфекционных заболеваний.

На региональном уровне предлагается в качестве первого шага включить в региональные календари (программы) плановую вакцинацию:

- *против гепатита А — для детей 3 и 6 лет перед поступлением в детские сады и школы;*
- *против ветряной оспы — для детей до 3 лет перед оформлением в детские дошкольные учреждения;*
- *против РШМ — для девочек с 12 лет.*

Эти меры будут способствовать стабилизации и улучшению санитарно-эпидемиологической обстановки, обеспечению высокого уровня здоровья и качества жизни детского населения региона и страны, улучшению демографических показателей.

Эпидемиологические особенности гриппа и ОРВИ в сезон 2009—2010 гг., меры профилактики на территории Ростовской области

*Соловьев М. Ю., главный государственный санитарный врач Ростовской области;
Ковалев Е. В., Ненадская С. А., Кадыкова Л. Е.; Управление Роспотребнадзора
по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону*

В инфекционной патологии особое место занимают грипп и острые респираторные вирусные заболевания. На их долю ежегодно приходится до 90% и более от всей регистрируемой инфекционной заболеваемости. Из-за широкого распространения данная группа инфекций занимает первое место и по наносимому экономическому ущербу. Ежегодно затраты на лечение острых респираторных заболеваний и гриппа только в Ростовской области составляют более 1 млрд рублей.

Особую значимость приобретает грипп в период эпидемического распространения. Именно такая ситуация сложилась в 2009 году, когда Всемирной организацией здравоохранения была объявлена пандемия.

С 18 марта 2009 года в трех регионах Мексики начали регистрироваться гриппоподобные заболевания, протекающие по типу пневмоний. В первые месяцы летальность составляла 7%. Впоследствии было установлено, что заболевание вызвано новым штаммом вируса гриппа типа А/Н1N1, комбинация антигенов которого ранее не встречалась у вирусов гриппа, вызывающих заболевание у людей.

11 июня Всемирная организация здравоохранения объявила о начале пандемии.

За период с мая по август 2009 года заболеваемость возросла с 1 до 200 тысяч. К середине ноября во всем мире свыше 206 стран и заморских территорий или сообществ сообщили о лабораторно подтвержденных случаях пандемического гриппа. Зарегистрировано более полумиллиона случаев, включая свыше 6770 летальных. По последним данным, лабораторно подтверждено более 18 тысяч летальных случаев.

Зарегистрированное количество случаев не отражает фактического распространения заболевания. Реально переболело и погибло значительно больше людей. Так называемый эффект «айсберга» объясняется тем, что:

— во-первых, учитывались только лабораторно подтвержденные случаи заболевания;

— во-вторых, с изменением формы отчетности после объявления пандемии от стран не требовалось сообщать о новых случаях заболевания пандемическим гриппом.

К лету 2010 года заболеваемость снизилась до цифр, характерных данному сезону, и 10 августа был снят 6-й уровень пандемии гриппа.

Эпидемическое распространение гриппа в г. Ростове-на-Дону и области отмечалось в ноябре—декабре 2009 года. Для сравнения: в предыдущие годы в области повышенная заболеваемость ОРВИ регистрировалась с последней декады января или с февраля до середины марта.

В г. Ростове-на-Дону, являющемся опорной базой Федерального центра по гриппу, проводится еженедельный мониторинг заболеваемости гриппом и ОРВИ.

Резкое осложнение эпидситуации было зарегистрировано в середине ноября 2009 года, когда заболеваемость ОРВИ среди совокупного населения превысила пороговый уровень в 1,5 раза. Максимальное превышение порога — в 2,1 раза — отмечалось в конце месяца. В декабре заболеваемость гриппом и ОРВИ снизилась

до неэпидемического уровня. В эпидемический процесс в первую очередь вовлекались дети в возрасте от 3 до 6 лет, в последующем — школьники.

Подтверждают эпидемическое распространение гриппа в Ростовской области и результаты лабораторных исследований материала от больных. Первые случаи пандемического гриппа были зарегистрированы в июле—августе 2009 года среди лиц, прибывших из-за рубежа. С ноября отмечалось местное распространение с максимальным уровнем заболеваемости в декабре.

Всего с апреля 2009 года до начала сезона 2010—2011 годов лабораторно было подтверждено 360 случаев гриппа. В начале сезона 2009—2010 годов регистрировались случаи гриппа, вызванные пандемическим штаммом А/Н1N1v (350 случаев за период с июля 2009 года по середину февраля 2010 года). В конце сезона 2009—2010 годов регистрировались случаи гриппа, вызванные вирусом типа В (7 случаев за период с середины марта по конец мая 2010 года). В конце декабря лабораторно было подтверждено еще 3 случая гриппа, вызванных сезонным штаммом А/Н1N1.

Кроме того, в 3,2% случаев заболевание пандемическим гриппом закончилось летальным исходом, все — среди людей трудоспособного возраста от 18 до 53 лет.

Таким образом, данные по Ростовской области подтверждают общую тенденцию развития эпидпроцесса в России.

В целях профилактики гриппа особое внимание уделялось иммунизации.

Вакцинацией против сезонного гриппа в сентябре—ноябре 2009 года было охвачено 1104185 человек или 25,9% от численности населения области.

Пандемическими моновакцинами с декабря 2009 года по июнь 2010 года прививались социально значимые категории граждан — работники обеспечения жизнедеятельности, медицинские и социальные работники, работники образования, а также контингенты высокого риска неблагоприятных последствий перенесения заболевания — дети, беременные, лица с хроническими заболеваниями. Всего было привито 876125 человек или 20,6% от численности населения области.

Определенная работа проводилась по обеспечению готовности лечебно-профилактических учреждений области к работе в условиях эпидемического распространения гриппа, в первую очередь — поддержанию запаса лекарственных препаратов, эффективных в отношении вирусов гриппа.

Предотвратить эпидемию гриппа невозможно. Основная задача — максимально снизить интенсивность эпидемии и смягчить ее последствия.

По результатам анализа профилактических и противозидемических мероприятий, проводимых в сезон эпидемического распространения гриппа, можно обозначить ошибки и недочеты в целях их недопущения в дальнейшем.

• Во-первых, медицинскими работниками недостаточно проводится информационная работа с населением по вопросам иммунопрофилактики и формированию позитивного отношения к прививкам. В то же время

необходимо разъяснять, что современные гриппозные вакцины не могут привести к заболеванию. Прививаемым надо объяснять, что для выработки полноценного иммунитета необходимо время — не менее двух недель. Кроме того, прививаться нужно не менее чем через две недели после острого заболевания или наступления ремиссии хронического. До прививки и в постпрививочный период — стараться исключить контакт с инфекционными больными, так как перенесенное заболевание может негативно сказаться на выработке иммунитета.

В контролируемых наблюдениях показано, что иммунизация современными гриппозными вакцинами является единственным научно обоснованным эффективным способом массовой профилактики гриппа. Установлено, что при своевременной вакцинации можно предотвратить заболевание гриппом у 80—90% детей и взрослых. При этом болезнь у привитых протекает, как правило, легче и без каких-либо осложнений.

Следует отдельно указать, что вакцинация против гриппа сопровождается также снижением уровня заболеваемости другими ОРВИ, инфекция протекает в более легкой форме.

• Во-вторых, при проведении массовой вакцинации не уделяется должное внимание обеспечению

безопасности иммунизации. Прививки должны делать медицинские работники, владеющие техникой вакцинации при соблюдении всех требований санитарного законодательства, в первую очередь — по обеспечению «холодовой цепи» при транспортировании и хранении вакцинных препаратов.

При несоблюдении всех требований не обеспечивается должный эффект, что дискредитирует и всю прививочную кампанию.

Также в лечебно-профилактических учреждениях необходимо иметь реальные планы организации работы в условиях повышенной заболеваемости ОРВИ — амбулаторного приема больных в учреждениях поликлинического профиля и стационарного лечения в больницах, где развертываются дополнительные койки, какая дыхательная аппаратура будет использоваться и т. д. С учетом профиля учреждения необходимо к началу эпидсезона обеспечивать наличие запаса материальных средств для эффективной работы в эпидпериод.

Таким образом, только комплексное проведение работы по профилактике ОРВИ и гриппа позволяет достичь необходимого эффекта и сохранить благополучной эпидемиологическую обстановку.

О результатах деятельности Управления Росздравнадзора по Ростовской области в разделе контроля за организацией дополнительной диспансеризации работающего населения за 6 месяцев 2010 года

*Трепель В. Г., руководитель Управления Росздравнадзора по Ростовской области;
Полинская Т. А., зам. руководителя; Ильин Б. А., начальник отдела организации госконтроля качества медико-социальной помощи населению и контроля за реализацией национальных приоритетных проектов; Управление Росздравнадзора по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону*

В первом полугодии 2010 года Управлением Росздравнадзора по Ростовской области были проведены проверки организации проведения дополнительной диспансеризации работающего населения в рамках контроля реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в лечебно-профилактических учреждениях Ростовской области. В 58% проверенных медицинских учреждений при проведении контрольно-надзорных мероприятий выявлены нарушения. До начала проведения диспансеризации 2010 года контрольно-надзорные мероприятия проводились по исполнению требований, установленных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24.02.2009 №67-н «О порядке проведения в 2009 году дополнительной диспансеризации работающих граждан»; в последующем при проверке организации дополнительной диспансеризации по законченным случаям в 2010 году — Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.02.2010 №55-н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан».

Характер выявленных нарушений при проверках организации и качества проведения дополнительной диспансеризации работающего населения позволяет классифицировать их по двум типам:

- нарушения порядка соблюдения форм медицинской документации и правильности их ведения;
- неправильное определение группы здоровья.

Нарушения порядка соблюдения форм медицинской документации и правильности их ведения имели место в 58% проверенных ЛПУ. Такие нарушения были выявлены:

в МУЗ «ЦРБ» Пролетарского района — 13 видов нарушений, МУЗ ЦРБ Матвеево-Курганского района — 6 видов нарушений, МУЗ «Городская поликлиника №1» г. Каменск-Шахтинский, МУЗ «ЦРБ» Чертковского района — по 2 вида нарушений, МУЗ «ЦРБ» Багаевского района, МУЗ ЦРБ Советского района — по 1 виду нарушений. То есть данные виды нарушений имели высокий процент повторяемости в каждом из перечисленных выше ЛПУ, что позволило определить их системный характер. Наиболее часто встречающиеся нарушения:

- учетная форма №025/у-04 (утвержденная Приказом Минздравсоцразвития России от 2004 года №255) представлена в виде только титульного листа; результаты всех исследований и записи специалистов представлены в виде разрозненных листов, скрепленных скрепкой, что не соответствует положениям вышеназванного приказа;
- результат флюорографического исследования носит формальный характер, не соблюдается протокол записи: отсутствует порядковый номер проведенного ФЛГ исследования, в 30% заключений отсутствует дата исследования;
- протокол маммографического исследования не соблюдается, носит формальный характер (в виде клише — содержит только ФИО пациента и дату исследования), заключения кратки, формальны по содержанию и по форме;
- бланк с результатами биохимического анализа крови не соответствует форме, утвержденной Приказом

МЗ СССР от 19.06.1986 №868 «О совершенствовании централизации клинических лабораторных исследований». Результаты лабораторных биохимических исследований крови не содержат информации о порядковом номере лабораторного исследования, даты его проведения, подписи ответственного лица, не соблюдается протокол записи (отсутствует колонка с нормативными показателями по видам исследований). Формы бланков регистрации результатов диагностических исследований предлагались для применения при проведении ДД в информационном письме МЗ РО, РОФОМС, Управления Росздравнадзора при проведении дополнительной диспансеризации в 2009 году. Кроме того, данный документ оговаривал объем проведения осмотра врачами-специалистами, то есть содержал форму регистрации результатов осмотров врачами-специалистами, заполнение которой предполагает проведение строго определенного перечня диагностических манипуляций со стороны врача;

- результат цитологического исследования мазка из цервикального канала при выявлении патологических отклонений не соответствует протоколу записи, то есть форме №446/у, утвержденной Приказом МЗ РФ от 24.04.2003 №174; графы, требующие заполнения при этом, не заполнены, запись формальна и однотипна;
- при вынесении заключения (расшифровке) ЭКГ-исследования врачом функциональной диагностики запись не соответствует протоколу описания результата ЭКГ-исследования, неоправданно кратка, формальна и неинформативна;
- в графе 12 УФ №131/у-ДД-09 заполнены не все требуемые строки с указанием дат проведения исследования и получения результата;
- рекомендации по индивидуальной программе проф. мероприятий, вынесенные в гр. 13 УФ №131/у-ДД-09, не содержат информации по всем выявленным нозологическим единицам, а ограничены патологией, выявленной врачом-терапевтом;
- даты, вынесенные в графе 12 УФ №131/у-ДД-09, не соответствуют действительным датам проведения исследований или получения результатов по данным на заключениях, что свидетельствует о формальном подходе при заполнении УФ №131/у-ДД-09.

Повторные проверки показывают устранение выявленных нарушений ведения медицинской документации в проверенных ЛПУ, однако достаточно высокий процент их повторяемости заставляет вновь обратить внимание руководителей ЛПУ на данную проблему. Данный вид нарушений не является параметром, квалифицирующим случаи диспансеризации как незаконченные и не подлежащие оплате, согласно письму Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 20.08.2009 №01И-534/09 «Об упорядочении системы контроля за качеством проведения дополнительной диспансеризации граждан». Однако они выносятся при проведении проверки в предписание и сопровождаются требованиями их устранения. Ошибки и недостатки в оформлении медицинской документации не только не позволяют должным образом установить обстоятельства проводимого обследования, но и косвенно свидетельствуют о правовой и профессиональной культуре медицинских работников, их отношении к профессиональным обязательствам и уровне их правосознания.

В лечебно-профилактических учреждениях из 300 проверенных завершённых случаев дополнительной диспансеризации обнаружены нарушения в 69 случаях, что составило 23% от числа проэкспертированных случаев,

а именно — неправильное определение группы здоровья врачами-специалистами ЛПУ. Эти нарушения имели место в МУЗ ЦРБ Пролетарского района — 8 и 25 случаев диспансеризации по первой и повторной проверке, МУЗ ЦРБ Чертковского района — 7 случаев, МУЗ ЦРБ Советского района — 1 случай, МУЗ ЦРБ Матвеево-Курганского района — 10 случаев при первой и 0 случаев при повторной проверке, МУЗ «Городская поликлиника» г. Новочеркасс — 15 и 0 случаев при повторной проверке, МУЗ «Городская поликлиника №2» г. Шахты — 3 случая. Экспертным заключением специалистов Управления Росздравнадзора 69 проверенных законченных случаев проведения дополнительной диспансеризации признаны незаконченными и не подлежащими оплате из средств федерального бюджета. Основной причиной неправильного выставления групп здоровья явилось вынесение заключения врачами-специалистами без учета результатов дополнительных методов исследования. Как правило, определение группы здоровья пациента проходило при игнорировании результатов исследований при том, что показатели давали отклонения параметров от нормы. В ряде случаев даты получения результатов исследования находились за рамками сроков проведения дополнительной диспансеризации, то есть результаты исследования ЛПУ получало после завершения ДД. Материалы по проверкам в данных ЛПУ переданы в РОФОМС для проведения медико-экономической экспертизы и возврата средств в федеральный бюджет. Повторными проверками в 2010 году констатировано устранение выявленных нарушений в МУЗ «Городская поликлиника» г. Новочеркасс и МУЗ ЦРБ Матвеево-Курганского района, МУЗ «Городская поликлиника №2» г. Шахты. Однако повторная внеплановая проверка МУЗ «ЦРБ» Пролетарского района в июне 2010 года по проверке устранения нарушений, выявленных при январской проверке показала с одной стороны устранение системных нарушений, но с другой стороны — увеличение количества с 8 до 25 случаев нарушений, относящихся, согласно вышеназванному письму Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, к случаям диспансеризации незаконченным и не подлежащим оплате из средств федерального бюджета. Таким образом, из всех 69 случаев неправильного определения групп здоровья 25 и 8, то есть суммарно 33, относятся к МУЗ «ЦРБ» Пролетарского района, что составляет 47,8% от общего числа выявленных случаев несоответствия по всем проверенным ЛПУ.

По результатам проверок в 2010 году в адрес руководителей учреждений направлены предписания об устранении выявленных нарушений для принятия мер организационного и дисциплинарного характера, направлено 20 информационных материалов, в том числе отправлено 6 информационных писем Главам муниципальных образований о результатах завершённых контрольно-надзорных мероприятий, начальникам управления здравоохранения, в ЛПУ на территории которых прошли проверки, а также по результатам контрольно-надзорных мероприятий в МЗ Ростовской области направлено 6 информационных писем.

По результатам проверок организации и качества ДД, проведенных Управлением Росздравнадзора по Ростовской области в 2010 году, сумма возвращенных средств по 6 учреждениям составила около 80 тысяч рублей.

Продолжающаяся дополнительная диспансеризация работающего населения в 2010 году требует от руководителей ЛПУ пристального внимания ко всем составляющим достаточно сложного, но изученного и понятного процесса диспансеризации населения как в аспектах ее организации, так и внутреннего контроля качества ее проведения. На взгляд авторов, именно недостаточный или вовсе не организованный внутренний контроль качества дополнительной диспансеризации в ЛПУ является причиной выявляемых нарушений.

Внутригоспитальная инфекция, пути ее профилактики

Крайнюков П. Е., к. м. н., начальник 1602 ОБКГ; Слуга К. А., начальник ОРИТ; Ширенко А. Л., заведующий ОАР; Аксентфельд Д. И., специалист ОАР; Аксентфельд Э. Ю., врач-терапевт терапевтического отделения; Ширенко О. Е., врач-терапевт 629 КДП; ФГУ «1602 ОБКГ» Минобороны России, г. Ростов-на-Дону

Если я оглянусь на кладбище, где схоронены зараженные в госпиталях, то не знаю, чему больше удивляться: стоицизму ли хирургов или доверию, которым продолжают пользоваться госпитали у правительства и общества...

Н. И. Пирогов

Если исходить из определения ВОЗ, нозокомиальная или госпитальная инфекция — это любое клинически распознаваемое заболевание, которое развилось у пациента в результате его обращения в стационар за хирургической помощью или в результате пребывания в стационаре.

Если исходить из повседневной практики, нозокомиальная инфекция — это клиническая ситуация, когда развитие инфекционного заболевания, не находившегося на стадии инкубации на момент поступления, произошло не ранее чем через 48 ч после госпитализации больного или в течение первых 7 дней после выписки из стационара.

Инфекция не считается внутрибольничной (нозокомиальной), если она является осложнением или продолжением инфекционного процесса, уже имевшегося у больного на момент госпитализации, а также если она развивается у новорожденного при трансплацентарной передаче (вирус герпеса, краснуха, цитомегаловирусная инфекция, сифилис, и т. д.).

Уровень внутрибольничной инфекции (ВБИ) среди пациентов отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) в 10 раз превышает уровень ВБИ в отделениях общего профиля. Величина этого показателя, а также структура ВБИ в значительной мере зависят от профиля лечебного учреждения, но наиболее часто представлены нозокомиальная пневмония (35—50% случаев), инфекции нижних дыхательных путей, мочевыделительной системы (по 20%), инфекции кровеносного русла (10%).

Проблема ВБИ в отделениях реанимации и интенсивной терапии остается актуальной не только из-за высокой частоты развития, но и ввиду многих других обстоятельств, в их числе:

- высокая летальность;
- увеличение длительности нахождения больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии;
- отсутствие четких диагностических критериев;
- трудности при выделении возбудителя;
- утяжеление соматического состояния у пациентов в ОРИТ;
- увеличения стоимости терапии.

В основе частого развития ВБИ в ОАРИТ лежат следующие причины:

1. специфическая среда отделений, которая характеризуется высокой плотностью пациентов и персонала,

непрерывным поступлением новых больных, замкнутостью и теснотой пространства;

2. постоянное наличие источников возбудителей инфекции (пациенты, персонал отделения, консультанты);

3. активизация механизмов, путей передачи возбудителей под воздействием интенсивного ухода за больными, большого количества инвазивных процедур, а также неизбежных нарушений эпидемиологически безопасных правил поведения персонала при экстренных ситуациях;

4. формирование госпитальных штаммов — микроорганизмов, обладающих множественной устойчивостью к антибактериальным средствам;

5. вынужденная концентрация тяжелобольных, жизнь которых невозможна без «протезирования» функций (ИВЛ, парентеральное питание и т. д.);

6. широкое использование сложной техники, требующей особых методов дезинфекции и стерилизации;

7. недостаточные знания и слабая мотивация персонала по выполнению правил санитарно-противоэпидемиологического режима.

Эпидемиологические особенности ВБИ в ОАРИТ

Для возникновения инфекции необходимо наличие трех составляющих: а) источника возбудителя инфекции; б) механизма передачи инфекции; в) восприимчивого к инфекции организма.

Основными источниками возбудителей ВБИ являются пациенты, персонал, посетители, предметы обстановки, особенно влажные, где большинство микроорганизмов могут не только длительно выживать, но и размножаться. Совокупность основных источников возбудителей инфекции образует резервуар возбудителей.

Основным механизмом передачи возбудителей ВБИ в ОАРИТ является контактный, хотя определенную роль могут играть аэрозольный и фекально-оральный (алиментарный).

Контактный механизм передачи осуществляется несколькими путями: при прямом контакте (как правило, посредством рук), при опосредованном контакте (контактно-бытовой путь передачи) — через окружающие бытовые предметы, при искусственном (артифициальном) пути передачи в результате медицинских манипуляций, посредством инструментов, приборов, аппаратуры, лекарственных и дезинфекционных средств.

Перемещение возбудителей ВБИ от источников к пациенту происходит с помощью рук персонала и элементов внешней среды, важнейшими из которых в ОАРИТ являются дверные ручки и ручки водопроводных кранов, многоразовые (особенно не индивидуальные) полотенца, катетеры, бронхоскопы, санационные трубки,

Продолжение на стр. 13

- Медицинская одежда и хирургические халаты одноразового применения.
- Современные нетканые и многослойные воздухопроницаемые материалы с влагозащитой и высокими барьерными свойствами вуденпалп, сотара, сммс, спанлейс.
- Соответствие ГОСТ Р EN 13795 и международному стандарту EN 13795

ХАЛАТ ХИРУРГИЧЕСКИЙ
ЧАСТИЧНО ЛАМИНИРОВАННЫЙ
с дополнительной защитой,
для стандартных операций



ХАЛАТ ХИРУРГИЧЕСКИЙ
«ЕВРОСТАНДАРТ»
ЧАСТИЧНО ЛАМИНИРОВАННЫЙ
с дополнительной защитой,
для стандартных
и длительных операций



«ЕВРОСТАНДАРТ»
ЧАСТИЧНО ЛАМИНИРОВАННЫЙ
УСИЛЕННЫЙ
со специальной защитой,
для длительных операций



С УГЛУБЛЕННОЙ ПРОЙМОЙ,
ЧАСТИЧНО ЛАМИНИРОВАННЫЙ
УСИЛЕННЫЙ
со специальной защитой,
для длительных операций



ДЛЯ РАБОТЫ СИДЯ
ЧАСТИЧНО ЛАМИНИРОВАННЫЙ
с дополнительной защитой,
для стандартных
и длительных операций

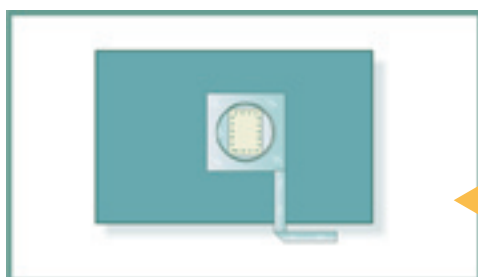
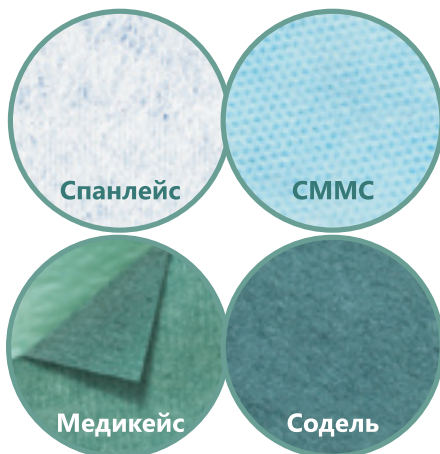


ЧАСТИЧНО ЛАМИНИРОВАННЫЙ
УСИЛЕННЫЙ
с рукавами реглан
со специальной защитой
для длительных операций



- Операционные простыни, подстилки, салфетки, полотенца, тампоны, чехлы, и хирургические стерильные комплекты изготовлены из нетканых многослойных материалов: Медикейс, СММС, Спанлейс и Содель в соответствии с ГОСТ Р EN 13795 и международным стандартом EN 13795
- Высокие барьерные свойства материалов в сочетании со встроенными адгезивными краями, инцизионной пленкой и карманами обеспечивают безопасную, удобную работу хирургического персонала
- Комплектация стандартная (104 вида) или индивидуальная для всех видов операций

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ МАТЕРИАЛЫ



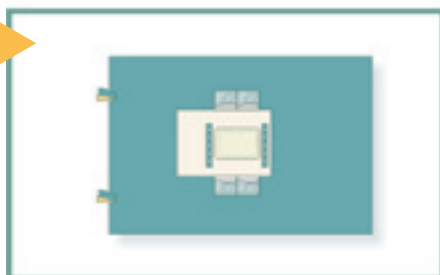
**ДЛЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ
УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**
с встроенными бахилами
с впитывающей зоной, с отверстием
с адгезивным краем с мешком
для сбора и отвода жидкости



**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**
с мешком для отвода жидкости
с отверстием с инцизионной пленкой



ДЛЯ ПОЛОСТНЫХ ОПЕРАЦИЙ
с впитывающей зоной,
с отверстием с инцизионной
пленкой фиксаторами шнуров
и фиксаторами простыни на дуге



**ПРОСТЫНЯ ДЛЯ АРТРОСКОПИИ
КОЛЕННОГО СУСТАВА**
с эластичными элементами
с мешком для сбора и отвода жидкости
с адгезивным краем



**ДЛЯ ОФТАЛМОЛОГИЧЕСКИХ
и ЛОР ОПЕРАЦИЙ**
с впитывающей зоной,
с отверстием с адгезивным краем
с карманом для сбора жидкости

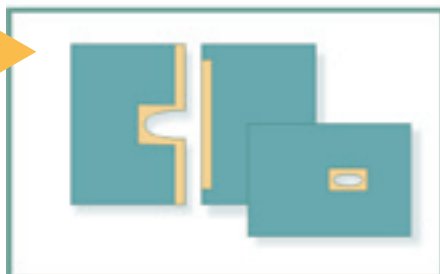


ДЛЯ АНГИОГРАФИИ
с отверстиями с адгезивным краем
или инцизионной пленкой
и с прозрачными полиэтиленовыми краями



УНИВЕРСАЛЬНЫЕ
с адгезивным краем, вырезом
и отверстиями

**ДЛЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ
ОПЕРАЦИЙ**
с отверстием с инцизионной пленкой
с впитывающей зоной,
карманами для инструментов
и фиксаторами шнуров оборудования



комплектующие детали и поверхность аппаратов ИВЛ, дренажные системы, воздух.

Факторы риска инфицирования нижних дыхательных путей можно объединить в несколько групп:

1. факторы, связанные с состоянием макроорганизма: возраст больного, тяжесть основного заболевания, сопутствующая патология легких, нарушение сознания, иммунодефицитные состояния, вирусная инфекция дыхательных путей;

2. факторы, повышающие риск колонизации ротоглотки и желудка возбудителями (применение антибиотиков), факторы, способствующие ретроградной колонизации верхних дыхательных путей из желудка (ахлоргидрия, заболевания ЖКТ, применение антацидов и т. д.), нерегулярная, неправильная антисептика рук персонала, плохая дезинфекция дыхательной аппаратуры и средств ухода, отсутствие (неприменение) бактериальных фильтров в аппаратах ИВЛ, неправильная техника выполнения диагностических и лечебных мероприятий и манипуляций;

3. факторы, способствующие рефлюксу и аспирации: ИВЛ, трахеостомия, использование назогастрального зонда, горизонтальное положение пациента, рвота, отсутствие сознания;

4. факторы, препятствующие нормальному отхождению мокроты: хирургическое вмешательство на голове, шее, грудной клетке, верхнем этаже брюшной полости, отсутствие кашлевого рефлекса, искусственная миоплегия, недостаточное обезболивание и/или применение для обезболивания препаратов морфинового ряда, иммобилизация.

Факторы, способствующие раннему развитию нозокомиальной пневмонии (НП) у хирургических больных:

- тяжесть состояния (высокий балл по APACHE II);
- абдоминальный сепсис;
- массивная аспирация;
- возраст старше 60 лет;
- сопутствующие ХОБЛ;
- нарушение сознания;
- экстренная интубация;
- проведение длительной (более 72 часов) ИВЛ;
- широкое использование инвазивных лечебных и диагностических методик, что повышает риск экзогенного инфицирования;
- развитие острого респираторного дистресс-синдрома как неспецифической реакции легких;
- неадекватность предшествующей антибактериальной терапии;
- развитие ОПЛ;
- повторная госпитализация в течение 6 месяцев;
- торакальные/абдоминальные операции;
- назотрахеальная и назогастральная интубация;
- положение на спине с опущенным головным концом кровати.

