

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

№2 (25) 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 осмоосмолярный, 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



ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ НОМЕРА:

- Официальная статистика (стр. 2, 3)
- Гастроэнтерология (стр. 6)
- Инфекционные болезни (стр. 13, 17, 21, 25, 45)
- Кардиология (стр. 29, 36)
- Хирургия (стр. 34, 43)
- Физиотерапия (стр. 40, 54)
- Психиатрия, неврология (стр. 47, 49)
- Онкология (стр. 57, 60, 63)

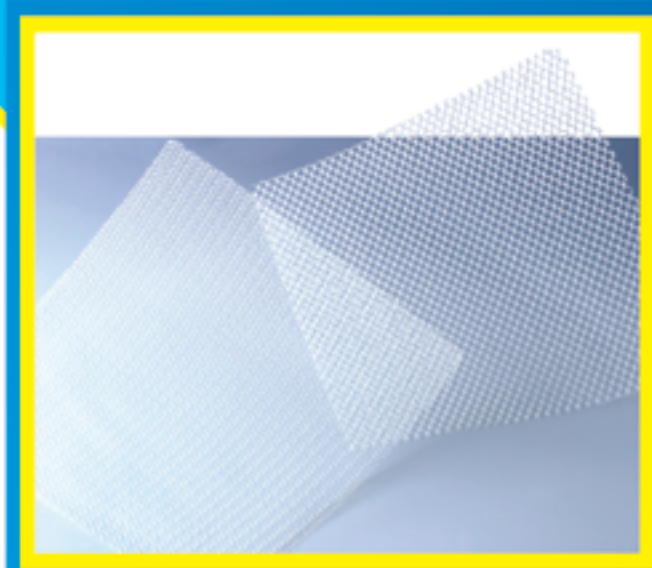
Нерассасывающиеся хирургические сетки OPTOMESH

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

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

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

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



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

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

Физические свойства хирургических сеток Optomesh

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

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

Ассортимент хирургических сеток для операционного лечения грыж:

- T — версия ThinLight
- M — MacroPore
- Ц — для операции Лихтенштейна у мужчин (с вырезом для семенного канатика)
- UK — для операции Лихтенштейна у женщин

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

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:

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 №394

Подписано в печать 22.03.2011 г.

Зарегистрирован
Управлением Россохранкультуры
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

Об осуществлении надзора за лечебно-профилактическими учреждениями Ростовской области	2
Анализ письменных обращений, поступивших в Управление Росздравнадзора по Ростовской области в 2010 году	3
Атрофический гастрит: что мы понимаем под этим состоянием. Современные подходы к диагностике и лечению.....	6
Эффективность противовирусной терапии у детей с гриппом в период пандемии 2009—2010	13
Региональный опыт клинико-эпидемиологического надзора за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией	17
Отчет о клинической апробации препарата ЛЕФЛОБАКТ производства ОАО «Синтез» (г. Курган) на базе МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Ставрополя	21
Энтеросорбция в практике инфекциониста	25
Клинико-патогенетические особенности инфаркта миокарда у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и возможности применения ФЛОГЭНЗИМА	29
Проблемы ведения сегмента реестра застрахованных лиц страховой медицинской организации	33
Комплексное лечение гнойных заболеваний кисти в условиях хирургического стационара.....	34
Показания к операции прямой реваскуляризации миокарда у больных с различной тяжестью ИБС	36
Галокамера — путь к здоровью.....	40
Реконструктивная хирургия в травматологии и ортопедии. Опыт 1-го травматологического отделения МЛПУ «ГБСП-2»	43
Факторы риска развития внебольничной пневмонии у военнослужащих молодого возраста, принципы реабилитации и диспансеризации	45
Электроэнцефалографическое исследование для диагностики, прогноза и контроля качества лечения когнитивных расстройств (у лиц пожилого возраста)	47
Нейроциркуляторная астения (современные представления)....	49
Реабилитация в воде	54
Ростовский научно-исследовательский онкологический институт как Федеральный онкологический центр Юга России	57
Особенности распределения антигенов главного комплекса гистосовместимости I класса у детей с солидными злокачественными опухолями.....	60
Комплексная терапия остроконечных кондилом полового члена.....	63
Форумы, выставки.....	64

Об осуществлении надзора за лечебно-профилактическими учреждениями Ростовской области

Соловьев М. Ю., Ковалев Е. В., Конченко А. В., Якубова С. Р.; Управление Роспотребнадзора по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

В соответствии с Положением о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 №322 в рамках Федерального закона от 26.12.2008 №294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» Управлением Роспотребнадзора по Ростовской области осуществляется надзор за исполнением обязательных требований законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения при оказании медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях.

Так, в 2010 году было проведено 726 плановых мероприятий по надзору в отношении лечебно-профилактических учреждений федерального, областного, муниципального подчинения. Типичными для всех проверенных ЛПУ были следующие нарушения санитарного законодательства:

- набор и площади помещений ЛПУ недостаточны, не предусмотрены (или мало приспособлены): кладовые для хранения чистого и грязного белья, хранения предметов уборки (хранятся в лечебных кабинетах и производственных помещениях), гардеробные для верхней одежды персонала (персонал раздевается в лечебных кабинетах, не организовано раздельное хранение верхней, личной и санитарной одежды), помещения для хранения запаса постельных принадлежностей (матрасов, подушек, одеял), недостаточен их обменный фонд, в связи с чем не проводится их дезкамерная обработка после выписки каждого больного и т. п.;

- архитектурно-планировочные решения лечебных учреждений, в том числе оперблоков, не исключают возможность перекрещивания потоков с различной степенью эпидемиологической опасности: отсутствуют санпропускники для персонала при входе в оперблок, недостаточен набор помещений (не предусмотрены комнаты для хранения стерильных растворов и инструментов и т. п.);

- в отделениях входы в отделения не оборудованы шлюзами, архитектурно-планировочные решения отделений не исключают перенос инфекций из палатных отделений и других помещений в операционные блоки и другие помещения, требующие особой чистоты воздуха;

- занята площадь на 1 койку (4–7 м² при нормируемой 7–13 м²);

- допускается установка в палатах стационаров более 4-х коек;

- не предусмотрено резервное горячее водоснабжение, в том числе — в лечебных учреждениях хирургического, инфекционного, акушерского профиля;

- в помещениях, требующих соблюдения особого режима и чистоты рук персонала (манипуляционные, перевязочные, процедурные), раковины не оборудованы локтевыми кранами и локтевыми дозаторами с жидким мылом и растворами антисептиков;

- не решены вопросы обеспечения достаточного запаса санитарной одежды персонала и ее центра-

лизованной стирки, не соблюдается кратность смены санитарной одежды, санитарная одежда сотрудников стирается на дому;

- внутренняя отделка помещений не соответствует гигиеническим нормативам.

Кроме того, недостаточен (преимущественно в муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждениях) запас расходных материалов однократного применения (маски, шапочки, бахилы и др.). Посетители при проведении лечебно-диагностических манипуляций, в том числе в дневном стационаре, не обеспечиваются индивидуальными комплектами белья (пеленками, салфетками, бахилами). Туалеты для посетителей не обеспечены туалетной бумагой и средствами для мытья рук.

В ряде лечебных учреждений санитарно-техническое состояние помещений неудовлетворительное: стены и потолки в трещинах, отделка потолков (побелены) и пола (линолеум разорван) не позволяет в полном объеме проводить дезинфекционные мероприятия. Для защиты от слепящего действия солнечных лучей и перегрева окна занавешены тканевыми шторами или жалюзи из материалов, не позволяющих проводить текущую дезинфекцию.

Для высушивания рук персонала зачастую используются одноразовые бумажные полотенца в рулонах без держателей (на бинте), что делает невозможным их использование без посторонней помощи.

В эндоскопических отделениях и кабинетах, входящих в состав ЛПУ, нередко отсутствует помещение для проведения обработки эндоскопического оборудования. Обработка эндоскопов осуществляется в помещениях, где проводятся исследования.

В ряде ЛПУ отсутствуют централизованные стерилизационные отделения. Стерилизация материала и инструментария проводится в автоклавных и стерилизационных, оборудованных стерилизаторами, конструкция которых не позволяет исключить перекрещивания «стерильных» и «нестерильных» потоков (с односторонней загрузкой и выгрузкой).

По-прежнему остро стоит проблема организации обращения с отходами ЛПУ в соответствии с требованиями санитарного законодательства. Централизованные системы сбора и утилизации медицинских и биологических отходов, а также региональная целевая программа в области обращения с этими отходами на территории Ростовской области отсутствуют.

В этой связи выполнение требований СанПиН 2.1.7.728—99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений» осуществляется только в части разработки схемы удаления отходов, наличия запаса расходных материалов для сбора и временного хранения отходов, раздельного по классам отходов сбора отходов, наличия оборудованной в соответствии с санитарными правилами контейнерной площадки, герметичной емкости для сбора ртутьсодержащих люминесцентных ламп.

Образующиеся в лечебно-профилактических учреждениях области отходы классов Б и В (после химической дезинфекции), а также отходы класса А вывозятся

на полигоны ТБО. Специализированный автотранспорт для транспортировки отходов классов Б и В отсутствует, что приводит к смешению всех классов отходов ЛПУ на этапах транспортировки в нарушение требований санитарных правил. Колющий инструментариий собирается отдельно от других видов отходов в непрокальваемые одноразовые емкости желтого и красного цвета.

Термическое обеззараживание осуществляется на отдельных объектах путем автоклавирования (ГУЗ «Станция переливания крови РО», ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом», баклаборатории, входящие в состав ЛПУ). Органические (послеоперационные, патолого-анатомические и др.) отходы в Ростове-на-Дону и близлежащих территориях утилизируются в специализированном учреждении — крематории (МУП СКУ). На остальных территориях области — захораниваются в специальных могилах.

В целом на территории Ростовской области вопрос термического обезвреживания опасных и особо опасных медицинских отходов остается нерешенным.

С целью создания централизованной схемы термической утилизации опасных и особо опасных медицинских отходов Управлением Роспотребнадзора по Ростовской области совместно с Министерством здравоохранения Ростовской области и Комитетом по охране окружающей среды и природных ресурсов Ростовской области предложена модель централизованного сбора, удаления и термического обезвреживания медицинских отходов. Модель предусматривает деление ЛПУ области на группы (по месторасположению и выбору технологии термического обеззараживания). Так, в крупных городах предусмотрено оборудование полигонов специальными (пиролизными) установками, для доставки отходов от мест их образования до пиролизных печей предусмотрено приобретение

специализированного автотранспорта, предназначенного для перевозки медицинских отходов. В центральных районных больницах муниципальных образований — локальные установки для термического обеззараживания, вывоз обезвреженных отходов специализированным автотранспортом для перевозки бытовых отходов.

Необходимо отметить, что в настоящее время вступили в действие СанПиН 2.1.7.2790—10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами», устанавливающие обязательные санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами и санитарно-противоэпидемическому режиму работы при обращении с медицинскими отходами.

Проблемы санитарно-технического состояния ЛПУ области, в том числе — соблюдение обязательных требований по обращению с отходами ЛПУ, выносились на обсуждение территориальных комиссий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия и ведению социально-гигиенического мониторинга коллегии Министерства здравоохранения области, на заседания Областного медицинского совета, расширенные планерные совещания администраций муниципальных образований области.

За выявленные нарушения санитарного законодательства при оказании населению медицинских услуг в 2010 году привлечено к административной ответственности 1412 должностных и юридических лиц, наложено штрафов на сумму 3597140 рублей. По результатам проверок с целью устранения выявленных нарушений в адрес руководителей лечебных учреждений направлены предписания, исполнение которых находится на контроле специалистов Управления Роспотребнадзора по Ростовской области.

Анализ письменных обращений, поступивших в Управление Росздравнадзора по Ростовской области в 2010 году

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

За 2010 год в адрес Управления Росздравнадзора по Ростовской области поступило и рассмотрено письменных обращений из различных источников на 106,3% больше в сравнении с количеством обращений за 2009 год.

Кроме того, в 2010 году в Управлении Росздравнадзора по Ростовской области зарегистрировано обращений по «горячей линии» в 4,7 раза больше числа данного вида обращений в 2009 году.

Структура источников обращения остается относительно стабильной в относительных показателях. Преобладание в структуре организаций, в которые обращаются граждане, органов контроля и надзора федерального и регионального уровня свидетельствует об осведомленности граждан об их наличии и уровне доверия в вопросах контроля за соблюдением законодательства в сфере здравоохранения. Отмечается рост числа обращений из центрального аппарата Федеральной службы Росздравнадзора. Также необходимо отметить рост числа обращений, поступивших по e-mail; при этом не всегда порядок оформления обращения

совпадает с требованиями Федерального закона от 02.05.2006 №59-ФЗ (табл. 1).

Сроки рассмотрения обращений соблюдались в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации». Рассмотренные обращения в срок до 30 дней составляли 99,2%, в то же время отмечается значительное снижение удельного веса жалоб, рассмотренных в срок от 30 до 60 дней (с 7,9% от общего количества обращений, рассмотренных в 2009 году, до 0,2% за 12 месяцев 2010 года.).

Доминирующими темами в структуре обращений в 2010 году, составляющими более 40% от общего числа обращений, были вопросы, связанные с качеством оказания медицинской помощи (23,3%), вопросы обеспечения необходимыми лекарственными средствами (17,2%). Также 27% составляли вопросы, не входящие в компетенцию ТУ Росздравнадзора (табл. 2).

В 2010 году из числа поступивших письменных обращений по вопросам лекарственного обеспечения 25,5% обращений содержали вопросы о предоставлении

Структура обращений по категориям источников поступления обращений

Источник	% от общего числа письменных обращений	
	2009 год	2010 год
Граждане	38,80%	31,70%
Прокуратура	29,60%	18,40%
ЦА Росздравнадзора	18,45%	30,10%
Прочие организации	13,10%	19,80%

или реализации региональной льготы и были отправлены по принадлежности в Министерство здравоохранения Ростовской области; 57% обращений рассмотрены с проведением документальных внеплановых проверок; 7,2% обращений по содержанию носили консультативно-справочный характер, на которые заявителям дан письменный ответ; по 10,2% обращений, пришедшим повторно и не требовавшим дополнительного рассмотрения, заявителям также даны письменные разъяснения.

Из числа обращений по вопросам ОНЛС, рассмотренных с проведением внеплановых документальных проверок, нашли полное или частичное подтверждение факты, изложенные в 64,3% обращений. При этом у 56% юридических лиц выявлены нарушения. Не подтвердились факты, изложенные в 35,7% обращений.

В ходе внеплановых документальных проверок по вопросам ОНЛС контрольно-надзорные мероприятия проведены в 58 муниципальных учреждениях здравоохранения и 46 аптечных учреждениях частной и государственной формы собственности. По результатам проведенных проверок по обращениям с подтвердившимися полностью или частично фактами составлено 40 предписаний об устранении выявленных нарушений, выписано 14 протоколов об административных нарушениях.

Наибольшее число обращений по ОНЛС содержали информацию об отказе в выписке рецептов в ЛПУ на льготную группу препаратов (64,3% обращений, в 2009 году — 56%), об отсутствии лекарства в аптеке (5,1% обращений, в 2009 году — 12%).

Обращает на себя внимание тот факт, что в структуре обращений в 2009 году вопросы обеспечения необходимыми лекарственными средствами составляли 12,1%, в 2010 году данная тематика содержалась в 17,2% обращений от их общего числа. При этом отмечается рост числа обращений по вопросу реализации региональной льготы более чем в 8 раз, рост числа отказов в выписке рецептов врачами ЛПУ — в 4,5 раза. Из числа письменных обращений по вопросам лекарственного обеспечения из центрального аппарата Росздравнадзора поступило 71,4% обращений граждан.

За 12 месяцев 2010 года количество обращений по вопросам качества оказания социальной помощи составило 1,9% от общего числа обращений. При этом из центрального аппарата Росздравнадзора по данной тематике поступило 35% обращений. В разрезе тематики все обращения (100%) содержали информацию о нарушениях прав инвалидов (предоставление путевок для санаторно-курортного лечения, технических средств реабилитации). По факту рассмотрения вопросов, содержащихся в обращениях, заявителям даны разъяснения. Повторных обращений по данному разделу в 2010 году в ТУ Росздравнадзора не поступало.

За 2010 год 23,3% от общего числа обращений составили обращения по вопросам качества оказания медицинской помощи. По фактам, изложенным в обращениях, проведены проверки, при которых по выявленным нарушениям составлено 12 предписаний об устранении выявленных нарушений, выписано 6 протоколов об административных нарушениях. Наибольшее количество обращений в структуре данной тематики составляли обращения о качестве оказания медицинской помощи взрослым (42,4% от числа обращений по данной тематике), по вопросам, связанным с проведением судебно-медицинской экспертизы (10% обращений), о качестве оказания медицинской помощи детям (6% обращений), обращения, носящие консультативный характер и не требовавшие проведения проверок (28%) и т. д. По обращениям, пришедшим повторно и не требовавшим дополнительного рассмотрения (17,2%),

заявителям также даны письменные разъяснения. По вопросам качества оказания медицинской помощи из центрального аппарата Росздравнадзора поступило 30,3% обращений граждан от общего числа обращений. Рост числа обращений по вопросам качества оказания медицинской помощи в 2010 году составил 12,5%. При этом если в структуре обращений в 2009 году вопросы качества оказания медицинской помощи составляли 42,7%, то в 2010 году — 23,3%. Большинство обращений по вопросам качества медпомощи населению связано с неудовлетворенностью пациентов организацией и качеством первичной медико-санитарной помощи. Наибольшее число противоречий при оказании медицинской помощи пациентам, сопровождавшихся обращениями граждан, возникало при обращениях в учреждения здравоохранения государственной и муниципальной форм собственности.

Количество обращений по вопросам лицензирования медицинской деятельности в 2010 году превысило абсолютный показатель за 2009 год в 8 раз. Обращения носили консультативный характер. По содержащимся в них вопросам заявителям даны исчерпывающие ответы. Повторных обращений не зарегистрировано.

В 2 раза возросло в 2010 году число обращений по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности. Данная динамика связана с ростом внимания органов власти и работодателей к вопросам временной нетрудоспособности.

Отмечается также в 2010 году увеличение в 3 раза числа отклоненных обращений, информационное наполнение и оформление которых не соответствовало требуемым параметрам, обозначенным в Федеральном законе от 02.05.2006 №59-ФЗ.

Работа с письменными обращениями граждан проводилась в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Приказа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 28.02.2007 №433 «Об утверждении Инструкции по работе с письменными обращениями граждан в центральном аппарате Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития», а также Федерального закона от 26.12.2008 №294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».

Принятые меры и результаты проверок

Из поступивших и рассмотренных обращений 22,8% обращений прошли с проверками. При их проведении в 32,4% медицинских учреждениях констатированы нарушения требований законодательства (54,8% в 2009 году), составлено 47 предписаний и 14 протоколов об административных нарушениях (в 2009 году выдано 57 предписаний, составлено 6 протоколов). Число документарных внеплановых проверок по письменным обращениям граждан возросло в 1,4 раза. Количество выявленных нарушений при проверках по обращениям уменьшилось в 1,2 раза.

По результатам проведенных проверок направлено 43 информационных письма, в том числе 8 — в Министерство здравоохранения Ростовской области, 13 — в Прокуратуру Ростовской области, 8 — в региональные органы управления здравоохранения, 4 — Главам Администраций муниципальных образований, 2 письменных информационных материала — в адрес Администрации РО.

По факту завершения рассмотрения обращений заявителям отправлены ответы; в организации, осуществляющие контрольно-надзорные функции, по поручению которых проводилось рассмотрение обращений, отправлены копии ответов заявителям и требуемые документы; в проверенные медицинские учреждения отправлены копии актов проверок. По фактам выявленных нарушений по всем выписанным предписаниям из проверенных учреждений здравоохранения получены в установленные сроки ответы об устранении выявленных нарушений.

Представленная структура обращений в Управление Росздравнадзора по Ростовской области косвенно иллюстрирует сферу проблемных вопросов как в здравоохранении в целом, так и в его региональном сегменте, позволяет определить направления, содержащие наибольшие противоречия различного генеза. Динамика изменения спектра вопросов, их тематика и точки приложения говорят о смещении акцента в сторону защиты прав пациентов при оказании медицинской помощи. При этом мотивацией и иницирующим моментом для большинства обращений граждан, в том числе не нашедших при проверке подтверждений, являлось недостаточное информирование пациентов медицинскими работниками о результатах обследования и планах лечения в процессе взаимоотношений сторон при получении медицинской услуги, условиях и возможных путях решения возникающих вопросов, то есть несоблюдение прав пациента на информацию о состоянии своего здоровья согласно статьи 31 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

Структура письменных обращений по тематической принадлежности (из числа всех письменных обращений)

Тематика обращения	% от общего количества обращений
Качество медицинской помощи населению	23,30%
из них повторных	4,00%
Вопросы обеспечения необходимыми лекарственными средствами	17,20%
из них повторных	2,40%
Качество социальной помощи населению	1,90%
из них повторных	0
Вопросы лицензирования медицинской деятельности	5,65%
Вопросы ЭВН	3,80%
Вопросы медико-социальной экспертизы	9,65%
Вопросы военно-врачебной экспертизы	0,70%
Вопросы контроля качества ЛС	1,40%
Вопросы регистрации цен на ЛС	1,40%
Вопросы госконтроля обращения медицинской продукции	0,95%
Вопросы регистрации ЛС и медицинской техники	0,25%
Вопросы обслуживания в аптечных учреждениях	0,70%
Отклоненные обращения	1,40%
Другие вопросы, входящие в компетенцию ТУ РЗН	4,70%
Вопросы, не входящие в компетенцию ТУ РЗН	27,00%
ИТОГО	100,00%

АСПИРАНТУРА – ФОРМУЛА УСПЕХА И БЛАГОПОЛУЧИЯ

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ЗДОРОВЬЯ

ОБЪЯВЛЯЕТ ПРИЕМ В АСПИРАНТУРУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.02.03

«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Выпускники аспирантуры защищают диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук



г. Кисловодск, ул. Р. Люксембург, 42
Отдел аспирантуры, тел.: (87937) 2-92-11, 6-29-84; www.niizdoroviya.ru
Гос. лицензия, выданная Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки №003547 от 03.06.10 г.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ЗДОРОВЬЯ – ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ КАРЬЕРЫ!

Атрофический гастрит: что мы понимаем под этим состоянием. Современные подходы к диагностике и лечению

Костюкевич О. И., к.м.н., кафедра терапии московского факультета ГОУ ВПО «РГМУ», г. Москва

В клинической практике мы довольно часто сталкиваемся с диагнозом «атрофический гастрит». Однако до сих пор остается много вопросов относительно того, является ли он самостоятельным заболеванием или исходом других форм гастритов? Равнозначны ли понятия «атрофический гастрит» и «аутоиммунный атрофический и гипоацидный гастрит»? Что на самом деле скрывается за этим диагнозом? Какие методы помогут подтвердить диагноз, и как лечить таких пациентов? На эти и другие вопросы мы постараемся ответить в данной статье.

Важность проблемы определяется тем, что желудок является начальным звеном пищеварительного конвейера, и нарушение его функции незамедлительно сказывается на состоянии других органов пищеварения, вызывая сбой в работе тонкой и толстой кишок, поджелудочной железы, печени и приводя к увеличению содержания патогенных бактерий в кишечнике. Хронический атрофический гастрит относят к предраковым состояниям желудка, на фоне данного заболевания часто развиваются такие предраковые изменения, как кишечная метаплазия и дисплазия эпителия слизистой желудка, а также гиперпролиферация эпителия слизистой желудка, способствующая развитию опухолей [1].

Хронический гастрит (ХГ) занимает центральное место среди заболеваний желудка. И не только потому, что он является наиболее распространенным заболеванием пищеварительной системы. Более существенно то, что ХГ, как правило, предшествует или сопутствует таким серьезным по течению и прогнозу болезням, как язва и рак желудка. В основе ХГ лежат воспалительные, дисрегенераторные, дистрофические и атрофические процессы в слизистой оболочке желудка, приводящие, в конечном счете, к ее функциональной недостаточности.

Классификация гастритов

В 1990 году в Сиднее (Австралия) была принята новая классификация гастритов, получившая названия Сиднейской системы, согласно которой диагноз гастрита должен формулироваться на основании 4-х признаков заболевания:

1. локализация патологического процесса;
2. гистологические признаки, выявленные при исследовании биоптатов;
3. макроскопические признаки, выявленные при эндоскопии;
4. вероятные этиологические факторы (табл. 1).

Более поздняя Хьюстоновская классификация внесла в Сиднейскую систему важные дополнения, в соответствии с которыми различают:

- хронический неатрофический гастрит (прежде всего вызванный *H. pylori*);
- хронический атрофический гастрит;
- мультифокальный гастрит (как исход длительно текущего гастрита, ассоциированного с *H. pylori*);
- аутоиммунный гастрит;
- особые формы гастрита.

Распространенность атрофического гастрита

Большинство исследователей придерживается мнения, что ХГ страдает более 1/3 взрослого населения, однако из них к врачам обращается всего лишь 10—15%. Хеликобактерный гастрит преобладает и составляет 80—90% всех гастритов, аутоиммунный составляет всего лишь 10%. Истинная распространенность атрофии слизистой оболочки (СО) желудка неизвестна, но если рассматривать ее, как проявление аутоиммунного и исход длительно текущего хеликобактерного гастрита, ее распространенность может достигать 50—60%!

Причины и патогенез атрофического гастрита

Атрофический гастрит — мультифакторное состояние. Существует более десятка причин, каждая из которых способна приводить к атрофии СО и, соответственно, к развитию функциональной недостаточности желудка. Развитие атрофических изменений в СО может быть результатом патологического процесса или возрастных инволюционных изменений, также возможна генетически обусловленная гипо- или атрофия СО желудка.

Наиболее частыми этиологическими факторами, вызывающими атрофический гастрит, признаны инфекция *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) и аутоиммунный гастрит, который встречается довольно редко [2].

Атрофический гастрит, ассоциированный с *H. pylori*

С *H. pylori* связывают возникновение подавляющего большинства атрофических гастритов. Бактерии *H. pylori*, персистируя на желудочном эпителии, вызывают хронический хеликобактерный поверхностный гастрит. Длительно существующий поверхностный хеликобактерный гастрит без соответствующего лечения трансформируется в атрофический.

Таблица 1

«Сиднейская система» классификация хронических гастритов

Тип	Топография	Эндоскопические категории	Этиология
Острый Хронический	Антральный Фундальный Пангастрит	Эритематозный Эрозивный Геморрагический Атрофический Гиперплазия складок	Аутоиммунный – тип А. Ассоциированный с НР – тип В Реактивный – тип С Особые формы

Кроме того, выделяют фазы: ремиссии и обострения, стадии: компенсации и декомпенсации

Мультифокальный атрофический гастрит характеризуется вовлечением тела и антрального отдела желудка с прогрессирующим развитием атрофических изменений слизистой — уменьшением количества желез и их частичным замещением кишечным эпителием (кишечная метаплазия). Пациенты с данным видом хронического гастрита имеют повышенный риск развития карциномы желудка.

Аутоиммунный хронический атрофический гастрит

Данный тип хронического гастрита связан с образованием аутоантител (к париетальным клеткам и внутреннему фактору Кастла). Антитела связываются с микроворсинками париетальных клеток и делают невозможным соединение витамина B_{12} с внутренним фактором Кастла. Считается, что выработка антител к H+K+-АТФазе париетальных клеток является одной из причин ахлоргидрии. Повреждение антителами собственных (фундальных) желез приводит к их потере. При этом в теле и дне желудка развивается прогрессивная атрофия главных и париетальных клеток с недостаточностью внутреннего фактора Кастла, что может приводить к пернициозной анемии.

Аутоиммунный гастрит часто сочетается с другой аутоиммунной патологией и нередко развивается в рамках так называемого аутоиммунного полигландулярного синдрома [3].

Гистологические изменения при аутоиммунном атрофическом гастрите зависят от фазы заболевания:

а) в раннюю фазу отмечается многоочаговая диффузная инфильтрация собственной пластинки мононуклеарными клетками и эозинофилами, а также очаговая Т-клеточная инфильтрация собственных желез желудка с их разрушением. Наблюдают очаговую гиперплазию мукоидных клеток (псевдопилорическая метаплазия), а также гипертрофические изменения париетальных клеток;

б) в более позднюю фазу заболевания усиливается лимфоцитарное воспаление, атрофия собственных желез желудка и очаговая кишечная метаплазия. Последняя стадия характеризуется диффузным атрофическим гастритом с вовлечением тела и дна желудка с небольшими явлениями кишечной метаплазии. Антральный отдел не поражен.

Условно в желудке различают 4 отдела.

1. Кардиальный отдел — самый начальный отдел, в который переходит пищевод.

2. Свод (дно, фундальный отдел) — куполообразная часть желудка, расположенная в самом верш.

3. Тело желудка — отдел, где пища находится во время переваривания.

4. Пилорическая (привратниковая) часть, она заканчивается пилорическим сфинктером, ограничивающим полость желудка от полости двенадцатиперстной кишки.

Атрофия может затрагивать все отделы желудка или каждый из них в отдельности. В этой связи патоморфологи выделяют «диффузный» (фундальный, антральный или тотальный), а также «мультифокальный» атрофический гастрит. Физиологические и клинические проявления атрофии в разных отделах желудка могут быть совершенно разными [4]; СО фундального отдела желудка, как его основная функциональная составляющая часть, представлена тремя основными популяциями клеток:

- *добавочными — слизеобразующими, вырабатывающими муцин,*

- *париетальными, секретирующими соляную кислоту*
- *и главными — продуцирующими пепсины [5].*

Атрофический процесс может захватывать как все железы, так и избирательно поражать те или иные клетки. Так, описаны формы аутоиммунного гастрита, поражающего только париетальные клетки. Атрофия желез заключается в уменьшении численности клеток, продуцирующих пепсины, и париетальных клеток, выделяющих соляную кислоту. Атрофия может затрагивать одну или обе популяции клеток, число которых меняется независимо друг от друга. Атрофия желез тела желудка может быть компенсирована за счет увеличения его объема, увеличения высоты складок, гипертрофии СО антрального отдела и появления в составе антральных желез париетальных клеток. Однако такой компенсации может и не быть, и атрофия СО может охватывать весь желудок.

Таким образом, на фоне существования десятков причин и морфофункциональных вариантов атрофии, диагноз «хронический атрофический гастрит» является лишь собирательным понятием, который совершенно не отражает реальную картину структурной организации желудка и физиологию желудочной секреции.

Клинические проявления

Неизменным следствием атрофии СО является функциональная недостаточность желудка, что определяет довольно широкую гамму клинических проявлений.

Основными функциями желудка являются:

1. Депонирование пищи.
2. Частичное переваривание. В желудке начинается переваривание белков и клетчатки. Под действием соляной кислоты денатурируются белки, и набухает растительная клетчатка. Под действием пепсина и гастриксина белки расщепляются до пептидов и аминокислот. Пепсин вырабатывается главными клетками в виде пепсиногена, который под воздействием соляной кислоты переходит в активную форму.
3. Частичное всасывание. В желудке могут всасываться некоторые лекарства (ацетилсалициловая кислота, барбитураты) и алкоголь.
4. Проведение пищи до кишечника. Пища в среднем находится в желудке 3—10 часов. Причем жидкость эвакуируется незамедлительно, дольше всего задерживается жирная пища. Блуждающие нервы усиливают мышечную активность, а симпатические уменьшают.
5. Бактерицидная функция реализуется за счет действия соляной кислоты. Поэтому неизменным спутником гипоацидных состояний, а также длительного приема ингибиторов протонной помпы (омепразол) является дисбактериоз.
6. Кровотворная функция (синтез внутреннего фактора Кастла).

Из-за выраженного снижения функциональной активности желудка при атрофическом гастрите ведущим является синдром диспепсии, в отличие от гиперацидного гастрита, где преобладает болевой синдром.

1. Синдром диспепсии: ухудшение аппетита, отрыжка воздухом или тухлой пищей, тошнота. Характерно чувство тяжести, переполнения желудка, кокасия (плохой запах изо рта), слюнотечение, неприятный привкус во рту.

2. Синдром избыточного бактериального роста также часто лидирует в клинической картине. Его развитие связано с нарушением бактерицидной функции соляной кислоты. Проявляется он урчанием, вздутием в животе, непереносимостью молочных продуктов,

неустойчивым стулом. При частых поносах может наступить похудание, анемия.

3. Анемический синдром связан:

- а) с нарушением всасывания витамина B_{12} из-за снижения выработки внутреннего фактора Кастла;
- б) и/или железа (нарушение процесса восстановления трехвалентного железа в двухвалентное под действием соляной кислоты);
- в) фолиеводефицитная анемия может развиваться из-за нарушений кишечной микрофлоры.

4. Также имеет место болевой синдром, но связанный не со спазмом гладкой мускулатуры, а с растяжением желудка из-за нарушения эвакуаторной функции желудка. Боли, как правило, тупые, ноющие, усиливающиеся после приема пищи, без четкой локализации (то есть носят не спастический, как при гиперацидном гастрите, а дистензионный характер).

5. Дистрофический синдром, обусловленный полигиповитаминозами (Р, С, А, Д), белковой недостаточностью, вследствие нарушения переваривания белков. При осмотре: атрофичный «полированный язык», при обострениях — язык обложен густым белым налетом. При пальпации болезненность обычно отсутствует. Секреция прогрессивно снижается вплоть до ахлоргидрии. Часто присоединяется сопутствующая патология: панкреатит, холецистит, энтероколит.

Диагностика

Гастроскопия

Гастроскопия является ведущим методом диагностики атрофического гастрита. Она выявляет истончение слизистой, которая приобретает бледно-сероватый цвет, размер ее складок уменьшается, выраженность сосудистого рисунка увеличивается (рис. 1, 2).

При атрофическом гастрите участки истонченной слизистой могут чередоваться с участками кишечной метаплазии, которая может быть более или менее выраженной и иметь различную распространенность. Кишечная метаплазия традиционно рассматривалась как предраковое изменение слизистой оболочки желудка (рис. 3).

Гистология

Атрофия выражается в уменьшении толщины СО, толщины зоны слизистой эпителия и глубины желез. Наряду с этим атрофия может проявляться и в разрежении желез. Морфологическое исследование является одним из ключевых и достоверных методов выявления атрофических, воспалительных и деструктивных изменений

в СО фундального и антрального отделов желудка, но при условии выполнения качественной морфологической диагностики (Good Morphological Practice) [4].

Для выявления дисплазии и метаплазии можно прибегнуть к методу хромографии, когда измененные участки окрашиваются специальным индикатором в соответствующий цвет (рис. 4).

УЗИ является дополнительным методом диагностики при атрофическом гастрите и в основном нацелено на выявление сопутствующей патологии поджелудочной железы, желчного пузыря, печени и т. д. УЗИ-признаки атрофического гастрита далеко не всегда выявляются, при выраженном патологическом процессе можно увидеть уменьшение размеров желудка и «сглаживание» его поверхности (уменьшение высоты желудочных складок).

Оценка функциональной активности желудка

Функциональное исследование желудка включает:

- рН-метрию, которая позволяет определить секреторную активность париетальных клеток;
- определение активности пепсинов или общей протеолитической активности содержимого желудка.

Материал для исследования может быть получен при зондировании или при гастроскопии.

Суточная рН-метрия является «золотым стандартом» оценки секреторной функции желудка при атрофическом гастрите. Ее проведение необходимо для определения тактики лечения пациента, прогноза и контроля эффективности терапии. Как правило, атрофический гастрит сопровождается пониженной кислотностью. Среднесуточная рН может колебаться от 3 до 6.

Лабораторные маркеры атрофического гастрита

1. Метод исследования содержания в сыворотке крови пепсиногена I, пепсиногена II и гастрин-17 получает в последние годы все большую популярность в качестве маркеров атрофии СО фундального и антрального отделов желудка. Этот малоинвазивный метод позволил выделить несколько разновидностей атрофического гастрита в теле желудка и в антральном отделе. Пепсиногены I и II синтезируются и секретируются главными клетками желудка. После попадания в просвет желудка они превращаются в протеолитический фермент пепсин. Снижение уровня пепсиногена I

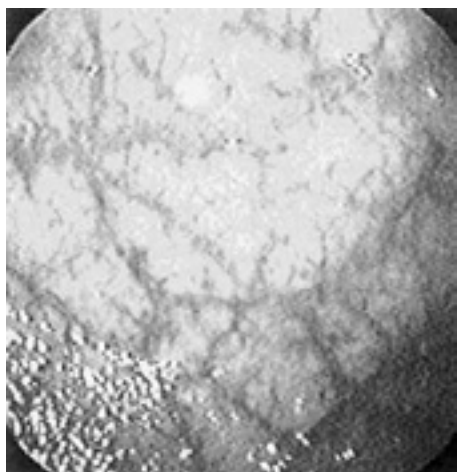


Рис. 1
Атрофия тела желудка

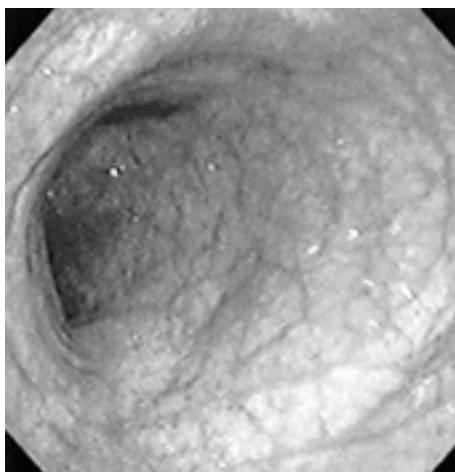


Рис. 2
Антральная атрофия

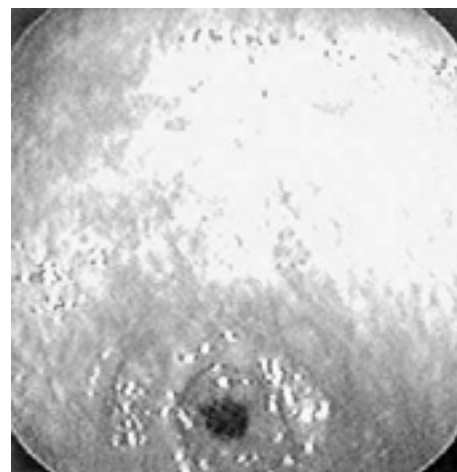


Рис. 3
Кишечная метаплазия антрального отдела при эндоскопическом исследовании

коррелирует со снижением количества главных клеток при атрофии слизистой желудка. Измерение уровней пепсиногена I и пепсиногена II, а также их соотношения в сыворотке крови используется в качестве скринингового метода для выявления атрофического гастрита и рака желудка. Чувствительность и специфичность данного метода относительно невелика (84,6 и 73,5% соответственно) [5].

