

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

№1 (28) 2012

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU

ВИФЕРОН®

ИНТЕРФЕРОН НАТУРАЛЬНЫЙ РЕКОМБИНАНТНЫЙ АНАЛОГ
С ИНТЕРМЕДИАТНЫМ КОМПЛЕКСОМ

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

ЖНВЛС



- 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

- ВИФЕРОН® вошел в список ЖНВЛС*
- ВИФЕРОН® отпускается по фиксированным ценам



ферон

ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

** жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства*

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



ВОЗМОЖНЫ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ НОМЕРА:

- Гастроэнтерология (стр. 52)
- Диагностика (стр. 45, 55)
- Инфекционные болезни (стр. 4, 8, 48)
- Кардиология (стр. 13)
- Психиатрия, неврология (стр. 35, 40)
- Радиология (стр. 28)
- Реабилитация (стр. 19)
- Физиотерапия (стр. 34)



СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ ГРУППА КОМПАНИЙ

**уникальный
АССОРТИМЕНТ**
ЦЕНЫ ЗАВОДОВ-ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ

- фармацевтическая и медицинская продукция
- химреактивы для всех лабораторий
- медицинский инструментарий
- медицинская техника
- лабораторное оборудование
- медицинская мебель и многое другое

г. Ростов-на-Дону,
ул. Страны Советов, 19
WWW.SKMK-GROUP.RU

Тел.: (863) 255-22-22, 255-26-26
(МНОГОКАНАЛЬНЫЕ)

E-mail: medzakupki@mail.ru

РЕКЛАМА

НПКФ «МЕТОМ»

Фирма создана в 1992 году на базе оборонного предприятия, имеет собственную производственную базу

РАЗРАБОТКА И ИЗГОТОВЛЕНИЕ ИЗДЕЛИЙ ИЗ ПЛАСТМАСС И РЕЗИН

- Маски лицевые из прозрачного медицинского пластика

Тип А: для кислородно-аэрозольной терапии, обеспечивают подачу газовых смесей от аппаратов кислородно-аэрозольной терапии непосредственно к органам дыхания больного. Выпускаются 6-ти размеров.

Тип Б: применяются для комплектации аппаратов ИВЛ, ингаляционного наркоза, «АМБУ». Герметичность прилегания к лицу обеспечивается мягким обтуратором. Размерный ряд: от самых маленьких — для грудничков, до больших взрослых.

- Гипоксикатор Стрелкова — прибор безмедикаментозного лечения, профилактики и реабилитации широкого круга заболеваний, для индивидуального пользования. Реализует метод прерывистой нормобарической гипокситерапии. Используется для лечения и профилактики в больничных, амбулаторных и домашних условиях.

Работает на принципе обратного дыхания воздухом с постепенным понижением содержания кислорода и абсорбцией влаги и двуокиси углерода.

- Аппарат УФОК «Юлия» для экстракорпорального облучения крови. Позволяет в ряде случаев отказаться от дорогостоящих препаратов, помогает в медико-социальной реабилитации пациентов с различными заболеваниями. Небольшие габариты и вес, кювета однократного использования позволяют применять аппарат и в лечебных учреждениях, и на дому у больного.

- А также: маски-ингаляторы; соединители (шланги дыхательные гофрированные к аппаратам ИВЛ и аппаратам ингаляционного наркоза); раноограничители (для ограничения очага инфекции раневой зоны и создания слоя лекарственного раствора над зоной раны при проведении озонультразвуковой, ультразвуковой обработки и фонофореза лекарственных средств).



Маски для комплектации аппаратов ИВЛ и анестезиологических Б2-75, Б2-95, Б2-125, Б2-145



Маски лицевые кислородно-аэрозольной терапии



РЕКЛАМА

НПКФ «МЕТОМ» 125212, г. Москва, Ленинградское шоссе, 58
Тел.: (495) 459-90-01, 452-23-26, e-mail: m1@metom.ru, www.metom.ru

Matoprat многолетний опыт, европейское качество

В предложении TZMO.SA (Торунский Завод Перевязочных Материалов) под маркой МАТОРАТ находится полный ассортимент изделий для создания качественных гипсовых повязок.

ГИПСОВЫЙ БИНТ предназначен для обеспечения неподвижности всякого вида переломов, а также коррекции неправильных форм. Гипсовые бинты представлены двумя основными группами, которые отличаются временем схватывания:

- быстро схватывающиеся гипсовые бинты;
- медленно схватывающиеся гипсовые бинты.

Все предлагаемые бинты обеспечивают комфорт работы медицинского персонала и одновременно гарантируют пациенту безопасность использования гипсового бинта. Необходимо помнить, что время схватывания можно регулировать, повышая или понижая температуру воды: повышение температуры воды (20° С) приводит к сокращению времени схватывания, а ее понижение замедляет весь процесс.

Быстро схватывающийся гипсовый бинт GIPSET — это изделие с хорошими потребительскими характеристиками. Благодаря использованию составляющих высокого качества бинт имеет крепкую поверхность и белый цвет. Бинт позволяет легко наложить повязку и отличается высокой пластичностью, экономичен в пользовании в связи с очень маленькой потерей гипсовой смеси во время его накладывания.



РЕКЛАМА

Время схватывания: 3–3,5 минуты.

Бинт GIPSET может быть использован для:

- обеспечения неподвижности всякого рода переломов,
- немедленного обеспечения неподвижности в операционных залах или при несчастных случаях,
- при коррекции неправильных форм.



GIPSET

LONGETA — четырехслойный быстро схватывающийся гипсовый бинт, перевязочный материал, предназначенный для хирургии и ортопедии, длиной 10 или 20 метров. Благодаря значительной длине лонгеты ее можно использовать для большого количества гипсовых повязок. Наличие слоев облегчает процесс моделирования гипсовой оболочки без необходимости наложения слоев из традиционного бинта. Лонгета GIPSET имеет все достоинства бинта GIPSET:

- позволяет быстро наложить гипсовую повязку (имеет очень короткое время схватывания — 3–3,5 минуты),
- накладывается очень легко благодаря большой пластичности лонгеты,
- изделие очень экономичное в пользовании благодаря малой потере гипсовой субстанции во время наложения гипса.

Лонгета GIPSET предназначена для создания гипсовых оболочек, а также фрагментарных дополнительных усилений гипсовой повязки. Может замещать традиционную гипсовую повязку в случаях:

- мелких поражений (простых переломов) или переломов с большим отеком в области поражения,
- легких ушибов, вывихов суставов, когда допускается только частичная неподвижность (лонгета как стабилизирующая шина),

- открытых переломов и иных, которые лечатся операционно, когда показана дополнительная послеоперационная неподвижность при одновременной необходимости осмотра кожи.

Быстро схватывающийся гипсовый бинт PREGIPS 6 предназначен для хирургии и ортопедии. Как и в случае гипсового бинта GIPSET, PREGIPS сконструирован путем наматывания на ролик хлопчатобумажной марли, которая равномерно пропитана гипсовой смесью. Эту гипсовую повязку можно использовать при тех же показаниях, что и GIPSET, для:

- обеспечения неподвижности всех переломов,
- немедленного обеспечения неподвижности в операционных залах,
- коррекции формы.

Время схватывания бинта: 6 минут.

Медленно схватывающийся гипсовый бинт PREGIPS 12 особенно рекомендуется для наложения больших гипсовых повязок, складывающихся из нескольких, а также более 10 гипсовых бинтов (например, гипсовых корсетов). Соответственно, длительное время схватывания бинта (12 минут) обеспечивает полное и длительное схватывание отдельных слоев повязки, обеспечивающей неподвижность, а также комфорт работы медицинского персонала.

ПОДСТИЛКИ ПОД ГИПС

Для удобства медперсонала и комфорта пациентов имеется два вида подгипсовых подстилок MATOSOFT, которые благодаря мягкой и пушистой структуре отлично выстилают изнутри гипсовую повязку. Использование подстилок MATOSOFT повышает комфорт использования гипсовой повязки. Подстилки различаются между собой абсорбирующими способностями, что связано с их специфическим использованием.

MATOSOFT Natural — натуральная подстилка под гипс, впитывающая влагу, особенно рекомендуется под традиционные



гипсовые повязки. Абсорбирует пот и выделения, сокращая риск раздражения и мацерации кожи (особенно при высоких температурах). После впитывания влаги не теряет первоначальной равномерности структуры и упругости. Отлично приспосабливается к форме тела. Может стерилизоваться водяным паром под давлением или радиацией.

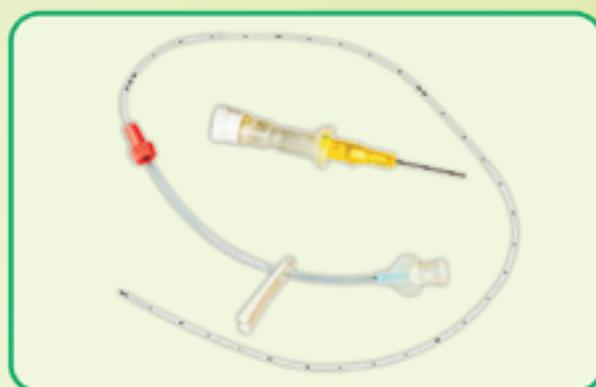
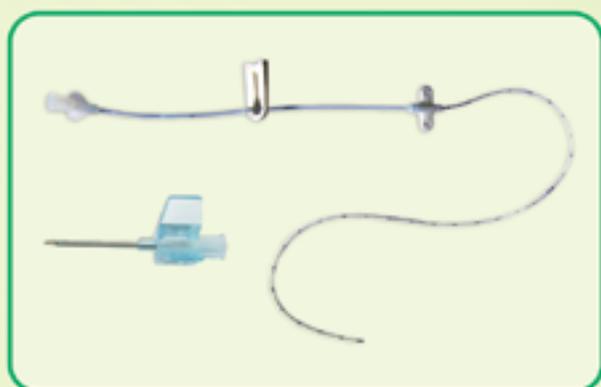
MATOSOFT Synthetic — синтетическая подстилка под гипс, не впитывающий влаги, отлично подходит под синтетические повязки, дающие жесткость. Не впитывает влагу, не допускает контакта с кожей, что облегчает заботу о гигиене. Хорошо прилегает к анатомическим формам тела, уменьшая риск потеростей и раздражений. Обеспечивает отличное выстилание под гипсом и выполняет функцию защиты кожи пациента. Имеет связанную структуру, устойчивую к расслоению, благодаря чему облегчает наложение гипсовой повязки. Может стерилизоваться водяным паром под давлением или радиацией.



Более подробную информацию можно получить в ООО «белла-ДОН» по тел.: (863) 203-74-74 или у медицинского представителя по моб. тел. 8-918-555-1226 и 8-961-278-6886

Периферически вводимый центральный катетер Premicath (Премикат) 1Fr/28G (глубокая венозная линия)

Периферически вводимый центральный венозный полиуретановый катетер 1Fr/28G для длительного венозного доступа у недоношенных детей с малой массой тела (менее 800 г.), предназначен для парентерального питания, введения лекарств. Самый тонкий в мире катетер, позволяющий выхаживать глубоко недоношенных детей.



Характеристики

Катетер				Интродьюсер			
Код	Длина, см	Объем заполнения, ml	Поток (давление 1 bar) ml/min	Тип	Ext. Ø mm	Длина, mm	G
1261.152	15	0.06	1.1	24G короткая ВВ канюля	0.7	20	24
1261.20	20	0.07	1.0	Расщепляемая игла	0.7	18	24
1261.302	30	0.08	0.7	24G короткая ВВ канюля	0.7	20	24

Leader-Flex (Ледер-Флекс) Неонатальный/педиатрический центральный венозный катетер, вводимый по методике Сельдингера

Неонатальный/педиатрический центральный венозный катетер, вводимый по методике Сельдингера. Рентгеноконтрастный полиуретановый катетер со встроенной удлинительной трубкой (длина 4,5 см) и фиксирующие крылышки. Предназначен для обеспечения подключичного или яремного доступа у детей. Leader-Flex с кодом 1212.04 может использоваться для мониторинга артериального давления.

Упаковка (код 1212 - 22G/2Fr) включает:

- 1 полиуретановый катетер
- 1 игла-интродьюсер
- 1 прямой проводник с гибким кончиком
- 1 50 x 50 см покрывало



Характеристики

Пункционная игла							Катетер			Проводник	
Код	G	Длина, mm	Внутр. Ø mm	Внеш. Ø mm	Gauge G	Ø Fr	Длина, см	Поток ml/min	Объем зап. ml	Длина, см	Ø mm
1212.04	21	42	0.5	0.7	22	2	4	17	0.15	23	0.5
1212.06	21	42	0.5	0.7	22	2	6	15	0.16	23	0.5
1212.08	21	42	0.5	0.7	22	2	8	12	0.17	26	0.5
1212.20	21	42	0.5	0.7	22	2	20	4,4	0,20	50	0,5

**Специализированный
медицинский журнал**

«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»

Выходит 1 раз в квартал

Крылова О. В. — учредитель и издатель

Прошенко Е. А. — редактор

Редакционный совет:

Быковская Т. Ю. — министр
здравоохранения Ростовской области

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

Мажаров В. Н. — министр
здравоохранения Ставропольского края

Мамаев И. А. — министр
здравоохранения Республики Дагестан

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

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 №1999

Подписано в печать 20.12.2011 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

Нозокомиальный очаг крымской геморрагической лихорадки в МУЗ «ЦРБ» Сальского района Ростовской области	4
Анализ проведения дополнительной диспансеризации в рамках национального проекта «Здоровье» МУЗ «Городская поликлиника №2» филиал №3	6
Оптимизация терапии инфекционного мононуклеоза у детей с использованием препаратов рекомбинантного интерферона альфа	8
Казанский центр обучения	12
Возможности эндоваскулярного лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.....	13
Система профилактики послеоперационных тромбоэмболических осложнений: стратификация риска, документирование, индикаторы качества.....	19
Научно-производственный центр УВИКОМ. Углеродные волокна и композиты	26
Лучевая диагностика в методике распознавания опухолей и опухолеподобных заболеваний скелета	28
Развитие информационных систем для медицинских учреждений как история успеха	31
Анализ заболеваемости сифилитической инфекцией в Ставропольском крае за 2006–2010 годы.....	32
Физиотерапевтическое лечение больных хроническим простатитом с эректильной дисфункцией	34
Доминирующие непароксизмальные нервно-психические расстройства при эпилепсии	35
Качество жизни больных рассеянным склерозом	40
Урогенитальные инфекции и патология беременности у женщин Ростовской области	45
Профилактика вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции — важная составляющая в улучшении демографической ситуации в Ростовской области	48
Диагностика и лечение хронического запора.....	52
Экспресс-метод диагностики донозологических состояний, предболезни и процессов адаптации пациентов с помощью аппаратно-программного комплекса «Пuls-Антистресс»	55
Выставки юга России	58

Нозокомиальный очаг крымской геморрагической лихорадки в МУЗ «ЦРБ» Сальского района Ростовской области

Соловьев М. Ю., к.м.н., руководитель Управления Роспотребнадзора по Ростовской области; Ковалев Е. В., зам. руководителя; Ненадская С. А.; Федченко А. В.; Леоненко Н. В.; Гончарова О. В.; Шемшуря О. П.; Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

Ростовская область является эндемичной по заболеваемости крымской геморрагической лихорадкой (КГЛ). За период с 1999 по 2011 гг. случаи заболевания КГЛ регистрировались в 33 районах и 8 городах. Показатели заболеваемости варьировали от 0,140/0000 (2001 год) до 1,850/0000 (2008 год).

Заболеваемость КГЛ с 2000 по 2005 гг. носила спорадический характер, с общим числом заболевших 46 человек на 12 территориях области. С 2006 года, в связи с активизацией природных очагов, наблюдается рост заболеваемости КГЛ.

Максимальный подъем заболеваемости КГЛ отмечался в 2008 году, с общим числом заболевших 81 человек на 18 территориях области. С 2009 года наблюдался спад заболеваемости на 66,6% — 27 случаев инфицирования КГЛ. В 2010 году зарегистрировано 16 случаев КГЛ, на начало октября 2011 года — 48 случаев.

Ведущим механизмом передачи человеку возбудителя КГЛ является трансмиссивный. Однако заражение человека в отдельных случаях может происходить и при прямом контакте с больным, минуя переносчика.

В области регистрировались единичные случаи внутрибольничного инфицирования КГЛ среди медицинских работников (1961 год — 1 человек, 1966 — 2, 1999 — 5). В последние годы случаи выявлялись в Орловском районе (2003 год), Ремонтненском и Заветинском районах (2006, 2007 годы).

В мае 2011 года зарегистрирован очаг внутрибольничного инфицирования КГЛ в МУЗ «ЦРБ» Сальского района среди медицинского персонала (8 человек), оказывавшего медицинскую помощь больной с КГЛ.

Больная А. заболела остро 05.05.2011, обратилась за медицинской помощью в тот же день, госпитализирована в ночь с 05.05.2011 на 06.05.2011 по скорой помощи в инфекционное отделение МУЗ «ЦРБ» Сальского района с диагнозом: «ОРВИ? Лихорадка неясного генеза, интоксикация; сопутствующее: беременность 22 недели. Пиелонефрит беременной?».

Несмотря на то, что территория Сальского района является эндемичной по КГЛ, диагноз КГЛ был поставлен на пятые сутки с момента госпитализации.

Больной проводилось симптоматическое лечение. По данным рентгенографического обследования установлены левосторонняя нижнедолевая пневмония, пиелонефрит. С 08.05.2011 больная подключена к подаче увлажненного кислорода. У пациентки отмечались: повышенная кровоточивость из катетера, в местах внутримышечных инъекций — гематомы.

Резкое ухудшение состояния отмечено с 10.05.2011: нарастание дыхательной недостаточности, прожилки крови в мокроте, выраженная кровоточивость из катетера, температура 38,4°C, геморрагии в местах в/м инъекций, кашель частый непродуктивный. Подключена к ИВЛ. Поставлен диагноз: «КГЛ, тяжелое течение, геморрагический синдром, двусторонняя пневмония, дыхательная недостаточность 3 степени».

В течение следующего дня состояние больной продолжало ухудшаться (двусторонние крепитирующие хрипы, кровоточивость из катетера, рвота «кофейной гущей»). Проводилось интубирование трахеи.

Биологическая смерть пациентки зафиксирована 11.05.2011. Заключительный клинический диагноз: «Основное заболевание: крымская геморрагическая лихорадка, тяжелое течение с геморрагическим синдромом (геморрагии в местах инъекций, желудочно-кишечное кровотечение). Осложнения: двусторонняя пневмония, дыхательная недостаточность 3 степени, отек легких, полиорганная недостаточность. Сопутствующее: беременность 22 недели. Сопутствующие заболевания: анемия беременности средней тяжести, гестационный пиелонефрит».

В процессе оказания медицинской помощи больной произошло внутрибольничное инфицирование восьми медицинских работников стационара: 3 врачей, 4 медицинских сестер, 1 санитарки:

- медицинская сестра инфекционного отделения, контактировавшая с больной А. при выполнении внутривенных инъекций через установленный катетер и при проведении ежечасной ингаляции;
- медицинская сестра-анестезист реанимационного отделения (устанавливала оборудование для ИВЛ);
- медицинская сестра инфекционного отделения (контакт с больной А. при выполнении манипуляций и установлении подключичного катетера, при проведении ингаляций);
- медицинская сестра-анестезист отделения реанимации (непосредственный контакт с больной А. отрицает, находилась в палате не более 10 минут);
- санитарка инфекционного отделения (осуществляла смену постельного белья, проведение текущей влажной уборки в палате, вынос и дезинфекцию судна);
- врач-инфекционист инфекционного отделения (контакт с больной А. во время осмотра, при проведении ингаляции и назначения лечения. Являлась лечащим врачом еще двух больных КГЛ);
- врач акушер-гинеколог (осуществлял осмотр больной А.);
- врач-анестезиолог (проводил ингаляцию, подключение ИВЛ).

При проведении эпидрасследования было установлено, что госпитализированные 14–16 мая 2011 года с диагнозом «ОРВИ» медицинские работники гинекологического, инфекционного и реанимационного отделений ранее одновременно (12–15 мая 2011 года) отмечали повышение температуры тела до 38–39,5°C (100,0%), слабость (100,0%), ломоту в теле (100,0%), озноб (100,0%), головную боль (100,0%), а также першение в горле (25,0%) и геморрагии в местах инъекций (37,5%). Окончательный диагноз: «КГЛ средней степени тяжести без геморрагического синдрома» был поставлен у 5 человек, «КГЛ средней степени тяжести с геморрагическим синдромом» — у 3 человек.

У всех заболевших при исследовании проб крови в лабораториях (ООИ; вирусологическая) ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» методом ПЦР обнаружена РНК вируса ККГЛ, методом ИФА — JgM в диагностических титрах 1/1800—1/6400, в двух случаях — JgG в титре 1/100.

По данным ФГУЗ «СтавНИПЧИ» Роспотребнадзора, при проведении специалистами Референс-центра по мониторингу за возбудителем КГЛ исследований сывороток крови 9 больных КГЛ, в том числе больной А. с летальным исходом, которой оказывали медицинскую помощь, выявлены РНК вируса ККГЛ, *СCHF-Crimean-Congo hemorrhagic fever virus*.

При сборе эпиданамнеза установлено, что медицинский персонал в большинстве случаев работал без защитных очков, в масках типа «одноразовая хирургическая», не предохраняющих от попадания аэрозоля с мокротой, содержащей примеси крови с вирусом, на кожу (с возможными повреждениями), в верхние дыхательные пути и на конъюнктиву глаз.

При проведении совместного эпидрасследования с ФГУЗ «РостНИПЧИ» Роспотребнадзора, Министерством здравоохранения Ростовской области установлено, что вероятный источник внутрибольничного инфицирования КГЛ в МУЗ «ЦРБ» Сальского района — больная А., с лабораторным подтверждением диагноза (ПЦР, ИФА).

Механизм передачи инфекции — контактный, аспирационный, путь передачи — гемоконтактный, воздушно-капельный (аэрозольный).

Условиями, способствующими инфицированию медицинских работников, являлись:

1. развитие геморрагического синдрома у больной с кровоизлиянием в легкие и выделение мокроты, содержащей кровь;
2. период максимальной вирусемии (вирусемии) — пятый день болезни, при отсутствии противовирусного лечения;
3. использование ингалятора-небулайзера NEBULFLAEM для лечения больной КГЛ 10.05.2011 явилось непреднамеренным фактором риска;
4. использование неполного комплекта противочумного костюма и возможность попадания возбудителя через кожу лица с повреждениями, верхние дыхательные пути и конъюнктиву глаз.

Вероятными факторами передачи инфекции являлись кровь, отделяемые биологические жидкости от больной А. (мокрота с прожилками крови, рвотные массы с кровью, маточные выделения) и воздух палаты с высокой концентрацией вируса ККГЛ, а также нарушения дезинфекционного режима и биологической безопасности при оказании реанимационной помощи больной с использованием аппаратуры (ингалятора-небулайзера), отсутствие проведения бактерицидного облучения воздуха палаты в течение 5 дней.