При проведении длительной вентиляции легких НП сопряжена с еще более высокой летальностью. Нозокомиальная пневмония, связанная с ИВЛ, — пневмония, возникающая через 48 часов и более после интубации трахеи и начала ИВЛ. Частота развития НП при проведении искусственной и вспомогательной вентиляции

(ИВЛ и ВВЛ, соответственно) достигает 65%, а общий уровень летальности среди этих пациентов составляет 60—80% (Гельфанд Б. Р., Белоцерковский Б. З., 1998). Смертность, связанная с пневмонией, особенно высока, если имеет место бактериемия. При наличии ГП сроки пребывания в больнице увеличиваются в среднем на 7—9 дней.

ВБИ мочевыделительной системы связаны чаще всего с катетеризацией мочевого пузыря. Частота таких осложнений находится в прямой зависимости от длительности нахождения катетера в мочевом пузыре. При продолжительности катетеризации в один месяц инфекция обнаруживается у 100% больных в случае применения закрытых стерильных дренажных систем. А в случае использования открытых дренажных систем риск инфицирования значительно увеличивается: на 5—7 сутки инфекция развивается почти у 100% пациентов. Следующим фактором риска инфицирования мочевыводящих путей являются нарушения в обслуживании катетеров, пожилой возраст больных, ослабленный иммунитет, устойчивая флора. Катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей часто протекают без видимой клинической картины и могут спонтанно заканчиваться при удалении катетера. В 4—6% случаев они сопровождаются бактериемией.

ВБИ, связанные с внутрисосудистыми катетерами. Частота катетер-ассоциированных инфекций колеблется от 4 до 18%. Основными путями проникновения микроорганизмов в сосудистое русло являются: места прокола кожи в месте введения катетера и прикрепления (пришивания) его к коже; канюля или порты для введения лекарственных веществ, при нарушении правил асептики; использование контаминированных инфузионных растворов.

Учитывая высокую стоимость лечения ВБИ, проблемы, связанные с диагностикой, выделением возбудителя инфекции, определения чувствительности возбудителя к антибиотикам, лечение осложнений нозокомиальных инфекций, понятно, насколько важна их профилактика.

Комплекс мероприятий по недопущению заноса инфекционных заболеваний в лечебное учреждение, предупреждению возникновения и распространения инфекции внутри больницы, а также выносу инфекции за пределы лечебного учреждения объединяется понятием санитарно-противоэпидемический режим (СПЭР).

Осуществление СПЭР регламентировано общегосударственными нормами и правилами. Ответственность за организацию СПЭР в ОАРИТ возложена на заведующего (начальника) отделения. Старшая медицинская сестра непосредственно организует выполнение и несет персональную ответственность за соблюдение СПЭР.

В центре анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии 1602 ОБКГ вопросам профилактики ВБИ в настоящей экономической ситуации уделяется большое внимание. Профилактические меры по предупреждению и предотвращению ВБИ можно разделить на мероприятия организационного, технического и медицинского характера, направленные на усиление антиинфекционной защиты самого пациента и снижающие вероятность контаминации и инфицирования.

При этом относительно простые подходы и манипуляции способны существенно уменьшить риск развития ВБИ.

Общие мероприятия по профилактике ВБИ

1. Строгое выполнение мероприятий по инфекционному контролю, обучение персонала, соблюдение правил дезинфекции рук с использованием спиртосодержащих антисептиков для уменьшения риска перекрестного инфицирования (наличие на стенах отделения достаточного количества дозаторов с антисептиком), наличие бумажных полотенец.

2. Эпидемиологический надзор за наличием инфекций в ОАРИТ для выявления и оценки распространенности полирезистентных возбудителей, своевременное и регулярное информирование клиницистов о полученных результатах, о микробиологическом профиле отделения.

3. Обеспечение адекватного количества персонала в ОАРИТ для уменьшения продолжительности госпитализации.

4. Контакт с пациентом только после обработки рук жидким мылом, спиртосодержащими антисептиками (лечащий врач контролирует соблюдение изложенных принципов обработки рук при осмотре пациента специалистами из других отделений).

5. Использование в операционных, палатах реанимации при проведении ИВЛ бактериальных фильтров, одноразовых интубационных трубок.

6. Тщательное наблюдение за инвазивными устройствами, ограничение их использования и своевременное удаление, своевременная смена интубационных трубок, трахеостомических канюль, проведение санации трахеобронхиального дерева одноразовыми санационными катетерами.

Медицинские мероприятия по профилактике нозокомиальной инфекции

1. Назначение эмпирической антибактериальной терапии с учетом микробиологического профиля отделения и наиболее вероятного возбудителя инфекции, смена антибиотика согласно результатов посевов.

2. Проведение в отделении ротации антибиотиков, запрет назначения антибиотиков резерва при начале антибактериальной терапии.

3. Изоляция пациентов, имеющих инфекционные осложнения.

4. Своевременное выявление и адекватная хирургическая санация альтернативных очагов инфекции.

Выполнение вышеуказанных принципов профилактики ВБИ позволяет значительно снизить количество и тяжесть внутригоспитальных инфекций.

“МАРТ”овское новейшее оборудование



Сшиватели СКА предназначены для наложения циркулярного механического анастомоза по типу «конец в конец», «конец в бок», «бок в бок» и «бок в конец» на различных уровнях пищеварительного тракта двухрядным круговым швом через все слои стенок сшиваемых органов с совмещением их наружными оболочками. Одновременно с наложением шва аппарат производит иссечение тканей для образования свободного прохода между сшитыми органами. Новая модификация аппаратов имеет изогнутую форму, повторяющую естественный изгиб органов человека, оснащена сменными головками для наложения анастомозов разных диаметров

ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Диапазон размеров прошивания, мм	0,6 - 2,5
Диаметры рабочих головок, мм	21, 25, 29, 32
Вид шва	Двухрядный
Габаритные размеры, мм	450x110x32
Масса, кг, не более	0,7

Сшиватели СО-40Н и СО-60Н предназначены для наложения линейного механического скобочного шва при операциях на внутренних органах организма.

Новая модификация аппаратов позволяет наложить шов, превосходящий по герметичности шов, накладываемый предыдущими моделями аппаратов, что дает возможность прошивать так же блоки сосудов и использовать аппарат во многих других случаях.

Применение рычажного привода для прошивания позволяет сократить время наложения шва.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Диапазон размеров прошивания, мм	0,6 - 2,5
Длина шва, мм	40 и 60
Вид шва	Двухрядный
Количество скобок, шт.:	16 и 24
Габаритные размеры, мм	350x155x32
Масса, кг, не более	0,650



Мы производим сшиватели типа УО-40 и УО-60, одноразовые стерильные магазины к ним, скобки и другой расходный материал, а также разнообразный инструмент и оборудование для лапароскопии, ректоскопии и многое другое.

НПФ “МАРТ”

г. Санкт-Петербург, телефон: (812) 498-34-49, факс: (812) 498-32-49, e-mail: npfmart@yandex.ru

Распространенность респираторных заболеваний среди детей гарнизона, роль стафилококковой инфекции в этиологии заболеваний органов дыхания

Негодова Е. В., Госпиталь г. Ахтубинска ФГУ «1602 ОБКГ» Минобороны России

Анализируя заболеваемость среди детей гарнизона г. Ахтубинска по обращаемости к врачу-педиатру госпиталя, выявлено следующее (табл. 1).

Как видно из таблицы, основной процент заболеваемости приходится на патологию органов дыхания, на втором месте — заболевания желудочно-кишечного тракта, из которых немалый процент отводится дисбиотическим проявлениям.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) являются серьезной проблемой здравоохранения из-за их широкой распространенности как у детей, так и у взрослых. ОРЗ составляют около 90% всей инфекционной патологии детского возраста, это — самые частые заболевания в амбулаторной практике: более 80% всех вызовов педиатров на дом обусловлены ОРЗ. Наиболее высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями отмечается у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. Высокая частота инфекций дыхательной системы у детей обусловлена особенностями созревания иммунной системы ребенка, высокой контагиозностью вирусных инфекций, нестойким иммунитетом к ряду возбудителей, разнообразием серо- и биотипов пневмотропных бактерий (пневмококков, стафилококков, гемофильной палочки). ОРЗ у детей в настоящее время представляют не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему.

ОРЗ — это группа разнородных по этиологии и локализации поражения инфекционно-воспалительных заболеваний с преимущественным поражением органов дыхания, имеющие похожие механизмы развития и много общих клинических проявлений. По локализации ОРЗ принято подразделять на заболевания верхних и нижних отделов дыхательных путей. К инфекционным заболеваниям верхних отделов дыхательных путей относят ринит, ринофарингит, фарингит, риносинусит и синусит, тонзиллит, отит, эпиглотит. Трахеит, бронхит и пневмония являются заболеваниями нижних отделов респираторного тракта. Ларингит занимает промежуточное положение.

Основными возбудителями ОРЗ являются так называемые респираторные вирусы: на их долю приходится до 90% всех заболеваний у детей. Приблизительно в 10% случаев острые респираторные инфекции имеют бактериальную или вирусно-бактериальную природу.

Этиологическими факторами развития бактериально-инфекционно-воспалительного процесса в дыхательных путях являются так называемые респираторные патогены: пневмококки (*Str. Pneumoniae*), гемолитические стрептококки группы А (чаще *Str. Pyogenis* и *Viridans*), гемофильная палочка, микопlasма пневмонии, хламидофила пневмонии, моракселла катарралис.

Таблица 1

Распределение болезней по нозологическим формам среди детей, получивших консультативную помощь

Наименование болезни	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Всего	520	546	784
Из них первично	290	392	348
Заболевания органов дыхания, из них:	188	202	194
— пневмония	26	34	30
— бронхиты	82	72	61
— ОРЗ (фарингиты, трахеиты, риносинуситы)	80	96	103
Болезни ЖКТ, из них:	24	58	45
— хронический гастрит, гастродуоденит	13	38	8
— функциональные нарушения пищеварения	-	8	6
— дискинезии желчевыводящих путей	2	4	2
— дисбиоз	8	8	29
ВЭБ-инфекция	-	-	17
Инфекции мочевыводящих путей	13	18	6
Синдром вегетативной дисфункции	17	24	38
Аномалии развития сердца	12	18	18
Сахарный диабет	-	-	1
Прочие	36	72	26

Стафилококки и такие представители группы кишечных грамотрицательных бактерий, как кишечная палочка, клебсиелла и другие, при заболеваниях дыхательных путей, развившихся в домашних (амбулаторных) условиях, встречаются довольно редко — не более чем в 2—5% случаев.

Поскольку дать оценку по этиологическому фактору вирусной инфекции на базе нашего лечебного учреждения не представляется возможным из-за отсутствия вирусологической лаборатории, остановимся на анализе заболеваний органов дыхания, вызванных бактериальной флорой. Диагноз ОРВИ устанавливался на основании клинических критериев.

Итак, из 194 детей с заболеваниями органов дыхания 90 приходилось на вирусную этиологию. Следовательно, 104 ребенка имели смешанную вирусно-бактериальную и бактериальную природу заболевания.

Этиологический фактор заболевания устанавливался на основании бактериального исследования слизи носоглотки у больных детей.

Использовались методы:

- 1) прямого бактериологического анализа с определением микрофлоры;
- 2) ПЦР-методика;
- 3) иммунно-флюоресцентный метод;
- 4) исследование АТ к специфическим возбудителям.

Этиологический фактор распределился следующим образом:

стафилококк	40%
стрептококк	23,3%
клебсиелла	20%
микоплазма	10%
кишечная палочка	5,6%
гемофильная палочка	1,1%

В настоящее время в результате широкого применения антибиотиков, а иногда и злоупотребления ими возникла проблема дисбактериоза — важнейшего патогенетического фактора в активации стафилококка, сальмонелл, кишечной палочки и другой условно-патогенной флоры. Стафилококковые заболевания поражают преимущественно детей младшего возраста или детей, ослабленных другими заболеваниями. Эта особенность связана со свойствами возбудителя как условно-патогенного микроба и заставляет сосредоточивать внимание на реактивности детей. Главной причиной возникновения стафилококковой инфекции является нарушение механизмов естественной резистентности и патология местного иммунитета.

Значительную роль в распространении стафилококковой инфекции играют носители патогенного стафилококка. Носительство стафилококков характеризуется широким распространением как среди здоровых, так и, особенно, среди больных людей. Форма носительства может быть различной. Существует категория лиц, у которых постоянно обнаруживаются стафилококки одного и того же серотипа. Это, по-видимому, истинные носители. Менее опасны носители разных видов стафилококков, хотя последние у них обнаруживаются также постоянно.

Клиническое течение стафилококковой инфекции характеризуется многообразием — от легких форм до тяжелых генерализованных форм: сепсис, пневмония, менингит, абсцессы внутренних органов, энтероколит, эндокардит, гинекологические заболевания, стафилококковая инфекция со скарлатиноподобным синдромом, гнойно-воспалительные заболевания кожи и мягких тканей и др. Нередко в таких случаях заболевание бывает смешанной этиологии. Кроме стафилококка,

высеваются сальмонеллы, кишечная, синегнойная палочка или стрептококк, пневмококк и др. При микробных ассоциациях течение заболевания характеризуется особой тяжестью. Особенностью течения стафилококковой инфекции у детей является склонность к генерализации процесса. Наиболее велика заболеваемость сепсисом среди новорожденных. Установлено, что стафилококки в 48—78% случаев являются причиной острых поражений дыхательных путей.

Эффективность лечения зависит от своевременной диагностики и раннего применения комплексных специфических препаратов антистафилококкового действия. Большое значение имеет правильное выхаживание ребенка. Из антибиотиков наиболее эффективны аминогликозиды (канамицин, гентамицин) в терапевтической концентрации в сочетании с полусинтетическими антибиотиками пенициллинового ряда (метициллин, оксациллин, ампиокс, рационально объединяющий свойства ампициллина и оксациллина, и др.), олеморфоциклин, цефопин, эритромицин фосфат (внутривенно), а также фузидин, особенно в сочетании с олеандомицином (показания к комбинации антибиотиков в настоящее время значительно сужены, так как при этом отмечается и отрицательный эффект; сочетанное применение их целесообразно только в очень тяжелых случаях). Широко используют нитрофураны, в частности, фурагин К (внутримышечно, внутривенно и, реже, внутрикостно). Применять антимикробные препараты следует крайне осторожно и только в сочетании с препаратами, стимулирующими защитные механизмы и восстанавливающие экологическое равновесие.

Необходимы также коррекция обменных нарушений и применение симптоматических средств.

При улучшении состояния больного применяют средства активной иммунизации — стафилококковый анатоксин, аутовакцину, стафилококковый бактериофаг. Все это используют в комплексе с такими биологически активными веществами, как лактобактерии, бифидоп, бифидобактерин, а также метацил, витамины.

Профилактика стафилококковых заболеваний у детей разработана недостаточно.

В предупреждении распространения инфекции главную роль должен играть строгий контроль за санитарно-эпидемическим режимом лечебно-профилактических учреждений, контроль за беременными женщинами, родильницами, новорожденными: своевременное выявление у них малых форм гнойно-воспалительных заболеваний и немедленный перевод их при обнаружении патологии из физиологических отделений в палаты и даже отделения с инфекционным режимом. Большое значение имеет централизация стерилизационных подразделений в составе медицинских учреждений. Важным мероприятием, направленным на снижение распространенности стафилококковой инфекции, является вакцинация беременных женщин очищенным адсорбированным стафилококковым анатоксином. Учитывая, что наиболее часто антибиотикоустойчивые культуры стафилококка высеваются из фекалий, для восстановления нормального биоценоза кишечника рекомендуется широко назначать бифидобактерии:

1) всем недоношенным и маловесным детям в родильных домах, а в последующем — в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей в течение первого—второго месяцев жизни;

2) детям, получившим в раннем неонатальном периоде антибиотики, новорожденным, вскармливаемым доносским грудным молоком, или детям матерей, имеющих лактостаз, трещины сосков, возобновивших кормление грудью после мастита;

3) больным новорожденным и детям первого года жизни (с сепсисом, пневмонией, тем более — кишечным синдромом), особенно тяжелобольным. Отменять бифидобактерии у больных детей следует не ранее чем через 10–15 дней после окончания лечения антибактериальными препаратами. Важно усилить контроль за использованием антибиотиков, средств иммуносупрессивной терапии.

В отдельную форму выделены инфекции, вызванные вирусом Эпштейна-Барра, одним из проявлений которой является инфекционный мононуклеоз. Первичное обращение к педиатру, а не к инфекционисту объясняется тем, что родители детей с данной патологией обращаются в основном по поводу частых заболеваний ребенка, увеличенных лимфоузлов, общего недомогания.

При осмотре дополнительно выявляется увеличение печени, селезенки, иногда сыпь. Лечение таких детей в острой фазе проводится в инфекционном отделении, реабилитационная терапия — амбулаторно по отработанной методике.

Анализируя причины преобладания стафилококковой инфекции, можно прийти к следующим выводам.

Во-первых, стафилококк идет как осложнение тяжелого течения вирусной инфекции, что требовало госпитализации детей, а значит, имеет место фактор госпитальной инфекции.

Во-вторых, дети со стафилококковой инфекцией, как правило, были из группы часто болеющих детей, а значит, часто леченных антибиотиками с нарушением микробиотоза ВДП.

Достойная награда — достойной компании

Премия Правительства Санкт-Петербурга по качеству — 2010

В конце ноября 2010 года в Смольном состоялась торжественная церемония награждения организаций — лауреатов и дипломантов премии Правительства Санкт-Петербурга по качеству и Всероссийского конкурса Программы «100 лучших товаров России» 2010 года. Фирма «ПОЛИСАН» была удостоена этой награды.

Премия Правительства Санкт-Петербурга по качеству присуждается ежегодно на конкурсной основе организациям в Санкт-Петербурге за достижения высокого качества продукции или услуг, обеспечение их безопасности, внедрение высокоэффективных методов управления качеством.

Фирма «ПОЛИСАН» уделяет особое внимание вопросам качества. В фирме действует Система менеджмента качества, разработанная в соответствии со стандартами ГОСТ Р 52249—2004 «Правила производства и контроля качества лекарственных средств» и ГОСТ Р ИСО 9001. Руководители производственных подразделений прошли обучение по международному стандарту ГОСТ Р ИСО 9001 и получили сертификаты менеджеров качества.

В 2007 году был проведен международный аудит фармацевтического завода, по результатам которого компания ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» получила международный сертификат, подтверждающий соответствие организации производства и контроля качества лекарственных средств требованиям GMP ЕС.

С 1 января 2014 года все российские производители лекарственных средств должны перейти на международные стандарты качества (GMP). Руководство фирмы ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» приняло решение о соответствии этим стандартам задолго до официальных решений. Теперь в резерве фирмы — два года работы по совершенствованию производства, а не приведению его в надлежащее состояние.

В декабре 2010 года фирма «ПОЛИСАН» празднует свое 18-летие. На счету компании — несколько премий Правительства РФ за разработку и внедрение в медицинскую практику лекарственных средств. Фирме «ПОЛИСАН» есть чем гордиться, и каждая новая премия — это подтверждение высокого профессионализма руководства и грамотной работы всей компании.

Для справки

Основной деятельностью Научно-технологической фармацевтической фирмы «ПОЛИСАН» является разработка, производство и внедрение современных медицинских препаратов: Циклоферон, Цитофлавин, Реамберин, Ремаксол.

Циклоферон является низкомолекулярным индуктором интерферона с выраженной интерферогенной активностью, сохраняющейся в течение трех суток, что и определяет широкий спектр его биологической активности (противовирусной, иммуномодулирующей, противовоспалительной и др.).

Цитофлавин обладает антигипоксическим действием, оказывая положительный эффект на процессы энергообразования в клетке, уменьшает продукцию свободных радикалов и восстанавливает активность ферментов антиоксидантной защиты. Препарат активизирует церебральный кровоток, стимулирует метаболические процессы в центральной нервной системе. Оказывает позитивное воздействие на биоэлектрическую активность головного мозга. Положительно влияет на параметры неврологического статуса: уменьшает выраженность астенического, цефалгического, вестибуло-мозжечкового, кохлеовестибулярного синдрома, а также нивелирует расстройства в эмоционально-волевой сфере (снижает уровень тревоги, депрессии). Улучшает когнитивно-мнестические функции и качество жизни.

Реамберин обладает антигипоксическим и антиоксидантным действием, оказывая положительный эффект на аэробные процессы в клетке, уменьшая продукцию свободных радикалов и восстанавливая энергетический потенциал клеток. Препарат активирует ферментативные процессы цикла Кребса и способствует утилизации жирных кислот и глюкозы клетками, нормализует кислотно-щелочной баланс и газовый состав крови. Обладает умеренным диуретическим действием.

Ремаксол — сбалансированный инфузионный раствор, обладающий гепатопротекторным действием. Под действием препарата ускоряется переход анаэробных процессов в аэробные, улучшается энергетическое обеспечение гепатоцитов, увеличивается синтез макроэргов, повышается устойчивость мембран гепатоцитов к перекисному окислению липидов, восстанавливается активность ферментов антиоксидантной защиты. Ремаксол снижает цитолиз, что проявляется в снижении индикаторных ферментов: аспартатаминотрансфераз, аланинаминотрансфераз. Ремаксол способствует снижению билирубина и его фракций, улучшает экскрецию прямого билирубина в желчь. Снижает активность экскреторных ферментов гепатоцитов — щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы, способствует окислению холестерина в желчные кислоты.

Опыт лечения диспластических процессов шейки матки с помощью местного применения цитостатического препарата проспицина

Берлим А. А., Авруцкая В. В., Дубровина С. О., Ермолова Н. В., Кладиев А. А.;
ФГУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии Росздрава»

Дисплазия шейки матки (цервикальная интраэпителиальная неоплазия — ЦИН) является самой частой формой морфологического предрака шейки матки (ШМ).

Не может не вызывать настороженности тот факт, что контингентом, наиболее подверженным предраковым заболеваниям многослойного плоского эпителия, являются женщины молодого возраста, что связано с ранним началом половой жизни, широким распространением инфекции, передающейся половым путем, и, что особенно важно, вирусных поражений, в частности, папилломовирусной инфекции (ПВИ) 16, 18 серотипов (высокого онкогенного риска). Причастность ПВИ к онкогенезу и его канцерогенная роль в развитии рака ШМ не вызывает сомнений [5]. Средний возраст женщин, имеющих диспластические заболевания ШМ составляет 34,5—34,7 года [3]. Прогрессирование атипии до тяжелой степени чаще всего наблюдается в возрастной группе 25—29 лет и зависит от типа ПВИ. Частота перехода дисплазий в преинвазивные карциномы колеблется от 40 до 60% [4]. Доказано, что риск прогрессии ЦИН II в преинвазивный рак равен 1% за год наблюдения, а риск прогрессии ЦИН II в ЦИН III за два года равен 16% [8].

По мнению М. Н. Минаева и соавторов, при выборе метода лечения диспластических процессов необходимо соблюдать два принципа: 1) обеспечение надежного излечения, в результате чего достигается предупреждение рецидивов заболевания и перехода в более выраженный патологический процесс; 2) по возможности, применение органосохраняющих и щадящих методов лечения у женщин молодого возраста [2].

В настоящее время для лечения предраковых заболеваний ШМ используются так называемые физико-хирургические методы (электроэксцизия, криодеструкция, лазероапоризация и т. п.), основанные на частичном ее удалении. При этом неизбежна травматизация цервикального канала и мышечной ткани ШМ, приводящая к развитию различных осложнений, особенно влияющих на репродуктивную функцию женского организма. По данным разных авторов, частота возможных осложнений составляет от 40 до 80% [1, 6]. Принимая во внимание большое количество осложнений после применения традиционных методов лечения данных процессов, представляется необходимым разработка новых методов лечения преинвазивных процессов с сохранением целостности и функциональной активности органа, особенно у женщин репродуктивного возраста.

Для решения поставленных задач на базе поликлиники ФГУ РНИИАП проведено лечение 41 пациентки с диагнозом ЦИН II степени. Возрастной состав исследуемых больных распределился следующим образом: до 20 лет — 2 человека, от 21 до 29 лет — 23 человека, от 30 до 39 лет — 12 человек, от 40 до 49 лет — 4 человека. У всех больных предварительно проводилось обследование состояния половых путей на предмет

наличия инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и неспецифической патогенной микрофлоры. Следует особенно подчеркнуть, что, перед проведением забора материала для гистологического исследования (биопсия ШМ), проводилась соответствующая специфическая терапия с последующим контролем излеченности. Клиническое выздоровление наступило во всех случаях. У 7 больных в анамнезе отмечалось проведение деструктивного лечения ШМ: по поводу эктопий — в 4 и ЦИН I степени — в 3 случаях. В 6 случаях была проведена электроэксцизия ШМ, в 1 — криодеструкция. Наличие ЦИН II степени в этих случаях еще раз подтверждает паллиативность физико-хирургических методов лечения и высокую частоту рецидивов.

Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки ШМ у этих больных, кроме подтверждения установленных диагнозов, обнаружило в 100% случаев наличие ПВИ.

В работе использовались следующие методы обследования больных:

- клиническое и кольпоскопическое исследование;
- гистологические исследования биоптатов, взятых прицельно из подозрительных участков под кольпоскопическим контролем;
- иммуногистохимическое исследование серийных срезов, обработанных по стрептавидин-биотиновому пероксидазному методу [7]. Срезы инкубировались с антителами к антигену ядер пролиферирующих клеток — PCNA («Дако», США, клон PC-10), к антигену ядер пролиферирующих клеток Ki-67 («Дако» США, клон MIB-1) и к ингибитору апоптоза Bcl-2 («Дако», США, клон 124);
- морфометрические исследования заключались в определении в каждом случае толщины эпителиального пласта, соотношения количества клеток каждого слоя эпителиального пласта. Рассчитывался митотический индекс, апоптозный индекс, индекс мечения PCNA, Ki-67 и Bcl-2.

Для анализа статистических характеристик выборки использовались возможности табличного процессора Excel 2003. Для оценки статистической обоснованности различия выделенных клинических групп применялся пакет прикладных программ Statistica 6.0, критерий Манна-Уитни.

При проведении разработанного нами лечения использовалась 3% проспициновая мазь на основе безводного ланолина. Концентрация используемой мази была подобрана экспериментальным путем при обработке материала слизистой оболочки ШМ и слизистой влагалища, полученного после их хирургического удаления (экстирпации, ампутации ШМ, пластические операции на стенках влагалища), с последующим их гистологическим исследованием. Использование 3% концентрации мази

исключает раздражающее действие цитостатика на окружающие здоровые ткани влагалища и шейки матки и не оказывает действия на организм в целом. Мазевые аппликации выполнялись во II фазу менструального цикла, так как влияние прогестерона вызывает снижение дифференцировки клеток слизистой оболочки ШМ и влагалища, увеличивает степень десквамации поверхностных клеток, что способствует истончению эпителиального пласта и, следовательно, воздействию активного компонента мази, возможно, на более глубокие клеточные слои, вплоть до базального.

Нами использовалась мазь, содержащая цитостатик проспидин (Государственный реестр лекарственных средств № 4602431500164, производство С.-Петербургский НИИ вакцин и сывороток). Торговое название «Проспидина мазь». Международное название «Проспидия хлорид». Химическое название: 3,12-Бис (3-хлор-2-гидроксипирил) — 3,12-диаза-6,9-дiazониадиспиро [5.2.5.2] гексадекан гидроксид дихлорид. Фармакологическое действие: противоопухолевое средство, относящееся к алкилирующим соединениям, снижает проницаемость цитоплазматической мембраны для внутриклеточного транспорта жизненно важных ионов, органических соединений, тем самым, нарушая нормальную жизнедеятельность клетки. Не влияет на клетки макроорганизма из-за структурных различий в строении мембраны. Оказывает непосредственное влияние на синтез нуклеиновых кислот ДНК и РНК. Лечение данным препаратом кажется нам патогенетически обоснованным в силу того, что любой неопластический процесс характеризуется, прежде всего, повышенным уровнем клеточного деления. И, соответственно, в силу увеличения клеточного метаболизма, патологические клетки более подвержены действию цитостатика.

Для снижения патологического влияния ВПЧ при лечении нами использовались следующие препараты: виферон, изопринозин, имудон (по общепринятым клиническим схемам).

Описание метода

Больная располагается на гинекологическом кресле, ШМ раскрывается в зеркалах. Тампоном с 3% уксусной кислотой удаляется слизь, с противовоспалительной и противоотечной целью проводится 5-минутная ванночка с антисептиком (нами использовался раствор мирамистина). Затем ШМ высушивается марлевыми тампонами досуха. Шпателем на эктоцервикс наносится тонкий слой гомогенной проспидиновой мази. На время лечения пациенткам рекомендовалось исключить половые контакты с целью избегания травмирования эктоцервикса. Разовая доза проспидиновой мази составляет 2,5 мг/см², курсовая — 12,5 мг/см². Повторная биопсия проводится через 2—3 месяца после местного химио-терапевтического лечения, поскольку только к этому времени происходит полная эпителизация эктоцервикса. При отрицательном результате кольпоскопический и цитологический контроль проводится 1 раз в 6 месяцев. Снятие с учета производится при полном клиническом выздоровлении, а также трехкратном отрицательном результате цитологического исследования. При наличии в гистологическом заключении ЦИН I степени рекомендовано повторное проведение курса обработок. В нашем случае диагноз

ЦИН I после одного курса лечения был получен в трех случаях (7,32%). После проведения повторного курса лечения признаков диспластического процесса обнаружено не было.