2. Определение антипариетальных антител и антител к внутреннему фактору Кастла в сыворотке крови.

Антипариетальные антитела направлены против микросомальных компонентов париетальных клеток желудка. Тест положителен у 95% пациентов с пернициозной анемией, хотя специфичность теста низкая. Антитела к париетальным клеткам присутствуют у 25—30% пациентов с аутоиммунным тиреоидитом.

При определении антител к внутреннему фактору следует не допускать введения витамина B₁₂ в течение 48 часов перед взятием образца. Антитела к внутреннему фактору могут присутствовать у 3—6% людей с гипертиреозом или инсулинозависимым диабетом.

3. Определение уровня гастрина в сыворотке крови.

Для аутоиммунного хронического гастрита характерно повышение уровня гастрина. Необходимо проведение дифференциальной диагностики с гастриномой (синдром Золлингера-Эллисона).

Диагностика инфекции *Helicobacter pylori*

Диагностика *Helicobacter pylori* необходима при любом гастрите. Она помогает выявить причину поражения желудка, так как в большинстве случаев этиологическим фактором атрофии признана длительно текущая инфекция *Helicobacter pylori*. Существуют 2 группы методов — прямые и косвенные [6]. Следует помнить, что достоверность тестов зависит от выбранного метода и используемых методик и реактивов.

«Золотым стандартом» достоверности признано морфологическое исследование биоптатов.

Принципиальное значение для практики имеет проведение диагностики *H. pylori*-инфекции до лечения — первичная диагностика, и после проведения противохеликобактерной терапии — контроль эффективности выбранной схемы лечения.

Анализ кала — дешевый и простой метод, который позволяет выявить косвенные признаки секреторной недостаточности желудка. Так, при атрофическом гастрите в кале появляется большое количество (+++) неизмененных мышечных волокон, соединительной ткани, перевариваемой клетчатки и внутриклеточного крахмала, а также признаки, свидетельствующие о сопутствующем дисбактериозе.

Принципы медикаментозной терапии атрофического гастрита

Если лечение гиперацидных состояний на сегодняшний день достигло больших успехов, то в терапии гипоацидного атрофического гастрита и по сей день много «белых пятен». Практикующий врач, каждый раз сталкиваясь с атрофией СО желудка, оказывается перед непростым выбором: назначать или не назначать антацидные и антисекреторные препараты, проводить ли полноценный курс эрадикации и т. д.

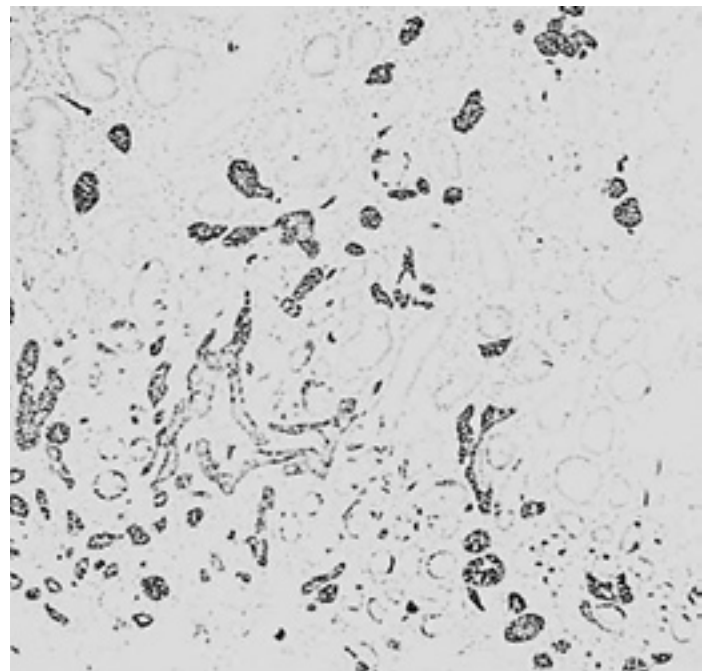


Рис. 4

Хроматография: дисплазия дна желудка

Давайте попробуем разобраться во всех тонкостях лечения атрофического гастрита и наметить алгоритм действия.

1. Этиотропная терапия. Во-первых, необходимо выявить причину атрофического гастрита и, по возможности, устранить ее. Как мы уже сказали, основными причинами атрофии СО желудка являются длительно текущий гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, и аутоиммунный гастрит. Таким образом, при обнаружении атрофических изменений СО на гастроскопии при гистологическом исследовании или лабораторными методами (пепсиноген I и II) необходимо во всех случаях провести диагностику НР-инфекции и при ее обнаружении назначить эрадикационную терапию. Также всем пациентам определяют лабораторные маркеры аутоиммунной патологии (антипариетальные АТ и АТ к фактору Кастла).

К сожалению, устранить аутоиммунные механизмы поражения СО желудка на сегодняшний день практически невозможно, вопрос о назначении глюкокортикостероидов встает только тогда, когда гастрит сопровождается пернициозной анемией. В остальных случаях побочные эффекты ГКС будут преобладать над клинической эффективностью.

Эрадикационная терапия при атрофическом гастрите имеет важную особенность: прежде чем решить вопрос о выборе антисекреторного препарата, необходимо провести суточную рН-метрию. При рН<6, несмотря на пониженную секрецию, назначают ингибиторы протонной помпы (ИПП). И лишь при анацидном состоянии (рН>6) ИПП исключаются из схемы эрадикации и назначаются только антибиотики.

Данные в отношении возможности обратного развития атрофии и кишечной метаплазии после эрадикации инфекции противоречивы. Считается, что эффективная эрадикация *H. pylori* даже на этапе атрофии приводит к прерыванию каскада патологических реакций в СО желудка и может рассматриваться как профилактика развития рака желудка. В пользу эрадикации *H. pylori* у пациентов с атрофическим гастритом свидетельствует целый ряд работ, результаты которых доказывают,

что эрадикация инфекции сопровождается нормализацией регенераторных процессов в СО желудка.

Диетотерапия. В фазе обострения хронического аутоиммунного гастрита рекомендуется диета №1а, обеспечивающая функциональное, механическое, термическое и химическое щажение желудка. Через 2–3 дня, по мере ликвидации острых симптомов, больных переводят на диету №1. По мере ликвидации воспаления больным хроническим аутоиммунным гастритом показана постепенно нарастающая стимуляция функциональных желез. Для этого назначают диету №2. Цель этой диеты — механическое щажение желудка с сохранением химических раздражителей.

2. Патогенетическая терапия. Общими группами лекарственных препаратов для лечения атрофического гастрита, вне зависимости от причины, являются следующие.

I. Препараты заместительной терапии

Заместительная терапия включает в себя назначение препаратов соляной кислоты и ферментов желудочного сока.

- *Натуральный желудочный сок принимают по 1–2 ст. ложки 3–4 р/сут. во время еды.*
- *Ацидин-пепсин таблетки, содержащие ацидин и пепсин, из которых в воде образуется соляная кислота, принимают по 1 таб. (500 мг) 3 р/сут., запивая водой.*
- *Препараты желудочных ферментов: одним из перспективных современных препаратов, направленных на коррекцию секреторной недостаточности желудка, является Абомин®.*

Абомин® — препарат, получаемый из слизистой оболочки желудка телят и ягнят молочного возраста. Содержит сумму протеолитических ферментов. Назначается по 1 таб. (по 0,2 г с содержанием в 1 таблетке 50 тыс. ЕД) 3 раза в сутки во время еды в течение 1–2 месяцев. При недостаточной эффективности разовая доза может быть увеличена до 2–3 таб. на прием, а курс лечения продлен до 3 месяцев.

Препарат обычно переносится без побочных явлений, в отдельных случаях отмечаются легкая тошнота, изжога.

Под действием Абомина® осуществляется протеолиз белков пищи до уровня полипептидов и частично аминокислот. Препарат может применяться не только при хроническом атрофическом гастрите, но и при острых нарушениях пищеварительной функции (острый гастрит, гастроэнтерит). Безопасен и может применяться даже у детей грудного возраста.

Прием Абомина® в значительной степени улучшает клиническую картину заболевания (уменьшается тяжесть в эпигастрии, тошнота, отрыжка, диарея), приводит к нормализации лабораторных показателей (в анализах кала уменьшается количество непереваренных мышечных волокон, клетчатки).

При развитии у пациента В₁₂-дефицитной анемии, заместительная терапия должна включать парентеральное введение витамина В₁₂.

II. Средства, стимулирующие секрецию соляной кислоты

В настоящее время существует большое количество лекарственных препаратов, которые «теоретически» должны оказывать стимулирующее действие на париетальные клетки. Однако в реальной клинической практике эффективность большинства из них весьма низкая, а продолжительность действия короткая.

Следует все же упомянуть о некоторых методах стимулирующей терапии:

- *минеральные воды (Есентуки №4, №17, Нарзан, Миргородская) применяют в теплом виде за 15–20 мин. до еды;*
- *отвар шиповника, а также лимонный, капустный, томатный соки, разведенные кипяченой водой;*
- *лекарственные сборы (подорожник, зверобой, полынь, чабрец). Особенно широко в практике используется плантаглюцид — гранулы листьев подорожника, который применяют по 1 ч.л. 3 р/сут. с теплой водой за 20 мин. до еды;*
- *лимонтар (лимонная и янтарная кислота) по 1 таб. 3 р/сут. за 20 мин до еды.*

III. Средства, влияющие на трофику и регенерацию СО желудка (гастропротекторы)

К этой группе можно отнести солкосерил, довольно эффективный препарат, однако его назначение более оправданно при эрозивном гастрите и язвенной болезни.

IV. Обволакивающие и вяжущие средства, обладающие противовоспалительным эффектом

Препараты этой группы образуют тонкую пленку из гелеобразного вещества, покрывающего воспаленные участки. Обволакивающим и вяжущим действием обладают препараты висмута и алюминия.

V. Средства, влияющие на моторику желудка

Цизаприд, домперидон и другие прокинетики в случаях ослабления тонуса и перистальтики желудка, гастродуоденального рефлюкса и снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера.

В период ремиссии атрофического гастрита главным принципом лечения является стимулирующая и заместительная терапия, которая назначается с целью компенсации секреторной недостаточности.

Литература

1. Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. — М: Триада-Х, 1998. — С. 269–300.
2. Богданов И. В., Гриневич В. Б., Першко А.М. и др. Хронический гастрит // Новые врачев. ведомости (Приложение). — СПб. — 2001. — №3. — С. 4–13.
3. Аутоиммунные полигланулярные синдромы // Эндокринология / Ред. Н. Лавин. — М: Практика, 1999. — 1128 с.
4. Лысков Ю. А., Малицына Т. А., Рославцева Е. А. Трудности в диагностике атрофических гастритов у детей // Трудный пациент. — 2006. — №6 Педиатрия.
5. Аруин Л. И., Григорьев П. Я., Исаков В. А., Яковенко Э. П. Хронический гастрит. — Амстердам, 1993. — 362 с.
6. Шептулин А. А., Киприанис В. А. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*: основные положения согласительного совещания «Маастрихт-3» // Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2006. — №2. — С. 88–91.

Статья напечатана в «Русском Медицинском Журнале» том 18, №22, 2010.

СНИМЕТ ТЯЖЕСТЬ В ЖЕЛУДКЕ, ПОМОЖЕТ ПИЩЕВАРЕНИЮ!



АБОМИН® – ферментный препарат, эффективное средство при:



- Ахилии; • Гипо- и • Энтероколитах;
- Гастритах; анацидных • Гастроэнтеритах;
- гастритах; • После резекции
- желудка.



115172, г. Москва, ул. Большие Каменщики, д. 9
тел./факс: (495) 912-71-61 www.mhfr.ru

МОСХИМФАРМПРЕПАРАТЫ
ИМ. Н. А. СЕМАШКО

ООО «МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «МЕДАЛАНА»



**МТЦ «МЕДАЛАНА»
ПРЕДЛАГАЕТ
ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ
И ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ
ОБОРУДОВАНИЕ
ПРОИЗВОДСТВА
ООО НПФ «ЭЛЕПС» Г. КАЗАНЬ:**

- Эндоскопические комплексы
- ЭХВЧ
- Портативные диагностические комплекты:
«ЛОР-Диагност», «УРО-Диагност»,
«РЕКТО-Диагност» на базе эндоскопической
видеокамеры ЭВК-001 и ноутбука
- Шейверы, инструменты, комплект
оборудования для трансиллюминационной
шейверной флебэктомии



**ИНФОРМАЦИОННАЯ И ТЕХНИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА КЛИЕНТАМ
ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ**

По вопросу закупок
просим
обращаться
в ООО
«МТЦ «МЕДАЛАНА»:

**357600, Ставропольский край,
г. Ессентуки, пер. Котовского, 50
тел./факс: (87934) 2-43-33, 5-55-22
e-mail: medalana@mail.ru, ICQ 470303719,
Skype medalana2002**

суппозитории мазь и гель ВИФЕРОН®

ИНТЕРФЕРОН ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ РЕКОМБИНАНТНЫЙ АЛЬФА-2
С АНТИОКСИДАНТНЫМ КОМПЛЕКСОМ

- ВИФЕРОН® вошел в список ЖНВЛС*

- ВИФЕРОН® отпускается по фиксированным ценам



ГЕРПЕС И ЦИТОМЕГАЛИЯ
ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В, С, D
ХЛАМИДИОЗ, МИКОПЛАЗМОЗ
УРЕАПЛАЗМОЗ
УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ И
БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ
ПИЕЛОНЕФРИТ
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
ДИСБАКТЕРИОЗ
ЭНДОМЕТРИОЗ И
ВУЛЬВОВАГИНИТ
МЕНИНГИТЫ
КАНДИДОЗ
ГРИПП И ОРВИ

* жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства

- Препарат разрешен к применению у беременных женщин и новорожденных детей
- Не вызывает побочных эффектов, имеет минимум противопоказаний и хорошо совместим с другими лекарствами
- Эффективность подтверждена ведущими клиницистами



ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Адрес: 125424 г. Москва, Волоколамское ш., Д. 73
Производство: 123098 г. Москва, ул. Гамалеи, д. 18, корп. А
ООО «ФЕРОН»
тел/факс (495/499) 193-3060, 646-1219 многоканальный
электронная почта: viferon@rol.ru
адрес web-сайта: <http://www.viferon.su>
информационный сайт: <http://www.interferon.su>



Эффективность противовирусной терапии у детей с гриппом в период пандемии 2009—2010

*Илюхина М. С., зав. педиатрическим отделением для детей младшего возраста;
Кондюков В. М., главный врач; Савенкова О. Р.; Савостьянова Ю. А.;
МУЗ «Детская городская больница», г. Калуга;*

Локишина Э. Э., ассистент кафедры педиатрии ГОУ ВПО «Московский Государственный медико-стоматологический университет» Росздрава, г. Москва

Грипп и другие острые респираторные инфекции (ОРИ) являются наиболее массовыми заболеваниями среди детей и взрослых, составляют около 90% от общей инфекционной заболеваемости. Несмотря на имеющиеся сведения об этиопатогенезе и диагностике, а также наличие огромного выбора лекарственных препаратов, ежегодные эпидемии гриппа остаются актуальной медицинской и социально-экономической проблемой. Эпидемии гриппа являются непредсказуемыми, в частности, время возникновения и структура вирусного штамма сложно прогнозируемы. Кроме того, необходимо учитывать, что гриппозная инфекция из-за расширения транспортных потоков и тенденции к глобализации способна к быстрому распространению уже не только в пределах одной страны, но и нескольких континентов. В период эпидемии болеет от 5 до 20% населения. При пандемиях, когда возникает резкое изменение свойств вируса, болеет каждый второй человек. Как правило, новые штаммы гриппа, которые появляются в Азии или другом регионе, достаточно быстро распространяются по всему миру [1].

К сожалению, значимость такой ОРИ, как грипп, недооценивается врачами-педиатрами. Хотя, по данным некоторых исследователей, каждый год около 30% детей дошкольного и школьного возраста переносят эту инфекцию [2]. Такие подъемы заболеваемости связаны с большой восприимчивостью детей к ОРИ и наличием массовых контактов внутри детских учреждений.

Среди особенностей клинической картины гриппа у детей можно выделить не только типичные проявления (кашель, насморк, лихорадка, признаки интоксикации, головная и мышечная боль и др.), но и высокую частоту осложнений [3]. Среди самых опасных осложнений выделяют стенозирующий ларинготрахеит, пневмонию, острый средний отит, миокардит, перикардит, синдром токсического шока и неврологические нарушения (менингит, энцефалит, судорожный синдром и др.).

В апреле 2009 года Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) была проинформирована о первых случаях инфицирования людей новым вирусом гриппа A/California/07/2009(H1N1), который содержал гены из вирусов гриппа животных, что со всей определенностью указывало на значительное отличие этого вируса от вирусов обычного сезонного гриппа человека. Дальнейшее лабораторное тестирование подтвердило, что существующие антитела к нынешним вирусам гриппа человека не реагируют на новый вирус H1N1, что еще больше подчеркивало потенциальные возможности нового вируса вызвать пандемию. Но самой важной информацией стало сообщение исследователей о том, что новый вирус вызывает вспышки болезни на уровне отдельных сообществ, передаваясь от человека человеку. В Мексике во время первых вспышек болезни происходили случаи смерти и тяжелой респираторной болезни с необходимостью

применения аппаратов искусственной вентиляции легких среди ранее здоровых молодых людей. ВОЗ объявила о начале пандемии 11 июня 2009 года. Новый вирус распространялся с беспрецедентной скоростью, проникнув в 120 стран и территорий почти за 8 недель, и сообщения о нем на тот момент поступали почти из всех стран, в том числе и из России.

Пандемия вируса гриппа A/H1N1 возникла в нетипичный период для сезонного гриппа. Пандемический вирус H1N1 вызывал необычную клиническую картину тяжелого заболевания и случаи смерти среди молодых людей, причем многие случаи смерти были вызваны вирусной пневмонией, особо агрессивной формой пневмонии, что являлось отличием от сезонного гриппа [4].

Учитывая эпидемиологическую обстановку в мире, для предупреждения завоза и распространения на территории Российской Федерации заболеваний, вызванных высокопатогенным вирусом гриппа A/H1N1, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации направило в медицинские учреждения временные методические рекомендации «Схемы лечения и профилактики гриппа, вызванного вирусом типа A/H1N1, для взрослого и детского населения» (Информационное письмо №24—0/10/1—5039 от 25.08.2009, ред. от 03.11.2009) [5].

Согласно данным рекомендациям, для лечения гриппа A/H1N1 легкой и средней тяжести у детей целесообразно назначать следующие лекарственные препараты — арбидол, осельтамивир, препараты интерферона (интерферон альфа 2b и др.), а также применять симптоматическое лечение [6, 7].

Поэтому представляется интересным оценить опыт предыдущего сезона 2009—2010, когда появились сведения о появлении нового пандемического вируса гриппа A/California/07/2009(H1N1) и были использованы разные схемы терапии у детей. Полученные результаты можно использовать при лечении детей в новом сезоне при подъеме заболеваемости острыми респираторными инфекциями, в том числе гриппом.

С целью оценить эффективность разных схем терапии острых респираторных инфекций, в том числе гриппа A/H1N1/sw (A/California/07/2009(H1N1)), нами были проанализированы результаты лечения детей, находившихся с ноября по декабрь 2009 года в педиатрическом отделении МУЗ «Детская городская больница» г. Калуги.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 57 детей с острой респираторной инфекцией в возрасте от 6 месяцев до 13 лет. Преобладали дети раннего возраста, от 1 до 3 лет жизни (45,5%), группы детей 3—7 лет и старше 7 лет были схожи

Сопутствующая патология у наблюдаемых детей

	Группа А (грипп)		Группа В (ОРИ)	
	количество	%	количество	%
Атопический дерматит	2	7,1	1	3,4
Инфекция мочевыводящих путей	5	17,9	3	10,3
Синусит	1	3,6	3	10,3
Острый отит	2	7,1	1	3,4
Аденоидит	1	3,6	3	10,3
Острый бронхит	2	7,1	-	-
Пневмония	2	7,1	1	3,4
Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ)	-	-	2	6,9

(22,8% и 17,6% соответственно), а также 14,1% детей младше 1 года.

На первые сутки пребывания в стационаре дети были обследованы методом ПЦР на вирус гриппа А/Н1N1/sw, у 28 (49,1%) из них был выявлен вирус гриппа А/Н1N1/sw. Исходя из этого, нами были выделены две группы:

- группа А — дети с гриппом (положительный А/Н1N1/sw),
- группа В — дети с острой респираторной инфекцией (отрицательный А/Н1N1/sw).

Необходимо отметить, что этиотропное лечение было назначено до получения результата этиологического исследования, что определило случайный характер рандомизации и позволило получить объективные результаты.

В группе А было 28 детей с лабораторно подтвержденным диагнозом «грипп», 18 мальчиков (64,3%) и 10 девочек (35,7%). Группа В была представлена 29 детьми с ОРИ, из них 20 мальчиков (69%) и 9 девочек (31%).

Результаты и обсуждение

Все дети, как с установленной инфекцией А/Н1N1/sw, так и с вирусной инфекцией другой этиологии, имели клиническую картину ОРИ, одинаковую степень тяжести заболевания, возрастной и гендерный состав групп достоверно не отличался. Таким образом, группа А и группа В по клиническим признакам были сравнимы.

Под нашим наблюдением находились дети с гриппом (подтвержденным лабораторно — группа А) и с острой респираторной инфекцией (группа В) преимущественно среднетяжелого течения (96,4% и 100% соответственно).

Ведущими клиническими симптомами заболевания были кашель, насморк, признаки интоксикации, лихорадка. ОРИ у наблюдаемых нами детей была вирусной или вирусно-бактериальной этиологии и протекала с клиническими проявлениями острого ринофарингита, ларингита, ларинготрахеита, бронхита, пневмонии.

Наблюдаемые дети были госпитализированы в стационар с различными направляющими диагнозами. Диагноз «грипп» при поступлении был установлен у 12 (42,9%) детей в группе А и у 6 (20,7%) — в группе В. Учитывая анамнез заболевания, клинические симптомы, данные эпидемиологического анамнеза в стационаре предварительный диагноз «грипп» был выставлен у 23 (82,1%) детей группы А, который в дальнейшем был подтвержден лабораторно у 28 наблюдаемых детей, а также у 41,4% детей группы В (отрицательный А/Н1N1/sw при лабораторном исследовании).

Аллергологический анамнез был выявлен у 28,6% группы А и 41,4% детей группы В, кроме того, у некоторых детей выявлены осложнения и сопутствующие заболевания (табл. 1).

Дети, поступавшие в стационар, имели срок давности острого респираторного заболевания от 1 до 6 суток, преимущественно 1—3 суток, в среднем в группе А (грипп) он составил $3,0 \pm 1,4$ дня, в группе В (ОРИ) — $2,8 \pm 1,2$ дня, не имел достоверной разницы ($p > 0,05$).

Оценивая проведенное лечение на догоспитальном этапе, необходимо отметить, что противовирусную терапию в группе А получили 8 (28,6%) детей, а в группе В — 4 (13,8%), среди которой у детей с гриппом преобладал арбидол (37,5%), а группе В — Виферон суппозитории ректальные (75% детей), кроме того, незначительная часть детей (единичные случаи) на догоспитальном этапе получила тамифлю, кагоцел, гриппферон, гомеопатические препараты (оциллококцидум, афлубин). Необходимо также отметить, что 46,4% детей из группы А (грипп) и 10,3% из группы В (ОРИ) амбулаторно были назначены антибактериальные препараты. Кроме этого, в комплексной терапии наблюдаемые дети до поступления в стационар получали жаропонижающие средства (группа А — 50% и группа В — 24,1%) и муколитики (17,9% и 10,3% соответственно). Полученные данные свидетельствуют о недооценке состояния детей при амбулаторном наблюдении, редком назначении противовирусной терапии, чрезмерном увлечении антибиотиками при вирусной природе заболевания.

При госпитализации в стационар дети получали дифференцированное комплексное лечение, соответствующее тяжести заболевания: обильное питье, антигистаминные, муколитические препараты, при необходимости — антибактериальные и этиотропные препараты в дозировках в соответствии с утвержденными инструкциями к препаратам, инфузионную терапию, физиотерапевтическое лечение, ингаляции.

Антибактериальную терапию в стационаре получили 52 больных (почти 91,2%), преимущественно цефалоспорины 1 и 3 поколения, защищенные пенициллины.

Мониторинг нежелательных явлений, связанных с использованием, прежде всего, препаратов с противовирусной активностью, проводился в течение всего периода наблюдения в стационаре. Во время наблюдения за пациентами оценивалась серьезность, интенсивность и непосредственная связь нежелательных явлений с исследуемым препаратом.

Анализируя динамику клинических симптомов в наблюдаемых группах, мы отмечали, что длительность кашля у детей с гриппом была несколько выше, чем у детей с ОРИ, и составила $4,9 \pm 2,0$ дня и $3,7 \pm 1,8$ дня соответственно, без достоверной разницы. Период малопродуктивного кашля в группе А (грипп) составил $2,1 \pm 0,9$ дня, а в группе В — $2,3 \pm 0,6$ дня. Длительность продуктивного кашля также достоверно не отличалась в наблюдаемых группах, однако проявлялась тенденция к более затяжному влажному кашлю в группе детей с подтвержденным диагнозом «грипп» ($3,8 \pm 1,8$ и $3,0 \pm 1,6$ дня соответственно).

Продолжительность ринита также не имела достоверной разницы, хотя также отмечена тенденция к более затяжному течению насморка в группе А (грипп) по сравнению с группой В ($4,4 \pm 1,4$ и $4,3 \pm 1,0$ дня соответственно).

Нормализация температуры у детей в наблюдаемых группах происходила в одинаковые сроки (группа А — $3,3 \pm 1,6$ дня и группа В — $3,3 \pm 1,3$).

У 75% детей с гриппом и 96,6% детей с ОРИ отмечалось снижение аппетита. Более быстрое улучшение аппетита происходило в группе А ($1,9 \pm 1,0$ дня) по сравнению с группой В ($2,4 \pm 1,2$ дня) ($p > 0,05$).

Вялость, слабость отмечались у 67,9% детей из группы А (грипп) и 55,2% детей из группы В. На фоне терапии эти симптомы не определяли в группе А через $2,4 \pm 0,9$ и в группе В через $2,7 \pm 0,9$ дней.

Оценивая изменения в клиническом анализе крови, мы констатировали, что лейкопения отмечена у 39,3% детей с гриппом и у 34,5% детей с ОРИ, а вот лейкоцитоз достоверно чаще встречался у детей с ОРИ, чем у детей с гриппом (31% по сравнению с 14,3%), что может свидетельствовать о вирусно-бактериальной этиологии острого респираторного заболевания.

Несмотря на литературные сведения о высокой частоте пневмоний, вызванных новым пандемическим вирусом гриппа A/California/07/2009(H1N1), в ходе нашего наблюдения мы диагностировали пневмонию среднетяжелого течения только у двух детей из группы А и у одного ребенка группы В.

При поступлении в стационар детям была назначена противовирусная терапия в составе комплексной терапии острого респираторного заболевания. Так, 12 детей группы А (42,8%) и 18 детей группы В (62,1%) в комплексной терапии получали препарат Виферон суппозитории ректальные (интерферон альфа 2b с антиоксидантами) в рекомендуемой возрастной дозировке (детям до 7 лет — Виферон 150 тысяч, детям старше 7 лет — Виферон 500 тысяч; по 1 свече 2 раза в день); 19 детей группы А (67,9%) и 15 детей группы В (51,7%) применяли тамифлю (осельтамивир). Реже назначали гриппферон в каплях (интерферон альфа 2b), его получали 2 детей с гриппом (7,1%) и 8 детей с острой респираторной инфекцией (27,6%), а арбидол получали 8 детей группы А (28,6%) и 1 — группы В (3,4%).

На фоне терапии нами отмечена положительная динамика в клинической картине ОРИ, в том числе и гриппа, уменьшение признаков интоксикации, нормализация температуры, улучшение аппетита, редуцирование ринита, кашля (табл. 2).

Так, наиболее часто в терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей, вне зависимости от этиологии, использовали препараты Виферон и тамифлю. При использовании этих препаратов достоверной разницы в динамике клинических симптомов в зависимости от этиологии заболевания нами получено не было. При назначении Виферона суппозитории ректальные (интерферон альфа 2b с антиоксидантами) у детей с гриппом отмечалось несколько более длительное сохранение острого ринита, по сравнению с детьми с текущей ОРИ, однако достоверной разницы не выявлено. Сроки улучшения аппетита, продолжительности кашля у наблюдаемых детей

Таблица 2

Динамика симптомов на фоне терапии

М±с, дни		Виферон	Тамифлю	Арбидол	Виферон + тамифлю	Тамифлю + гриппферон	Виферон + гриппферон	Виферон + арбидол
Длительность насморка	А	$4,6 \pm 2,5$	$3,8 \pm 1,4$	$5,3 \pm 2,1$	$4,2 \pm 1,8$	$4,4 \pm 0,9$	$4,7 \pm 0,5$	$5,5 \pm 0,7$
	В	$3,9 \pm 0,8$	$4,3 \pm 1,0$	-	$5,0 \pm 1,7$	$4,6 \pm 0,5$	$4,3 \pm 0,6$	-
Длительность кашля	А	$3,6 \pm 1,5$	$4,1 \pm 2,0$	$5,3 \pm 2,1$	$4,5 \pm 3,1$	$3,9 \pm 1,2$	$4,0 \pm 1,5$	$5,0 \pm 1,4$
	В	$3,6 \pm 1,3$	$4,6 \pm 2,3$	-	$4,5 \pm 2,2$	$3,0 \pm 1,0$	$3,8 \pm 1,4$	-
Нормализация температуры	А	$2,3 \pm 1,0$	$3,0 \pm 1,3$	$3,3 \pm 1,0$	$2,2 \pm 1,3$	$4,1 \pm 1,1$	$3,6 \pm 1,6$	$5,5 \pm 1,4$
	В	$3,6 \pm 1,2$	$2,9 \pm 1,7$	-	$3,0 \pm 0,5$	$4,0 \pm 1,0$	$3,2 \pm 1,6$	-
Нормализация аппетита	А	$2,0 \pm 1,0$	$1,5 \pm 0,9$	$2,0 \pm 0,8$	$2,2 \pm 1,3$	$3,1 \pm 1,1$	$2,4 \pm 1,2$	$2,8 \pm 1,2$
	В	$2,1 \pm 1,0$	$2,1 \pm 1,2$	-	$2,5 \pm 1,2$	$3,0 \pm 1,0$	$2,2 \pm 1,1$	-

достоверно не отличались, но нами была выявлена тенденция с более раннему редуцированию лихорадки у детей с гриппом, нежели у детей с ОРИ. Курс назначения Виферона суппозитории ректальные составил в группе А $4,3 \pm 1,2$ дня, а в группе В — $4,9 \pm 1,1$ дня. Необходимо отметить, что 66,7% детей, получавших Виферон суппозитории ректальные, также получали и антибактериальный препарат.

Используя в комплексной терапии тамифлю (осельтамивир), мы констатировали тенденцию к более раннему исчезновению признаков ринита, улучшению аппетита у детей с гриппом, по сравнению с ОРИ (отрицательный A/H1N1/sw). Продолжительность назначения препарата была схожей ($3,1 \pm 1,1$ и $3,6 \pm 0,7$ соответственно). Кроме того, всем детям, получавшим тамифлю, был назначен антибактериальный препарат.

При лечении арбидолом мы выявили более длительное сохранение насморка, кашля, лихорадки у детей с гриппом. Возможно, это можно объяснить небольшой выборкой детей, получавших данный препарат. У детей с ОРИ, находившихся под нашим наблюдением, арбидол получал только 1 ребенок, поэтому объективно оценить эффективность данной противовирусной терапии в группе В нельзя.

Кроме того, часть детей получали комбинации препаратов, например Виферон и тамифлю, тамифлю и арбидол, Виферон и гриппферон, Виферон и арбидол. Анализируя эффективность данных схем терапии, нами не было выявлено достоверных различий в динамике клинических симптомов (кашель, насморк, аппетит, нормализация температуры).

Кроме того, нами была проанализирована динамика клинических симптомов на фоне терапии Вифероном суппозитории ректальные и тамифлю вне зависимости от нозологии заболевания. Так, у детей, получавших Виферон, мы отмечали более быстрое редуцирование кашля по сравнению с детьми, принимающих тамифлю, $3,5 \pm 0,7$ против $4,3 \pm 2,0$ дней, схожие данные получены по купированию ринита ($4,4 \pm 1,6$ и $4,0 \pm 1,2$ соответственно), нормализации температуры ($3,2 \pm 1,3$ у детей, получавших Виферон, и $2,9 \pm 1,5$ дней у детей, принимавших тамифлю), улучшению аппетита ($2,0 \pm 0,9$ и $1,9 \pm 1,2$ дней). Курс лечения Вифероном был несколько дольше ($4,8 \pm 1,1$ дня) по сравнению с тамифлю ($3,4 \pm 1,0$), однако фармакоэкономически курс Виферона был, безусловно, более выгодный.

Данные, полученные в ходе нашего клинического наблюдения, согласуются с результатами ранее проведенных исследований, свидетельствующих, что комплексное применение интерферона и антиоксидантов в терапии острых респираторных инфекций, в том числе и гриппа, высоко эффективно, особенно у детей раннего возраста [6]. Использование индукторов интерферона у детей этой группы менее целесообразно, так как приводит к синтезу раннего интерферона, не обладающего достаточными противовирусными и иммуномодулирующими свойствами. В то же время, применение экзогенного интерферона у детей с ОРИ и гриппом позволяет проводить как противовирусную терапию, так и оказывать иммуномодулирующее действие на организм за счет экспрессии дендритных клеток и иных иммунологических механизмов.

В настоящее время необходимо учитывать не только эффективность, но и высокую безопасность применяемых у детей лекарственных средств. В нашем исследовании мы особое внимание уделяли изучению нежела-

тельных явлений в процессе проводимой терапии. Нами были выявлены следующие нежелательные явления: у 15 детей, получавших тамифлю, отмечались повторные эпизоды рвоты, у 2 детей — кашицеобразный стул, у 1 ребенка — кожная сыпь слабой степени интенсивности. Однако эти нежелательные явления не потребовали отмены препарата. На фоне терапии Вифероном также были отмечены нежелательные явления: у 2 детей после введения Виферона ректально наблюдалась однократная диарея, проводилось динамическое наблюдение, препарат не был отменен, повторных эпизодов не было. У 1 ребенка при приеме арбидола отмечалась диарея, которая не потребовала отмены препарата. Выявлены нежелательные явления в виде разжиженного стула и у 1 ребенка, получавшего гриппферон, что не потребовало отмены препарата. Следовательно, серьезных нежелательных явлений (потребовавших отмены препарата) при проведении противовирусной терапии нами выявлено не было, однако наибольшая частота нежелательных явлений отмечалась при назначении тамифлю (в виде повторных эпизодов рвоты).

Таким образом, анализируя опыт использования различных противовирусных препаратов в комплексной терапии у детей с острыми респираторными инфекциями, в том числе и новым пандемическим гриппом A/H1N1/sw, мы не выявили значительного преимущества какого-либо одного препарата. Высокую эффективность продемонстрировали Виферон суппозитории ректальные, тамифлю, гриппферон, — как в виде этиотропной монотерапии, так и при сочетанном их применении. Наилучшие клинические результаты были получены при назначении Виферона или тамифлю. При более тяжелом течении заболевания целесообразно назначать сочетание Виферона с тамифлю, однако необходимо учитывать высокую вероятность развития тошноты и рвоты на фоне приема тамифлю. С точки зрения фармакоэкономики, назначение препаратов интерферона (интерферон альфа 2b) более выгодно, чем осельтамивира.

В заключение необходимо отметить, что проведенный анализ показал высокую эффективность комплексной терапии ОРИ в условиях педиатрического стационара. Все это позволяет рекомендовать препараты интерферона альфа 2b и осельтамивира в комплексном лечении острых респираторных инфекций у детей независимо от этиологии респираторной инфекции.

Литература

1. Малый В. П., Романцов М. Г., Сологуб Т. В. Грипп: Пособие для врачей. — СПб-Харьков, 2007. — 108 с.
2. Heikkinen T. Influenza in children // *Acta Paediatr.* — 2006. — №95. — P. 778—784.
3. Колбин А. С., Иванюк А. Б., Харчев А. В. Осельтамивир в педиатрической практике (мировой опыт применения) // *Педиатрическая фармакология.* — 2008. — Т. 5 — №6. — С. 16—21.
4. <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/ru/>
5. <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/letters/154>
6. Зайцева О. В., Зайцева С. В. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей // *Лечащий врач.* — 2008. — №8. — С. 53—57.
7. Кладова О. В., Погодина Т. Ф., Учайкин В. Ф. Опыт применения Осельтамивира (Тамифлю) при гриппе и ОРВИ у детей // *Лечащий врач.* — 2006. — №1. — С. 88—89.