Внутрибольничное инфицирование КГЛ — это не новая проблема. Но при инфицировании медицинских работников МУЗ «ЦРБ» Сальского района имеются определенные особенности. При проведении эпидемиологического расследования в отношении МУЗ «ЦРБ» Сальского района по факту регистрации внутрибольничного инфицирования медицинских работников при оказании медицинской помощи больной А. с диагнозом «КГЛ» выявлены следующие нарушения:

- сокрытие факта групповой заболеваемости КГЛ медицинских работников: из МУЗ «ЦРБ» Сальского района не поступали экстренные извещения по форме 058-у о случаях госпитализации лиц с подозрением на лихорадку неясного генеза, КГЛ;
- системные нарушения дезинфекционного режима в отделениях, в том числе при проведении заключительной дезинфекции, правил асептики и антисептики;

- неиспользование персоналом в полном объеме индивидуальных средств защиты;
- нарушение биологической безопасности при проведении медицинских манипуляций, при снятии защитной одежды медицинским персоналом после работы;
- нарушение правил хранения и утилизации медицинских отходов;
- грубые нарушения при отборе и доставке биологических проб;
- заниженная площадь палат, отсутствие рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в палатах и служебных помещениях в присутствии людей, отсутствие механической приточно-вытяжной вентиляции с фильтрами тонкой очистки.

По факту внутрибольничного инфицирования медицинских работников привлечены к административной ответственности по ст. 6.3, 8.2 КоАП РФ юридическое лицо (МУЗ «ЦРБ» Сальского района), а также руководство и персонал больницы.

Таким образом, учитывая, что все медицинские работники заболели 12—15 мая 2011 года, инкубационный период 3—4 дня, сходную клиническую картину заболевания и выявленные нарушения в ходе эпидрасследования совместно специалистами Управления Роспотребнадзора по Ростовской области, ФГУЗ РостНИПЧИ Роспотребнадзора, МЗ РО установлен эпидемиологический диагноз: «острый очаг среди медицинских работников (МУЗ «ЦРБ» Сальского района) с 8 случаями заболевания КГЛ». Возбудитель — вирус ККГЛ. Источник инфекции (возможный, вероятный) — вероятный источник — больная А. с КГЛ (с лабораторным подтверждением (ПЦР, ИФА), с геморрагическим синдромом, осложненной двусторонней пневмонией, с летальным исходом, без противовирусного лечения.

Механизм передачи инфекции — контактный, аспирационный, путь передачи — гемоконтактный, воздушно-капельный.

Вероятными факторами передачи инфекции явились кровь, отделяемые биологические жидкости от больной А. (мокрота с прожилками крови, рвотные массы с кровью, маточные и влагалищные выделения) и воздух палаты с высокой концентрацией вируса ККГЛ ввиду отсутствия проведения специфического лечения противовирусными препаратами, а также нарушения дезинфекционного режима и биологической безопасности при оказании реанимационной помощи больной с использованием аппаратуры (небулайзер NEBULFLAEM) в ночь с 9 на 10 мая 2011 года, отсутствие проведения бактерицидного облучения воздуха палаты больной А. в течение 5 дней.

Заболели восемь медицинских работников, находившихся в определенных условиях по риску инфицирования (при этом у шести из них высок риск сочетанного инфицирования гемоконтактным путем и воздушно-капельным, у двух — гемоконтактный путь передачи не доказан).

Очаг локализован в пределах одного инкубационного периода в результате комплекса противоэпидемических, профилактических мероприятий.

С целью недопущения случаев инфицирования КГЛ, основными приоритетными направлениями остаются профилактические мероприятия по снижению численности основных переносчиков — клещей, мышевидных грызунов, а также работа среди медицинских работников и населения по вопросам личной безопасности природно-очаговых и особо опасных инфекций.

Кроме того, необходимо неукоснительно соблюдать требования перечня основных нормативных документов:

- МУ 3.1.1.2488—09 «Организация и проведение профилактических и противоэпидемических

мероприятий против крымской геморрагической лихорадки»;

- СанПиН 2.1.3.2630—10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»;
- СП 1.3.1285—03 «Безопасность работы с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности)»;
- СП 1.3.2322—08 «Безопасность работы с микроорганизмами III-IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней»;
- СП 1.3.2518—09 «Дополнения и изменения №1 к санитарно-эпидемиологическим правилам «Безопасность работы с микроорганизмами III-IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней»;

- СанПиН 2.1.7.2790—10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»;
- СП 3.4.2318—08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации»;
- СП 3.4.2366—08 «Изменения и дополнения №1 к СП 3.4.2318—08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации»;
- МУ 3.4.2552—09 «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевание инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения».



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:
info@zomz.ru,
sales@zomz.ru

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИБОРЫ:



- щелевые лампы SL-P (опции — тонометр, видео/фото адаптер);
- 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.



РЕКЛАМА

Анализ проведения дополнительной диспансеризации в рамках национального проекта «Здоровье» МУЗ «Городская поликлиника №2» филиал №3

Петручик С. В., заслуженный врач России, заведующий филиалом №3 МУЗ «ГП №2», г. Таганрог Ростовской области

Увеличение общей смертности населения Российской Федерации, рост сердечно-сосудистых заболеваний, снижение численности населения страны потребовали принятия неотложных мер по современной диагностике, профилактике и лечению основных заболеваний. В соответствии с реализацией национальной программы «Здоровье» с 2006 года на территории России проводится дополнительная диспансеризация (ДД) работающего населения.

Программа направлена на раннее выявление и профилактику заболеваний, в том числе социально значимых.

Основанием для начала ДД послужил Приказ МЗиСР РФ №188 от 22.03.2006 «О порядке и объеме проведения дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях». Приказ утверждал порядок и объем проведения ДД, учетную форму и форму отчетности, нормативы затрат и распределение средств, полученных на проведение ДД.

Первоначально ДД подлежали лица в возрасте 35—55 лет.

Объем обследования включал:

1. осмотр пациентов врачами-специалистами (терапевт, эндокринолог, хирург, невролог, офтальмолог, уролог или акушер-гинеколог).
2. проведение лабораторных и функциональных исследований (клинический анализ крови, клинический анализ мочи, исследование уровня холестерина крови, исследование уровня сахара крови, электрокардиография, флюорография, маммография или УЗИ молочной железы).

По результатам исследований определялись пять групп здоровья. I группа — практически здоровые, II группа — граждане с риском развития заболеваний, III группа — нуждающиеся в дополнительном обследовании или лечении в амбулаторных условиях, IV группа — нуждающиеся в дополнительном обследовании или лечении в стационарных условиях, V группа — граждане, имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

При выявлении заболеваний или отклонений в состоянии здоровья по итогам ДД пациент направлялся участковым врачом-терапевтом на дообследование и лечение.

С 2007 года на основании Приказа МЗиСР РФ №47 от 17.01.2007 «О проведении дополнительной

диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях», ДД проводилась независимо от возраста, и объем обследований оставался прежним.

С 2008 года в соответствии с Приказом МЗиСР РФ №80н от 20.02.2008 «О проведении в 2008—2009 гг. дополнительной диспансеризации граждан», ДД проводилась всем работающим, застрахованным в системе ОМС, независимо от сферы их деятельности. Программой расширен объем обследования: добавлены показатели липидного профиля и онкомаркеры для мужчин и женщин старше 40 лет.

В 2009 году уменьшилось число врачей-специалистов, участвующих в ДД, а также добавлены некоторые биохимические показатели (Приказ МЗиСР РФ №67-н от 24.02.2009 «О порядке проведения в 2009 году дополнительной диспансеризации работающих граждан»).

В 2010 году ДД проводилась на основании Приказа МЗиСР РФ №55-н от 04.02.2010 «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан». Объем обследований не менялся.

В филиале №3 МУЗ «Городская поликлиника №2» г. Таганрога основные работы проводились силами сотрудников филиала.

Целью данной работы является изучение эффективности проведения дополнительной диспансеризации и обоснованность алгоритма обследования за последние 2 года.

С 2009 по 2010 год включительно всего были осмотрены 1771 человек, из них 962 — женщины (54,3%).

Обследование по возрасту составило:

- до 35 лет — 15,8%;
- от 35 до 55 лет — 72,7%;
- старше 55 лет — 11,5%.

Результаты дополнительной диспансеризации за последние два года показали, что всего было зарегистрировано 3975 заболеваний, из них впервые выявлено 1888 заболеваний, что составило 1,06 заболеваний на одного осмотренного.

В структуре впервые выявленной патологии преобладают:

- болезни эндокринной системы (E00—E90) — 28,3%, почти половину из которых составляют нарушения липидного обмена (47,1%);
- болезни мочеполовой системы (N00—N99) — 26%;
- болезни системы кровообращения (I00—I99) — 21,8%, причем большая часть приходится на долю артериальной гипертонии (62%);
- болезни костно-мышечной системы (M00—M99) — 8,5%.

В ходе дополнительной диспансеризации было впервые диагностировано 5 случаев онкозаболеваний, 18 случаев заболеваний сахарным диабетом и 4 случая туберкулеза легких, что подтверждает положительную роль дополнительной диспансеризации в выявлении социально значимых заболеваний.

В результате проведенной диспансеризации к I группе здоровья было отнесено 21,8% обследованных, ко II группе — 28,8%, к III — 49,1%, к IV — 0,3%. Таким образом, более половины осмотренных нуждаются в дополнительном обследовании и лечении.

Лабораторные обследования

С 2009 по 2010 год включительно были проведены 31878 клинических и биохимических исследований.

Изменения были выявлены при определении липопротеидов (27%); триглицеридов (13%); билирубина (10,3%); глюкозы крови (13,4%); холестерина (8%). А изменения таких показателей, как мочевиная кислота, креатинин, общий белок, амилаза составили 3,5%, 1,6%, 0,9%, 0,7% соответственно.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что корреляционная связь между данными лабораторного обследования и выявленной патологией зачастую может отсутствовать, а исследование некоторых биохимических показателей является нецелесообразным. В то же время, многие выявленные лабораторные изменения требуют дальнейшего обследования и должны рассматриваться только в совокупности с клиническими данными.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

- Проведение дополнительной диспансеризации работающего населения в рамках программы «Здоровье» — крайне важное мероприятие по ранней выявляемости морфофункциональных изменений у работающего населения, позволяющее своевременно корректировать объем дополнительных обследований, разрабатывать программу лечения и реабилитации.
- Необходимо повысить заинтересованность работодателя в реализации данной программы.
- С учетом выявляемости целесообразно: продолжить проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан; нуждающихся в дополнительном обследовании и лечении направлять к участковому терапевту.

ООО «ИНЖЕНЕРНОЕ ДЕЛО»

Монтаж, все виды ремонта и техническое обслуживание любого медицинского оборудования

Также мы продаем медицинское оборудование, запасные части, принадлежности и расходные материалы для него

Сотрудники нашей компании — высококвалифицированные специалисты, имеющие опыт работы в данной сфере более 10 лет. Нашими заказчиками являются госучреждения г. Ростова-на-Дону и Ростовской области, мы принимаем заявки на работы и в других регионах России и странах ближнего зарубежья

Телефон (863) 296-44-29, факс (863) 238-31-83
E-mail: ingenerno-delo@yandex.ru | www.ingenerno-delo.ru

Оптимизация терапии инфекционного мононуклеоза у детей с использованием препаратов рекомбинантного интерферона альфа

Крамарь Л. В.; Карпухина О. А.; кафедра детских инфекционных болезней ВолгГМУ, г. Волгоград

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) — широко распространенное вирусное заболевание, для которого характерна системность поражения с вовлечением в патологический процесс лимфоидных органов и тканей, сердечно-сосудистой, иммунной систем, костного мозга, печени, селезенки и других органов [1].

Возбудителем инфекционного мононуклеоза является вирус Эпштейна—Барр (ВЭБ), который относится к семейству *Herpesviridae*, подсемейству *Gamma Herpesviridae* и роду *Lymphocryptovirus*. Но известно, что от 12 до 30% случаев ИМ негативны по гетерофильным антителам к ВЭБ. Схожую с инфекционным мононуклеозом симптоматику вызывают цитомегаловирус (ЦМВ) и вирус герпеса человека VI типа (ВГЧ-6). Инфекционный мононуклеоз возникает как первичная инфекция у иммунокомпетентных и иммуносупрессированных пациентов или как реактивация инфекции у иммуносупрессированных больных [2].

Актуальность изучения инфекционного мононуклеоза обусловлена широкой циркуляцией возбудителей среди населения, специфической тропностью вирусов к иммунокомпетентным клеткам, отсутствием средств специфической профилактики и этиотропной терапии [3, 8].

Лечение больных ВЭБ-инфекцией представляет большие трудности, так как ни один из известных противовирусных препаратов не позволяет полностью элиминировать вирус из организма. Длительная персистенция возбудителя приводит к негативной иммунной перестройке: угнетению реакций клеточного иммунитета, подавлению факторов неспецифической защиты организма, выражающейся в снижении α - и γ -интерферон-продуцирующей способности лейкоцитов, гипоглобулинемии, сенсбилизации к антигенам вируса [4].

В настоящее время перспективными для лечения инфекционного мононуклеоза представляются генно-инженерные рекомбинантные α -интерфероны (ИНФ), которые обладают антивирусным, антибактериальным, антипролиферативным и иммуномодулирующим действием. Кроме того, введение интерферона позволяет разгрузить пораженные клетки и компенсировать их неспособность к продукции собственного ИНФ в необходимых количествах [5]. Важным достоинством препаратов интерферона является их способность оказывать положительное влияние на иммунную систему при применении в невысоких терапевтических дозах. Кроме того, они хорошо сочетаются с другими лекарственными средствами, в том числе антибиотиками, имеют минимальный риск нежелательных эффектов при ректальном введении и могут назначаться детям любого возраста.

Одним из таких препаратов является отечественный препарат Виферон®. Входящие в его состав рекомбинантный интерферон альфа-2b, аскорбиновая кислота и токоферола ацетат оказывают выраженное элими-

национное действие на возбудителя ИМ, предупреждают развитие возможных осложнений и способствуют нормализации иммунного статуса пациентов. Однако подход к проведению противовирусной и иммуномодулирующей терапии ИМ у детей должен быть дифференцированным и зависеть прежде всего от тяжести заболевания. По мнению некоторых авторов, при легких формах ИМ у больных повышена выработка собственного провоспалительного цитокина — α -интерферона, достаточная для блокады репродукции вируса, поэтому этиотропная терапия в данном случае не является необходимой. При среднетяжелых и тяжелых формах, сопровождающихся значительной вирусной нагрузкой, его синтез в организме больного снижается, что приводит к нарушению клеточных механизмов противовирусной защиты, в связи с чем возрастает риск перехода ВЭБ-инфекции в хроническую форму. В этом случае уже в остром периоде ИМ оправдано назначение препаратов интерферона и его индукторов [6, 7]. Мало изученным остается вопрос об интерфероновом статусе больных ИМ и не менее актуальным является определение роли терапии α -интерфероном данной патологии.

Цель исследования: оценить клиническую и лабораторную эффективность препарата Виферон®, суппозитории ректальные, в дозировке 150000 МЕ при инфекционном мононуклеозе у детей.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 80 детей, больных острым инфекционным мононуклеозом средней степени тяжести в возрасте от 1 до 7 лет, проходивших стационарное лечение в Волгоградской областной детской клинической инфекционной больнице. В исследование включали пациентов, поступавших в клинику на 1—5 день от начала заболевания и не получавших в домашних условиях препаратов интерферона и иммуномодуляторов.

Все больные были разделены на 2 группы. В первую (опытную) было включено 40 детей, в комплексную терапию которых был добавлен отечественный препарат Виферон®, суппозитории ректальные, в дозировке 150000 МЕ, применяемый по стандартной схеме: по одной свече 2 раза в день в течение 5 дней. Вторую группу составили 40 детей, получавших только симптоматическое лечение.

Всем больным проводилось клиническое и лабораторное обследование, включающее в себя общие анализы крови и мочи, биохимические тесты (АЛТ, АСТ, тимоловые пробы). Уровень α -интерферона сыворотки определялся 3 раза — в день поступления, на 5 и 10 сутки от момента госпитализации. Верификацию возбудителя осуществляли с помощью молекулярно-генетического метода исследования (ПЦР).

Клиническая эффективность препарата Виферон® у больных инфекционным мононуклеозом

Динамика основных клинических симптомов заболевания	Опытная группа (Виферон®)	Контрольная группа (симптоматическая терапия)	Достоверность различий
Длительность лихорадки, дни ($M \pm m$)	2,2±0,4	3,7±0,3	p<0,05
Восстановление носового дыхания, дни ($M \pm m$)	3,4±0,6	4,3±0,4	p<0,05
Сокращение размеров печени, %	62,5±0,3	58,4±0,5	p<0,05
Нормализация размеров селезенки, %	27,5±0,4	24,6±0,3	p<0,05
Купирование гнойного тонзиллита, дни ($M \pm m$)	3,0±0,2	4,1±0,3	p<0,05

Результаты

При возрастном анализе наблюдаемых было установлено, что наиболее часто заболевание регистрировалось в возрасте от 1 до 3 лет — 80,0% случаев. Изучение гендерного состава показало, что мальчики, по сравнению с девочками, болели ИМ вдвое чаще (67,5% и 32,5% соответственно).

Эпштейна—Барр вирусная этиология мононуклеоза была подтверждена у всех заболевших методом ПЦР. Обращала на себя внимание высокая частота встречаемости микст-инфекции, обусловленной ВЭБ и цитомегаловирусом одновременно (12,5%). При оценке преморбидного фона было выявлено, что 85,0% госпитализированных имели ту или иную сопутствующую патологию: хронические заболевания лор-органов, кариез, дисбактериоз кишечника; 69,4% детей находились на диспансерном учете как часто болеющие; 47,5% имели поливалентную аллергию. На инфекции, вызванные вирусами семейства *Herpesviridae* (ветряная оспа, афтозный стоматит, герпетическая инфекция 1 типа), в анамнезе указывали 38,2% обследованных.

До момента поступления в стационар всем детям проводилось амбулаторное лечение, которое наиболее часто включало в себя жаропонижающие средства (62,5%), антибиотики (55,0%), местные антисептики (55,0%), антигистаминные препараты (20,0%), деконгестанты (35,0%).

Клиническая картина ИМ на момент поступления в стационар была весьма разнообразной. Самым частым проявлением заболевания была лихорадка (100%), причем у 67,5% детей температура колебалась на субфебрильных цифрах, у 32,5% доходила до 39—40°C, чаще повышалась вечером. Симптомы интоксикации, такие как слабость, вялость, сонливость, снижение аппетита, отмечались у 97,5% детей, причем у 12,5% они были сильно выражены, а у 85,0% — умеренно и слабо.

Поражение лимфоидной ткани, клинически проявляющееся увеличением размеров шейных лимфатических узлов, выявляли у 100% больных, при этом средний размер подчелюстных составлял 1,8±0,3 см, переднешейных — 1,3±0,2 см, заднешейных — 1,5±0,2 см.

У всех наблюдаемых детей была диагностирована лакунарная или пленчатая ангина, при этом у 32,5% больных воспалительные изменения в зеве проявлялись

яркой гиперемией и болью в горле, у 12,5% с момента поступления выявляли обширные налеты на миндалинах. В половине наблюдений (57,5%) небные миндалины были гипертрофированы до II степени, у 35,0% — до III.

Симптомы аденоидита (заложенность носа, храп во сне) на момент поступления в стационар регистрировались у 97,5% детей. Уже к 3 дню комплексной терапии 72,5% обследуемых отмечали облегчение носового дыхания, исчезновение гнусавости голоса и храпа. Ринит в виде прозрачного слизистого отделяемого из носовых ходов носил кратковременный характер и чаще встречался у детей раннего возраста — от 1 года до 3 лет (22,5%). В 15,0% случаев в остром периоде мононуклеоза была отмечена сыпь, при этом у всех ее появление было связано с назначением антибактериальных препаратов пенициллинового ряда.

Симптомы гепато- и спленомегалии обнаруживались в 90,0% и 32,5% наблюдений соответственно. В среднем, край печени выступал из-под реберной дуги по средне-ключичной линии на 1,7±0,2 см, селезенки — на 1,8±0,2 см.

В таблице 1 представлены данные о клинической эффективности Виферона® у лиц групп сравнения. Из ее данных видно, что основные симптомы заболевания быстрее купировались у детей, получавших лечение рекомбинантным интерфероном. Так, у 62,5% больных нормализация температуры наступала ко второму-третьему дню терапии, у 37,5% — совпадала с окончанием курса лечения. Средняя длительность лихорадочной реакции составила 2,2±0,4 дня, что было достоверно меньше, чем в контрольной группе (3,7±0,3, p<0,05). Одновременно с этим улучшалось состояние и самочувствие больных, которое в 40,0% случаев наступало уже ко 2—3 дню терапии, в 25,0% — к 4—5. В группе сравнения эти показатели составили 21,6% и 48,2% соответственно.

У 52,5% больных опытной группы уменьшение выраженности лимфаденопатии начиналось со 2—3 дня пребывания в стационаре, у 47,5% — все дни терапии сохранялась без динамики. В группе контроля нормализация размеров лимфатических узлов наступала позже и в среднем совпадала с 6—7 днем госпитализации.

На фоне применения Виферона® уменьшение гиперемии, отека в ротоглотке и гнойных наложений на миндалинах происходило быстрее — через 2—3 дня

Клинические показатели крови больных опытной и контрольной групп

Исследуемый показатель	Опытная группа		Контрольная группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Лейкоциты (10 ⁹ /л в 1 мкл)	11,4±1,4	9,8±1,3	11,8±1,6	10,6±1,4*
Нейтрофилы (10 ⁹ /л в 1 мкл)	4,0±1,6	3,32±1,4	4,3±1,4	4,2±1,5
Лимфоциты (10 ⁹ /л в 1 мкл)	5,4±1,4	5,37±1,5	5,6±1,3	5,5±1,7
Моноциты (10 ⁹ /л в 1 мкл)	0,86±1,2	0,64±1,4	0,98±1,3	0,79±1,5*
Атипичные мононуклеары, %	26,0±1,4	8,1±2,2	25,7±1,7	11,8±3,4*
Тромбоциты (10 ⁹ /л в 1 мкл)	187,5±4,7	222,1±5,1	189,5±3,5	194,6±6,2*
СОЭ (мм/час)	13,5±2,1	11,2±0,9	14,2±3,2	12,7±0,7

Примечание: * – достоверность различий в показателях лиц групп сравнения после курса терапии Вифероном®

у 57,5% больных, через 4–5 дней — у 40,0%, позже — у 2,5%.

Сокращение размеров печени у 62,5% детей опытной группы начиналось уже со 2–3 дня пребывания в стационаре. Нормализация размеров селезенки в первые 3 дня лечения происходила у 27,5% больных, у остальных (10,0%) — совпадала с окончанием 5-дневного курса терапии. В контрольной группе улучшение начиналось позже — на 5–6 день госпитализации.

Развитие заболевания приводило к специфическим изменениям крови, основными из которых были лейкоцитоз (от 10,5 до 26,0×10⁹ в 1 мкл), лимфоцитоз и нейтропения. Атипичные мононуклеары — гематологический маркер инфекции — регистрировали у 60,0% больных обеих групп. Их количество колебалось в широких пределах (от 2,0 до 41,0%), составляя в среднем 26,0±1,4%. У 32,2% выявляли тромбоцитопению, у 24,5% — гипохромную анемию.

В таблицах 2 и 3 представлены результаты динамики клинических и биохимических анализов крови больных до и после лечения препаратом Виферон®.