Непереносимости препаратов в процессе терапии не отмечалось. В результате цитотоксического действия у 20 больных наблюдалась воспалительная реакция слизистой оболочки ШМ и стенок влагалища, однако этот процесс носил асептический характер и купировался через 1—2 недели после окончания местного лечения.

У основной массы пациенток при лечении не возникало никаких жалоб. У 4 больных были жалобы на чувство жжения и зуда во влагалище. В этом случае обработки прекращались на срок до трех дней, за время которых симптоматика купировалась самостоятельно, после чего их продолжали по запланированной схеме.

Таким образом, нами разработан метод лечения предраковых заболеваний ШМ (патент №2271804), обладающий высокой эффективностью (излеченность достигает 100%), основным достоинством которого, кроме низкой стоимости лечения (затратная часть курса местной химиотерапии, включающая стоимость препарата, составляет около 200—230 рублей), является локальное уничтожение очага поражения при минимальном воздействии на окружающие здоровые ткани, что особенно важно у женщин репродуктивного возраста.

Из пролеченного контингента женщин беременность в течение двух лет после лечения наступила в 12 случаях. Всем беременным проводился кольпоскопический скрининг в сроки 8, 16, 24, 32 недели. Положительный эффект от предлагаемого метода лечения ЦИН II был доказан при гистологическом и иммуногистохимическом исследовании биоптатов ШМ пролеченных больных.

Основным результатом проведенного лечения стало снижение (в 3-х случаях) степени дисплазии. ЦИН II не определялась. Койлоцитоз (маркер ПВИ) сохранен во всех без исключения случаях, причем койлоциты составляют от 70 до 90% клеток эпителия. Толщина многослойного плоского эпителия существенно снизилась и составила в среднем 371 мк.

Поляризация и вертикальная анизоморфность эпителиоцитов после лечения обуславливали стратификацию эпителиального пласта. В последнем на небольшом протяжении очагово определяется межклеточный отек, слабо выраженный лейкодиapedез и дистрофические изменения отдельных эпителиоцитов, которые расценивались нами как результат токсического воздействия цитостатика.

Однако всегда выявлялись утолщенные и не утолщенные участки эпителиального пласта с измененным соотношением клеток за счет большего количества слоев клеток, преимущественно, в поверхностном слое, что почти всегда сопровождалось паракератозом, в 4 случаях резко выраженном.

Характерным для утолщенных участков эпителиального пласта было отсутствие или небольшое количество сосудов, начинающих вращать в эпителиальный пласт. Столь слабо выраженный ангиогенез наблюдался в 2/3 случаев от общего числа биоптатов. Ему сопутствовала значительно снизившаяся экспрессия PCNA и Bcl-2 при незначительном уменьшении экспрессии Ki-67. В 1/3 исследованных случаев (13 больных) сосудисто-эпителиальные розетки были

сформированы и при умеренно выраженной пролиферации периваскулярных эпителиоцитов отличались несколько большей экспрессией PCNA в ядрах отдельных периваскулярных эпителиоцитов и клеток базального слоя эпителиального пласта. Примечательно, что в 11 случаях неполноценность таких сосудов маркировалась наличием лакун. В 3 случаях отмечалась очаговая базальноклеточная гиперплазия с анизокариозом и более выраженным повышением экспрессии PCNA в крупных ядрах. ЦИН II не определялась, ЦИН I наблюдалась в 3 случаях, была слабо выражена, причем в I случае отличалась многофокусностью. В 13 случаях выявлены одиночные, формирующиеся, неглубоко внедряющиеся в подлежащую соединительную ткань, лежащие на расстоянии друг от друга, округлые участки акантоза с повышенной экспрессией PCNA и Ki-67 в отдельных ядрах базальных эпителиоцитов. В одном из этих случаев подобные формирующиеся участки акантоза были многочисленными, лежали плотно и на большом протяжении.

Наличие эктопии цилиндрического эпителия отмечено в 14 случаях (34,15%). В 3-х случаях при наличии лакун формировались микроэрозии.

В собственной пластинке слизистой оболочки ШМ во всех случаях встречались разной степени выраженности лимфогистиоцитарные инфильтраты или одиночные лимфоидные фолликулы без реактивных центров. Почти во всех случаях в сосудах стромы определялись участки дезэндотелизации и очаговой пролиферации эндотелиоцитов.

Проведенные гистологические исследования показали, что завершившая регенерацию слизистая оболочка ШМ после воздействия цитостатика покрыта койлоциттарноизмененным многослойным плоским эпителием. Очаг ЦИН II после проведенного лечения не определялся в 100% случаев. Последнее является главным положительным аргументом в пользу консервативного метода лечения цитостатиками ЦИН II у женщин репродуктивного возраста.

В группе биоптатов, взятых после лечения, при сравнении с исходными данными все исследуемые показатели достоверно уменьшились, что свидетельствует о стабилизации клеточного гомеостаза и, следовательно, о достижении клинического эффекта. Уменьшение экспрессии PCNA и Bcl-2, а также относительное повышение (на фоне снижения других показателей) апоптозного индекса можно расценивать не только как некоторое снижение пролиферативной активности многослойного плоского эпителия, но и как более адекватное участие апоптоза в элиминации поврежденных (в том числе и ПВИ) клеток в борьбе за клеточный и тканевой гомеостаз.

Тем не менее, основными звеньями патогенеза ПВИ является нарушенный в результате вирусной инфекции клеточный гомеостаз и дефектный ангиогенез, взаимоотношения которых формируют меняющийся морфологический субстрат и обуславливают рецидивирующее течение ПВИ по схеме: ПВИ — пролиферация эпителия — ангиогенез (сосудисто-эпителиальные розетки, лакуны) — эрозии с цервицитами — эктопии (в том числе и заживающие с регенерирующим, но всегда койлоциттарноизмененным эпителием) и вновь пролиферация многослойного плоского эпителия и т. д. Течение этого процесса индивидуально различно по степени выраженности и длительности существования каждого из его составляющих, но всегда

связано с состоянием местного и общего иммунитета и гормональным фоном женского организма. Различные морфологические проявления ПВИ в разных случаях отражают индивидуальную динамику ПВИ в данный отрезок времени при общем для всех случаев патогенезе и рецидивирующем характере течения заболевания.

Исчезновение очага ЦИН при консервативном лечении ликвидирует фактор риска онкозаболевания и удлиняет период формирования кондиломатозного поражения слизистой оболочки ШМ. Вопросы о прогрессировании или регрессии дисплазий практически могут решаться в динамике контрольных кольпоскопических или гистологических исследований. Таким образом, предлагаемое лечение ЦИН II на фоне ПВИ шейки матки патогенетически обосновано и высоко эффективно, что доказано в наших исследованиях с использованием клинко-кольпоскопических, гистологических, морфометрических и иммуногистохимических методов исследования.

Простота, надежность, эффективность предлагаемого метода в борьбе с дисплазиями, с параллельной стимуляцией местного иммунитета, позволяют считать его, особенно у лиц репродуктивного периода, методом предпочтительным, функционально и патогенетически обоснованным.

Литература

1. Костава М. Н., Прилепская В. Н. Лечение доброкачественных заболеваний и шейки матки // Гинекология. — 2005. — Т. 7. — С. 24—26.
2. Минаева М. Н., Мамасьян О. В., Вожова М. П., Бахметьева Н. Н. Гормональная терапия низкодозированными комбинированными оральными контрацептивами врожденной патологии шейки матки // Материалы IV Российского Форума «Мать и Дитя». — М, 2005. — С. 450—451.
3. Насырова С. Ф., Амерханова Г. А. Дисплазия в структуре патологии шейки матки // Материалы IV Российского Форума «Мать и Дитя». — М, 2005. — С. 462.
4. Прилепская В. Н., Голубенко А. Е. Эпидемиология, этиология и факторы риска заболеваний шейки матки // Поликлиническая гинекология: клин. лекции / Под ред. В. Н. Прилепской. — М: МЕДпресс-информ, 2004. — С. 9—20.
5. Пфистер Г. Роль вирусов в патогенезе рака // Современные достижения генетических исследований: клин. аспекты: метод. пособие / Под ред. В. Н. Чернышова, В. О. Крыжановской, С. И. Куцева. — Ростов н/Д, 2003. — С. 106—111.
6. Хайнцль С. Лазерная хирургия / Оперативная гинекология / Под ред. В. И. Кулакова. — М: ГЭОТАР Медицина, 1999. — С. 35—40.
7. Эллингс В. Н., Максимова Н. А. Практическая иммуногистохимия. — СПб: Питер, 2002. — С. 16—18.
8. Holowaty P., Miller A.B., Rohan T., To T. Natural history of dysplasia of the uterine cervix // J. Natl. Cancer Inst. — 1999. — Vol. 91. — №3. — P. 252—258.

Изменения в диспансеризации гинекологических больных за период 2001—2009 гг. на примере женской консультации МЛПУЗ «Городская больница №8» г. Ростова-на-Дону

Дрозд А. А., к. м. н., гл. врач МЛПУЗ «Городская больница №8», Челохова Е. Э., зав. женской консультацией МЛПУЗ «Городская больница №8», г. Ростов-на-Дону

При проведении анализа диспансеризации гинекологических больных женской консультации за 2001—2009 гг. было отмечено постепенное снижение общего количества состоящих на диспансерном учете больных. Так, в 2001 году на учете состояло по разным заболеваниям 1070 больных, в 2009 году их число составило 682. При этом нужно отметить, что не изменился численный состав врачей, работающих в женской консультации, а также численность прикрепленного населения. Женская консультация является структурным подразделением больницы мощностью 150 посещений в смену, обслуживает население Ленинского района, численность женского населения 47700 человек, фертильного возраста — 22400 человек, 1197 девочек-подростков до 18 лет. В женской консультации 10 участков. Количество женского населения на одном участке — 4700 человек.

Необходимо отметить, что за период 2006—2009 гг. в рамках национального проекта «Здоровье» за счет средств родовых сертификатов произведено оснащение женской консультации медицинской аппаратурой и оборудованием. Приобретены кольпоскопы с фотоприставками, аппарат лазерный хирургический, аппарат для криохирургии гинекологический, аппарат для высокочастотной электрохирургии, аппарат для ультразвукового исследования с цветным доплером и тремя датчиками — трансабдоминальным, трансвагинальным и линейным для исследования молочной и щитовидной желез, малогабаритные анализаторы сердечной деятельности плода, фетальный кардиомонитор с компьютерным анализатором.

Как известно, за последние годы появилось большое количество медицинских учреждений, помимо муниципальных, расширили свою деятельность прежде являвшиеся ведомственными учреждения здравоохранения. У пациентов появилась возможность выбора лечебного учреждения. В связи с этим проведение диспансеризации требует выяснения причин снижения количества состоящих на учете больных. Вполне понятно, что частично это может быть связано с оттоком пациентов в другие лечебные учреждения, с изменением возрастного состава населения, что, в свою очередь, должно отразиться и на структуре заболеваемости. Причиной может также являться качество диагностики, уровень квалификации врачей акушеров-гинекологов, оснащенность лечебного учреждения клинко-диагностической аппаратурой, а также целый ряд других причин. Авторы настоящей работы не ставят перед собой на данном этапе задачу установления причин выявленного снижения количества

состоящих на диспансерном учете гинекологических больных. Мы отмечаем свою заинтересованность данной проблемой, проводим первый этап анализа, чтобы в дальнейшем провести более глубокое исследование с целью исключения возможного снижения эффективности диспансеризации хронических больных, а в случае выявления недостатков в системе существующей диспансеризации — их устранение. Несвоевременное выявление и лечение хронических гинекологических заболеваний может привести к снижению фертильности женского населения, увеличению количества онкологических заболеваний, ухудшению качества и снижению продолжительности жизни женщин.

Нами проведен анализ количества вновь взятых на учет пациенток, снятых с учета после оздоровления, а также выбывших для дальнейшего наблюдения в другие учреждения или в связи с переменой места жительства.

Количество оздоровленных гинекологических больных имеет определенные колебания, что связано с преобладанием различных нозологических форм в разные годы в структуре заболеваемости (табл. 1).

По структуре заболеваемости наибольшее количество оздоровленных больных регистрируется среди больных эрозиями шейки матки, нарушениями менструального цикла детородного возраста и климактерического периода, воспалительными заболеваниями матки и придатков, эндоцервицитами, дисплазиями шейки матки, кистами яичников, полипами шейки матки и полости матки.

При анализе количества поступающих под наблюдение больных с эрозиями шейки матки создается впечатление о недостаточной активности врачей по выявлению данной категории больных и взятию их на диспансерный учет, что требует проведения организационных мероприятий по налаживанию данной работы (табл. 2).

Наиболее стабильную и многочисленную группу диспансерных больных всегда составляют больные с миомой матки. Специфика данной патологии, зачастую необходимость пожизненного наблюдения больных, особенности лечебно-диагностических подходов, нередко ограничивающихся длительным динамическим наблюдением с применением определенного набора диагностических процедур, объясняют стабильность данной диспансерной группы.

За анализируемый нами период 2001—2009 гг. отмечено общее снижение количества состоящих на учете больных с миомой матки, а также заметное уменьшение количества вновь взятых на учет больных с этой патологией.

Таблица 1

	Годы наблюдений								
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Оздоровлены	220	238	692	490	219	270	247	180	271
Выбыли	120	124	81	168	73	92	72	88	155
Вновь взяты на учет	153	124	269	786	519	192	307	235	327

Таблица 2

Год	Состояло больных	Вновь взято	Оздоровлено	Выбыло	Состоит
2001	101	29	71	-	59
2002	59	9	21	8	39
2003	39	22	16	6	39
2004	39	29	32	-	36
2005	36	11	14	9	24
2006	24	47	26	-	45
2007	45	32	32	15	30
2008	30	11	7	-	34
2009	34	31	26	-	39

Количество выбывших из-под наблюдения по годам колеблется от 0 до 120 человек в год, определенное количество пациенток (достаточно стабильное) снималось с учета после проведения радикального хирургического лечения как оздоровленные (табл. 3).

Выявленное снижение количества вновь взятых больных с миомой матки ставит перед нами серьезную задачу по необходимости активизации санитарно-просветительной работы среди женского населения с целью привлечения женщин к прохождению регулярного профилактического обследования у врачей акушеров-гинекологов, повышения квалификации специалистов, более широкого применения дополнительных современных диагностических методик, в том числе — ультразвуковой диагностики.

Пожалуй, единственным способом выявления узловых образований матки небольшого размера, которые могут быть не определены при рутинном гинекологическом обследовании, является именно ультразвуковое сканирование. При этом известно, что подобная патология иногда встречается как находка при проведении УЗИ по другим показаниям, нередко — при обследовании женщин репродуктивного возраста по поводу бесплодия. Это заставляет нас считать оправданным расширение показаний к проведению УЗИ. В дальнейшем планируем провести анализ частоты выявляемости миомы матки методом УЗИ для решения вопроса о медицинской и экономической эффективности проведения ультразвуково-

го сканирования в режиме профилактического обследования у пациенток различных возрастных групп.

Аналогично считаем необходимым проведение кольпоскопических исследований у пациенток различных возрастных групп в профилактическом режиме даже при отсутствии клинических показаний, а также изучение экономической и медицинской эффективности расширения возрастных рамок для проведения скринингового цитологического контроля за счет пациенток до 30 лет.

Таким образом, проведенный нами анализ выявил необходимость активизации работы по выявлению больных хроническими гинекологическими заболеваниями, проведения целого ряда организационных мероприятий для привлечения женского населения к прохождению профилактического обследования на базе женской консультации (проведения санитарно-просветительной работы в рамках мероприятий по популяризации здорового образа жизни путем проведения лекций и бесед, публикаций в средствах массовой информации, создания просветительных сайтов о женском здоровье в сети Интернет), повышения квалификации специалистов, применения современных диагностических методик и изучения оправданности расширения объема обследования пациенток при профилактических осмотрах, разработки мероприятий, направленных на повышение заинтересованности специалистов в качественном проведении диспансеризации гинекологических больных.

Таблица 3

Год	Состояло больных	Вновь взято	Оздоровлено	Выбыло	Состоит
2001	695	147	52	92	698
2002	698	92	30	75	685
2003	685	97	42	28	712
2004	712	82	34	126	634
2005	634	38	45	32	595
2006	595	25	30	26	564
2007	564	77	14	-	627
2008	627	42	21	77	571
2009	571	82	44	119	490

Медицинское предприятие Симург представляет
уникальную линейку инструментов
для цитологических и микробиологических исследований

Юнона



Cat. No
046

Зонд "Юнона": цитощетка с тампоном.
Зонд состоит из ручки и двух рабочих
частей: цитощетки и тампона.
Рабочая часть – тампон, выполнена из
гигроскопичного мягкого материала.
Тампон позволяет удалить избыток
выделений перед применением цитощетки,
нанести на поверхность слизистой раствор,
а также приготовить мазок-отпечаток.



Cat. No
043

Зонд "Юнона": цитощетка со шпателем.
Зонд состоит из ручки и двух рабочих
частей: цитощетки и шпателя. Рабочая
часть – шпатель представляет собой
плоскую пластиковую лопаточку с
закругленными краями.

Регистрационный сертификат № 108-7-00001 от 05.02.2007 г.
Регистрационный сертификат № 108-7-00002 от 05.02.2007 г.
Регистрационный сертификат № 108-7-00003 от 05.02.2007 г.



Симург МП

"Медицинское предприятие "Симург"

199178 г.Санкт-Петербург, 18 линия В.О., д.31

тел. (812) 332-91-70 e-mail: office@mp-simurg.ru www.mp-simurg.ru

20 лет на рынке МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ КАЧЕСТВО ПРОВЕРЕННОЕ ВРЕМЕНЕМ

432071, Россия, г.Ульяновск, ул.Крымова, 14,
ОАО "Утес"

тел./факс: (8422) 41-66-51, 79-44-36, 42-63-76

www.utyos.ru, market@utyos.ru



ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД
ВАРИАНТЫ ИСПОЛНЕНИЯ ПО
ЖЕЛАНИЮ ЗАКАЗЧИКА



Стерилизатор паровой настольный **ГК-25-2**



ОАО «Фармстандарт»

Тел.: (495) 970-00-30 (31) доб. 2024

Факс: (495) 970-00-30 (31) доб. 2110

E-mail: info3@pharmstd.ru

www.tzmoi.ru

Паровая стерилизация — неотъемлемая часть процесса лечения в стоматологии

ОАО «Фармстандарт», г. Москва

Паровая стерилизация — неотъемлемая часть любого лечебного процесса, проходящего в стоматологической медицинской организации. С точки зрения пациента, критериями качества стоматологических услуг являются: компетентность врача, его внимание и забота, эффективная анестезия и, конечно же, безопасность. Наиболее значимая сторона безопасного лечения — инфекционная безопасность, которая зависит от стерильности используемых инструментов. А как же достигается эта стерильность?

В настоящее время из всего многообразия методов стерилизации в стоматологии наиболее распространены паровой (при помощи насыщенного пара под избыточным давлением) и воздушный (при помощи сухого горячего воздуха). Воздушные стерилизаторы имеют более низкую стоимость по сравнению с паровыми, однако, вместе с тем, и ряд серьезных недостатков. Приведем лишь некоторые из них.

- Воздух обладает низкой теплопроводностью, потому для нагрева стерилизуемых изделий требуется много времени. Полный цикл воздушной стерилизации занимает до 4 часов. А время полного цикла паровой стерилизации — максимум 1 час.
- Длительное воздействие горячего воздуха (температура стерилизации 160—180°C, время выдержки 60—150 мин.) на изделия делает их хрупкими и сокращает срок годности. Кратковременное воздействие пара (температура стерилизации 120—134°C, время выдержки 5—20 мин.) не влияет на свойства стерилизуемых изделий.
- В воздушном стерилизаторе изделия стерилизуются без упаковки, и сохранить их стерильность после выемки из стерилизатора крайне сложно. В паровых стерилизаторах возможна стерилизация как неупакованных, так и упакованных изделий.
- Эффективная стерилизация медицинских изделий с полостями и каналами невозможна без предварительного вакуумирования, так как это создает идеальные условия для проникновения стерилизующего агента в труднодоступные места. Паровые стерилизаторы обеспечивают выполнение данного условия, а вот воздушные этого сделать не могут.

Следует отметить, что, в отличие от парового метода, на воздушный метод стерилизации медицинских изделий отсутствуют международные стандарты. Таким образом, только паровой стерилизатор в стоматологическом медицинском учреждении обеспечит безопасность применяемых инструментов и материалов и защитит пациентов, врачей и медсестер от заражения.

Компания «Фармстандарт», используя почти полувековой опыт в разработке и производстве паровых стерилизаторов одного из своих предприятий — ОАО «Тюменский завод медицинского оборудования и инструментов», представляет вашему вниманию модельный ряд настольных паровых стерилизаторов, созданных специально для стоматологических учреждений. Модели разработаны в соответствии с требованиями всех необходимых российских нормативных документов.

Настольный автоматический стерилизатор ГК-25-3 с объемом камеры 25 л соответствует также требованиям европейского стандарта EN 13060/1—4 к классу «S». Основные характеристики и преимущества этой модели.

- Полная автоматизация обеспечивает безопасность, удобство работы и экономит рабочее время медицинской сестры.

- Микропроцессорное управление гарантирует точность выполнения заданных режимов стерилизации и обеспечивает безопасность работы стерилизатора.
- Двухступенчатый вакуумный насос позволяет производить предварительное вакуумирование камеры, а также вакуумную сушку, что позволяет стерилизовать сложные изделия и изделия с полостями и каналами.
- 9 режимов работы стерилизатора обеспечивают свободу выбора температуры, времени стерилизации и параметров сушки для разных изделий, проведение тестирования и диагностики работы стерилизатора. Стандартные режимы утверждены Минздравом РФ, свободно программируемые имеют диапазон температур 120—135°C и времени — 5—45 минут.
- Для удобства контроля этапы, параметры и результат процесса стерилизации отображаются на ЖК-дисплее и документируются при помощи малогабаритного русифицированного термопринтера. Это дает уверенность в том, что при проведении проверки результаты стерилизации каждой конкретной партии изделий будут документально подтверждены.
- На этапе выравнивания давления воздух поступает в камеру через гидрофобный фильтр бактериальной очистки, что сохраняет стерильность находящихся внутри камеры изделий.
- Более легкий и компактный по сравнению с аналогами.

Стерилизатор ГК-25-3 в настоящее время проходит процедуру регистрации и поступит в серийное производство в начале 2011 года.

Настольный автоматический стерилизатор ГК-25 с вакуумной сушкой является аналогом стерилизаторов, соответствующих классу «S» по стандарту EN 13060/1—4. Модель имеет основные характеристики ГК-25-3. Исключение составляют отсутствие принтера и вакуумного насоса (создание вакуума происходит с использованием конденсатора), а также меньшее количество режимов работы.

Настольный автоматический стерилизатор ГК-25-2 соответствует требованиям стандарта EN 13060/1—4 к классу «N». Экономичная и простая модель, не требует подключения к водопроводу и канализации. Позволяет стерилизовать неупакованные простые изделия без каналов и полостей в режиме 134°C — 5 мин. При этом время нагрева составляет не более 15 минут, а рабочий цикл — всего лишь 30 минут. Удаление воздуха из камеры происходит проточным методом. Этапы и параметры стерилизации отображаются на ЖК-дисплее.

Средства загрузки (лотки, рамка, захват) входят в комплект поставки всех перечисленных моделей. Все средства измерения, входящие в состав стерилизаторов, поверены и внесены в Государственный реестр средств измерений, что упрощает их дальнейшее обслуживание. Камера и основные узлы изготовлены из высоколегированной нержавеющей стали.

Таким образом, настольные паровые стерилизаторы «Фармстандарт» являются надежными помощниками любой стоматологической организации в обеспечении эпидемической безопасности пациентов и врачей. А их несомненные преимущества обеспечивают пользователям надежность, безопасность, удобство и комфорт в эксплуатации и обслуживании.

Капилляротерапия

Баранов В. В., к.х.н.; Клеин С. М.; Сухов К. В., к.м.н.; ЗАО «Центр «Анализ Веществ», г. Москва

Капилляротерапия — восстановление капилляров, капиллярной сети — чрезвычайно действенный терапевтический прием. Капилляротерапия посредством приема капиллярных ванн практикуется более 500 лет, однако наряду с успешным применением наблюдались и осложнения. Для того чтобы избежать неправильной терапии посредством капиллярных ванн, предложили включить в регламент выполнения капилляротерапии мониторинг состояния микроциркуляции на основе капилляроскопии. Исследования выполняли с помощью капилляроскопа. Параметризация капилляров, капиллярной сети, кровотока, крови позволила оценить эффективность терапии, описать схему приема капиллярных ванн для каждого конкретного пациента, избежать осложнений.

Всякая хроническая болезнь — преждевременное старение. Всякое настоящее излечение — омоложение [1].

В незапамятные времена возраст человека определяли не по паспорту, а по состоянию сосудов. От молодости к старости мы «идем» всю жизнь.

Старость — болезнь, излечение от которой невозможно, но развитие которой возможно замедлить, приостановить на год, годы. Если на годы, то это — другая болезнь, другая старость, другая жизнь.

Мысль о том, что, омолаживая капилляры, можно лечить сложнейшие болезни и успешно бороться со старостью, привела к созданию методов излечения, которые называют капилляротерапией — восстановление капилляров, капиллярной сети, капиллярного кровотока, состояния артериол и венул [1, 2].

Методы капилляротерапии стимулируют процессы самоизлечения, которые являются основой восстановления нормального функционирования всего организма.

Объекты терапии при бальнеотерапии посредством капиллярных ванн — капилляры.

Капилляры — сосуды цилиндрической формы диаметром 5—15 микрометров (мкм), длиной 250—500 мкм, состоящие из одного слоя эндотелиальных клеток. Толщина эндотелиальной клетки не превышает 1—2 мкм. Количество капилляров — более 10 миллиардов, длина всего микроциркуляторного русла — более 100 тысяч километров, обменная поверхность — более 6000 м².

Количество капилляров в органах и тканях характеризуется «капилляризацией». Капилляризация кожных покровов составляет 100—120 капилляров в 1 мм³ ткани, поперечно-полосатой мускулатуры (мышцы) — более 2000 в 1 мм³, сердечной мышцы — около 3000 в 1 мм³.

Кровоток в капиллярах определяет состояние артериол и венул, образующих с капиллярами микроциркуляторное русло. Артериолы и артериальные отделы капилляра — конечное звено артериального отдела. Венозный отдел капилляра и венулы — истоки венозного отдела сердечно-сосудистой системы.

Нарушения артериовенозного звена системы микроциркуляции сердечно-сосудистой системы приводят к изменениям скорости, ускорения капиллярного кровотока, давления крови, вязкости, гематокрита, концентрации оксигемоглобина капиллярной крови, нарушению транскapиллярного обмена.

В обменных процессах, как правило, задействовано около 20—30% капилляров. Остальные капилляры не участвуют в микроциркуляции и находятся в резерве («резервные капилляры»). При нагрузке изменяется количество «работающих» капилляров. В кровоток включаются резервные капилляры, увеличивается площадь обменной

поверхности при сохранении скорости течения капиллярной крови. Чем выше нагрузка, тем большее количество капилляров вовлекается в процесс кровоснабжения.

Включение резервных капилляров в кровоток позволяет сохранить динамические параметры кровотока, сократить дистанцию прохождения питательных веществ и метаболитов от капилляра к клеткам и обратно, повысить уровень обменных процессов в организме.

Основной причиной патологических процессов в организме является хроническое нарушение питания клеток, а именно своевременной доставки к клетке питательных веществ и кислорода; выведения углекислого газа и других метаболитов из организма.

Под действием повреждающих факторов в организме человека развивается дисфункция эндотелия капилляров и эндотелия артериоларно-венулярного звена микроциркуляторного русла [1, 2, 5—10].

Эндотелий приносяще-уносящего отдела сосудистого русла формирует мышечный тонус артериол и венул, включает резервные капилляры, задает уровень капиллярного кровотока, который определяется капилляроскопическими параметрами — линейной, объемной скоростями, ускорением линейной скорости.

Современные капилляроскопы позволяют определять следующие параметры микроциркуляции [11, 12]: плотность капиллярной сети, количество капиллярных петель в поле зрения; расстояние между капиллярами; расстояние между артериальным и венозным отделами капилляров; извитость капилляров; состояние эндотелиального барьера; размер периваскулярной зоны; размер периваскулярного отека; диаметры капилляра по отделам (артериальному, переходному, венозному); отношение диаметров артериального к венозному отделу капилляра; линейная и объемная скорости капиллярного кровотока по отделам (артериальному, переходному, венозному); ускорение линейной скорости капиллярного кровотока по отделам (артериальному, венозному); остановка капиллярного кровотока (стаз); количество агрегатов эритроцитов форменных элементов крови; количество светлых форменных элементов крови; вязкость; гематокрит; давление в отделах капилляра, падение (сопротивление кровотоку в капилляре) давления в капилляре; градиент концентрации оксигемоглобина в капилляре; графическое представление пульсовой волны; перфузионный баланс; транскapиллярный обмен.