Региональный опыт клинико-эпидемиологического надзора за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией

Шовкун Л. А., кафедра туберкулеза ГОУ ВПО «РостГМУ»; Рыжков С. И., Романцева Н. Э., ГУЗ «Противотуберкулезный клинический диспансер» Ростовской области; Бекетова Е. В., ГУЗ «Центр по борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» в Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

По данным ВОЗ, наиболее серьезными проблемами общественного здравоохранения на сегодняшний день являются туберкулез и ВИЧ-инфекция. В странах Европейского региона ежегодно регистрируют около 500 тысяч новых случаев туберкулеза и более 70 тысяч связанных с ним смертей [1]. Средняя заболеваемость по региону составляет 50 случаев на 100 тысяч населения. Российская Федерация занимает 12 место среди 22 стран мира с наибольшей распространенностью туберкулеза [1, 2]. В 2009 году заболеваемость туберкулезом в России составила 82,6 на 100 тысяч населения.

Эпидемия ВИЧ-инфекции значительно увеличила распространенность туберкулеза во всем мире. Туберкулез является наиболее частым СПИД-индикаторным заболеванием. У больных с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией он обнаружен у 24% пациентов в странах Западной Европы и у 56% — в странах Восточной Европы. Таким образом, по прогнозам ВОЗ, рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией и высокая распространенность туберкулеза приведет в ближайшие годы к значительному увеличению числа пациентов с коинфекцией ВИЧ/туберкулез [3–5].

Существует несколько механизмов влияния ВИЧ-инфекции на распространение эпидемии туберкулеза [6–12]. ВИЧ-инфекция является мощным фактором, способствующим развитию активной формы туберкулеза у носителей латентной туберкулезной инфекции путем эндогенной реактивации или экзогенного реинфицирования [12–14]. Нарушения иммунитета, вызванные ВИЧ, снижают способность организма эффективно сдерживать развитие туберкулезной инфекции [15, 16].

Существенное значение имеет также и влияние туберкулеза на течение ВИЧ-инфекции. Это связано с активацией иммунного ответа на микобактерии туберкулеза, в связи с чем усиливается репродукция ВИЧ, что вызывает увеличение вирусной нагрузки и способствует прогрессированию ВИЧ-инфекции, а также повышает риск развития оппортунистических инфекций и летального исхода [17, 18].

В настоящее время население нашей планеты существует в состоянии одновременно двух эпидемий — туберкулеза и ВИЧ-инфекции, взаимное проникновение которых ухудшает эпидемическую ситуацию как по туберкулезу, так и по ВИЧ-инфекции. В России продолжается неуклонный рост числа больных с сочетанной патологией, в 2009 году зарегистрировано 9253 новых случая, а общее число пациентов с коинфекцией на 01.01.2010 года составило 20755 [19].

В Ростовской области основные тенденции эпидемической ситуации по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией, не отличаются от таковых по России. Регистрация туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в Ростовской области ведется с 1997 года, когда впервые было выявлено 3 больных. До 2004 года ситуация оставалась относительно стабильной, в последующие годы наблюдался неуклонный рост числа случаев туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. Удельный вес больных коинфекцией ВИЧ/туберкулез на настоящее время составляет 10,1% от числа больных (5537 человек) ВИЧ-инфекцией, состоящих на учете в Ростовском Центре по борьбе со СПИДом.



Рис. 1

Координация мероприятий по профилактике, диагностике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией



Рис. 2

Задачи центра по борьбе со СПИДом в организации фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией

В течение 2010 года было зарегистрировано 185 новых случаев сочетанной патологии, заболеваемость составила 4,3 на 100 тысяч населения области. Однако если рассчитать показатель на 100 тысяч больных ВИЧ-инфекцией, то этот показатель составит 3341,2, что свидетельствует об актуальности проблемы сочетанной патологии.

В связи с этим в Ростовской области разработана региональная модель клинко-эпидемиологического надзора за коинфекцией ВИЧ/туберкулез и стратегия, направленная на снижение ее распространенности посредством взаимодействия программ борьбы с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. В основу модели положен принцип координационных взаимодействий центра по борьбе со СПИДом и противотуберкулезной службы области.

Результатом этого взаимодействия стала разработка основных положений стратегии координационных взаимодействий, основными принципами которой стало:

- проведение мероприятий, направленных на борьбу как с туберкулезом, так и с ВИЧ-инфекцией;
- поддержка стратегии профилактики ВИЧ-инфекции и туберкулеза;
- предоставление фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией в соответствии с установленными стандартами;

- доступность служб профилактики и лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией;
- соблюдение принципа конфиденциальности и исключения дискриминации на основании наличия у пациента ВИЧ-инфекции.

Основными целями координационных взаимодействий были определены: реализация мероприятий в отношении туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в рамках национальных программ; снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией; снижение влияния проблемы туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, на общество в целом.

Практическими путями решения этих проблем были выбраны:

- качественное консультирование населения по проблемам туберкулеза и ВИЧ-инфекции;
- диагностика туберкулеза и ВИЧ-инфекции на добровольной основе;
- первичная профилактика ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом;
- превентивное лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией;
- соблюдение стандартов лечения обоих заболеваний;

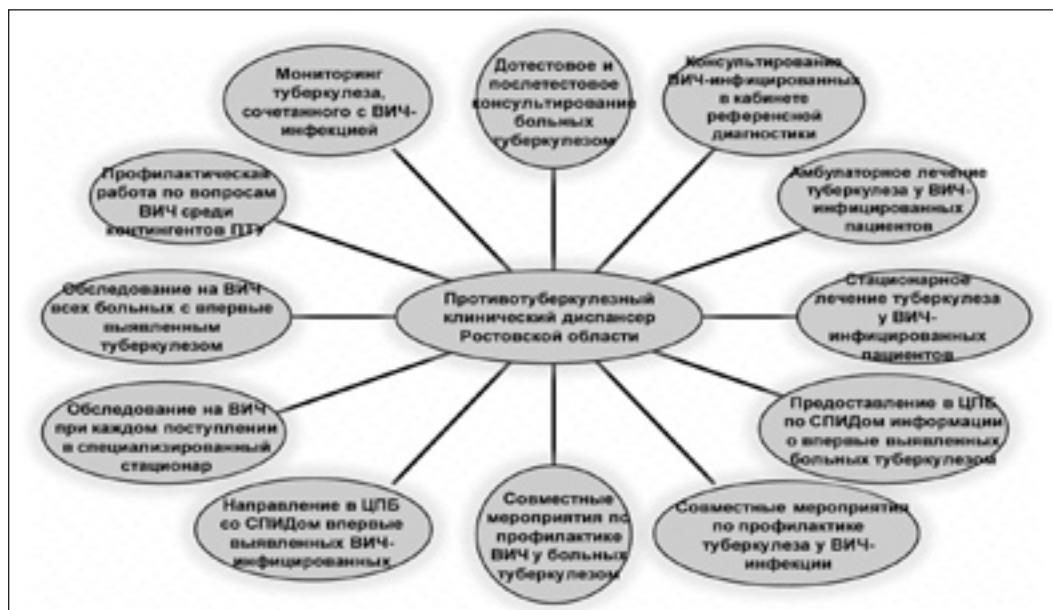


Рис. 3

Задачи противотуберкулезного диспансера в организации фтизиатрической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам

- эффективное выявление новых случаев заболеваний;
- применение антиретровирусной (АРВТ) и противотуберкулезной терапии (ПТТ).

В Ростовской области разработано и утверждено «Положение о взаимодействии» между Центром по борьбе со СПИДом и Областным противотуберкулезным клиническим диспансером, в котором четко определены основные разделы работы каждой из служб (рис. 1).

С целью разработки программы мероприятий и нормативных документов по профилактике, раннему выявлению и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией создана рабочая группа по профилактике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, в состав которой вошли руководители и представители обеих служб.

Для облегчения взаимодействия между двумя службами в Центре СПИДа назначен координатор-фтизиатр по проблеме туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Координатор в составе Центра СПИДа облегчает доступность фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией, непосредственный контакт с инфекционистами позволяет безотлагательно решать проблемы по коррекции схем АРВТ и ПТТ, определить тактику ведения больного, решить вопрос о необходимости и возможности госпитализации. Кроме того, фтизиатр-координатор проводит обучающие семинары для врачей фтизиатрической службы по сочетанной патологии и врачей-инфекционистов по туберкулезу. Важным разделом работы координатора является информирование больных ВИЧ-инфекцией о туберкулезе. Для этой цели в Центре разработаны: буклет «Туберкулез излечим», плакат «Советы фтизиатра», брошюра «Туберкулез у лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом: вопросы и ответы». На сайте <http://www.rostov-aids.ru> фтизиатр-координатор ведет страничку для врачей и для пациентов о туберкулезе, сочетанном с ВИЧ-инфекцией. Таким образом, пациенты из отдаленных районов области имеют возможность получить консультацию по интересующим их вопросам.

В Ростовской области существует сеть диспансеров-филиалов Областного противотуберкулезного клинического диспансера. В каждом из них назначен фтизиатр, ответственный за лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией и референс-диагностику туберкулеза у данной категории пациентов (рис. 2), а в Центре по борьбе со СПИДом с 2007 года функционирует кабинет скрининговой диагностики туберкулеза (рис. 3), что позволяет исключить пересечение опасных в эпидемиологическом отношении больных.

В связи с организацией скрининговой диагностики отмечена тенденция снижения выявления туберкулеза при обращении с жалобами и рост активного выявления больных (с 23,6% в 2006 г. до 37,7% в 2010 г.). Взаимодействие между двумя службами по раннему выявлению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией привело к снижению роли учреждений общей лечебной сети в выявлении сочетанной патологии (с 43,7% в 2007 г. до 31,6% в 2010 г.). Одновременно отмечено повышение роли фтизиатрической службы (с 26,2% в 2007 г. до 30,6% в 2010 г.) и Центра СПИДа (с 20,7% и до 30,3% соответственно) в выявлении туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

В течение последних трех лет в Центре СПИДа организована профилактика туберкулеза. Выявленные пациенты с высоким риском заболевания туберкулезом взяты под наблюдение, сформирована группа риска, и в показанных случаях эта категория больных ВИЧ-инфекцией получает превентивную терапию туберкулеза. Проведение



Рис. 4

Основные направления клинико-эпидемиологического надзора за коинфекцией ВИЧ/туберкулеза

превентивной терапии больным с высоким риском развития активных форм туберкулеза привело к снижению в 3,6 раза числа случаев заболевания у лиц, состоящих в 3 и 4 ГДУ, а также снятых с учета во фтизиатрической службе.

Важным разделом работы является профилактика и выявление ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом в связи с тем, что оба заболевания поражают одни и те же контингенты из групп риска. Противотуберкулезные диспансеры области проводят обследование всех больных при взятии на учет по поводу вновь выявленного туберкулеза, его рецидивов, при прогрессировании заболевания на фоне адекватной терапии и в дальнейшем 1 раз в год. Ранняя диагностика обоих заболеваний приведет к снижению заболеваемости и смертности путем ограничения передачи инфекции. Важно при наличии у больных, живущих с ВИЧ/СПИДом, респираторных симптомов проводить обследование, включающее лучевую диагностику, исследование мазка мокроты на *M. tuberculosis*, а по возможности — и культуральное исследование мокроты.

Особого внимания требует проведение комбинированной терапии — АРВТ и ПТТ — у больных с сочетанной патологией. Эта проблема вызывает необходимость особенно четких координационных взаимодействий обеих служб. С целью организации контроля и формирования приверженности пациента к лечению, предпочтение для начала терапии должно быть отдано стационару, преимущества которого очевидны. Пациент более доступен влиянию медицинских работников, изолирован от нежелательного окружения и получает контролируемую терапию. Однако существенной проблемой является недостаточность коечного фонда для больных с сочетанной патологией и необходимость специализированного стационара или отделения, включающего в штат как фтизиатров, так и инфекционистов.

В Ростовской области больные коинфекцией начинают лечение туберкулеза под контролем участкового фтизиатра или в стационарных условиях. После установления переносимости ПТТ, по решению инфекционистов, в показанных случаях АРВТ присоединяется в условиях стационара. Положительным следствием этого является то, что с 2005 года в 3,2 раза увеличилось число больных сочетанной патологией, получающих комбинированную терапию — АРВТ и ПТТ. В 2010 году из числа впервые выявленных больных коинфекцией с уровнем CD4+лимфоцитов ниже 350 кл/мкл 48,4% больных получают комбинированную терапию.



Рис. 5

Основные индикаторы эффективности клинико-эпидемиологического надзора и прогнозируемые результаты

Актуальной проблемой является мониторинг туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, который ведется в настоящее время на основании учетной формы №263/у-ТБ, согласно Приказу МЗ РФ от 13.11.2003 №547. Однако данная учетная форма не вполне отражает ситуацию по сочетанной патологии, она не дает возможность отследить динамику туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

Для обеспечения клинико-эпидемиологического надзора и повышения качества оказания фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией нами были выделены основные направления (рис. 4):

- профилактика, выявление и лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией;
- профилактика, выявление и лечение ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом;
- проведение сочетанной терапии АРТВ и ПТТ.

Для сбора информации о сочетанной патологии ВИЧ/туберкулез и расчета показателей клинико-эпидемиологического надзора применяем специально разработанные учетные формы. Основными индикаторами результатов совместной работы обеих служб на сегодняшний день считаем:

- охват скрининговыми обследованиями;
- удельный вес больных, получающих превентивную терапию;
- эффективность лечения;
- количество больных, получающих одновременно АРТВ и ПТТ.

Результатом клинико-эпидемиологического надзора за сочетанной патологией ВИЧ/туберкулез явилось улучшение оказания качества медицинской помощи больным коинфекцией:

- улучшение ранней диагностики туберкулеза у ВИЧ-позитивных пациентов;
- проведение превентивного лечения лицам из группы высокого риска;

- снижение числа контактов больных ВИЧ-инфекцией с больными туберкулезом за счет исключения пересечения потоков опасных в эпидемическом отношении больных активным туберкулезом и ВИЧ-инфицированных пациентов;
- снижение удельного веса больных деструктивными и бациллярными формами среди впервые выявленных больных туберкулезом ВИЧ-инфицированных пациентов;
- в структуре впервые выявленного ВИЧ-ассоциированного туберкулеза удельный вес малых форм увеличился в 2 раза;
- в стационаре летальность от туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией снизилась с 43,0 до 15,0%.

На основании предложенной модели клинико-эпидемиологического надзора будет разработан проект приказа для утверждения в Министерстве здравоохранения Ростовской области и методические рекомендации по проведению клинико-эпидемиологического надзора за коинфекцией ВИЧ/туберкулез для врачей-инфекционистов, эпидемиологов и фтизиатров. Предложенная модель является практическим путем взаимодействия программ по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, четко определяет обязанности каждой из сторон в деле борьбы с коинфекцией ВИЧ/туберкулез и основана на уже имеющемся практическом опыте координационных взаимодействий между Центром СПИДа и противотуберкулезной службой Ростовской области. Клинико-эпидемиологический надзор будет способствовать своевременному сбору, анализу и распространению информации об эпидемической ситуации по коинфекции, а следовательно, обеспечит своевременную и эффективную информацию для планирования мер по улучшению качества оказания медицинской помощи больным коинфекцией ВИЧ/туберкулез.

Литература

1. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. — Geneva, WHO, 2006 (WHO/HTM/2006.326).
2. EuroTB. Surveillance of tuberculosis in Europe: report on tuberculosis cases notified in 2003. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2005 (http://www.eurotb.org/rapporst_2003.htm, accessed 7 August 2006).
3. Corbett E.L. et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic // Archives of Internal Medicine. — 2003. — V. 163. — P. 1009–1021.
4. Interim policy on collaborative TB/HIV activities. — Geneva, WHO, 2004 (WHO/HTM/HIV/2004.1).
5. de Colombani P. et al. European framework to decrease the burden of TB/HIV. — Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (WHO/EURO/03/5037600).
6. United Nations General Assembly. Declaration of commitment on HIV/AIDS. Resolution adopted by the General Assembly, 26th Special Session, August 2001. — NY, United Nations, 2001.
7. 3 million HIV/AIDS sufferers could receive anti-retroviral therapy by 2005. New hope for those in developing world. — Geneva, World Health Organization, 2002.
8. Nakata K. et al. Mycobacterium tuberculosis enhances human immunodeficiency virus-1 replication in the lung // Am. J. Respir. Crit. Care. Med. — 1997. — V. 155. — P. 996–1003.
9. Whalen C. et al. Accelerated course of human immunodeficiency virus infection after tuberculosis // Am. J. Respir. Crit. Care. Med. — 1995. — V. 151. — P. 129–135.
10. Del Amo J. et al. Does tuberculosis accelerate the progression of HIV disease? Evidence from basic science and epidemiology // AIDS. — 1999. — V. 13. — P. 1151–1158.
11. Korbett E. Clinical value of interaction between the HIV-infection and a tuberculosis: questions without answers // The off. J. of International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. — 2006. — №2. — P. 78.
12. Фролова О. П. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией: клинико-морфологические и эпидемиологические аспекты // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2002. — №6. — С. 30–32.
13. Батыров Ф. А., Фролова О. П., Жукова Г. Н. и др. Контингент больных ВИЧ-инфекцией в противотуберкулезном стационаре // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2003. — №5. — С. 6–8.
14. Покровский В. В., Юрин О. Г., Беляева В. В. и др. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. — М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. — С. 96.
15. Jones J.L., Hanson D.L., Dworkin M.S., DeCock K.M. HIV-associated tuberculosis in the era of highly active antiretroviral therapy. The Adult/Adolescent Spectrum of HIV Disease Group // Int. J. Tuberc. Lung. — 2000. — Dis. 4: 11. — P. 1026–1031.
16. Leonard M.K., Larsen N., Drechsler H. et al. Increased survival of persons with tuberculosis and human immunodeficiency virus infection, 1991–2000 // Clin. Infect. Dis. — 2002. — 34: 7. — P. 1002–1007.
17. Braun M.M., Badi N., Ryder R.W. et al. A retrospective cohort study of the risk of tuberculosis among women of childbearing age with HIV infection in Zaire // Am. Rev. Respir. Dis. — 1991. — 143: 3. — P. 501–504.
18. Whalen C., Horsburgh C.R., Hom D. et al. Accelerated course of human immunodeficiency virus infection after tuberculosis // Am. J. Respir. Crit. Care. Med. — 1995. — 151: 1. — P. 129–135.
19. Михайлова Л. А., Шинкарева И. Г., Фролова О. П. Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, ее вторичным заболеваниям и работы с данным контингентом больных в 2009 году по отчетной форме ФСН №61 // Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. — 2010. — №9. — С. 2–11.

Отчет о клинической апробации препарата ЛЕФЛОБАКТ производства ОАО «Синтез» (г. Курган) на базе МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Ставрополя

*Минаев А. Б., д.м.н., профессор, главный врач МУЗ «ГКБ СМП»;
Орехова Н. В., клинический фармаколог; г. Ставрополь*

С целью клинической апробации МУЗ «ГКБ СМП» г. Ставрополя было передано 90 упаковок антибактериального препарата группы вторихинолонов — Лефлобакта в виде таблеток, покрытых пленочной оболочкой по 500 мг №5 в упаковке на период с апреля по сентябрь 2010 года. Количество препарата распределилось по структурным подразделениям многопрофильного стационара следующим образом: урологические отделения №1 и №2 — 44 упаковки, нефрологическое отделение — 6 упаковок, пульмонологическое — 12, хирургическое — 10, гинекологическое — 8, травматологическое — 6 и нейрохирургическое отделение — 4 упаковки.

Наибольшая часть Лефлобакта была использована для лечения инфекций мочевыводящих путей, также данный фторхинолон является препаратом выбора при простатитах в связи с максимальной концентрацией в органах мочеполовой системы, в том числе — в предстательной железе (класс доказательности — А). В общей сложности пролечено 32 пациента с патологией почек, мочевыводящих путей, предстательной железы. Среди данной группы больных было 19 мужчин (средний возраст 55 лет, старше 65 лет — 4 человека) и 13 женщин

(средний возраст 42 года). Курсовая доза за время пребывания в стационаре составила 3,5–4,0 г (в среднем по 500 мг/сутки 7–8 дней), в одном случае, в связи со среднетяжелым течением заболевания, суточная доза составила 1,0 г на протяжении 5 суток.

В 11 случаях (34,37%) в качестве антибактериальной терапии назначался только Лефлобакт. У 8 человек (25%) с обструктивной урологической патологией, которым выполнялись инструментальные методы обследования и лечения, отмечался положительный клинический эффект в течение 72 часов. Трое пациентов имели неосложненную инфекцию мочевыводящих путей (ИМП). В данной группе положительная клиническая динамика была достигнута в течение 24 часов в виде нормализации температурной реакции, улучшения общего состояния, купирования явлений интоксикации, в течение 5 суток отмечалась и лабораторная положительная динамика.

У 8 больных из 11 препарат был назначен эмпирически (87,5%), у остальных пациентов (12,5%) выбор левофлоксацина подтвержден микробиологическими данными. В качестве возбудителей определялись золотистый стафилококк, энтеробактерии, микоплазмы.

В 10 случаях (31,25%), 5 из которых представлены осложненной ИМП и 3 — неосложненной ИМП, антибактериальное лечение было начато с цефалоспоринов III поколения, но вследствие неэффективности данной терапии пациенты были переведены на прием Лефлобакта в с/д 500 мг. Во всех случаях отмечена положительная клинико-лабораторная динамика.

Девяти пациентам (28,12%), пять из них — с обструктивной уропатологией, один — с бактериальным простатитом и трое — с обострением хронического пиелонефрита, с наличием факторов риска (СД 1-го типа), была назначена комбинированная антибактериальная терапия: парентерально цефалоспорины III поколения или аминогликозиды в сочетании с приемом левофлоксацина. Данная группа больных характеризовалась более старшим возрастом, наличием сопутствующей патологии, в том числе и декомпенсированной. Клиническая положительная динамика достигнута в 100% случаев, лабораторная — в 60%.

У двух пациентов старше 60 лет с осложненной ИМП, с наличием сопутствующей сердечной, легочной патологии, один из которых до госпитализации получал левофлоксацин, назначенный в предоперационном периоде, Лефлобакт впоследствии был заменен на аминогликозид.

В пульмонологическом отделении во время апробации препарата было пролечено 8 человек, среди них 3 женщины (средний возраст 45 лет) и 5 мужчин (средний возраст 49 лет). Курсовая доза Лефлобакта в среднем составила 4,0 г (8 дней по 500 мг/сутки).

В соответствии с Федеральными рекомендациями по выбору антибактериальных средств при лечении пневмонии и обострений ХОБЛ с клиническими признаками бронхиальной инфекции респираторные фторхинолоны, к которым относится Лефлобакт, являются альтернативными препаратами. Четверым пациентам (50%) препарат был назначен в виде ступенчатой терапии внебольничной пневмонии, у троих из них имело место тяжелое течение заболевания на фоне декомпенсированной сопутствующей патологии (ХОБЛ, ХСН, наркомания, алкоголизм, вирусный гепатит С). Во всех случаях имелась положительная клинико-рентгенологическая, лабораторная динамика. У одного пациента старшей возрастной группы с хронической легочно-сердечной недостаточностью, перенесшего инфекционный эндокардит и пневмонию тяжелого течения, позже имел место рецидив экссудативного плеврита. Третьим больным (37,5%) Лефлобакт был назначен в схеме антибактериальной терапии ХОБЛ в связи с наличием клинических признаков бактериальной инфекции. В результате терапии достигнута положительная клиническая динамика, улучшение показателей функции внешнего дыхания.

У одной пациентки (12,5%), поступившей в стационар с экссудативным плевритом, а затем диагностированной мезотелиомой плевры в результате назначения Лефлобакта не было отмечено положительного эффекта, и пациентка была переведена на антибактериальные препараты других групп.

В отделении нейрохирургии Лефлобакт был назначен двум пациентам мужского пола, средний возраст которых составил 51 год, по поводу нозокомиальной пневмонии на фоне контузии головного мозга средней степени тяжести в суточной дозе 500 мг в комбинации с цефалоспорином III поколения, вводимом парентерально, сроком на 10 суток. Клинически их состояние улучшилось в течение 72 часов, положительная лабораторная и рентгенологическая динамика показателей отмечена в течение 10–14 дней.

В хирургическом и травматологическом отделениях апробируемый препарат назначался по поводу инфекции кожи и мягких тканей. Лефлобакт получали 8 человек, из них 7 мужчин (средний возраст — 56 лет) и 1 женщина в возрасте 73 лет. Курс лечения составил 10 дней, суточная доза препарата — 500 мг. Согласно микробиологическим данным, в качестве возбудителя определялся золотистый стафилококк. Во всех случаях была достигнута положительная клинико-лабораторная динамика.

В гинекологическом отделении Лефлобакт получали 7 женщин, возраст которых в среднем составил 34 года. Курс лечения за время пребывания в стационаре составил от 3 до 14 дней в суточной дозе 500 мг. Шесть пациенток поступили с нарушениями овариально-менструального цикла репродуктивного периода, при обследовании в стационаре выявлены уреоплазмоз, хламидиоз, получали Лефлобакт. В одном случае апробируемый антибактериальный препарат был назначен в виде ступенчатой терапии по поводу ВЗОМТ. По данным бактериологических посевов отделяемого из цервикального канала, у двух пациенток была выделена кишечная палочка — сплошной рост, с высокой чувствительностью к фторхинолонам. При выполнении ПЦР у трех женщин диагностированы уреоплазмоз, хламидиоз. Все женщины были выписаны с положительной клинической динамикой.

Заключение

В результате проведенного анализа полученных данных апробируемый препарат имеет достаточно высокую эффективность как в сочетании с аминогликозидами, цефалоспоридами, так и в монотерапии при соответствующих показаниях. Получен положительный клинический эффект, подтверждаемый в большинстве случаев методами дополнительных исследований, при лечении заболеваний дыхательной и мочеполовой систем, инфекций кожи и мягких тканей, что обусловлено широким спектром действия препарата, практически максимальной биодоступностью при пероральном приеме. Аллергических реакций в ходе апробации не зарегистрировано. Из 57 человек, получивших Лефлобакт, только у одного, получавшего лечение по поводу ангиогенного сепсиса, двусторонней септической пневмонии тяжелого течения, на фоне опиатной зависимости, хронического вирусного гепатита С, развился дисбактериоз, явления которого были купированы назначением пробиотиков, ферментов. Исходно повышенные печеночные трансаминазы (до назначения вторхинолона) на фоне антибактериальной терапии, введения гепатопротекторов, не превысили исходный уровень, а к моменту окончания лечения в стационаре нормализовались. По результатам исследования, несмотря на небольшое количество пациентов, можно отметить, что наиболее быстрый положительный эффект отмечался у более молодых пациенток при лечении неосложненной ИМП (в течение 24 часов).

При сравнении Лефлобакта с другими аналогами левофлоксацина, используемыми в стационаре, препарат не уступал им по антибактериальной активности, что оценивалось по срокам наступления клинического эффекта.

Учитывая вышеизложенную информацию, а также фармакоэкономические показатели, Лефлобакт включен в Формуляр лекарственного обеспечения МУЗ «ГКБ СМП» г. Ставрополя.

РОССИЙСКИЕ АНТИБИОТИКИ – фторхинолоны



ЛЕФЛОБАКТ® (левофлоксацин)

таблетки, покрытые плёночной оболочкой, 250 мг и 500 мг

Антибиотик из группы новых «респираторных» фторхинолонов широкого спектра действия

ЛЕЧИТ БЫСТРО и КОМФОРТНО!

ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ у взрослых:

- нижних дыхательных путей (внебольничная пневмония, хронический бронхит)
- ЛОР-органов (синусит, средний отит)
- мочевыводящих путей (острый пиелонефрит, уретрит, цистит)
- половых органов (бактериальный простатит, уrogenитальный хламидиоз)
- кожи и мягких тканей (фурункулы, абсцесс, нагноившиеся атеромы)
- туберкулёз (в комплексной терапии лекарственно-устойчивых форм)

1 приём В СУТКИ

СИНТЕЗ

www.kurgansintez.ru

Территориальный менеджер по Южному и Северо-Кавказскому ФО -
тел. 8-928-816-10-45 E-mail: georgmama@mail.ru



ЛСР 005895/08



МОСКОВСКИЙ
ГОРОДСКОЙ
ЦЕНТР
ДЕЗИНФЕКЦИИ
ОСНОВАН В 1940

Испытательный лабораторный центр ГУП МГЦД

в соответствии с Аттестатом аккредитации от 01.10.08 № ГСЭН.RU.ЦОА.142
и Письмом Росздравнадзора от 25.12.09 №01-26582/09

**предоставляет полный пакет документов для государственной
регистрации и сертификации:**

дезинфицирующих и стерилизующих средств, кожных антисептиков,
антимикробных материалов, средств для предстерилизационной очистки,
аппаратуры для стерилизации и дезинфекции медицинских изделий,
инсектицидов, родентицидов, репеллентов

ПРОИЗВОДИТ И РЕАЛИЗУЕТ:

**Биологические индикаторы БИК-ИЛЦ для контроля
эффективности паровой, воздушной и газовой
(оксид этилена, формальдегид) стерилизации.**



**Биологические индикаторы для
контроля работы дезинфекционных
камер по паровому и паровоздушному
методам**

БИК ДК-01-«ИЛЦ» – при обработке объектов
из очагов инфекций, вызванных неспорообра-
зующими микроорганизмами (кишечные,
воздушно-капельные инфекции и др.)

БИК ДК-02 - «ИЛЦ» – при обработке объектов из очагов туберкулеза

БИК ДК-03-«ИЛЦ» – при обработке объектов из очагов инфекций, вызванных
спорообразующими микроорганизмами (сибирская язва, газовая гангрена,
столбняк и др.)



Адрес: 129337, г. Москва, Ярославское шоссе, 9
Тел.: (499) 183-48-74, 188-78-26, тел./факс: (499) 183-50-38
E-mail: ilc-mgcd@mail.ru, http://www.mgcd.ru

СКОРАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ!

ПУТЕШЕСТВУЙ
ПО МИРУ

ЭНТЕРОДЕЗ®

С КОМФОРТОМ!

ЭНТЕРОДЕЗ® – связывает и выводит токсины из желудочно-кишечного тракта.

- Применяется у взрослых и детей от 1 года при токсических формах острых инфекционных желудочно-кишечных заболеваний.
- При почечной и печеночной недостаточности.
- Имеется опыт применения при алкогольном абстинентном синдроме.
- Лечебный эффект наступает через 15 – 30 минут.

115172, г. Москва,
ул. Большие Каменщики, д. 9
тел./факс: (495) 912-71-61
www.mhfp.ru

 **МОСХИМФАРМПРЕПАРАТЫ
ИМ. Н. А. СЕМАШКО**

Рег. удостоверение: ЛС-001913 от 18.08.2006г. Реклама.

ФНПЦ ОАО «КРАСНОГОРСКИЙ ЗАВОД им. С.А. Зверева»
Российская Федерация, 143400, Московская обл., г. Красногорск, ул. Речная, 8



- **Лампа щелевая ЛС-01-«ЗЕНИТ»**
С офтальмологическим столом и цифровой видеосистемой. Оптическая система Грину обеспечивает высококачественное стереоскопическое изображение при офтальмологических обследованиях.



- **Комплект для проктологии и ректоскопии КПР-01-«ЗЕНИТ»**



- **Комплект приборов для вагиноскопии КПВ-01-«ЗЕНИТ»**
для диагностики и лечения в гинекологии детского и подросткового возраста. В составе комплекта: зоркала, гинекологическая трубка с obturatorом, система осветительная «холодного света», набор луп.



- **Эндопротез тазобедренного сустава «ЗЕНИТ-ЭПРО»**
целостной, бесцементной и гибридной фиксации с комплектом инструментов. Используемые материалы: высоколегированный кобальто-хромово-молибденовый и титановый сплавы, сверхвысокомолекулярный полиэтилен Chirulen.

- **Установка для разрушения металлических игл УРМИ-01 (Деструктор игл DS-S-1400)**

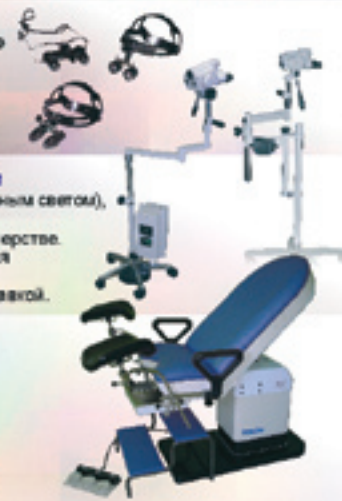
Игла уничтожается сразу после инъекции без снятия со шприца электротермическим способом за 3-5сек. Исключаются ручные манипуляции с иглой, нагревание игл и повторное их использование. Уменьшается риск внутрибольничного инфицирования персонала и пациентов. Обеспечивается получение экологически чистого продукта утилизации. Безопасность эксплуатации за счет:
- изоприменника, полностью скрывающего иглу в корпусе прибора, исключая появление открытого искрения, сильного запаха;
- наличие вентилятора и смывного фильтра для очистки от примесей в процессе горения.



- **Лупы бинокулярные**
на очковой оправе и на головном обруче (комплекуются осветителем «холодного света») для хирургов, стоматологов, косметологов, при необходимости стереоскопического увеличения рабочего поля.

- **Кольпоскопы напольные**
бинокулярные КНБ-01-«Зенит» (с холодным светом), КНБ-02-«Зенит», КНБ-03-«Зенит» для обследований в гинекологии и акушерстве. Стереоскопический эффект обеспечивает оптическая система Грину. Могут комплектоваться теле/фотоприставкой.

- **Кресло медицинское электромеханическое КМ-01-«Зенит»**
для кабинетов гинекологов, проктологов, урологов. КМ-01-«Зенит» три электропривода; КМ-01-02-«Зенит» два электропривода; КМ-01-01-«Зенит» один электропривод.



E-mail: marketing@zenit.istra.ru, тел./факс(495)562-8316 http://www.zenit-foto.ru, тел./факс(495)562-7244

ПРИГЛАШАЕМ РЕГИОНАЛЬНЫХ ДИЛЕРОВ

Энтеросорбция в практике инфекциониста

Захаренко С. М., к.м.н., Военно-Медицинская академия им. С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург

В динамике развития многих заболеваний возникает состояние интоксикации (токсикоза), во многом определяющее тяжесть и исход болезни. При этом эндотоксины из очага образования (воспаление, синтез патологических белков печенью) с током крови попадают в органы фиксации и биотрансформации (печень, иммунная система, легкие), органы выделения патологических веществ (печень, почки, желудочно-кишечный тракт, легкие, кожа), ткани депонирования патологических структур (жировая, нервная, костная ткань, органы эндокринной системы, лимфоидная ткань). Когда количество токсинов превышает возможности их биотрансформации, развивается **синдром эндогенной интоксикации** [1].

В инфекционной патологии чаще всего синдром эндогенной интоксикации встречается при острых кишечных инфекциях, возбудители которых определяют накопление эндотоксинов — липополисахаридов, связанных с наружной мембраной бактерий и состоящих из липида А, полисахаридного ядра и боковой цепи — О-полисахарида (рис. 1).

Наиболее значимы эндотоксины грамотрицательных бактерий. На внешней стенке одной грамотрицательной бактерии может содержаться до 3,5 млн молекул липополисахаридов. После гибели клеток эндотоксины этих бактерий остаются биологически активными молекулами.

Помимо липополисахаридов, в состав внешней стенки грамотрицательных бактерий входят и белки, так как внешняя мембрана на 75% состоит из липополисахаридов, 25% приходится на белковые компоненты. Эти белки вместе с липополисахаридами образуют белково-липополисахаридные комплексы разного размера и молекулярной массы. Эти комплексы и называют бактериальными эндотоксинами, именно они обеспечивают структурную целостность бактерий, ответственны за многие их функции, в том числе определяют патогенные и антигенные свойства бактерий [2].

Образующиеся в ЖКТ эндотоксины вызывают деградацию белков и липидов клеток организма, блокируют синтетические и окислительные процессы [3]. Эндотоксины оказывают прямое и опосредованное воздействие на структуру клеток, сами клетки, системы и органы (отдаленное действие). По действию на уровне клеточных структур С. А. Симбирцев и Н. А. Беляков (1994) эндотоксины классифицируют следующим образом: обладающие цитолитическим эффектом; активаторы лизосомальных ферментов; блокаторы митохондриальной энергетики; инициаторы свободнорадикальных процессов; ингибиторы рибосомального синтеза; способные к воздействию на различные клеточные образования.

Отдаленное действие эндотоксинов выражается поражением системы микроциркуляции в виде изолированных вне- и внутрисосудистых расстройств и комбинированных изменений. Внесосудистые изменения касаются регуляции тонуса периферических сосудов, среди внутрисосудистых изменений основное место занимают нарушения реологического состояния крови, нарушения транкапиллярного и трансмембранного обмена [4].

Накапливающийся эндотоксин (понятие «эндотоксин» указывает на то, что токсин является частью клетки, а не секретрируемым во внешнюю среду веществом) — мощный стимулятор синтеза цитокинов, особенно фактора некроза опухоли (ФНО) и интерлейкинов (ИЛ), которые усиливают реакцию на эндотоксин, активируя нейтрофилы, эндотелиальные клетки, тромбоциты и вызывая

выброс других медиаторов: фактора активации тромбоцитов, компонентов комплемента, кининов, гистамина, эндорфинов. Эти вещества действуют на сердечно-сосудистую систему: снижаются общее периферическое сосудистое сопротивление и артериальное давление, возрастает сердечный выброс. Под влиянием бактериальных эндотоксинов происходит активация внутренних механизмов свертывания и системы фибринолиза, что ведет к отложению фибрина в микроциркуляторном русле, нарушению кровотока и усилению ишемии тканей. В результате свертывания крови возникают тромбозы и эмболии мелких сосудов. Липид А, входящий в состав липополисахаридов, обуславливает лихорадку, ДВС-синдром и шок. Участвующие в этом процессе вырабатываемые макрофагами ИЛ-1 и ФНО- α увеличивают сосудистую проницаемость, изменяют свойства эндотелия и вызывают гипертермию, воздействуя на терморегуляторный центр гипоталамуса [4]. При этом современные методы лечения, направленные на нейтрализацию эффектов эндотоксина (использование антител к липиду А и ФНО- α , блокатора рецепторов ИЛ-1), малоэффективны [5]. В этих условиях важную роль в комплексном лечении больных приобретает энтеросорбция [1, 6, 7].