Из данных таблицы 2 можно видеть, что спустя 5 дней после начала терапии в периферической крови всех больных были отмечены положительные изменения: повышался уровень тромбоцитов, становился менее выраженным лейкоцитоз, уменьшалась СОЭ, постепенно исчезали атипичные мононуклеары. Однако у больных, получавших Виферон®, эти изменения происходили в более короткие сроки.

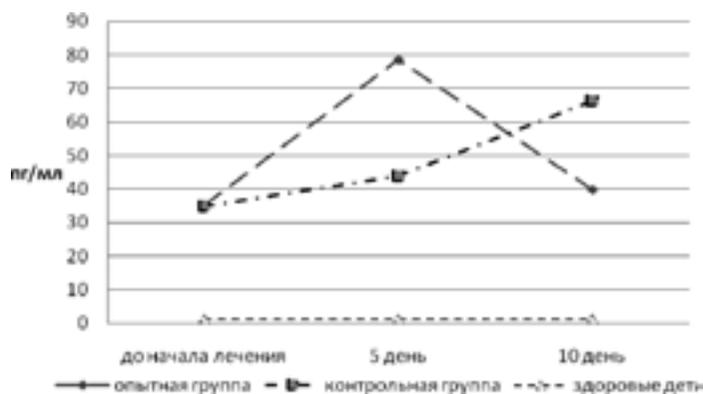
Аналогичная картина была установлена при сравнении результатов некоторых печеночных тестов. Так, характерными для острого периода инфекционного мононуклеоза изменениями в биохимическом анализе крови были повышения уровня аминотрансфераз и тимоловой пробы. В таблице 3 приводятся средние значения показателей печеночных проб участников исследования на момент поступления и после курса терапии.

Полученные биохимические данные свидетельствуют о более быстром купировании острого воспалительного процесса в паренхиме печени на фоне лечения препаратом Виферон®, суппозитории ректальные, в дозировке 150000 МЕ.

Биохимические показатели крови детей, больных инфекционным мононуклеозом, в опытной и контрольной группах

Биохимический показатель	Опытная группа		Контрольная группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
АЛТ Ед/л, М±m	51,3±9,8	30,9±8,4	50,2±7,6	42,7±8,1*
АСТ Ед/л, М±m	71,9±7,4	43,0±7,2	73,0±6,8	57,3±7,1*
Тимоловая проба Ед., М±m	4,3±0,9	3,8±0,8	4,2±0,7	4,0±0,9

Примечание: * – достоверность различий в показателях лиц групп сравнения после курса терапии Вифероном®



С внедрением в клиническую практику интерфероновой терапии высокую ценность приобрели исследования интерферонового статуса, который отражает характер изменений состояния организма в течение болезни. В норме у здоровых лиц α -интерферон в сыворотке крови отсутствует либо выявляется в «следовом» количестве. Во время острой фазы вирусных инфекций уровень концентрации α -ИНФ значительно возрастает у подавляющего большинства пациентов (до 200–300 пг/мл). При этом в период реконвалесценции концентрация α -ИНФ падает до нормального уровня (0–10 пг/мл) [7].

Для оценки интерферонового статуса у больных инфекционным мононуклеозом детей методом иммуноферментного анализа проводилось 3-кратное определение концентрации α -ИНФ в остром периоде заболевания: в день поступления, на 5 и 10 сутки терапии. Полученные результаты приводятся на рисунке 1.

Предварительно проведенное нами исследование уровня α -интерферона у 20 здоровых детей показало, что его содержание было крайне низким. Так, у 13 человек он не определялся используемым методом, у 5 — его концентрация достигала $8,2 \pm 1,4$ пг/мл, у 2 — $19,1 \pm 2,3$ пг/мл сыворотки крови. Среднее содержание α -ИНФ у здоровых детей составило $1,36 \pm 0,2$ пг/мл. Уровни α -интерферона в сыворотке крови у обследованных больных до лечения колебались от 2,1 до 215,9 пг/мл, при этом средний показатель в обеих группах не имел достоверных различий, составляя $35,2 \pm 6,8$ и $34,9 \pm 9,8$ пг/мл соответственно.

Через 5 дней после начала терапии данные показатели увеличивались у всех детей, однако максимальные значения были зарегистрированы у пациентов, получавших Виферон® ($78,6 \pm 7,4$ против $43,9 \pm 5,8$ пг/мл, $p < 0,05$). Далее эти показатели снижались в опытной группе и продолжали нарастать в контрольной: $39,8 \pm 3,4$ против $66,4 \pm 4,6$ пг/мл ($p < 0,05$). Более высокое нарастание концентрации α -ИНФ после 5-дневного курса терапии свидетельствует об активации системы иммунитета на фоне применения препарата Виферон®, а его снижение к десятому дню пребывания указывает на окончание острого периода инфекционного мононуклеоза и эффективность проводимого лечения. Более высокие уровни α -ИНФ в крови больных, не получавших Виферон®, на 10 день наблюдения свидетельствуют о большей длительности заболевания.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что использование в комплексной терапии больных инфекционным мононуклеозом рекомбинантного интерферона альфа-2b Виферона® имеет целесообразность, подтвержденную клиническими и лабораторными данными. Препарат показал не только высокую эффективность, но и хорошую переносимость: в процессе

лечения ни у одного больного не было отмечено никаких побочных явлений.

Выводы

1. Виферон®, рекомбинантный интерферон альфа-2b, приводит к более быстрому купированию симптомов ИМ, нормализации лабораторных показателей.
2. Виферон® хорошо сочетается с симптоматической терапией, отличается высокой безопасностью и хорошей переносимостью.
3. Исследуемый препарат положительно влияет на течение заболевания и может быть рекомендован для комплексного лечения ВЭБ-инфекции у детей.

Литература

1. Симованьян Э. Н. и др. Эпштейна—Барр вирусная инфекция у детей // Лечащий врач. — 2007. — №7. — С. 36—41.
2. Бошян Р. Е., Каражас Н. В., Феклисова Л. В. и др. Инфекция, вызванная вирусом Эпштейна—Барр, у детей с острым респираторно-вирусным заболеванием и инфекционным мононуклеозом // Омский научный вестник. Приложение к вып. 61. — 2007. — №3 (61). — С. 74.
3. Каражас Н. В., Малышев Н. А., Рыбалкина Н. Т. и др. Герпесвирусная инфекция (эпидемиология, клиника, диагностика и лечение) // Методические рекомендации. — М, 2007. — 42 с.
4. Учайкин В. Ф., Смирнов А. В., Чуелов С. Б. и др. Эпштейна-Барр вирусный гепатит у детей // Материалы VII конгресса педиатров-инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики у детей». — М, 2008. — С. 148.
5. Хмилевская С. А., Зайцева И. А., Михайлова Е. В. Особенности функционального состояния печени при различных вариантах Эпштейна—Барр вирусной инфекции у детей // Инфекционные болезни. — 2010. — Т. 8. — №2. — С. 30—35.
6. Хмилевская С. А. Эпштейна—Барр вирусный мононуклеоз: клинико-динамические особенности различных вариантов инфекции // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2010. — №3. — С. 570—574.
7. Mossman K. L., Ashkar A. A. Herpesviruses and the innate immune response // Viral Immunol. — 2005. — V. 18. — №2. — P. 267—281.
8. Randall R. E., Goodbourn S. Interferons and viruses: an interplay between induction, signalling, antiviral responses and virus countermeasures // J. Gen. Virol. — 2008. — V. 89. — P. 41—47.

КАЗАНСКИЙ ЦЕНТР ОБУЧЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ, ГИНЕКОЛОГИИ И УРОЛОГИИ, ПЛАСТИЧЕСКОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Приглашает вас в Казань
для повышения квалификации в вашей любимой специальности

ОБУЧЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ИЗ РУК В РУКИ»

Ежедневное участие в операциях, муляжи, тренажеры
Опыт подготовки более 3500 врачей за 18 лет практики

Руководитель Центра — профессор Казанской государственной
медицинской академии Федоров Игорь Владимирович

ХИРУРГИЯ

- *ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ (144 часа)
- *ЭНДОХИРУРГИЯ – ПРОДОЛЖЕННОЕ ОБУЧЕНИЕ (144 часа)
- *ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ (144 часа)
- ЭНДОХИРУРГИЯ И СКЛЕРОТЕРАПИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ (5 дней)
- ЭНДОХИРУРГИЯ И ГИНЕКОЛОГИЯ ДЛЯ ОПЕРАЦИОННЫХ СЕСТЕР (2 недели)
- НАВИГАЦИОННАЯ ХИРУРГИЯ под контролем УЗИ (2 недели)
- ГЕРНИОПЛАСТИКА ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ И ПО ТРАБУККО (5 дней)

ГИНЕКОЛОГИЯ

- *ЭНДОХИРУРГИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ (144 часа)
- *ГИСТЕРОСКОПИЯ. ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЯ. КОЛЬПОСКОПИЯ (144 часа)
- ВЛАГАЛИЩНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ (5 дней)

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

- ПЛАСТИЧЕСКАЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ (2 недели)
- ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЛИЦА (2 недели)

СМЕЖНЫЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

- ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РИНОСИНУСОХИРУРГИЯ (2 недели)
- *ОПЕРАТИВНАЯ АРТРОСКОПИЯ (144 часа)
- *ЭНДОХИРУРГИЯ В УРОЛОГИИ (144 часа)
- ПУНКЦИОННАЯ УРОЛОГИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ. ЛИТОТРИПСИЯ (2 недели)

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА (2 недели)

- ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ (РКТ+МРТ).
- ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА (РКТ+МРТ).
- ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ (РКТ+МРТ).
- СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ ДЛЯ РЕНТГЕНЛАБОРАНТОВ ПО РКТ И МРТ

ЭНДОСКОПИЯ

- ЭНДОСКОПИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (2 недели)
- СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА И ТРАХЕИ (3 дня)

На каждый цикл мы принимаем не более 6–8 курсантов. Ежедневное участие в операциях, тренажеры, видеотека, книги, инструменты и оборудование. Лекции и семинары.
СЕРТИФИКАЦИЯ — государственные документы установленного образца — Свидетельство 144 часа — (для циклов, помеченных звездочкой *). Всем врачам — Сертификат Центра обучения.

Возможна организация выездных циклов в вашем регионе по любой из вышеперечисленных специальностей, или по программе, специально разработанной по вашему заказу (например, совмещение хирургических и гинекологических циклов). По вашему желанию возможно индивидуальное обучение врачей. Приём заявок на обучение – с 15 августа 2011 г.

КОНТАКТЫ:

Тел. (843) **554-36-08** (круглосуточно); **8-917-234-31-90**
(резервный), Пискунова Ирина Николаевна.

Тел. (843) **260-40-05** моб., **8-966-260-40-05**

Руководитель Центра обучения — профессор Федоров Игорь Владимирович
E-mail: fiv-endosur@yandex.ru

Учебные программы и подробная информация о сроках обучения —
на сайте <http://endosur.tol.ru>

Возможности эндоваскулярного лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST

Мелешкин В. Г.; Хрипун А. В.; Малеванный М. В.; Куликовских Я. В.; Крамаренко А. В.; Акбашева М. Т.; Фоменко Е. П.; Областной сосудистый центр ГБУ РО «РОКБ», г. Ростов-на-Дону

Ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний умирает 17,1 млн человек, из них 7,2 млн — вследствие ИБС (ВОЗ, 2010). В настоящее время заболевания системы кровообращения стоят на первом месте в структуре смертности взрослого населения в мире. К 2030 году около 23,6 млн человек умрет от сердечно-сосудистых заболеваний, главным образом от болезни сердца и инсульта, которые, по прогнозам, останутся единственными основными причинами смерти (ВОЗ, 2010). На долю сердечно-сосудистых заболеваний в РФ приходится 56,9% общей смертности населения страны [1]. По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в 2009 году заболеваемость ИБС в РФ составила 566,0 на 100 тыс. взрослого населения, а частота острого инфаркта миокарда (ОИМ) — 141,6 на 100 тыс. взрослого населения.

ОИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ, как правило, обусловлен острой окклюзией коронарной артерии, является жизнеугрожающим состоянием и требует проведения экстренной реперфузионной терапии, направленной на восстановление проходимости сосуда сердца. До внедрения в 90-х годах в клиническую практику интервенционных (рентгеноэндоваскулярных) методов лечения ОИМ, когда тромболитическая терапия была единственным методом восстановления кровотока по сосудам сердца, смертность в течение 28 дней от ОИМ и его осложнений, по данным рандомизированного исследования MONICA (1982—1992), проводимого в 31 научном центре, составляла 13—27% (в том числе 6—12% — на догоспитальном этапе); еще 15—20% пациентов, выживших после ОИМ, умирали в течение первого года жизни [2]. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства позволили снизить летальность от острого инфаркта до 5% (табл. 1). При этом, если рентгеноэндоваскулярное вмешательство проведено в первые часы с момента появления болевого синдрома, процесс формирования инфаркта миокарда можно полностью остановить, предотвратив необратимые изменения ткани сердца, сведя к минимуму риск летального исхода.

В настоящее время существует два основных метода реперфузионной терапии у пациентов с ОИМ: тромболитическая терапия и интервенционные (рентгеноэндоваскулярные) методики (то есть ангиопластика и стентиро-

вание коронарных артерий). Рентгеноэндоваскулярные методы лечения в настоящее время занимают ведущее место в лечении данной патологии. Операция стентирования проводится внутри сосуда и заключается в расширении критически суженного или окклюзированного сегмента артерии сердца и имплантации на место сужения/окклюзии металлического эндопротеза, называемого стентом, который служит каркасом для стенки артерии, предотвращая повторное закрытие сосуда. В результате операции восстанавливается кровоток к мышце сердца, что останавливает процесс инфаркта и сопутствующие ему грозные осложнения. Вся операция занимает около часа, проводится под местной анестезией, минимально травматична для пациента, что позволяет безопасно лечить даже очень пожилых пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

По данным мировой литературы, стентирование как доминирующая методика эндоваскулярного лечения является наиболее эффективным и безопасным методом лечения ОИМ. Коронарная ангиопластика со стентированием позволяют воздействовать не только на тромб, но и на атеросклеротическую бляшку, суживающую просвет коронарной артерии. Именно эндоваскулярная методика стентирования способна восстанавливать исходную нативную анатомию коронарной артерии, в отличие от консервативной терапии и аорто-коронарного шунтирования. Преимущество коронарной ангиопластики перед тромболитизисом было доказано во многочисленных многоцентровых исследованиях [3]. В проведенных исследованиях при коронарографии коронарные артерии после выполненного тромболитизиса имели гемодинамически значимый стеноз во всех случаях, что, естественно, требует дополнительной коррекции просвета коронарной артерии посредством имплантации стента. Данный факт определяет необходимость проведения в максимально короткие сроки после тромболитизиса экстренной коронарографии, что зафиксировано во многих национальных рекомендациях.

В целях борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в 2009 году на базе Ростовской областной клинической больницы в рамках федеральной программы при активной поддержке министерства здравоохранения и социального развития и руководства больницы была

Таблица 1

Этапы развития медицинской помощи больным с ОИМ и их влияние на летальность (M. Freed, C. Grines, R. Safian, 1997)

Период	Этапы развития медицинской помощи	Влияние на летальность
1960-е годы	Создание палат интенсивной терапии	Снижение летальности на 30%
1970-е годы	Внедрение операции аорто-коронарного шунтирования	Нет достоверных данных
1980-е годы	Внедрение тромболитической терапии	Снижение летальности на 25%
1990-е годы	Развитие эндоваскулярных методов лечения (стентирование)	Госпитальная летальность до 5%

Клиническая характеристика пациентов (n=374)

Возраст	64,2±7,9 лет
Пол (муж)	291 (77,8%)
ФВ	46,2±8,3%
Нестабильная гемодинамика	89 (23,8%)
Операции реваскуляризации в анамнезе:	18 (4,8%)
КШ	12 (3,2%)
Стентирование	6 (1,6%)
ИМ в анамнезе	64 (17,1%)
Желудочковая экстрасистолия III-V класса по Lown	41 (10,9%)
СД 2 типа	79 (21,1%)
Цереброваскулярные заболевания	52 (13,9%)
ХИНК	34 (9,1%)
Почечная недостаточность	8 (2,1%)
Артериальная гипертензия	271 (72,5%)
ХОБЛ	53 (14,2%)

создана служба, оказывающая экстренную высокотехнологичную помощь кардиологического и неврологического профиля 24 часа в сутки 7 дней в неделю. Мы представляем анализ работы службы по оказанию экстренной высокотехнологичной эндоваскулярной помощи пациентам с ОИМ и подъемом сегмента ST на ЭКГ.

Цель работы — проанализировать эффективность и безопасность эндоваскулярного лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST в условиях Областного сосудистого центра.

Материалы и методы

В 2009—2011 гг. в Областном сосудистом центре ГБУ РО «РОКБ» эндоваскулярные вмешательства проведены 714 пациентам с острым коронарным синдромом, из них 374 (52,4%) — больным при ОИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ. Больные мужского пола составили 77,8% (291 человек). Средний возраст пациентов — 64,2±7,9 года. Сопутствующая патология, отягощающая течение ОИМ, выявлена у 283 (75,7%) больных, в том числе: сахарный диабет 2 типа — у 79 пациентов (21,1%), артериальная гипертензия — у 271 (72,5%), цереброваскулярные заболевания — у 52 (13,9%), хроническая обструктивная болезнь легких — у 53 (14,2%), хроническая ишемия нижних конечностей — у 34 (9,1%), хроническая почечная недостаточность — у 8 (2,1%) больных. В анамнезе документально подтвержденный инфаркт миокарда имелся у 64 пациентов (17,1%), коронарное шунтирование — у 12 (3,2%), стентирование коронарных артерий — у 6 (1,6%). При госпитализации нестабильность гемодинамики отмечалась у 89 пациентов (23,8%), из них острая сердечно-сосудистая недостаточность по Killip III-IV ст. зафиксирована у 48 больных (12,8%), что потребовало проведения внутриаортальной баллонной контрпульсации в 34 случаях (9,1%). Фракция выброса левого желудочка в среднем составляла 46,2±8,3%. Желудочковая экстрасистолия III-V класса по Lown наблюдалась в 41 случае (10,9%) (табл. 2).

Тромболизис до госпитализации в Областной сосудистый центр проводился 159 больным (42,5%).

По скорой помощи поступили 198 пациентов (52,9%), из них 61,1% (121 человек) госпитализированы в сроки до 12 часов от момента появления болевого синдрома, в сроки до 24 часов и более — 38,9% (78 человек) при наличии сохраняющегося или рецидивирующего болевого синдрома, проведенного тромболизиса, проявлений острой сердечной недостаточности, кардиогенного шока, злокачественных нарушениях ритма. Госпитализированы по линии санитарной авиации 159 пациентов (42,5%) в сроки до 72 часов при условии проведенной тромболитической терапии, рецидивирующем болевом синдроме. Поступили самотеком в поликлинику ГБУ РО «РОКБ» 17 больных (4,6%).

Всем пациентам с ОИМ и подъемом сегмента ST по ЭКГ в экстренном порядке по жизненным показаниям проводилась коронарография. По данным коронарографии, одностороннее поражение имелось в 154 случаях (41,2%), двухсосудистое — в 81 (21,6%), трехсосудистое — в 139 (37,2%). Поражение ствола левой коронарной артерии

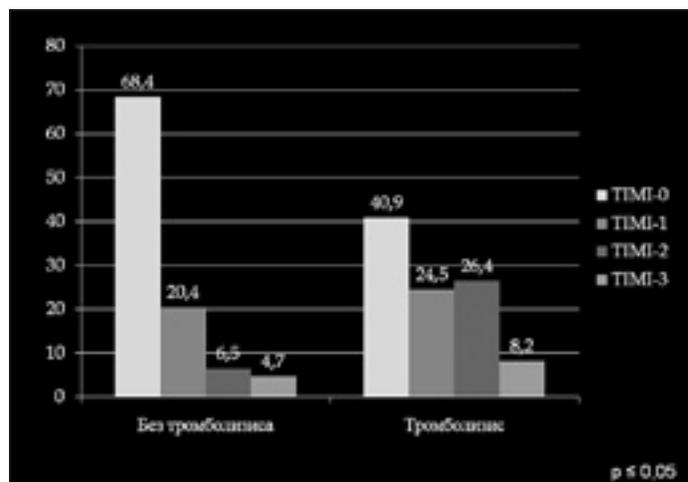


Рис. 1



Рис. 2

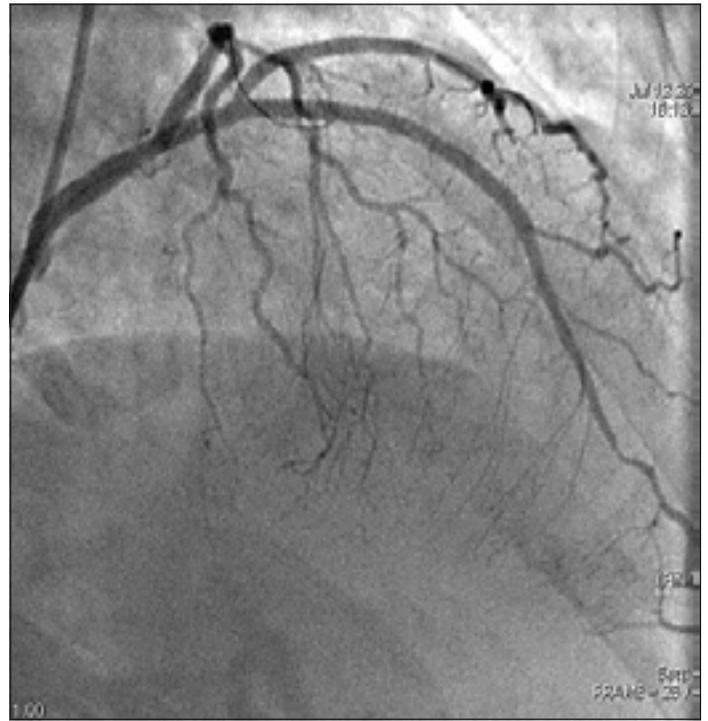


Рис. 3

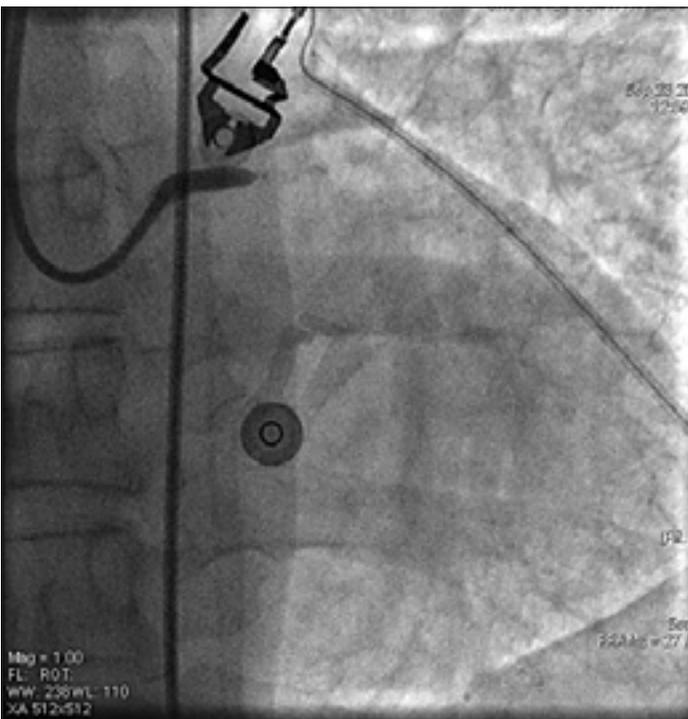


Рис. 4

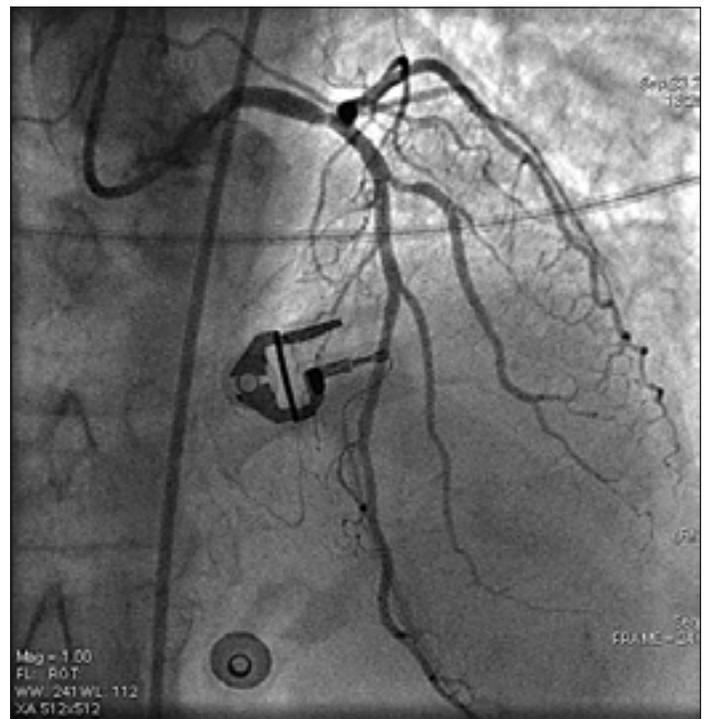


Рис. 5

(ЛКА) выявлено у 27 пациентов (7,2%). Степень поражения коронарного русла по шкале SYNTAX в среднем составила $17,2 \pm 9,6$.