Патологические процессы приводят к нарушению микроциркуляции, транскapиллярного обмена, к снижению функциональных возможностей организма.

На начальных этапах заболеваний резервные возможности, в первую очередь, системы микроциркуляции компенсируют функциональную недостаточность пораженного органа и позволяют организму функционировать в соответствии с нормой. Однако не бывает болезней одного органа — всегда болеет человек. Поэтому и лечить следует человека, а не симптомы. Для лечения человека применяют особые способы, в частности, капилляротерапию [2—5].

Воздействие капиллярных (скипидарных) ванн на организм сочетает благотворное действие скипидара и лечебный эффект тепла во время их приема. Повышение температуры организма приводит к расширению периферических капилляров и капилляров внутренних органов. Повышение внутренней температуры организма вызывает повышенную теплоотдачу, потоотделение. С потом

человек теряет от 0,5 до 2,0 литров жидкости, вместе с которой выводятся метаболиты. За 1,5 часа во время и после приема ванны через кожу выводится столько же жидкости и метаболитов, сколько через почки за сутки.

При патологии внутренних органов определенные участки кожи становятся чувствительными и болезненными. Эти участки кожи — проекционные зоны Захарьина-Геда — занимают значительные площади и расплывчаты по конфигурации [13]. Изменения электрических потенциалов в проекционных зонах наблюдается задолго до выраженных признаков болезни. Информация о только что начавшихся сдвигах в органе поступает в зону Захарьина-Геда немедленно, но пациентом, как правило, не улавливается. Направленное воздействие на зоны активно используется с лечебными целями в современной рефлексотерапии [14].

Капиллярные ванны «проявляют» для пациента зоны Захарьина-Геда через ощущения жжения отдельных участков кожи (зон Захарьина-Геда). Чувство жжения исчезает в процессе выполнения курса капилляротерапии в той мере, в какой наступает выздоровление (контроль пациентом эффективности капилляротерапии).

Для капилляротерапии используют рецептуры желтых растворов и белых эмульсий на основе живичного скипидара [2].

Скипидар обладает кожнорезорбтивным действием (всасывается через кожу во время приема ванн), поступает в системный кровоток, улучшает процессы микроциркуляции во всех органах и системах. Эффективное действие скипидара продолжается в течение 1,5—2 часов после приема ванны. На протяжении этого периода времени скипидар восстанавливает и связывает свободные радикалы, активирует иммунные комплексы, saniрует хронические инфекционные очаги в организме, способствует выработке клетками цитокинов — веществ, участвующих в регуляции клеточных процессов и по своему действию схожих с регулирующим влиянием гормонов [4, 5].

Одним из наиболее выраженных эффектов скипидара является стимуляция сокращения гладкомышечных клеток артериол и венул, прекапиллярных сосудов. Возросшая сократительная активность мышечного аппарата приводит к периодическому расширению и сужению просвета микрососудов, вследствие чего увеличивается объем крови, проходящей через их просвет. Увеличение объема циркулирующей крови приводит к открыванию резервных капилляров и увеличению перфузии (снабжения кровью) организма. Это способствует «вымыванию» метаболитов из межклеточного пространства, восстановлению обменных процессов и состава внутритканевой среды. Регулярное применение скипидарных ванн позволяет восстановить процессы включения в кровоток резервных капилляров, развивает капиллярную сеть до нормального физиологического уровня.



Рис. 1.
Компьютерный
капилляроскоп.

Улучшение капиллярного кровотока во внутренних органах достигается за счет как непосредственного воздействия скипидара, так и местного раздражающего действия на проекционные зоны Захарьина-Геда, что создает двойной эффект воздействия капиллярных ванн.

Капилляроскопия проводится на эпонихии пальцев рук (ногтевого валика, кутикулы). Исследование безболезненное, неинвазивное (рис. 1).

На начальных этапах лечения наблюдали включение в кровоток резервных капилляров. При правильной терапии плотность капиллярной сети, количество капилляров возрастает. Резервные капилляры отличаются от основных (постоянно функционирующих) своей строением, формой в виде «дамской шпильки», диаметром 9—11 мкм. Чем ближе диаметр капилляра к 9 мкм, тем легче и быстрее кровь обменивается с тканями кислородом и питательными веществами. На этом фоне в основных капиллярах происходит постепенная нормализация динамики кровотока, реологических свойств капиллярной крови.

В начале лечения отмечали кратковременные обострения хронических заболеваний, которые не требуют медикаментозного лечения и проходят на фоне проводимой капилляротерапии. Это свидетельствует о том, что в очаге поражения происходит структурно-функциональная перестройка и нормализация капиллярного кровотока. Некоторые пациенты отмечали неприятные ощущения со стороны органов и систем, которые раньше их не беспокоили (бронхит, синусит, гастрит, остеохондроз и др.), что свидетельствует о том, что патологический процесс в данном органе протекал бессимптомно, и пациент о нем не знал. Системное улучшение микроциркуляции приводит к постепенному восстановлению нарушенных функций, восстановлению взаимодействия органов и систем организма.

Знание исходного состояния капиллярного кровотока (преимущественное строение капилляров, количество функционирующих капилляров, площадь обменной поверхности, скорость капиллярного кровотока, уровень вазомоторной активности микроциркуляторного русла и т. д.) позволяет создавать для пациентов индивидуальную схему лечения.

Индивидуальная схема лечения включает подбор вида и дозы скипидарной эмульсии (раствора), температурного режима, продолжительности приема ванны, периодичности выполнения процедур. На начальных этапах лечения — до 7 сеансов — капилляроскопический контроль необходимо проводить после каждого приема ванны. Это позволяет корректировать схему приема ванн и избегать осложнений, вносить, при необходимости, изменения в схему терапии. Для пациентов, страдающих артериальной гипертензией, без капилляроскопии невозможна капилляротерапия, так как скипидарные ванны способствуют нормализации уровня артериального давления, и фармакологическая терапия требует коррекции, которая невозможна без параметризации состояния микроциркуляции.

На последующих этапах контроль эффективности лечения проводится раз в неделю.

Разработано несколько методик приема скипидарных ванн: ножные, ручные, полуванны (сидячие) и общие. Наилучшим лечебным эффектом обладают общие ванны, что необходимо учитывать при назначении капилляротерапии пациентам среднего и тяжелого состояний.

Ванны принимаются в домашних условиях, как правило, вечером перед сном. Курсовое лечение включает 30—60 процедур и определяется строго индивидуально, исходя из общего состояния пациента и результатов проводимой терапии. После окончания курса лечения

подбирается индивидуальная схема поддерживающей терапии и контроля.

Показания к проведению капиллярных ванн начинаются от артериальной гипертензии, сахарного диабета, артритов, урогенитальных инфекций и заканчиваются врожденными патологиями и последствиями родовых травм. Максимальный эффект лечения достигается при правильном курсе лечения, мониторинге состояния микроциркуляции, коррекции курса.

При выполнении курса капилляротерапии наблюдается улучшение состояния кожи, регресс подкожного жирового слоя, прекращение роста кожных папиллом на теле, лице, улучшение половой функции, сна, уменьшение хронической венозной недостаточности в виде «сосудистых звездочек», рост работоспособности. У некоторых пациентов наблюдалось восстановление роста волос на голове.

Капилляротерапия посредством приема капиллярных ванн — чрезвычайно мощное лечебное средство, применение которого может принести облегчение и выздоровление пациенту. Однако для достижения результата необходимо соблюдать требования и условия, в ряду которых ключевым является мониторинг состояния капилляров, микроциркуляции при выполнении курса капиллярных ванн. Если мониторинг состояния капилляров, капиллярной сети (контроль состояния того, что является предметом восстановления при приеме капиллярных ванн) не проводится, то тогда прием ванн может принести не пользу, а вред.

На примере историй трех пациентов, прошедших курс капилляротерапии, покажем пользу и вред от приема капиллярных ванн.

История выздоровления 1

Пациент X страдает распространенным атеросклерозом с окклюзией левой подключичной артерии и артерий обеих нижних конечностей. Перенес около 20 операций на сосудах обеих нижних конечностей. Ампутационная культя левой нижней конечности. Болезнь прогрессировала, и больной готовился к ампутации правой нижней конечности.

После выполнения курса ванн нормализовалось давление, динамические характеристики капиллярного кровотока, исчезли ночные боли покоя, зажила трофическая язва второго пальца стопы, нормализовались динамические параметры капиллярного кровотока.

На рисунках 2—4 представлены капилляры, графические представления параметров микроциркуляции до и после приема ванн. Представлен анализ результатов капилляроскопических исследований, выводы, рекомендации.

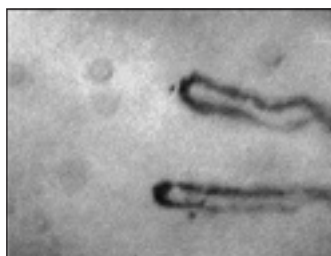


Рис. 2. Капилляры пациента X до приема курса капиллярных ванн: а — левая рука, б — правая рука.

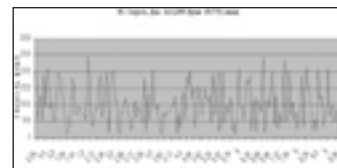
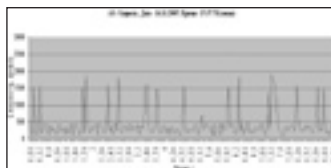


Рис. 3. Графические представления скорости капиллярного кровотока по отделам (левая рука), пациент X до приема курса капиллярных ванн: а — артериальный отдел, б — венозный отдел.

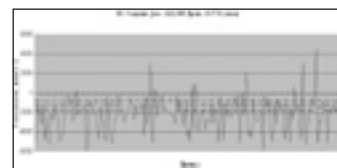
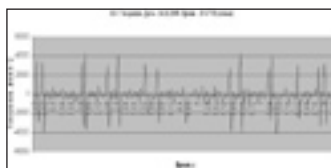


Рис. 4. Графические представления ускорения скорости капиллярного кровотока по отделам (левая рука), пациент X до приема курса капиллярных ванн: а — артериальный отдел, б — венозный отдел.

Характеристические параметры состояния пациента до и после приема капиллярных ванн представлены в таблице 1.

После приема капиллярных ванн нормализовалось систолическое и диастолическое давления на правой руке, уменьшилась разница давления между левой и правой рукой. Скорости капиллярного кровотока по отделам возросли, нормализовались скорости кровотока в венозных отделах капилляров на правой и левой руках за счет увеличения тонуса артериол, нормализации тонуса венул капилляров. Авторегуляция системы микроциркуляции организма стремится к норме.

Предложенная терапия эффективна, позволяет приостановить развитие болезни.

История выздоровления 2

Пациент Y практически здоров. Однако состояние хронической усталости, низкая работоспособность, сексуальная пассивность, состояние депрессии побудило пациента выполнить курс капилляротерапии.

Таблица 1

Параметры	До курса ванн		После курса ванн	
	левая	правая	левая	правая
АД, мм рт.ст.	102/67	153/95	92/71	123/69
Скорость кровотока, мкм/с				
артериальный отдел	424	923	1275	1050
венозный отдел	984	801	710	577
Ускорение скорости кровотока, мкм/с ²				
артериальный отдел	[41500]	[70450]	[56600]	[96650]
венозный отдел	[52300]	[75600]	[75300]	[88450]

Первые положительные результаты от приема капиллярных ванн, желание как можно быстрее достичь бодрого и еще более активного состояния побудило пациента к нарушению схемы приема: увеличению концентрации реагентов, времени, температуры.

Пациент считал, что чем больше эмульсии он использует за единственный прием, тем будет лучше. Нарушения режима привели к нарушению состояния микроциркуляции, характерному для случаев неправильной медикаментозной терапии. Коррекция курса позволила добиться нормализации микроциркуляции, выздоровления пациента.

На рисунке 5 представлены фотографии, графические представления, характеризующие состояние микроциркуляции до нарушения схемы приема, при нарушении, после коррекции курса и окончания курса терапии.

Представлены анализ результатов капилляроскопических исследований, заключение, рекомендации.

Курс капиллярных ванн привел к нормализации состояния микроциркуляции, увеличению плотности капиллярной сети, включению резервных капилляров, развитию «молодых» капилляров, увеличению резистентности капиллярной стенки (исчезли расширения капилляров по типу аневризматических), прозрачности перикапиллярных пространств, состоянию трансапикапиллярного обмена — норма. Периваскулярная зона едва угадывается (метаболиты практически удалены из перикапиллярных пространств).

Внешние проявления: хорошее настроение, энергичный, бодрый в течение дня, «молодой» интерес к жизни.

В период нарушения произошла деградация системы микроциркуляции, параметры микроциркуляции соответствовали параметрам, характеризующим неправильную медикаментозную терапию: развитие периваскулярного отека, уменьшение плотности, извитость, уменьшение динамических параметров микроциркуляции (нарушение иннервации и регуляции тонуса артериол и венул).

После коррекции курса нормализовалось состояние микроциркуляции.

Пациента перевели на поддерживающий курс капиллярных ванн.

Характеристические параметры состояния пациента, определенные в процессе капилляротерапии, представлены в таблице 2.

Анализ параметров, представленных в таблице 3, позволяет сделать следующие выводы:

- капилляротерапия с помощью капиллярных ванн — мощное терапевтическое средство для нормализации состояния микроциркуляции;
- нарушение схемы приема капиллярных ванн недопустимо и наносит вред пациенту, его допустившему;

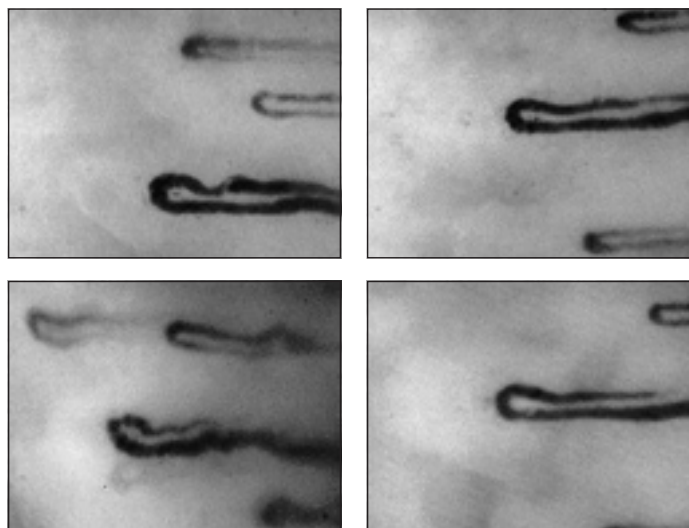


Рис. 5. Капилляры пациента Y: а — до приема курса капиллярных ванн, б — до нарушения схемы приема курса капиллярных ванн, в — в период нарушения схемы приема курса капиллярных ванн, г — после коррекции курса капиллярных ванн.

- предложенная терапия эффективна и позволяет достичь выздоровления тогда и только тогда, когда пациент осознанно и ответственно реализует курс в соответствии со схемой капилляротерапии, мотивированное составление которой невозможно без капилляроскопических исследований и мониторинга состояния микроциркуляции в течении курса приема капиллярных ванн.

История выздоровления 3

У пациента Z был выявлен повышенный тонус артериол и венул, который инициировал нарушения микроциркуляции, в том числе органические (рис. 6).

Подобные капилляры, с характерным переходным отделом, обеспечивают высокое местное сопротивление потоку крови, компенсацию высокого мышечного тонуса прекапилляров (увеличенные скорости, ускорения, давления).

Высокие значения динамических параметров микроциркуляции, как правило, ведут к прогрессивному старению сердечно-сосудистой системы пациента, к экстремальным способам трансапикапиллярного обмена (минимальное или недостаточное время контакта форменных элементов с эндотелиальной стенкой капилляра).

Курс «желтых» капиллярных ванн позволил нормализовать состояние микроциркуляции, трансапикапиллярный обмен, курс поддерживающих ванн — поддерживать достигнутое состояние.

Таблица 2

Параметры	До нарушения схемы приема ванн	В период нарушения схемы приема ванн	После коррекции схемы приема ванн
	левая	левая	левая
АД, мм рт.ст.	123/90	117/79	114/80
ЧСС	79	80	66
Скорость кровотока, мкм/с			
артериальный отдел	688	331	742
венозный отдел	478	317	698
Ускорение скорости кровотока, мкм/с ²			
артериальный отдел	[55400]	[15560]	[42250]
венозный отдел	[46700]	[14580]	[58390]

Параметры	До курса ванн	После курса ванн
	левая	левая
АД, мм рт.ст.	102/67	92/71
ЧСС	94	88
Скорость кровотока, мкм/с		
артериальный отдел	1050	687
венозный отдел	1105	629
Ускорение скорости кровотока, мкм/с ²		
артериальный отдел	[91500]	[85300]
венозный отдел	[78300]	[58600]

Курс капиллярных ванн привел к нормализации состояния микроциркуляции, увеличению плотности капиллярной сети, включению резервных капилляров, развитию молодых капилляров, уменьшению резистентности капиллярной стенки, прозрачности перикапиллярных пространств, нормализации иннервации и регуляции тонуса прекапилляров и венул; нормализации трансапикалярного обмена.

Внешние проявления: высокая работоспособность, устойчивость к инфекционным заболеваниям, исчезновение признаков дерматита.

Характеристические параметры состояния пациента, определенные в процессе капилляротерапии, представлены в таблице 3.

Предложенная терапия эффективна и позволяет достичь нормализации иннервации и регуляции тонуса прекапилляров и венул, исключить прогрессивное старение сердечно-сосудистой системы пациента.

Описанных результатов удалось достичь благодаря определению динамических параметров микроциркуляции и последующему мониторингу состояния транс-

капиллярного обмена, которые были выполнены с помощью капилляроскопии.

Литература

1. Круг А. Анатомия и физиология капилляров. — М: МОСЗДРАВОТДЕЛ, 1927. — 183 с.
2. Залманов А. С. Тайная мудрость человеческого организма (глубинная медицина). — Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. — 320 с.
3. Семенова Н. А. Скипидарные ванны и новые подходы к здоровью. — СПб: Диля, 2005. — 96 с.
4. Лапп С. К. Капилляротерапия. Чудесный метод доктора Залманова. Изд. 2-е. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. — 192 с.
5. Мазур О. А. Чистка капилляров: учение Залманова. — СПб: Питер, 2005. — 160 с.
6. Казначеев В. П., Дзизинский А. А. Клиническая патология трансапикалярного обмена. — М: Медицина, 1975. — 238 с.
7. Джонсон П. Периферическое кровообращение. — М: Медицина, 1982. — 440 с.
8. Чернух А. М., Александров П. Н., Алексеев О. В. Микроциркуляция. — М: Медицина, 1984. — 432 с.
9. Козлов В. И., Мельман Е. П., Нейко Е. М. и др. Гистофизиология капилляров. — СПб: Наука, 1994. — 234 с.
10. Bollinger A., Fagrell. Clinical Capillaroscopy. — Toronto, 1990. — 166 P.
11. <http://www.casmos.ru>
12. Компьютерный капилляроскоп. — Рег. уд. №ФС 022а2005/1494—05 от 18.04.2005.
13. Краткая медицинская энциклопедия. — М: СЭ, 1989. — С. 321.
14. Табеева Д. М. Практическая акупунктура. — Смоленск: Гомеопатическая медицина, 1977. — 490 с.

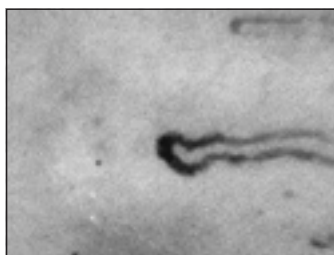


Рис. 6. Капилляр пациента Z: а — до приема курса капиллярных ванн, с характерным «переходным отделом», б — после приема курса капиллярных ванн.

ООО «МЭЛС» (МЕДЭЛЕКТРОНСЕРВИС)

Техническое обслуживание, ремонт, монтаж, пуско-наладка, техническое освидетельствование приборов и оборудования для

- медицины, санитарии и ветеринарии
- пищевой и аграрной промышленности

Поставка приборов, принадлежностей, запасных частей, расходных материалов и реактивов для лабораторной диагностики

344011, г. Ростов-на-Дону, пр. Будёновский, 93/295, оф. 28

т./ф. (863) **269-78-06, 234-77-43, 250-06-87**

E-mail: mels2@rambler.ru

Фед. лицензия № 99-08-000981
от 22.06.2010 г. на техобслуживание
всех видов медтехники

РЕКЛАМА

Комплексная автоматизация работы лечебно-профилактического учреждения

Конарева А. А.; Курбесов А. В., к.э.н.;
ООО «Электронная медицина», г. Ростов-на-Дону

Стремительное развитие информационных технологий в области здравоохранения мотивировано необходимостью их широкого использования в различных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Программные продукты, призванные облегчить труд медицинских работников и повысить качество обслуживания пациентов, эксплуатируются все в большем объеме. Однако внедрение информационной системы, автоматизирующей то или иное направление, далеко не всегда оправдывает долгие ожидания. Частичная автоматизация часто порождает сложности, существенно затрудняющие комплексное решение задач. В свою очередь, это может не позволить получить максимальную отдачу от вновь внедряемого программного продукта.

Разумеется, комплексная автоматизация лечебно-профилактических учреждений не может избежать поэтапности внедрения программных продуктов, при этом процесс должен оставаться регулярным и на каждой своей стадии решать все большее количество задач. Отдельные подсистемы и этапы их внедрения должны быть подчинены единому плану и логике, обеспечивать удовлетворение самых разнообразных потребностей.

Медицинская информационная система «ЛПУ-ЭМ», разработанная ООО «Электронная медицина», благодаря своей модульной структуре позволяет автоматизировать работу ЛПУ постепенно, начиная с решения первоочередных задач, с дальнейшим расширением функциональных возможностей.

На начальном этапе выполняется информатизация регистратуры (или приемника). Здесь пациент записывается на прием к нужному специалисту при посещении ЛПУ, с помощью телефона или Internet, а также получает интересующую его информацию на электронных табло. Медрегистратор с помощью **подсистемы «Электронная регистратура»** фиксирует информацию о пациенте, производит печать необходимой документации, при этом данные пациента

собираются в единой базе данных и готовы к использованию в экономико-статистическом отделе.

Подсистема «Экономико-статистический учет» внедряется на втором этапе и позволяет осуществлять различные проверки информации, получать отчетные документы и формировать счета за оказанную помощь для различных типов ЛПУ (стационар, поликлиника, стоматологическая клиника и т. д.).

На следующем этапе автоматизации должно быть обеспечено взаимодействие лечебного учреждения с порталом государственных услуг в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 ФЗ-№326 «Об обязательном медицинском страховании».

Далее приоритет отдается автоматизации рабочих мест врачей и лаборантов. При работе с **подсистемами «История болезни»** и **«Лаборатория»** используются данные пациента, внесенные регистратурой. Таким образом, в медицинской карте пациента накапливаются данные о состоянии его здоровья и процессе лечения. Кроме того, обеспечивается возможность автоматической генерации талона амбулаторного пациента или карты вышедшего из стационара и выгрузки данных в экономико-статистический отдел для дальнейшей обработки.

Заключительным этапом комплексной автоматизации лечебно-профилактического учреждения может стать внедрение подсистемы **«Экспертиза КМП»** для проведения внутренней проверки качества оказания медицинской помощи на основании информации электронных медицинских карт.

Наряду с перечисленными, «Электронная медицина» обладает широкой линейкой взаимосвязанных программных продуктов (модули «Листки нетрудоспособности», «Диспансеризация» и др.), позволяющих комплексно охватить широкий круг задач, решаемых каждым ЛПУ.

344019, г. Ростов-на-Дону, ул. 14-я Линия, 55. Т. (863) 264-50-75, elmed@aaanet.ru

ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА
информационные технологии для медицинских учреждений



Организация работы Краснодарского военного госпиталя по улучшению основных показателей лечебно-диагностического процесса в современных условиях

Хмелик В. И., Сикорский Ю. И.; Филиал №2 г. Краснодара ФГУ «1602 ОБКГ» Минобороны России

Лечебно-диагностический процесс в госпитале многогранен, складывается из множества последовательных действий вокруг больного от момента его поступления до выписки с определенным исходом. Результаты труда множества людей и составляют основные показатели работы госпиталя.

Разграничив лечебно-диагностический процесс на основные разделы, начнем обзор с приемного отделения. До 1994 года приспособленность приемного отделения для исполнения своего функционального предназначения при небольшом входящем потоке (5–20 больных в сутки) всех устраивала. Однако с декабря 1994 года, при массовом поступлении раненых и больных из района боевых действий при проведении контртеррористических операций в Чеченской Республике, вся работа по приему данного контингента была переведена в вестибюль первого этажа лечебного корпуса. В настоящее время после проведенного капитального ремонта в приемном отделении есть все необходимые кабинеты, санпропускник, удобный пандус для каталок. Пропускная способность приемного отделения увеличилась в несколько раз. И если в 2004 году, по опросным листам согласно директиве ГВМУ №2379, до 50% опрошенных больных отмечали долгое время ожидания в приемном отделении, то сейчас эта проблема снята.

Общеизвестно, что чем быстрее врач поставит диагноз заболевания, чем скорее начнет лечение, тем с наименьшими затратами материальных и духовных сил, за более короткий срок и избегая осложнений вылечится больной. Другими словами, койко-день не должен быть длинным, оборот койки — медленным, а загрузка коек — низкой. Показатель использования штатной коечной мощности госпиталя за последний год снизился с 95,5 до 90,7%. Среднее число дней пребывания больного на койке составляет 13,32 дня (установленный норматив Правительства РФ — 14,3 дня). Сокращение средних сроков лечения больных в госпитале, увеличение оборота койки свидетельствуют об эффективном использовании коечного фонда, что позволяет обеспечить на достаточном уровне потребность обслуживаемых контингентов в госпитальных койках. В оптимизации оказания хирургической помощи в базовом военном госпитале выделены следующие важнейшие направления.

Работа с кадрами

- подготовка специалистов по современным, в том числе малоинвазивным, методам хирургического лечения;
- внутриотделенческая специализация врачей с выделением приоритетных направлений их работы (торакальная хирургия, онкология, проктология, флебология и др.).

Совершенствование работы поликлинического звена

- организация раннего выявления больных и своевременного их направления в стационар;
- организация полноценного догоспитального обследования больных в поликлинике для сокращения предоперационного периода

и выявления сопутствующих патологий, требующих коррекции в поликлинических условиях;

- организация преемственности послеоперационного ведения больных, выписываемых под наблюдение хирурга поликлиники.

Освоение и широкое внедрение современных, в том числе малоинвазивных, методов хирургического лечения

- широкое внедрение торако- и лапароскопических операций;
- освоение современных методов хирургического лечения по каждой специальности.

Расширение объемов помощи в системе платных медицинских услуг

Приоритетным хирургическим направлением в работе госпиталя остается внедрение и широкое применение малоинвазивных технологий. В военном госпитале ежегодно выполняется от 30 до 35% всех эндовидеохирургических операций в ЮВО. В в/ч 44877 с 1999 года имеется эндоскопический комплекс «ЭФА» с набором инструментария, позволяющий выполнять до четырех эндоскопических операций в сутки.

Основной задачей данного направления является подготовка дополнительных специалистов по малоинвазивной хирургии в отделениях полостной, неотложной хирургии, травматологии, урологии с целью расширения объема малоинвазивных операций.

Перспективным планом предусматривается приобретение второго эндовидеохирургического комплекса с комплектом инструментов для артроскопии и трансуретральной резекции предстательной железы, расширение объема операций у онкологических больных, получение томографа, барокамеры БЛСК 307 МК, аппарата для эндолизотрипсии (типа «Калькусилит»), биохимического анализатора.

В процессе перехода к обоснованным срокам лечения терапевтических больных четко выделяются два аспекта, влияющих на сроки лечения:

- объективный — особенности организации лечебно-диагностического процесса;
- субъективный — уверенность многих больных и даже некоторых врачей в необходимости обязательных курсов лечения при хронических соматических заболеваниях (необходимость использования льгот в праве на стационарное лечение, при этом сам больной претендует на определение времени и сроков лечения и т. д.).

Бороться с этими убеждениями довольно сложно, и требуется длительная разъяснительная работа среди пациентов. Доступность амбулаторного лечения и обязательный участково-территориальный принцип работы поликлиник должны обеспечивать юридическую ответственность конкретных лиц за динамическое наблюдение за больными с хронической патологией.