Энтеросорбция — метод лечения различных заболеваний, основанный на способности энтеросорбентов связывать и выводить из организма различные экзогенные вещества, микроорганизмы и их токсины, эндогенные промежуточные и конечные продукты обмена, способные накапливаться или проникать в полость желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в ходе течения различных заболеваний. Энтеросорбция входит в группу средств эфферентной терапии (от лат. efferens — выводить), то есть группы лечебных мероприятий, целью которых является прекращение действия токсинов различного происхождения и их элиминация из организма. Помимо энтеросорбции, в эту группу входят гемодиализ, перитонеальный диализ, плазмаферез, гемосорбция и некоторые другие.

Сорбенты — это вещества, обладающие высокой сорбционной емкостью, не разрушающиеся в ЖКТ и способные связывать экзо- и эндогенные вещества (микроорганизмы и их токсины, яды, избышек продуктов обмена и другие вредные для организма субстанции) путем адсорбции и абсорбции, ионообмена или комплексообразования. История применения энтеросорбентов уходит в глубокую древность: еще врачи Древнего Египта, Индии, Греции использовали древесный уголь, глину, растертые тuffы, пережженный рог для лечения отравлений, дизентерии, желтухи и других заболеваний.

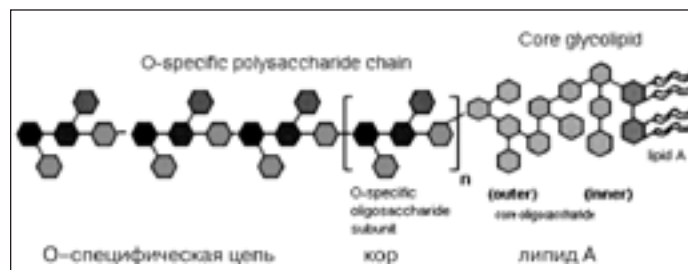


Рис. 1

Строение молекулы липополисахарида: структурно молекула эндотоксина делится на три части — липид А, корпус (cor — сердцевинная часть) и О-специфическую цепь

Березовый или костный уголь с этой целью использовали лекари Древней Руси. Как полагают, Авиценна впервые предложил методы энтеросорбции с профилактической целью: в своем Каноне врачебной науки, говоря об искусстве сохранения здоровья, он из семи постулатов этого искусства на третье место ставил методы очистки организма от излишков. В XVIII веке были описаны сорбционные свойства углей, а в России преемник М. В. Ломоносова Т. Е. Ловиц в 1785 году, изучая химические свойства древесного угля, обосновал применение метода энтеросорбции.

С появлением антибиотиков интерес к препаратам активированного угля угас. К тому же в конце 60-х — начале 70-х годов XX века были внедрены методы прямой очистки крови с помощью аппаратов для гемодиализа и плазмафереза. Но в последующем в связи с появлением большого числа публикаций (в том числе — спекуляций) о необходимости у большого количества больных и даже практически здоровых людей периодического очищения организма от «шлаков» значимость энтеросорбции в эфферентной терапии вновь возросла. В конце 70-х годов XX века появились сорбенты нового поколения с высокой и селективной сорбционной емкостью для метаболитов и токсичных веществ. Этому способствовала авария на Чернобыльской АЭС, когда возникла острая необходимость выведения из организма пораженных людей радионуклидов. Сегодня растет интерес к энтеросорбентам в связи с ухудшающимся состоянием окружающей среды, особенно в крупных городах, в которых вредные факторы окружающей среды вышли за пределы допустимого, а пищевые продукты не отвечают нормативам [8, 9]. Потребности в энтеросорбции и гемосорбентах многократно возрастают при стихийных бедствиях, авариях на промышленных объектах, в период проведения спасательных и аварийно-восстановительных работ [10]. В настоящее время повышается значение энтеросорбции в диетологии и диетотерапии [11].

С учетом механизма действия энтеросорбентов, к ним предъявляются определенные требования: они не должны обладать токсическими свойствами и вызывать дисбактериоз, должны быть нетравматичными для слизистой оболочки, хорошо эвакуироваться из кишечника, иметь хорошие сорбционные свойства и иметь удобную лекарственную форму.

Пероральный путь введения энтеросорбентов наиболее эффективен, так как процесс сорбции начинается в желудке и завершается в тонкой кишке. Если больные не способны самостоятельно принимать препарат (при стенозе пищевода или пилорического отдела желудка, при нарушении эвакуации сорбента из кишечника из-за динамической или механической непроходимости), энтеросорбент вводят через зонд. В этих случаях достаточна экспозиция до 30 минут, после чего сорбент может быть выведен и введена новая порция препарата. При зондовом введении происходят два процесса — сорбция и кишечный лаваж. По ограниченным показаниям энтеросорбенты вводят с помощью клизм в толстую кишку.

Используемые в настоящее время **энтеросорбенты классифицируют** следующим образом:

- *углеродные адсорбенты на основе активированного угля (карболен, карбоктин, гастрсорб), гранулированных углей (марки СКН, СКТ-6А, СУГС, СКАН и др.) и углеволокнистых материалов (ваулен, актилен, «Днепр»);*
- *ионообменные материалы или смолы (кайексилит, холестирамин);*

- *энтеросорбенты на основе лигнина (полифепан, лигносорб);*
- *производные поливинилпирролидона (Энтеродез®, энтеросорб);*
- *другие (белая глина, алюминия гидроокись, альмагель, гастал, сукральфат, силикагели, цеолиты);*
- *природные пищевые волокна: отруби злаковых, целлюлоза, альгинаты (детоксал), пектины (полисорбовит-50, полисорбовит-95), хитозан.*

Наиболее часто применяют углеродные сорбенты и энтеросорбенты на основе поливинилпирролидона.

В группу «другие» включены сорбенты, применяемые при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, эффекты которых обусловлены их вязкостью, а не связывающей способностью.

В практике инфекциониста наиболее часто энтеросорбцию используют при острых кишечных инфекциях (ОКИ), которые в структуре инфекционной заболеваемости населения занимают второе место после острых респираторно-вирусных инфекций [12]. Неполноценное питание, постоянные стрессы, загрязненная вода и некоторые другие факторы приводят к тому, что с каждым годом увеличивается количество больных, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Среди острых форм доминируют инфекционные диареи, составляя от 1,2 до 1,9 случаев заболевания на 1 человека в год, среди детей раннего возраста — 2,46 случаев заболевания на 1 ребенка в возрасте до 3-х лет в год, среди детей до 3-х лет, посещающих детские дошкольные учреждения, — 5 случаев на 1 ребенка в год.

Чаще всего возбудителями диарейных заболеваний являются бактерии родов *Salmonella*, *Shigella*, ротавирусы, энтерогеморрагические кишечные палочки, *Cyclospora*, *Cryptosporidium*, *Giardia* и *Campylobacter jejuni*, *Clostridium difficile* [13].

В Африке диарейные болезни входят в 5 основных причин смерти (ВИЧ/СПИД — 20,6%, пневмония — 10,3%, малярия — 9,1%, диарейные болезни — 7,3%, перинатальные причины — 5,9%), в мире они занимают 7 место (после ишемической болезни сердца, cerebrovascularных болезней, пневмонии, ВИЧ/СПИД, хронической обструктивной болезни легких). В США ежегодно с ОКИ госпитализируют около 300 тысяч больных, из которых примерно 5 тысяч погибают. В России ежегодно регистрируется около 700 тысяч больных ОКИ. По данным ВОЗ (2000), в мире от диарейных болезней на начало нового века в год умерло 2,2 млн человек, из них 1,7 млн — дети в возрасте до 5 лет.

ОКИ характеризуются отсутствием сезонности и возрастной избирательности заболеваемости, развитием нестойкого, кратковременного видоспецифического иммунитета, а это определяет повторное развитие инфекционного процесса, вызванного другим возбудителем в течение ограниченного времени. К тому же на современном этапе ОКИ характеризуются утяжелением клинического течения отдельных нозологических форм, развитием резистентности возбудителей к традиционно применяемым этиотропным препаратам в связи с широким и, нередко, бесконтрольным их применением. В этой связи закономерно появились работы, в которых обосновываются целесообразность отказа в ряде случаев от традиционно применяемых антибактериальных средств при лечении больных и необходимость усиления патогенетической терапии. С этой точки зрения, несомненный интерес представляют энтеросорбенты, которые, как показано многочисленными клиническими

наблюдениями, оказывают дезинтоксикационный эффект и способствуют сокращению продолжительности диареи (Беляков Н. А., 2000). Энтеросорбция при этих заболеваниях является этиологическим и патогенетическим способом терапии. Объясняется это тем, что сорбенты поглощают из многокомпонентных растворов эндо- и экзотоксины, а вещества с макро- и мезопорами, кроме того, могут фиксировать на своей поверхности возбудителей бактериальной и вирусной природы, то есть оказывать этиотропный эффект. Помимо того, практически не изменяя состав нормальной кишечной микрофлоры, энтеросорбенты связывают токсические продукты, образующиеся в норме в кишечнике [5, 6, 14, 15]. Но патогенетически наиболее существенен детоксикационный эффект энтеросорбции, связанный с поглощением токсических продуктов, не только образующихся в кишечнике, но и секретируемых в кишечник. Определенное значение имеет модификация сорбентами состава химуса. Достаточно хорошо документированные эффекты энтеросорбционной терапии можно рассмотреть на примере препарата с многолетней историей эффективного применения — **Энтеродеза®**.

Назначение **Энтеродеза®** при острых кишечных инфекциях способствует не только ускорению выздоровления пациента, но может решать несколько различных задач, о которых шла речь выше:

- связывание и выведение экзо- и эндотоксинов возбудителей кишечной инфекции, уменьшение эндотоксикоза, вызванного патологическим процессом в кишечнике при бактериальных и вирусных заболеваниях [16, 17] и при пищевых токсикоинфекциях [18, 19];
- усиление эффектов патогенетической [20] и этиотропной терапии у детей [21] и взрослых [22];
- **Энтеродез®** может выступать как компонент микробиоценоз-сберегающей терапии [23], в том числе при сочетанном назначении с пробиотиками — пробифором или бифидумбактерином [24] или кипфероном, особенно при вирусных диареях у детей [25].

Энтеросорбция применяется изолированно или в комбинации с плазмаферезом для разрешения интоксикации различной природы не только при ОКИ, но и при многих других болезнях инфекционной этиологии, в том числе при ОРВИ, вирусном гепатите, туберкулезе [26].

Терапевты с успехом применяют энтеросорбцию, в том числе **Энтеродез®**, при панкреатите, нарушениях жирового обмена, для снижения в крови уровня холестерина, профилактики и лечения атеросклероза, ишемической болезни сердца, при токсикозе и холестатическом гепатозе у беременных [27], ожоговой болезни [28–30], неспецифическом язвенном колите, в том числе во время беременности [31].

Широкий круг «инфекционных проблем» в хирургической практике также может быть решен с применением энтеросорбционных технологий:

- в послеоперационном периоде у больных гнойным разлитым перитонитом путем проведения кишечного лаважа глюкозо-солевым раствором с добавлением **Энтеродеза®** в дозе 1 г/кг в сутки [32];
- при кишечной непроходимости [33];
- при проведении энтерального питания в раннем послеоперационном периоде с предварительной декомпрессией кишечника

и проведением кишечного лаважа глюкозо-электролитной смесью с добавлением **Энтеродеза®** (в дозе 50–70 г/сут.), глутамин (20–30 г/сут.) и 2% раствора пектина. Восстановление всасывательной способности тонкой кишки отмечали через 10–12 часов [34].

Кишечник, легкие, кожные покровы — это и резервные и вспомогательные системы детоксикации, имеющие важнейшее значение наряду с почками и печенью. При хронической почечной недостаточности, по имеющимся данным, эффективно применение энтеросорбентов для уменьшения азотемии. Применяется **Энтеродез®**, в том числе, в связи с туберкулезным поражением почек [35, 36].

Еще одним немаловажным направлением профилактики и разрешения патологических процессов является применение энтеросорбентов при иммунопатологических состояниях, особенно связанных с поступлением аллергенов через желудочно-кишечный тракт. Включение **Энтеродеза®** в состав комплексной терапии псориаза [37] и атопического дерматита у детей [38] позволяет быстро купировать острые проявления заболевания, уменьшить потребность в стационарном лечении.

Таким образом, энтеросорбенты — препараты медицинского назначения, обладающие высокой сорбционной емкостью, не разрушающиеся в ЖКТ и способные связывать экзо- и эндогенные вещества, входящие в состав химуса и выделяющиеся в полость ЖКТ через его стенки, путем адсорбции и абсорбции, ионообмена или комплексообразования. Сегодня энтеросорбция — самостоятельная область медицины, которая постоянно развивается, предлагая новые, все более эффективные препараты, которые выполняют роль естественных энтеросорбентов и выводят из организма многие ненужные и вредные вещества.

Энтеросорбция оказалась эффективным дополнением к традиционному лечению таких заболеваний, как острые кишечные инфекции, вирусный гепатит, острый панкреатит, ишемическая болезнь сердца, гиперлипидемия, атеросклероз, сахарный диабет, бронхиальная астма, расстройства иммунной системы, хронические колиты, острая и хроническая почечная недостаточность, пищевые отравления, острый лейкоз и другие. К достоинствам метода относятся его высокая эффективность и низкая стоимость.

Литература

1. Учайкин В. Ф. Энтеросорбция — эффективный метод этиопатогенетической терапии острых кишечных инфекций // Дет. инфекции. — 2005. — №3. — С. 39–43.
2. Медицинская микробиология / Ред. В. И. Покровский, О. Поздеев. — М: ГЭОТАР-Медиа, 1998. — 1155 с.
3. Симбирцев С. А., Беляков Н. А. Патологические аспекты эндогенной интоксикации / Эндогенные интоксикации: Сб. тезисов международного симпозиума. — СПб, 1994. — С. 5–9.
4. Зайчик А. Ш., Чурилов Л. П. Основы патохимии. — СПб: ЭЛИБИ-СПб, 2000. — 687 с.
5. Костюченко А. Л. Активная детоксикация // Мир медицины. — 2000. — №9–10.
6. Щербаков П. Л., Петухов В. А. Сравнительная эффективность энтеросорбентов при диарее у детей // Вопросы современной педиатрии. — 2005. — №4. — С. 85–89.
7. Сухов Ю. А., Гебеш В. В. Влияние энтеросорбции на уровень провоспалительных цитокинов при кишечной

инфекции и кори // Клиническая иммунология. — 2007. — №1 (6). — С. 76—78.

8. Белозеров Е. С., Джасыбаева Т. С. Социально-экологические аспекты здоровья человека. — Алматы: Галым, 1993. — 221 с.

9. Серебрянский Е. П. Разработка спектрометрических методов определения химических элементов в окружающей среде и биосредах человека для гигиенических исследований // Автореф. дисс. ... к.м.н. — М, 2003. — 24 с.

10. Безопасность в чрезвычайных ситуациях. Лечебно-эвакуационное обеспечение населения. ГОСТ Р 22.3.02—94. — М, 1994.

11. <http://vostokpharm.ru/absorb2.htm>, 2009.

12. Онищенко Г. Г. О профилактике острых кишечных инфекций. Постановление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека №21 от 19.03.2010.

13. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А. Синдром диареи. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2000. — 135 с.

14. Беляков Н. А., Соломенников А. В. Энтеросорбция — механизм лечебного действия // Эфферентная терапия. — 1997. — Т. 3. — №2.

15. Беляков Н. А. Эндогенные интоксикации и лимфатическая система // Эфферентная терапия. — 1998. — Т. 4. — №2.

16. Лобан К. М., Митерев Ю. Г., Жеребцов Л. А. и др. Эффективность препарата «Энтеродез» при острых кишечных инфекциях // Гематология и трансфузиология. — 1983. — №7. — С. 33—39.

17. Суздалева В. В., Недошивина Р. В. Макарова Н. Л. Эффективность препаратов поливинилпирролидона при токсемии // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. — 1978. — №5. — С. 667—684.

18. Гульбаданова Н. М., Васильев П. С. Детоксирующий эффект поливинилпирролидона в терапии острых пищевых инфекций // Проблемы гематологии и переливания крови. — 1966. — №11 (7). — С. 19—23.

19. Махнев В. Г. Первая помощь при острых пищевых отравлениях // Consilium Medicum. Популярная медицина. — 2003. — Т. 3. — №4.

20. Авдошенко О. Г., Иванов Р. В., Максвитис Р. Й. Применение препарата Энтеродез® в терапии интоксикационного синдрома инфекционной этиологии // Главный врач Юга России. — 2010. — №2 (21). — С. 50—53.

21. Новокшенов А. А. Этиопатогенетическая терапия острых кишечных инфекций у детей // Наука. — 1999. — №48. — С. 52.

22. Новокшенов А. А. Острые кишечные инфекции — основные направления и принципы этиотропной и патогенетической терапии // Медицинский научный и учебно-методический журнал / Лекции. — 2007. — <http://www.medic-21vek.ru/lekc/detail.php?ID=2611>

23. Учайкин В. Ф., Новокшенов А. А., Соколова Н. В. и др. Место и значение энтеросорбции в этиопатогенетической терапии острых кишечных инфекций у детей // Педиатрия. — 2007. — №2. — С. 44—50.

24. Учайкин В. Новое в лечении острых кишечных инфекций у детей // <http://medinfo.ru/article/25/118640/>

25. Корочкина О. В., Собчак Д. М. Опыт применения Кипферона® в клинике инфекционных болезней // Трудный пациент. — 2009. — №4—5. — С. 32—35.

26. Генералова Р. В., Невенгловский И. Е., Стрельникова В. А. Дезинтоксикационная терапия с использованием

Энтеродеза® пациентов с туберкулезом мочевыделительной системы // Проблемы туберкулеза. — 1990. — №5. — С. 68—70.

27. Линева О. И., Романова Е. М. Холестатический гепатоз беременных: патогенетические подходы к выбору методов лечения // Практическая медицина. — 2009. — №2. Гинекология. — <http://mfvt.ru/xolestatcheskij-gepatoz-beremennyx-patogeneticheskie-podxody-k-vyboru-metodov-lecheniya/>

28. Шиманко И. И., Суздалева В. В., Галкина Г. С. и др. Применение Энтеродеза® и энтеросорба у больных с различной патологией, сопровождающейся тяжелым эндотоксикозом // Гематология и трансфузиология. — 1984. — №11. — С. 31—35.

29. Суздалева В. В. Особый статус проблемы детоксикации // Гематология и трансфузиология. — 1987. — Т. 32. — №7. — С. 3—5.

30. Гюльдабамова Н. М., Васильев П. С., Суздалева В. В. О механизме детоксикационного действия поливинилпирролидона при ожоговой болезни и пищевой токсикоинфекции // Проблемы гематологии и переливания крови. — 1962. — №7. — С. 19—23.

31. Шехтман М. М., Козина О. А. Неспецифический язвенный колит и беременность // Consilium Medicum. Гинекология. — 2008. — Т. 10. — №1.

32. Шестопалов А. Е., Зингеренко В. Б. Растворы аминокислот для парентерального питания в интенсивной терапии критических состояний // Трудный пациент. — 2005. — №10—11.

33. Щтрапов А. А., Рухлиада В. В. Энтеральная детоксикация пациентов с острой кишечной непроходимостью // Вестник клинической иммунологии. — 1986. — 136(5). — С. 32—35.

34. Арутюнов Г. Л., Бугров А. В., Борисов А. Ю. и др. Энтеральное питание в лечении хирургических и терапевтических больных. Методические рекомендации. — М, 2006. — 48 с.

35. Козлов С. В. Микрохолецистомия с энтеросорбцией и энтеральным питанием в лечении острого холецистита у больных с высокой степенью операционного риска // Автореф. дисс. ... к.м.н. — Ярославль, 1999.

36. Рутгайзер Я. Лечение хронической почечной недостаточности // http://medpositive.ru/?category=urologiya&altname=Lechenie_khronicheskoy_pochечноy_nedostatochnosti

37. Бишарова А. С. Псориаз у детей // Лечащий врач. — 2006. — №9.

38. Смирнова Г. И. Лечение атопического дерматита у детей // Фармацевтический вестник <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=7322>.

39. Бурмистров В. А. Опыт применения новых серебросодержащих препаратов ЗАО «Вектор-Бест» // Новости «Вектор-Бест». — 2001, июнь. — №2 (20).

40. Лучшев В., Шахмарданов М. Актуальные вопросы терапии пищевых токсикоинфекций // http://03portal.kz/mv/9/index.php?option=com_content&task=view&id=7530&Itemid=112.

Статья опубликована в «Русском Медицинском Журнале» том 18, №28, 2010.

Клинико-патогенетические особенности инфаркта миокарда у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и возможности применения ФЛОГЭНЗИМА

Фролов А. Г.; Кузнецов А. Н.; Некрасов А. А.; Нижегородская ГМА;
МЛПУ «Городская клиническая больница №5», г. Нижний Новгород

Эпидемиологические исследования последних лет убедительно показали негативное влияние хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) на риск развития и исходы инфаркта миокарда (ИМ), включая рост смертности в остром и отдаленном постинфарктном периоде, развитие ХСН, а также затруднения при выборе оптимальной терапии из-за невозможности лечения части больных бета-блокаторами [6–9]. Все это делает актуальным изучение клинико-патогенетических механизмов, лежащих в основе неблагоприятного воздействия ХОБЛ на течение ИМ, и поиск методов их терапевтической коррекции.

В частности, имеются данные о важной роли в патогенезе обоих заболеваний системной воспалительной реакции и окислительного стресса. Известно также об успешных попытках терапевтической коррекции некоторых из этих факторов при ИБС [1–2].

Это создает предпосылки для более широкого применения при сочетанной патологии системной энзимотерапии (СЭТ), имеющей противовоспалительное действие [4, 5] и эффективной при многих заболеваниях, включая ИМ [3]. В то же время влияние СЭТ на динамику постинфарктного ремоделирования у больных с ИМ и ХОБЛ остается неизученным.

Все эти нерешенные вопросы и определили цель данной работы: исследовать клинико-патогенетические особенности течения ИМ у больных ХОБЛ и возможности их медикаментозной коррекции, в том числе с применением СЭТ (флогэнзима).

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 109 пациентов в возрасте от 44 до 88 лет с острым ИМ, госпитализированных в отделение неотложной терапии в течение первых суток после развития заболевания. К критериям исключения были отнесены тяжелые заболевания печени, почек с нарушением их функции, сахарный диабет (СД) 1 типа, нарушения мозгового кровообращения в предшествующие 6 месяцев, онкологические заболевания, пороки сердца, кардиомиопатии, неконтролируемая артериальная гипертензия, выраженная хроническая сердечная недостаточность (ХСН 3–4 ФК) до развития ИМ.

Все пациенты были подразделены на две группы.

Первую, основную, группу составили 69 больных ИМ с сопутствующей ХОБЛ легкого и среднетяжелого течения (средняя степень тяжести ХОБЛ по классификации GOLD 2003 — $1,8 \pm 0,069$; средняя длительность заболевания — $17,1 \pm 0,77$). Во вторую, контрольную, группу вошло 40 больных ИМ без сопутствующей бронхолегочной патологии.

Исходно 1 и 2 группы были близки по среднему возрасту ($66,7 \pm 1,39$ и $65,1 \pm 1,48$; $p=0,40$), по индексу массы тела ($22,6 \pm 0,40$ и $22,5 \pm 1,48$; $p=0,84$), по половому составу (мужчин в 1 группе 43 (62,3%), во 2-й — 24 (60,0%), $p=0,81$), по частоте Q-ИМ (соответственно, 45 (65,2%) и 28 (70%), $p=0,61$), повторных ИМ (8 (11,5%) и 6 (15%),

$p=0,61$), по локализации ИМ (передний и нижний в 1 группе у 52 (75,4%) и 17 (24,6%), во 2-й — у 26 (65%) и 14 (35%), $p=0,25$), по частоте выявления артериальной гипертензии (соответственно, 44 (63,8%) и 28 (70%), $p=0,51$) и СД 2 типа (10 (14,5%) и 6 (15%), $p=0,34$).

Можно заключить, что основным исходным различием между группами было наличие или отсутствие ХОБЛ. Кроме того, группы не различались по характеру лечения ИМ, за исключением более низкой доли больных, получавших бета-блокаторы, в основной группе (34 (49,2%) и 38 (95,0%), $p=0,001$), что также явилось прямым следствием наличия у них ХОБЛ. В остальном, лечение ИМ в обеих группах было сходным и включало нитраты, антикоагулянты, дезагреганты, ингибиторы АПФ, тромболитики. По показаниям назначали диуретики, седативные препараты, бронхолитики и антибиотики.

Для оценки влияния СЭТ на динамику постинфарктного ремоделирования у больных ИМ и ХОБЛ основная группа была подразделена на две подгруппы: в подгруппу 1А вошло 34 пациента, которым дополнительно к стандартной терапии назначали флогэнзим с момента поступления по 2 драже 3 раза в сутки и далее на протяжении 4–6 недель; в подгруппу 1В вошло 35 больных, лечившихся с применением только стандартной терапии. Подгруппы 1А и 1В были также сопоставимы по возрасту ($65,9 \pm 2,09$ и $67,3 \pm 1,86$; $p=0,67$), по половому составу (мужчин 24 (70,6%) и 19 (54,3%), $p=0,22$), по частоте Q-ИМ (24 (70,6%) и 21 (60,0%), $p=0,36$), повторных ИМ (3 (8,9%) и 5 (14,3%), $p=0,48$), по локализации ИМ (передний у 27 (79,4%) и 25 (71,4%) пациентов, $p=0,44$), по степени тяжести ХОБЛ ($1,76 \pm 0,104$ и $1,8 \pm 0,089$, $p=0,74$), по частоте артериальной гипертензии (21 (61,8%) и 23 (65,7%), $p=0,73$) и СД 2 типа (4 (11,8%) и 6 (17,1%), $p=0,53$).

Всем больным проводилось общеклиническое и лабораторное обследование, а также ЭХО-кардиография на аппарате LOGIQ-5. Клинические и ЭХО-кардиографические параметры оценивались на 2–3 день и через полгода после развития ИМ. Анализировали следующие показатели: минутный объем кровообращения (МО), фракция выброса левого желудочка (ФВ), конечный диастолический и конечный систолический размеры, масса миокарда ЛЖ и соответствующие индексы (ИКДР, ИКСР, ИММ), индекс левого предсердия (ИЛП), передне-задний размер и индекс правого желудочка (ПРЗРПЖ и ИПЖ), относительная толщина стенки ЛЖ (ОТС). Функциональный класс недостаточности кровообращения (ФК НК) определяли в динамике с учетом дистанции 6-минутной ходьбы и суммы баллов по шкале оценки клинического состояния больных (ШОКС). Отслеживалась также динамика лабораторных данных, в том числе уровня С-реактивного белка (СРБ).

При статистическом анализе использовали методы Манна-Уитни для сравнения количественных показателей между группами и подгруппами, χ^2 для сравнения качественных показателей, Wilcoxon при измерениях в динамике, коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Данные представлены в виде $\text{Mean} \pm m$; различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Динамика некоторых структурно-функциональных параметров сердца в 1 и 2 группах

Показатель	Группа 1, n=69	Группа 2, n=40	P ₁₋₂
МО, л/мин			
исходно	4,5±0,26	4,1±0,22	0,75
через 6 месяцев	4,2±0,18	3,9±0,21	0,28
P динам	0,28	0,11	
ФВЛЖ, %			
исходно	45,5±0,99	49,5±1,15	0,009
через 6 месяцев	45,9±0,84	49,6±0,97	0,005
P динам	0,045	0,7	
ИКДР, см/м²			
исходно	2,90±0,051	2,83±0,070	0,49
через 6 месяцев	2,92±0,052	2,85±0,064	0,60
P динам	0,10	0,07	
ИКСП, см/м²			
исходно	2,22±0,059	2,12±0,051	0,16
через 6 месяцев	2,37±0,052	2,17±0,063	0,21
P динам	0,003	0,001	
ПРЗРПЖ, мм			
исходно	26,1±0,48	24,3±0,52	0,025
через 6 месяцев	26,1±0,44	24,1±0,41	0,007
P динам	0,38	0,90	
ОТС			
исходно	0,46±0,012	0,47±0,012	0,58
через 6 месяцев	0,47±0,011	0,48±0,012	0,42
P динам	0,001	0,040	

Примечание: p динам — статистическая значимость различий при повторных измерениях показателя внутри группы; P₁₋₂ — при сравнении показателей в 1 и 2 группах наблюдения.

Результаты и обсуждение

К числу клинических особенностей начала ИМ на фоне ХОБЛ можно отнести более частое выявление его атипичных (в основном, с преобладанием одышки) вариантов. Частота выявления ИМ с преимущественными жалобами на одышку в 1 и 2 группах составила 33 (47,8%) и 12 (30%) пациентов соответственно, причем различия хотя и не достигали уровня статистической значимости, но приближались к нему (p=0,06). Атипичное начало ИМ нередко сопряжено с трудностями диагностики и может вести к задержке госпитализации и начала лечения, негативно влияя на прогноз заболевания.

У больных ИМ и ХОБЛ в остром периоде достоверно выше была частота гемодинамически значимых аритмий

(18 (26,1%) и 4 (10%), p=0,043), особенно фибрилляции предсердий (14 (20,3%) и 2 (5%), p=0,030), в том числе пароксизмальной (соответственно 2 (2,9%) и 0 (0%), p=0,28), и декомпенсации хронической (12 (17,4%) и 2 (5%), p=0,07). Кроме того, прослеживалась отчетливая тенденция к увеличению частоты развития ОЛЖН (16 (23,2%) и 4 (10%), p=0,08).

На госпитальном этапе при сочетанной патологии чаще возникали бактериальные инфекции (прежде всего респираторные) и потребность в лечении антибиотиками широкого спектра действия (34 (49,2%) и 4 (10%), p=0,001).

Пациенты с ИМ и ХОБЛ характеризовались худшими показателями функции почек (креатинин 100,6±2,53 и 88,6±2,1 мкмоль/л, p=0,0007), что может быть связано

со снижением их перфузии на фоне начальных проявлений правожелудочковой недостаточности и застоя по большому кругу, в том числе еще до развития сердечно-сосудистого события.

Показатели СРБ свидетельствовали о выраженных системных воспалительных сдвигах у всех больных ИМ ($15,0 \pm 1,56$ и $14,85 \pm 2,86$ мг/л, $p=0,46$).

В таблице 1 представлена динамика основных эхокардиографических показателей, характеризующих постинфарктное ремоделирование сердца в обеих группах наблюдения.

В остром периоде ИМ наиболее существенные изменения в основной группе сводились к статистически значимому ухудшению сократимости ЛЖ по показателю

Таблица 2

Динамика некоторых структурно-функциональных параметров сердца в 1А и 1В подгруппах

Показатель	Подгруппа 1А, n=34	Подгруппа 1В, n=35	$P_{1А-1В}$
СРБ, мг/л			
исходно	$18,5 \pm 2,62$	$11,5 \pm 1,52$	0,08
3 недели	$2,2 \pm 0,66$	$11,6 \pm 1,79$	0,00001
Р динам	0,000002	0,47	
МО, л/мин			
исходно	$4,5 \pm 0,33$	$4,6 \pm 0,41$	0,82
через 6 месяцев	$4,4 \pm 0,23$	$4,1 \pm 0,27$	0,42
Р динам	0,88	0,17	
ФВЛЖ, %			
исходно	$43,6 \pm 1,22$	$47,3 \pm 1,52$	0,07
через 6 месяцев	$44,1 \pm 1,18$	$47,0 \pm 1,185$	0,20
Р динам	0,020	0,92	
ИЛП, см/м²			
исходно	$2,10 \pm 0,06$	$2,2 \pm 0,057$	0,20
через 6 месяцев	$2,12 \pm 0,063$	$2,27 \pm 0,056$	0,13
Р динам	0,33	0,034	
ИКДР, см/м²			
исходно	$2,93 \pm 0,069$	$2,86 \pm 0,074$	0,40
через 6 месяцев	$2,94 \pm 0,070$	$2,90 \pm 0,077$	0,67
Р динам	0,09	0,0002	
ИКСР, см/м²			
исходно	$2,28 \pm 0,097$	$2,17 \pm 0,069$	0,14
через 6 месяцев	$2,32 \pm 0,074$	$2,21 \pm 0,071$	0,34
Р динам	0,86	0,0007	
ПРЗРПЖ, мм			
исходно	$26,3 \pm 0,52$	$25,9 \pm 0,81$	0,32
через 6 месяцев	$25,9 \pm 0,50$	$26,1 \pm 0,71$	0,84
Р динам	0,006	0,16	

Примечание: $p_{\text{динам}}$ — статистическая значимость различий при повторных измерениях показателя внутри группы; $p_{1А-1В}$ — при сравнении показателей в 1А и 1В подгруппах.

ФВ (при этом центральная гемодинамика и МО поддерживались на сопоставимом с контролем уровне, в чем определенную роль могли играть тенденции к увеличению ЧСС и объемов ЛЖ). Кроме того, имелись признаки дилатации ПЖ (возможно, возникшей еще до развития ИМ).

В остром периоде в группе сочетанной патологии прослеживались определенные корреляционные взаимосвязи между уровнем СРБ и параметрами ЭХОКГ (для сердечного индекса СИ $R = -0,26$, $p = 0,005$; для КСР $R = 0,24$, $p = 0,047$; для ОТС $R = 0,24$, $p = 0,041$; для ИММ ЛЖ $R = 0,30$, $p = 0,012$). Можно заключить, что увеличение СРБ ассоциировалось с нарастанием размеров полостей сердца, толщины стенок ЛЖ и массы миокарда, а также со снижением систолической функции по показателю СИ.

Процессы постинфарктного ремоделирования в постгоспитальном периоде в обеих группах характеризовались увеличением размеров ЛЖ, с сохранением более низкой сократимости миокарда ЛЖ и дилатации ПЖ у больных с ХОБЛ.

ФК НК, определявшийся с учетом ШОКС и дистанции 6-минутной ходьбы через 6 месяцев, был также статистически значимо выше у лиц с сочетанной патологией ($2,1 \pm 0,085$ и $1,65 \pm 0,19$, $p = 0,038$).

Данные о динамике структурно-функционального состояния сердца у больных ИМ и ХОБЛ при применении СЭТ и только традиционной терапии представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы, исходно между подгруппами не было различий по показателям сократительной функции и по размерам камер сердца. В динамике у пациентов, получавших комбинированное лечение с СЭТ, отмечено статистически значимое улучшение систолической функции ЛЖ по показателю ФВ, тогда как в подгруппе традиционной терапии сократительная способность сердца практически не изменилась. Размеры левых отделов сердца увеличились в обеих подгруппах, но статистически значимо — только в подгруппе 1В. Размеры ПЖ статистически значимо уменьшились в подгруппе СЭТ и имели тенденцию к росту в подгруппе традиционной терапии.

Выраженная динамика уровня СРБ на фоне СЭТ позволяет предположить определенный вклад противовоспалительного эффекта комбинированной терапии в реализацию указанных положительных сдвигов в структурно-функциональном состоянии сердца (таблица 2).

Менее агрессивное течение процессов ремоделирования на фоне СЭТ сопровождалось формированием менее выраженной ХСН к концу 6-месячного постинфарктного периода (ФК НК в подгруппах 1А и 1В соответственно $1,88 \pm 0,12$ и $2,26 \pm 0,12$, $p = 0,044$).

Можно заключить, что системная энзимотерапия обладает определенным кардиопротективным эффектом при применении ее у больных с сочетанием ИМ и ХОБЛ. Он характеризуется, в первую очередь, торможением процессов дилатации камер сердца и поддержанием систолической функции миокарда ЛЖ. Одним из возможных механизмов реализации кардиопротективного действия системной энзимотерапии является торможение системной воспалительной реакции.

Выводы

- Наличие ХОБЛ у больных ИМ ассоциируется с частым развитием атипичных вариантов начала заболевания, осложнений (особенно аритмий) и бактериальных инфекций в остром периоде, а также с более выраженной ХСН в 6-месячной перспективе.
- Морфофункциональное состояние сердца при ИМ и ХОБЛ характеризуется снижением сократительной функции и дилатацией камер сердца, нарастающими в течение 6-месячного постинфарктного периода.
- Одним из патогенетических механизмов акселерации сердечно-сосудистого ремоделирования при ИМ и ХОБЛ может быть активация системного воспаления. Применение системной энзимотерапии на ранних этапах способствует ее коррекции и торможению структурно-функциональной перестройки сердца.

Литература

1. Арутюнов Г. П., Костюкевич О. И., Хадышьян Г. Г. Немедикаментозные методы коррекции системного воспаления при заболеваниях сердечно-сосудистой системы // Сердце: журнал для практикующих врачей. — 2005. — №5. — С. 268—272.
2. Голиков А. П., Давыдов Б. В., Руднев Д. В., Клычникова Е. В., Быкова Н. С., Рябинин В. А., Полумисков В. Ю., Николаева Н. Ю., Голиков П. П. Влияние мексикора на окислительный стресс при остром инфаркте миокарда // Кардиология. — 2005. — №7. — С. 21—26.
3. Коняхин А. Ю., Шмелева Н. В., Каменева Т. Р. и др. Применение флогэнзима при остром инфаркте миокарда / Тез. докл. Российск. нац. конгресса кардиологов. Санкт-Петербург, 8—11 октября 2002 г. — СПб, 2002. — С. 197—198.
4. Мазуров В. И., Лила А. М., Столов С. В. и др. Иммунологические аспекты применения системной энзимотерапии // Цитокины и воспаление. — 2002. — №2. — С. 169—170.
5. Рансбергер К., Ной С. Энзимы и энзимотерапия. — СПб, 1997. — 222 с.
6. Bursi F., Vassallo R., Weston S.A., Killian J.M., Roger V.L. Chronic obstructive pulmonary disease after myocardial infarction in the community // Am. Heart J. — 2010 Jul. — 160 (1). — P. 95—101.
7. Dziewierz A., Siudak Z., Rakowski T., Brzezinski M., Zdzenicka J., Mielecki W., Dubiel J.S., Dudek D. Relationship between chronic obstructive pulmonary disease and in-hospital management and outcomes in patients with acute myocardial infarction // Kardiol. Pol. — 2010 Mar. — 68 (3). — P. 294—301.
8. Hadi H.A., Zubaid M., Al Mahmeed W. et al. Prevalence and prognosis of chronic obstructive pulmonary disease among 8167 Middle Eastern patients with acute coronary syndrome // Clin Cardiol. — 2010 Apr. — 33 (4). — P. 228—235.
9. Schneider C., Bothner U., Jick S.S., Meier C.R. Chronic obstructive pulmonary disease and the risk of cardiovascular diseases // Eur. J. Epidemiol. — 2010 Apr. — 25(4). — P. 253—260.