Инфаркт-зависимый сосуд был представлен правой коронарной артерией у 176 пациентов (47,1%), передней межжелудочковой артерией — у 98 (26,2%), огибающей ветвью — у 68 (18,2%), стволом ЛКА — у 25 (6,7%), шунтом к коронарной артерии — у 7 (1,9%). Характер кровотока по инфаркт-зависимой артерии достоверно отличался в группе пациентов с проведенным тромболитическим от группы пациентов без тромболитизиса. В группе без тромболитизиса при коронарографии достоверно чаще определялась окклюзия инфаркт-зависимой артерии

(68,4%) в сравнении с пациентами с проведенной ранее тромболитической терапией (40,9%) (рис. 1).

Стентирование только инфаркт-зависимой артерии проведено 358 пациентам (95,7%), стентирование двух и более коронарных артерий — 16 больным (4,3%). При этом полная реваскуляризация произведена 168 пациентам (44,9%). Стентирование ствола ЛКА выполнено 25 пациентам (6,7%), аорто/маммаро-коронарного шунта — 7 больным (1,9%). Трансрадиальный доступ применялся у 71 пациента (18,9%), блокаторы IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов — у 78 пациентов (20,9%). Внутриаортальная баллонная контрпульсация (ВАБК) проводилась 34 больным с нестабильной гемодинамикой (9,1%). Срок

Характеристика эндоваскулярных вмешательств (n=374)

Вмешательства под местной анестезией	361 (96,5%)
Вмешательства под ЭТН	13 (3,5%)
Трансфеморальный доступ	303 (81,1%)
Трансрадиальный доступ	71 (18,9%)
Применение блокаторов IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов	78 (20,9%)
Инотропная поддержка	89 (23,8%)
Применение ВАБК	34 (9,1%)

внутриаортальной баллонной контрпульсации в среднем составил $39,8 \pm 17,6$ часа. Характеристика эндоваскулярных вмешательств представлена в таблице 3.

Клиническое наблюдение №1

Пациентка К., 56 лет, госпитализирована в Областной сосудистый центр ГБУ РО «РОКБ» г. Ростова-на-Дону с диагнозом «острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST». При коронарографии (рис. 2) определяется стеноз ствола ЛКА на грани окклюзии в бифуркации, субокклюзия ОВ в проксимальной трети, стеноз 90% ПМЖВ в проксимальной трети, окклюзия ПМЖВ в средней трети, стеноз 95% ДВ в устье, ПКА без гемодинамически значимых стенозов. Пациентке выполнена реканализация ПМЖВ, стентирование ДВ и средней трети ПМЖВ по методике mini-crush, далее стентирование бифуркации ствола ЛКА по методике mini-crush. В результате вмешательства получен хороший ангиографический и клинический результат (рис. 3). В раннем послеоперационном периоде ангинозные приступы не рецидивировали, в динамике отмечается увеличение фракции выброса ЛЖ.

Клиническое наблюдение №2

Пациентка Ш., 56 лет, поступила в Областной сосудистый центр ГБУ РО «РОКБ» г. Ростова-на-Дону с диагнозом «острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST». Пациентка доставлена в рентгеноперационную через 4 часа от начала болевого приступа в состоянии кардиогенного шока. Начата внутриаортальная баллонная контрпульсация в режиме 1:1. При коронарографии (рис. 4) определяется тромботическая окклюзия ствола ЛКА. Пациентке выполнено стентирование бифуркации ствола ЛКА, ПМЖВ, ОВ. В результате вмешательства получен хороший ангиографический и клинический результат (рис. 5). Отмечается стабилизация гемодинамики. В раннем послеоперационном периоде ангинозные приступы не рецидивировали, в динамике отмечается увеличение фракции выброса ЛЖ.

Результаты

В результате эндоваскулярного вмешательства кровоток TIMI-3 получен у 352 пациентов (94,1%), TIMI-2 — у 18 (4,8%), TIMI-0/1 — у 4 (1,1%). У пациентов с ОИМ после эндоваскулярной реваскуляризации отмечается положительная динамика на ЭКГ, уменьшение зон гипоксии, увеличение ФВ при эхокардиографии на $9,1 \pm 4,4\%$ ($p < 0,05$), улучшение перфузии миокарда по данным ОФЭКТ. Летальность составила 0,3% (1 пациент

с кардиогенным шоком в результате обширного трансмурального ОИМ).

Выводы

- Рентгеноэндоваскулярные вмешательства при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST являются эффективным и безопасным методом реваскуляризации миокарда.
- У пациентов с развившимся острым инфарктом миокарда вследствие поражения ствола левой коронарной артерии рентгеноэндоваскулярные вмешательства являются методом выбора.
- Проведение тромболитика у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST оправдано при невозможности или задержке проведения эндоваскулярного вмешательства.
- Пациентам с выполненным тромболитиком показано проведение коронарографии в максимально короткие сроки.
- Тромболитис характеризуется меньшим числом окклюзированных инфаркт-зависимых артерий, фармакоинвазивная стратегия позволяет обеспечить более оптимальную реперфузию и увеличить терапевтическое окно.
- Эндоваскулярное лечение острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST возможно и безопасно без кардиохирургической поддержки.
- У пациентов с мультифокальным поражением коронарного русла в состоянии кардиогенного шока проведение максимально возможно полной реваскуляризации в сочетании с ВАБК позволяет добиться положительных результатов.

Литература

1. Демографический ежегодник России / Стат. сб. Росстат. — М, 2008.
2. Lloyd Chambless, Ulrich Keil, Annette Dobson. Population Versus Clinical View of Case Fatality From Acute Coronary Heart Disease Results From the WHO MONICA Project 1985—1990 // Circulation. — 1997. — 96. — P. 3849—3859.
3. Keeley E.C., Boura J.A., Grines C.L. Comparison of primary angioplasty and intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials // Lancet. — 2003. — 361. — P. 13—20.



Технология
одобрена
Европейским
Кардиологическим
Обществом

MGuardPrime

Co-Cr стент с защитной сеткой

Новое решение для лечения тромбосодержащих поражений

- **MicroMesh®** Защита от дистальной эмболии
- Показан при остром инфаркте
- Гибкость и доставляемость на уровне лидирующих брендов
- Современный Co-Cr дизайн
- Превосходные 3-х летние результаты: **MACE 10.1%**

(MACE = кардиогенная смерть, инфаркт, реваскуляризация стента в месте установки)

*Рекомендации Европейского Кардиологического Общества
Европейской Ассоциации Кардиоторакальных Хирургов*

*"Сетчатая защита может быть
применена для чрескожных коронарных
вмешательств при наличии тромбов
и при поражениях в венозных шунтах."*

Класс рекомендаций - IIb/c



ЗАО "ИМПЛАНТА"
ОФИЦИАЛЬНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР
КОМПАНИИ InspireMD

Москва, 119002, Карманицкий пер., д.9

Тел. (495) 234-91-19

e-mail: info@implanta.ru

www.implanta.ru

Количественное определение D-димера. Экспресс-метод

Повышение уровня D-димера указывает на процесс активизации образования фибрина в сосудистой системе. Высокий уровень D-димеров является ключевым индикатором таких процессов, как тромбоз глубоких вен, легочная эмболия, ДВС-синдром. Использование Nycocard® ридер II и Nycocard® D-Dimer позволяет проводить раннюю диагностику заболеваний, связанных с нарушением свертывающей системы, и избегать таких дорогостоящих исследований, как венография.

В общей клинической практике измерение D-димера используется также для:

- ранней диагностики фибринолитической активности (претромботический риск);
- наблюдения за беременностью;
- мониторинга онкозаболеваний;
- мониторинга тромболитической терапии.

Основные характеристики теста

- Продолжительность исследования — 2 минуты
- Границы измерения 0,1–20,0 mg/L с Nycocard® ридер II
- Уровень Cut-off — 0,3 mg/L
- Позитивный контроль ~2 mg/L
- Тест сертифицирован Европейской референс-лабораторией
- Большой срок хранения реактивов

Nycocard® ридер II (Axis-Shield, Норвегия) — инструмент, предназначенный для быстрых и надежных измерений Nycocard® — тестов. С помощью Nycocard® ридера II и Nycocard® — тестов врач может получить точные, количественные результаты непосредственно при приеме пациента



Также доступны следующие тесты:

- Nycocard® С-РБ
- Nycocard® HbA1c
- Nycocard® Микроальбумин



Информация для заказа

1113117 Nycocard Reader II-рефлектометр

1114300 Nycocard D-Dimer тест-система для определения D-димера, вкл. контроль, 24 теста

ЗАО «БиоХимМак»
119992, г. Москва, Ленинские горы, д. 1
стр. 11

тел. (495) **647-27-40**,
факс (495) **939-09-97**

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

Система профилактики послеоперационных тромбоэмболических осложнений: стратификация риска, документирование, индикаторы качества

Голубев Г. Ш., д.м.н., профессор, зав. кафедрой травматологии и ортопедии, ЛФК и спортивной медицины ГБОУ ВПО РостГМУ, зав. ортопедическим отделением МЛПУЗ «ГБ №1 им. Н. А. Семашко», г. Ростов-на-Дону; Жданов В. Г., к.м.н., главный врач МЛПУЗ «ГБ №1 им. Н. А. Семашко», г. Ростов-на-Дону; Голозубов О. М., факультет биологических наук ЮФУ, г. Ростов-на-Дону; Голубев В. Г., Институт анатомии, Медицинский факультет, Кельнский университет

Введение. Венозные тромбозы и эмболии (ВТЭ) возникают в течение первых 90 дней у 1,02% пациентов, перенесших тотальную артропластику, 0,05% пациентов погибают вследствие развития тромбоэмболии легочной артерии и других осложнений ВТЭ [20]. Частота ВТЭ зависит от продолжительности временного интервала с момента операции, тяжести оперативного вмешательства, ряда управляемых факторов (пол, возраст, масса тела, сопутствующие заболевания). Ряд пациентов регулярно получают медикаменты, повышающие вероятность либо ВТЭ, либо интра- и послеоперационных кровотечений.

В настоящее время определены принципы профилактики тромбоэмболических послеоперационных осложнений, однако они подвергаются частым пересмотрам — не все рекомендации выдерживают проверку критериями медицины, основанной на доказательствах [1, 2].

Несмотря на большое количество научных исследований по проблеме профилактики и лечения осложнений венозных тромбозов и эмболий (ВТЭО), ограничено количество инструментов, которые позволяли бы специалистам совместить процесс клинического обследования и документирования, оценивать риски в понятных величинах и получать рекомендации для ведения пациентов в соответствии с этими оценками.

Цель настоящей работы заключалась в создании системы профилактики тромбоэмболических осложнений после операций на опорно-двигательном аппарате, разрабатываемой в ортопедическом и травматологическом отделениях городской больницы.

Задачи работы определялись требованиями к системе и были следующими:

- разработать инструменты для стратификации пациентов по степеням риска возникновения ВТЭО;
- обосновать рациональный набор лабораторных показателей и дополнительных методов обследования для контроля состояния свертывающей системы крови и сосудистого русла;
- аргументировать способы периоперационной профилактики тромбоэмболических осложнений;
- предложить критерии контроля качества профилактики ВТЭО.

Материалы и методы

Система профилактики тромбоэмболических осложнений разрабатывалась и внедрялась в течение 2003—2005 годов в условиях ортопедического отделения МЛПУЗ «Городская больница №1 им. Н. А. Семашко» г. Ростова-на-Дону. В ее основу положены требования отраслевого стандарта ОСТ 91500.11.0007—2003 [3] и рекомендации хирургических сообществ [2, 4, 5, 6].

Источниками информации для поиска сведений о существующих методах прогнозирования, дифференциальной диагностики, лабораторной и визуальной диагностики, оценки риска возникновения ВТЭО стали базы данных MEDLINE®, PubMed®, Cochrane databases, EBSCO. На первом этапе работы при обращении к данным использовались запросы вида Select all DVT [All Fields] AND (prevention and control [Subheading] OR (prevention [All Fields] AND control [All Fields]) OR prevention and control [All Fields] OR prevention [All Fields]) from <база данных>. Однако количество возвращаемых ссылок на источники оказалось избыточным — несколько тысяч, а качество их не всегда отвечало критериям доказательной медицины. Поэтому задачи литературного анализа были пересмотрены в соответствии с принципом PICO [23] и сконцентрированы на обосновании выборов шкал оценки рисков, методов механической и фармакологической профилактики, ранней активизации пациентов.

Форма для оценки риска возникновения ВТЭО

При разработке интерактивной формы для оценки риска возникновения ВТЭО в качестве базовой была избрана шкала Autar [7, 8]. Шкала разработана и тестирована ее автором в условиях травматологических и ортопедических отделений, изучена как инструмент оценки и прогнозирования с хорошими разграничивающими характеристиками, 100%-ной чувствительностью и 81%-ной специфичностью [9, 22]. Кроме того, с учетом рекомендаций Российского консенсуса по профилактике послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений [3], в форму включена также оценка риска развития послеоперационных тромботических осложнений по С. Samama [25].

Форма спроектирована в формате документа Adobe Acrobat, интерактивность которого обеспечена Java-скриптами. Набор полей формы меняется в зависимости от пола пациента, так как ряд факторов риска связан с этим атрибутом. Упрощенный алгоритм работы формы приведен на рисунке 1.

Выбор PDF-формы продиктован тем, что этот формат является независимым от операционной системы, документ одинаково выглядит на экране и в печатном виде. Таким образом решена задача совмещения процесса обследования (заполнения формы в процессе осмотра пациента) и получения документа, помещаемого в историю болезни. Внешний вид формы показан на рисунке 2.

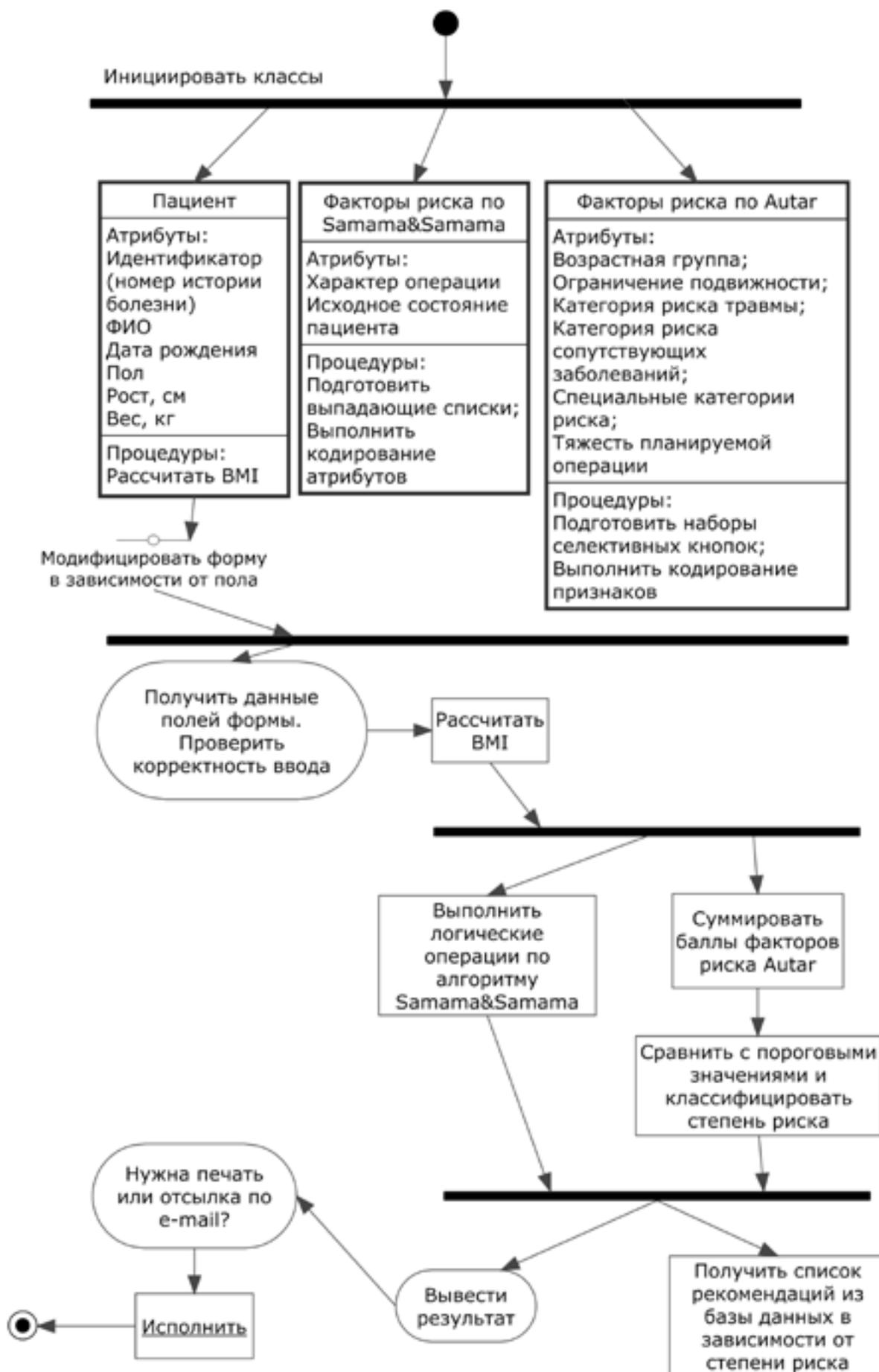


Рис. 1. Упрощенный алгоритм работы формы для оценки риска развития ВТЭО

Прогноз риска возникновения тромбоземболических осложнений

Дата госпитал. 09.08.2011 Номер истории 1 2 3 4
 Фамилия АААААААА Пол муж жен Возраст 6 0
 Имя ВВВВВВ Рост, см 1 6 0 Вес, кг 0 8 5 BMI 33
 Отчество ССССССССССС Ожирение



Кафедра травматологии и ортопедии, ЛФК и спортивной медицины ФПК и ППС ГОУ ВПО РостГМУ (с) Г.Ш. Голубев ortho-rostgmu@yandex.ru v.2007.01.1

Оценка степени риска послеоперационных тромбоземболических осложнений

Samama Ch. m., Samama M.M. Prevention of venous thromboembolism // Congress of European Society of aesthesiology. Amsterdam, 1999, p. 39-43

Планируемая операция: Эндопротезирование суставов

Состояние пациента Ожирение

Оценка степени риска: 3В : Высокий риск развития осложнений

Активировать

Оценка степени риска послеоперационных тромбоземболических осложнений по Autar (Autar, R., 1998. Calculating patients' risk of deep vein thrombosis. Br J Nurs 7, 7-12.)

Риски, связанные с травмой (укажите все, имеющиеся у больного)

- Травма головы Травма таза
 Травма груди Травма нижней конечности
 Спинальная травма

Планируемое оперативное вмешательство

- Малые вмешательства Торакальные Нейрохирургические
 Большие вмешательства Абдоминальные Ортопедические
 Экстренные вмешательства Урологические

Заболевания, создающие высокий риск осложнений

- Язвенный колит Хр. патология сердца
 Анемия серповидноклеточ Инфаркт миокарда
 Анемия полицитемическая Онкопатология
 Анемия гемолитическая Варикозная болезнь вен
 Анамнез ТГВ или ТЭЛА

Подвижность

- Амбулаторный режим
 Ограничена, способен к самообслуживанию
 Очень ограничена, нуждается в помощи
 Передвигается в каталке
 Прикован к кровати

Особые категории риска

- Прием оральных контрацептивов до 35 лет
 Прием оральных контрацептивов после 35 лет
 Беременность / послеродовой период
 Факторы риска отсутствуют

Оценка степени риска: Сумма Autar = 18 => Высокий риск осложнений (частота более 41%)

Дата прогнозирования 23-ОКТ-2010

Врач _____ |



Печать

Сохранить

Рис. 2. Внешний вид заполненной формы оценки риска развития ВТЭО для пациентки 60 лет с сопутствующей кардиальной патологией, избыточным весом, подготавливаемой к тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава.