Совершенствование лечебно-диагностического процесса в целях оптимизации сроков лечения мы начали с определения четких показаний для направления больных на стационарное лечение, в обобщенном виде они повторяют требования фонда ОМС и сводятся к следующему положению: стационарному лечению подлежат пациенты, требующие постоянного врачебного наблюдения. К ним относятся: неотложные состояния, сложная терапевтическая патология, трудные диагностические случаи, проведение ВВК в сложных в диагностическом плане ситуациях. Лечение в специализированном отделении должно начинаться с первых часов пребывания в стационаре и с использованием всех необходимых методов. Как диагностический, так и лечебный процесс не должны зависеть от выходных и праздничных дней. Таким образом, важным резервом по оптимизации сроков лечения остается организация работы не коечных лечебных отделений, а, в перспективе, и диагностических отделений без выходных дней.

Выполнение перечисленных мероприятий позволит снизить среднюю длительность лечения на 30%. Снижение средней длительности лечения на один день в терапевтических отделениях госпиталя, при расчетной стоимости койко-дня 500 руб., даст экономию в 1,7 млн руб. в год. Без создания преемственности на этапе войсковое звено-поликлиника-стационар развитие лечебно-диагностического процесса догоспитального и госпитального звена на должном уровне мало перспективно. Какие требования, на наш взгляд, в связи с этим необходимо предъявлять к поликлиническому звену (войсковой медицине):

- направление на стационарное лечение по строгим показаниям;
- выполнение в поликлинике необходимых исследований — стандарт диагностики;

- обеспечение преемственности в лечении больного;
- поликлиники должны быть обеспечены медикаментами, указанными в стандартах лечения фонда ОМС.

Двадцать лет назад Краснодарский военный госпиталь являлся мощной клинической базой Кубанского медицинского института. Два года перестройки и последующее политически нестабильное десятилетие свели к минимуму связь ведущего медицинского вуза юга России и госпиталя. Лишь в течение последних пяти лет предпринимаются шаги по укреплению связи Медицинского университета Кубани и военного госпиталя. На сегодняшний день Краснодарский военный госпиталь является клинической базой двух хирургических кафедр. Для дальнейшего улучшения лечебно-диагностического процесса необходимо более широкое и активное привлечение ведущих ученых КГМУ к лечебному и диагностическому процессу. Для этого госпиталь располагает всеми необходимыми условиями.

Таким образом, основными направлениями в оптимизации лечебно-диагностического процесса Краснодарского военного госпиталя являются:

1. совершенствование методов управления;
2. развитие стационарзамещающих видов медицинской помощи;
3. внедрение в практику ресурсосберегающих технологий, в том числе — увеличение среднего числа дней занятости госпитальной койки в году и сокращение сроков пребывания больных на госпитальной койке за счет оптимизации и интенсификации лечебно-диагностического процесса;
4. дальнейшее развитие сотрудничества военного госпиталя и учебных кафедр ведущих медицинских вузов Краснодарского края.

23-25 марта 2011 г.



ВОРОНЕЖ



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

30-я межрегиональная специализированная выставка

Оргкомитет: тел./факс.: (4732)51-20-12, 77-48-36
e-mail: zdrav@veta.ru www.veta.ru

Тематические разделы:

- Медицинское оборудование и инструмент
- Расходные материалы и медицинские изделия
- Фармацевтическая продукция
- Средства и оборудование для дезинфекции и стерилизации
- Медицинская и лабораторная мебель
- Здоровый образ жизни
- Санаторно-курортное лечение
- Медицинские услуги. Медицинское страхование
- Медицинская одежда
- Информационные технологии в медицине
- Научные и учебные заведения
- Профессиональные организации
- Специализированные издания и литература

Организаторы:



Официальные партнеры:

- Воронежская Государственная Медицинская Академия им. Н.Н. Бурденко

Поддержка:

- Торгово-промышленная палата РФ;
- Департамент здравоохранения Воронежской области;
- Администрация городского округа г. Воронеж

Потребность лиц с ограниченными возможностями в основных видах медико-социальной реабилитации и оценка эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации

Домашенко А. А., к.м.н., руководитель — Главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФГУ «ГБ МСЭ по Ростовской области»; Мартиросян И. Г., к.м.н., руководитель филиала-бюро МСЭ общего профиля №6; Лядская Е. Б., врач-терапевт филиала-бюро МСЭ общего профиля №6; Руденко А. В., врач-хирург филиала-бюро МСЭ общего профиля №6; ФГУ «ГБ МСЭ по Ростовской области», г. Ростов-на-Дону

Наличие в социальной структуре нашего общества значительного количества лиц, имеющих ограничения жизнедеятельности, обуславливает актуальность исследования не только динамики и закономерностей формирования инвалидности, но и изучение потребности инвалидов в различных видах медико-социальной помощи.

Для обоснованного планирования и проведения мероприятий медико-социальной реабилитации проведено изучение потребности лиц с ограниченными возможностями в основных видах медицинской, профессиональной и социальной реабилитации, а также дана оценка эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации (ИПР) по результатам освидетельствований в филиале-бюро МСЭ общего профиля №6 ФГУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» жителей в возрасте 18 лет и старше Пролетарского района Ростова-на-Дону, Багаевского и Веселовского районов Ростовской области.

Выявление потребности в основных видах медико-социальной реабилитации является одной из основных задач федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы. На основании нуждаемости в основных видах медико-социальной помощи для инвалида разрабатывается ИПР.

Индивидуальная программа реабилитации — это комплекс оптимальных реабилитационных мероприятий, включающих в себя отдельные формы, виды, объемы, сроки их реализации, направленные на восстановление, компенсацию ограниченных или утраченных способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

В обязательном порядке при разработке ИПР соблюдаются следующие этапы:

1. Проведение экспертно-реабилитационной диагностики.
2. Оценка реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза.
3. Определение перечня мероприятий, услуг и технических средств, протезно-ортопедических изделий, позволяющих инвалиду восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, социальной и профессиональной деятельности.

Медико-социальная реабилитация включает в себя медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. Исходя из этого, практически все виды медико-социальной реабилитации являются частями медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Необходимо подчеркнуть, что четко разграничить виды медико-социальной реабилитации в зависимости от типа проводимых с их помощью реабилитационных мероприятий не всегда представляется возможным. Отдельные виды медико-социальной помощи совмещают одновременно элементы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации. Поэтому жесткое отнесение видов медико-социальной помощи к конкретным видам реабилитации является относительно условным, но необходимым для систематизации, планирования и разработки базовых и индивидуальных реабилитационных программ.

Реабилитационная работа федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы включает в себя взаимодействие со специалистами учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, протезно-ортопедического предприятия, службы занятости, с представителями общественных организаций инвалидов и других органов и учреждений, осуществляющих деятельность в сфере медико-социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями.

Потребность в основных видах медико-социальной реабилитации для инвалидов в возрасте от 18 лет и старше имеет свои особенности, которые учитываются при составлении реабилитационных программ.

Анализ потребности в медико-социальной реабилитации инвалидов среди взрослого населения показал, что максимальное количество нуждается в различных видах медицинской и социальной реабилитации.

У инвалидов I группы с низким реабилитационным потенциалом потребность в мерах медицинской и социальной реабилитации составляла 100%, во вспомогательных технических средствах медицинской реабилитации — 5,5%, в социально-психологической адаптации и обеспечении социальной защищенности — 100%.

У инвалидов II группы с умеренным реабилитационным потенциалом потребность в мерах медицинской и социальной реабилитации составляла 100%, во вспомогательных технических средствах медицинской реабилитации — 27,6%, в социально-психологической адаптации — 74,1%, в обеспечении социальной защищенности — 68,8%, в мерах профессиональной реабилитации — 25,6%, нуждаемость в трудоустройстве — 58,5%, в том числе в специально созданных условиях труда и на дому — 58,5%.

У инвалидов III группы с удовлетворительным реабилитационным потенциалом реабилитационный прогноз в плане реализации способности к трудовой деятельности отмечен у 52,6% инвалидов, нуждаемость

Таблица 1

Виды медико-социальной реабилитации	I группа	II группа	III группа
Медицинская реабилитация	100,0	100,0	100,0
Восстановительное лечение, включая лекарственное обеспечение	100,0	100,0	100,0
Реконструктивная хирургия	-	0,8	0,2
Технические средства медицинской реабилитации	5,5	27,6	7,0
Профессиональная реабилитация	-	25,6	52,6
Трудоустройство, в том числе:	-	58,5	17,4
в обычных условиях производства	-	-	17,4
в специально созданных условиях труда и на дому	-	58,5	-
Профессиональная ориентация (включая профобучение, переобучение, повышение квалификации)	-	0,7	1,7
Социальная реабилитация	100,0	100,0	47,2
Социально-психологическая адаптация	100,0	74,1	47,2
Обеспечение социальной защищенности	100,0	68,8	18,0

в трудоустройстве в обычных условиях производства составила 17,4%. Потребность в мерах медицинской реабилитации составляла 100%, во вспомогательных технических средствах — 7,0%, в социально-психологической адаптации — 47,2%, в обеспечении социальной защищенности — 18,0% (табл. 1).

Таким образом, определение потребности в различных видах медико-социальной помощи является приоритетным направлением в решении вопросов медико-социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями.

Помимо определения нуждаемости инвалидов в тех или иных мерах реабилитации, специалистами медико-социальной экспертизы Ростовской области проводится большая работа по формированию и оценке эффективности реализации ИПР.

Оценка эффективности реализации ИПР проводилась при очередном освидетельствовании больных и инвалидов, проживающих в Пролетарском районе Ростова-на-Дону, Багаевском и Веселовском районах Ростовской области.

Статистические данные показали, что за 2007—2009 гг. количество полностью реализованных ИПР составило 5970. Причем их число в 2009 г. по сравнению с 2007 г. увеличилось на 194 ИПР, в том числе содержащих рекомендации по медицинской реабилитации (с 1812 ИПР в 2007 г. до 2006 ИПР в 2009 г.). Количество реализованных программ по профессиональной реабилитации увеличилось на 83 программы (с 268 программ в 2007 г. до 351 программы в 2009 г.), по социальной реабилитации — на 1406 программ (с 600 программ в 2007 г. до 2006 программ в 2009 г.).

Число лиц, достигших компенсации и восстановления нарушенных функций организма в результате проведения мероприятий по медицинской реабилитации, за анализируемый период составило 3008 инвалидов.

Оценка эффективности реализации программ по профессиональной реабилитации выявила, что 364 инвалида приобрели рабочее место, 105 человек прошли обучение и переобучение.

Проведенные мероприятия по социальной реабилитации обеспечили 2582 инвалидам возможность самостоятельного обслуживания и самостоятельного проживания, численность инвалидов, интегрированных в общество, составила 780 человек.

Для более эффективной реабилитации инвалидов в процессе реализации вышеперечисленных мероприятий соблюдался принцип преемственности и динамичности на всех этапах, выполнение всех объемов медико-социальной помощи и соблюдение установленных сроков согласно разработанной индивидуальной программы конкретного инвалида, с функциональным и экспертным контролем за проводимыми мероприятиями, и по мере необходимости вносились коррективы с использованием принципа обратной связи.

Таким образом, по результатам проведенного статистического исследования отмечается значительное число лиц с ограниченными возможностями, проживающих в Пролетарском районе Ростова-на-Дону, Багаевском и Веселовском районах Ростовской области, у которых в той или иной степени улучшилось состояние здоровья, созданы условия для интеграции в общество, достижение материальной независимости способствовало повышению уровня их жизни. Внедрение в практическую деятельность специалистов лечебных учреждений высокотехнологичных методов обследования, их доступность для населения, и, как следствие, лечение на более ранних этапах развития заболеваний, поможет в решении задач, касающихся медицинской, профессиональной, психологической, социально-средовой, социально-бытовой реабилитации инвалидов и наиболее полной их самореализации.

Революция в мире цифровой рентгенологии

Басарболиев А. В., врач-рентгенолог, ООО «Рен Инн Мед», г. Москва

Известный итальянский производитель рентгеновского оборудования GMM (General Medical Merate) произвел настоящий фурор, представив в 2010 году свою новую разработку — телеуправляемый стол Opera Swing (рис. 1).

Opera Swing — это уникальный прежде всего с точки зрения полипозиционности аппарат, позволяющий получать статические и динамические изображения отличного качества. В аппарате используется современная цифровая система с плоскопанельным динамическим детектором Trixell Pixium размером 43x43 см, которая значительно превосходит цифровые системы на базе УРИ, позволяя получать высококонтрастные изображения с высоким разрешением при меньшей дозе облучения. Детектор Trixell Pixium является новым поколением динамических детекторов: тонкий слой материала, поглощающего рентгеновское излучение на электронной матрице в пленке из гидрированного аморфного кремния (a-Si:H).

Однако не только в цифровой системе заключается уникальность аппарата.

Opera Swing — единственный в мире цифровой телеуправляемый стол с углами поворота 90/90 и максимально допустимым весом пациента 230 кг, позволяющий производить исследования во всех проекциях без перемещения пациента.

Все движения относительно пациента производит рентгеновская трубка с коллиматором. Это позволяет, к примеру, производить исследования сначала в прямой, а затем в боковой проекциях без переукладки пациента. Сам коллиматор может поворачиваться на 45 градусов, благодаря чему можно использовать диагональ детектора (рис. 3).

Еще одной уникальной способностью Opera Swing является возможность исследования на рентгенопрозрачной каталке в латеропроекции. Такой подход к диагностированию позволяет получить снимки без переукладки пациента на деку стола, что особенно актуально при политравмах (рис. 4).

Для педиатрии будет актуальной возможность проведения исследований в тех положениях, когда детектор находится на уровне деки стола либо выше ее, поскольку маленьким пациентам сложнее подобрать правильную укладку (рис. 5).

Фокусное расстояние более 2 м (!) позволяет выполнять исследования грудной клетки и легких (рис. 6).

Другой важной функцией цифровой системы является возможность сшивания снимков для получения цельного изображения верхних и нижних конечностей, позвоночника (рис. 7, 8, 9).

Opera Swing заботится о пациентах, снижая лучевую нагрузку при исследованиях благодаря встроенной видеокамере, позволяющей с рабочего места рентгенолаборанта контролировать правильность укладки и положения пациента относительно детектора. Теперь нет необходимости даже на короткий промежуток времени включать режим рентгеноскопии перед проведением рентгенографии.

Итак, Opera Swing представляет собой современный, высокотехнологичный продукт для лучевой диагностики, оставаясь при этом простым и безопасным в использовании. Этот аппарат открывает новые возможности для диагностики различных патологий при экстренных и рутинных обследованиях.

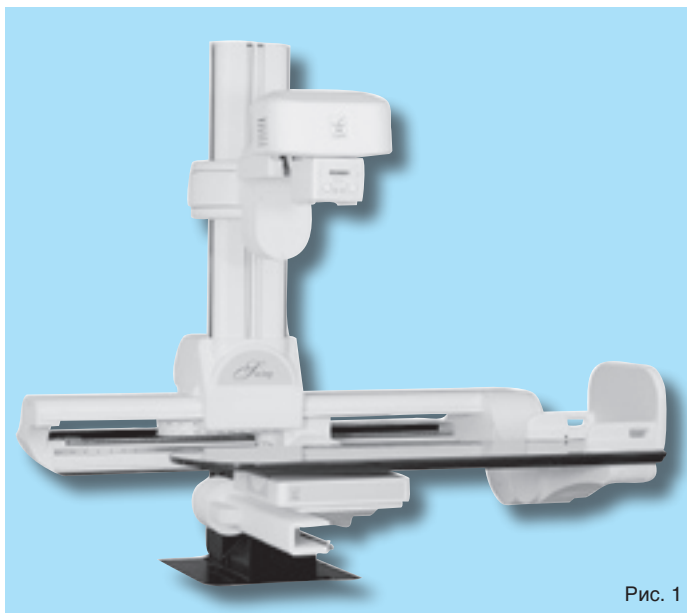


Рис. 1

Партнером производителя Opera Swing по продвижению данного аппарата на российском рынке является ООО «Рен Инн Мед» (www.reninnmed.ru, тел. (495) 648-14-04). В следующей статье мы более подробно рассмотрим преимущества комплекса Opera Swing с точки зрения клинического использования



Рис. 7



Рис. 8



Рис. 9



Рис. 2

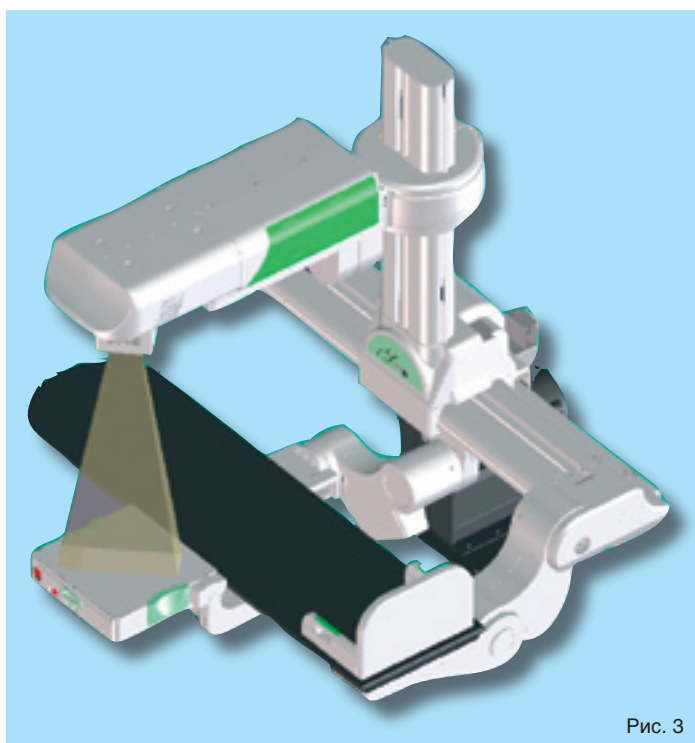


Рис. 3



Рис. 5



Рис. 4



Рис. 6



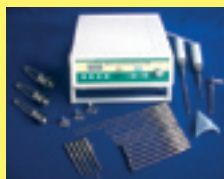
ОАО «ЦКБА»

644027, г. Омск,
пр. Космический, 24 А

**Тел.: (3812) 536-653,
53-80-12, 536-913**

E-mail: omis55@mail.ru, www.ckba.net

**Гинекологический низкочастотный
ультразвуковой аппарат**



61000 руб.

женские заболевания,
послеродовые травмы
у рожениц, санация гнойных
ран большой глубины
и сложной конфигурации.

Два канала дают возможность
непрерывной работы двумя
акустическими узлами (каждый
20 минут).

До 01.01.10 выпускался
ОАО «Омский завод «Автоматика»

**Насос инфузорный шприцевой
НИШ-01**

точное автоматическое
дозирование вводимых
жидких лекарств
в интенсивной
терапии, реанимации,
анестезиологии,
диализе,
лабораторных
исследованиях и т. д.



16000 руб.

**Оториноларингологический
низкочастотный
ультразвуковой
аппарат**

лор-заболевания, операции
на носовой перегородке,
лор-остеопластические операции
на среднем ухе и околоносовых
пазухах, пластические операции,
послеоперационное лечение ран.

До 01.01.10 выпускался
ОАО «Омский завод «Автоматика»



58000 руб.

**Хирургический низкочастотный
ультразвуковой аппарат «Ярус»**



Новинка!

68000 руб.

уникальная модель, в основе
которой лежит использование
пьезокерамического излучателя
и универсального генератора
с автоподстройкой. Ортопедия,
травматология и хирургия:
УЗ-чистка поверхности костного
ложа, высокоточная обработка
кости, контактное локальное
дренирование, удаление костного
цемента при ревизионном
протезировании и т. д.

**Электроотсасыватель
хирургический ЭОсХ-01 «Триумф»
с бактериальным фильтром**

отсасывание жидкостей различной консистенции
и газов из операционных ран и полостей
организма во время и после операции,
перекачивание жидкостей, вакуумэкстракция.
Выпускается в двух исполнениях:
для стационарного использования
и для машин
скорой помощи



16000 руб.

РЕКЛАМА



LAWTON
Medizintechnik

**Официальное представительство
в России. Центральный офис**

Современное производство LAWTON
находится в районе Германии,
известном как центр по изготовлению
хирургических инструментов

Благодаря тщательному выбору сырья
LAWTON производит только высококаче-
ственные инструменты. Система контроля
качества охватывает все процессы — от ста-
дии изготовления продукта до обработки
рекламации, полученной от потребителя.
Постоянный контроль на всех стадиях про-
изводства обеспечивает надежность и га-
рантию на весь срок работы инструментов.
Надпись на инструментах LAWTON является
гарантом качества соответствующей продук-
ции. Каждый инструмент имеет индивиду-
альный европейский стандарт CE.

На протяжении многих лет LAWTON пред-
лагает широкий выбор высококласно-
го видеозендоскопического оборудования
и инструментов для малоинвазивной хи-
рургии органов брюшной полости, гинеко-
логии, урологии, артроскопии, хирургиче-
ские инструменты для операций на органах
и системах.

Совершенная конструкция и удобство
в эксплуатации (специальное покрытие,
обеспечивающее устойчивость к средствам
дезинфекции и стерилизации), отличное
качество и заслуженный успех у специ-
алистов поддерживают высокую репута-
цию оборудования на рынке медицинской
продукции.

109028, г. Москва, Хохловский пер., 16,
тел./факс: (495) 775-14-23, 775-14-24,
e-mail: kendell@doll.ru, www.nexus-info.ru

РЕКЛАМА

Выбор метода регионарной анестезии при операциях на конечностях

*Крайнюков П. Е., к. м. н., начальник 1602 ОБКГ; Слукa К. А., начальник ОРИТ;
Ширенко А. Л., заведующий ОАР; Аксенфельд Д. И., специалист ОАР;
ФГУ «1602 ОБКГ» Минобороны России, г. Ростов-на-Дону*

В настоящее время анестезиология как раздел медицины выходит далеко за рамки устранения болевой чувствительности во время хирургической операции. В современной анестезиологии все методы анестезиологического пособия можно разделить на две большие группы: общая анестезия и регионарная анестезия. Споры о преимуществах и недостатках того или иного метода давно прошли, каждый метод анестезиологического пособия занял свое прочное место в анестезиологии.

В данном обзоре мы постарались осветить опыт применения в 1602 ОБКГ общей и проводниковой анестезии в лечении патологии дистальных отделов конечностей.

Регионарная анестезия, в отличие от общей, предполагает сохранение у больного сознания при выключении болевого восприятия путем воздействия на сегменты нервной системы ниже уровня головного мозга. Вместе с тем чаще методики регионарной анестезии применяют на фоне медикаментозного сна (сочетанная анестезия), что благоприятно сказывается на психоэмоциональном состоянии больного.

В современном анестезиологическом языке появилось понятие «медикаментозная блокада нервных стволов и сплетений», которое более полно определяет цель и задачи выполняемой блокады местными анестетиками или в сочетании их с опиоидами. Такие блокады могут выполняться в целях анестезиологического обеспечения хирургических операций (истинная регионарная анестезия), как компонент общей анестезии и послеоперационной аналгезии, а также с лечебной и диагностической целями.

В современной анестезиологии, особенно в разделе анестезиологического пособия при травматологических и ортопедических оперативных вмешательствах, проводниковая анестезия занимает главенствующее место. Процент проводниковых анестезий в травматологии и ортопедии достигает 90—95%, у нас в госпитале эта цифра составляет 70,8%. Предпочтение общим методам анестезиологического пособия перед проводниковыми методами анестезии отдается при непереносимости препаратов для проводниковой анестезии, большой длительности предполагаемого оперативного вмешательства, отказе пациента от проводниковых методов анестезии. В отдельных случаях возможно сочетанное применение местной и общей анестезии с целью увеличения ее качества, управляемости.

Показания и противопоказания к применению регионарного обезболивания

Показания:

1. При массовом поступлении больных и ограниченном контингенте анестезиологов.
2. В амбулаторно-поликлинической практике в случае невозможности послеоперационного наблюдения за больными.
3. При проведении urgentных вмешательств (из-за недостаточной полноты обследования и неточных данных о сроках приема пищи).
4. В случае, если регионарное обезболивание обеспечит выполнение самого вмешательства (например, дифференцированный блок плечевого сплетения при сухожильной пластике на предплечьи или кисти).

5. При выраженных дистрофических или токсических поражениях важнейших паренхиматозных органов.

6. По психологическим мотивам (отказ больного от общей анестезии).

7. При необходимости избежать «послеоперационной болезни» (например, у лиц пожилого и старческого возраста с гиперкоагуляционным синдромом, у больных, которым предстоит ампутация на нижней конечности с протезированием на операционном столе).

8. В случаях, если проведение квалифицированного общего обезболивания затруднено.

Противопоказания:

1. Эмоциональность больного.
2. Детский возраст оперируемого (регионарную анестезию без поверхностного наркоза у детей можно широко применять с 11—12-летнего возраста).
3. Инфицированность тканей в зоне предполагаемой анестезии.
4. Деформация на месте предполагаемой блокады.
5. Септикопиемия.
6. Поражения нервной системы.
7. Геморрагический синдром, в том числе после антикоагулянтной терапии.
8. Повышенная чувствительность к данному местному анестетику.
9. Отсутствие должного контакта с больными (в частности, при глухонемоте, сильном опьянении).

Относительными противопоказаниями к применению регионарной анестезии служат многочасовая продолжительность операции и чрезмерное развитие подкожного жирового слоя.

Общие правила выполнения регионарного обезболивания

1. По возможности инъецировать раствор анестетика перинеурально как можно ближе к нерву. Обычно это достигается путем парестезии при введении иглы.
2. Избегать эндоневральных инъекций, а при необходимости таковых медленно вводить небольшие объемы раствора анестетика (3—5 мл). Остальное количество раствора анестетика следует инъецировать перинеурально.
3. С целью нивелировать особенности индивидуальной топографии нерва и «гарантированно» обеспечить анестезию конец иглы во время блокады перемещать перпендикулярно ходу нерва. Раствор анестетика вводить веерообразно.
4. Избегать внутрисосудистых инъекций, для чего неоднократно по ходу блокады проводить аспирационную пробу.
5. Концентрацию адреналина в растворе анестетика 1:200000 считать оптимальной, исключая редкие, специально оговоренные случаи. Адреналин к раствору анестетика добавить непосредственно перед выполнением блокады.
6. Строго соблюдать концентрации и максимально допустимые дозы анестезирующих препаратов.
7. Иглы, применяемые для регионарной анестезии, должны быть острыми, но заточенными под углом 45—60°.
8. Место введения иглы через кожу желательно анестезировать внутрикожным введением раствора анестетика, создавая так называемую лимонную корку.

9. Часть иглы (не менее 0,5—1,0 см) во время инъекции должна оставаться снаружи, поскольку поломка чаще всего происходит в месте спайки канюли с корпусом.

10. Обезболивающий раствор следует вводить медленно, так как это исключает механические разрывы ткани, в том числе нерва.

Осложнения проводниковой анестезии

Статистически установлено, что на любой вид местной анестезии приходится меньшее число осложнений по сравнению с различными видами общего обезболивания (Дарбинян Т. М., 1980). Известно, что частота осложнений зависит от вида местной анестезии, применяемого анестетика, объема хирургического вмешательства, а также общего состояния больного, в том числе возрастных изменений. Несомненно, ведущее значение для частоты осложнений при местной анестезии имеют технические ошибки (Пашук А. Ю., 1987). Исходы осложнений, возникающих при местной анестезии, обычно благоприятны, осложнения, непосредственно угрожающие жизни больного, встречаются чрезвычайно редко. Применение несложных профилактических мероприятий может практически полностью устранить осложнения при местной анестезии, а знание методов их лечения делает последнюю практически безопасной (Пашук Г. А., Руденко И. М., 2002).

По нашему мнению, все возникающее осложнения во время анестезии и сразу после нее большей частью связаны с так называемым «человеческим фактором» и возникают вследствие:

- несоблюдения стандартов подготовки больных к операции и анестезии;
- дефицита анестезиологов и, как следствие, их перегрузки;
- «профессиональной выгораемости»;
- низкой квалификации врачей-анестезиологов в гарнизонных госпиталях;
- неадекватной премедикации.

Осложнения при местной анестезии подразделяются на две основные группы.

1. Неспецифические осложнения, к которым относятся общие и некоторые местные реакции организма на местные анестетики и добавляемые препараты, не зависят от вида местной анестезии:

- передозировка местных анестетиков;
- повышенная чувствительность к местным анестетикам или добавляемым препаратам;
- инфекционные осложнения;
- местная реакция при введении анестетиков;
- механические осложнения (повреждения нервной ткани или сосудов);
- ошибочное внутрисосудистое введение местных анестетиков.

2. Специфические осложнения, появляющиеся в основном в месте анестезии, связанные с определенным видом обезболивания:

- проколы полостей или органов при различных видах анестезии (например, повреждение плевральной полости при надключичной анестезии плечевого сплетения, прокол мочевого пузыря при анестезии запирающего нерва);
- ошибочное введение раствора анестетика.

В 1602 ОВКГ увеличилось процентное соотношение в пользу местных методов анестезии в 2009 году с появлением на снабжении в госпитале местных анестетиков длительного действия (наропин 0,2—0,75% и 1,0%,

Таблица 1

Методы анестезии	Травматология	Гнойная хирургия
Местная инфильтрационная	12	128
Проводниковая	364	18
Спинальная	42	4
Эпидуральная	2	-
Общая	94	182

маркаин 0,5%, маркаин-спинал 0,5%), что дало возможность проводить под проводниковыми методами анестезии больший перечень оперативных вмешательств. Появление местных анестетиков длительного действия в некотором роде решило проблему раннего послеоперационного обезболивания. По нашим наблюдениям, пациенты, которым была выполнена плексусная анестезия наропином или маркаином, в послеоперационном периоде требовали обезболивания через 4—6 часов после окончания оперативного вмешательства.