Проблемы ведения сегмента реестра застрахованных лиц страховой медицинской организации

Чердниченко А. Н., Дубиков С. В., ООО «Электронная медицина», г. Ростов-на-Дону

В связи со вступлением в силу Федерального закона №326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» значительно изменяются и усложняются требования к подсистеме персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах в страховых медицинских организациях (СМО). Ранее эти подсистемы были в значительной степени автономны, а их работа в основном регламентировалась корпоративными стандартами. Взаимодействие СМО с ТФОМС чаще всего сводилось к ежемесячной передаче данных о застрахованных лицах из СМО в ТФОМС и обработке ответа с информацией об ошибках. Федеральный закон №326 от 19.11.2010 регламентирует создание и ведение единого федерального регистра застрахованных лиц, при этом определены весьма сложные процедуры включения, изменения и исключения застрахованных из регистра и указаны сжатые сроки выполнения этих процедур. Закон определяет весьма суровые штрафные санкции, применяемые к СМО в случае предоставления ими в ТФОМС некорректной информации.

Необходимость выполнения перечисленных требований накладывает более жесткие требования к подсистеме ведения сегмента реестра застрахованных лиц СМО. Потребность ежедневного информационного взаимодействия с ТФОМС для передачи информации о вновь застрахованных (или сменивших СМО) гражданах и получение ответов по ранее отправленным запросам требует повышения надежности и точности работы подсистемы. Дополнительные сложности связаны с тем, что ведение реестра застрахованных в СМО осуществляется в территориально распределенных пунктах, зачастую не имеющих устойчивых интернет-каналов связи с центральным офисом. Это влечет за собой все известные проблемы ведения распределенных баз данных, не имеющих онлайн-связи с центральным сервером.

Разработанный ООО «Электронная медицина» программный комплекс «ОМС

ПОЛИС» предназначен для работы с реестром застрахованных лиц СМО в современных условиях. Комплекс полностью соответствует федеральным законам и изданным в настоящее время нормативным документам ФФОМСа. Реализовано несколько режимов работы комплекса:

- работа с единым сервером и доступом по каналам VPN;
- работа автономных узлов без онлайн-связи, с синхронизацией баз застрахованных пересылкой пакетов репликации (например, по электронной почте);
- совмещение перечисленных режимов, когда часть узлов с устойчивой связью работает с удаленным сервером в режиме онлайн, а часть — обменивается информацией в пакетном режиме.

Многочисленные проверки, выполняющиеся как при вводе информации оператором, так и при приеме пакетов репликации, позволяют исключить подавляющее число ошибок информации на самом первом этапе их возникновения. На сегодняшний день комплекс выявляет более 60 видов ошибок.

При разработке системы были учтены и требования ФЗ-152. В комплексе реализована гибкая система управления правами пользователя с возможностью разделения функций обслуживания системы и непосредственного доступа к информации.

Предлагаемая система позволяет существенно увеличить скорость обслуживания граждан, значительно повышает качество ведения реестра застрахованных и, как следствие, позволяет значительно снизить штрафные санкции, налагаемые на СМО за некорректную информацию, предоставляемую в ТФОМС.

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

Комплексное лечение гнойных заболеваний кисти в условиях хирургического стационара

Крайнюков П. Е., к.м.н.; Князева Н. С., Жиленко Э. В., ФГУ «1602 ОБКГ» МО РФ, г. Ростов-на-Дону;
Щербатых А. В., ГОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, г. Иркутск

Проблема диагностики и лечения гнойных заболеваний пальцев кисти на протяжении последних десятилетий является по-прежнему актуальной и заслуживает особого внимания. Известно, что в последние годы, несмотря на достигнутые успехи в лечении этой патологии, количество больных не имеет тенденции к снижению, а результаты лечения нередко остаются неудовлетворительными. Среди всех нагноительных процессов мягких тканей и костей панариции занимают одно из первых мест, составляя до 30% от всех больных, впервые обратившихся к хирургу. Правильно выбранная тактика и способ лечения в конечном итоге определяет его продолжительность и результаты.

Целью нашего исследования была оптимизация процесса лечения гнойных заболеваний кисти в условиях хирургического стационара.

Программа исследования предусматривала решение следующих задач:

- определить объем и характер комплексного лечения панарициев, усовершенствовать методы оперативного лечения панарициев, оценить клиническую эффективность применения непрямой лимфотропной терапии;
- разработать программу реабилитации в послеоперационном периоде у больных с панарициями и провести сравнительную оценку результатов лечения.

Согласно плану исследования, группу клинического сравнения (ГКС) составили 176 пациентов, в которой были выделены: группа с поверхностными формами ГКСПФ ($n=132$) и группа с глубокими формами панариция ГКСГФ ($n=44$). Больным ГКС проводилось вскрытие гнойного очага, его санация и дренирование, антибактериальная терапия общепринятыми способами введения. В основной группе (ОГ) пациентов ($n=181$) также были выделены две группы: с поверхностными формами ОГПФ ($n=134$) и глубокими ОГГФ ($n=47$), в которых, кроме общепринятого лечения с традиционными способами введения антибиотиков, была применена непрямая лимфотропная терапия. Группы были однородны по признакам, которые могут влиять на исход заболевания: нозологическим формам заболеваний, их причинам и сроку от начала заболевания, возрасту больных, виду проводимого лечебного пособия (не выявлено значимых различий по критерию согласия).

Нами целенаправленно было изучено и проанализировано лечение 357 пациентов мужского пола с гнойными заболеваниями пальцев кисти (ГЗПК) в возрасте 18–22 лет, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии военного госпиталя. Среди них преобладали военнослужащие по призыву — 98,3%, военнослужащие контрактной службы составили 6 пациентов (1,7%).

Все пациенты (100%) поступили в удовлетворительном состоянии с жалобами на боли в пораженном пальце. Формы панарициев распределились следующим образом:

- паронихия — 22 наблюдения ($6,2 \pm 1,27\%$);
- кожный панариций — 7 ($2,0 \pm 0,74\%$);
- подногтевой панариций — 71 ($19,9 \pm 2,11\%$);
- подкожный панариций — 166 ($46,5 \pm 2,64\%$);
- костный панариций 80 ($22,4 \pm 2,20\%$);
- суставной панариций — 8 ($2,2 \pm 0,77\%$);
- сухожильная форма — 3 ($0,8 \pm 0,47\%$) наблюдения.

Таким образом, поверхностные панариции составили 266 ($74,5 \pm 2,31\%$) от общего числа наблюдений, а глубокие формы панариция диагностированы у 91 ($25,5 \pm 2,31\%$) пациента.

Правая кисть была поражена у 209 ($58,5 \pm 2,61\%$) пациентов, левая — у 148 ($41,5 \pm 2,61\%$). Значимо чаще ($p < 0,05$) страдали первые пальцы кистей — 118 ($33,1 \pm 2,49\%$), второй палец — 98 ($27,4 \pm 2,36\%$), третий — 86 ($24,1 \pm 2,26\%$), реже всего поражались четвертый и пятый палец 45 ($12,6 \pm 1,75\%$) и 10 ($2,8 \pm 0,87\%$) от общего количества наблюдений. Ногтевая фаланга была поражена у 295 ($82,6 \pm 2,0\%$) пациентов, средняя — у 35 ($9,8 \pm 1,57\%$), основная фаланга — у 27 ($7,6 \pm 1,40\%$) пациентов.

Причиной возникновения панариция в 198 ($55,4 \pm 2,63\%$) наблюдениях явилась микротравма, причем в 107 случаях ($30,0 \pm 2,42\%$) — укол швейной иглой при подшивании подворотничка. Различные травмы пальцев (порезы, ссадины и т. д.) явились причиной возникновения ГЗПК у 90 ($25,2 \pm 2,30\%$) пациентов, кожные заболевания рук — у 2 ($0,6 \pm 0,40\%$). В 67 ($18,8 \pm 2,07\%$) наблюдениях причину заболевания установить не удалось.

С поверхностными формами панариция пациенты обращались, в основном, в первые 4 суток, с глубокими формами 29 пациентов ($31,9\%$) были госпитализированы в стационар только спустя 6 суток от начала заболевания. При проведении анализа зависимости формы заболевания от срока до госпитализации в хирургический стационар установлено, что среди пациентов, госпитализированных позже 7 суток, значимо чаще ($p < 0,05$) встречаются глубокие формы гнойных заболеваний пальцев кисти. Отмечена прямая сильная корреляционная зависимость увеличения частоты глубоких форм панариция в зависимости от срока заболевания ($R=0,8$; $p < 0,05$).

Обследуемым пациентам в госпитале соединения выполнено 264 рентгенологических исследования пальцев кисти. При костных панарициях значимо чаще поражалась ($n=78$, $97,5 \pm 1,75\%$) бугристость ногтевой фаланги ($p < 0,05$), реже — средняя часть ($n=2,2$, $5 \pm 1,75\%$), что связано с более частой травматизацией кончиков пальцев.

Бактериологическое исследование было выполнено у 232 пациентов ($65,0 \pm 2,52\%$) трехкратно на 1, 3, 7 сутки. При бактериологическом исследовании выявлено, что золотистый стафилококк является значимо доминирующей инфекцией ($p < 0,05$). При бактериологических посевах на микрофлору и чувствительность к антибиотикам после вскрытия гнойников он высевался у 185 ($79,7 \pm 2,64\%$) пациентов. В 20 наблюдениях ($8,6 \pm 1,84\%$) обнаружили *St.epidermidis*, *Streptococcus* — в 21 ($9,1 \pm 1,89\%$) случае,

в $2,6 \pm 1,04\%$ наблюдениях роста микрофлоры в первые сутки не было. Бактериологическое исследование проводилось у пациентов с глубокими формами панариция в 91 наблюдении ($25,5 \pm 2,31\%$), при поверхностных формах — у 141 пациента ($39,5 \pm 2,59\%$). В первые сутки во всех группах значимо ($p < 0,05$) преобладает *St. aureus*. Значимых различий между группами по характеру микрофлоры не получено ($p > 0,01$).

У пациентов исследуемых групп наибольшая чувствительность золотистого стафилококка определялась к гентамицину сульфату и цефазолину — $74,6 \pm 2,86\%$ и $80,6 \pm 2,60\%$ соответственно. К пенициллину натриевой соли высокая чувствительность отмечалась лишь в $37,9 \pm 3,19\%$ наблюдений. Стрептококк и эпидермальный стафилококк оказались высокочувствительны практически ко всем тестируемым антибиотикам. Анализ данных бактериологического исследования показал, что рост микрофлоры в ране значимо раньше ($p < 0,05$) прекращался в основной группе.

Исходную цитологическую картину определяли в первый день клинического исследования. Мазки-отпечатки были сделаны сразу после оказания хирургического пособия больным с ГЗПК. При сравнении групп исследования значимых различий в первые сутки по характеру исходной цитологической картины выявлено не было ($p > 0,01$).

Цитологическая картина достаточно полно отражала визуальную и морфометрическую динамику раневого процесса, поэтому клинически значимым явлением (исходом) для сравнения эффекта комплексного лечения в основной и контрольной группах выбраны типы цитогамм — один из основных объективных критериев оценки течения раневого процесса.

Цитологический метод был использован нами для изучения динамики раневого процесса и выяснения эффективности проводимого лечения. Цитологические исследования были проведены 141 пациенту всех групп на 1, 3, 5 и 7 день, всего 564. В первые сутки значимых различий по характеру исходной цитологической картины выявлено не было: в группе с поверхностными формами преобладал дегенеративно-воспалительный, а в группе с глубокими формами — некротический типы цитогамм. На 7 сутки исследования в основной группе значимо чаще определен регенераторный тип цитогамм, а в контрольной группе в $8,3\%$ наблюдений сохранился дегенеративно-воспалительный тип цитогамм.

Цитологические признаки некротических изменений в первый день исследования были диагностированы у 38 пациентов ($26,9 \pm 3,74\%$), значимо чаще определен дегенеративно-воспалительный тип ($p < 0,05$) у 74 ($52,5 \pm 4,22\%$) пациентов, воспалительный тип цитогамм наблюдали у 25 военнослужащих ($17,7 \pm 3,22\%$) и лишь у 4 ($2,8 \pm 1,39\%$) наблюдали воспалительно-регенеративный тип цитологического пейзажа.

Хирургические вмешательства были произведены всем пациентам в первые часы при поступлении. Оперативное вмешательство осуществляли под проводниковой анестезией 1% раствором новокаина. Считаем, что вскрытие гнойного очага на пальце должно проводиться с обязательным учетом рабочих поверхностей пальцев кисти. Всего нами выполнено 441 оперативное вмешательство. Повторные операции и операции, которые привели к нарушению функции, значимо чаще были выполнены в контрольной группе.

Всем больным проводилась антибактериальная терапия. Если эмпирическая антимикробная терапия была эффективной, то применяемый препарат не меняли. Дополнительно назначали препараты, улучшающие микроциркуляцию, и десенсибилизирующую терапию. В основной группе антимикробная терапия дополнялась не прямой лимфотропной терапией (патент на изобретение РФ №2280469 от 27.07.06), причем в ОГПФ антибиотикотерапия осуществлялась только путем не прямой лимфотропной терапии (НЛТ) и внутримышечным введением, а в ОГГФ НЛТ сочеталась с другими путями введения антибиотиков.

Техника выполнения НЛТ

Подкожно в первый межпальцевый промежуток с тыльной стороны под кожу, на глубину 0,5 см вводили раствор лидазы в количестве 16—32 ед. на 2,0 мл 0,5% раствора новокаина. Через 3—4 минуты, не вынимая иглы, вводили до одноразовой дозы (40,0—80,0 мг) гентамицина сульфат. Предплечье на стороне введения массажировали по ходу лимфатических коллекторов. НЛТ применяли в течение 5—7 суток в зависимости от течения гнойного процесса.

Проведение НЛТ в основной группе позволило снизить количество и дозу вводимых антибиотиков, улучшить качество пребывания больного в стационаре за счет исключения болезненных внутривенных и внутрикостных инъекций, а также снизить затраты труда медицинского персонала. Результатами лечения стало своевременное очищение раны, раннее появление грануляций и, как следствие, снижение срока пребывания больного в хирургическом стационаре.

Основными задачами, которые мы ставили при реабилитации пациентов с панарициями, были улучшение трофики пальцев кисти, лимфо- и кровообращения в зоне повреждения (операции) с целью стимуляции регенеративных процессов, предупреждения тугоподвижности в суставах и ограничения движения пальцев.

Реабилитация больных с панарициями проводилась по следующей схеме: иммобилизация пораженной кисти, медикаментозная терапия, физиотерапевтическое лечение и иглорефлексотерапия (патент на изобретение РФ №2247552 от 10.03.05). В процессе реабилитации всем больным назначали дозированную физическую нагрузку и ее постепенное увеличение и расширение с целью увеличения объема движений в пальцах. После очищения раны и появления грануляций объем выполняемых упражнений расширялся и включал в себя активную и пассивную разработку движений в суставах, массаж пораженной конечности.

Иглорефлексотерапия была применена у 174 пациентов ($48,7 \pm 2,64\%$) исследуемых групп. Проведение иглорефлексотерапии обеспечило повышение эффективности лечения за счет снижения болевого синдрома у большинства пациентов ($87,9 \pm 2,47\%$), что не потребовало дополнительного обезболивания в послеоперационном периоде. При поражении I пальца использовали точки P-7 и GI-4; II пальца — GI-6 и P-9; III пальца — MC-6 и TR-4; IV пальца — TR-5 и MC-7; V пальца — C-5 и IG-4, IG-7 и C-7. Сеансы иглорефлексотерапии проводили ежедневно, в среднем 4—5 сеансов на курс лечения, продолжительностью от 20 до 25 минут. С третьих суток начинали пассивные движения в межфаланговых

суставах. Через неделю переходили к дозированным активным движениям пальца с постепенным увеличением нагрузки.

Все пациенты исследуемых групп осмотрены в течение года после выписки из стационара. Результаты лечения мы оценивали по рекомендациям Чадаева А. П., Буткевич А. Ц., Савзян Г. Г. (1996), согласно которым непосредственно результаты лечения следует оценивать по количеству произведенных операций, ведущих к потере пальца или его части, а также вмешательств, заведомо ведущих к нарушению функции пальца и кисти.

При статистической обработке материала установлено, что средние сроки купирования воспалительных явлений, появление грануляций по данным клиники и цитологических исследований в основной группе были

значимо меньше, чем в группе клинического сравнения ($p < 0,05$).

Таким образом, можно сделать выводы, что:

- Непрямая лимфотропная терапия является эффективным способом в комплексном лечении гнойных заболеваний кисти, а разработка и введение антибиотиков на ее основе является перспективным направлением в лечении данной патологии.
- Применение в комплексном лечении панарициев лечебно-реабилитационной программы с иглорефлексотерапией позволяет значительно улучшить функциональные, эстетические результаты лечения и сокращает период трудовой и социальной реабилитации пациентов с гнойными заболеваниями кисти.



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 25550
Лабораторные столы (метал. каркас, рабочая поверхность и тумбы на выбор)	от 4790
Шкафы лабораторные для хранения	от 7990
Мойки лабораторные (раковина – нерж. сталь или полипропилен)	от 9910
Лабораторные столы с полками (метал. каркас, полки, светильник, розетки, рабочая поверхность по выбору, тумбы)	от 9580
Островные столы (метал. каркас, полки, светильник, розетки, рабочая поверхность по выбору, тумбы)	от 19960
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 9980
Стол письменный	от 2700
Табулет лабораторный	от 1340

Читателям журнала при ссылке на данное объявление скидка 4%

Показания к операции прямой реваскуляризации миокарда у больных с различной тяжестью ИБС

Углов А. И., руководитель центра сердечно-сосудистой хирургии, НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону

Развитие коронарной шунтирующей хирургии до начала эры искусственного кровообращения было «стремительно» слабым пониманием патофизиологии ишемии миокарда, техническими трудностями и неудовлетворительными клиническими результатами. Искусственное кровообращение способствовало значительному прогрессу в области сердечной хирургии за последние годы. Сегодня коронарное шунтирование и искусственное кровообращение — тщательно изучаемые методики, которые находятся в постоянном развитии.

По мере накопления хирургического опыта, совершенствования технологического и анестезиологического обеспечения операций, в последние годы удалось добиться значительного прогресса в коронарной хирургии, а летальность снизить до уровня таковой при рутинных хирургических вмешательствах [1].

Накопление опыта в технике операционного вмешательства и анестезиологического пособия свели к минимуму риск осложнений, связанных с искусственным кровообращением и операционной травмой. Госпитальная

летальность, связанная с возникновением периоперационных осложнений, по данным крупных многоцентровых исследований, составляет не более 1,5—2,5%. Полное исчезновение симптомов стенокардии, по данным Sang-Wong Kim и соавт., наблюдается у 97% больных после операции коронарного шунтирования.

Не остается сомнений, что применяемые в кардиохирургии современные методы лечения коронарного атеросклероза обеспечивают эффективную реваскуляризацию с минимальным риском развития фатальных осложнений и минимальной операционной травмой.

Выполнение коронарного шунтирования позволяет добиться полной реваскуляризации с минимальным риском развития острых осложнений независимо от особенностей морфологии многососудистого поражения. Высокая вероятность достижения полной реваскуляризации относится к несомненным достоинствам метода. Тем не менее, аортокоронарные шунты имеют ограниченный ресурс жизнеспособности. Патологические процессы в шунтах могут приводить к стенозирующему поражению

или их полной окклюзии в различные сроки после операции, что может быть причиной возобновления клиники ИБС.

В 70—90-х годах проведено множество различных исследований, обосновывавших показания, технику и тактику операций. При непосредственном участии кардиологов проведено три крупнейших рандомизированных исследования по сравнению результатов медикаментозного и хирургического лечения ИБС [2, 3, 4]. Несмотря на ряд ограничений и различий в интерпретации данных, эти исследования определили судьбу коронарной хирургии, показания к операциям и стандарты хирургической техники на долгие годы.

В исследовании (VA) была рандомизирована группа мужчин среднего возраста без четкой выборки по тяжести болезни. Предварительные результаты озадачили коронарных хирургов, так как исследование продемонстрировало, что через 21 месяц после операции различий по количеству выживших между медикаментозной и хирургической группой не было. Базовые данные исследования были подвергнуты серьезной критике. Исследователи проследили контрольные группы в течение 11 лет. У пациентов с умеренной тяжестью ИБС различий в продолжительности жизни не выявлено. Отмечено, что в течение первых 7 лет после операции у больных в группе хирургического лечения с тяжелым поражением коронарных артерий и нарушениями сократительной функции сердца, прогноз оказался лучше, чем при консервативном ведении, однако к 11 годам эти различия нивелировались.

В противоположность Veterans Administration Study, данные Европейского исследования показали, что результаты хирургического лечения больных с поражениями двух или трех коронарных сосудов лучше, чем медикаментозного (через 8 лет выжило 73% в группе медикаментозного лечения и 91% в хирургической группе больных с трехсосудистыми поражениями, 79 и 90%, соответственно, в группе больных с двухсосудистыми поражениями). Европейское исследование показало также, что у пациентов с проксимальным поражением передней нисходящей артерии (ПНА), электрокардиографической динамикой сегмента ST при нагрузочных тестах и поражением периферических сосудов прогноз при хирургическом лечении более благоприятен, чем при медикаментозном.

Основываясь на опубликованных в 1983 году данных, авторы CASS — наиболее крупного исследования — сделали вывод о возможности длительного медикаментозного лечения у указанного контингента больных, несмотря на стенокардию, если качество жизни удовлетворяет пациентов. Следует отметить, что этот вывод сделан на основании суперселективной выборки: были исключены все больные с тяжелой стенокардией, поражениями ствола левой коронарной артерии (ЛКА), сердечной недостаточностью и старше 65 лет. Таким образом, было выбрано около 2100 наблюдений, причем только 38% согласились на рандомизацию. Несмотря на относительную однородность выбранной популяции, у отказавшихся от рандомизации 1300 больных ангиографические данные отличались от рандомизированной группы: чаще встречались поражения ствола ЛКА, проксимальные поражения ПНА и всех трех сосудов, что могло повлиять на результаты. Кроме того, при углубленном анализе полученных результатов выяснилось, что среди пациентов с трехсосудистыми поражениями, получавших консервативное лечение, 51% умерли или перенесли инфаркты миокарда или операцию по поводу ИБС в течение 5 лет после включения в исследование по сравнению с 22% в хирургической группе. А в целом около четверти пациентов медикаментозной группы

были направлены на оперативное лечение в течение 5 лет. Однако по статистическим соображениям все эти пациенты анализировались в группе медикаментозного лечения. В небольшой группе больных с трехсосудистыми поражениями и умеренным снижением функции миокарда значительные различия отмечены через 7 лет после операции, что свидетельствует о пользе оперативного лечения.

Если учесть возможность развития инфаркта миокарда и внезапной смерти без предшествующего прогрессирования клиники, понятно, почему многие хирурги настаивают на решении вопроса об операции у пациентов с умеренно выраженной клиникой ИБС. В отношении продолжительности жизни у пациентов с тяжелой клинической картиной заболевания и значительным поражением коронарных артерий CASS убедительно продемонстрировало преимущества хирургического подхода. Помимо решения основных перспективных задач, CASS выявило ряд чрезвычайно важных особенностей коронарной хирургии. Выяснено, что основным фактором операционного риска является квалификация хирургической бригады, что при хирургических вмешательствах по срочным показаниям летальность вдвое выше, а по экстренным — в шесть раз выше, чем при плановых операциях.

Особенно велико значение хирургического лечения в плане улучшения качества жизни, устранения болевого синдрома. Так, при медикаментозном лечении только у 10—14% не отмечается болевого синдрома, в то же время почти в половине случаев сохраняются приступы стенокардии с частыми нестабильными состояниями, существенно снижающими качество жизни. Успешные результаты оперативного лечения отмечаются в 75—90% наблюдений, из них у 33—55% стенокардия отсутствует.

В нерандомизированных исследованиях количество больных с отсутствием симптоматики или улучшением клинического течения ИБС после операций в среднем еще выше, в частности, без стенокардии до 75%, с улучшением состояния до 97%, ухудшение отмечено лишь в 25% наблюдений [5]. В целом нерандомизированные ретроспективные сравнения результатов медикаментозного и хирургического лечения ИБС, проведенные в ведущих клиниках США, выявили преимущества операции не только в отношении клиники, но и продолжительности жизни, причем при любых значимых поражениях коронарного русла.

В настоящее время найден определенный консенсус между кардиологами и хирургами по поводу тактики лечения ИБС. Основными целями как медикаментозного, так и хирургического лечения являются продление жизни пациентов и устранение стенокардии, то есть улучшение качества жизни. Показания к операции КШ в основном базируются на выраженности стенокардии, распространенности поражения коронарного русла по данным инвазивного обследования и сократительной способности левого желудочка. В общем, концепция выглядит следующим образом: пациенты с умеренно выраженной стенокардией, поддающейся медикаментозной терапии и не ухудшающей качество жизни, могут лечиться консервативно. В случаях, когда болезнь вызывает ограничения нормальной жизнедеятельности, показано специализированное обследование, и при выявлении значимого поражения коронарных артерий пациент может быть кандидатом для инвазивного лечения.

Значительное нарушение сократительной способности левого желудочка (фракция выброса менее 35%, конечное диастолическое давление ЛЖ более 25 мм рт.ст.) в сочетании с клинически выраженной сердечной недостаточностью существенно ухудшают прогноз как при хирургическом, так и при медикаментозном лечении,



Рис. 1

Передняя миниторакотомия

однако не считаются в настоящее время абсолютными противопоказаниями к КШ [6].

Если по данным позитронноэмиссионной томографии, радиоизотопного исследования или стресс-ЭхоКГ с добутамином установлено, что систолическая дисфункция ЛЖ является следствием хронической гипоперфузии (гибернации миокарда), а не рубцового поражения миокарда, выживаемость и отдаленные результаты хирургического лечения в данной группе пациентов достоверно лучше, чем при медикаментозном лечении [7].

Повреждающие эффекты искусственного кровообращения (ИК) хорошо исследованы и нежелательные клинические последствия четко определены. В итоге, устранение ИК при выполнении коронарного шунтирования означает потенциальное устранение клинических и субклинических проявлений связанных с ИК осложнений.

Было продемонстрировано, что OPCAB (OPCAB — off-pump coronary artery bypass grafting — коронарное шунтирование без насоса аппарата ИК) предполагает прогностическое преимущество над шунтированием в условиях ИК у больных с повышенным хирургическим риском вследствие осложненной ИБС и/или ослабленных сопутствующей патологией. Важно, что оптимизация пациентов с высоким риском до операции играет критическую роль в определении клинического результата для обоих методов реваскуляризации миокарда. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) и сниженная функция левого желудочка устанавливают высокий хирургический риск шунтирования в условиях ИК из-за повреждающих эффектов ИК на миокард, и часто интраоперационная защита миокарда не предотвращает немедленной послеоперационной дисфункции левого желудочка. OPCAB имеет сравнительно лучшие результаты у больных с реваскуляризацией миокарда сразу после недавнего ОИМ. Mohr с соавт. сообщили о смертности 1,7% при 1- и 5-летней актуарной выживаемости 94,7% и 82,3%, соответственно, в серии из 57 пациентов, у 56% из которых OPCAB операция была выполнена по неотложным показаниям в течение 48 часов после ОИМ. Некоторые больные этой серии имели кардиогенный шок. Таким образом, OPCAB снижает операционный риск при наличии нарушенной функции левого желудочка.

Пожилые больные считаются пациентами высокого хирургического риска из-за сниженных функциональных резервов и наличия сопутствующих заболеваний. Поэтому результаты АКШ с ИК у этой группы больных характеризуются повышенной частотой возникновения

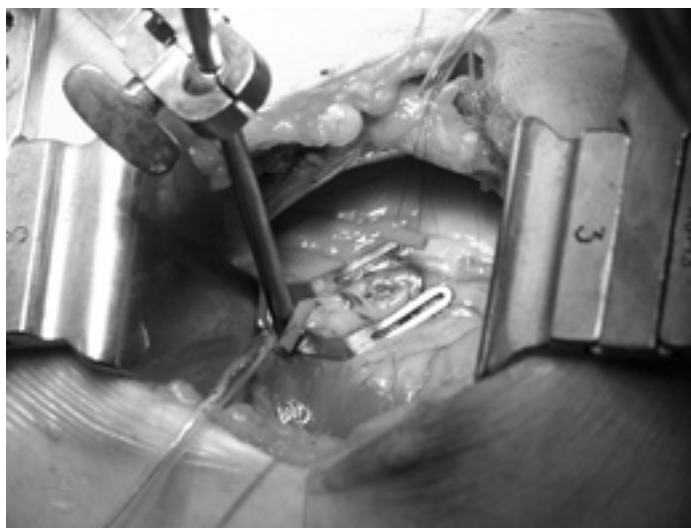


Рис. 2

Стабилизация миокарда

осложнений и смертностью. Интересно, что OPCAB улучшает клинические результаты операции в этой увеличивающейся популяции хирургических пациентов. Частота инсультов, периоперационных ОИМ, длительность ИВЛ, объемы трансфузии крови, длительность пребывания в реанимации и стационаре, а также в целом показатель смертности снижаются. Возможно, сочетание OPCAB метода с миниинвазивным доступом и ограниченным рассечением перикарда без обширных манипуляций на сердце могут способствовать улучшенным результатам OPCAB повторных АКШ.

Собственный опыт реваскуляризации методом OPCAB с 2000 по 2010 гг. — 307 пациентов с летальностью 0,9% (3 пациента). С использованием мини-доступа оперировано 42 пациента (рис. 1, 2, 3).

Растущая уверенность в технике OPCAB и благоприятное воздействие этой техники на клинические результаты обеспечили толчок к распространению этого подхода на пациентов среднего и низкого хирургического риска. Рандомизированное клиническое исследование, сравнивающее клинические результаты через 1 месяц после операции между группой пациентов низкого риска OPCAB и группой АКШ в условиях ИК, не обнаружило различий, за исключением меньшего использования препаратов крови в группе OPCAB. Через 1 год свобода от смерти, инсульта, инфаркта миокарда и повторного АКШ для обеих групп была схожей (90,6% в группе АКШ с ИК против 88% — в OPCAB-группе), и не было различий в показателях состоятельности шунтов (93% в группе с ИК против 91% в группе OPCAB). По сравнению с чрезкожной транслюминальной коронарной ангиопластикой со стентированием, проспективное рандомизированное изучение одностенного стеноза передней межжелудочковой артерии обнаружило, что OPCAB этой артерии, осуществляемое через маленькую левую переднюю торакотомия, существенно снижает частоту возникновения неблагоприятных сердечных и цереброваскулярных эксцессов, тяжесть рецидивной стенокардии, необходимости ангинозной терапии и повторных вмешательств на пораженном сосуде.

Развитие современных методов ангиопластики открыло новые перспективы лечения ИБС без коронарного шунтирования у значительного контингента больных. У пациентов с окклюзиями коронарных артерий и множественными осложненными поражениями результаты хирургического лечения лучше, чем ангиопластики [8].

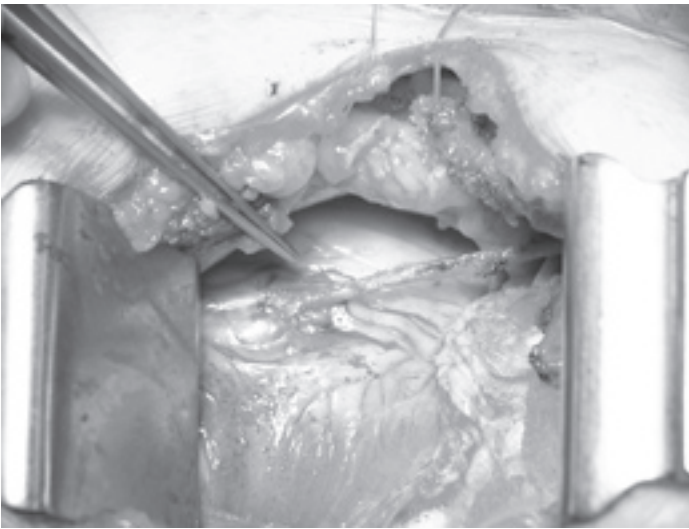


Рис. 3

Анастомоз внутренней грудной артерии с передней нисходящей артерией

С накоплением опыта чрескожных интервенций, широким применением антиагрегантной терапии и совершенствованием интракоронарных стентов, возможности ангиопластики значительно расширились. При изолированных поражениях коронарных артерий и благоприятных для дилатации вариантах стенозов ангиопластика может быть методом выбора. Тем не менее при многососудистом поражении количество осложнений остается высоким. При неуспешной ангиопластике также могут возникнуть показания к экстренному проведению операции КШ: окклюзия сосуда, сопровождающаяся ишемией значительной области миокарда, особенно с нестабильной гемодинамикой.

Литература

1. Шабалкин Б. В. Аортокоронарное шунтирование в лечении ИБС: автореф. дисс.... д.м.н. — М, 1975.
2. CASS Principal Investigators and their Associates. Coronary Artery Surgery Study (CASS): a randomized trial of coronary artery bypass surgery, quality of life in patients randomly assigned to treatment groups // *Circulation*. — 1983. — Vol. 68. — №5. — P. 951–960.
3. Lawrie M., Morris G., Howell J. et al. Results of coronary bypass more than five years after operation in 434 patients: clinical treadmill exercise and angiographic correlation // *Am. J. Cardiol.* — 1977 — V. 40. — №8. — P. 665–672.
4. Stahle E., Bergstrom R., Edlund B. et al. Influence of left ventricular function on survival after coronary artery bypass grafting // *Ann. Thorac. Surg.* — 1997. — V. 64. — P. 437–444.
5. Loop F., Cosgrove D., Lytle B. An informed approach to coronary artery surgery. In: *Anaesthesia and the heart patient* / Ed. Estafanous F. — Butterworth, Boston, London, 1989. — P. 49–55.
6. Yusuf S., Zucker D., Peduzzi P. et al. Effect of coronary artery bypass graft surgery on survival: overview of the 10 year results from randomised trials by the Coronary Artery Bypass Graft Surgery Trialists Collaboration // *Lancet*. — 1994. — Vol. 344. — P. 563–570.
7. Berger P., Stensrud P., Daly R. et al. Time to reperfusion and other procedural characteristics of emergency coronary artery bypass surgery after unsuccessful coronary angioplasty // *Am. J. Cardiol.* — 1995. — V. 76. — P. 565–569.
8. Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Investigators Comparison of coronary bypass surgery with angioplasty in patient with multivessel disease // *N. Engl. J. Med.* — 1996. — V. 335. — P. 217–225.

От новых технологий -
к высоким стандартам!

ТЕХНОЛОГИЯ ТЕ СТАНДАРТ

Производство и реализация широкого спектра
диагностических наборов для оценки гемостаза

ТЕХ-ПОЛИМЕР-ТЕСТ
80-160
80-160

ТЕХНОЛОГИЯ ТЕ СТАНДАРТ
125
125

НОВИНКИ-2011



В 2009 году система
менеджмента качества ООО
фирмы «Технология-Стандарт»
сертифицирована на соответствие
требованиям ISO 9001:2008
и ГОСТ Р ИСО 9001:2008

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:

656037, г. Барнаул, а/я 1351
Адрес производства: 656037,
г. Барнаул,
пр-т Калинина, 116/95
тел./факс:
(3852) 229-937, 229-938,
229-939, 271-300, 271-101
e-mail:
mail@tehnologia-standart.ru,
сайт www.tehnologia-standart.ru

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО В МОСКВЕ:

М. «Текстильщики»,
ул. Шоссейная, д. 1, кор. 2
тел./факс: (495) 730-41-69,
974-64-14, 730-18-19, 974-64-00,
(499) 179-88-14
e-mail: tech-standart@yandex.ru

Галокамера — путь к здоровью

Уникальный микроклимат, созданный самой природой в соляных пещерах, издавна привлекает желающих укрепить и поддержать здоровье. Теперь, чтобы посетить соляные пещеры, не нужно уезжать из городов, экология которых оставляет желать лучшего.

Разработанная ООО «СЗЦ «СОМ» «Пещера искусственная аэрозолевая (Галокамера)» способна создать у Вас этот уникальный целебный микроклимат.

Современная Галокамера обычно состоит из двух смежных помещений: лечебного (Галокамеры) с разнообразным галодизайном, имитирующим природную соляную пещеру, и операторской, где размещается оборудование.

В Галокамере формируется лечебная среда, насыщенная высокодисперсным сухим аэрозолем хлорида натрия с преобладающей (до 90%) респираторной фракцией частиц (до 5 мкм). Лечебная среда создается Аэрозоле-генератором СОМ-02 за счет распыления специального препарата «Аэрозоль» («Аэрогалит»), позволяющего быстро воссоздавать атмосферу соляных пещер. На стены Галокамеры наносится специальное соляное покрытие в виде соляной плитки (блоков, кирпичей), солевого напыления и др. Солевое покрытие является буферной емкостью по отношению к атмосферной влаге, способствует поддержанию асептических условий среды, защищает от высокой аллергической нагрузки.