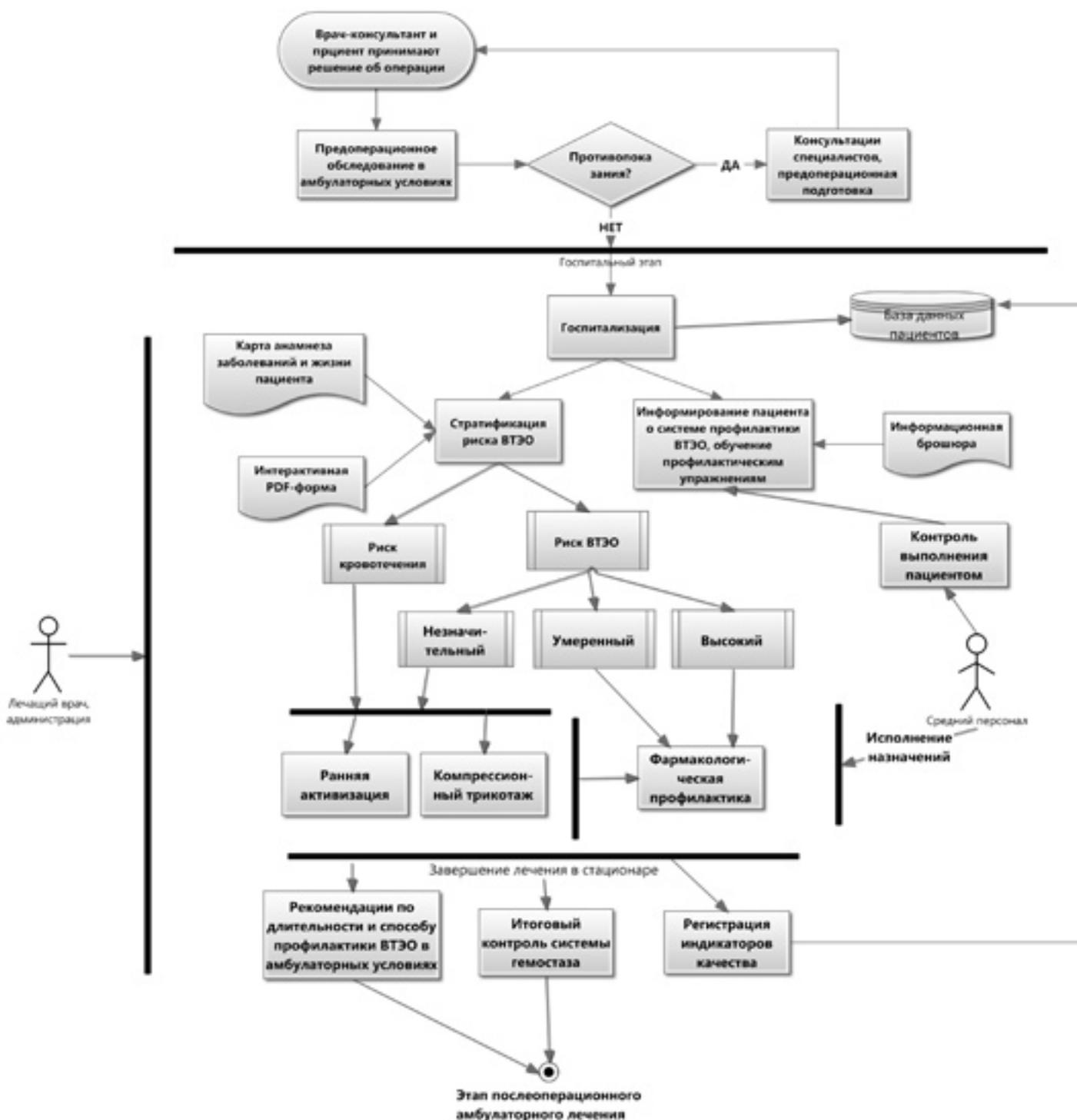


Рис. 3. Алгоритм действий персонала в системе профилактики послеоперационных ВТЭО.

Выбор лабораторных методов обследования

Мета-анализы, посвященные оценке факторов риска, позволяют заключить, что изменения лабораторных показателей не имеют существенного значения в прогнозе вероятности послеоперационных ВТЭО. В связи с этим набор лабораторных анализов, необходимых для предоперационной оценки состояния системы гемостаза и диагностики заболеваний, влияющих на свертывающую систему крови, был ограничен требованиями ОСТ 91500.11.0007—2003 (см. таблицу «7.1.3. Требования к профилактике в условиях стационара») [1].

Объем и периодичность контроля свертывающей системы крови в значительной степени определяется выбором препаратов, используемых для профилактики ВТЭО. Так, применение нефракционированного гепарина (НФГ) диктует необходимость мониторинга активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), который должен начинаться через 6 часов после начала введения НФГ и далее проводится через каждые 6 часов после коррекции дозы [10]. Профилактика антикоагулянтами непрямого действия также диктует необходимость подбора дозировки препаратов и контроля уровня МНО [3]. Мониторинг показателей эффективности профилактики такими антикоагулянтами

значительно повышает нагрузку на лабораторию лечебного заведения и на персонал отделения.

В связи с изложенным для профилактики ВТЭО в стационарном периоде были избраны парентеральные низкомолекулярные гепарины (НМГ). НМГ обладают предсказуемым дозозависимым антикоагулянтным эффектом, редко вызывают тромбоцитопению, имеют линейную фармакокинетику и, главное, не требуют лабораторного мониторинга [27]. Поэтому в послеоперационном периоде контроль состояния свертывающей системы крови проводился неоднократно накануне выписки по длительности кровотечения, количеству тромбоцитов, тромбиновому времени.

От проведения ультразвукового доплеровского сканирования венозной системы как метода скрининга отказались, поскольку результаты рандомизированных контролируемых исследований, сравнивавших эффективность профилактики ВТЭО с использованием ультразвуковой диагностики и без таковой, не выявили достоверных различий между этими группами [21].

Компоненты профилактической системы

Современные методы профилактики ВТЭО основаны на применении методов, ликвидирующих стаз крови и гиперкоагуляцию (механическое ускорение кровотока и фармакологическая антикоагулянтная профилактика). Применение щадящей хирургической техники, профилактика раневой инфекции, предупреждение гиповолемии и дегидратации, использование местной (спинальной или эпидуральной) анестезии также являются важными профилактическими мерами.

Ускорению кровотока в магистральных венах способствует ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде, лечебная физкультура (физические упражнения для ног, применение «ножной педали», обеспечение пассивного сокращения икроножных мышц) и профилактическая механическая компрессия нижних конечностей [17]. Хотя механическая компрессия может быть создана с помощью эластичных бинтов или компрессионных чулок и гольфов, результаты применения эластичных бинтов сильно зависят от методики бинтования. Сложность создания градиента компрессии и ошибки при наложении эластичных бинтов ведут к усилению венозного застоя и увеличивают риск тромбозов [3]. Поэтому в разработанной системе профилактики предпочтением было отдано профилактическому (I-II класс) компрессионному трикотажу.

Фармакологическая профилактика в период стационарного пребывания проводилась с применением НМГ. Дозировка препаратов подбиралась в соответствии с рекомендациями изготовителей. Перед выпиской из стационара осуществлялся переход к пероральным антикоагулянтам прямого или непрямого действия. Рекомендуются пациентам длительность профилактики составлять 35 дней со дня операции, что соответствует рекомендациям руководств [15, 24].

Вопросы контроля качества профилактики ВТЭО оказались наименее изученными. Ряд национальных систем здравоохранения используют для этой цели индикаторы безопасности пациентов, например критерии Национальной программы улучшения качества хирургического лечения США (NSQIP) [14, 18]. Однако качество оценок, получаемых при анализе этих индикаторов, в значительной степени зависит от качества баз данных и количества наблюдений. Как правило, для анализа используются национальные регистры и программное обеспечение,

ориентированное на структуру Международной классификации болезней 9 пересмотра.

Российские классификаторы используют МКБ-10, причем структура баз данных отличается не только между регионами, но и между отдельными лечебными учреждениями, что делает невозможным использование готовых подпрограмм анализа качества. Поэтому для оценки качества профилактики в разработанной системе были избраны отдельные доступные для непосредственной регистрации индикаторы, являющиеся частью набора индикаторов Национального форума качества и Центров контроля качества медицинской помощи [12, 26].

Список отобранных индикаторов качества приведен в таблице 1.

При выписке лечащий врач заполняет PDF-форму, содержащую описание индикаторов качества с указанием даты возникновения, классификационных признаков осложнений. Сведения из формы накапливаются в базе данных. Форма распечатывается и сохраняется в истории болезни.

Таким образом, разработана система профилактики ВТЭО в условиях ортопедического или травматологического отделения, осуществляемая в соответствии с алгоритмом (рис. 3).

В процессе реализации алгоритма профилактики осуществляется тесное взаимодействие участников лечебного процесса: лечащего врача, среднего медицинского персонала, администрации больницы и пациента. Каждому субъекту процесса отводится роль, модифицируемая в зависимости от прогнозируемой вероятности ВТЭО.

Результаты

Клиническое применение разработанной системы осуществляется в условиях ортопедического отделения с 2006 года. Сведения об оперативных вмешательствах, выполненных в отделении, приведены в таблице 2.

Приведенные данные свидетельствуют о высокой эффективности разработанной системы профилактики ВТЭО, позволяющей снизить частоту осложнений до 0,19% за пятилетний период. Не вдаваясь в глубокий анализ результатов, отметим, что появление пациентов с синдромом влажной раны в 2008–2010 годах связано с периодом обучения, внедрения и освоения в практике работы новых пероральных антикоагулянтов прямого действия.

В настоящей публикации не рассматриваются вопросы обучения персонала работе в описанной системе, а также экономические аспекты ее внедрения. Нужно только подчеркнуть, что имеющиеся данные свидетельствуют

Таблица 1

Индикаторы качества профилактики послеоперационных тромбоэмболических осложнений

Аббревиатура	Значение индикатора
APL	Случайное повреждение магистрального сосуда
iPTX	Ятрогенный пневмоторакс
pPE/DVT	Послеоперационные ТЭЛА или тромбоз глубоких вен нижней конечности
VTE	Венозный тромбоз других локализаций
MB	Большое послеоперационное кровотечение
WWS	Синдром влажной раны

**Структура оперативных вмешательств и значения индикаторов качества.
Ортопедическое отделение МЛПУЗ «ГБ №1 им. Н. А. Семашко»**

Статистический показатель и индикатор качества	2006	2007	2008	2009	2010	Всего
Количество оперированных больных	598	576	689	640	857	3360
Эндопротезирование коленного и тазобедренного сустава, кол-во человек	61	59	64	67	75	326
Оперативные вмешательства сложностью более 8 баллов, кол-во человек	371	398	373	455	635	2232
Незначительный риск ВТЭО, кол-во человек	126	121	144	134	179	704
Умеренный риск ВТЭО, кол-во человек	269	259	310	288	386	1512
Высокий риск ВТЭО, кол-во человек	203	196	235	218	292	1144
APL, кол-во случаев	0	0	0	0	0	0
iPTX, кол-во случаев	0	0	0	0	0	0
pPE/DVT, кол-во случаев	0	1	1	0	0	2
VTE, кол-во случаев	1	1	0	1	0	3
MB, кол-во случаев	0	0	0	1	1	2
WWS, кол-во случаев	0	0	1	2	2	5

о значительном повышении качества стратификации риска с использованием интерактивной формы, по сравнению с методами, основанными на знаниях специалистов. Стоимость же профилактики ВТЭО кратно ниже стоимости лечения состоявшихся тромбозов и эмболий, о чем свидетельствует множество публикаций по вопросам фармако-экономического анализа проблемы [11, 13, 28].

Заключение

Разработанные инструменты и применяемые индикаторы качества позволяют оценивать и документировать специфический предоперационный риск каждого пациента относительно ВТЭО и геморрагических осложнений. На основе полученной информации может быть выбран рациональный вариант профилактики ВТЭО. Следование стратегии профилактики ВТЭО обеспечивает снижение клинических и экономических потерь.

Литература

1. Отраслевой стандарт ОСТ 91500.11.0007—2003 Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации «Протокол ведения больных. Профилактика тромбоземболии легочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах» (утв. Приказом МЗ РФ от 9.06.2003 №233).
2. Профилактика послеоперационных венозных эмболических осложнений: Российский консенсус / Ассоциация флебологов России. — М, 2000. — 84 с.
3. Тихилов Р. М., Стойко Ю. М., Замятин М. Н., Божкова С. А. Профилактика тромбоземболических осложнений в травматологии и ортопедии. Методические рекомендации / ред. Ю. Л. Шевченко. — М, 2006. — С. 20.
4. American Academy of Orthopaedic Surgeons. American Academy of Orthopaedic Surgeons clinical guideline on prevention of pulmonary embolism in patients undergoing total hip or knee arthroplasty. 2007, May. http://www.aaos.org/Research/guidelines/PE_guideline.pdf.

5. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Preventing venous thromboembolic disease in patients undergoing elective hip and knee arthroplasty. Evidence-based guideline and evidence report. v1.0_092311 URL: http://www.aaos.org/research/guidelines/VTE/VTE_full_guideline.pdf.

6. Callaghan J.J. et al. American College of Chest Physicians. Prophylaxis for thromboembolic disease: recommendations from the American College of Chest Physicians — are they appropriate for orthopaedic surgery? // J. Arthroplasty. — 2005. — №20. — С. 273—274.

7. Autar R. Calculating patients' risk of deep vein thrombosis // Br. J. Nurs. — 1998. — №1. — P. 7—12.

8. Autar R. Nursing assessment of clients at risk of deep vein thrombosis (dvt): The autar dvt scale // J. Adv. Nurs. — 1996. — №4. — P. 763—770.

9. Autar R. The management of deep vein thrombosis: the Autar DVT risk assessment scale re-visited // J. of Orthopaedic Nursing. — 2003. — №7. — P. 114—124.

10. Braunwald E., Antman E.M., Beasley J.W. et al. ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines URL: http://www.acc.org/qualityandscience/clinical/guidelines/unstable/update_index.htm.

11. Capri S. et al. Extended prophylaxis of venous thromboembolism with fondaparinux in patients undergoing major orthopaedic surgery in Italy: A cost-effectiveness analysis // Intern Emerg Med. — 2010. — №1. — P. 33—40.

12. Centers for Medicare and Medicaid Services. Details for: Quality measures for reporting in fiscal year 2009 for 2010 update. URL: <http://s-w.cms.hhs.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=3044&intXumPerPage=10&checkDate=&checkKey=&srchType=I&numDavs=3500&srchOpt=0&srchData=&keywordType=All&chkXewstType=6&intPage=&showAll=&pYear=&year=&desc=false&cboOrder=date>.

13. Chiasson T.C., Manns B.J., Stelfox H.T. An economic evaluation of venous thromboembolism prophylaxis strategies in critically ill trauma patients at risk of bleeding // PLoS Med. — 2009. — №6.

14. Miller D.C. et al. Comparing performance of Morbidity and Mortality Conference and National Surgical Quality Improvement Program for detection of complications after urologic surgery // Urology. — 2006. — 68. — P. 931–937.

15. Geerts W.H. et al. Prevention of venous thromboembolism // Chest. — 2004. — №3 suppl. — P. 338.

16. Geerts W.H., Pineo G.F., Heit J.A. et al. Prevention of venous thromboembolism: the seventh ACCP conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. // Chest. — 2004. — 126. — P. 338–400.

17. Haas S.B., Barrack R.L., Westrich G. Venous thromboembolic disease after total hip and knee arthroplasty // Instr. Course Lect. — 2009. — №58. — P. 781–793.

18. Hutter M.M. et al. Identification of surgical complications and deaths: an assessment of the traditional surgical morbidity and mortality conference compared with the American College of Surgeons-National Surgical Quality Improvement Program // J. Am. Coll. Surg. — 2006. — №203. — P. 618–624.

19. Julie Brogren M.K. Does anticoagulation prevent thrombosis for persons with fractures distal to the hip? // Clinical Inquiries. — 2005. — №4. — P. 54–59.

20. Pedersen A.B. et al. Risk factors for venous thromboembolism in patients undergoing total hip replacement and receiving routine thromboprophylaxis // J. Bone Joint. Surg. Am. — 2010. — №12. — P. 2156–2164.

21. Geerts W.H. et al. Prevention of Venous Thromboembolism The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy // CHEST. — 2004. — V. 126. — №3 suppl. — P. 338–400.

22. Quantrill S. Deep vein thrombosis. Incidence and physiology // Br. J. Perioper Nurs. — 2001. — №10. — P. 442–444, 447–449, 451.

23. Richardson W.S., Wilson M.C., Nishikawa J., Hayward RSA. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions // ACP Journal Club. — Nov-Dec 1995. — 123; A12.

24. Rogers F., Rebeck J.A., Sing R.F. Venous thromboembolism in trauma: an update for the intensive care unit practitioner. — 2007. — №1. — P. 26–37.

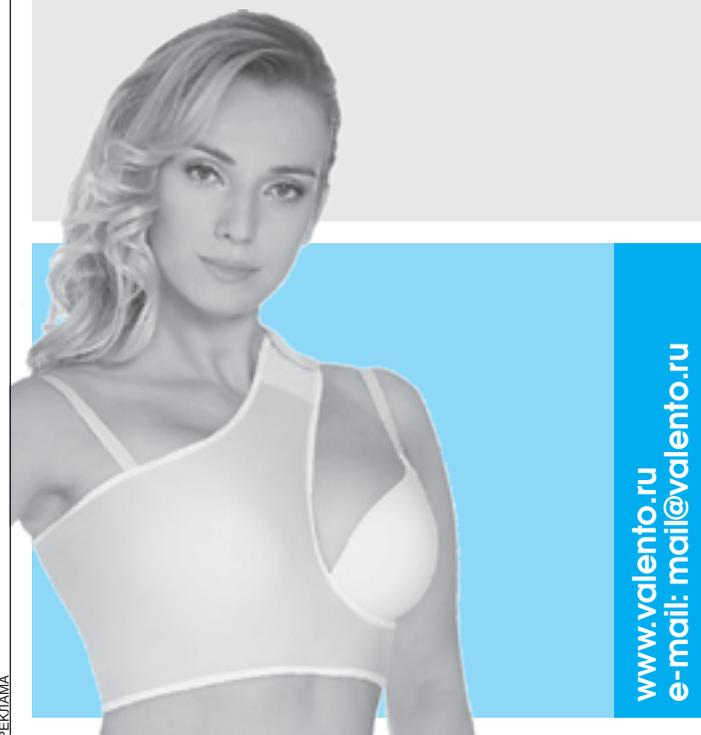
25. Samama Ch.M., Samama M.M. Prevention of venous thromboembolism // Congress of European Society of Anaesthesiology. — Amsterdam, 1999. — P. 39–43.

26. URL: http://www.qualityforum.org/Measures_List.aspx.

27. Haas S.B. et al. Venous thromboembolic disease after total hip and knee arthroplasty // J. Bone Joint. Surg. Am. — 2008. — №90(12). — P. 2764–2780.

28. Wilbur K., Lynd L.D., Sadatsafavi M. Low-molecular-weight heparin versus unfractionated heparin for prophylaxis of venous thromboembolism in medicine patients—a pharmacoeconomic analysis // Clin. Appl. Thromb. Hemost. — 2011. — №5. — P. 454–465.

Viaggio
BY VALENTO



www.valento.ru
e-mail: mail@valento.ru

Компания ВАЛЕНТО

занимается разработкой и производством медицинских биндажей и повязок 2 и 3 класса компрессии, применяемых в послеродовом и в послеоперационном периодах, в пластической хирургии, гинекологии, в онкологии (при мастэктомии груди), а также при варикозе и для коррекции фигуры



тел.: (495)
777-42-40

Научно-производственный центр

УВИКОМ

Углеродные волокна и композиты

Россия, 141009, Московская область, г. Мытищи, ул. Колонцова 5, а/я 205

Тел. (495) 586-90-97, 583-34-95, факс (495) 583-36-13

<http://www.uvicom.com>, e-mail: uvicom@ropnet.ru

Российская фирма-производитель НПЦ «УВИКОМ» (Углеродные волокна и композиты) основана на базе отраслевого научно-исследовательского института по специальным волокнам «Химволокно».

«УВИКОМ» является разработчиком и производителем углеродных волоконных материалов и изделий на их основе. Одним из направлений деятельности фирмы является «Углерод в медицине».

На сегодняшний день пройдены все этапы по юридической защите на рынке и получены все разрешения для производства медицинских изделий и их реализации.

Мы владеем следующим ассортиментом углеродных многофункциональных медицинских материалов:

- **СОРУСАЛ** — сорбирующие углеродные салфетки и простыни на основе активированного углеродного материала;

- **ЛЕГИУС** — лечебные поверхностно-активные атравматические салфетки и простыни;

- **ИМУСС** — имплантаты для связок и сухожилий из углеродной ленты, взамен лавсанопластики;

- **РАПФИС** — аппарат комплекта изделий для чрескостной репозиции и фиксации переломов длинных костей с плавающими фиксаторами стержней, изготовленный из рентгенопрозрачных углепластиков;

- **УВИСОРБ** — сорбент порошкообразной формы, который является разновидностью сорбирующей салфетки «СОРУСАЛ».

Области применения наших изделий

1. Медицина в экстремальных ситуациях: пожары, взрывы, наводнения, обморожения.
2. Обеспечение догоспитальной помощи и стационарное лечение больных.
3. «Горячие точки».

Лечение гнойных ран, ожогов, язв, пролежней, экзем и других болезненных нарушений кожных покровов человека является одной из самых сложных проблем для современной медицины.

Многочисленные, сложные по конструкции и числу последовательных рабочих слоев повязки отличаются по лечебным возможностям и атравматизму, что является для пациента чрезвычайно болезненным процессом и возобновляет все неприятности открытого раневого ложа.

Применение углеродных тканей в перевязочных материалах «СОРУСАЛ» и «ЛЕГИУС» улучшает лечебные свойства повязок, осуществляет очистку раны от гнойных выделений, снимает отек, облегчает последствие безболезненной перевязки, ускоряет процесс грануляции и эпителизации.

Сорбирующая салфетка «СОРУСАЛ» обладает гемостатическими свойствами, а при использовании в гнойных и перевязочных отделениях, где присутствуют больные с ранами некротического продукта и гнойными выделениями, убирает запах.

В результате применения углеродных материалов начинается быстрая грануляция ран, ее эпителизация, которая завершается в 2—3 раза быстрее, чем при применении ватно-марлевых повязок с использованием лекарственных средств. В результате лечения получается нежная рубцовая ткань, гладкая, лишённая узловатости, что особенно важно для косметически сложных участков поражения.

Углеродные салфетки «ЛЕГИУС» и «СОРУСАЛ» были активно использованы в военно-полевых госпиталях на территории Северо-Кавказского военного округа и рекомендованы для использования в экстремальной ситуации.

Комбустиологи Московского ожогового центра при НИИ им. Склифосовского, на базе которого мы проводим все испытания и подготовку методик для специалистов в этой области, рекомендуют использовать перевязочные средства в комплексе: сорбирующие салфетки + атравматические лечебные салфетки + порошкообразную форму. С отчетами и методиками медиков по этой проблеме можно ознакомиться в специальных изданиях, журналах.

Много положительных отзывов фирма «УВИКОМ» имеет от специалистов, работающих с нашими

изделиями в ведущих клиниках не только России, но и за рубежом. Мы имеем положительные отзывы от немецких докторов госпиталей и эндокринологических центров, где освоили методику ускоренного процесса заживления трофических язв на фоне диабета и профилактику появления пролежней у лежащих тяжелобольных. Работая с немецкими докторами, мы еще раз провели исследовательскую работу по качеству наших изделий, и подтверждением этой работы явилось получение Сертификатов соответствия международного стандарта. Получены подтверждения использования наших изделий в медицинском центре «Сорока» (Бер-Шева), в ожоговом центре и госпитале Тель-Авива в соответствии с Хельсинским протоколом. Внедрены изделия в больницах Южной Африки.

Получены положительные заключения докторов по ускоренному способу лечения ран различного происхождения, экономии лекарственных средств и оборачиваемости «койко-мест» в стационаре при лечении больных.

Сорбирующие салфетки «СОРУСАЛ» снижают расход анальгетиков и не вызывают побочных эффектов, атравматические салфетки «ЛЕГИУС» не присыхают к ране, не травмируют поверхность раны и находятся на ране до полного восстановления.

Изделия из углеродных материалов биосовместимы с кожным покровом. Исключение необходимости частых перевязок способствует значительной экономии перевязочных материалов, лекарственных препаратов и трудозатрат персонала.