Наш опыт показывает, что выбор метода анестезии при операциях на конечностях является приоритетом анестезиолога и зависит от ряда факторов.

1. Опыт и квалификация анестезиолога.
2. Соматическое состояние больного.
3. Длительность операции.
4. Объем операции.
5. Время, необходимое для предоперационной подготовки.
6. Информированное согласие больного на предлагаемый метод анестезии.

Изучив и проанализировав 846 историй болезни пациентов, которым были выполнены операции на конечностях в отделении гнойной хирургии (332 больных) и травматологическом отделении (514 больных) 1602 ОВКГ, было выявлено, что методы анестезии распределялись следующим образом (табл. 1).

Регионарные методы анестезии значительно чаще применяются при травматологических операциях со средней длительностью операции 1,5 часа, общие и сочетанные методы анестезии используются при операциях длительностью более 4 часов.

При операциях в отделении гнойной хирургии приоритетным методом анестезии является общая анестезия с применением сочетания коротко действующих неингаляционных анестетиков пропофол и кетамина, но и средняя длительность операции здесь составляет 24 минуты, в пред- и послеоперационном периоде все больные получали ненаркотические нестероидные анальгетики.

Выводы

Проводниковая анестезия, как разновидность регионарной, занимает главенствующую роль при операциях в травматологии с минимальным процентом осложнений. Общая анестезия при наличии современных анестетиков является хорошей альтернативой в хирургическом лечении заболеваний конечностей. Выбор метода анестезиологического пособия, несомненно, является правом анестезиолога и во многом зависит от его квалификации.

Несмотря на преимущества местной анестезии, в отдельных областях хирургии (в частности, в гнойной) более оправданно применение неингаляционной анестезии с использованием современных короткодействующих анестетиков при кратковременных операциях (вскрытие абсцессов и небольших поверхностных флегмон конечностей, гнойных лимфаденитов).

НОВИНКА-2010 ГОДА

от компании **Диамант**

В октябре 2010 года на медицинский рынок РФ поступил **Монитор нервно-мышечного блока МНМБ-Диамант**, разработанный ЗАО «ДИАМАНТ», предназначен для измерения и регистрации изменений амплитуды мышечного ответа, вызванного воздействием импульсов электрического тока с фиксированными характеристиками у пациента в условиях его медикаментозной седации (общей анестезии) и применения мышечных релаксантов.

При контроле за глубиной и продолжительностью миоплегии при проведении оперативного вмешательства необходимо наличие объективного мониторинга. Необходимые данные может дать только использование мониторов.

МОНИТОРИНГ НМБ ПОМОГАЕТ АНЕСТЕЗИОЛОГУ:

- ♦ использовать оптимальную дозу миорелаксантов и антидота.
- ♦ вводить миорелаксант и антидот когда это необходимо
- ♦ определять вид НМБ и контролировать его
- ♦ определять время перевода больного в послеоперационную палату
- ♦ использовать меньше профильных препаратов

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ:

отделения (центры) хирургии и анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии районных, городских и региональных больниц, госпиталей, клиник и медицинских научных центров.

Гарантия на аппарат 2 года.

С более подробной информацией можно ознакомиться на сайте www.diamant.spb.ru



ЗАО «ДИАМАНТ» Санкт-Петербург
192171, ул. Фарфоровская, дом 30, пом. 2Н
т/ф: (812) 568-48-52,
(812)568-48-54, (812)560-90-07
E-mail: diamant@diamant.spb.ru

www.diamant.spb.ru

Значимость и возможности выявления латентных непсихотических психических расстройств в популяции

Дмитриев М. Н., врач психиатр-психотерапевт; Булейко А. А.; г. Ростов-на-Дону

Психические расстройства непсихотического (невротического) уровня являются весьма распространенной патологией в мире [1, 5, 11]. Значительная их часть приходится на латентные формы. Так, наиболее распространенное на сегодняшний день психическое расстройство — депрессия — достигает в австралийской популяции почти 13% преимущественно за счет как раз маскированных психопатологически незавершенных форм [14]. У жителей пяти европейских стран: Великобритании, Германии, Португалии, Испании и Италии, — показатель этой аффективной патологии еще выше, и достигает 16,5% [15]. Путем анализа эпидемиологических данных за 25 лет по 60 странам мира было установлено, что среднегодовой показатель прироста уровня распространенности невротических расстройств составил 10,8%, в том числе в развивающихся странах — 30,4%, в развитых странах — 8,4%, в странах Восточной Европы — 5,4% [2].

Из 140 миллионов человек, живущих в России, более 35 миллионов, то есть более 25%, страдают различными психическими расстройствами невротического и субпсихотического уровня, однако в подавляющем большинстве случаев лечатся у врачей-интернистов [6]. По некоторым экспертным данным, в курсовом или динамическом наблюдении и лечении у психиатра нуждаются 48 человек из каждой 1000 населения [3].

Например, при активном выявлении нарушений психической деятельности при комплексном осмотре пациентов городской поликлиники распространенность психических заболеваний составила 9,5% у мужчин и 13,3% — у женщин. По другим данным, болезненность психическими расстройствами пациентов городской поликлиники достигает 176 на 1000 населения, что в 10 раз превышает официальную статистику. В соматическом стационаре психические отклонения выявлены у 40% больных [1, 3].

Среди работающих граждан, то есть наиболее экономически активного контингента страны, распространенность психических расстройств составляет от 188 до 270 человек на 1000 работающих. Кроме того, были выявлены легкие, быстро проходящие проявления пограничных расстройств в виде невротических реакций (то есть этапа предболезни), которые составили 718—868 случаев на 1000 работающих [2, 8].

Хочется обратить внимание на следующую проблему. Поскольку в структуре непсихотических психических расстройств значительное место занимают вегетативные и функциональные соматические расстройства, то пациенты, страдающие такими заболеваниями, могут длительно не иметь адекватного диагноза в силу непонимания врачами-интернистами сути болезненных процессов [5, 7, 12, 13]. При этом формально констатируется лежащий на поверхности, но далеко не всегда точный диагноз астении, сопряженный с вегетативными компонентами в структуре синдрома [5].

Не менее часто в последние годы сталкиваемся с таким явлением, как умышленное размывание диагноза за счет присоединения к основному

психопатологическому синдрому, определяющему актуальность обращения к специалистам, второстепенных сомато-вегетативных включений. А при последующих обращениях, переписывании и правке медицинских заключений именно эти вторичные «обрамления» вдруг оказываются вынесенными и зашифрованными в качестве окончательного диагноза, что создает искаженную картину медицинской отчетности [6, 7, 12].

Однако в официальных отчетах психиатрических служб цифры распространенности психических расстройств ниже. С чем это может быть связано?

В первую очередь, с методикой организации исследований, выборкой интервьюентов и однозначным типированием выявленных нарушений. Так, в отечественной литературе результаты впервые проведенных крупномасштабных эпидемиологических исследований выборочных групп населения приведены в работе В. Г. Ротштейна [1]. Распространенность психической патологии по разным регионам нашей страны, согласно полученным им данным, составила 5,2%. При сравнении с приведенными выше цифрами число больных оказалось значительно ниже. Этот факт объясняется тем, что на тот период времени даже при осмотре населения в понятие «психически больной» включались лишь случаи с выраженностью патологии, подлежащей учету в психоневрологическом диспансере, то есть акцент делался на шизофрению, биполярно-аффективном расстройстве, эпилепсии, деменции.

В зависимости от организации структуры психиатрической помощи, выявляются различные категории больных. При сплошном исследовании в одном из научно-производственных учреждений распространенность депрессии составила 261 на 1000 человек, а в психоневрологическом диспансере — лишь 6,4. Число больных с депрессией в общесоматической поликлинике составило 680 на 1000 обратившихся к терапевту [4]. Оказалось, что на расхождение показателей влияет генез и тяжесть психических нарушений. В населении в общей медицинской сети преобладают легкие психогенные (реактивные) депрессии, а в психоневрологическом диспансере в основном учитывали тяжелые эндогенные.

Касаясь тех же нарушений аффективного регистра — часто происходит размывание смысловых и сущностных понятий одних и тех же терминов. Так, описывая депрессию, некоторые авторы по непонятным причинам противопоставляют дистимию (хроническую депрессию) с фазно протекающей эндогенной депрессией (депрессивными эпизодами) [11], хотя они имеют одинаковый кластерный шифр по МКБ-10.

Тревожные расстройства противопоставляют депрессивному аффекту, при достаточно однотипных клинико-феноменологических описаниях этих нарушений разные авторы типировали их в диапазоне от личностных реакций до эндогенных заболеваний шизофренического спектра, соответственно, обозначая разными терминами [9, 12].

Не вступая в дискуссию о принципах нозологической квалификации непсихотических расстройств, логично

напрашивается заключение о том, что каждое из них целесообразно рассматривать прежде всего в рамках синдромального подхода.

Ввиду вышесказанного хотелось бы обозначить спектр наиболее частых проявлений психосоматических и психовегетативных нарушений. В этот список попадают столь распространенные в популяции патологии, как: астения, депрессия, тревога, диссоциативные проявления, ипохондрия. С сожалением можно констатировать, что растущая загруженность врача не позволяет в полной мере реализовать полноценные специализированные диагностические подходы к каждому пациенту. Тем более что при многих формах психосоматических расстройств существует алекситимия. Немаловажную роль играет стигматизация психиатрии, диссимуляция выявленных симптомов. Все перечисленные факторы затрудняют диагностику и поддержание комплаенса.

Поэтому важным кажется введение скрининговых методик, реализуемых, например, на уровне самоопросников. Больные, находясь в очереди к врачу, на медосмотре или в стационаре, потратят незначительное количество времени с целью ответов на вопросы о своем состоянии здоровья. Многим пациентам будет приятно более пристальное внимание к их проблемам, что укрепляет эмоциональную связь с врачом.

Обработка результатов подобных анкет не занимает много времени, но значительно повышает выявляемость расстройств, в том числе латентного уровня, в популяции.

Одной из форм такого анкетирования является Опросник самооценки состояния здоровья (приложение 1). Проводимые с помощью него на базе терапевтических отделений клиники РостГМУ в 1998—1999 годах исследования обнаружили достаточно высокий уровень астении, депрессии и ипохондрии у пациентов соматических стационаров [9, 10].

Оставался открытым вопрос о возможности применения такого скринингового метода для выявления латентных непсихотических психических расстройств в популяции. В качестве модели были выбраны студенты РостГМУ, как декретированный контингент, регулярно проходящий медицинскую диспансеризацию.

На условиях добровольности и анонимности были проанкетированы 138 студентов 4—6 курсов ГОУ ВПО РостГМУ, в том числе 30 мужчин (21,7%) и 108 женщин (78,3%), средний возраст составил $22,6 \pm 2,3$ года.

Примененный опросник состоял из вопросов, наиболее часто используемых в клинических диагностических интервью [13]. В него входили 4 раздела, где шкалы «Астения», «Депрессия» и «Ипохондрия» имели по 13, а «Эндогенность» — 9 вопросов. Из критериев астении учитывали слабость, ощущение упадка сил, раздражительность, быструю утомляемость, трудности при попытках сосредоточиться, отмечаемые интервьюентом, нарушение концентрации внимания, сна и другие. Критерии депрессии включали в себя переживания чувства грусти, тоски, отсутствие надежд на будущее, субъективное снижение самооценки, потерю интереса к привлекавшим ранее вещам. Критериями ипохондрии служили беспокойное состояние собственным состоянием здоровья, смутное чувство наличия тяжелой патологии, опасение заболеть серьезным недугом и прочие проявления.

Новаторством, отличающим Опросник самооценки состояния здоровья от других аналогичных методик,

было введение шкалы эндогенности. Она включала в себя проявления возникшей центральной симпатикотонии в виде беспричинного повышения артериального давления или частоты сердечных сокращений, возникновение запоров даже при отсутствии нарушений в диете, снижение аппетита и других. Также в рамках данной шкалы рассматривалось появление патологических хронобиоритмов как суточного (ухудшение самочувствия утром), так и сезонного (существенные колебания в самочувствии в разное время года) характера. Был внедрен пункт аутохтонности (проявление ухудшения самочувствия без какой-либо видимой причины) для исключения стрессогенной или внешней, экзогенной, природы имеющихся симптомов. Данная шкала не имела самостоятельного диагностического значения. Ее результаты интерпретировались в сочетании с другими обнаруженными расстройствами.

Время, затрачиваемое на опрос одного человека, составляло не более 5 минут. Ответы интервьюентов предполагали качественную оценку нарушений (да/нет). Считали расстройство значимым, если человек отвечал утвердительно более чем на 50% вопросов по какой-либо из шкал.

После обработки анкет выявили наличие астении у 47 человек (34% от числа всех опрошенных), депрессии — у 27 человек (19,6%), ипохондрии — у 16 человек (11,6%). Среди респондеров по всем психопатологическим шкалам, как в абсолютных цифрах, так и в относительных, преобладали женщины. Астения встречалась у них чаще в 2,33 раза, депрессия — в 2,22 раза, ипохондрия — в 1,97 раза (приложение 2).

Сравнили не только распространенность указанных психосоматических синдромов, но и частоту их изолированной встречаемости и коморбидности у респондеров. Астения как изолированное расстройство было зарегистрировано в этой подвыборке у 36%, депрессия — у 4%, ипохондрия — у 2%. В остальных случаях эти нарушения сочетались между собой. Среди интервьюентов со значимым уровнем психопатологии сочетание астении и депрессии обнаружено у 26%, причем значительно чаще оно было представлено у женщин — в соотношении 12:1. Признаки астении и ипохондрии регистрировали у 8% респондеров, и такая коморбидность была только у женщин. Сочетание всех трех синдромов было выявлено у 24% респондеров. В данной подгруппе соотношение женщин и мужчин составило 5:1 соответственно (приложение 3).

Сочетание эндогенности с астенией как моносиндромом мы встретили у 6% респондеров и исключительно у женщин. Сочетание эндогенности с моносиндромами депрессии и ипохондрии не регистрировали. Коморбидность эндогенности, астении и депрессии обнаружили у 2% респондеров и лишь среди опрошенных женщин. Сопряженность учитываемых показателей по всем четырем шкалам отмечалось в 8% от всех случаев, причем у женщин оно встречалось чаще — в соотношении 3:1 (приложение 4).

Подытоживая полученные результаты, можно отметить, что психические расстройства непсихотического уровня обнаружены у значительного числа студентов-старшекурсников РостГМУ. Из всех психопатологических феноменов наиболее часто отмечалась астения — более чем у трети интервьюентов. Это можно объяснить воздействием хронического информационного стресса. Достаточно часто выявляли скрытую депрессию — в каждом пятом случае опрошенных, а ипохондрия была

наиболее редким психопатологическим феноменом. В значительном числе случаев эти нарушения носили коморбидный (сочетанный) характер.

Высокие показатели по шкалам астении, депрессии и ипохондрии без сопряжения со шкалой эндогенности предполагают личностно-невротический механизм развития этих нарушений.

Высокая встречаемость признаков эндогенности с депрессией и ее сочетание с астенией и ипохондрией позволяет выделить группы риска по вероятному развитию психических расстройств эндогенного спектра, то есть фазоподобных аффективных (рекуррентная депрессия, биполярное аффективное расстройство) и неврозоподобных процессуальных (шизотипическое расстройство).

Обнаружены выраженные гендерные различия, заключающиеся в преобладании латентной психической патологии у женщин. Это делает их наиболее вероятным слабым звеном по переходу маскированных (латентных) психовегетативных расстройств в психические манифестные или развитие затяжных невротических состояний.

В целом можно заключить, что применение современных психометрических скрининговых методик на примере Опросника самооценки состояния здоровья позволяет обрабатывать значительные контингенты популяции в сжатое время, отличается высокой информативностью и экономичностью. Полученные диагностические сведения позволяют не просто констатировать наличие латентных непсихотических психических расстройств, но и выделять группы риска, выделять предположительно этиопатогенетический вектор развития болезни. На основании этого можно разрабатывать дальнейшие подходы либо к более специализированной углубленной диагностике, либо к комплексному патогенетически обоснованному лечению и профилактике выявленных психовегетативных расстройств. Открывается возможность динамического экспресс-анализа больших выборок населения, что, безусловно, в конечном результате повысит качество оказания медицинской помощи, снизит риски возникновения более тяжелых форм патологии в будущем.

Приложение 1

Опросник самооценки состояния здоровья

Варианты ответов: Да (+), Нет или не знаю (0).

1. Я чувствую упадок сил.
2. Жизнь мне кажется пустой и бессмысленной.
3. Я часто беспокоюсь, что у меня серьезная болезнь.
4. У меня часто без причины повышается артериальное давление или учащается пульс.
5. Я стал раздражительный.
6. Не могу избавиться от неприятных, тягостных мыслей, приходящих в голову.
7. Меня часто беспокоят болевые или похожие на боль ощущения в теле.
8. У меня были или появились запоры даже без нарушения диеты.
9. Я быстро устаю от обычных и привычных занятий.
10. Я чувствую снижение энергии, упадок сил.

11. Я представляю себе, что происходит в моем организме.
12. У меня существенно изменилась масса тела и нарушился аппетит.
13. Я с трудом переношу яркий свет, звуки, сильные запахи.
14. Я не могу и не хочу делать что-то, хотя знаю, что это нужно сделать.
15. Я часто беспокоюсь о своем здоровье.
16. Я хуже чувствую себя утром, хотя явной причины нет.
17. Мне трудно сосредоточиться.
18. Я разочаровался в себе.
19. Меня беспокоят признаки тяжелой болезни.
20. Мое самочувствие существенно различно в разное время года.
21. Я стал плохо спать.
22. Я не имею сил заставить себя что-то сделать.
23. Я забочусь о том, как преодолеть свою болезнь.
24. Ухудшение моего самочувствия возникает без какой-то видимой причины.
25. Мое самочувствие меняется (ухудшается) в течение дня.
26. Мне тяжело делать вещи, которые всегда были привычными.
27. Я раздражаюсь, если кто-то говорит, что хорошо выгляжу, а я чувствую себя плохо.
28. Моя кожа стала сухой, во рту возникает сухость.
29. Я чувствую вялость и усталость в теле.
30. Мне грустно (тоскливо).
31. Я боюсь заболеть (или заболеть более серьезной болезнью, чем сейчас).
32. Мои родители или другие родственники болеют тем же (или похожим), чем и я.
33. Мне трудно сдерживать свои чувства.
34. Я не способен мыслить с такой ясностью, как раньше.
35. Мне трудно забыть о себе и думать о других вещах.
36. Моя болезнь 1—2 раза в году периодически усиливается, а потом постепенно уходит.
37. Мне стало трудно думать и рассуждать.
38. Я потерял интерес к приятным ранее мне вещам.
39. Мне трудно поверить врачу, когда он говорит, что у меня нет ничего серьезного, о чем стоит беспокоиться.
40. Часто ловлю себя на том, что неоднократно повторяюсь в мыслях, действиях, не доводя их до конца.
41. Моя память уже не та, что раньше.
42. Я считаю, что окружающие несерьезно воспринимают мою болезнь.
43. Часто клонит ко сну в течение дня.
44. Я не имею надежд на будущее.
45. О своем здоровье я беспокоюсь больше, чем другие.
46. Постепенно ухудшается память.
47. Я чувствую себя менее счастливым, чем остальные люди.
48. Я считаю, что меня беспокоят очень много других симптомов.

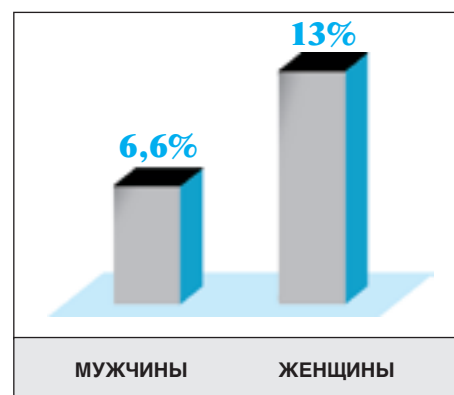
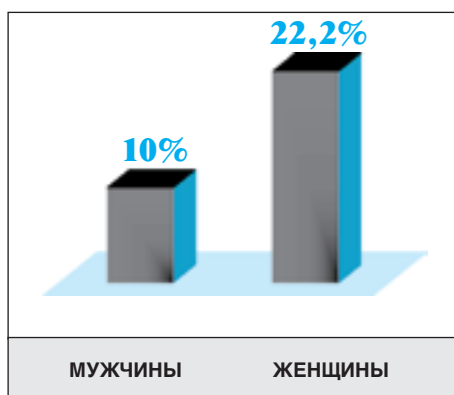
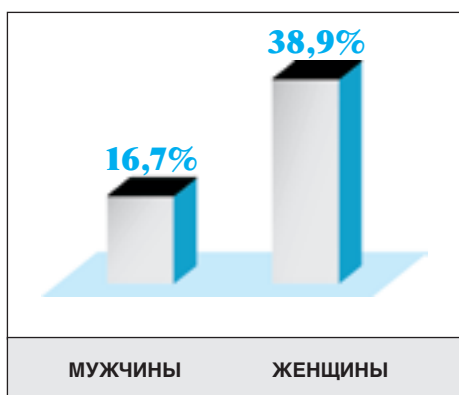
Астения



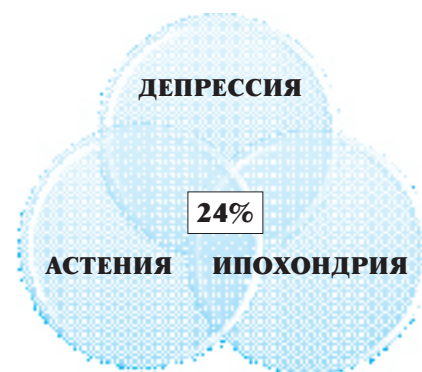
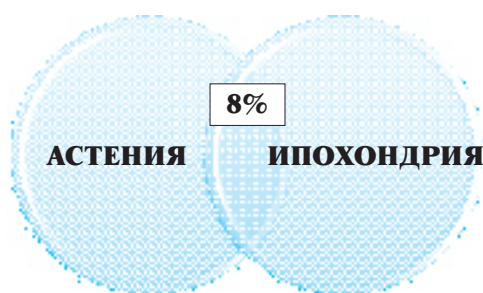
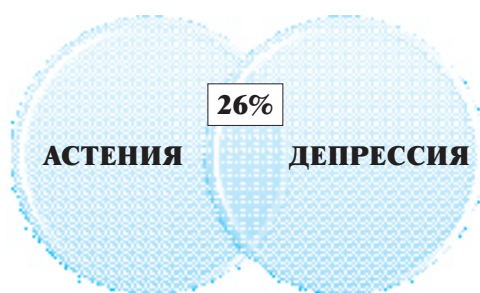
Депрессия



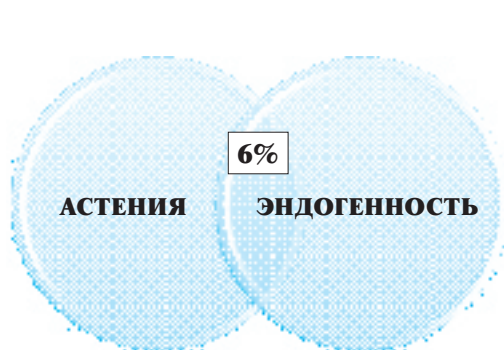
Ипохондрия



Коморбидность



Коморбидность с эндогенностью



Литература

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М: Медицина, 1993. — С. 4.
2. Беляева Г. Г. Актуальные проблемы эпидемиологических исследований в психиатрии. — М, 1990. — С. 10—12.
3. Васильев К. Ю. Социальная и клиническая психиатрия. — 1991. — №1. — С. 21—27.
4. Вуль Ф. Р., Мишкин А. Д., Гильбурд О. А., Воробейчик Д. А. Журнал невропатологии и психиатрии. — 1988. — №10. — С. 111—116.
5. Гиндикин В. Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. — М, 2000. — С. 9.
6. Дмитриев М. Н., Романенко Д. С. Особенности структуры и течения психических расстройств, встречающихся в общесоматической медицине // Сборник II Научно-практической конференции психиатров и наркологов ЮФО, 2006. — С. 177.
7. Дмитриев М. Н. Проблема непсихотических психических расстройств в общемедицинской сети // Главный врач Юга России. — Ростов-на-Дону. — 2008. — №4. — С. 56—60.
8. Колос И. В., Назаренко Ю. В. Актуальные проблемы эпидемиологических исследований в психиатрии. — М, 1990. — С. 73—75.

9. Коркина М. В., Марилов В. В. Варианты психосоматического развития личности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1995. — №6. — С. 43—47.

10. Петров В. Г. Психические нарушения невротического уровня у мужчин с соматической патологией // Сборник тезисов 52-й итоговой научной конференции РостГМУ, 1998. — С. 128.

11. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. — М, 2001. — С. 16.

12. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л. Психокardiология. — М: Медицинское информационное агентство, 2005. — С. 142—143.

13. Сукиасян С. Г., Минасян А. М. Клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. — 1994. — Т. 2. — С. 73—76.

14. Lipowsky Z.J. Sjmatisation: the concept and clinical application // Am. J. Psychiat. — 1988. — Vol. 145, №11. — P. 1358—1368.

15. Ohayon M.M. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population // Arch. Gen. Psychiatry. — 2003. — 60 (1). — P. 39—47.

Стратегическая разобщенность систем высшего профессионального образования по подготовке инженеров медицинского приборостроения и врачей

Руденко М. Ю., Российский новый университет, Таганрогский филиал

Развитие общества диктует свои условия развития отдельных отраслей народного хозяйства. Несмотря на ведущий социальный аспект, базовым является экономический фактор производства. Произведя продукт, его нужно продать. Со времен К. Маркса в этой теории ничего не изменилось. Но время сформировало новую платформу для развития теории.

Если раньше обновление идей, развивающих общество, происходило с периодичностью раз в сто лет, то постепенно период сокращался. Так, к концу XX века он достиг десятилетия, а сегодня составляет около пяти лет. Это означает, что произведя конкурентоспособный товар, его надо продать за очень короткий срок в полтора—два года. Но для этого нужно в данном сегменте рынка забрать часть денег, объемы которых сформированы возможностью общества платить, точнее говоря — переформировать их. Новых объемов денег не поступит в данный сегмент, так как они сформированы потребностью и возможностью общества.

Примером может служить рынок электрокардиографов. В Европе он составляет около 110 млн евро в год. Если новый электрокардиограф поступает на рынок, то через год он должен забрать около 20% объемов продаж, а лучше — больше. Этой цели можно достичь только при крупных инвестициях. При сроке продвижения на рынок нового продукта более пяти лет он уже не будет востребован. Поэтому проекты новых

разработок всегда предусматривают обновление продукции почти ежегодно.

Что еще тормозит процесс внедрения нового?

Во-первых, отсутствие новых революционных идей, которые все реже и реже появляются. Так, теоретические принципы диагностики в электрокардиографии не совершенствовались со времен ее основания. Изменилась техническая база. Появившиеся новые знания в кардиологии не находят отражения в системе образования медицинских вузов. А это еще больше сдерживает развитие новых диагностических технологий.

Во-вторых, фирмы, выпускающие медицинское оборудование, не могут эффективно влиять на перестройку образа мышления специалистов-медиков, для которых предназначена новая аппаратура. Например, сегодня обучение новым методам диагностики на основе МРТ занимает несколько лет, а ситуация на рынке требует — несколько месяцев. Организация выпуска любых новых приборов требует нескольких месяцев, а их реализация должна окупать затраты в течение года.

Возможность выхода из сложившегося замкнутого круга во взаимодействии развития социальных нужд общества и системы здравоохранения через связь медицинского приборостроения заключается в совершенствовании системы образования в медицинских вузах.

Если уровень преподавания физики в рамках образовательных программ высшего профессионального образования в медвузах достаточен, то ознакомление с прикладным аспектом законов естествознания для дальнейшей интерпретации новых методологий, предлагаемых биофизиками и инженерами медицинского приборостроения, вообще отсутствует.

Главной проблемой врачей является полное отсутствие навыков установления причинно-следственных связей между формой биологических сигналов и процессами, их формирующими. Анализ функций систем и органов подменяется клиническим смыслом, порой не имеющим никакого отношения к законам естествознания. Эта пропасть формировалась на протяжении очень долгого времени. Современное техническое оснащение здравоохранения только лишь закрепляет положение дел. Немаловажный вклад в увеличение отставания медицины от законов естествознания вносит существующая система сертификации медицинской техники. Принцип «как бы не навредить» и проверка всего посредством клинической практики не способствуют становлению метрологии в медицинском приборостроении. Бюрократическая система сертификации затягивает внедрение в практику новейшей аппаратуры, делая ее со временем неконкурентоспособной еще до внедрения в широкую практику.