Помимо лечебной среды, важно также и психосуггестивное воздействие на находящихся в Галокамере пациентов при помощи музыкотерапии (релаксационная музыка и звуки природы) и цветотерапии.

Вообще, атмосфера в рукотворной соляной пещере располагает к отдыху и расслаблению. Соляные сталактиты и сталагмиты, причудливые узоры, мягко подсвеченные скрытыми лампами, необычный рельеф стен, покрытых слоем соли, релаксационная музыка и несколько человек, расположившихся в удобных креслах — так выглядит со стороны обычный сеанс галотерапии. Даже кратковременное пребывание в Галокамере оказывает выраженное оздоравливающее действие у людей любого возраста.

Наш Центр предлагает различные варианты оформления Галокамер, например:

- Галокамера для детских учреждений «В гостях у сказки»;
- Галокамера «Пещера»;
- Галокамера «Архитектура родного города/края» и другие варианты.

Каждая Галокамера индивидуальна и оформляется исключительно с учетом эстетических предпочтений и финансовых возможностей заказчика.



Галотерапия используется у взрослых и детей, прежде всего с целью:

- профилактики вирусных инфекций и простудных заболеваний;
- лечения патологии дыхательных путей;
- уменьшения аллергизации организма и укрепления иммунитета;
- нормализации обменных процессов;
- профилактики кожных заболеваний, очищения и омоложения кожи и в косметических целях (антицеллюлитный эффект, выведение шлаков);
- снятия хронической усталости, релаксации и отдыха.

Ее отличает высокая лечебная эффективность, физиологичность, антиаллергическое действие, стимуляция резистентности организма, безопасность, комфортность.

Установить галокамеру можно практически в любом помещении (от 4—5 м²): в офисах, гостиницах, салонах, SPA-, Fitness-и Wellness-центрах, лечебно-профилактических, санаторно-курортных, общеобразовательных учреждениях, в том числе — для коммерческого использования.

Покупка Галокамеры является очень рентабельным бизнесом. Соляная пещера «под ключ» от ООО «СЗЦ «СОМ» стоит 350—400 тыс. руб. Сеанс галотерапии в среднем обходится клиенту в 200—300 рублей. При этом в соляной пещере могут находиться одновременно 4—8 человек. Техническое обслуживание соляной пещеры можно проводить самостоятельно, дополнительных денег оно не потребует. Срок службы Галокамеры составляет 7—10 лет.

ООО «СЗЦ «СОМ» осуществляет не только поставку собственного оборудования для галотерапии, но и его монтаж, наладку и проведение работ по нанесению соляного покрытия, а также обучение персонала. Центр выполняет модернизацию устаревших Галокамер (с заменой генератора и обновлением соляного покрытия).

Центр имеет все необходимые разрешающие документы в соответствии с законодательством РФ (лицензия, сертификаты соответствия, регистрационное удостоверение, санитарно-эпидемиологическое заключение), в том числе сертификат соответствия на весь технический комплекс «Пещера искусственная аэрозолевая (Галокамера)».

Наши координаты: 197198, г. Санкт-Петербург, ул. Блохина, 12

тел./факс: (812) 233-63-09, 405-89-85, тел.: (812) 232-45-98

e-mail: stobmed@mail.ru, <http://www.som-spb.ru>

ООО «МЕДОРТ ЕВРАЗИЯ»

эксклюзивный дистрибьютор фирмы-производителя «mdh»
Sp. z o.o. (Польша) в России предлагает опоры нижних
конечностей и туловища для обеспечения вертикализации
и передвижения инвалидов — аппарат ортопедический
«ДИНАМИЧЕСКИЙ ПАРАПОДИУМ» для активной реабилитации
больных с травмами спинного мозга и ДЦП



Динамический PD
100/125/150/180/200

Статический PST
100/125/150/180/200

Мобильный PJMP
100/125/150/180/200

**Мобильный
комбо PJMC**
100/125/150/180/200

Аппарат соответствует обязательным государственным требованиям и имеет Российское Регистрационное Удостоверение
ФС №2009/04194 от 17.04.09, Российский сертификат соответствия № РОСС PL.ИМ13.В02624 от 23.04.09

БЕСПЛАТНЫЙ МНОГОКАНАЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН 8-800-200-44-53

г. МОСКВА: (495) 225-44-53, г. Н. НОВГОРОД: (831) 413-94-17, г. САРОВ: (83130) 7-53-43, 5-47-44
E-MAIL: medort@mail.ru, САЙТ: www.parapodium.ru

РЕКЛАМА



Научно-инженерный Центр «Альфа-РЭТ» и Научно-производственный Центр «Альфа-Ритм» представляют

**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
усталости, 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.



Высокоэффективные
ультрафиолетовые бактерицидные
облучатели воздуха закрытого
(рециркуляторного) типов серии
«ОБРИОН-РЭТ», которые
предназначены для обеззараживания,
очистки 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

ЛайфКор

Интернационал

Эксклюзивный представитель
компании AirSep (США)

МЕДИЦИНСКИЕ КИСЛОРОДНЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ



FREESTYLE

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



NEWLIFE

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



RELANT

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



MZ-30

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



MZ

завод любой производительности
для любой больницы.



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

ЛайфКор
Интернационал

Эксклюзивный представитель
компании AirSep (США)

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

реклама

Реконструктивная хирургия в травматологии и ортопедии. Опыт 1-го травматологического отделения МЛПУ «ГБСП-2»

Машталов В. Д.; Бехтерев А. В.; Ткаченко С. А.;

1 травматологическое отделение МЛПУ «ГБСП-2», г. Ростов-на-Дону

Лечение пациентов с переломами и дефектами мягких тканей большой площади остается актуальной и сложно решаемой проблемой. По завершению обработки открытого перелома возникает дефицит мягких тканей, препятствующий полноценному укрытию оголенной в результате травмы кости. При невозможности закрыть дефект может даже возникнуть необходимость в ампутации сегмента.

Мы считаем ошибочным стремление во что бы то ни стало первичного закрытия раны над переломом. Ни в коем случае нельзя накладывать первичные швы даже в условиях малейшего натяжения. Ушибленная, истонченная кожа является последней (и единственной) линией обороны при низком переломе и поперечной ране над ним. Первичный шов при нарастающем посттравматическом отеке нередко приводит к гибели кожи и развитию тяжелых гнойных осложнений.

Тем не менее, в любом случае необходимо стремиться к максимально раннему закрытию раны над переломом жизнеспособными мягкими тканями. Чем дольше рана остается открытой, тем больше оснований для инфекционных осложнений со стороны перелома и нарушений его консолидации. Возникает вопрос — чем закрывать? Широко используемая свободная кожная пластика расщепленным кожным аутооттрансплантатом не всегда способна восстановить функционально пригодный кожный покров.

Имеющиеся знания и постоянная практическая работа в анатомическом театре по изучению кровоснабжения различных комплексов тканей позволили начать выполнять реконструктивные операции по замещению дефектов конечностей с применением микрохирургической техники: пересадки сложных комплексов тканей для восстановления функционально пригодного покрова.

В тех случаях, когда поперечно расположенная рана или дефект кожи располагаются в пределах верхней

и средней трети (и даже на границе средней и нижней трети) голени, в момент выполнения первичной хирургической обработки жизненно важно для кости закрыть ее жизнеспособной мышцей (рис. 1, 2).

Обычно для этого достаточно мобилизовать медиальную порцию камбаловидной мышцы с сохранением питающих сосудов, которая, подшиваясь к передней большеберцовой, прикрывает кость. В качестве таких своеобразных доноров для дефектов, локализирующихся на уровне средней трети голени, могут выступать и длинные разгибатели пальцев или длинный разгибатель большого пальца стопы. Жизнеспособная мышца защищает кость от высыхания, от вторичного инфицирования и, кроме того, может служить отличным «ложом» для последующей свободной кожной аутопластики (рис. 3, 4).

Наиболее неблагоприятной локализацией раны является поперечное расположение раны или дефект кожи по внутренней поверхности в надлодыжечной области, области голеностопного сустава, заднего отдела стопы. Кость здесь защищена практически только кожей, и ее грубое повреждение или некроз вследствие размятия и нарушения кровообращения почти всегда ведет к секвестрации участка поврежденной кости. Очень часто в надежде на сухой некроз или так называемое «заживание под коркой» этот участок кожи с сомнительной жизнеспособностью подсушивается (рис. 5, 6).

Возможности традиционных методов кожной пластики здесь ограничены из-за отсутствия полноценного пластического материала. В подобных случаях рекомендуется пластическая реконструкция кожно-фасциальными лоскутами на питающей ножке (рис. 7–10).

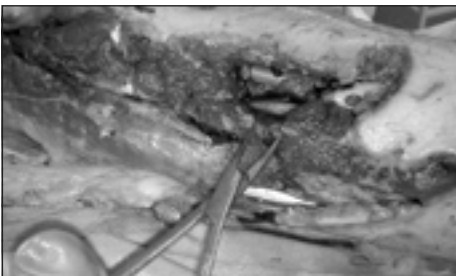


Рис. 1



Рис. 3



Рис. 5

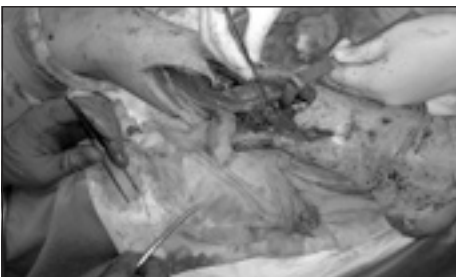


Рис. 2



Рис. 4



Рис. 6



Рис. 7

Данные различных авторов показывают, что 4,7—5,5% поступивших пациентов травматологического профиля нуждаются в микрохирургических реконструктивно-восстановительных операциях. С учетом хирургии поврежденных периферических нервов этот показатель возрастает до 14,1—16,5%.

Экстренные реконструктивные микрохирургические вмешательства при своевременном и грамотном их выполнении позволяют добиваться исключительно высоких функциональных и косметических результатов лечения, которые становятся недостижимыми уже через несколько часов или суток после травмы. Такие операции обеспечивают сохранение жизнеспособности поврежденного сегмента при тяжелой травме с нарушением кровоснабжения, предотвращают серьезные последствия травмы при обширных дефектах тканей, дают возможность использовать утильные или поврежденные части сегмента с целью первичной его реконструкции, а также позволяют выполнить первичный шов или пластику поврежденных периферических нервов.

Важнейшим направлением в ургентной микрохирургии является лечение пострадавших с тяжелыми травмами конечностей, сопровождающимися обширным разрушением или утратой значительных объемов тканей. Решение реконструктивных задач у этой категории больных особенно сложно в случаях локализации обширных и глубоких раневых дефектов в дистальных отделах конечностей, где ресурсы для традиционных пластических операций существенно ограничены. Именно в таких ситуациях микрохирургические реконструктивные вмешательства особенно эффективны.

Однако это совсем не означает, что все больные с повреждениями и заболеваниями конечностей нуждаются в микрохирургических вмешательствах. Известно, что применение прецизионной техники при восстановлении сухожилий, нервов и кровеносных сосудов дает возможность получить лучшие функциональные результаты, а при лечении больных с обширными дефектами тканей, сегментарными дефектами костей она открывает широкие возможности выбора оптимального оперативного вмешательства с целью достижения лучшего результата в более короткие сроки.

Выполнение микрохирургических операций с целью замещения крупных тканевых дефектов на предплечьи, голени, стопе позволяет одновременно выполнить остеосинтез, восстановить все поврежденные сухожильные и мышечные образования,шить в случае необходимости поврежденные магистральные сосуды, обеспечивающие жизнеспособность реконструируемого сегмента и, наконец, выполнить прецизионную нейрорафию или первичную пластику периферических нервов. Пересаживаемый в таких случаях кожный лоскут имеет мощное автономное кровоснабжение тканей в зонах с нарушенным кровоснабжением, что позволяет сохранить костные и сухожильные структуры, утратившие свои источники питания, и предотвратить такое грозное осложнение, как послеоперационный остеомиелит.



Рис. 8

Таким образом, можно выделить следующие области применения реконструктивной микрохирургии в наших условиях:

- тяжелые травмы конечностей, сопровождающиеся глубокими и обширными дефектами мягких тканей;
- реплантация крупных сегментов конечностей;
- хронический посттравматический остеомиелит;
- пролежни;
- органосохраняющие операции при лечении мягкотканых и костных опухолей конечностей;
- восстановление функции при высоких повреждениях периферических нервов;
- коррекция посттравматических рубцовых деформаций;
- замещение сегментарных дефектов конечностей;
- восстановление утраченных пальцев кисти.

Учитывая актуальность этой темы для всех специалистов, мы готовы к общению, совместному поиску решения проблем ваших пациентов.



Рис. 9



Рис. 10

Факторы риска развития внебольничной пневмонии у военнослужащих молодого возраста, принципы реабилитации и диспансеризации

Крайнюков П. Е., к.м.н., начальник ФГУ «1602 ОБКГ» МО РФ, г. Ростов-на-Дону;

Борисов И. М., к.м.н., начальник пульмонологического отделения

ФГУ «19 военный госпиталь РВСН» МО РФ, г. Знаменск, Астраханская область;

Серговенцев А. А., к.м.н., главный терапевт «1602 ОБКГ» МО РФ, г. Ростов-на-Дону

Внебольничная пневмония (ВП) до настоящего времени остается актуальной проблемой медицины, несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения этого заболевания [1, 6, 7, 10–12]. В 2001 году в РФ среди лиц старше 18 лет было зарегистрировано 440049 случаев ВП (3,9‰), а в 2005 году показатель заболеваемости ВП во всех возрастных группах составил уже 4,1‰. У отдельных категорий населения отмечена более высокая заболеваемость ВП. Так, согласно данным ежегодных отчетов медицинской службы Министерства обороны РФ, у военнослужащих, проходивших службу по призыву в 2000–2006 годах, она составила 35,3–45,5‰ [4, 7]. В структуре всех болезней военнослужащих по призыву удельный вес ВП в Вооруженных Силах РФ превысил 17%, а доля дней нетрудоспособности — 37% [4]. Таким образом, для военной медицины проблема ВП является особенно значимой [2, 3, 5, 8]. Вместе с тем, эпидемиологические аспекты ВП, развивающейся у молодых пациентов в закрытых коллективах, в том числе у военнослужащих по призыву, до настоящего времени остаются недостаточно изученными.

Цель нашего исследования состояла в выявлении наиболее значимых экзогенных и эндогенных факторов риска развития пневмонии у военнослужащих молодого возраста с использованием метода клинко-эпидемиологического анализа, а также разработка комплексной реабилитации пациентов, перенесших внебольничную пневмонию.

Материалы и методы

Для проведения клинко-эпидемиологического обследования нами были разработаны программа и индивидуальные карты клинко-эпидемиологического и экспертного обследования военнослужащих молодого возраста с ВП, которые содержали 102 различных признака оценки заболевания. Было проанализировано 668 историй болезни военнослужащих в возрасте 18,5–23 лет, госпитализированных в пульмонологическое отделение ФГУ «19 военный госпиталь РВСН» МО РФ (г. Знаменск) в период 1998–2008 годов по поводу ВП различной степени тяжести.

Изучались клинические особенности заболевания, наличие и характер осложнений, а также экзогенные и эндогенные факторы риска ВП и ее исходы.

Экзогенные факторы риска включали курение, неблагоприятные условия труда, переохлаждение, переуплотненность при размещении военнослужащих, неблагоприятные бытовые условия, профессиональные вредности; эндогенные — хронические очаги инфекции (стоматологические, лор-органов, гнойничковые поражения кожных покровов и слизистых), внелегочные аллергические заболевания (атопический дерматит, отек Квинке, аллергическая крапивница, лекарственная аллергия в анамнезе), частые ОРВИ (более 4-х в году), острые затяжные бронхиты в анамнезе, фоновые заболевания органов

дыхания (хронический бронхит, бронхиальная астма), перенесенные ранее заболевания легких, в том числе ВП, туберкулез, сухой плеврит, травмы грудной клетки; врожденные дефекты бронхиальной системы, в том числе и у родственников, недостаточное питание, сопутствующие заболевания.

Под диспансерным наблюдением в течение трех месяцев находились 42 реконвалесцента ВП. В соответствии с методическими указаниями ГВМУ МО РФ «Организация диспансеризации в Вооруженных силах РФ» от 2005 года через 3 месяца после выписки из стационара пациенты осматривались терапевтом, им выполнялись рентгенологическое исследование органов грудной клетки, общие анализы крови, мочи, мокроты; по показаниям назначались консультации стоматолога, фтизиатра и отоларинголога, проводилась санация очагов хронической инфекции. При наличии признаков бронхообструкции выполнялась спирография. Заключительный осмотр проводился к исходу 6 месяца после выписки из стационара.

Результаты и обсуждение

Были выявлены следующие особенности течения пневмоний у военнослужащих, госпитализированных в пульмонологическое отделение ФГУ «19 военный госпиталь РВСН» МО РФ. У 73 пациентов (11%) заболевание протекало в тяжелой форме. Острое начало заболевания наблюдалось у 448 (67%) больных, у остальных ВП развивалась на фоне острой вирусной инфекции или острого бронхита. У большинства пациентов (641 человек, 96%) первым симптомом заболевания был кашель, преимущественно сухой или с незначительным количеством вязкой мокроты слизистого или слизисто-гнойного характера. При тяжелом течении пневмонии мокрота была «ржавой» у 32 человек (4,8%). Симптомы интоксикации отмечались у 2/3 больных, причем повышение температуры — у всех пациентов. При рентгенологическом исследовании правостороннее поражение легочной паренхимы имело место у 286 больных (42,8%), левостороннее — у 231 (34,6%) и двустороннее — у 151 (22,6%). У ряда военнослужащих ВП протекала с осложнениями. Так, экссудативный плеврит был выявлен у 84 человек (12,6%), миокардит — у 33 (4,9%), токсическая нефропатия — у 25 (3,8%), перикардит — у 3 (0,42%), ателектаз — у 7 (1,06%), токсическая анемия — у 25 (7,26%), инфекционно-токсический шок — у 30 госпитализированных (4,5%). Дыхательная недостаточность различной степени была выявлена у 306 больных (45,8%), причем у 192 человек (28,7%) — с obstructивными изменениями функции внешнего дыхания по результатам спирометрии.

При анализе выявлены следующие эндогенные факторы риска развития ВП. Наличие очагов хронической инфекции было диагностировано у 320 (48%) больных. Среди них преобладали патология лор-органов (верхнечелюстной синусит, фронтит, хронический тонзиллит — у 172 человек, 25,8%) и кариес зубов (148 человек, 22,2%).

У 169 госпитализированных (25,3%) ВП сочеталась с обострением хронических заболеваний верхних дыхательных путей, в том числе верхнечелюстным синуситом, фронтитом, пансинуситом. У 44 больных (6,7%) были выявлены кожные заболевания, в основном вялотекущие грибковые и гнойничковые поражения верхних и нижних конечностей. В анамнезе у 363 больных (54,4%) отмечались частые ОРВИ, причем у 36 из них респираторные инфекции верхних дыхательных путей предшествовали возникновению ВП; 147 человек (22%) отмечали ранее перенесенные пневмонии, острые затяжные бронхиты.

Среди экзогенных факторов развития пневмонии ведущими были курение (457 человек, 68,5%) и предшествующее заболеванию переохлаждение (449 человек, 67,2%). Пониженный питательный статус был установлен у 147 человек (22%). 352 пациента (58,2%) прибыли из других регионов РФ, что также можно отнести к возможному фактору риска возникновения заболевания ввиду смены климатической зоны. Следует отметить, что почти у половины всех пациентов имело место сочетание двух и более эндогенных и экзогенных факторов риска (322 человека, 48,2%). Число заболевших ВП во время первого полугодия службы (310 человек, 46,4%) было достоверно выше, чем в течение второго (132 человека, 19,7%, $p=0,005$). По-видимому, это обстоятельство связано с такими факторами, как переуплотненность при размещении вновь прибывших военнослужащих, неблагоприятные бытовые условия, смена климатических условий при прибытии к месту службы из других регионов РФ. Выявленные нами факторы риска возникновения ВП у военнослужащих в основном совпадают с исследованиями других авторов [2, 3].

В структуре остаточных явлений после перенесенной ВП у военнослужащих преобладали изменения показателей функции внешнего дыхания с формированием бронхообструктивного синдрома (28,6%), рентгенологические симптомы в виде деформации легочного рисунка (18%) и плевральных наложений (6%) больных.

Выявленные факторы риска, а также остаточные симптомы после перенесенной ВП учитывались в ходе проведения диспансеризации и реабилитации пациентов. На этом этапе планировались индивидуальные реабилитационные мероприятия, включавшие в себя прием адаптогенов, антиоксидантов, комплекс лечебной гимнастики, физиопроцедуры; рекомендовались отказ от курения, закаливание организма, рациональное питание. Дополнительно нами была разработана программа обучения пациентов, перенесших пневмонию. В стационаре с больными проводились занятия, в ходе которых они информировались о причинах возникновения ВП, первых признаках заболевания, о вреде курения, опасности переохлаждения, необходимости своевременного обращения к врачу и реабилитации после выписки из стационара, включающей закаливание организма, санацию очагов хронической инфекции, рациональное питание. В результате наблюдения удалось добиться прекращения курения у половины реконвалесцентов ВП, у всех больных была проведена санация очагов хронической инфекции. Следует отметить отсутствие повторных инфекционных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей в течение последующей службы у пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением. У большинства обследованных было отмечено полное выздоровление в течение 6 месяцев (39 человек, 93,2%), у 2 человек сохранялся бронхообструктивный синдром, и еще у двух был отмечен исход ВП в локальный пневмосклероз.

Выводы

- Основными факторами риска развития внебольничной пневмонии у военнослужащих по призыву являются курение, переохлаждение, наличие очагов хронической инфекции, предшествующие ОРВИ, первые полгода службы.
- В структуре остаточных явлений после перенесенной ВП у военнослужащих по призыву преобладали изменения показателей функции внешнего дыхания по обструктивному типу, а также рентгенологические симптомы в виде деформации легочного рисунка и плевральных наложений у обследованных.
- Диспансерное наблюдение эффективно в отношении реабилитации военнослужащих по призыву, перенесших ВП. Реабилитационные мероприятия должны быть индивидуальными, комплексными, их необходимо начинать одновременно с началом стационарного лечения и проводить в течение длительного времени после выписки из госпиталя (от трех месяцев до года) с целью предупреждения хронизации легочной патологии и повторных случаев заболевания.

Литература

1. Авдеев С. Н. Внебольничная пневмония // Consilium Medicum. — 2003. — Т. 5. — №2. — С. 316—327.
2. Жоголев С. Д., Мосягин В. Д. Анализ многолетней динамики заболеваемости пневмониями личного состава Вооруженных Сил РФ // Военная профилактическая медицина. Проблемы и перспективы. — СПб: Бостон-спектр, 2002. — 207 с.
3. Жоголев С. Д., Огарков П. И., Мельниченко П. И. Эпидемиологический анализ заболеваемости внебольничной пневмонией в войсках // Воен.-мед. журнал — 2004. — №3. — С. 16—21.
4. Марьин Г. Г., Клочков О. И., Мосягин В. Д. Организационно-эпидемиологические аспекты профилактики внебольничных пневмоний в Московском военном округе // Воен.-мед. журнал. — 2008. — №3. — С. 33—38.
5. Раков А. Л., Фесенко О. В., Филатов В. В. Тяжелая внебольничная пневмония: современное состояние проблемы // Пневмония у военнослужащих. Материалы научно-практической конференции. ЦВКС «Архангельское», 19 апреля 2002 г.: ГВМУ МО РФ, ГИУВ МО РФ, ВМЖ. — М, 2003. — С. 40—50.
6. Синопальников А. И. Внебольничная пневмония (современные подходы к диагностике и лечению) // Врач. — 2002. — №3. — С. 29—31.
7. Синопальников А. И., Козлов Р. С. Внебольничные инфекции дыхательных путей. — М: ООО «Премьер МТ», «Наш город», 2007. — 352 с.
8. Чиж И. М. Итоги деятельности и задачи медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации // Воен.-мед. журнал. — 2003. — №1. — С. 4—19.
9. Чучалин А. Г., Синопальников А. И., Страчунский Л. С., Козлов Р. С. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. — М: ООО ИД «М-Вести», 2006. — 76 с.
10. De Castro F.R., Torres A. Optimizing treatment outcomes in severe community — acquired pneumonia // Am. S. Respir. Med. — 2003. — Vol. 2. — P. 39—54.
11. Niederman M. Cost-effective antibiotic management of community acquired pneumonia // Europ. Res. Mon. — 2004. — Vol. 28. — P. 198—210.
12. Thibodeau K.P., Viera A.J. Atypical pathogens and challenges in community-acquired pneumonia // Am. Fam. Physician. — 2004. — Vol. 69. — P. 1699—1706.

Электроэнцефалографическое исследование для диагностики, прогноза и контроля качества лечения когнитивных расстройств (у лиц пожилого возраста)

Бакуменко К. И., Махниборода И. М., Новочеркасский филиал ГУЗ «ПНД» РО

Заболеваемость психическими расстройствами, ассоциированными с возрастом, увеличивается пропорционально доле лиц пожилого и старческого возраста в популяции. Деменциями страдают 5% лиц 65–69 лет, и с увеличением возраста на каждые 10 лет ее распространенность удваивается (Гаврилова С. И., 2001). При этом возраст является фактором риска для возникновения как легких когнитивных расстройств, включающих изолированные расстройства памяти, внимания и других психических функций, так и более тяжелых состояний — деменций, обуславливающих утрату интеллекта и способности самообслуживания. Неуклонное увеличение количества больных с деменцией связано с тенденцией к старению населения, при этом известно, что частота деменции в популяции увеличивается с возрастом: от 2% в популяции до 65 лет до 20% у лиц в возрасте 80 лет и старше. Кроме этого, наблюдается увеличение числа сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются одной из наиболее значимых причин возникновения вторичных деменций (Дамулин И. В., 2002; Гусев Е. И. и соавт., 2007). В нашей стране частота сосудистой деменции среди лиц старше 60 лет достигает 5,4%. Заболеваемость сосудистой деменцией составляет 6–12 случаев в год на 1000 населения старше 70 лет (Гусев Е. И. и соавт., 2007).

По сведениям А. Busse и соавт. (2006), полученным в рамках популяционного исследования, у 60–65% лиц с легкими когнитивными расстройствами в течение их жизни развивалась клинически выраженная деменция. R.C. Petersen (2003) по данным клинических исследований сообщает, что приблизительно после 60 лет у 80% когорты с легкими когнитивными расстройствами было отмечено ухудшение до деменции, и он предполагает, что окончательные цифры могут достигать 80–90%.

При этом очевидно, что большая степень выраженности расстройств требует больших материальных затрат на лечение, содержание и обслуживание таких пациентов. Также очевидно, что как ранняя доклиническая диагностика и профилактическая терапия, так и точная клиническая диагностика и терапия могут значительно изменить ситуацию к лучшему и предотвратить формирование тяжелого патологического состояния у пожилого человека.

В связи с этим в современной психиатрии возникает потребность в своевременной диагностике когнитивных расстройств, ассоциированных с возрастом на доклиническом этапе, контроль качества терапевтической стратегии и точность прогноза. Для решения таких задач необходимы объективные и стандартизированные критерии оценки функционального состояния структур головного мозга.

По данным Yener G.G., Leuchter A.F. и соавт. (1996), диагностика деменции остается проблематичной, точность диагноза болезни Альцгеймера приближается к 90%, точность диагностики фронто-темпоральной

деменции составляет менее 20%. Следует отметить, что полноценная диагностика когнитивных расстройств проводится в крупных медицинских центрах при обращаемости по поводу выраженных и сформированных расстройств, причем такая ситуация характерна практически для всех стран с развитой системой здравоохранения.

Существует несколько методов объективной оценки функционального состояния головного мозга и психических функций. К современным методам относятся технологии нейровизуализации — фМРТ, ЯМР (получившие широкое распространение за рубежом), МРТ; технологии регистрации биоэлектрической активности головного мозга — ЭЭГ и МЭГ. Также имеются современные методики нейропсихологического исследования (А. Р. Лурия, Е. Д. Хомская), позволяющие выявлять анатомическую локализацию повреждения или дисфункции в головном мозге. Сопоставление данных инструментальных исследований и нейропсихологического исследования практически определяет возможность упреждающей диагностики до развития выраженных клинических расстройств, контроля эффективности терапевтической стратегии и прогноза.

Применение ЭЭГ-картирования при исследовании больных с деменциями альцгеймеровского типа показало, что значительное усиление медленноволновой активности и особенно Δ -активности является тем ЭЭГ-параметром, который надежно коррелирует с диагнозом деменции альцгеймеровского типа (Изнак А. Ф. и соавт., 1991, 1999). При сравнении групп больных с болезнью Альцгеймера и сенильной деменцией альцгеймеровского типа с идентичной тяжестью были установлены различная топография спектральной ЭЭГ-мощности и различные тенденции ее динамики по мере утяжеления синдрома деменции.

В частности, при болезни Альцгеймера на этапе умеренно выраженной деменции установлено резкое снижение спектральной мощности в α -диапазоне с наибольшим подавлением высокочастотных компонентов α -ритма. В Θ -частотном диапазоне отмечается заметное диффузное усиление мощности (по сравнению с возрастной нормой) во всех отделах мозга с пиком в центральных отведениях. Растет и спектральная мощность в Δ -частотном диапазоне, ее пик приходится на лобно-центральные области. На стадии тяжелой деменции наблюдается полное выпадение высоко- и среднечастотных компонентов α -активности. Мощность в α - и Θ -диапазонах, напротив, увеличивается, сопровождаясь генерализацией из центральных областей в теменные и лобные отделы. В группе больных с сенильной деменцией (на стадии умеренного слабоумия) отмечается подавление Δ -ритма в затылочной области, фокус его спектральной мощности (особенно низкочастотного компонента) смещается в теменно-центральные области. Кроме того, происходит смещение максимальной мощности в Θ - и Δ -частотных диапазонах

в центральные и теменные области. По мере утяжеления деменции Δ -активность генерализуется, а ее фокус сдвигается из лобных в теменно-затылочные области. В α -частотном диапазоне наблюдается перераспределение мощности с более высокочастотных на менее высокочастотные компоненты при относительной сохранности последних даже на этапе тяжелой деменции (Гаврилова С. И., 2001).

Зарубежные авторы S. Neimon, Philip A. Hanna (2009) также отмечали наличие определенных ЭЭГ-паттернов у больных с деменцией. Так, B. Stigsby (1984) сообщил о диффузном уменьшении мощности β - и α -частот и снижении мощности α - и β -диапазонов в случаях болезни Альцгеймера. Также было выявлено замедление биоэлектрической активности во фронтальных отделах, которое было более выражено кпереди от сильвиевой борозды. Эти явления могут быть объяснены тем, что ЭЭГ отражает функциональное снижение (упадок) передних структур головного мозга. Замедление биоэлектрической активности во фронтальных отделах, возможно, отражает нарушение функции фронтальной холинергической системы.

В Новочеркасском филиале ГУЗ «ПНД» РО проведены ЭЭГ-исследования у пациентов с клинически подтвержденными когнитивными расстройствами и соответствующими им поведенческими эквивалентами. Исследования проводились по международной схеме 10—20 с использованием монополярного ушного монтажа с референтными ушными электродами и стандартным набором функциональных проб. Данные исследования проведены с использованием двух сертифицированных энцефалографов разных производителей, регистрация и оценка ЭЭГ производилась в двух различных программах соответственно. Необходимо отметить, к чести производителей, что оба энцефалографа, как и программное обеспечение, работали стабильно, с единственным различием в устойчивости к помехам.

Группа обследуемых состояла из 6 человек, четырех женщин и двух мужчин, их средний возраст составил 69 лет. Патопсихологические расстройства у этих обследуемых соответствовали повреждению (дисфункции) лобных и теменных долей и включали в себя следующие симптомы:

- **симптомы лобных долей** — *астазия-абазия, выражающиеся в дезавтоматизации сложных двигательных актов, в затруднениях при выполнении серийных, обобщенных во времени движений; кинетическая апраксия, проявляющаяся в нарушении различных двигательных актов — предметных действий, рисования, письма; плаксивость, безынициативность, апатия, ослабление реакции на внешние факторы и снижение побуждений к действиям (гипобулия), равнодушие к окружающим событиям;*
- **симптомы теменных долей** — *акалькулия, идеаторная и идеомоторная апраксия (утрата приобретенных двигательных навыков), снижение внимания к зрительным стимулам (visual inattention), конструктивная апраксия (тест «рисование часов»), потеря топографической памяти, амнестическая афазия.*

При ЭЭГ-исследовании данных пациентов обнаружены следующие электрофизиологические паттерны:

- 1 — диффузная полиритмия;
- 2 — преобладание медленноволновой активности, преимущественно Θ -диапазона (колебания амплитудой 50—70 мкВ), в лобных, центральных и теменных отведениях;
- 3 — минимальная выраженность α -ритма в виде отдельных дезорганизованных волн средней амплитуды (50мкВ) без модуляций;
- 4 — двухфазные волны, преимущественно локализованные в лобных отведениях;
- 5 — выявляется извращение зонального распределения α - и β -диапазона, наиболее выраженное в затылочных отведениях, где биоэлектрическая активность преимущественно представлена β -ритмом;
- 6 — в исследованиях не обнаруживаются типичные эпилептиформные знаки (острые волны, пик-волна, спайки).

Таким образом, обнаруженные мультирегиональные электрофизиологические паттерны топографически соответствуют областям головного мозга, функциональные нарушения которых проявляются в виде характерных нейропсихологических симптомов, свидетельствующих о дисфункции лобных и теменных долей.

Принятие решения об эффективной терапевтической стратегии основывалось на сопоставлении выявленных электрофизиологических феноменов и нейропсихологических симптомов, а также следующих постулатов.

1. Neimon S., Philip A. Hanna (2009) и др. авторы указали, что в случаях ранней деменции наблюдается угнетение α -ритма; при этом многие авторы согласны, что нижней границей нормального α -ритма является 8 Гц.

2. По данным Edman A., Matousek M. и соавт. (1998). Существует значимая взаимосвязь между увеличением медленноволновой активности в ЭЭГ и усилением степени выраженности синдрома поражения теменных долей, а также достаточно значимая взаимосвязь между усилением медленноволновой активности в ЭЭГ и усилением степени выраженности деменции.

3. В соответствии с B. Stigsby (1984), замедление биоэлектрической активности во фронтальных отделах может свидетельствовать о потере функции фронтальной холинергической системы.

4. T. Localetti и соавт. предположили, что уменьшение когерентности α -ритма может возникать из-за повреждения кортико-кортикальных связей, в то время как увеличение когерентности в Δ -диапазоне предполагает отсутствие влияния субкортикальных холинергических структур на биоэлектрическую активность коры головного мозга.

Исходя из вышеприведенных данных, препаратом выбора стал ингибитор ацетилхолинэстеразы в индивидуальных дозах, при этом курс терапии составлял не менее 1,5 месяца.

На фоне лечения у этих пациентов наблюдалась редукция патопсихологических расстройств, снижение степени выраженности нейропсихологических симптомов и нормализация поведения. При этом у двух больных (женщин) при повторной ЭЭГ выявлена нормализация биоэлектрической активности головного мозга до варианта нормы с появлением регулярного модулированного α -ритма частотой 10—11 Гц, правильным зональным распределением α - и β -диапазонов, значительным уменьшением выраженности медленноволновой активности, что служит феноменологическим подтверждением вышеприведенных постулатов.

Используемый метод ЭЭГ-исследования (схема 10—20 с референтными ушными электродами) позволяет выявить региональную и мультирегиональную локализацию ЭЭГ-паттернов, то есть поражение части доли, всей доли, двух или более долей (Luders H.O., Noachtar S., 2000; Мухин К. Ю., Петрухин А. С., Глухова Л. Ю., 2004).

Для точной локализации очага повреждения возможно использовать монтажи с биполярными отведениями, а также трехмерную локализацию дипольных источников. Для оценки степени тяжести когнитивной дисфункции возможно использование методики вызванных потенциалов Р300. ЭЭГ-исследование в психиатрии необходимо выполнять совместно с нейропсихологическим обследованием, так как только сопоставление и обобщение этих данных позволяет предположить локализацию повреждений, построить прогноз и выработать терапевтическую стратегию.

Точная дифференциальная диагностика когнитивных расстройств с использованием метода ЭЭГ позволяет

добиться успешных результатов лечения в приемлемые сроки. Сопоставление результатов ЭЭГ-исследования с известными постулатами, касающимися патогенеза когнитивных расстройств, определяет выбор лекарственных средств. Правильно выбранный и назначенный препарат обеспечивает достаточно быструю редукцию электрофизиологических расстройств. Соответственно, метод ЭЭГ может использоваться как для оценки исходного состояния, так и для контроля качества выбранной терапевтической стратегии.

ЭЭГ-исследование оправданно применять на доклиническом этапе с целью выявления мозговых дисфункций и назначения лечения для профилактики развития выраженных когнитивных расстройств.

ЭЭГ-исследование в психиатрии является высокоинформативным методом и, пожалуй, единственным достаточно быстрым и объективным методом оценки функционального состояния головного мозга.

Нейроциркуляторная астенция (современные представления)

Минеев В. Н., д.м.н., профессор каф. госпитальной терапии СПбГМУ
им. академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Incedis per ignes suppositos cineri doloso

(«Ты ступаешь по огню, прикрытому
обманчивым пеплом»)

Гораций

Поставить диагноз «нейроциркуляторная астенция» (НЦА) — очень ответственная и нелегкая задача, поскольку врач должен полностью исключить органическую патологию сердечно-сосудистой системы.

Нейроциркуляторная астенция — это самостоятельное заболевание или синдром функциональных нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы, которые возникают в результате неадекватной нервной регуляции. Нарушение нервной регуляции может возникать на любом уровне коры головного мозга, подкорковых глубинных структур, ствола мозга и периферических ганглиев.