Наши изделия были рекомендованы как комплектующие материалы для любых видов «Аптечек», «Медицинских сумок» для оказания первой догоспитальной помощи, как противоожоговые, гемостатические и для ран любой этиологии.

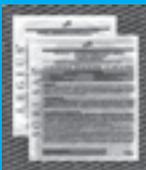
С более подробной информацией: с заключениями, образцами и методиками, и наглядной динамикой лечения с применением салфеток «СОРУСАЛ» и «ЛЕГИУС» можно ознакомиться на нашем сайте www.uvicom.com.

ООО НПЦ УВИКОМ

Углеродные волокна и композиты



Россия, 141009 Московская область
Мытищи, ул. Колонцова 5, а/я 205
тел. (495) 586-9097, 583-3495
факс (495) 583-3613
<http://www.uvicom.com>
e-mail: uvicom@ropnet.ru

СОРУСАЛ®	САЛФЕТКА УГЛЕРОДНАЯ СОРБИРУЮЩАЯ ТУ-9393-001-18070047-2005	Цена за единицу без НДС
<p>Содержание углерода, не менее 96%</p> <p>Поглощение жидкости, до 500%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Применяется при лечении ожоговых, гнойных вялозаживающих ран, трофических язв, свищей и ран различного происхождения • Снижает расход анальгетиков • Не вызывает побочных эффектов • Заживляет в короткий срок без образования грубых рубцов • Предупреждает всасываемость токсичных веществ 	<p>10x10 см 40 руб. 20x25 см 90 руб. 50x50 см 450 руб. 50x100 см 900 руб.</p>
ЛЕГИУС®	САЛФЕТКА УГЛЕРОДНАЯ АТРАВМАТИЧЕСКАЯ ПОВЕРХНОСТНОАКТИВНАЯ ТУ-9393-001-18070001-2005	Цена за единицу без НДС
 <p>Содержание углерода, не менее 99,5%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Быстро заживляет ожоги, пролежни, хронические трофические язвы, скальпированные переломы, раны любого происхождения • Не присыхает к ране • Быстро снимает воспаление и отек раны • Устраняет посттравматическую боль • Удаляет с поверхности раны опасные микроорганизмы 	<p>ШИРИНА ЛЕНТЫ</p> <p>10 мм 120 руб. 15 мм 137 руб. 20 мм 160 руб.</p>
ИМУСС®	ИМПЛАНТАТЫ СУХОЖИЛИЙ И СВЯЗОК ИЗ УГЛЕРОДНОГО ВОЛОКНА ТУ 9393-031-18070047-2005	Цена за единицу без НДС
<p>Содержание углерода, не менее 96%</p> <p>Прочность при растяжении, 1,16–2,0 Гпа</p> <p>Удлинение, 3%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Не требуется оперативного удаления после восстановления сухожилия и связки • Полное восстановление подвижности без повторной операции • Имеет высокую биосовместимость • Создает благоприятные условия для созревания молодого коллагена • Обеспечивает пролиферацию коллагеновых волокон между волокнами имплантата и естественное замещение имплантата новообразованной сухожильной тканью, полноценное как в биомеханическом, так и в морфологическом отношении в сроки до 1 года • Методика использования ИМУССа аналогична методике, применяемой при лавсанопластике 	<p>10x10 см 40 руб. 20x25 см 90 руб. 50x50 см 450 руб. 50x100 см 900 руб.</p> 
РАПФИС	КОМПЛЕКТ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ ЧРЕСКОСТНОЙ РЕПОЗИЦИИ И ФИКСАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ С ПЛАВАЮЩИМИ ФИКСАТОРАМИ СТЕРЖНЕЙ ТУ 9438-005-18070047-00	Цена комплекта, руб.
 <p>Применяется в травматологии</p>	<ul style="list-style-type: none"> • РАПФИС обеспечивает закрытую и открытую репозицию в установленном на перелом аппарате, компрессию и дистракцию перелома, стабильную многоплоскостную фиксацию костных отломков • Обеспечивает послеоперационную коррекцию репозиции • Оснащен высокопрочными легкими рентгенопрозрачными элементами из углепластика 	<p>2 наложения</p> <p>на предплечье 12068 плечо 12452 голень 19068</p> <p>1 наложение</p> <p>бедро 9590 инструменты дистрактор 10975 репозитор осколка 2507 стерилизатор 944 ключи, стержни, сверла, рукоятки, защитник тканей 9499</p> <p>Итого 77103 руб</p>

Лучевая диагностика в методике распознавания опухолей и опухолеподобных заболеваний скелета

Джанелидзе Т. Д., главный рентгенолог ЮВО; Крайнюков П. Е., к.м.н., начальник ФГУ «1602 ОБКГ» МО РФ; Бабаев М. В., заведующий кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии РостГМУ; Злобина Д. С., клинический ординатор кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии РостГМУ; г. Ростов-на-Дону

Новообразования костей скелета — одна из драматических страниц российской онкологии, что связано, главным образом, с поздним выявлением данной патологии и большим процентом больных, поступающих на лечение на запущенных стадиях заболевания. В связи с этим актуальным и своевременным остается вопрос ранней диагностики этих новообразований, которая является залогом повышения эффективности лечения. Сложность диагностики связана, в первую очередь, с недооценкой клинической картины опухолевого процесса из-за крайне редкой заболеваемости, низкого уровня онкологической настороженности, а также незнания или недооценки возможностей лучевых методов исследования, позволяющих уточнить злокачественность процесса.

В структуре опухолевого поражения костей первичные злокачественные опухоли составляют 1–1,5%, доброкачественные — 2,5–3%, метастазы в скелет — 95%. По литературным данным, заболеваемость первичными опухолями костей в среднем составляют у мужчин 1, а у женщин — 0,6–0,7 на 100 тысяч населения. При этом гигантоклеточная опухоль костей составляет, по различным данным, от 4 до 8% всех первичных опухолей и до 20% всех доброкачественных опухолей скелета. Она чаще поражает людей молодого и среднего возраста и локализуется в длинных трубчатых костях, преимущественно — в костях, образующих коленный сустав, нередко сопровождаясь при этом симптомами артрита. Необходимо отметить, что хотя гигантоклеточная

опухоль (остеокластома) и является доброкачественным новообразованием, она обладает местным деструктивным ростом и имеет тенденцию к озлокачествлению. Клиническое «поведение» гигантоклеточных опухолей скелета, по литературным данным, биологически непредсказуемо. Консервативный подход, например хирургический кюретаж с сохранением пораженной кости, сопровождается рецидивами у 40–60% больных. Несмотря на гистологически доброкачественный характер гигантоклеточных опухолей, около 4% из них метастазирует в легкие. Метастатические фокусы построены так же, как и первичный узел. Первым симптомом заболевания является боль, которая появляется внезапно на фоне полного здоровья и обусловлена сдавливанием опухолью надкостницы и окружающих тканей. В дальнейшем нарастает нарушение функции конечности в виде хромоты, а также появляются ночные боли. Результаты клинического обследования, как правило, не позволяют получить достаточно информации для суждения о характере опухолевого процесса. Но в то же время, первичное обращение больного к врачу, тщательно собранный анамнез заболевания и некоторые клинические проявления имеют существенное значение в диагностике опухолей костей. Диагностика должна быть комплексной, с учетом данных клинико-лабораторных обследований, лучевых методов диагностики и обязательно — морфологических методов.

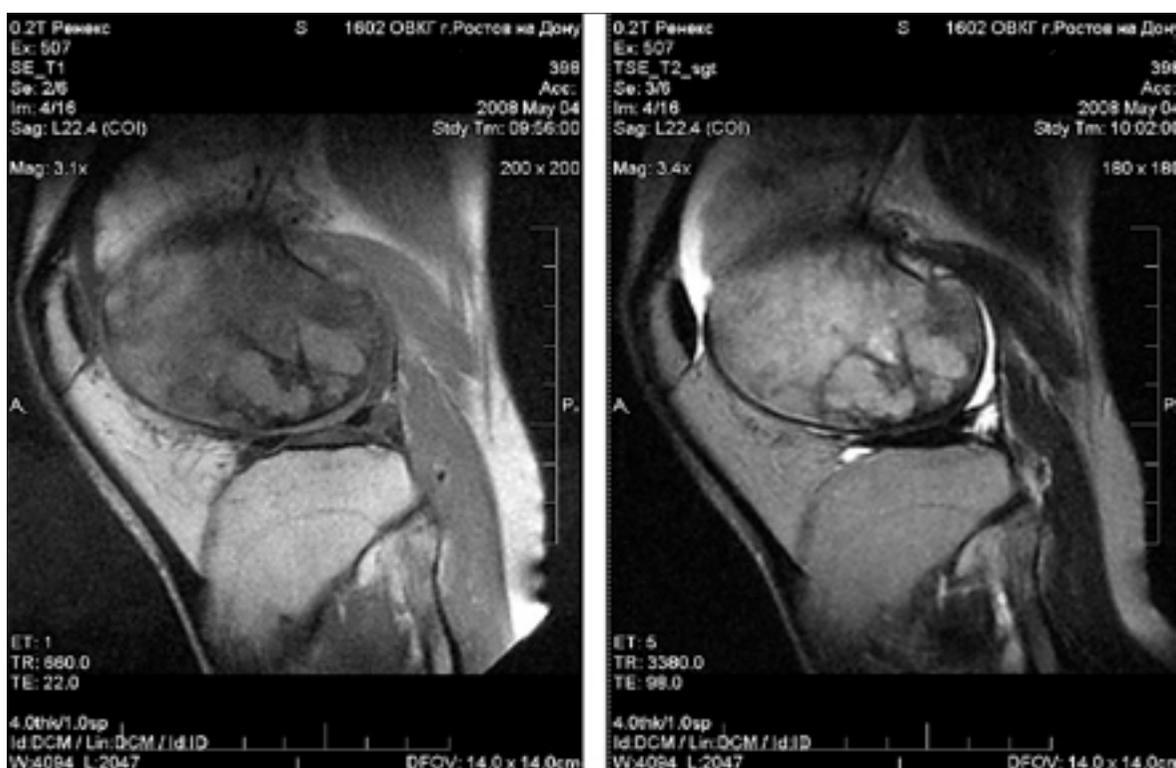


Рис. 1. МРТ в сагиттальной проекции в режимах SE-T1, TSE-T2

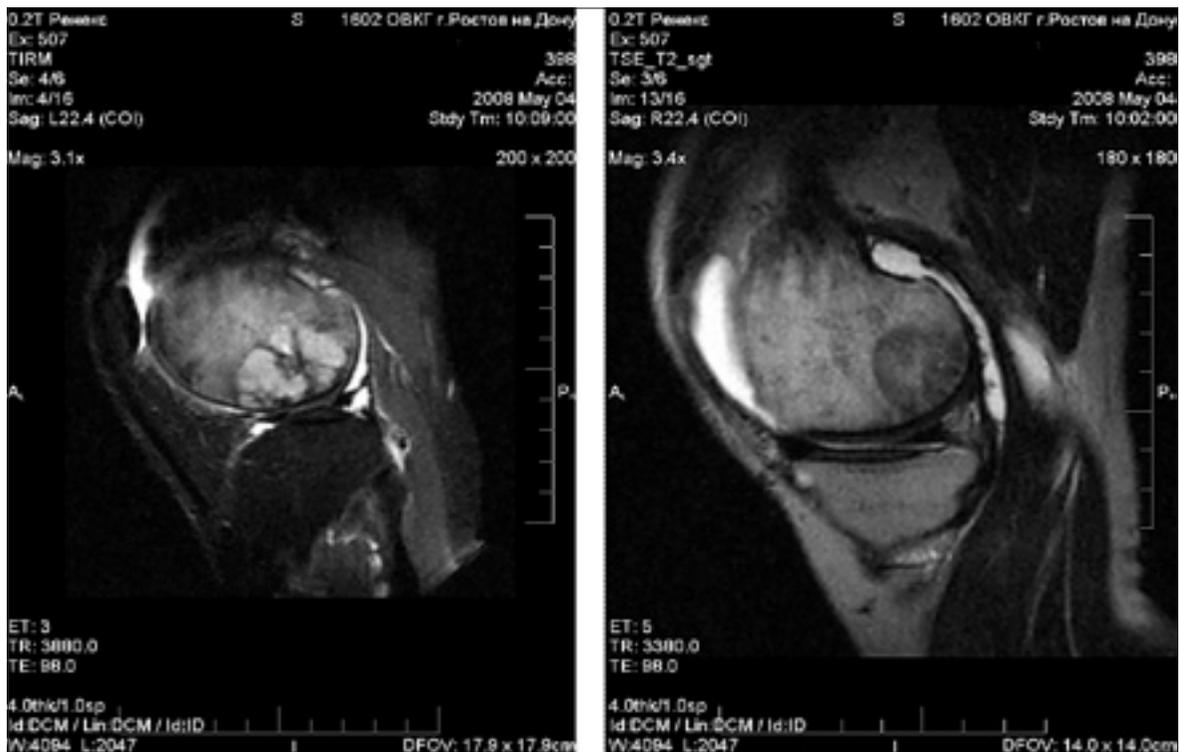


Рис. 2. МРТ в сагиттальной проекции в режимах TIRM, TSE-T2

Важны дополнительные методы обследования, которые позволяют выявить признаки опухоли, уточнить природу новообразования.

Рентгенологическому исследованию области поражения скелета в двух стандартных проекциях принадлежит первостепенная роль в распознавании костных новообразований. При исследовании большинства опухолей костей определяется очаг деструкции с характерным лизисом или патологическим костеобразованием, различные виды периостальной реакции. Знание особенностей рентгенологических проявлений, а также и то обстоятельство, что многие первичные опухоли локализируются преимущественно в строго определенных местах длинных трубчатых костей, позволяет не только установить наличие новообразования, но и высказаться о его гистогенезе. Например, остеосаркома обычно поражает метафизы, остеобластокластома и хондробластома — эпифизы, а саркома Юинга — диафизы длинных трубчатых костей.

Отличную визуализацию в аксиальной плоскости обеспечивает при опухолях костей **рентгеновская компьютерная томография**, в значительной степени заменившая традиционную томографию. В настоящее время КТ используют как рутинное дополнение к обычному рентгенографическому исследованию, если имеется неопределенность относительно наличия обызвествления или оссификации опухолевого матрикса, а также если необходимо выявить начальные эрозивные изменения или протяженность деструкции костной ткани.

Сцинтиграфия костей с использованием технеция-99m играет важную роль при выявлении, локализации и распространенности первичных опухолей скелета, как дополнительный метод диагностики. Важно помнить, что радионуклидными методами невозможно различить злокачественные и доброкачественные новообразования, поскольку все они визуализируются на сцинтиграммах как области интенсивного накопления радиофармпрепарата. Дело в том, что реакция костной ткани в ответ на развитие доброкачественных и злокачественных опухолей может быть сходной.

Доступность **магнитно-резонансной томографии** оказала существенное воздействие на радиологию опорно-двигательной системы. МРТ обеспечивает наилучшую визуализацию мягких тканей и костного мозга, являясь методом выбора при распознавании мягкотканного компонента, инвазии костного мозга и стадийности опухолевого процесса. При помощи МРТ можно точно установить размеры и расположение опухоли в пределах кости, ее распространение в мягкие ткани или суставы, а при мягкотканых опухолях — ее источник и поражение окружающих структур. МРТ играет важную роль в дифференциальной диагностике между опухолями и инфарктами костей, остеомиелитом.

Каждый из методов лучевой диагностики имеет не только достоинства, но и недостатки, которые нивелируются, если использовать комплексный подход для диагностики опухолей костей скелета.

Клинический случай

Пациент С., 30 лет, обратился за консультацией в травматологическое отделение 1602 Окружного военного клинического госпиталя с жалобами на боли ноющего характера в левом коленном суставе, усиливающиеся по ночам.

Из анамнеза: боли в коленном суставе появились в 2008 году при физических нагрузках. Обращался в лечебное учреждение по месту жительства. Общеклинические анализы — N, рентгенограмма коленного сустава — без костно-травматической патологии. Рекомендовано было ограничение физических нагрузок, санаторно-курортное лечение. В последние месяцы отмечает нарастание болевого синдрома как при физической нагрузке, так и в покое.

Объективно: конфигурация сустава сглажена. Осевая нагрузка болезненна. Движения сустава в полном объеме, болезненность в крайних положениях. Клинических признаков повреждения менисков и связочного аппарата не выявлялось.

На рентгенограмме коленного сустава в дистальном конце бедренной кости визуализировались изменения трабекулярного рисунка в виде невыраженных зон просветлений различных диаметров по типу «мыльных пузырей».



Рис. 3. МРТ во фронтальной и аксиальной проекции в режиме TSE-T2

При радиоизотопном исследовании скелета было отмечено неравномерное накопление радиофармпрепарата в дистальном эпифизе бедренной кости.

При МРТ левого коленного сустава в режимах T1-ВИ, T2-ВИ, TIRM в аксиальной, сагитальной и коронарной проекции были выявлены литические очаги в дистальном эпифизе и метафизе бедренной кости 0,5–2,3 см в диаметре, неоднородной структуры, с четкими неровными контурами, окруженные зоной перифокального отека костного мозга, контур кости был незначительно расширен, кортикальный слой частично истончен. В проекции очагов определялся субхондральный фиброз, отек гиалинового хряща. В области латерального надмыщелка визуализировалась зона деструкции костного мозга (контуры нечеткие, неровные). Гомогенное накопление контрастного вещества (рис. 1–3). Учитывая наличие патогномичного признака остеокластомы — остеолитического поражения эпифизарной области трубчатой кости — заключение было следующим: МР-признаки гигантоклеточной опухоли левого коленного сустава, литическая форма. Дифференциальный диагноз проводился с остеомиелитом и инфарктом костного мозга.

Учитывая полученные данные, больному была рекомендована прицельная биопсия дистального эпифиза бедренной кости.

Патологоанатомическое исследование: большое количество фигур митоза, более двух в одном поле зрения. Наличие круглых, овальных или полигональных одноклеточных клеток, сходных с нормальными гистиоцитами, и крупных веретеновидных стромальных элементов.

Заключение: остеокластома.

Таким образом, суть методики распознавания опухолей и опухолеподобных заболеваний скелета заключается в том, что правильный диагноз может быть установлен только при сопоставлении результатов обследования, полученных клиницистом, рентгенологом и клиническим патологоанатомом. Ни один из этих специалистов не имеет права брать на себя ответственность устанавливать окончательный диагноз патологического процесса костного скелета. Только сравнение, обсуждение и суммирование данных может позволить комиссионно

сформулировать окончательный диагноз, особенно если клиничко-рентгенологическая картина неоднозначна, а точность диагностики качественно влияет на тактику лечения еще на ранних стадиях заболевания.

Литература

1. Виноградов Т. П. Опухоли костей. — Медицина, 1973. — 336 с.
2. Воробьев В. П. Большой атлас человека. — М: АСТ, 2003.
3. Некачалов В. В. Патология костей и суставов. — СПб: Сотис, 2000. — 288 с.
4. Веснин А. Г., Семенов И. И. Атлас лучевой диагностики опухолей опорно-двигательного аппарата. — СПб: Невский Диалект, 2002. — 182 с.
5. Трофимов Т. Н., Карпенко А. К. МРТ диагностика травм коленного сустава. — СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2006. — 150 с.
6. Брюханов А. В., Васильев А. Ю. Магнитно-резонансная томография в остеологии. — М: Медицина, 2006. — 200 с.
7. Семизоров А. Н., Романов С. В. Рентгенологические и ультразвуковые исследования при заболеваниях суставов. Пособие для врачей. — М: ВИДАР, 2006. — 152 с.
8. Пальцев М. А., Аничков Н. М., Литвицкий П. Ф. Патология человека. Частный курс. — М: Медицина, 2009. — Т. 2, ч. 2. — 576 с.
9. Чиссов В. И. Давыдов М. И. Онкология. Национальное руководство. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 1072 с.
10. Нейштадт Э. Л., Маркочев А. Б. Опухоли и опухолеподобные заболевания костей. — СПб: Фолиант, 2007. — 344 с.
11. Райзер М., Баур-Мельник А., Гласер К. Костно-мышечная система. — М: МЕДпресс-информ, 2011. — 384 с.
12. Рейнтберг С. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. — М, 1964.
13. Averill F., Smith R., Campbell C. Giant-cell tumor of the bones of 1 Surg. [Am.]. — 1980. — V. 5. — P. 39–50.
14. Bertoni F., Present D., Enneking W. Giant-cell tumor of bone with ses // J. Bone Joint. Surg. [Am.]. — 1985. — V. 67. — P. 890–900.

Развитие информационных систем для медицинских учреждений как история успеха

Конарева А. А., ООО «Электронная медицина», г. Ростов-на-Дону

Конец 80-х — начало 90-х годов XX столетия ознаменовался первыми серийно выпускаемыми персональными компьютерами и их стремительным внедрением в жизнь общества. Это повлекло за собой появление и развитие программного обеспечения различных сфер деятельности, в том числе и медицинской.

Отметив свой день рождения 17 мая 1990 года, компания «Электронная медицина» приступила к разработке программ для медицинских организаций.

Самые первые продукты были направлены на решение задач экономико-статистического подразделения лечебно-профилактических учреждений Ростова-на-Дону.

К 1996 году была разработана и представлена на выставке-конференции ФФОМС линейка программных продуктов для страховых медицинских организаций и территориального фонда ОМС. Ее внедрение позволило автоматизировать контроль качества оказания медицинской помощи гражданам, ведение единого регистра застрахованных и обмен информацией между учреждениями здравоохранения. Ростовская область в течение нескольких лет стала занимать лидирующие позиции по уровню информатизации ОМС.

По мере увеличения потребностей пользователей, функции информационных систем расширялись, а программные продукты для ЛПУ распространились по всей Ростовской области и республики Калмыкия.

К 2007 году в Ростовской области и к 2008 году в Ставропольском крае была автоматизирована работа в системе дополнительного лекарственного обеспечения, позволившая объединить в единую информационную систему все государственные аптечные учреждения, а затем

создать территориальные центры обработки данных.

В 2009 году программные продукты «Электронной медицины» начали устанавливаться в ЛПУ Ставропольского края, СМО Московской области и ТФОМС Ямало-Ненецкого автономного округа. В этом же году была представлена медицинская информационная система для комплексной автоматизации лечебно-профилактических учреждений.

Сейчас ООО «Электронная медицина» является ведущим производителем и поставщиком программного обеспечения для медицинских учреждений Южного федерального округа.

Компания награждена дипломом III степени в рамках конкурса разработок в области информатизации здравоохранения «Лучшая медицинская информационная система 2009», а также дипломом I степени за создание регионального интернет-портала медицинских услуг в конкурсе «Информационные технологии в медицине 2011».

Реализация портала медицинских услуг уже сегодня позволяет пациентам Ростовской области записываться на прием к врачу через Интернет, используя домашний компьютер или мобильный телефон, осуществлять поиск и заказ необходимых медикаментов в государственных аптечных учреждениях, получать нужную информацию без необходимости посещения ЛПУ.

Все это отвечает требованиям Федеральной целевой программы модернизации здравоохранения и повышает доступность медицинской помощи, что, как следствие, положительно влияет на удовлетворенность населения качеством обслуживания.