Наряду с этим, медицинская сертификация не препятствует использованию мобильных телефонов, которые имеют излучение выше существующих норм, одновременно сообщая об их опасности для здоровья. Но подсоединение примитивного датчика для телеметрии с целью трансформации биологического сигнала сегодня невозможно без сертификации. Завтра из-за рубежа к нам будут поступать телефоны, начиненные различными функциями для оценки состояния организма, минуя барьеры Госстандарта.

Пути развития медицинского приборостроения лежат в реформировании системы образования в медицинских вузах, ориентации на прикладной характер законов естествознания. Особого внимания заслуживает изучение биофизических процессов в живых системах на основе современных достижений науки. Необходимо на старших курсах вводить обязательное ознакомление будущих врачей с новейшими разработками медицинского приборостроения. Это позволит будущему

практикующему врачу стимулировать аналитическое мышление, а не отрицать все новое.

В системе послевузовской подготовки необходимо уделять внимание проблемам метрологии. Еще Д. И. Менделеев сказал: «Наука начинается там, где начинаются измерения». К сожалению, этот тезис в системе медицинского образования подменяется фамилиями авторов различных феноменов, ими зарегистрированных.

Медицинская литература насыщена рисунками, сделанными художниками от руки, а не реально зарегистрированными кардиосигналами. Одни и те же рисунки перепечатываются из книги в книгу фактически без изменений на протяжении многих десятилетий.

Не без изъянов и система образования в естествознании. Почему-то государственные органы в России перестали регистрировать научные открытия. Складывается впечатление, что на официальном уровне нет возможности разобраться в сути научных открытий. Это дает толчок к развитию лженаук. В системе постдипломного образования даже стесняются говорить о методологии научного открытия.

Но экономика не может успешно развиваться на промежуточных стадиях коммерциализации научных продуктов, определяющих будущее общества. На это просто не хватит никаких средств. Поэтому мировая интеграция и жесткая конкуренция способствуют появлению на рынке новейших научных достижений. Не является исключением и рынок медицинского диагностического оборудования, который неразрывно связан с совершенствованием системы образования.

Не преодолевать отмеченные проблемы, а быть их статистом — значит оказаться через несколько пятилетий перед фактом, что общая телемедицина на основе стандартной мобильной телефонной связи, опирающейся больше на коммерческий аспект, чем на сертификацию, сметет все те институты, которые сегодня упорно тормозят внедрение нового. Если не построить простую эффективную систему сертификации, отвечающую конъюнктуре рынка, и не адаптировать систему образования под нужды общества, то будет очень сложно отличить желаемое от действительного, научное — от лженаучного. А общество будет обучаться через рекламу в средствах массовой информации.

ООО «ПОТЕНЦИАЛ» 194021, г. Санкт-Петербург,
ул. Политехническая, 22

ЭЛЕКТРОДЫ ДЛЯ ЭНЦЕФАЛОГРАФИИ ЭЛ ЭГМ —
чашечковые, мостиковые, плоские

ШЛЕМЫ ЭЭГ СИЛИКОНОВЫЕ

ЭЛЕКТРОДЫ РЭГ

Продукция сертифицирована. Сертификат соответствия РОСС RU.МЕ77.ВО6637
от 16.06.2010г. Рег. уд. ФС 2010/06951 от 03.03.2010 г.

Тел.: (812) 313-36-32, 298-99-56; +7(921)964-02-54

E-mail: potential-eeg@mail.ru | www.potential-eeg.ru

Отличная мебель для особых требований

Елатомский приборный завод, больше известный стране и миру по приборам физиотерапии, ультразвуковым мойкам и богатому выбору пластмассовых емкостей для больниц, приступил к серийному выпуску корпусной медицинской мебели, на которую по многим причинам стоит обратить особое внимание

Все оборудование для производства специальной мебели завод «обкатал», выпуская несколько лет офисную мебель для собственных нужд и по заказам. Поэтому изначально проблем с качеством новых медицинских столов, шкафов и тумбочек не существовало. Солидность, надежность и приятный внешний вид перешли по наследству от офисных мебельных стенок и столов. Удобство в эксплуатации и заказанные медиками функции (консультаций со специалистами медицинских учреждений перед выпуском было достаточно) эта мебель обеспечивает. Не будет проблем и в результате длительной эксплуатации: конструкция петель исключает провисание дверей, конструкция выдвижных полимерных ящиков обеспечивает постоянную легкость их хода без перекосов. Это очень важно: при использовании мебели не надо о ней думать, не надо придерживать ящики, поправлять дверцы и т. д. Потянул — открылось, толкнул — захлопнулось: все состояния, в том числе и промежуточные, фиксируются сами собой. Следует отметить, что шкафы завод поставяет в разобранном виде. При этом собранная на месте неспециалистом мебель полностью сохраняет свои эксплуатационные качества.

Продумана в этой мебели и защита при интенсивной эксплуатации.

Шкафы для фармпрепаратов ШМФ и столешницы столов, изготовленные из ламинированной ДСП, имеют ударопрочную влагоустойчивую ПВХ-кромку. В местах с повышенной вероятностью повреждений толщина кромки увеличена, что обеспечивает их усиленную защиту. Столешницы, да и вся конструкция, изготовлены из материалов, обеспечивающих повышенную устойчивость к дезинфекции влажным методом. Столешница стола-тумбы лабораторного СТМЛ изготовлена из термостойкого и химически стойкого пластика TRESPA. Шкаф лабораторный ШМЛ и столы-тумбы лабораторный СТМЛ, кабинетный ТМК, прикроватный ТМП изготовлены на основе алюминиевого профиля, а боковые панели и задняя стенка — из влаго-химостойкой сэндвич-панели. Такое

сочетание дает легкий вес (16—35 кг), жесткость конструкции и прочность одновременно.

Вся мебель, которую медработники пожелали видеть передвижной (СТМЛ, ТМК, ТМП, стеллажи СПЗ), имеет колеса. Остальная мебель имеет алюминиевые ножки высотой 120 мм для удобства уборки помещения. В шкафах ШМФ (в двухдверном — по заказу) есть отделение для хранения фармпрепаратов класса В. Стекла лабораторного шкафа ШМЛ можно выбрать нужной прозрачности. Полимерные стеллажи ССМ, предназначенные для хранения медизделий, удобно собираются в любую конструкцию под место их расположения.

В целом весь набор мебели, выпускаемый Елатомским приборным заводом, идеально подходит для помещений с особым режимом стерильности, предназначен для оснащения инфекционных отделений, противотуберкулезных и кожно-венерологических диспансеров, предоперационных, операционных и послеоперационных отделений, боксов, палат, перевязочных и процедурных кабинетов, родильных залов, отделений и палат реанимации, отделений и палат интенсивной терапии, отделений и палат для новорожденных, грудных, недоношенных, травмированных детей; бактериологических и вирусологических лабораторий, станций переливания крови. В наборе есть даже мебель для ухода за лежащими больными — складной накроватный столик с подставкой для книг.

Завод оперативно отзывается на предложения медицинских учреждений и постоянно пополняет набор новыми изделиями: недавно запущены в серийное производство шкаф для спецодежды, шкаф для документов.

Вся мебель, изготавливаемая Елатомским приборным заводом, внесена в Государственный Реестр изделий медицинского назначения, имеет регистрационное удостоверение, сертификат, соответствует требованиям СанПИНа 2.1.3.1375—03 от 06.06.2003 года.

Оперативную доставку по стране завод обеспечивает за счет наличия складов на заводе, в Рязани, в Москве.

Елатомский приборный завод — торговая марка ЕЛАМЕД

391351, РЯЗАНСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г. ЕЛАТЬМА, УЛ. ЯНИНА, 25

Тел./факс: (49131) 419-96, 416-16, 914-50

Конт. лицо: Смирнова Татьяна Владимировна, моб. 8-910-564-73-68

e-mail: stv-epz@yandex.ru, admin@elamed.com, сайт www.elamed.com

Представительства в регионах

Ростовская область:

ООО НПКЦ «МИЗ» (863) 231-22-05

ООО «МедиаМед» (863) 220-38-81, 220-38-84

ООО «Биопротект» (863) 261-32-99, 250-42-11

ООО «Айболитмедсервис» (863) 232-26-42

Астраханская область:

ООО «Витаомед» (8512) 63-13-20, 34-10-68

Республика Калмыкия:

ИП Булинова Герлта Петровна

8-905-400-88-66, (84722) 3-09-64

Ставропольский край:

ООО «Флорес» (8652) 94-01-00

ООО «Мастер Мед» 8-962-445-24-74

Краснодарский край:

Производственная коммерческая группа компаний MEDLEX (861) 274-34-54

Волгоград:

ООО «АльфаМедВолга» (8442) 26-78-15

ООО «Поволжская медицинская компания» (8442) 53-22-46

ООО «BMT» (8442) 49-21-89

ОАО «ЕЛАТОМСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД»



Новая СПЕЦИАЛЬНАЯ медицинская мебель
соответствующая требованиям СанПиН 2.1.3.1375-03 от 06.06.2003.
Идеально подходит для помещений
с особым режимом стерильности

Шкафы медицинские
для фармпрепаратов
ШМФ-01 «ЕЛАТ»
однодверный
и двухдверный



Стол
медицинской
сестры
СМС-01 «ЕЛАТ»

Тумбочка
медицинская
прикроватная
ТМП-01 «ЕЛАТ»



Стол-тумба
медицинский
лабораторный
СТМЛ-01
«ЕЛАТ»



Шкаф
медицинский
лабораторный
ШМЛ-01 «ЕЛАТ»

Тумбочка
медицинская
кабинетная
ТМК-01 «ЕЛАТ»



Стеллажи полимерные передвижные
и стационарные (от 2 до 6 полок)



Столик для ухода
за лежачими
больными



МАГНИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ НИЗКОЧАСТОТНЫЙ АВТОМАТИЗИРОВАННЫЙ КОМПЛЕКС АЛМА

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОДНОВРЕМЕННЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ
НА ВЕСЬ ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА ОДНОРОДНЫМ
ЦИКЛИЧНО-ВРАЩАЮЩИМСЯ МАГНИТНЫМ ПОЛЕМ

АЛМА

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

- нарушения иммунного статуса, его клеточного компонента
- иммуностимуляция при лечении больных с онкологическими патологиями
- местно-распространенный рак почки III-IV стадии
- миома матки до 12 недель
- злокачественные опухоли орофарингеальных зон
- вегетососудистая дистония
- сосудистые заболевания головного мозга
- артериальная гипертония I и II стадии
- хроническая сердечная недостаточность I-II функционального класса у пожилых больных
- нарушение функций опорно-двигательного аппарата (остеохондроз, остеоартроз)
- язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии ремиссии (вторичная профилактика)
- хронический обструктивный бронхит
- климактерический синдром легкой и средней степени тяжести типичной формы у женщин



659315, Г. БИЙСК,
УЛ. СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ, 17А, А/Я 88

ТЕЛ./ФАКС: (3854) 45-50-25, 45-50-23,

E-MAIL: ALMA-SALES@MAIL.RU

ПОСЕТИТЕ НАШ САЙТ: WWW.ALMAPLUS.RU

РЕКЛАМА

**ЗАО «АМТЕО М» более 20 лет поставляет оборудование,
реагенты и расходные материалы для лабораторий.**

**Мы являемся официальным дистрибьютором
компании OLYMPUS, предлагающей современные,
высококласные, надежные и удобные в работе
микроскопы, обладающие превосходной эргономикой,
с широкими возможностями комплектации, что позволяет
решать задачи различной сложности**

Прямые микроскопы

Микроскопы OLYMPUS Серия CX2 — для обучающего процесса
и рутинных лабораторных работ в медицине и биологии

Микроскопы OLYMPUS Серия BX2 — для лабораторных
и исследовательских работ

Инвертированные микроскопы

Микроскопы OLYMPUS Серия CXX — для рутинных
лабораторных работ

Микроскопы OLYMPUS Серия IX — для лабораторных
и исследовательских работ

Стереомикроскопы

Микроскопы OLYMPUS Серия SZ2 — для обучающего процесса
и рутинных лабораторных работ в медицине и биологии

Микроскопы OLYMPUS Серия SZX2 — для лабораторных
и исследовательских работ

Системы фотодокументирования и программное обеспечение

Также мы предлагаем:

- иммерсионное масло, лампы для микроскопов, средства для ухода за оптикой
- реагенты для иммуногистохимии и молекулярной диагностики (эксклюзивный дистрибьютор компании Dako, Дания)
- оборудование и расходные материалы для гистологии (Leica, Германия)
- биохимические анализаторы и расходные материалы Konelab (Thermo Fisher, Финляндия)
- реагенты (Roche, Швейцария)
- предметные и покровные стекла отечественного и импортного производства (Menzel, Германия)
- лабораторную посуду производства России и Чехии
- системы водоподготовки

АМТЕО



Лицензированный сервис-центр производит монтаж,
пуско-наладку, бесплатное обслуживание поставляемого
оборудования в течение гарантийного срока, ремонт
имеющихся у вас приборов и обучение персонала.
Специалисты сервис-центра выезжают в любую точку России.

Тел: (495) 921-35-78,

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

РЕКЛАМА

Ранние проявления рассеянного склероза: клинически изолированный синдром

Тринитатский Ю. В., Сычева Т. В., Волкова М. Г., Борзилова Ю. А.; ГОУ ИПК ФМБА РФ; ГУЗ «Ростовская областная клиническая больница»; Городская больница им. Н. А. Семашко; г. Ростов-на-Дону; Городская больница №2, г. Краснодар

Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы (ЦНС), среди которых ведущее место занимает рассеянный склероз (РС), представляют собой важную медико-социальную проблему. Это связано, с одной стороны, с их распространенностью, а с другой — с инвалидизацией молодого трудоспособного населения, которой они сопровождаются.

Проведенные клинические исследования показывают, что если превентивная иммуномодулирующая терапия препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза, начата после первой атаки заболевания, то есть на стадии клинически изолированного синдрома (КИС), ее эффективность составляет 40–60%, при начале такого лечения на этапе достоверного рассеянного склероза эффективность терапии уменьшается до 30%, а при вторично-прогрессирующем течении она составляет всего 5–10%. Это соответствует все более распространяющемуся в настоящее время мнению, что начинать превентивную терапию нужно уже при моносимптомном дебюте болезни при наличии параклинических признаков ее активности.

Проведены клинические исследования (BENEFIT, CHAMPS, PreCISe), доказывающие эффективность бетаферона, копаксона, авонекса на стадии КИС, что позволило значительно отодвинуть сроки развития достоверного РС. Пересмотренные критерии диагностики РС Mc Donald (2005) также существенно расширяют значение дополнительных исследований, прежде всего МРТ, позволяя поставить диагноз уже при первом клиническом эпизоде.

Большая площадь повреждения и множественные очаги на МРТ, накапливающие контраст в режиме T1, являются признаками клинической активности демиелинизирующего процесса и, естественно, показанием к началу превентивной терапии РС.

На наш взгляд, исследование первого клинического эпизода демиелинизации, так называемого КИС, в рамках изучения патогенеза, диагностики и лечения демиелинизирующих заболеваний ЦНС имеет большую практическую ценность. В эту группу попадают пациенты, наиболее перспективные в отношении назначения дорогостоящего специфического лечения, спонсируемого государством, так называемыми препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза, что может в значительной мере уменьшить клинические, в том числе инвалидизирующие, проявления заболевания.

КИС имеет все черты обострения рассеянного склероза. Выделяют моно- и мультифокальные КИС. Описаны различные варианты монофокальных КИС: парестезии конечностей, корешковые и лицевые боли, синдром Лермитта, оптический неврит, нарушения глазодвижения (межъядерная офтальмоплегия, поражение отдельных глазодвигательных нервов), различные формы двигательных нарушений (моно-, пара-, геми-, тетрапарезы, синдром «неловкой руки»), мозжечковые, психические расстройства. Мультифокальные КИС соответственно проявляются комбинацией этих симптомов. Таким

образом, понятие «клинически изолированный синдром» относится только к первому по времени эпизоду возникновения неврологических нарушений и может характеризоваться множеством клинически звучащих очагов и самыми различными МРТ-проявлениями.

В настоящее время нет ни одного способа, с помощью которого можно было бы достоверно определить, может ли КИС «перерасти» в рассеянный склероз. Результаты МРТ в прогнозировании развития заболевания у больных с КИС важны, но неоднозначны. Также отсутствуют какие-либо биологические маркеры в крови, спинномозговой жидкости, которые могли бы с достаточной вероятностью предсказать переход КИС в рассеянный склероз. По данным мировой статистики, у одной трети пациентов с КИС рассеянный склероз развивается в течение года, примерно у половины пациентов — в течение двух лет, а у 20% больных с КИС РС вообще не развивается.

Ниже мы приводим результаты собственных наблюдений.

С начала 2010 года в Ростовской областной клинической больнице нами было обследовано 29 пациентов с различными вариантами клинически изолированного синдрома, в том числе 17 женщин и 12 мужчин в возрасте от 19 до 54 лет. У двух пациенток были родственники, страдающие рассеянным склерозом, что в общем соответствует данным о взаимодействии генетических факторов с влиянием условий внешней среды в патогенезе демиелинизирующих заболеваний.

Симптомы КИС с глазодвигательными нарушениями зафиксированы у 3 больных, в двух случаях он проявлялся синдромом межъядерной офтальмоплегии, в одном — изолированным поражением отводящего нерва. КИС в виде оптического неврита отмечался у пяти пациентов. Также проявлениями КИС были: изолированное поражение тройничного нерва (1 пациент), лицевого нерва (1 пациент), гемипарестезия (4 пациента), синдром «неловкой руки» (2 пациента), синдром поперечного поражения спинного мозга (2 пациента), изолированный вестибуло-атактический синдром (3 пациента). У восьми больных отмечалось множественное поражение ЦНС, проявляющееся различным сочетанием двигательных, чувствительных и атактических расстройств, проявлениями ретробульбарного неврита. Интересно, что симптом Лермитта, весьма характерный для рассеянного склероза, ранее относящийся к патогномичным симптомам заболевания, в нашем наблюдении не был зарегистрирован ни разу. Варианты клинически изолированных синдромов представлены в таблице 1.

Пациенты, как правило, достаточно быстро обращались за медицинской помощью (в срок от 1 недели до 4 месяцев). В большинстве случаев было заподозрено демиелинизирующее заболевание ЦНС, лишь в одном случае пациентка была госпитализирована в отделение нарушений мозгового кровообращения с диагнозом «инсульт».

Таблица 1

Монофокальные КИС	Кол-во случаев	Мультифокальные КИС	Кол-во случаев
Оптический неврит	5	Слабость в конечностях и вестибуло-атактический синдром	2
Глазодвигательные нарушения			
межъядерная офтальмоплегия	2	Онемение тела и слабость в конечностях	3
поражение отводящего нерва	1		
Чувствительные нарушения			
гипестезия половины лица (поражение тройничного нерва)	1	Онемение тела и шаткость	1
гемигипестезия туловища	4		
синдром «неловкой руки»	2	Слабость в конечностях, тазовые нарушения	1
Двигательные нарушения: периферический прозопарез (поражение лицевого нерва)	1		
Синдром поперечного поражения спинного мозга	2	Межъядерная офтальмоплегия, вестибуло-атактический синдром	1
Вестибуло-атактический синдром	3		
Итого	21	Итого	8

Установлено, что факторами, провоцирующими дебют демиелинизирующего заболевания ЦНС, могут служить различные инфекции, травмы, психоэмоциональные расстройства. Вместе с тем, в нашем исследовании при активном опросе 22 пациента не отметили никаких провоцирующих факторов развития заболевания; 2 — связали начало заболевания с недавно перенесенной острой респираторной вирусной инфекцией, 1 — с переутомлением, еще 1 больная связала дебют заболевания со стрессом (перемена места работы), и у 1 пациентки проявления КИС развились после смены климатического пояса. В двух случаях КИС в виде ретробульбарного неврита и гемигипестезии диагностирован у недавно родивших женщин.

Комплексное обследование пациентов с клинически изолированным синдромом демиелинизирующих заболеваний центральной нервной системы как первым клиническим эпизодом демиелинизации необходимо для ранней диагностики и определения тактики лечения. Больные с КИС обследовались согласно принятой схеме: всем пациентам была выполнена МРТ головного мозга и, при необходимости, различных отделов спинного мозга, осмотр офтальмолога с описанием картины глазного дна и исследование зрительных вызванных потенциалов, определение уровня про- и противовоспалительных цитокинов, части обследуемых выполнена оптическая когерентная томография (ОКТ). В своих наблюдениях мы делали акцент на результаты МРТ-исследования головного и спинного мозга, как наиболее достоверного и чувствительного метода диагностики демиелинизирующих заболеваний ЦНС. С целью выявления наиболее ранних поражений зрительных нервов к традиционным методикам диагностики добавлена ОКТ.

МРТ является ключевым методом диагностики и наблюдения за течением как достоверного рассеянного

склероза, так и при наличии КИС. Очаги демиелинизации определяются как гиперинтенсивные на T2-режиме и изо- или гипоинтенсивные при T1-изображении, чаще овоидной формы. Характерно перивентрикулярное, юстакортикальное, интракаллезное расположение очагов. Очаги в спинном мозге занимают, как правило, не более трех сегментов, каждый интрамедуллярный очаг приравняется к интрацеребральному. При обследовании 29 пациентов с КИС в 5 случаях при выполнении МРТ головного, спинного мозга очагов демиелинизации не выявлено. Клинически у этих пациентов отмечались проявления изолированного вестибуло-атактического синдрома, синдрома «неловкой руки», ретробульбарного неврита, правосторонней гемигипестезии и левостороннего прозопареза (по одному случаю). В 6 случаях выявлены единичные очаги демиелинизации в головном или спинном мозге размерами от 4 до 25 мм, не соответствующие критериям МРТ-диагностики рассеянного склероза (Barkof). Локализация выявленных на МРТ очагов далеко не всегда соответствовала клиническим проявлениям заболевания. Так, у пациентки с вестибуло-атактическим синдромом выявлен единичный очаг демиелинизации в теменной доле, а у больной с онемением и слабостью в руке обнаружен единственный интрамедуллярный очаг на уровне С2 спинного мозга. У 18 пациентов отмечалось наличие множественных очагов демиелинизации, расположенных суб- и супратенториально, при этом у 12 больных был монофокальный вариант КИС. Таким образом, полученные данные подтверждают отличительную особенность демиелинизирующих заболеваний ЦНС, когда многие очаги демиелинизации являются клинически «немыми», данные патологоанатомических исследований также позволяют утверждать, что у 20% больных РС многие очаги ничем не проявляются в течение всей жизни.

Одним из наиболее частых вариантов КИС является оптический неврит. В наших наблюдениях он имел место у 5 пациентов в монофокальном варианте. Следствием поражения зрительного нерва является развитие атрофии с необратимым снижением остроты зрения у лиц молодого, трудоспособного возраста, что указывает на высокую социальную значимость вопроса.

Нейропатия зрительного нерва проявляется частичной или полной утратой зрения на один или оба глаза, может сопровождаться болью при глазодвижении. В наибольшей степени страдает макулярное зрение, вследствие чего развивается центральная скотома, обнаруживаются разнообразные изменения полей зрения. Иногда в начальной стадии могут развиваться расстройства цветового восприятия. По данным литературы, менее чем у 50% пациентов с нейропатией зрительного нерва выявляются признаки воспаления диска зрительного нерва (папиллит). У остальных же в начале заболевания каких-либо изменений со стороны диска зрительного нерва не обнаруживают, что свидетельствует о развитии очага демиелинизации на некотором расстоянии позади диска (ретробульбарный неврит).

Длительное время считалось, что исследование зрительных вызванных потенциалов является наиболее ранним признаком поражения зрительного нерва. По данным А. М. Hollyday (1972), у 54% больных рассеянным склерозом с нормальной картиной глазного дна обнаружались изменения зрительных вызванных потенциалов: увеличение латентного периода, патологические формы зрительного потенциала, деформация компонентов вызванных ответов. В настоящее время появилась возможность качественного и количественного исследования состояния периферического отдела зрительного анализатора.

ОКТ — современный диагностический метод, внедренный в клиническую практику в 1997 году. Метод основан на комплексном анализе отражения низкокогерентного излучения исследуемой тканью. Исследование позволяет определить диаметр диска зрительного нерва, его глубину, площадь, объем. Анализ получаемых данных предоставляет полную качественную и количественную информацию о состоянии диска зрительного нерва и слоя нервных волокон сетчатки.

На базе Ростовской областной клинической больницы и Городской больницы им. Н. А. Семашко (г. Ростов-на-Дону) 12 пациентам с КИС выполнена ОКТ обоих глаз с акцентом на зону дисков зрительных нервов. Ранее были исследованы зрительные вызванные потенциалы, выявлены признаки демиелинизирующего поражения зрительных нервов только в трех случаях. При выполнении ОКТ у больных с КИС в трех случаях отклонений от нормы не выявлено. Это были пациенты с синдромом «неловкой руки», изолированным вестибуло-атактическим синдромом и мультифокальным КИС в виде сочетания онемения и слабости в руках. У одного больного с КИС в виде ретробульбарного неврита обнаружены признаки отека дисков зрительных нервов. У остальных восьми пациентов выявлены различные варианты утолщения слоя нервных волокон зрительного нерва: диффузно в обоих или одном зрительном нерве, с акцентом на верхненосовые квадранты с одной или двух сторон, что позволяло обнаружить начальные признаки атрофии зрительных нервов даже при отсутствии соответствующей клинической картины.

Интересен тот факт, что в одном случае у пациентки с клиническими проявлениями ретробульбарного неврита и признаками частичной атрофии зрительных нервов (по данным ОКТ), указывающими на достаточную длительность процесса, МРТ-исследование головного мозга очагов демиелинизации не выявило.

Наши исследования показали, что ОКТ обладает большей разрешающей способностью, позволяя выявить изменения зрительного нерва на тех этапах, когда вызванные зрительные потенциалы еще не изменяются. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о необходимости использования оптической когерентной томографии в ранней диагностике демиелинизирующих заболеваний ЦНС, особенно на стадии клинически изолированного синдрома, что создает необходимые предпосылки для начала специфического лечения.

Все пациенты с КИС в стационаре или амбулаторно получили лечение в виде пульс-терапии метилпреднизолоном либо неспецифическое нейрометаболическое лечение (препараты альфа-липоевой кислоты, пентоксифиллин, церебролизин, витамины группы В) с положительным эффектом. После проведенного лечения часть больных стала получать препараты, изменяющие течение рассеянного склероза.

В заключение следует отметить результаты наблюдения за отобранными нами пациентами в течение около 6 месяцев. Среди них мы не зарегистрировали ни у одного повторного клинического эпизода, позволившего бы говорить о достоверном рассеянном склерозе. У 28 больных отмечался частичный или полный регресс симптоматики. У одной пациентки симптоматика в виде вестибуло-атактического синдрома в течение месяца осталась прежней. Таким образом, представляется очевидным, что ранняя диагностика рассеянного склероза на стадии клинического изолированного синдрома позволяет максимально рано начать лечение заболевания, чтобы подавить иммуновоспалительный процесс и предотвратить быстрое прогрессирование демиелинизирующего процесса.

Литература

1. Шмидт Т. Е., Яхно Н. Н.. Рассеянный склероз. Воспаление. Дегенерация. — М: МЕДпресс-информ, 2010. — 672 с.
2. Рассеянный склероз. Избранные вопросы теории и практики / Под ред. И. А. Завалишина, В. И. Головкина. — М, 2000. — 636 с.
3. Рассеянный склероз. Диагностика, лечение, специалисты / Под ред. И. Д. Столярова, А. Н. Бойко. — СПб: ЭЛБИ-СПб, 2008. — 320 с.
4. Хондкариан О. А., Завалишин И. А., Невская О. М. Рассеянный склероз. — М: Медицина, 1987. — 205 с.
5. Baumhackl U. The search for a balance between short and long-term treatment outcomes in multiple sclerosis // J. Neurol. — 2008. — Vol. 254 (Suppl. 1). — P. 41–46.
6. Stuart W., Cohan S., Richert J., Achiron A. Selecting a disease-modifying agent as platform therapy in the long-term management of multiple sclerosis // J. Neurol. — 2004. — Vol. 63 (Suppl. 5). — P. 12–27.
7. Tomassini V., Paolillo A. et al. Predictors of long-term clinical response to interferon beta therapy in relapsing-remitting MS // J. Neurol. — 2006. — Vol. 253. — P. 287–293.

Приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, принятые и опубликованные в 2010 году

Полная версия представлена на официальном сайте министерства <http://www.minzdravsoc.ru/docs>

Приказ МЗСР РФ №1038 от 25 ноября 2010 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 июня 2010 г. №483».

Приказ МЗСР РФ №1037 от 25 ноября 2010 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 июня 2010 г. №484».

Приказ МЗСР РФ №1035 от 25 ноября 2010 г. «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 06 июля 2010 г. №500 «О проведении VII Всероссийского съезда судебных медиков «Основные направления развития судебно-медицинской экспертизы в Российской Федерации»».

Приказ МЗСР РФ №1034 от 25 ноября 2010 г. «О внесении изменений в приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 марта 2010 г. №147 «Об утверждении плана научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на 2010 год»».