Для описания приблизительно одних и тех же нейроциркуляторных расстройств в отечественной медицинской литературе используют разнообразные термины. Чаще употребляют такие термины: вегетососудистая дистония, нейроциркуляторная дистония (по Н. Н. Савицкому), синдром вегетативной дисфункции (дистонии), гипоталамический (диэнцефальный) синдром, астеновегетативный синдром, вегетоз, вегетоневроз, ангионевроз, ангиодистония и др.

В расписании болезней Положения о военно-врачебной экспертизе №123, утвержденном Постановлением Правительства РФ от 25.02.2003, применяется термин «нейроциркуляторная астенция».

НЦА — распространенная форма патологии, наблюдаемая преимущественно у детей старшего возраста, подростков и молодых лиц, значительно реже у лиц старше 40 лет. Статистика НЦА затруднена, прежде всего, из-за недостаточно однородных подходов практических врачей к критериям диагноза и его терминологическому оформлению.

Интересно, что определены приоритетные нозологические формы (в порядке убывания), послужившие причиной госпитализации в отделения клиники терапии: для военнослужащих «по контракту» — язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ИБС, пневмония и гипертоническая болезнь; для военнослужащих «по призыву» — пневмония, нейроциркуляторная дистония, обострение хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Несомненно, что диагноз НЦА у призывников, военнослужащих срочной службы должен быть установлен при стационарном обследовании с участием невролога, окулиста, а при необходимости — и врачей других специальностей.

Что касается спортсменов, то проблема НЦА у них также существует. В этой связи нельзя не привести замечательные слова заслуженного врача РФ Ф. А. Иорданской, заведующей лабораторией функциональной диагностики и врачебного контроля ВНИИ физической культуры и спорта: «Защищать нужно не от спорта — от неумения жить в нем грамотно».

Выделяют первичную (эссенциальную) НЦА, которая является самостоятельной нозологической формой и вторичную (симптоматическую) НЦА, которая является синдромом, возникающим при различных заболеваниях и часто может носить преходящий характер (проявления стихают при устранении причины или в период ремиссии основного заболевания).

По Н. Н. Савицкому, НЦА протекает по кардиальному, гипотензивному (гипотоническому) и гипертензивному (гипертоническому) типам. Среди всех типов клинического течения гипертензивный и кардиальный типы встречаются наиболее часто.

В целом, клиника НЦА очень вариабельна и характеризуется полиморфизмом симптомов. Некоторые больные предъявляют только одну жалобу (например, на боли в области сердца или сердцебиение), другие — массу самых разнообразных жалоб, причем имеющих эмоциональную окраску, которая чаще встречается

в тех случаях, когда НЦА развивается у больных с неврозами.

Симптоматика НЦА может быть сходной с проявлениями других заболеваний.

Нередко у больных НЦА, особенно у женщин, предполагают застойную сердечную недостаточность, чему способствуют дыхательные расстройства, тахикардия, умеренно выраженный отечный синдром (обычно возникает перед менструацией).

Приблизительно 10% больных НЦА постоянно или эпизодически принимают сердечные гликозиды и мочегонные препараты.

Ряд неблагоприятных факторов предрасполагает к заболеванию НЦА и ухудшает течение и прогноз. К таким факторам, в первую очередь, относятся курение, употребление алкоголя и наркотиков, частота которых за последние годы значительно возросла.

Из других неблагоприятных факторов следует отметить дефицит массы тела и нарушение менструального цикла у девушек, вплоть до аменореи.

Диагностические критерии (Маколкин В. И., Аббакумов С. А., 1996) первичной (эссенциальной) НЦА включают основные критерии и дополнительные признаки.

Основные критерии

Своеобразные кардиалгии, свойственные только НЦА или невротическим состояниям. Они локализируются в прекардиальной области или непосредственно в области верхушечного толчка, имеют ноющий, щемящий характер, небольшую интенсивность; не наблюдается непосредственной связи возникновения боли с физическим усилием, положением тела, приемом пищи; их возникновение или усиление связаны с эмоциональными факторами, переутомлением, метеорофакторами, предменструальным периодом. Боли проходят после приема валидола, валокордина, корвалола, транквилизаторов.

Характерные дыхательные расстройства в виде ощущения «недостатка воздуха» (особенно при волнениях, пребывании в душном помещении), форсированных глубоких вдохов («тоскливые вздохи»), снижения максимальной легочной вентиляции и увеличения остаточного объема воздуха.

В некоторых случаях возникают «дыхательные кризы» с выраженным тахипноэ (до 40—50 в минуту), что сопровождается резким уменьшением глубины вдоха, страхом, головокружением, дрожью, сердцебиением, колебаниями артериального давления.

Чрезвычайная лабильность пульса и артериального давления.

Изменения конечной части желудочкового комплекса ЭКГ в виде негативных зубцов Т («неспецифических», несимметричных), преимущественно в правых грудных отведениях; синдрома ранней реполяризации желудочков.

Характерная лабильность зубца Т и сегмента ST при проведении функциональных проб (инверсия зубца Т при проведении ортостатической и гипервентиляционной проб, возможная депрессия сегмента ST). При наличии исходно негативных зубцов Т характерна их временная реверсия при проведении велоэргометрической пробы, изадринового теста, пробы с хлоридом калия или β-адреноблокаторами.

Дополнительные критерии

Признаки гиперкинетического состояния кровообращения.

Вегетативно-сосудистые симптомы (вегетативно-сосудистые «кризы», головокружения, головные боли, субфебрилитет, температурные асимметрии, миалгии, гипералгезии, чувство внутренней дрожи).

Психозомоциональные расстройства в виде тревожности, беспокойств, раздражительности, кардиофобии, нарушения сна.

Астенический синдром: слабость, утомляемость, плохая переносимость физических нагрузок, низкие показатели физической работоспособности и максимального потребления кислорода при ВЭМ.

Доброкачественный анамнез и благоприятная эволюция без признаков формирования «грубой» органической патологии сердечно-сосудистой системы, неврологических и психических расстройств.

Достоверный диагноз НЦА устанавливается при наличии двух и более основных и не менее двух дополнительных критериев.

Признаки, абсолютно исключают диагноз НЦА

Увеличение размеров сердца (диагностика, в частности, с применением эхокардиографии); признаки недостаточности кровообращения; появление диастолических шумов; появление постоянной формы мерцательной аритмии, а также ЭКГ-признаков выраженных органических изменений в миокарде (полной атриовентрикулярной блокады, блокады ножек пучка Гиса) или несомненных признаков ишемии миокарда (горизонтальная депрессия интервала ST на 2 мм и более, зарегистрированная в момент появления боли в области сердца или при велоэргометрическом исследовании); лабораторные признаки воспалительного процесса (увеличение СОЭ, высокие уровни в крови α₂- и γ-глобулинов, серомукоида, гаптоглобина и других показателей), появившиеся вне связи с какими-либо сопутствующими заболеваниями.

Таким образом, **главными критериями диагноза НЦА** являются: множественность и полиморфизм жалоб преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы в сочетании с признаками вегетативной дисфункции при благоприятном течении без развития кардиомергии и сердечной недостаточности.

Для жизни и трудоспособности прогноз при всех типах НЦА в целом благоприятный. Тем не менее, чем старше возраст, в котором возникает НЦА, тем, как правило, хуже прогноз в отношении излечения. Больные с гипертоническим типом НЦА составляют группу риска по развитию гипертонической болезни. Больные с гипертоническим типом НЦА и нарушениями липидного обмена должны рассматриваться как группа риска по развитию ИБС (особенно при наличии наследственной отягощенности).

В рамках НЦА описывается синдром Да Коста (Da Costa) («возбудимое сердце», «солдатское сердце») — невротическая убежденность в наличии сердечного заболевания. К признакам синдрома относятся типичные проявления НЦА: сильное сердцебиение, боль в груди, учащенный пульс, повышенная утомляемость и повышенное беспокойство относительно состояния сердца.

Кроме этого, синдром проявляется характерными гипервентиляционными расстройствами. Они могут быть представлены следующими типами: «пустое дыхание», нарушение автоматизма дыхания, затрудненное дыхание, гипервентиляционные эквиваленты (вздохи, кашель, зевота, сопение).

При первом типе дыхательных расстройств — «пустое дыхание» — основным ощущением является неудовлетворенность вдохом, ощущение нехватки воздуха,

что приводит к глубоким вдохам. Больным постоянно недостает воздуха. Они открывают форточки, окна и становятся «воздушными маньяками». Дыхательные расстройства усиливаются в агорафобических ситуациях (метро) или социофобических (экзамен, публичное выступление). Дыхание у таких пациентов частое и/или глубокое.

При втором типе — нарушении автоматизма дыхания — у больных появляется ощущение остановки дыхания, поэтому они непрерывно следят за актом дыхания и постоянно включаются в его регуляцию.

Третий тип — синдром затрудненного дыхания — отличается от первого варианта тем, что дыхание ощущается пациентами как трудное, совершается с большим напряжением. Они жалуются на «ком» в горле, непрохождение воздуха в легкие, зажатость дыхания. Этот вариант назван «атипичная астма». Объективно отмечаются усиленное дыхание, неправильный ритм. В акте дыхания используются дыхательные мышцы. Вид больного напряженный, беспокойный. Исследование легких патологии не выявляет.

Четвертый тип — гипервентиляционные эквиваленты — характеризуют периодически наблюдаемые вздохи, кашель, зевота, сопение. Указанные проявления являются достаточными для поддержания длительной гипоксии и алкалоза в крови.

Эмоциональные нарушения при гипервентиляционном синдроме носят в основном тревожный или фобический характер.

Резко выраженные дыхательные расстройства в периоды обострения болезни, усугубляющиеся невротическими наслоениями, могут достигать степени удушья: возникает тахипноэ до 40—50 в минуту, становится невозможным полноценный вдох вследствие гипервентиляции легких. Выраженное психомоторное возбуждение, тахикардия, дрожь, потливость, повышение АД дополняют внешнее впечатление о тяжелом состоянии больного.

Тем не менее, при исследовании не выслушиваются типичные сухие свистящие хрипы (особенно на выдохе); выдох не затруднен и не укорочен, напротив, имеется затруднение полноценного вдоха; дыхательные расстройства (достигающие степени криза) способны спонтанно купироваться, нет необходимости в применении бронхолитических препаратов.

Отвлекая внимание больного, можно обнаружить короткие периоды восстановления нормального дыхания, в противном случае лучшим средством будет назначение седативных препаратов в достаточной дозе.

Отсутствие эозинофилии (в крови и мокроте), нормальные скоростные показатели при исследовании функции внешнего дыхания позволяют исключить обструкцию бронхов как причину дыхательных расстройств.

Многие из больных НЦА долго считались страдающими бронхиальной астмой или бронхитом с бронхоспастическим синдромом.

Для решения вопроса о первичном или вторичном генезе НЦА необходимо провести консультации со специалистами: оториноларингологом с целью выявления очагов хронической инфекции; психологом и невропатологом для диагностики невроза или заболеваний центральной и периферической нервной системы; окулистом для исследования сосудов глазного дна у больных с гипо- и гипертензией; по показаниям с другими специалистами (хирургом, эндокринологом, гинекологом, гастроэнтерологом и др.).

Выбор дифференцированной терапии зависит от варианта клинической картины. Тахикардальный, гипертензивный варианты: β -блокаторы (пропранолол, ате-

нолол) в средних дозах курсами продолжительностью 3—7 недель. Синдром вегетативно-сосудистых кризов: β -блокаторы в средних и высоких дозах (пропранолол 80—160 мг) в сочетании с транквилизаторами (диазепам, феназепам) в достаточных дозировках в течение 1,5—2 месяцев. Кардиалгический вариант: верапамил в небольших дозах, короткими курсами (2—3 недели), валокордин при болях, иглорефлексотерапия. При патологии ST-T и аритмиях — панангин, рибоксин. При наличии невротических симптомов — транквилизаторы (тазепам, медазепам меллерил) в небольших дозах короткими курсами, ноотропы (пирацетам).

Больным с артериальной гипотензией и признаками астении (повышенная утомляемость, сонливость и др.) назначают адаптогены растительного происхождения: женьшень, элеутерококк, китайский лимонник и др.).

При ангиогенной гемикрании показаны препараты, содержащие алкалоиды спорыньи (беллоид, белласпон).

В настоящее время в России существует достаточно большой ассортимент препаратов растительного происхождения, обладающих седативным действием (персен, корвалол, валокордин, нервофлюкс, валосердин, ново-пассит, валоседан и другие), которые используются, в частности, для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Нередко в состав прописей включают барбитурат (фенобарбитал), бромиды. К недостаткам таких препаратов относят развитие кумуляции и толерантности, явления бромизма (насморк, ослабление памяти, конъюнктивит).

Можно согласиться с известным мнением, что потребление фенобарбитала в виде безрецептурных препаратов в нашей стране быстро растет. Среди этих препаратов хорошо известны: корвалол, валокордин, барбовал, андипал, валордин, валосердин.

Подчеркнем, что снотворный и успокаивающий эффект барбитуратов сопровождается возможностью их кумуляции и развития привыкания; при назначении фенобарбитала с другими седативно действующими препаратами усиливается седативно-гипнотический эффект (вплоть до угнетения дыхания). Любопытно, что М. Д. Машковский еще в 1986 году в разделе «Седативные средства» писал, что длительное использование снотворных (фенобарбитал) в качестве седативных средств нецелесообразно.

Несмотря на то, что рекомендуемые производителем дозы препаратов, содержащих фенобарбитал, кажутся небольшими, необходимо иметь в виду, что при регулярном употреблении барбитуратов толерантность к ним быстро растет, достигая иногда 1,5—2 г фенобарбитала в сутки (соответствует 100 мл валокордина).

Барбитуровая зависимость, как известно, плохо лечится, вызывает значительные изменения личности и поведения (агрессивность, взрывчатость, утрата моральных норм), снижение познавательных функций и т. д. У пожилых людей в этом состоянии резко возрастает риск получения травм и переломов.

Нельзя не упомянуть, что через индукцию ферментов системы цитохрома в печени фенобарбитал резко усиливает метаболизм многих других препаратов — гипотензивных, противоаритмических, гормональных и т. д., тем самым значительно снижая их эффективность.

Напомним, что также выражен синдром отмены, возникающий при быстром снижении дозы или прекращении приема препарата после его длительного употребления, — он проявляется крупноразмашистым тремором, тошнотой и рвотой, бессонницей, тахикардией; у многих возникают серийные судорожные приступы.

Нельзя забывать о том, что самолечение барбитуратами блокирует использование методов психотерапии, лишает пациента возможности понять происходящее с ним и научиться эффективно справляться со своей тревогой.

Всегда следует помнить, что при НЦА по гипотоническому типу рекомендуются такие виды физических нагрузок, как танцы, теннис, лыжи, коньки, быстрая ходьба, медленный бег. При заболевании по гипертоническому типу — плавание, ходьба, туризм, катание на коньках, лыжах. При заболевании по кардиальному типу — медленный бег, плавание, бадминтон. При всех видах НЦА нежелательно заниматься групповыми видами спорта (футбол, баскетбол, волейбол) и видами, связанными с ударами и повышенным травматизмом.

Преимущество имеют такие немедикаментозные методы лечения, среди которых нормализация образа жизни, закаливающие процедуры, занятия физкультурой и некоторыми видами спорта (плавание, легкая атлетика) представляют собой и важнейшие средства профилактики НЦА. Используются физиотерапия, бальнеотерапия, санаторно-курортное лечение. При раздражительности, расстройствах сна показано применение седативных средств — препаратов валерианы, пустырника, валокардина; иногда нозепама или других транквилизаторов. При гипотензивном типе НЦА с ортостатическими расстройствами назначают упражнения, тренирующие мышцы ног и брюшного пресса; рекомендуют плавно переходить из положения лежа в положение стоя через промежуточное пребывание в положении сидя, избегать длительного стояния.

Существует огромное множество нейротропных лекарственных средств, которые широко предлагаются для купирования различных проявлений расстройств высшей нервной деятельности, причем особенно часто рекомендуются антидепрессанты и бензодиазепины в случаях депрессии и тревоги, столь широко распространенных в России (по некоторым данным, около половины пациентов первичного звена имеют тревожные расстройства).

Необходимо сразу же оговориться, что применение этих препаратов для самолечения должно быть категорически исключено, учитывая значительное количество побочных эффектов при их применении (дневная сонливость, нарушение концентрации внимания, заторможенность, гепато- и кардиотоксичность), а также высокая стоимость и низкая приверженность пациентов к лечению.

Вопросы переносимости терапии становятся особенно актуальными при лечении больных детского и пожилого возраста.

Что касается фитотерапии — этого достаточно эффективного и безопасного альтернативного подхода к лечению психозомоциональных расстройств, то еще врачи Древней Греции использовали растительные успокаивающие средства на основе валерианы, мелиссы, пассифлоры, душицы, пустырника и т. д. В настоящее время во всем мире отмечается **«ренессанс фитотерапии»**.

Фитопрепараты характеризуются рядом преимуществ: мягкое терапевтическое действие, способность комплексно влиять на различные звенья патологического процесса, низкая токсичность, возможность длительного применения в различных возрастных группах.

В итоге — фитопрепараты хорошо переносятся больными и имеют высокий комплаенс. Так, по данным ВОЗ, около 80% населения предпочитают принимать лекарственные средства, содержащие природные растительные компоненты.

Совсем недавно появился новый комбинированный лекарственный препарат Валемидин, обладающий седативным, а также спазмолитическим и противоаллергическим действием, причем этот препарат является отечественной инновационной разработкой и не имеет аналогов.

Валемидин отличается высокой эффективностью и безопасностью и состоит из настоек боярышника, валерианы, мяты перечной, пустырника и димедрола (капли для приема внутрь: на 50 мл содержится настойки валерианы — 16,6 мл, настойки пустырника — 16,6 мл, настойки боярышника — 8,4 мл, настойки мяты перечной — 8,4 мл, димедрола — 0,05 г).

Удачная композиция указанных настоек и димедрола делает Валемидин эффективным, приобретающим популярность лекарством, обладающим выраженным седативным, спазмолитическим и противоаллергическим эффектом, в том числе у пожилых лиц — наиболее уязвимой группы в отношении синтетических нейротропных препаратов.

Отдельно подчеркнем, что в данном препарате содержание димедрола в 30—50 раз ниже обычной дозировки, но при этом усиливается действие растительных настоек и создается эффект синергизма по седативному действию на центральную нервную систему.

Убедительные данные об эффективности и безопасности Валемидина были получены при исследовании его воздействия на пациентов с неврозами, вегетососудистой дистонией со склонностью к повышению АД, сердцебиениями. Всем пациентам назначался препарат внутрь по 30—40 капель 3—4 раза в день.

В процессе лечения проводилась оценка клинических данных, состояния сердечно-сосудистой системы, лабораторных результатов, а также опрос больных относительно их состояния. Критериями оценки лечебного эффекта композиции являлось исчезновение клинических проявлений заболеваний.

Как показали результаты испытаний, препарат оказался эффективным уже в первые дни лечения. Он обладал выраженным седативным, спазмолитическим эффектом, купировал боли в области сердца, а также нормализовывал артериальное давление. Ни в одном случае применения не было выявлено побочных эффектов, композиция хорошо переносилась больными. Так, по пятибалльной оценке шкалы эффективности композиция оценена больными в среднем $4,8 \pm 0,2$.

Таким образом, Валемидин рекомендован к применению при функциональных расстройствах сердечно-сосудистой системы, начальных проявлениях стенокардии, начальной форме артериальной гипертензии, пароксизмальной тахикардии, экстрасистолии, бессоннице, повышенной раздражительности, неврозах.

Весьма интересно впечатление многих пациентов, что комплексное действие Валемидина помогает легче переносить жару, лучше себя чувствовать и высыпаться.

Препарат не токсичен, характеризуется минимальным риском развития побочных эффектов. Взрослым пациентам рекомендуется применять внутрь по 30—40 капель 3—4 раза в день за 30 минут до еды. При постоянном применении через 7—10 дней приема следует сделать перерыв на 5—7 дней.

В заключение не могу не вспомнить мудрые слова Гиппократов, которые Ваш покорный слуга часто цитирует в подобных случаях, когда речь идет о растительных препаратах: *Medicus curat, natura sanat* («Врач лечит, природа излечивает»).

Спокойствие. Только спокойствие



Стресс, чувство тревоги, беспокойство, неврозы, раздражительность, **бессонница**, высокое **давление**

Валемидин

УСПОКОИТЕЛЬНОЕ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

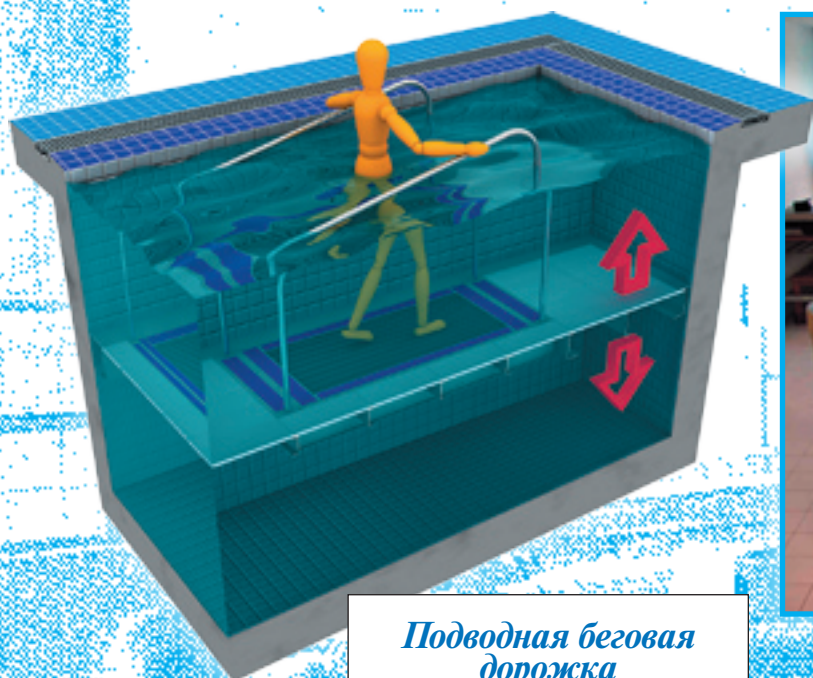
8 (800) 333 30 20

valemidin.ru



Реабилитация в воде

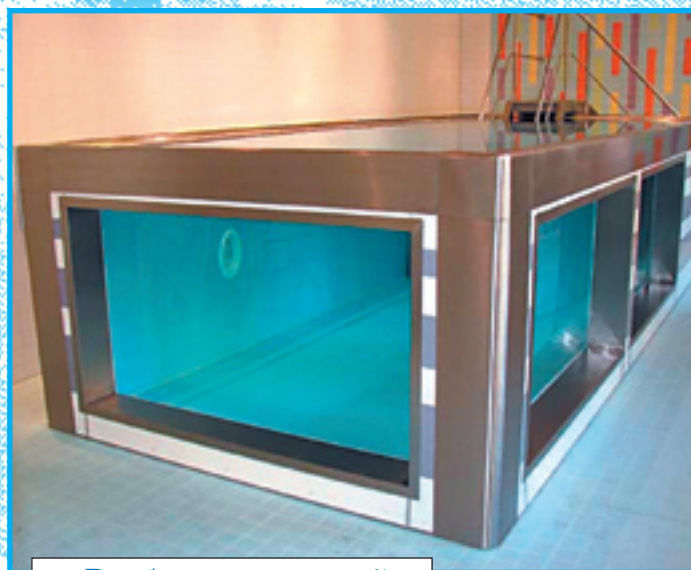
Реабилитационные бассейны являются необходимым дополнением любого отделения восстановительного лечения. Медицинские центры с большим количеством кардиологических и хирургических больных, пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в полной мере смогут использовать все возможности реабилитации в воде



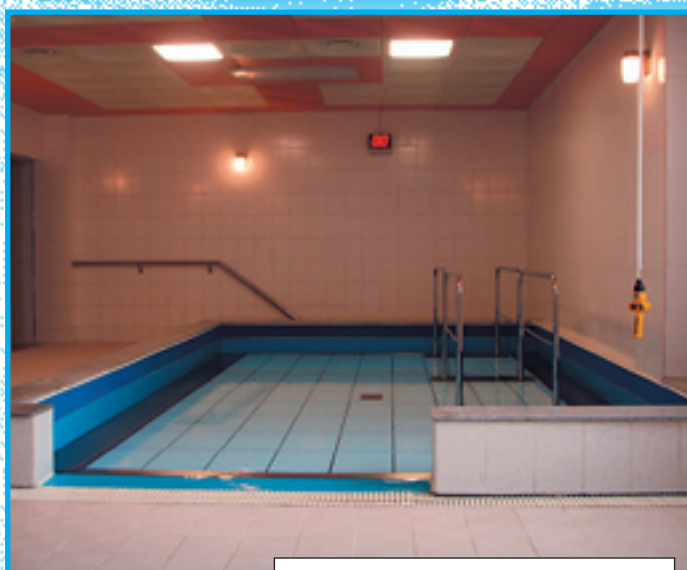
Подводная беговая дорожка



Модульный бассейн в детском центре



Реабилитационный бассейн в спортивном центре



Система регулирования глубины бассейна

С полным каталогом нашего оборудования можно ознакомиться на сайте компании www.m-physio.org

Основными направлениями применения бассейнов являются: реабилитация инсультных больных, реабилитационные программы (посттравматические и постоперационные), ускоренная реабилитация спортсменов, релаксация, занятия с роженицами и новорожденными, аквааэробика.

Системы регулирования глубины бассейнов

Наиболее универсальным и удобным решением является модернизация обычных бетонных бассейнов в реабилитационные путем установки системы регулирования глубины. Для этого в бассейне монтируется подвижный фальшпол, управляемый специальной гидросистемой. Возможность регулировки уровня воды является чрезвычайно полезной в реабилитационном процессе.

Регулируя уровень воды, терапевт может обеспечить:

- плавное возрастание нагрузки на пациента за счет его собственного веса;
- избавить пациента от страха падения;
- проведение занятий в одном бассейне с различными группами пациентов.

Даже небольшой бассейн с системой регулировки глубины позволит проводить следующие групповые или индивидуальные занятия.

- Глубину 40–60 см чаще всего применяют для водных игр и упражнений для дошкольников. Такой уровень воды позволит детям чувствовать себя уверенно, свободно и безопасно.
- Глубина 60–90 см идеально подходит для обучения плаванию детей младшей и средней возрастной группы.
- Глубина 100–130 см очень популярна для совместных занятий родителей и детей. При этом дети имеют возможность достать до дна бассейна, родителям такая глубина позволяет разгрузить большую часть собственного веса.
- Глубина 140–150 см подходит для выполнения различных водных упражнений. Чаще всего применяется для инсультных, ортопедических больных.
- Максимальное погружение фальшпола бассейна применяется для плавания в бассейне, аквааэробики.

Огромным достоинством регулируемых систем является то, что для каждой группы пациентов и даже для каждого отдельного пациента можно подобрать индивидуальный уровень воды за считанные секунды.

На полностью поднятый фальшпол могут беспрепятственно заезжать кресла-коляски и каталки лежащих больных. Далее фальшпол опускается на необходимую глубину и после проведения упражнений поднимается обратно. Исключение лишних переключений благотворно сказывается на состоянии пациентов и значительно упрощает проведение водных процедур.

Для больших плавательных бассейнов существуют решения по оборудованию только части зеркала бассейна системой регулировки глубины.

Реабилитационные бассейны

В том случае, если установка системы регулировки глубины невозможна по техническим причинам, выходом может послужить монтаж модульного реабилитационного бассейна. Модульные бассейны EWAC могут быть оснащены множеством дополнительных функций: противотоком для плавания, просмотрным окном для контроля движений пациентов, поручнями вдоль бортика бассейна, мобильными и стационарными подъемниками, ручным подводным массажем, гидромассажными дюзами, подсветкой, лесенками для входа и выхода из бассейна, термопокрывалом для уменьшения испарения воды в ночное время, системой водоподготовки. Для многих

лечебных учреждений будет полезна установка внутри бассейна велотренажера, съемных параллельных брусьев, шведской стенки, стульчика для выполнения упражнений ЛФК.

Внутренние размеры бассейна могут составлять от 3х3 метра и более при уровне воды 1,15 или 1,35 метра.

Модульная конструкция позволяет собрать бассейн в уже имеющихся помещениях, даже сравнительно небольших — от 30 м². Необходимость в каких-либо строительных или подготовительных работ сводится к минимуму.

Тренажеры для бассейнов

Для занятий в воде могут использоваться различные средства и тренажеры. Компания EWAC предлагает сразу несколько интересных тренажеров для использования в бассейнах.

Подводная беговая дорожка Pooltrack

Одна из моделей подводной беговой дорожки монтируется в системы с регулировкой глубины — в этом случае подводный тренажер не выступает за уровень поверхности пола и не мешает проведению других занятий. Боковые поручни легко снимаются и устанавливаются на место.

Также производится модель для автономной установки в уже существующие плавательные и реабилитационные бассейны. В этом случае полотно беговой дорожки будет возвышаться над уровнем пола на 15–20 см. Оптимальная глубина погружения пациента для использования подводной беговой дорожки Pooltrack составляет от 120 до 150 см.

Основные плюсы тренировок на подводной беговой дорожке:

- высокая безопасность упражнений — риск падения с дорожки в воде можно полностью исключить при помощи поддерживающих жилетов;
- наращивание мышечной силы с минимальной нагрузкой на суставы;
- кардиологические тренировки более эффективны;
- высокая эффективность тренировок в воде позволяет сократить время тренировок на 50%;
- незначительное увеличение скорости движения полотна значительно увеличивает нагрузку на мышечный аппарат пациента, что может использоваться для боди-шейпинга, похудения;
- движение в воде нагружает гораздо больше мышц, чем движение на обычной беговой дорожке;
- физические нагрузки сочетаются с закаливающим действием водных процедур;
- и наконец, процедуры в воде гораздо гигиеничнее и приятнее, чем в душном тренажерном зале.

Наша компания также предлагает:

- аппараты для пассивной разработки всех суставов конечностей Fisiotek HP2 и 2000TS
- бальнеологические и гидромассажные ванны Technomex
- стабилотранспортные платформы для выполнения статических и динамических упражнений
- компрессорные и ультразвуковые ингаляторы Neyer Medical
- тренажеры для залов ЛФК производства компаний Technomex и Enraf Nonius
- кардиологические тренажеры Enraf Nonius

000
«Октопус»

Официальный представитель
компании EWAC на территории России

129626, г. Москва, ул. Павла Корчагина 2, офис 405
Тел. (495) 7815780 mg@octomed.ru

Медицинская мебель Российских производителей

ТОРГОВЫЙ ДОМ «АВК»

- Шкафы металлические
- Шкафы из ЛДСП
- Штативы
- Шкафы вытяжные
- Шкафы лабораторные
- Столы-мойки
- Матрацы
- Медицинское оборудование

- Банкетки
- Кушетки
- Кровати общебольничные
- Кровати функциональные
- Кресла донорские
- Кресла гинекологические
- Кресла для инвалидов
- Ростометры



- Столы пеленальные
- Столы палатные
- Столы лабораторные
- Столики инструментальные
- Стеллажи
- Стулья, табуреты, кресла
- Тележки
- Тумбы
- Ширмы медицинские

127282, г. Москва, а/я 103
тел.: (495) 790-72-75



www.mebelmed.ru
e-mail: mlm@mebelmed.ru

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт как Федеральный онкологический центр Юга России

Канторова А. А., зав. организационно-методическим отделом ФГУ «РНИОИ» Минздравсоцразвития России, г. Ростов-на-Дону

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт (РНИОИ) является специализированным центром на юге Российской Федерации, куда обращаются за консультацией, обследуются и получают лечение жители шести территориальных образований Южного федерального округа и семи территориальных образований Северо-Кавказского федерального округа с общей численностью населения 23 млн человек, в том числе — 5 млн детей до 17 лет включительно.

Структура института представлена 17 клиническими отделениями, содержащими 864 койки, консультативной поликлиникой мощностью 440 посещений в смену и 114 тысяч посещений в год, а также службой 14 лечебно-вспомогательных подразделений. В течение года производится более 11 тысяч операций практически всех локализаций.

В 2005 году в клиники РНИОИ было госпитализировано 14589 человек, а в 2010 году — 19119 человек, из них 69% — жители Ростовской области, 31% — жители курируемых территорий. По структуре госпитализированных больных следует отметить, что 93% составили пациенты с онкологической патологией, а остальные 7% — пациенты с предраковыми заболеваниями.

К концу 2010 года численность контингентов онкологических больных в Ростовской области составила 99,5 тысячи человек. За период с 2005 по 2010 год на территории области онкологическая заболеваемость выросла на 6,0% (с 342,6 до 363,0 на 100 тысяч населения).

Структура онкологической заболеваемости в Ростовской области выглядит следующим образом. Первые три места занимают: рак кожи (15,7% в 2005 г., 15,8% — 2009 г.), рак легких (13,6% в 2005 г., 12,4% — 2009 г.) и рак молочной железы (10,7% в 2005 г., 10,5% — 2009 г.). Далее: рак желудка, 4 место (7,5% в 2005 г., 6,4% — в 2009 г.); рак ободочной кишки, 5 место (6,5% в 2005 г., 6,0% — в 2009 г.); рак предстательной железы, 6 место (4,6% в 2005 г., 5,0% — 2009 г.). Рак лимфатической и кровеносной системы составляет 3,7% и в 2005, и в 2009 годах.

Анализ структуры первичной обращаемости населения за медицинской и консультативной помощью в онкоинститут показал, что на первом месте находится рак молочной железы (18,1% — 2005 г., 21,6% — 2009 г.), на втором — рак легкого (10,7% в 2005 г., 7,8% — 2009 г.), на третье место в 2009 году поднялся рак желудка (6,7%) с четвертого места в 2005 году (6,1%), тогда как рак шейки матки опустился с третьего на пятое место (7,1% — 2005 г., 5,6% — 2009 г.). Следует отметить, что увеличился удельный вес обращений с онкологическими заболеваниями толстого кишечника (рак ободочной и прямой кишки) — с 8,2% в 2005 году до 10,7% в 2009 году.

Наблюдается снижение общей смертности на 3,5% (2005 год — 202,4; 2009 — 195,5), а также одногодичной летальности на 34,0% (с 29,6 в 2005 году до 22,1 в 2009 году). Все это свидетельствует не только об общем увеличении заболеваемости, но и о повсеместном применении современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения онкологических заболеваний.

Работа структурных клинических подразделений института

Клиническую базу института составляют 864 койки в 17 стационарных отделениях. Каждое отделение является уникальным профильным подразделением, специализирующимся на определенной локализации злокачественных новообразований. В отделениях предусматривается комплексная специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь всему контингенту онкологических больных территории Южного и Северо-Кавказского федеральных округов.

Отделения гинекологии №1 и №2

В отделениях проводится клиничко-лабораторная диагностика и хирургическое лечение больных с доброкачественными, предопухолевыми и злокачественными новообразованиями женской половой сферы.

Основными направлениями научной и практической деятельности отделений гинекологии являются высокоинформативные способы диагностики, лекарственного и хирургического лечения больных. Осуществляется мониторинг больных со злокачественными опухолями гениталий с использованием гормональных, иммунологических, биохимических, сонографических и специальных рентген-контрастных методик, предложенных сотрудниками института.

Приоритетным направлением хирургической онкогинекологии в РНИОИ являются операции, обеспечивающие не только высокое качество жизни оперированных больных репродуктивного возраста, но и полную медико-социальную реабилитацию: сохранение и фиксация яичников, выведение яичников из зоны облучения, органосохраняющие операции. С целью сохранения функции тазового дна широко применяются операции в объеме субтотальной экстирпации матки, фиксации культи шейки матки или влагалища к основанию круглых маточных связок.

Отделение детской онкологии

В отделении проводится диагностика и лечение доброкачественных и злокачественных опухолей у детей и подростков.

Злокачественные опухоли: нейробластома, нефробластома, злокачественные опухоли костей (остеогенная саркома, саркома Юинга и др.), мягких тканей (рабдомиосаркома, ПНЭТ и др.), ретинобластома, злокачественные опухоли центральной нервной системы, женской и мужской мочеполовой сферы, опухоли брюшной полости, забрюшинного пространства и грудной клетки, головы и шеи.

Применяются все виды лечения: хирургическое, химиотерапевтическое и лучевая терапия.

Научные направления отделения: исследование иммуногенетических и иммунологических особенностей детей со злокачественными опухолями, исследование возможностей применения биотерапии и высокодозной полихимиотерапии с использованием периферических стволовых клеток, исследование иммуногистохимических особенностей детских опухолей.

Отделение опухолей центральной нервной системы

В отделении осуществляются операции по поводу удаления первичных и вторичных (метастатических), экстра- и интрацеребральных опухолей головного мозга (ОГМ); ОГМ хиазмально-селлярной локализации; ОГМ задней черепной ямки, включая опухоли IV желудочка; экстра- и интрамедуллярных опухолей спинного мозга; первичных и вторичных опухолей позвоночника; нейрогенных периферических опухолей (нейробластома); первичных и вторичных опухолей костей черепа, грыж межпозвоночных дисков и пр.

Особенность хирургического направления деятельности отделения состоит в том, что выполняются такие оперативные вмешательства, которые невозможно осуществить в условиях обычного нейрохирургического стационара общей лечебной сети: удаление двух и более метастазов в головной мозг разнополушарной локализации, удаление церебральных метастазов у больных с наличием множественных метастазов в других органах, повторное (второе, третье и т. д.) удаление при появлении рецидивов злокачественных опухолей мозга и новых очагов поражения ЦНС, симультанные операции с последовательным удалением метастазов в мозг и первичной опухоли. Нейровизуализация осуществляется на современных МРТ- и РКТ-аппаратах последнего поколения.