В настоящий момент специалистами ООО «Электронная медицина» готовится к выпуску новая версия информационной системы «Электронная медицинская карта», доступ к которой может осуществляться с мобильных устройств. А также планируется реализация специализированного портала, где будет обеспечена возможность для пациента самостоятельно вести свои медицинские данные

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

Анализ заболеваемости сифилитической инфекцией в Ставропольском крае за 2006—2010 годы

Земцов М. А., главный врач ГБУЗ СК КККВД; Семенова В. Г., зам. главного врача по ОМП; Казьмина И. Б., врач-дерматовенеролог; ГБУЗ СК КККВД, г. Ставрополь

Сифилис — инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, передаваемое в основном половым путем, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, нервной системы.

Заболеваемость сифилитической инфекцией в Ставропольском крае в 2010 году составила 28,2 на 100 тыс. населения. Снижение заболеваемости сифилитической инфекцией за последние четыре года в крае произошло на 10,8%. Показатель заболеваемости в Ставропольском крае ниже аналогичного среднероссийского показателя в 1,6 раза. Однако снижение заболеваемости сифилисом в крае происходит в 2,7 раза медленнее по сравнению с аналогичным показателем в целом по России.

Целенаправленная работа по выявлению больных сифилисом в группах риска, особенно в группе 15—17-летних, улучшила выявляемость больных сифилисом среди подростков. С 2007 года на базе ГБУЗ СК КККВД, в рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», подпрограммы «Меры по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передающихся половым путем», работает центр специализированной помощи детям и подросткам «Доверие».

После вспышки сифилиса, пик которого приходился на 1998 год, закономерным является преобладание скрытых поздних форм, нейросифилиса. Так, в 2006 году заболеваемость сифилисом в Ставропольском крае составила 31,6 на 100 тысяч населения, в 2010 году отмечалось некоторое снижение заболеваемости сифилисом до 28,2 на 100 тысяч населения.

В 2006 году удельный вес раннего скрытого сифилиса среди других форм составил 37,7%, позднего скрытого 5,1%, неуточненного сифилиса — 1,6%, нейросифилиса — 1,9%. В 2010 году удельный вес раннего скрытого сифилиса среди других форм составил 49%, позднего скрытого — 11,3%, неуточненного сифилиса — 3,8%, нейросифилиса — 1,6%.

Рост удельного веса скрытых и поздних форм сифилиса в структуре общего числа зарегистрированных случаев может привести к возникновению эпизодического увеличения заболеваемости данной инфекцией. Очень важным является решение вопроса о диагностических мероприятиях при постановке диагноза вторичного рецидивного, скрытого, нейросифилиса. Общеизвестно, что такие пациенты должны получать исследование спинномозговой жидкости, что в настоящее время ввиду относительной сложности манипуляции и необходимости привлечения специалистов неврологов и анестезиологов, требует дополнительного оснащения кожно-венерологических диспансеров, однако без полной диагностики мы будем все чаще отмечать инвалидизирующие последствия сифилитической инфекции.

Учитывая вышесказанное, считаем необходимым продолжать мониторинг инфекций, передаваемых половым путем, усиливать профилактические мероприятия по предупреждению их распространения и улучшать качество лабораторной диагностики и лечения данных больных в соответствии со Стандартами оказания специализированной медицинской помощи больным дерматовенерологического



Главный дерматовенеролог Ставропольского края М. А. Земцов

профиля, продолжить работу по совершенствованию лабораторной диагностики сифилиса, гонококковой инфекции и микозов, совместно с ФБГУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии МЗиСР РФ». Для эффективности действующей системы по раннему выявлению больных сифилисом усилить и улучшить профилактическую работу среди наиболее уязвимых групп населения, особенно детей и подростков; обеспечить своевременную и бесплатную качественную медицинскую помощь детям и подросткам с инфекциями, передаваемыми половым путем. Необходимо также повысить эффективность диагностики этих инфекций путем укрепления материально-технической базы лабораторных подразделений. Продолжать оснащение лабораторий современным оборудованием, обеспечивающим выполнение стандартов обследования больных дерматовенерологического профиля путем внедрения новых высокоэффективных методов диагностики. Сегодня это стало возможным благодаря действию программы модернизации здравоохранения в Ставропольском крае.

ООО «ФЛАКС»



- ФУТЛЯР ДЛЯ МЕДКОМПЛЕКТА ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ: ФМ-2, ФМ-3, ФМ-5, ФМ-7**
Материал — кожа искусственная или натуральная; масса 1,8—2,5 кг
ФМ-2 — 383x210x250 мм; ФМ-3 — 450x240x260 мм; ФМ-5 — 360x215x230 мм; ФМ-7 — 380x140x250 мм
- СУМКА СПАСАТЕЛЯ-САНИТАРА (САНДРУЖИННИКА): СМ-1, СМ-1м**
Материал — водоотталкивающая ткань
СМ-1 — 380x2160x260 мм; СМ-1м — 300x125x200 мм
- СУМКА ДЛЯ МЕДКОМПЛЕКТА СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДПЕРСОНАЛА: СМ-2, СМ-3**
Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка; 330x190x190 мм
СМ-2 с планшетами для хирургических инструментов и вкладыш-ампульница на 16 гнезд; СМ-3 с ампулярием на 40 гнезд и планшетом для режущих инструментов
- СУМКА ВРАЧА ДЛЯ НАБОРА 1-Й ПОМОЩИ: СМ-4, СМ-5**
Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка; 285x100x215 мм
СМ-4 — 2 съемных планшета на 28 ампул; СМ-5 — 3 съемных планшета на 45 ампул
- СУМКА ПОД ШТАТИВЫ ДЛЯ ПРОБ КРОВИ И БАКАНАЛИЗОВ: СПШ-1, СПШ-2, СПШ-3, СПШ-4, СЛС**
Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка
СПШ-1 — на 80 гнезд, 280x255x150 мм; СПШ-2 — на 30 гнезд, 230x155x175 мм; СПШ-3 — на 120 гнезд, 500x240x200 мм; СПШ-4 — на 80 гнезд, пробирки высокие 290x260x220 мм; СЛС — на 10 гнезд, 160x110x230 мм
- СУМКА ДЛЯ ПЕРЕНОСКИ ЛАБОРАТОРНОГО ИНВЕНТАРЯ: СЛ-1, СЛ-2, СЛ-3**
Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка
СЛ-1 со сменным вкладышем, 410x185x280 мм; СЛ-2 — 320x150x300; СЛ-3 с плечевым ремнем, 410x185x320
- РЮКЗАК СПАСАТЕЛЯ-ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА): РМ-2 с вкладышем, РМ-3 без вкладыша**
Материал — водоотталкивающая ткань, 370x250x470 мм
- ФУТЛЯР-УКЛАДКА ДЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: УМСП-01-Пм, УМСП-01-П, УМСП-01-М**
Материал — высокопрочный холодно- и теплоустойчивый пищевой пластик
УМСП-01-Пм — 440x252x330 мм; УМСП-01-П — 520x310x390 мм
УМСП-01-М — материал — алюминиевый сплав, масса 3,9 кг, 441x220x295 мм
- АМПУЛЯРИЙ: АМ-72 (на 72 ампулы); АМ-120 (на 120 ампул)**
Материал — водоотталкивающая ткань, 215x155x75 мм; 330x130x70 мм
- ПАПКА-УКЛАДКА: ПУ-х (для хирурга), ПУ-в (для врача), ПУ-мс (для медсестры)**
Материал — водоотталкивающая ткань
ПУ-х — 235x125x40 мм; ПУ-в — 255x185x60 мм; ПУ-мс — 235x125x40 мм
- СУМКА ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА) СВ, СУМКА ВЫЕЗДНОГО ВРАЧА СВВ, СУМКА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ СВОП**
Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка
СВ — 420x190x230 мм; СВВ — 430x215x260 мм; СВОПб — 440x205x220 мм и СВОПм — 375x205x205 мм
- СУМКА ДЛЯ ПРОЧЕГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАБОРА СЛ-4 — 410x185x320 мм**

РЕКЛАМА

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

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ



СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА-2012

ЮгMEDexpo. PHARMAюг. Салон MEDclinic

27 - 29 марта 2012 г.

РОСТОВ-на-ДОНУ, ВЦ "ВертолЭкспо"

пр. М.Нагибина, 30



PHARMA

ЮГ

ВЫСТАВКА
КОНФЕРЕНЦИЯ

ЮГ

MED

EXPO

www.plaza-expo.ru

При содействии:



Министерство здравоохранения
Ростовской области

ВЫСТАВОЧНАЯ ФИРМА
PLAZAexpo

Тел.: (863) 262-70-57
262-70-56

Физиотерапевтическое лечение больных хроническим простатитом с эректильной дисфункцией

Мищенко О. И., врач-физиотерапевт, ФГУ «1602 ОБКГ» МО РФ, г. Ростов-на-Дону

По мнению урологов, психотерапевтов и медицинских психологов, хронический простатит (ХП) является одним из наиболее психотравмирующих патологических состояний у мужчин. Изменения психоэмоционального фона при ХП, по мнению ряда ученых, являются вторичными и напрямую определяются клинической картиной, преобладающими симптомами заболевания (боль, дизурия, нарушение половой функции) и успешностью проводимого лечения [2, 3].

Изменения психических качеств больных связаны с начальным преморбидным психоэмоциональным уровнем. Преморбид, как правило, связан с половой конституцией и особенностями психоэмоционального развития. Ряд авторов рассматривает патогенетическую схему развития ХП следующим образом, считая ключевым звеном стресс или невротическую реакцию [3]. Невротическое состояние, стресс ведут к вегетативному дисбалансу, гемодинамическим нарушениям в предстательной железе, что, в свою очередь, приводит к расстройству половой функции с последующим «удержанием» патофизиологического состояния.

Психосоматическую базу чаще имеет абактериальный хронический простатит [4]. Возможность развития простатита, не связанного с инфицированием мочеполового тракта, ставится под сомнение некоторыми практическими урологами, так как доказать наличие патогенной или условно патогенной флоры в половых путях мужчин сейчас, а тем более в анамнезе, практически невозможно [5]. Как при одном, так и при другом патогенетическом варианте ХП психопатологическая отягощенность отмечается у 75% пациентов [4, 5]. В патогенезе нарушений половой функции как одного из основных синдромов ХП в качестве пускового механизма чаще преобладают изменения психоэмоциональной сферы.

Целью данной работы было объективное наблюдение за изменением субъективных показателей ХП, а также клинично-лабораторных данных, вследствие применения дополнительных, к основному лечению, двух разных физиотерапевтических методов лечения.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 62 пациента, сопоставимых по возрасту и длительности заболевания, с диагнозом «хронический простатит», вызванный специфическим возбудителем, а также неспецифической флорой.

Больные находились под наблюдением уролога, получали общепринятую этиопатогенетическую терапию (антибактериальные средства, препараты профилактики дисбактериоза, иммунокорректирующую терапию, препараты, улучшающие микроциркуляцию, ферментотерапию, противовоспалительные препараты, антиоксидантные средства, витаминотерапию) [6]. Наряду с общепринятой терапией для усиления лечебного эффекта больным проводилось физиотерапевтическое лечение.

Все больные были разделены на две группы.

К больным первой группы (32 человека) применялись различные физиотерапевтические методы: магнитолазер — аппарат «Рикта-01», электростимуляция — аппарат ДДТ, психоэмоциональная разгрузка с релаксирующей музыкой, успокаивающая фитотерапия [1].

Во второй группе (30 человек) применялась более прогрессивная, эффективная трансректальная

электростимуляция (ЭС) с использованием комплекса аппаратно-программного КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин».

Принцип действия аппарата основан на одновременном комплексном воздействии на предстательную железу пяти физических факторов:

- трансректальная электрическая стимуляция промежности, мочевого пузыря, простаты и семенных пузырьков;
- низкоинтенсивное лазерное и светодиодное излучение;
- магнитное поле;
- нейростимуляция патогенных зон;
- цветоимпульсная терапия.

Благодаря такому сочетанию физических факторов достигается усиление кровообращения на уровне микроциркуляторного русла; дренирование ацинусов предстательной железы; противовоспалительное, анальгетическое, противоотечное действие; повышение местного иммунитета; усиление нейротрофической регуляции органов малого таза; бактериостатическое действие в отношении патогенной флоры; улучшение проникновения антибактериальных препаратов в ткани простаты.

Оригинальность аппарата заключается в том, что заложенное в программу плавное изменение режима электростимуляции позволяет избирательно воздействовать на все зоны патологически измененной предстательной железы в зависимости от степени воспалительного процесса, что обеспечивает восстановление физиологического дренажа железистого аппарата.

Лечение на аппарате «Андро-Гин» проводилось по схеме трансректальной электростимуляции промежности, простаты, мочевого пузыря с плавным изменением в ходе процедуры частоты от 5 до 80 Гц. Лазеромагнитотерапия (по трансректальной методике) проводилась синфазно с электростимуляцией, а от кожного датчика проводилась непрерывно, излучатель располагался над лоном.

Цветоритмотерапия проводилась с преимущественным подбором цветов желто-зеленой гаммы. Нейростимуляция проводилась точечно. Продолжительность процедуры составляла 10 минут, курс — 10 процедур, ежедневно [7].

После проведенного курса лечения результаты обеих групп были достоверно лучше относительно данных, полученных до лечения. В обеих группах уменьшились симптомы заболевания простаты, а также произошло достоверное увеличение максимальной скорости мочеиспускания и его эффективного объема.

Мы сравнили данные, полученные после лечения, в двух группах.

В первой группе, после применения традиционного физиотерапевтического лечения, улучшение здоровья к 10-й процедуре наступило у 25 пациентов (80%), незначительное улучшение — у 7 больных (20%).

Во второй группе, после применения комплексного аппарата «Андро-Гин», состояние здоровья значительно улучшилось к 7-й процедуре у 29 пациентов (99%), а к 10-й процедуре улучшении наблюдалось у 100% больных, что говорит об эффективности лечения ХП комплексным программируемым аппаратом КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин». У пациентов улучшилось качество жизни, отмечалось более низкое количество симптомов

заболевания предстательной железы, а также увеличился эффективный объем мочеиспускания и его максимальная скорость.

Вывод

Использование физиотерапевтического комплекса КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин» позволяет добиться максимально положительных результатов, что повышает эффективность традиционных методов, а также сократить сроки терапии и тем самым уменьшить фармакологическую нагрузку и стоимость лечения.

Литература

1. Боголюбов В. М., Пономаренко Г. Н. Общая физиотерапия. Учебное пособие. — М, СПб, 1996. — 460 с.
2. Иванов А. О., Кочетов А. Г. К вопросу о психофизических особенностях больных хроническим простатитом / Материалы Всеармейской научной конференции. — СПб, 2000. — С. 134—136.
3. Голубчиков В. А., Родоман В. Е., Ситников Н. В., Кочетов А. Г. Патогенетическое обоснование сочетанного

применения физиотерапевтических факторов в комплексном лечении больных хроническим простатитом // Урология. — 2001. — №4. — С. 15—31.

4. Фарбинович В. Я., Яценко О. К. Простатит как психосоматически обусловленное заболевание / Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Современные аспекты диагностики и лечения хронического простатита». — Курск, 2000. — С. 151—152.

5. Камалов А. А. Современные взгляды на проблему хронического простатита / Материалы Всероссийской научно-практической конференции. «Современные аспекты диагностики и лечение хронического простатита». — Курск, 2000. — С. 66—71.

6. Щетинин В. В., Колпинский Г. А. Лечение хронического простатита. — М, 2002.

7. Комплекс аппаратно-программный КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин» в урологической и гинекологической практике. Сборник статей. — М: Полиграфикс РПК, 2005. — 352 с.

ООО «МЭЛС» (МЕДЭЛЕКТРОНСЕРВИС)

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

- медицины, санитарии и ветеринарии
- пищевой и аграрной промышленности

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

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

т./ф. (863) **269-78-06, 234-77-43**

E-mail: mels2@rambler.ru

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

Доминирующие непароксизмальные нервно-психические расстройства при эпилепсии

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

Эпилепсия (от греч. epilepsia, epilambano — схватывание) является одним из самых древних заболеваний, известных человечеству. История ее изучения насчитывает почти 2500 лет, начиная с античных авторов, например Гиппократ (460—377 гг. до н.э.), который впервые использовал этот термин для обозначения определенной болезни головного мозга, проявляющейся внезапными приступами с нарушением сознания и судорогами.

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний человека. Эпидемиологические исследования показывают достаточно высокую заболеваемость: до 80 человек в России и развитых странах (США, Европа) и до 100—120 человек в развивающихся странах (Африка) на 100 000 населения (Кутявин Ю. А. и соавт., 1997; Барабанова М. А. и соавт., 2009). Болезненность колеблется в достаточно широком диапазоне — от 0,4 до 2,5%. При этом по России приводится средняя цифра около 0,5—1% (Киссин М. Я., 2009). Если говорить не о сформированной эпилепсии, а об единичных (однократных) эпилептиформных припадках, то их распространенность

составляет не менее 9—10% населения (Барабанова М. А. и соавт., 2009).

Существует множество определений этого заболевания. Суммируя мнения отечественных (Карлов В. А., 1990; Мухин К. Ю., Петрухин А. С., 2005; Мухин К. Ю. и соавт., 2008; Болдырев А. И., 1976, 2000) и зарубежных (Броун Т., Холмс Г., 2006) авторов, представляется возможным заключить, что **эпилепсия** — хроническое, склонное к прогрессивному течению, полиэтиологическое нервно-психическое заболевание, которое возникает вследствие повторяющихся чрезмерных разрядов нейронов головного мозга и характеризуется **клиническими** проявлениями в виде повторных, чаще всего не спровоцируемых полиморфных пароксизмов (приступов) с нарушением двигательных, психических, чувствительных и вегетативных функций; типичными специфическими изменениями личности; возможностью развития острых или затяжных психозов и слабоумия на отдаленных этапах заболевания; а также **параклиническими** (электрофизиологическими, нейроанатомическими, метаболическими, иммунологическими) нарушениями.

Несмотря на древнюю историю и широкий арсенал современных параклинических возможностей изучения эпилепсии, это расстройство на всем протяжении наблюдений было окружено мифами и предрассудками, которые настолько плотно вошли в коллективное сознание, что разделяются и по настоящее время значимым числом дипломированных врачей. Не касаясь религиозно-мистического отношения к эпилепсии как к «священной» болезни, можно остановиться на самом популярном клиническом шаблоне. Он состоит в том, что у подавляющего большинства населения эпилепсия ассоциируется исключительно или преимущественно с судорогами. Аналогичный подход при проводимых натуралистических опросах показывают и врачи — большинство выпускников медицинских вузов в качестве ведущего компонента эпилепсии указывают так называемый «судорожный синдром». Однако ни в одном современном медицинском руководстве, включая критерии МКБ-10, наличие судорог не является ведущим критерием дефиниций ни самих припадков, ни типов течения болезни (Мухин К. Ю. и соавт., 2004, 2008; Мухин К. Ю., Петрухин А. С., 2005; Казаковцев Б. А. и соавт., 2003).

Известно, что эпилептические **психические** нарушения более феноменологически разнообразны, более часто встречаются, имеют большее социальное, трудовое и судебно-правовое значение, чем непосредственно судорожные и иные, условно «неврологические», проявления эпилепсии. Однако в современных зарубежных работах основной акцент делается на совершенствование параклинической диагностики эпилепсии в ущерб признанным клиническим критериям. Это отражено в последних классификациях — принятой и действующей на сегодняшний день Международной классификации эпилепсии разных модификаций (Гамбург, 1985; Нью-Дели, 1989) и новой, разработанной Международной Противоэпилептической Лигой в 2001 году, которая существует пока как проект. При этом в научных исследованиях авторы начинают придерживаться критериев последней классификации. Среди новшеств вообще упразднено подразделение фокальных приступов на простые и сложные в зависимости от нарушения сознания, а оценка уровня сознания носит ориентировочный характер. Также в последних классификациях не нашли адекватного отражения ни эпилептические психозы, ни непароксизмальные нервно-психические нарушения. Такой методологический подход отражает идущую с Запада деградацию прежде всего клинического мышления и знаний психопатологии, что неуклонно сказывается на снижении выявляемости и комплексного анализа бессудорожных вариантов эпилепсии, делает врача заложником исключительно аппаратных методов диагностики.

Тем не менее, проблема выявления и систематики психических нарушений при эпилепсии имеет не только чисто методический интерес, но отражает принципы понимания эпилепсии как комплексного страдания человека. В связи с этим хотелось бы подробнее остановиться на непароксизмальных нервно-психических расстройствах, которые занимают гораздо большее значение в жизни как пациентов, так и их семей, чем собственно припадки. Из всей большой группы непароксизмальных нарушений можно проанализировать две главные составляющие — интеллектуально-мнестический дефект и изменения личности.

Интеллектуально-мнестические нарушения при эпилепсии не являются облигатным клиническим проявлением. У пациентов может быть широкий диапазон интеллектуальных проявлений — от верхнего уровня нормы до глубокой степени умственной отсталости. Дефицитарные нарушения неоднородны по своему происхождению и проявлению. В целом, частота встречаемости с когнитивными проблемами составляет около 12% от всех больных эпилепсией (Максимова Э. Л. и соавт., 1997). На их возникновение, прогрессирование и клинические характеристики могут влиять следующие факторы: наследственность и генетические (хромосомные) аномалии; тип и частота припадков; возраст дебюта эпилепсии; объем и зоны поражения мозга; латерализация очагов в доминантном/субдоминантном полушарии; экзогенные вредности, социально-средовые условия, особенно уровень образования.

Можно выделить два варианта развития **дефицитарных интеллектуальных расстройств** при эпилепсии: специфические и неспецифические.

Специфические, собственно эпилептические, обычно протекают параллельно с нарастанием соответствующих изменений личности, возникают спустя годы от манифестации самого заболевания и приводят к развитию так называемого эпилептического или концентрического (лабиринтного) слабоумия (Случевский И. Ф., 1957).

Еще Э. Крепелин (1919) отмечал такие черты эпилептического дефекта, как замедленность мышления, нарушения памяти. Существует точка зрения о прямой корреляции между частотой припадков (особенно генерализованных судорожных, сопровождающихся падением со вторичной травматизацией головного мозга) и нарастанием слабоумия. Так, у пациентов, перенесших за 10 лет не менее 100 генерализованных судорожных припадков, развитие деменции отмечали в 94% случаев, а со значимо меньшим числом припадков — только в 17,6%. А в случае эпилептического статуса в анамнезе уровень интеллекта может снижаться не менее, чем на 15% по сравнению с аналогичной выборкой здоровых лиц (Калинин В. В. и соавт., 2006).

При формировании интеллектуального дефекта наибольшим образом поражаются два показателя психической деятельности: скорость течения нервных процессов и их подвижность.