Приказ МЗСР РФ №1023 от 23 ноября 2010 г. «О проведении Всероссийской научно-практической конференции «Совершенствование организации онкологической помощи населению»».

Приказ МЗСР РФ №1000 от 13 ноября 2010 г. «Об утверждении базового (отраслевого) перечня государственных услуг (работ), оказываемых (выполняемых) федеральными государственными учреждениями в сфере здравоохранения, обращения лекарственных средств для медицинского применения, социального развития, труда и защиты прав потребителей».

Приказ МЗСР РФ №966 от 8 ноября 2010 г. «О проведении совещания «О реализации в 2011 году мероприятий по выявлению и лечению лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения»».

Приказ МЗСР РФ №961н/527-а от 3 ноября 2010 г. «Об утверждении методики установления производителем лекарственных препаратов предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов».

Приказ МЗСР РФ №958н от 2 ноября 2010 г. «Об утверждении формы заявления о регистрации предельной отпускной цены производителя на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов».

Приказ МЗСР РФ №859 от 7 октября 2010 г. «Об утверждении дополнительной численности врачей, подлежащих направлению на дополнительную подготовку в 2010 году».

Приказ МЗСР РФ №858 от 7 октября 2010 г. «О внесении изменений в приказ МЗСР РФ от 30 декабря 2009 г. №1047н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2010 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета»».

Приказ МЗСР РФ №848 от 30 сентября 2010 г. «Об утверждении перечня первоочередных мероприятий по созданию информационной системы в здравоохранении, реализуемых в 2010 году».

Приказ МЗСР РФ №835 от 28 сентября 2010 г. «О внесении изменений в приложение №1 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 января 2005 г. №82 «О Центральной аттестационной комиссии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»».

Приказ МЗСР РФ №760н от 26 августа 2010 г. «Об утверждении формы заявления о внесении изменений в документы, содержащиеся в регистрационном досье на зарегистрированный лекарственный препарат для медицинского применения».

Приказ МЗСР РФ №759н от 26 августа 2010 г. «Об утверждении порядка представления необходимых документов, из которых формируется регистрационное досье на лекарственный препарат для медицинского применения в целях его государственной регистрации».

Приказ МЗСР РФ №758н от 26 августа 2010 г. «Об утверждении Порядка приостановления применения лекарственного препарата для медицинского применения».

Приказ МЗСР РФ №757н от 26 августа 2010 г. «Об утверждении Порядка осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения, регистрации побочных действий, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов для медицинского применения».

Приказ МЗСР РФ №755н от 26 августа 2010 г. «Об утверждении порядка определения уровня профессиональной подготовки экспертов федерального государственного бюджетного учреждения по проведению экспертизы лекарственных средств для медицинского применения и аттестации их на право проведения экспертизы лекарственных средств для медицинского применения».

Приказ МЗСР РФ №754н от 26 августа 2010 г. «Об утверждении порядка ведения, опубликования и размещения на официальном сайте в сети «Интернет» реестра выданных разрешений на проведение клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения».

Приказ МЗСР РФ №753н от 26 августа 2010 г. «Об утверждении порядка организации и проведения этической экспертизы возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения и формы заключения совета по этике».

Приказ МЗСР РФ №752н от 26 августа 2010 г. «Об утверждении порядка опубликования и размещения на официальном сайте Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в сети «Интернет» перечня медицинских организаций, имеющих право проводить клинические исследования лекарственных препаратов для медицинского применения».

Приказ МЗСР РФ №751н от 26 августа 2010 г. «Об утверждении правил ведения реестра исследователей, проводящих (проводивших) клинические исследования лекарственных препаратов для медицинского

применения, и порядок его размещения на официальном сайте Министерства в сети «Интернет»».

Приказ МЗСР РФ №750н от 26 августа 2010 г. «Об утверждении правил проведения экспертизы лекарственных средств для медицинского применения и форм заключения комиссии экспертов по результатам экспертизы лекарственных средств».

Приказ МЗСР РФ №749н от 26 августа 2010 г. «Об утверждении формы документа, содержащего результаты мониторинга безопасности лекарственного препарата для медицинского применения в целях подтверждения его государственной регистрации».

Приказ МЗСР РФ №747н от 26 августа 2010 г. «Об утверждении порядка и сроков размещения на официальном сайте Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в сети «Интернет» информации, связанной с осуществлением государственной регистрации лекарственных препаратов для медицинского применения».

Приказ МЗСР РФ №746н от 26 августа 2010 г. «Об утверждении порядка ведения государственного реестра лекарственных средств для медицинского применения».

Приказ МЗСР РФ №730н от 26 августа 2010 г. «О внесении изменений в приказ МЗСР РФ от 30 декабря 2009 г. №1047н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2010 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета»».

Приказ МЗСР РФ №625 от 12 августа 2010 г. «О работе центров здоровья с целью профилактики развития заболеваний у граждан Российской Федерации».

Приказ МЗСР РФ №617н от 11 августа 2010 г. «О внесении изменений в приложение №3 к приказу МЗСР РФ от 30 декабря 2009 года №1047н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2010 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета»».

Приказ МЗСР РФ №586н от 2 августа 2010 г. «О внесении изменений в Порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. №179».

Приказ МЗСР РФ №583 от 30 июля 2010 г. «О признании утратившими силу приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 августа 2000 г. №310 и от 11 июня 2002 г. №196».

Приказ МЗСР РФ №504 от 9 июля 2010 г. «Об установлении контрольных цифр приема граждан на подготовку по программам послевузовского профессионального образования за счет средств федерального бюджета в федеральные государственные учреждения науки, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в 2010 году».

Приказ МЗСР РФ №484 от 28 июня 2010 г. «Об установлении контрольных цифр приема граждан на подготовку по программам послевузовского профессионального образования федеральным государственным образовательным учреждениям дополнительного профессионального образования, находящимся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, за счет средств федерального бюджета на 2010 год».

Приказ МЗСР РФ №483 от 28 июня 2010 г. «Об установлении контрольных цифр приема граждан на подготовку по программам послевузовского профессионального образования федеральным государственным образовательным учреждениям высшего профессионального образования, находящимся в ведении Министерства здравоохранения

и социального развития Российской Федерации, за счет средств федерального бюджета на 2010 год».

Приказ МЗСР РФ №481 от 25 июня 2010 г. «О признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения РСФСР, Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также признании не действующими на территории Российской Федерации некоторых приказов Министерства здравоохранения СССР».

Приказ МЗСР РФ №459 от 18 июня 2010 г. «О контрольных цифрах приема граждан, обучающихся за счет средств федерального бюджета в подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации государственных образовательных учреждениях, реализующих образовательные программы начального и среднего профессионального образования, в 2010 году».

Приказ МЗСР РФ №445н от 11 июня 2010 г. «Об утверждении требований к комплектации лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения укладки выездной бригады скорой медицинской помощи».

Приказ МЗСР РФ №427 от 8 июня 2010 г. «О Всероссийском конкурсе проектов по здоровому образу жизни «Здоровая Россия»».

Приказ МЗСР РФ №425н от 7 июня 2010 г. «Об утверждении формы соглашения между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации (Российской академией медицинских наук) о реализации мероприятий, направленных на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения».

Приказ МЗСР РФ №424н от 7 июня 2010 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 апреля 2010 г. №255н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями»».

Приказ МЗСР РФ №418н от 3 июня 2010 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при уроandroлогических заболеваниях».

Приказ МЗСР РФ №415н от 2 июня 2010 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при заболеваниях гастроэнтерологического профиля».

Приказ МЗСР РФ №409н от 1 июня 2010 г. «Об утверждении Порядка оказания неонатологической медицинской помощи».

Приказ МЗСР РФ №380 от 24 мая 2010 г. «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 1999 г. №472 «О Перечне лекарственных средств списков А и Б»».

Приказ МЗСР РФ №353н от 17 мая 2010 г. «О первой помощи».

Приказ МЗСР РФ №347н от 12 мая 2010 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 марта 2009 г. №138н «О порядке организации работы по распределению путевок и направлению больных из учреждений, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, на лечение в санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении МЗСР РФ»».

Приказ МЗСР РФ №332 от 11 мая 2010 г. «Об утверждении численности врачей, подлежащих направлению на дополнительную подготовку в 2010 году».

Приказ МЗСР РФ №327 от 7 мая 2010 г. «О проведении XXIV Международного конгресса «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний»».

Приказ МЗСР РФ №320 от 5 мая 2010 г. «О внесении изменений в приложения №1 и №2 к приказу Министерства

здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 января 2005 г. №82 «О Центральной аттестационной комиссии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»».

Приказ МЗСР РФ №307н от 29 апреля 2010 г. «О внесении изменений в приказ МЗСР РФ от 30 декабря 2009 года №1047н «О порядке формирования и утверждения государственного задания на оказание в 2010 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета»».

Приказ МЗСР РФ №301н от 28 апреля 2010 г. «Об установлении контрольных цифр приема граждан в государственные образовательные учреждения высшего, среднего и дополнительного профессионального образования, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на подготовку средних медицинских и фармацевтических работников по программам дополнительного профессионального образования в 2010 году».

Приказ МЗСР РФ №297 от 26 апреля 2010 г. «О проведении конкурса на размещение государственного задания на подготовку специалистов с высшим профессиональным образованием среди аккредитованных образовательных учреждений высшего профессионального образования, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на 2010 год».

Приказ МЗСР РФ №288 от 23 апреля 2010 г. «О проведении Всероссийского форума «Развитие санаторно-курортной помощи, восстановительного лечения и медицинской реабилитации»».

Приказ МЗСР РФ №243н от 16 апреля 2010 г. «Об организации оказания специализированной медицинской помощи».

Приказ МЗСР РФ №242н от 16 апреля 2010 г. «Об утверждении и порядке ведения форм статистического учета и отчетности по реализации государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета».

Приказ МЗСР РФ №144н от 14 апреля 2010 г. «Об утверждении формы соглашения о предоставлении субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование строительства (реконструкции) объектов в рамках реализации мероприятий федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)»».

Приказ МЗСР РФ №225ан от 9 апреля 2010 г. «Об утверждении Порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации».

Приказ МЗСР РФ №222н от 7 апреля 2010 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с бронхо-легочными заболеваниями пульмонологического профиля».

Приказ МЗСР РФ №206н от 2 апреля 2010 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля».

Приказ МЗСР РФ №203н от 31 марта 2010 г. «О порядке проведения федеральными учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении Федерального медико-биологического агентства, дополнительной диспансеризации работающих граждан».

Приказ МЗСР РФ №201н от 31 марта 2010 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы».

Приказ МЗСР РФ №197н от 29 марта 2010 г. «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 июня 2009 г. №302н «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 г. №413 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»».

Приказ МЗСР РФ №195 от 29 марта 2010 г. «О ликвидации медико-санитарных последствий и социальной защите пострадавших в результате террористических актов, произошедших 29 марта 2010 г. в г. Москве на станциях метро «Лубянка» и «Парк Культуры»».

Приказ МЗСР РФ №158н от 16 марта 2010 г. «Об утверждении методических указаний по осуществлению органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий по лицензированию деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ».

Приказ МЗСР РФ №152н от 16 марта 2010 г. «О мерах, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

Приказ МЗСР РФ №151н от 16 марта 2010 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля и больным лепрой».

Приказ МЗСР РФ №146н от 15 марта 2010 г. «Об организации работы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по обеспечению закупок и передачи диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения».

Приказ МЗСР РФ №116н от 1 марта 2010 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями».

Приказ МЗСР РФ №86 от 16 февраля 2010 г. «Об объявлении конкурса на замещение должностей руководителей федеральных государственных унитарных предприятий, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

Приказ МЗСР РФ №77н от 10 февраля 2010 г. «О проведении Всероссийского конкурса на звание «Лучший врач»».

Приказ МЗСР РФ №54н от 3 февраля 2010 г. «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. №1158 «О закупке и передаче в 2010 году лекарственных средств и медицинского оборудования для реализации в субъектах Российской Федерации мероприятий, направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза и лечения больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий»».

Приказ МЗСР РФ №16 от 18 января 2010 г. «О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению».

Приказ МЗСР РФ №4 от 11 января 2010 г. «О проведении XIV Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии»».



ЛАБОРАТОРНАЯ МЕБЕЛЬ

Производство за 15 дней. Доставка по России и СНГ. Сборка и установка

С.-Петербург, тел. (812) 448-13-97 | Москва, тел. (495) 646-80-57 | info@sbm-lab.ru | www.sbm-lab.ru

НАИМЕНОВАНИЕ	ЦЕНА, РУБ. С НДС
Вытяжные шкафы (электророзетки, освещение, защитный экран из стекла «триплекс»)	от 23900
Лабораторные столы (метал. каркас, рабочая поверхность и тумбы на выбор)	от 4560
Шкафы лабораторные для хранения	от 7640
Мойки лабораторные (раковина – нерж. сталь или полипропилен)	от 9910
Лабораторные столы с полками (метал. каркас, полки, светильник, розетки, рабочая поверхность по выбору, тумбы)	от 8950
Островные столы (метал. каркас, полки, светильник, розетки, рабочая поверхность по выбору, тумбы)	от 18990
Стол для титрования (метал. каркас, световой экран, рабочая поверхность по выбору, тумбы)	от 14150
Стол для весов (метал. каркас, гранитная плита на спец. демпферах)	от 9860
Стол письменный	от 2700
Табурет лабораторный	от 1340

Читателям журнала при ссылке на данное объявление скидка 4%

Сканеры УЗИ «РАСКАН»

Полностью цифровая обработка
Высокая плотность лучей

Конвексные, линейные, полостные мультисекторные датчики высокой плотности. Рабочие частоты от 2,5 до 10 МГц. Динамическая фокусировка. Доплер. Пунктирование. Кинопетля. Персональные настройки. Помощь. База данных исследований. Вычисления и измерения. Пиктограммы. Заключение. Распечатка эхограмм.

Переносные приборы
С возможностями
стационарных.
Легкие, компактные
с автономным
питанием.

НПП «РАТЕКС»
199178, С.-Петербург, ул. Донская, д. 19, пом.1Н,
Тел./факс: (812)321-89-74, 321-57-71, (950)030-30-41
E-mail: rateks@mail.ru Http://rateks.aanet.ru

ООО «Альфа-Медтехника М»

109518, г. Москва, 1-й Грайвороновский проезд, 2, стр. 1

Тел./факс: (495) 232-12-36, (499) 173-52-09, (499) 742-83-71

E-mail: alfamed2002@yandex.ru; www.alfamed.rusmed.ru

Действует с 23.11.2010 г.

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ	СТОИМОСТЬ, РУБ.	СТРАНА
Анализаторы биохимические		
Анализатор биохимический BioChem SA (HTI) (полуавтомат, встроенная кювета, память 1000 результатов)	132000	США
Анализатор биохимический полуавтомат BS3000P, проточная и наливная кюветы (Sinnova)	72500	КНР
Анализатор биохимический полуавтомат CLIMA MC-15 (RAL)	353500	Испания
Анализатор биохимический полуавтомат, STAT FAX 1904+ (Awareness Technology)	93500	США
Наборы биохимических реагентов DiaSys Diagnostic Systems GmbH (ДиаСис) и ДИАКОН-ДиаСис (ДДС)	ассортимент	Германия/ Россия
Анализаторы гематологические		
Анализатор гематологический автомат MicroCC-20Plus - на 20 параметров, с дифференцировкой лейкоцитов по 3-м субпопуляциям и построением 3-х гистограмм, 60 тестов/час	346500	США
Анализатор гематологический автомат PCE-210 ERMA (18 параметров), 60 тестов/час	345000	Япония
Системы забора капиллярной крови с ЭДТА (микроветы 200 мкл), 50 шт./уп.	480	Германия
Анализаторы иммуноферментные		
Анализатор иммуноферментный ImmunoChem 2100 (планшетный, сенсорное управление, встроенный принтер, память 10000 результатов) HTI	130000	США
Анализатор иммуноферментный планшетный Plate Screen в комплекте с промывочной станцией (HOSPITEX DIAGNOSTICS)	315000	Италия
Анализатор иммуноферментный стриповый STAT FAX 303+ (Awareness Technology)	89500	США
Анализаторы мочи		
Анализатор мочи CL-50, 10 параметров, 120 тестов/час, память 1000 анализов, термопринтер (HTI)	28000	США
Анализатор мочи CL-500, 11 параметров, 514 тестов/час, память 1000 анализов (HTI)	97000	США
Анализатор мочи CLINITEK STATUS (Siemens Healthcare Diagnostics / ранее BAYER Diagnostics)	47500	Великобритания
Анализатор мочи URISCAN OPTIMA (от 36 до 600 тест/час, 13 показателей) YD Diagnostics	59000	Южная Корея
Тест-полоски для различных анализаторов мочи	ассортимент	
Коагулометры		
Коагулометр TS 4000 (4-канальный, встроенный принтер) HTI	99000	США
Коагулометр Clot (1-канальный) (HOSPITEX DIAGNOSTICS)	96500	Италия



НИЖНЕВОЛЖСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ



- 10 Всероссийская специализированная выставка «Дентал-Экспо.Волгоград»
- оборудование, установки
- инструмент, материалы

- Межрегиональный клинический симпозиум
- Мастер-классы, обучающие семинары

Организаторы:



ВЦ «ВолгоградЭКСПО»
Тел./факс: (8442) 55-13-17
E-mail: stom@volgogradexpo.ru
www.volgogradexpo.ru

DENTALEXPO®

ВК ДЕНТАЛЭКСПО
Тел./факс: (495) 921-40-69
E-mail: region@dental-expo.com
www.dental-expo.com

Официальная поддержка



5-7 АПРЕЛЯ
2011
ВОЛГОГРАД

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ



СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА - 2011

югMEDexpo PHARMAюг Салон MEDclinic

23 - 25 марта 2011 г.

РОСТОВ-на-ДОНУ, ВЦ "ВертолЭкспо"



PHARMA

ЮГ

- ✿ ВЫСТАВКА
- ✿ КОНФЕРЕНЦИЯ

ЮГ

MED
EXPO

Организатор: www.plaza-expo.ru

При содействии:



Министерство здравоохранения
Ростовской области

ВЫСТАВОЧНАЯ ФИРМА
PLAZAexpo

Тел.: (863) 262-70-57
262-70-56

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

**РАЕВ А. А., ГЛАВНЫЙ ВРАЧ,
КОМПАНИЯ «ЛОНГ ЛАЙФ ДОЛГОЛЕТИЕ»**

Внимание уважаемого медицинского сообщества хотелось бы привлечь к проблеме, с которой сталкиваются все специалисты большинства медицинских дисциплин. Это проведение терапевтического воздействия на патологические процессы, происходящие в организме, с учетом токсичности современных лекарственных средств, огромного количества аллергических реакций, сопровождающих эти воздействия, необходимости увеличения дозировок при резистентности к множеству лекарственных препаратов и возможных побочных эффектов.

Необходимо найти источник усиления классической фармакологической медицины, обладающий естественными факторами, увеличивающими возможности воздействия на патологические процессы и защищающими при этом от интоксикации и других негативных проявлений. Остаются недостаточно развитыми вопросы, касающиеся реабилитации больных, переживших инсульты и инфаркты, страдающих хроническими системными заболеваниями, а также пациентов, перенесших оперативное вмешательство и травмы с последующим ограничением двигательных способностей.

Совершенно очевидно, что физиотерапевтические методы, на которые когда-то мало обращали внимание, могут внести огромный вклад в комплексное восстановление организма.

Красноречиво иллюстрируют ситуацию фрагменты из книги доктора медицины Б. Хайта «Живите долго. Медицина с врачом и без врача». «Не стоит отделять одну медицину от другой. Но все же должен быть термин, символизирующий другие, отличные от хирургии и химиотерапии методы лечения. В связи с этим, в общем-то, нет серьезных возражений по поводу термина «дополнительная медицина», но с несомненной оговоркой «не менее важная». Сегодня период расцвета дополнительной медицины. И все же, она пока что остается на вторых ролях. Одна из причин существующего неравенства заключается в том, что большая медицина — это быстродействующая медицина спасения, скорой помощи, экстренной операции. Но в то же время не вызывает сомнения, что она является медицинской местного воздействия. Она не способна восстановить организм в целом и привести его к более здоровому состоянию, а лишь добивается с помощью операции или лекарств ликвидации местного патологического процесса. Домашняя медицина обладает сегодня внушительным арсеналом приборов, инструментов и других средств, направленных как на восстановление организма в целом, так и на лечение тех или иных заболеваний».

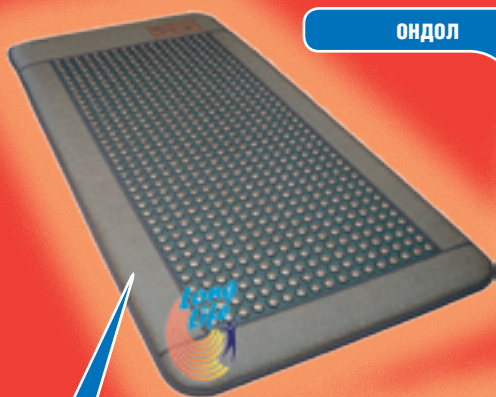


**КОМПАНИЯ «ЛОНГ ЛАЙФ ДОЛГОЛЕТИЕ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ
ШИРОЧАЙШИЙ СПЕКТР ПРИБОРОВ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ
ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ, А ТАКЖЕ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ**



НАКОЛЕННИК

МАССАЖНАЯ КРОВАТЬ



ОНДОЛ



ОДНОСПАЛЬНЫЙ
ТУРМАНЕВЫЙ МАТРАЦ

РОЛЛИНГ-МАССАЖЕР



ВИБРОПЛАТФОРМА



Оборудование южно-корейского производства позволяет эффективно осуществлять различные виды аппаратного лечебного массажа, воздействующего на биологически активные зоны и точки, снимающего мышечные и сосудистые спазмы, обладающего мощным противовоспалительным, обезболивающим, противоотечным и дезинтоксикационным действием. Компактное и эффективное оборудование компании «Лонг Лайф Долголетие» способно производить щадящую тракцию позвоночного столба, лимфодренаж, вибротерапию, длинноволновый инфракрасный массаж и общую низкоэнергетическую магнитотерапию, используя исключительно природные факторы, на основе которых работает наше оборудование

**МЫ ПРИГЛАШАЕМ СПЕЦИАЛИСТОВ ВСЕХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЛЯ УГЛУБЛЕННОГО ИЗУЧЕНИЯ
ПРОЦЕССОВ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НАШЕГО ОБОРУДОВАНИЯ**

www.LongLife-rus.ru | long-life.russia@mail.ru

ООО «СЕПТА»

г.Ковров Владимирской области

на рынке дезинфекции с 1996 г., с 2006 г. специализируется на производстве дезинфицирующих средств под торговой маркой «Фрисепт».

Дезсредства «Фрисепт» прошли успешное испытание в стационарах Москвы, Н. Новгорода, Владимира и др. Препараты отличаются выраженной бактерицидностью, рабочие растворы высокоэкономичны, имеют широкую сферу применения в медучреждениях.

ПОСЛЕДНИЕ РАЗРАБОТКИ:

«Фрисепт-Гамма» - средство для предстерилизационной очистки, дезинфекции, ДВУ эндоскопов и стерилизации ИМН (свид. о госрегистрации №77.99.23.2.У.10432.11.09, сертификат соответствия №РОСС RU.АЯ46.В80882).

Обладает антимикробной активностью в отношении грамотрицательных и грамположительных бактерий (включая микобактерии туберкулеза, возбудителей внутрибольничных и анаэробных инфекций), вирусов и грибов (возбудителей кандидозов и дерматофитий), плесневых грибов; обладает спороцидной активностью, а также моющими и дезодорирующими свойствами.

Предназначено для: дезинфекции; дезинфекции ИМН, в т.ч. совмещенной с ПСО; очистки, дезинфекции и ДВУ эндоскопов; стерилизации ИМН; дезинфекции медотходов; дезинфекции крови и биологических выделений; проведения генеральных уборок; дезинфекции воздуха, систем вентиляции и кондиционирования и пр.

Концентрация рабочих растворов: бактерицидная активность от 0,01%; вирулицидная активность от 0,1%; туберкулицидная активность от 0,2%.

«Гамма» - жидкое мыло с дезинфицирующим эффектом, кожный антисептик (свид. о госрегистрации №77.99.1.2.У.10431.11.09, сертификат соответствия №РОСС RU.АЯ46.В80881).

Обладает бактерицидной (включая микобактерии туберкулеза), вирулицидной (включая вирусы гепатита В, герпеса, ВИЧ) и фунгицидной активностью в отношении грибов рода Кандида и Трихофитон. Обладает нейтральным pH, не сушит кожу, разрешено к применению в детских учреждениях и роддомах.



ООО «Септа», тел. (49232) 3-75-52, e-mail: info@freesept.ru

Представители в Пятигорске:

ООО «Респект» тел. (8793) 38-42-09, 39-97-61, ИП Завершенский Г.В. тел. 8-905-440-78-26

ПРАВИТЕЛЬСТВО СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ



АДМИНИСТРАЦИЯ КАВКАЗСКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД

ЮЖНО-РОССИЙСКИЙ ФОРУМ «КАВКАЗСКАЯ ЗДРАВНИЦА-2011»



МЕДИЦИНСКИЙ КОНГРЕСС «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СЕВЕРНОГО КАВКАЗА»

28-30 АПРЕЛЯ 2011
КИСЛОВОДСК



(87937) 331-79, 331-73
(863) 227-35-20, 240-42-60





ВНИМАНИЮ ЛИЦ С ВЫСШИМ И СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ! НОУ ВПО КИСЛОВОДСКИЙ ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ И ПРАВА

Приглашает вас в программу
«Глобальное медицинское
образование»
(реализуется в течение 10 лет).
Это эксклюзивные программы
высшего профессионального
образования:

«ЮРИСПРУДЕНЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

«МЕНЕДЖМЕНТ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

«ФИНАНСЫ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»



Срок обучения на базе высшего медицинского образования — 3 года, на базе среднего профессионального — от 3,5 до 4 лет.
Набор студентов ведется непрерывно. А также осуществляет прием в аспирантуру по очной и заочной форме обучения. Диссертационный совет.

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

На базе института имеется санаторий «Элита», который располагает конференц-залом, оснащенным мультимедийным оборудованием, комнатами для занятий и тренингов, учебными классами, Wi-Fi Интернетом. Основные медицинские профили «Элиты»: сердечно-сосудистая система; мужское и женское здоровье и др. Консультации и лечение проводят ведущие специалисты - кандидаты и доктора медицинских наук.

ФОРМА ОБУЧЕНИЯ

ЗАОЧНО ТРАДИЦИОННАЯ —
набор осуществляется
до конца октября.

ЗАОЧНО ДИСТАНЦИОННАЯ —
набор осуществляется
в течение года.

В собственности института
4-этажное здание, Интернет-залы,
библиотека, учебная медиатека.
Для студентов института —
льготный доступ к рекреационным
ресурсам федерального курорта!

Из числа выпускников института
формируется кадровый резерв
региональных органов
управления здравоохранения,
региональных отделений ФОМС,
крупных страховых компаний.

Диплом государственного образца

Свидетельство о государственной
аккредитации №0603 от 23.04.2007 г.

Лицензия Серия А №255858
от 23.04.2007 г. выдана
Федеральной службой по надзору
в сфере образования и науки.

Ставропольский край,
г. Kislovodsk
ул. Розы Люксембург, 42
Тел. (87937) 6-29-84
Тел./факс (87937) 2-93-02
www.kiep.ru
e-mail: kiep@kiep-info.ru

АДРЕСНО-ТЕЛЕФОННЫЙ СПРАВОЧНИК «ДОНСКАЯ МЕДИЦИНА. РОСТОВ И ОБЛАСТЬ»

- ✓ органы управления и контроля в здравоохранении
- ✓ лечебно-профилактические учреждения
- ✓ санаторно-курортные учреждения
- ✓ медицинское страхование
- ✓ стоматология
- ✓ частная врачебная практика
- ✓ фармацевтические компании и аптеки
- ✓ медицинская техника
- ✓ расходные материалы
- ✓ лабораторное обеспечение

*Справочник предназначен для руководителей
медицинских учреждений и предприятий,
работающих в сфере медицинских услуг
и медицинского производства;
медицинских специалистов и всех,
кто заинтересован в прохождении амбулаторного,
стационарного и других видов лечения.*

344064, г. Ростов-на-Дону, ул. Вавилова, 54, оф. 404
тел. (863) 223-23-25, 223-23-26, тел./факс (863) 273-25-16
e-mail: info@akvarel2002.ru www.akvarel2002.ru



Научно-производственная фирма

ГЕНИКС



Жука®

НА ОСНОВЕ ЭТИЛОВОГО СПИРТА

АНТИСЕПТИК ЭЛИТ

Назначение:

- обработка рук хирургов
- дезинфекция
небольших по площади
поверхностей (30 сек.)

ООО НПФ "ГЕНИКС"

424006, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, ул. Крылова, 26.

Тел.: (8362) 73-62-63, 64-00-38, 64-99-38, 41-73-60. Факс: (8362) 64-00-38.

E-mail: info@geniks.ru <http://geniks.ru>