Отделение опухолей мягких тканей, костей и молочной железы

Отделение оказывает медицинскую помощь при следующих онкологических заболеваниях: рак молочной железы, саркомы мягких тканей, злокачественные опухоли костей, меланомы и рак кожи, солитарное метастатическое поражение костей и мягких тканей, лимфомы (диагностические лимфаденоэктомии); и неонкологических заболеваниях: доброкачественные опухоли, гиперпластические процессы молочных желез (фиброаденомы, кисты, узловые формы мастопатии), доброкачественные опухоли мягких тканей, доброкачественные опухоли костей, доброкачественные опухоли кожи.

Научные разработки отделения: научный поиск в отделении связан с поиском путей улучшения диагностики и лечения рака молочной железы и опухолей опорно-двигательного аппарата.

Отделение общей онкологии

Выполнение операций различной сложности, от органосохраняющих и функционально-щадящих до расширенных и комбинированных на поджелудочной железе, печени, желчных путях, пищеводе, желудке, тонкой и толстой кишке, надпочечниках, мочевом пузыре, ангиохирургические вмешательства, лапароскопические лечебные и диагностические вмешательства на органах грудной клетки, средостения, брюшной полости, забрюшинного пространства, радиочастотная термоабляция метастазов в печень.

По показаниям в до- и послеоперационном периоде проводятся различные методы химиотерапии, включая химиотерапию на аутосредах организма, с озонированными средами. В отделении разработаны и применяются методы интраоперационной химиотерапии — внутритканевой, в регионарные сосуды, внутримочевой, внутривенной.

Отделение опухолей головы и шеи

В отделении оказывается лечебная помощь больным с заболеваниями: злокачественные и доброкачественные опухоли органов полости рта и языка, глотки, кожи и мягких тканей головы и шеи, внеорганные опухоли шеи, опухолевые поражения лимфатических узлов шеи, злокачественные и доброкачественные опухоли губы, нижней челюсти, слюнных желез, наружного и среднего

уха, глаза, орбиты, полости носа и придаточных пазух, гортани, щитовидной и паращитовидной желез, опухоли шейного отдела пищевода и трахеи.

Операции проводятся с использованием новейшей современной установки Harmonic-300 (США), что позволяет уменьшить кровопотерю и травматизацию тканей во время удаления опухоли, сократить сроки заживления раны и уменьшить количество послеоперационных осложнений.

Применяются различные виды реконструктивно-пластических операций: восстановление кожных покровов лица, шеи и волосистой части головы, в том числе век и тканей периокулярной области, верхней и нижней губы, гортани, языка и полости рта, восстановление непрерывности нижней челюсти, закрытие фарингостомы, восстановление дыхания и речи при травмах возвратного нерва у больных, подвергнутых операциям на щитовидной железе.

Отделение опухолей молочной железы

В отделении осуществляется оказание специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с онкологической патологией молочной железы, доброкачественными опухолями молочной железы, в том числе и в сочетании с патологией женских половых органов.

Сотрудниками оказывается консультативная помощь пациентам с онкологической и неонкологической патологией молочных желез.

Торакоабдоминальное отделение

На базе отделения оказывают специализированную консультативную и лечебную помощь населению по онкологическим заболеваниям пищевода, желудка, печени и поджелудочной железы, а также забрюшинного пространства и малого таза.

В торакоабдоминальном отделении РНИОИ впервые на Северном Кавказе выполнены радикальные операции при раке печени, операции при раке пищевода с одномоментной внутриплевральной пластикой, комбинированные вмешательства при раке желудка, а также выполненные операции в объеме тотальной экзисцерации таза.

Торакальное отделение

На базе торакального отделения сотрудники курируют больных с патологией легких. Основным методом лечения опухолей легких является хирургический. При необходимости производятся расширенные операции с интраперикардiallyй обработкой сосудов, резекцией перикарда, части диафрагмы, ребер, мягких тканей грудной стенки.

В послеоперационном периоде по показаниям проводится химиотерапия для девитализации возможных микрометастазов опухоли.

Отделение онкоурологии

В отделении проводятся высокотехнологичные операции на мочевых путях, осуществляется консервативное лечение и реабилитация больных с урологическими заболеваниями.

Радикальные и расширенные операции при опухолях почки (включая каватромбэктомию). Хирургические вмешательства при опухолях надпочечников. Резекции мочевого пузыря и цистэктомии с интестинальной везикопластикой. Радикальные простатвезикулэктомии с применением нервосберегающих методик. Эндоскопические вмешательства при опухолях мочевого пузыря, предстательной железы. Пластические и реабилитационные вмешательства при опухолях различной локализации (фаллоэндопротезирование после радикальной простатэктомии, протезирование яичек после орхэктомии). Оригинальные методики гормоно-химиотерапии рака простаты (вакуум-аспирация паренхимы яичек с пластикой гидрофильным гелем). Рентген-хирургические вмешательства (чрескожная пункционная нефростомия и стентирование мочеточников).

Выполняется хирургическое лечение неонкологических урологических заболеваний и химиолучевое лечение опухолей мочевого пузыря (системная, локальная полихимиотерапия и антибиотикотерапия на аутосредах).

Отделение ургентной онкологии

Работа отделения направлена на оказания высокотехнологичной и экстренной специализированной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями органов брюшной полости и грудной клетки. В отделении выполняются хирургические вмешательства любых видов и любой сложности на органах брюшной полости.

На базе отделения осуществляется ряд экстракорпоральных операций: методы заместительной почечной терапии, лечебный плазмоцитоз. Кроме того, проводится эстракорпоральная противовоспалительная и иммунотерапия на клетках аутокрови.

Отделение гематологии

Отделение оказывает медицинскую помощь при следующих онкогематологических заболеваниях: неходжкинские лимфомы, лимфомы Ходжкина, острые лимфобластные лейкозы, хронический лимфолейкоз, острые миелоидные лейкозы, хронический миелолейкоз, миелодиспластические синдромы, миеломная болезнь.

Выполняются диагностические манипуляции: пункции костного мозга, трепанбиопсия подвздошных костей, диагностические пункции спинномозгового канала, люмбальные пункции с введением химиопрепаратов в спинномозговой канал, пункционные биопсии лимфатических узлов.

Лечебные манипуляции: аутогемохимиотерапия, аутомиелохимиотерапия, системная полихимиотерапия, полихимиотерапия в сочетании с таргетными препаратами, высокодозная полихимиотерапия с поддержкой ростовыми колониестимулирующими факторами, активной поддерживающей, сопроводительной терапией современными препаратами, терапия препаратами направленного действия.

Отделение реконструктивно-пластической хирургии

Отделение располагает собственными эффективными методиками операций в различных областях пластической и реконструктивной хирургии (25 патентов на изобретение РФ). Перечень заболеваний, подлежащих лечению в отделении: злокачественные и доброкачественные опухоли кожи и мягких тканей, меланома кожи, рак молочной железы, доброкачественные дисгормональные гиперплазии молочной железы, гинекомастия.

Методы лечения, используемые в отделении: хирургическое лечение с использованием общепринятых и оригинальных методов кожной пластики, первичная и отсроченная реконструктивная маммопластика после радикальной мастэктомии, органосохраняющей радикальной резекции и кожесохраняющей мастэктомии по поводу рака молочной железы с использованием ограниченных (ареолярных) доступов; удаление ткани грудной железы у мужчин при гинекомастии (минимально инвазивная подкожная мастэктомия); проведение пред- и послеоперационной лекарственной терапии: паратуморальной аутоплазмохимиотерапии, аутогемохимиотерапии при меланоме кожи; местная и общая озонотерапия.

Отделение превентивной онкологии

Единственное в стране отделение, которое занимается выявлением предопухолевых заболеваний и состояний в организме и их лечением.

Всех обратившихся в отделение разделяют на три группы, с каждой из которых разработана своя схема работы:

1 группа (ПРЕВО I): «здоровые» лица, не предъявляющие в настоящий момент никаких жалоб;

2 группа (ПРЕВО II): пациенты, имеющие те или иные хронические воспалительные и эндокринно-обменные заболевания, которыми они страдают на протяжении ряда лет;

3 группа (ПРЕВО III): пациенты, ранее подвергавшиеся оперативному или консервативному лечению по поводу злокачественных новообразований и излеченные от них.

Отделение анестезиологии и реанимации

В отделении внедрены современные методы анестезии и интенсивной терапии, позволяющие выполнять различные хирургические вмешательства. Сотрудниками отделения проводится предоперационное консультирование больных с целью максимально возможного выявления и коррекции факторов риска интра- и послеоперационных осложнений.

Это создает необходимые условия для безопасного течения самого раннего и чувствительного периода восстановления после операции и анестезии, а при необходимости — проведения полноценной интенсивной терапии.

Отделение лучевых методов лечения

Уникальные методики, применяемые в отделении: дистанционная гамма-терапия с параллельным введением химиопрепаратов на аутосредах в лечении нерезектабельного рака поджелудочной железы в адьювантном и неоадьювантном режимах, паратуморальное введение смеси цитостатиков в комплексной терапии рецидивов рака шейки матки после сочетанного лучевого лечения. Комплексное неоадьювантное химиолучевое лечение меланомы кожи. Эндолимфатическое введение химиопрепаратов с радиосенсибилизирующей целью и последующей сочетанной гамма-терапией у больных с третьей стадией рака шейки матки.

Изучены некоторые механизмы радиосенсибилизации в эксперименте.

Накоплен большой опыт применения химиопрепаратов, введенных на аутосредах, в целях повышения чувствительности ткани опухоли к воздействию ионизирующего излучения.

Химиотерапевтическое отделение

Основным методом лечения является химиотерапия. В арсенале отделения, помимо стандартной химио- и гормонотерапии, имеются методы аутобиохимиотерапии, адаптивной иммунотерапии и иммунотерапии, разработаны и успешно используются методы с применением модификаторов биологических реакций, воздействия на перитуморальную зону, изучаются перспективы использования технологии пересадки стволовых клеток в преодолении резистентности солидных опухолей к химиотерапии. Эффективность применяемых методов противоопухолевого лечения подтверждена множеством клинико-экспериментальных исследований и многолетней клинической практикой.

Разработка и внедрение новых, более эффективных методик основаны на принципе перманентной неудовлетворенности конечными результатами, которые, и это особенно остро ощущается в онкологии, следует непрерывно улучшать. А лицо Ростовского научно-исследовательского онкологического института определяется интеграцией практически всех современных организационных, научных, клинических направлений в отечественной онкологии. «За пределы возможного» — вот девиз ученых и врачей нашего института.

Особенности распределения антигенов главного комплекса гистосовместимости I класса у детей с солидными злокачественными опухолями

Арсмакова Х. Х.; Козель Ю. Ю., профессор, зав. отделением детской онкологии, ФГУ «РНИОИ» Минздравсоцразвития России; Фадеева Т. В., главный врач СПК; Кудинова Э. Е., зав. иммунологическим отделением, ГУЗ «Станция переливания крови» РО; Златник Е. Ю., профессор, зав. лабораторией культуры тканей; Кузнецов С. А., к.м.н., отд. детской онкологии ФГУ «РНИОИ» Минздравсоцразвития России; г. Ростов-на-Дону

По современным представлениям, система главного комплекса гистосовместимости (HLA), обеспечивая регуляцию иммунного ответа, осуществляет такие важнейшие физиологические функции, как взаимодействие всех иммунокомпетентных клеток организма, распознавание своих и чужеродных, в том числе, измененных собственных, клеток, запуск и реализацию иммунного ответа и, в целом, обеспечивает выживание человека как вида в условиях экзогенной и эндогенной агрессии (Bodmer W., 1997).

Следует отметить, что внедрение в исследования системы HLA молекулярно-генетических методов не только позволило конкретизировать представления о системе HLA, но и значительно расширило представления о ее полиморфизме, при этом были открыты многие новые аллели классов I, II и III, и общее количество только известных специфичностей HLA классов I и II увеличилось более чем в 6 раз. Аллельные варианты HLA классов I и II входят в несколько генетических локусов. Так, в классе I имеется 3 локуса HLA: A, B и C; также к антигенам HLA класса I относятся гены локуса MIC — MHC class I chain — related gens (MIC — A и MIC — B) (Komatsu-Wakui M. et al., 1999). Эти гены локализованы на хромосоме 6 в непосредственной близости от HLA — B (Janeway Ch. A., 1997).

К настоящему моменту установлено 17 аллельных вариантов генов MIC — A и MIC — B (Komatsu-Wakui M. et al., 1999; Bauer S. et al., 1999). В настоящее время обнаружено, что антигены MIC — A участвуют в активации взаимодействия TCR — молекулы MHC в развитии Т-клеточно-опосредованной цитотоксичности и активности НК-клеток, тем самым, в частности, играя роль в обеспечении противоракового иммунитета (Bauer S. et al., 1999).

Успехи молекулярной биологии, в частности, иммуногенетические методы изучения главного комплекса гистосовместимости человека (MHC) не только способствовали новому взгляду на этиологию и патогенез многих заболеваний, но и прогноз ряда заболеваний в клинике. Исследование MHC стало одним из приоритетных направлений в иммуногенетике (Хаитов Р. М., Алексеев Л. П., 1998). Изучение характера ассоциированности антигенных вариантов генов HLA со злокачественными солидными опухолями у детей в изученной нами литературе ранее не проводилось.

Заболеваемость детей злокачественными опухолями в России за последние 10 лет увеличилась на 20% и достигла 4,25 тысяч (Агафонов Б. В. и соавт., 2004). В настоящее время в России насчитывается около 12500 детей до 15 лет, находящихся под врачебным наблюдением по поводу злокачественных новообразований (ЗН) всех локализаций (Аксель Е. М. и соавт., 2001; Давыдов М. И. и соавт., 2002; Чиссов В. И. и соавт., 2002). Россию можно отнести к странам с высоким уровнем заболеваемости

детской онкологической патологией. В 2002 году она составила 13—15 на 100 тысяч детского населения (Бондарь И. В., 2002; Дурнов Л. А., 2002). Солидные ЗН, включая опухоли ЦНС, занимают второе место в структуре заболеваемости детей злокачественными опухолями. На их долю, по данным различных отечественных и зарубежных авторов, приходится от 48,5 до 54% от всей онкопатологии (Моисеенко Е. И., 1995; Менткевич Г. Л., 2000; Аксель Е. М., 2001; Дурнов Л. А. и соавт., 2002; Pizzo P.A., Poplak D.J., 2003). Среди солидных опухолей наиболее часто диагностируются опухоли центральной нервной системы — около 20%, реже встречаются опухоли почек — 8%, костей и мягких тканей — 12%, глаз — 3,5%, половых органов — 0,7% (Вишневская Е. Е., 1997; Маицко Д. Е. и соавт., 1998; Нечушкина И. А. и соавт., 2001; Давыдов М. И., 2002; Дурнов Л. А. и соавт., 2002;

Таблица 1

Распределение HLA антигенов I класса у детей с нейробластомой (частота встречаемости антигена, %)

Антигены HLA I класса	Контрольная группа (n=1215)	Больные (n=14)	χ^2
A1	25,19	21,42	0,09
A2	48,06	50,0	0,2
A3	25,35	7,14	2,43
A23	4,36	7,14	0,25
A24	16,46	35,71	3,69
A25	4,52	7,14	0,22
A26	5,35	7,14	0,09
A11	12,59	14,28	0,04
A31	0,90	7,14	5,56
B51	12,35	14,28	0,40
B7	19,67	1,14	1,38
B8	10,86	21,42	1,58
B44	14,07	14,28	0,001
B13	11,60	35,71	8,2
B62	6,99	7,14	0,001
B38	8,97	7,14	0,06
B39	1,73	7,14	2,31
B18	13,50	7,14	0,48
B49	5,10	7,14	0,12
B55	0,82	7,14	0,01
B27	10,70	28,57	4,55
B35	14,90	14,28	0,004
B60	6,34	14,28	2,32
B61	2,47	7,14	1,27

Таблица 2

Распределение HLA антигенов I класса у детей с нефробластомой
(частота встречаемости антигена, %)

Антигены HLA I класса	Контрольная группа (n=1215)	Больные (n=14)	χ^2
A1	25,19	14,28	0,86
A2	48,06	50,0	0,02
A3	25,35	35,71	0,78
A24	16,46	14,28	0,05
A25	4,52	7,14	0,22
A26	5,35	21,42	6,85
A11	12,59	14,28	3,60
A28	5,10	14,28	2,36
A29	1,48	7,14	2,91
A31	0,90	7,14	5,56
B51	12,35	28,57	3,32
B7	19,67	7,14	1,36
B8	10,86	14,28	0,17
B44	14,07	14,28	0,001
B13	11,60	7,14	2,69
B38	8,97	7,14	0,06
B18	13,50	28,57	2,66
B49	5,10	14,28	2,36
B35	14,90	35,71	3,17
B60	6,34	7,14	0,02
B41	4,12	14,28	3,13

Heydeman R.L., Packer R.J., 1997; Smit M.A. et al., 1999; Verstraete K.L., Lang P., 2000).

Целью настоящей работы явилось исследование распределения антигенов главного комплекса гистосовместимости I класса у детей с солидными злокачественными опухолями.

Материалы и методы. Информация об обследованной популяции

Определение антигенов HLA I класса было проведено у 74 пациентов отделения детской онкологии РНИОИ: 12 пациентов с саркомой Юинга (9 мальчиков, 3 девочки); 11 пациентов с остеогенной саркомой (7 мальчиков, 4 девочки); 14 пациентов с нейробластомой (8 мальчиков, 6 девочек); 14 пациентов с нефробластомой (9 мальчиков, 5 девочек); 23 пациента с герминогенными опухолями (10 мальчиков, 13 девочек). Средний возраст больных составил: с саркомой Юинга — 11,8 года, остеогенной саркомой — 17,1 года, нейробластомой — 4,7 года, нефробластомой — 4,8 года, с герминогенными опухолями — 14,2 года. Заболевание, в среднем, начиналось в возрасте: саркома Юинга — 11,6 года, остеогенная саркома — 16,4 года, нейробластома — 4,4 года, нефробластома — 4,2 года, герминогенные опухоли — 10,6 года.

Контрольную группу составили 1215 доноров ГУЗ «СПК» РО.

Исследование HLA фенотипа I класса проводилось на базе ГУЗ «СПК» РО в иммунологическом отделении методом серологического типирования, которое осуществляли в стандартном лимфоцитотоксическом тесте. Для определения HLA — антигенов I класса, локусов A и B, в качестве гистотипирующих стандартов использовали сыворотки Всероссийского банка гистотипирующих реагентов Санкт-Петербургского НИИ гематологии и переливания крови.

Таблица 3

Распределение HLA антигенов I класса у детей с саркомой Юинга
(частота встречаемости антигена, %)

Антигены HLA I класса	Контрольная группа (n=1215)	Больные (n=12)	χ^2
A1	25,19	33,33	0,11
A2	48,06	50,0	0,02
A3	25,35	33,33	0,89
A24	16,46	41,66	3,77
A25	4,52	8,33	0,004
A26	5,35	8,33	0,03
B51	12,35	33,33	3,05
B7	19,67	25,0	0,01
B8	10,86	25,0	0,57
B44	14,07	8,33	0,02
B13	11,60	8,33	0,02
B62	6,99	8,33	0,15
B18	13,50	8,33	0,01
B27	10,70	8,33	0,04
B35	14,90	16,67	0,06
B60	6,34	8,33	0,09
B61	2,47	8,33	0,13
B41	4,12	8,33	0,001

Статистическая обработка результатов. Достоверность различий и достоверность наблюдаемой ассоциации определяли с помощью общепринятого в иммуногенетике вычисления χ^2 .

Результаты и обсуждение. Первым этапом работы выполнена оценка распределения антигенов HLA I класса у детей с солидными злокачественными опухолями. Результаты исследования распределения антигенов HLA I класса представлены в таблицах 1—5.

Все основные антигены присутствуют в популяции: HLA I класса (локус A и B).

Из представленных данных (табл. 1), при нейробластоме по сравнению с контролем повышена частота антигенов — A24 — 35,71%, A31 — 7,14%, B8 — 21,42%, B13 — 35,71%, B27 — 28,57%, B60 — 14,28%. Достоверно повышена только частота антигена B13 (χ^2 — 6,02, $p < 0,05$). Снижена частота антигенов B7 — 7,14% и B18 — 7,14%. Число гомозигот при нейробластоме — 7 случаев.

При нефробластоме (табл. 2) повышена частота антигенов: A26 — 21,42%, A31 — 7,14%, B51 — 28,57%, B18 — 28,57%, B35 — 35,71%, B41 — 14,28%. Достоверно повышена только частота антигена A26 (χ^2 — 6,85, $p < 0,05$). Снижена частота антигена B13 — 7,14%. Число гомозигот при нефробластоме — 5 случаев. Повышение частоты HLA A31, вероятнее всего, обусловлено низкой частотой антигена в популяции и небольшим числом пациентов в обследуемой группе.

При саркоме Юинга (табл. 3) значительно повышена частота антигенов A24 — 41,66%, B51 — 33,33%, B61 — 8,33%. Достоверных различий не выявлено.

У пациентов с остеогенной саркомой (табл. 4) повышена частота антигенов A24 — 36,36%, B51 — 36,36%, B61 — 9,0%, также отмечено повышение частоты антигенов B13, B56, B35 (соответственно, 27,27%, 9,0%, 27,27%) по сравнению с контрольной группой. Снижена частота антигенов B7 — 9,0%, однако эти различия недостоверны из-за небольшого числа наблюдений. Число гомозигот в группе с остеогенной саркомой составило 5 случаев, число гомозигот у пациентов с саркомой Юинга — 7.

Таблица 4

Таблица 5

Распределение HLA антигенов I класса у детей с остеогенной саркомой (частота встречаемости антигена, %)

Антигены HLA I класса	Контрольная группа (n=1215)	Больные (n=11)	χ^2
A1	25,19	18,18	0,03
A2	48,06	45,45	0,02
A3	25,35	36,36	0,22
A24	16,46	36,36	1,84
A26	5,35	9,00	0,01
A28	5,10	9,00	0,01
B51	12,35	36,36	3,83
B7	19,67	9,0	0,25
B8	10,86	18,18	0,08
B44	14,07	18,18	0,01
B13	11,60	27,27	1,25
B14	5,60	9,0	0,02
B62	6,99	9,0	0,10
B38	8,97	9,0	0,27
B56	1,97	9,0	0,28
B35	14,90	27,27	0,52
B60	6,34	9,0	0,07
B61	2,47	9,0	0,18
B41	4,12	9,0	0,004

Распределение HLA антигенов I класса у детей с герминогенными опухолями (частота встречаемости антигена, %)

Антигены HLA I класса	Контрольная группа (n=1215)	Больные (n=23)	χ^2
A1	25,19	17,39	1,20
A2	48,06	56,52	0,65
A3	25,35	26,09	0,006
A24	16,46	26,09	1,51
A25	4,52	4,34	0,22
A26	5,35	17,39	3,98
A11	12,59	26,09	2,42
A30	2,39	4,34	0,75
A23	4,36	4,34	0,26
B51	12,35	21,74	1,08
B7	19,67	17,39	0,001
B8	10,86	8,69	0,001
B44	14,07	21,74	0,56
B13	11,60	4,34	0,57
B14	5,60	8,69	0,03
B62	6,99	13,04	1,14
B39	1,73	4,34	0,02
B18	13,50	21,74	0,71
B57	6,91	4,34	0,55
B49	5,10	4,34	0,10
B50	1,24	4,34	1,45
B55	0,82	4,34	0,45
B27	10,70	4,34	1,78
B35	14,90	26,09	2,24

При герминогенных опухолях (табл. 5) повышена частота антигенов A24 — 26,09%, A26 — 17,39%, A11 — 26,09%, B51 — 21,74%, B18 — 21,74%, B39 — 4,34%, B50 — 4,34%, B55 — 4,34%. Достоверные различия по сравнению с контрольной группой отмечены в частоте встречаемости антигена A26 (χ^2 — 3,98, $p < 0,05$). Повышение частоты антигенов B39, B50, B55 вероятнее всего обусловлено небольшим числом обследованных пациентов с данной патологией и низкой частотой этих антигенов среди здоровых лиц.

Проведение сравнительного анализа HLA I класса позволило выявить различия между антигенным составом у больных с саркомой Юинга и остеогенной саркомой, с нейробластомой, нефробластомой, герминогенными опухолями. Так, у больных с нейробластомой, нефробластомой, герминогенными опухолями встречается антиген A11, а у больных с саркомой Юинга и остеогенной саркомой не выявляются данные антигены. В то же время, у больных с саркомой Юинга и остеогенной саркомой чаще встречается антиген B51, нежели при нейробластоме, нефробластоме, герминогенных опухолях.

Выводы

1. В исследованных нами группах детей с солидными злокачественными опухолями: нефробластомой, нейробластомой, саркомой Юинга, остеогенной саркомой, герминогенными опухолями, — отмечено достоверное увеличение частоты встречаемости ряда антигенов HLA I класса. Так, достоверно повышена частота антигена HLA B13 при нейробластоме ($p < 0,05$), HLA A26 — при нефробластоме и герминогенных опухолях ($p < 0,05$). Необходимо продолжить исследование пациентов с данными патологическими процессами для уточнения результатов.

2. Для дальнейшего изучения ассоциативных связей системы HLA со злокачественными опухолями у детей целесообразно провести HLA-типирование по II классу (локус — DRB I).



ЗОМЗ

ОАО «Загорский оптико-механический завод»
Медицинские и лабораторные приборы
от крупнейшего российского производителя

141300, Московская область, г. Сергиев Посад, пр. Красной Армии, 212 В
 Тел./факс:
(496) 542-89-78,
546-91-13, 546-92-24
 www.zomz.ru,
 e-mail:
 zomzsales@yandex.ru,
 zomz-lan@tsinet.ru

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИБОРЫ:



- щелевые лампы SL-P (варианты комплектации с тонометром/ видеоадаптером);
- офтальмоскопы НБО-3-01, ОР-3Б;
- анализаторы поля зрения АППЗ-01;
- монобиноскопы МБС-02;
- диоптриметры ДО-3.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИБОРЫ:

- спектрофотометры КФК-3-«ЗОМЗ» (прибор зарегистрирован как медтехника);
- колориметры фотоэлектрические КФК-5М;
- фотометры пламенные ФПА-2-01;
- поляриметры круговые СМ-3.



Комплексная терапия остроконечных кондилом полового члена

Ибишев Х. С., Тагиров З. Т., Ферзаули А. Х., Пархоменко О. В.;
НИИ урологии и нефрологии РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

В настоящее время папилломавирусная инфекция (ПВИ) — одно из наиболее распространенных урогенитальных заболеваний, передающихся половым путем [1, 2]. Встречается с одинаковой частотой как у женщин, так и у мужчин, живущих активной половой жизнью. Особую значимость данной проблемы в андрологии придает распространение ПВИ среди мужчин репродуктивно значимого возраста. Как правило, ПВИ у мужчин приводит к различным заболеваниям репродуктивной системы [3].

В результате многочисленных исследований главный фактор риска инфицирования связан с характером половых связей: повышается при раннем начале половой жизни с частой сменой половых партнеров [4, 5, 6]. Определена зависимость от сексуальной ориентации, выявлен высокий процент инфицирования ПВИ среди гомосексуалистов обоих полов аногенитальной ПВИ с превалированием папилломавируса высокого онкогенного риска.

Одной из часто клинически регистрируемых форм ПВИ являются остроконечные кондиломы (ОК). В настоящее время не существует этиотропной терапии, практически отсутствует специфическая терапия. Лечение клинических форм ПВИ включает использование цитотоксических препаратов (подофиллин, подофиллотоксин, 5-фторурацил), физическую или химическую деструкцию, назначение иммуномодулирующих препаратов, таких как интерфероны и их индукторы, вакцины, экзогенные иммуномодуляторы естественного происхождения [5, 6]. Однако ни при одном из используемых методов терапии ПВИ не происходит полного разрушения кондилом и элиминации вируса из организма. Поэтому предпочтительным является комбинированная терапия, сочетающая фармакотерапию, действующую на патогенетическую основу заболевания, с одним из физических методов лечения.

Материалы и методы

Нами обследованы 34 пациента в возрасте от 20 до 35 лет с диагнозом «остроконечные кондиломы полового члена». Для идентификации типа ПВИ использован амплификационный метод диагностики (полимеразная цепная реакция — ПЦР). Пациенты были разделены на три группы в зависимости от проведенной терапии.

1 группа (12 мужчин) — проведена диатермоэлектрокоагуляция;

2 группа (12 мужчин) — комбинированная терапия: диатермоэлектрокоагуляция и иммуномодулирующая терапия (суппозитории Виферон 1 млн МЕ 1 раз в день, per rectum №10);

3 группа (10 мужчин) — диатермоэлектрокоагуляция и иммуномодулирующая терапия (суппозитории Виферон 1 млн МЕ 1 раз в день, per rectum №10 + гель Виферон 2 раза в день, в течение 20 дней на область диатермоэлектрокоагуляции).

Результаты

У обследованных мужчин наиболее частая локализация ОК — крайняя плоть головки полового члена (35% случаев), головка полового члена (29%), реже — венеч-

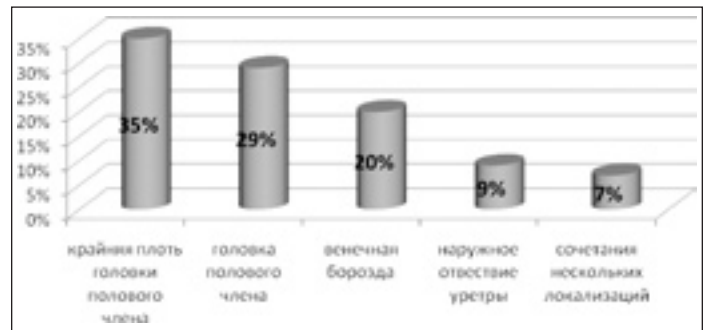


Рис. 1. Локализация остроконечных кондилом

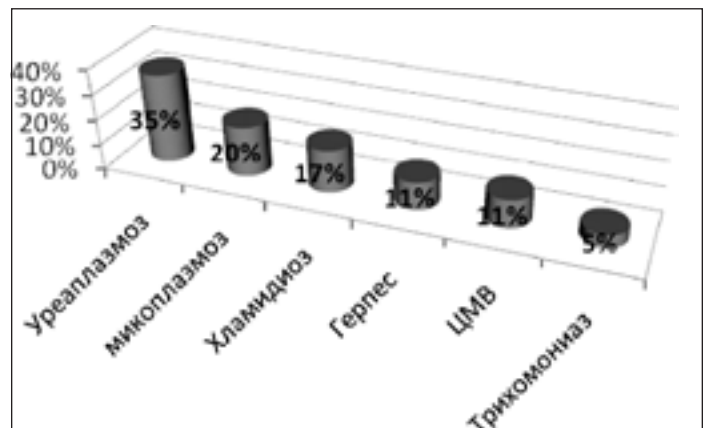


Рис. 2. Сочетания ПВИ с урогенитальными инфекциями

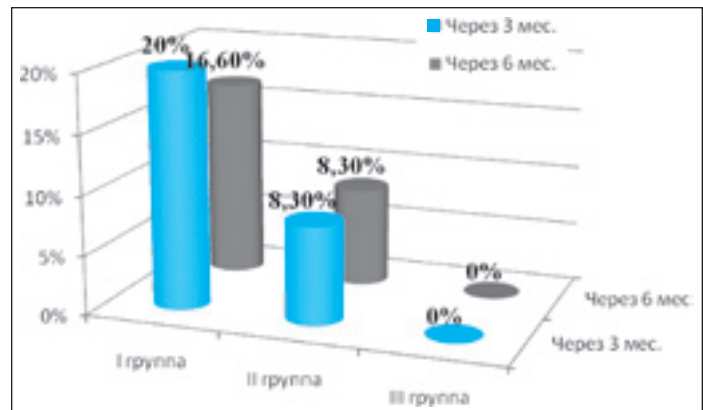


Рис. 3. Результаты лечения через 3 и 6 месяцев

ная борозда (20%), а в единичных случаях — наружное отверстие уретры (рис. 1).

Для проведения молекулярно-биологической идентификации использовали образцы: клеточный материал, собранный с помощью щеточки-эндообраша, и биопсийный материал, полученный после диатермоэлектрокоагуляции.

В результате в 82,3% случаев выделен 6 и 11 типы ПВИ. В 53% случаев имело место сочетание 6 и 11 типов с 16 и 18 типами ПВИ, а в 29,4% случаев отмечено сочетание с 31 типом, в единичных случаях — с 33 типом ПВИ. В 17,7% случаев 16 и 18 типы ПВИ выявлены в моноварианте.

Кроме того, отмечена ассоциативность ПВИ с другими урогенитальными инфекциями: герпес, хламидиоз, ЦМВ, что затрудняет лечение пациентов с данной патологией (рис. 2).

Наиболее часто отмечались сочетания ОК с *Ureaplasma urealyticum* — 35%, *Mycoplasma genitalium* — 20%, *Chlamydia trachomatis* — 17%.

При динамическом наблюдении в течение 6 месяцев рецидив кондилом в 1 группе отмечен у 20% пациентов, во второй группе — у 8,8%, в третьей группе рецидивов не выявлено (рис. 3).

Комплексное лечение больных ПВИ ускоряло элиминацию ПВИ из покровных тканей гениталий, что проявлялось отсутствием рецидива ОК. Деструкция кондилом у пациентов вызывала болевые ощущения и усиливала локальную воспалительную реакцию (эритема, мокнутие). Препараты ИФН оказывали терапевтическое действие на эту симптоматику. Преимуществами данных препаратов были раннее появление фармакологических эффектов: противовоспалительного, сокращения продолжительности заживления после деструкции кондилом (в среднем в 2 и 2,5 раза после назначения суппозиторий Виферон и суппозиторий Виферон + гель Виферон по сравнению с показателями у больных, не получавших интерферонотерапию).

Выводы

Таким образом, наиболее частым этиологическим фактором остроконечных кондилом полового члена является 6, 11, 16, 18 типы папилломавирусной инфекции. Высокая клиническая эффективность комбинированной терапии, сочетающей диатермоэлектрокоагуляцию

с иммуномодулирующей терапией (суппозитории Виферон 1 млн МЕ + гель Виферон), позволяет рекомендовать ее для лечения остроконечных кондилом полового члена.

Литература

1. Дмитриев Г. А., Биткина О. А. Папилломавирусная инфекция. — М: Мед. книга, 2006.
2. Евстигнеева Н. П. Папилломавирусная инфекция урогенитального тракта женщин: эпидемиология, факторы персистенции, оптимизация ранней диагностики и профилактики онкогенеза: автореф. дисс. ... д.м.н. — М, 2007.
3. Коган М. И., Сероухов А. Ю. Роль вирусов в развитии урологических заболеваний // II науч.-практ. конф. «Рациональная фармакотерапия в урологии». Москва, 7—8 февраля 2008 г. — М, 2008. — С. 57—58.
4. Молочков А. В. Применение препарата рекомбинантного интерферона альфа-2 «Виферон» в дерматологической практике // V науч.-практ. конф. «Терапия социально-значимых заболеваний в дерматовенерологии». Москва, 28—29 сент. 2005 г. — М, 2005. — С. 93—94.
5. Роговская С. И. Вакцины против вируса папилломы человека: новые возможности профилактики цервикального рака // Гинекология. — 2007. — Т. 9. — №1. — С. 15—20.
6. Роговская С. И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки: в помощь практикующему врачу. Изд. 2-е. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 192 с.



Российский университет дружбы народов
Медицинский факультет

«Ранние сроки беременности»

III Международный конгресс, 26-28 мая 2011 г. Москва

ТЕМЫ ДИСКУССИЙ:

Ранние сроки беременности: переосмысление накопленных знаний • Печальные уроки ненужного лечения • Реальные возможности предгравидарной подготовки • Пренатальный скрининг • Плодовые клетки в материнском кровотоке • Конtraceпция — единственный метод сохранения репродуктивного здоровья женщин • Реабилитация после абортов: гормональная контрацепция как безальтернативная система восстановления фертильности

Аборт в России был, есть и остаётся основным методом регулирования рождаемости • Почему Россия не выполняет рекомендации ВОЗ о совершенствовании технологии медикаментозного аборта (63 дня задержки, 200 мг)? • Технологии искусственного прерывания беременности не востребованы. Почему? • Новые показания к прерыванию беременности из-за экстрагенитальных заболеваний

Хронический эндометрит — основная причина невынашивания и ВРТ • Спонтанное и привычное невынашивание: дистанция огромного размера • Дискуссия «Почему нужны и не нужны прогестины: два мира, две системы» • Биоценоз влагалища и невынашивание: мифы и реальности • Тромбофилии врождённые и приобретённые: не путать! • Ранние сроки беременности после ЭКО • Перспективы фармакологического прерывания замершей беременности • Исходы беременности, осложнённой в ранние сроки • Мастер-класс: диспансеризация беременных. Обсуждаем 808н

В третий день конференции запланирована секция FIAPAC — International Federation of Professional Abortion and Contraception Associates, Международной федерации профессиональных ассоциаций по аборту и контрацепции

+7 (499) 558-0253
www.statuspraesens.ru



Status Praesens
Profimedia



ЮЖНО-РОССИЙСКИЙ ФОРУМ «КАВКАЗСКАЯ ЗДРАВНИЦА-2011»



МЕДИЦИНСКИЙ КОНГРЕСС
«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
СЕВЕРНОГО
КАВКАЗА»

28–30 АПРЕЛЯ 2011
КИСЛОВОДСК



(87937) 331-79, 381-00
(863) 227-35-20, 240-62-60



ЗИМНИЙ ТЕАТР
СОЧИ **16-18
июня 2011**

Развиваем Юг России
ВМЕСТЕ!

XII специализированная выставка медицинского оборудования,
технологий и фармпрепаратов для здравоохранения

МЕДИЦИНА СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

II специализированная выставка для обеспечения квалифицированной медицинской помощью
различных категорий и групп населения, занимающихся физической культурой и спортом

СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

- НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПО АКТУАЛЬНЫМ ПРОБЛЕМАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- II НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ:



ОРГАНИЗАТОР: Выставочная компания «Сочи-Экспо ТПП г. Сочи»



тел.: (8622) 647-555, (495) 745-77-09
m.pisarenko@sochi-expo.ru, www.sochi-expo.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>