У больных эпилепсией чаще отмечаются заторможенность мыслей, трудность или невозможность сосредоточить внимание, снижение работоспособности. При длительно текущем заболевании замедленность касается и общей моторики, движений, походки, речи. Параллельно заторможены физиологические отправления и переход от одного вида деятельности к другому. У таких людей происходит фиксация на определенных привычках и правилах, распорядке дня. Они имеют достаточно устойчивые поведенческие и жизненные стереотипы. Затрудняется накопление нового опыта, снижается диапазон вариантов умозаключений и поведенческих шаблонов, ухудшается способность к запоминанию, абстрактным обобщениям. Все это получило название инертности психических процессов. В мышлении появляется ряд специфических черт. Наиболее характерны застревание на деталях, невозможность выделить главное, трудность перехода от одних представлений к другим. Дать краткий ответ они не в состоянии. Речь больных эпилепсией часто имеет ограниченный лексический диапазон (олигофазия), постоянно сопро-

вождается возвратами к уже сказанному. Она может изобиловать уменьшительными словами, витиеватыми банальными выражениями, определениями, содержащими субъективную аффективную оценку — «хороший, прекрасный, плохой, отвратительный», а при склонности к религиозности в высказываниях встречаются слова, которыми пользуются верующие (божественная номенклатура). Особенности речи могут выступать протяжностью (певучесть), патетические интонации. Такая застреваемость мышления на мельчайших деталях получила название «тугоподвижность». Начальным проявлением ее является детализация, которая постепенно переходит в обстоятельность мышления, и через несколько лет формируется основная особенность психики — вязкость. При этом такие пациенты быстро утомляют собеседника чрезмерной обстоятельностью повествования, назойливостью, копанием в мелочах, что часто провоцирует микроконфликтные ситуации, в том числе и с медицинским персоналом.

Неспецифические интеллектуально-мнестические нарушения при эпилепсии включают в себя парциальные или тотальные задержки психического развития, врожденное слабоумие с формированием олигофренического синдрома разной степени и деменции. Подходы к точному типированию олигофрени и деменции здесь значительно затруднены и носят в большей степени формальный характер, поскольку эпилептические синдромы возникают преимущественно в детском возрасте, отличаются прогрессирующим течением и сочетаются с фоновой органической неполноценностью мозга.

Олигодефект является одним из облигатных проявлений многих эпилептических энцефалопатий с началом в детском возрасте. Среди эпилептических синдромов с клиникой прогрессирующего слабоумия следует прежде всего выделить синдром Леннокса—Гасто. Помимо интеллектуально-мнестического отставания он характеризуется частыми, склонными к сериям полиморфными (тоническими, атоническими, миоклоническими, атипичными абсансами) приступами, резистентностью к антиэпилептической терапии, тяжелым прогрессирующим течением и диффузной медленной пик-волновой активностью на ЭЭГ (как правило, с частотой 2 Гц). При синдроме Леннокса—Гасто умственная отсталость наблюдается в 75—93% случаев, быстро — в течение 3—5 лет — достигая средней и тяжелой степени. Степень интеллектуального дефекта может зависеть от формы этого синдрома. Так тяжелая умственная отсталость достоверно чаще встречается при симптоматических формах синдрома Леннокса—Гасто, чем при криптогенных: 72% против 22%, а средняя — наоборот, 18% против 78% (Темина П. А. и соавт., 1999).

Также умственная отсталость наиболее часто встречается при прогрессирующих миоклонических энцефалопатиях, куда относят болезнь Унферрихта—Лундборга, сиалидоз, болезнь Гоше, MERRF-синдром (митохондриальную энцефалопатию с рваными красными волокнами), болезнь Лафора и нейрональный цероидный липофусциноз. Общим компонентом этой группы заболеваний являются миоклонус (в виде комбинаций сегментарных, аритмичных, асинхронных, асимметричных подергиваний и массивных миоклоний), неврологические нарушения (поражение функций мозжечка с атаксией, нарушение зрения, пирамидные и экстрапирамидные расстройства), снижение интеллекта, а также генерализованные тонико-клонические приступы

и фокальные припадки затылочной доли мозга. Из этой группы заболеваний умственная отсталость минимально выражена при болезни Унферрихта—Лундборга и сиалидозе. При остальных перечисленных заболеваниях интеллектуальные нарушения могут достигать значительной степени выраженности (Темина П. А. и соавт., 1999; Berkovic S., Bendadis S., 2001).

Среди генетически детерминированных эпилептических синдромов с дебютом в неонатальном периоде, проявляющихся сочетанием дисгенезий мозга и судорогами в раннем детском возрасте, могут встречаться как задержки нервно-психического развития, так и умственная отсталость различной степени. К ним относятся: синдром Меккеля—Груббера, синдром Патау, синдром кольцевой 13 хромосомы, синдромы трисомий 15 и 18 хромосом, синдром Миллера—Дикера, синдром врожденной мышечной дистрофии типа Фукуямы, синдром Ноя—Лаксовой, синдром Норманна—Робертса, синдром Айкарди, синдром Смита—Лемли—Опица. Для всех этих синдромов, рассматриваемых некоторыми исследователями как самостоятельные заболевания, характерны выраженные фенотипические изменения (микроцефалия, нарушения строения костных и хрящевых отделов лицевого черепа, пороки развития сердца, при некоторых синдромах — костно-суставные и генитальные деформации).

К группе младенческих эпилептических энцефалопатий также относят синдром Веста (Уэста). На его долю приходится около 9% всех эпилептических синдромов в детском возрасте (Мухин К. Ю., Петрухин А. С., 2005). Наряду с общей выраженной задержкой психомоторного развития, синдром Веста характеризуется особым типом эпилептических приступов — инфантильными спазмами, представляющими собой массивные миоклонические или тонические, серийные или изолированные спазмы аксиальной и конечностной мускулатуры (Dulac et al., 1994). Наряду с этим на ЭЭГ присутствуют характерные изменения в виде гипсаритмии.

К вариантам специфических эпилептических синдромов с парциальным нарушением психического развития можно отнести синдром Ландау—Клеффнера. Этот синдром под названием «приобретенная афазия с эпилепсией» получил свой диагностический шифр в МКБ-10 — F80.3. Сутью его является прогрессирующая потеря ребенком, имевшим предшествующее нормальное развитие, навыков рецептивной и экспрессивной речи. Характерной особенностью являются ЭЭГ-изменения в виде мультифокальных спайков и спайковых волн, активизируемые в фазу медленного сна. Чаще всего патологию на ЭЭГ обнаруживают в области височных долей, преимущественно билатерально. Афазия начинается в 3—7 лет и в 70—80% случаев сочетается с эпилептическими припадками, которые у трети пациентов являются манифестом заболевания. Среди пароксизмальных расстройств характерны сложные парциальные, атонические и тонико-клонические припадки (Темина П. А., Никанорова М. Ю., 1999; Мухин К. Ю. и соавт., 2004; Казаковцев Б. А. и соавт., 2003).

Деменция при эпилепсии носит сложный характер. Она наблюдается прежде всего при симптоматических эпилепсиях и представляет скорее коморбидное расстройство, обусловленное неким первичным органическим поражением головного мозга. Ведущей по частоте причиной ее возникновения для лиц пожилого возраста служат хронические сосудистые заболевания, приводящие к развитию инфарктов (инсультов) мозговой ткани

и неспецифическому атрофическому процессу. Для лиц молодого и зрелого возраста главной причиной является тяжелая посттравматическая энцефалопатия.

Малообсуждаемой, а на самом деле чрезвычайно значимой проблемой является типирование деменций при эпилепсии с позиций современной классификации. Так, в МКБ-10 описанные выше нарушения могут быть отнесены к следующим диагнозам: F 06.72 — легкое когнитивное расстройство, при котором на первый план выступает снижение когнитивной продуктивности, то есть прежде всего сообразительности; а также F 02.8x2 — деменция в связи с эпилепсией. Если в клинической картине доминируют нарушения памяти, особенно антероградная, ретроградная, фиксационная амнезия, при отсутствии дефекта в непосредственном воспроизведении и глобальных интеллектуальных нарушениях (то есть соответствующие картине корсаковского синдрома), то целесообразно типировать такое расстройство как F 04.2 — органический амнестический синдром в связи с эпилепсией.

Однако, как видно из вышеприведенного клинического анализа, специфическое эпилептическое лабиринтное слабоумие по своим психопатологическим закономерностям развития и проявления не укладывается в формальные критерии деменции по МКБ-10 как синдрома, который должен отличаться грубыми нарушениями интеллекта и всех составляющих памяти, приводящего к нарушениям понимания речи, способности к рассуждениям, осмысленной и прогностической деятельности, ухудшению социального функционирования вплоть до утраты навыков повседневной жизни, личной гигиены, физиологических функций. Прогрессирование интеллектуальных расстройств должно сопровождаться облигатным проявлением — потерей критики. Как отмечали Казаковцев Б. А. (1999), Болдырев А. И. (2000), в подавляющем большинстве случаев при эпилепсии нет истинного слабоумия, а отмечаются преимущественно парциальные дисмнестические проявления. Поэтому весьма спорным по своей сущности является смысл самого термина «**деменция в связи с эпилепсией**», то есть вследствие эпилепсии.

В случае действительно грубого интеллектуально-мнестического дефекта, достигающего степени деменции или корсаковского амнестического синдрома, он будет только косвенно связан с эпилепсией как с так называемым базовым актуальным заболеванием (по поводу которого пациент обследуется или проходит экспертизу), но не как с детерминирующим причинно-следственным фактором.

Такой формальный подход к типированию в современных классификациях когнитивных расстройств при эпилепсии значительно затрудняет прежде всего экспертную оценку (при социально-трудовых и судебно-психиатрических экспертизах). Большие проблемы возникнут при отнесении не только эпилепсии, но и самой деменции по проекту новой МКБ-11 к сфере компетенции неврологов, а не психиатров. При отсутствии в неврологических центрах, а тем более в амбулаторном звене, возможностей и навыков патопсихологической и клинической оценки когнитивных нарушений, развитие приоритета примитивных типовых шаблонных оценочных шкал (по типу MMSE) делает шансы на грамотный анализ этих тонкостей диагностики и квалификации нервно-психических расстройств при эпилепсии весьма призрачным.

Существует точка зрения, что изменения интеллекта при эпилепсии нарастают параллельно с **деформацией (психопатизацией) личности**. Но эти изменения не всегда сопряжены с течением эпилепсии как болезни и не всегда однозначно приводят к дезадаптации пациентов. Это указывали как авторы прошлых веков, так и современные. Так, М. Magnan (1883) писал: «...мы сталкиваемся с эпилептиками, которые в промежутках между припадками не представляют никакого душевного расстройства и вполне сохраняют свои умственные способности, при этом многие из них даже не имеют того тяжелого характера, который издавна считается принадлежностью всякого эпилептика». Известно, что эпилепсией страдали многие выдающиеся представители военно-административной элиты, религиозных верхов, люди искусства и творчества. Как подчеркивает А. И. Болдырев (2000), стереотипное понятие «эпилептическая личность» является дискутабельным, поскольку «...в развернутой стадии болезни психические особенности характеризуются чрезвычайным разнообразием личностных характеристик».

Тем не менее, существуют определенные характеристики, которые наиболее вероятно связаны с возрастом начала, нарастанием тяжести и длительностью течения эпилепсии. Выделяют некоторые типы изменения личности в зависимости от типа эпилептических припадков, что может быть связано с локализацией и латерализацией эпилептических очагов. Пациенты становятся малообщительными, упрямыми, лишеными целеустремленности, небрежными, равнодушными. Они склонны к потере самоконтроля, имеют склонность к употреблению алкоголя, отличаются девиантными и деликвентными формами поведения. По отношению к болезни прослеживается анозогнозия, низкий уровень комплаенса при антиэпилептической терапии (Калинин В. В., 2004; Калинин В. В. и соавт., 2006).

Наиболее характерны изменения личности при височной эпилепсии. Формально она относится к симптоматическим фокальным эпилепсиям. Некоторые авторы отождествляли это нарушение с понятием «скрытая эпилепсия» (*epilepsia larvata*), подчеркивая, что такие особенности не зависят от генерализованных судорожных припадков. N. Geshwind (1979) описал патохарактерологический симптомокомплекс, характерный для височной эпилепсии, который впоследствии получил название синдром Гасто—Гешвинда или «интериктальный поведенческий синдром» (Темин П. А., Никанорова М. Ю., 1999; Калинин В. В., 2004). В него входят повышенная склонность к философским, моральным и особенно религиозным идеям и учениям; снижение сексуальной активности, гиперграфия, аффективная возбудимость (Киссин М. Я., 2009).

В отечественной психиатрии принято акцентировать внимание на иных личностных качествах эпилептиков. Часть из них носит однозначно негативный, дезадаптирующий характер и рассматривается как проявление личностного дефекта. К ним относятся: эгоизм, эгоцентризм, склонность к пререканиям, застревание на мелочах, злопамятность, особенно на мелкие обиды, несдержанность, вспыльчивость до агрессивности, упрямство, убежденность в собственной правоте, склонность к неподчиняемости, сутяжничеству. По мере развития интеллектуального дефекта притупляются чувства жалости, благодарности, уважения, сочувствия. Такие пациенты могут совершать парадоксально жестокие поступки, как бы мстя за реальные или гипотетические мелкие обиды

в прошлом. Вместе с тем отмечаются диаметрально противоположные черты характера: робость, застенчивость, болезненность, неуверенность, а также склонность к самоуничтожению, преувеличенная любезность, доходящая до лести и подобострастия, почтительность и ласковость в обращении, стремление не просто согласиться, а подчеркнуть свое согласие с мнением собеседника или восхищение им — дефензивность. Подобные полярные нарушения аффективности могут отмечаться в различных соотношениях у одного и того же больного. Возникнув, они продолжительное время не меняются, не подвергаются ситуационным колебаниям, несмотря на смену обстоятельств, что получило название «вязкость аффекта». При этом на определенных этапах развития болезни такие качества, как аккуратность, стремление к порядку, педантизм, упорство, любезность, чинопочитание, могут помочь в социальной адаптации пациентов, продвижению по карьерной лестнице. Но в выраженной степени эти качества становятся утрированными, приобретая негативное социальное значение для окружающих пациента людей.

Одной из характерных особенностей личности эпилептиков, которая редко упоминается в современной литературе, является демонстративная религиозность, формирование ханжеской морали, когда они провозглашают высокие религиозно-моральные ценности, требуют тщательнейшего соблюдения этих норм от окружающих, а сами могут совершать глубоко противозаконные и безнравственные поступки. Из многочисленных описаний можно привести цитату С. С. Корсакова (1893): «Эпилептический характер проявляется в резких нравственных дефектах... Некоторые ... проявляют большое ханжество, склонность к похвальбе, возвышению себя, как бы с смиренным видом указывают на свои высокие качества, на высшую нравственную доброту, говорят о Боге и в то же время отличаются большой жестокостью к близким, у эпилептиков молитвенник в кармане, Бог на языке и подлость в душе... Иногда под влиянием небольшого противодействия, неисполнения их желания начинают браниться крайне несдержанно, теряя самообладание и обращая брань против тех людей, которым перед этим выражали крайнюю любовь и расположение...»

Но не только такие аномальные личностные черты могут обнаруживаться у эпилептиков. В данном контексте представляется весьма обоснованной точка зрения М. Я. Кисина (2009), который на основе многолетних наблюдений показал, что описанные выше так называемые доминантные типы эпилептической личности встречаются менее чем у 50% пациентов — глишроидный у 21,1% (который чаще всего и будет сопряжен со специфическим эпилептическим интеллектуальным дефектом) и эксплозивный у 25,8%. Значительную долю (27,9%) составляют больные с психастеническим, прежде всего тревожно-мнительным, заострением личностных черт. Могут встречаться истероидные (11,8%), шизоидные (6,8%) и паранойяльные (7,3%) варианты патохарактерологических изменений.

Безусловно, на пропорции распределения может влиять прежде всего выборка пациентов. Так представляется очевидным, что в судебно-психиатрической практике будут доминировать эксплозивные и паранойяльные варианты, а в условиях скрининга и амбулаторного приема будет расти число психастеников и истероидов. В настоящее время трудно встретить «чистый» вариант аномальной личности. Разные черты могут

сочетаться у одного пациента (М. Я. Кисин, 2009). На выраженность и актуализацию характерологических сдвигов могут дополнительно, помимо собственно самой эпилепсии, влиять как привнесенные психогении, так и особенности проводимой фармакотерапии.

Таким образом, деформации личности при эпилепсии могут носить весьма вариабельный характер. С позиций МКБ-10 описанные нарушения следует типировать как F 07.02 — расстройство личности органической этиологии; F 07.82 — другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой (повреждением) и дисфункцией головного мозга, где уточняется правополушарная локализация патологического процесса и подчеркивается аффективный компонент личностных расстройств; а также F 07.92 — органическое расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга, не уточненное, куда входит психоорганический синдром (Казаковцев Б. А. и соавт., 2003).

В заключение хочется еще раз подчеркнуть, что непароксизмальные психические расстройства, включая нарушения интеллекта и личности, являются такими же неотъемлемыми признаками эпилепсии, как и сами припадки. Только их грамотный анализ позволит найти адекватные подходы не просто к подавлению эпилептических очагов головного мозга, а к лечению и реабилитации пациента — страдающего человека.

Литература

1. Мухин К. Ю., Петрухин А. С., Миронов М. Б. Эпилептические синдромы. Диагностика и терапия. — М, 2008. — 223 с.
2. Кисин М. Я. Клиническая эпилептология. — М, 2009. — 256 с.
3. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10) / под ред. Б. А. Казаковцева, В. Б. Голланда. — СПб, 2003. — 588 с.
4. Эпилепсия и судорожные синдромы у детей. Руководство для врачей / под ред. П. А. Темина, М. Ю. Никаноровой. — М, 1999. — 656 с.
5. Барабанова М. А., Стоянова О. В., Михалева А. С., Петропавловская Т. А. и др. Эпилепсия (клиника, диагностика, лечение). Методические рекомендации / под ред. Г. Г. Музлаева. — Краснодар, 2009. — 71 с.
6. Броун Т., Холмс Г. Эпилепсия. Клиническое руководство. — М, 2006. — 288 с.
7. Болдырев А. И. Психические особенности больных эпилепсией. — М, 2000. — 384 с.
8. Максимова Э. Л., Железнова Е. В., Рогачева Т. А., Соколова Л. В., Токарева Н. Г. Принципы и формы реабилитации больных эпилепсией с психическими нарушениями. Пособие для врачей. — М, 1997. — 23 с.
9. Калинин В. В., Железнова Е. В. Противосудорожные и психотропные свойства антиэпилептических препаратов при лечении больных эпилепсией. Пособие для врачей. — М, 2008. — 31 с.
10. Мухин К. Ю., Петрухин А. С., Глухова Л. Ю. Эпилепсия. Атлас электроклинической диагностики. — М, 2004. — 440 с.
11. Калинин В. В., Железнова Е. В., Соколова Л. В. Психические расстройства при эпилепсии. Пособие для врачей. — М, 2006. — 42 с.
12. Калинин В. В. Эпилепсия как нейропсихиатрическая проблема // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — Т. 6. — №1. — Приложение 1.

Качество жизни больных рассеянным склерозом

Тринитатский Ю. В., д.м.н., профессор; Волкова М. Г.; Сычева Т. В.; Тринитатский И. Ю., к.м.н.; Лемешевская А. А., к.м.н.; ГБОУ Институт повышения квалификации ФМБА, г. Москва; ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», г. Ростов-на-Дону; МЗПУЗ Городская больница №2, г. Краснодар

Рассеянный склероз (РС) — хроническое аутоиммунное демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы, начинающееся, как правило, в молодом возрасте и неизбежно приводящее к трудностям в повседневной жизни.

В последние годы как в мире, так и в нашей стране все больше внимания привлекает вопрос качества жизни (КЖ) как интегральной характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанной на его субъективном восприятии [3]. Изучение КЖ позволяет увидеть глазами пациента его заболевание и перемены, происходящие в организме за время болезни как на фоне лечения, так и без него. Эти данные, вместе с традиционным медицинским заключением, позволяют составить целостную и объективную картину состояния больного.

В России изучением КЖ больных РС стали заниматься в конце XX века [1, 2, 5]. В проведенных исследованиях было установлено, что показатели КЖ у пациентов с РС снижаются уже на ранних стадиях заболевания, а по мере нарастания неврологического дефицита и степени инвалидизации КЖ продолжает снижаться. Также исследовалось влияние препаратов, изменяющих течение РС (ПИТРС), на КЖ больных. Полученные данные носят противоречивый характер, что может быть связано как с особенностями популяций, где проводилось исследование, так и с разнонаправленностью действия отдельных препаратов из группы ПИТРС [4, 6]. Улучшение показателей КЖ при стабильном физическом состоянии многие как зарубежные [8], так и отечественные специалисты [1, 4] связывают с улучшением в психоэмоциональной сфере, проблемы в которой часто недооцениваются врачами, чье внимание сконцентрировано на физических аспектах болезни.

Целью нашего исследования явилась оценка показателей КЖ у больных, получающих терапию, изменяющую течение РС.

Материалы и методы исследования

В исследовании принимали участие 82 пациента, страдающих достоверным (по критериям Mc Donald, 2010) рассеянным склерозом. Все больные имели ремиттирующую форму заболевания, что прежде всего связано с показаниями к назначению ПИТРС. Группа пациентов, получающих ПИТРС, включала 44 человека. Контрольную группу (38 человек) составили пациенты без ПИТРС, со-

поставимые с исследуемой популяцией по полу, возрасту, длительностью и течению заболевания. Для оценки КЖ мы использовали опросник по КЖ при РС (MSQOL-54).

Результаты исследования

Большинство пациентов — 47 случаев (59,5%) — в целом оценивает свое состояние здоровья как посредственное, 22 больных (27,9%) — как хорошее. Не обнаружено разницы в состоянии здоровья больных, принимающих и не принимающих ПИТРС (табл. 1).

В то же время, при оценке состояния здоровья по сравнению с предыдущим годом 7,6% пациентов отметили, что оно стало значительно лучше; 17,7% больных заявили, что оно стало несколько лучше, чем год назад; у 45,6% отмечена стабилизация состояния, что очень важно при прогрессирующем течении РС. Причем в этой группе статистически достоверно преобладали пациенты, получающие ПИТРС. Ухудшение (несколько хуже — 21,5%, гораздо хуже — 7,6% случаев) прежде всего зафиксировано у пациентов, не лечившихся ПИТРС (диаграмма 1).

При анализе физического состояния пациентов (от элементарных навыков: самостоятельно вымыться и одеться, до тяжелых: поднятие тяжести, бег, работа с пылесосом, игра в бадминтон) не обнаружено статистической разницы среди принимающих и не принимающих ПИТРС. Единственный аспект, подтвержденный статистически, касался раздела «выполняли свою работу или другие дела менее аккуратно, чем обычно».

При анализе полученных данных установлена статистически значимая зависимость (табл. 2) между выполнением работы аккуратно и менее аккуратно у пациентов, получающих ПИТРС, то есть влияние терапии сказывалось, по-видимому, на отдельных нюансах качества выполняемой работы, а не на физическом состоянии в целом.

Несмотря на то, что боль является довольно частым симптомом РС, по данным анкетирования, умеренную боль испытывали 33,7% пациентов, сильную — 7,5%, очень сильную — 1,3% больных. Причем эта боль сильно и очень сильно мешала выполнению повседневной работы в 12,5% случаев, умеренно ограничивала трудовую деятельность у 30% пациентов. ПИТРС не оказывала влияние на силу и характер болевых ощущений.

При анализе настроения установлена статистически значимая зависимость от приема ПИТРС в разделе «Вы чувствовали себя бодрим?». Чувствовали себя

Таблица 1

Оценка состояния здоровья в целом у больных РС

Оценка состояния здоровья	Группа без ПИТРС	Группа с ПИТРС	Всего
Отличное	1	1	2
Очень хорошее	1	2	3
Хорошее	10	12	22
Посредственное	21	26	47
Плохое	4	1	5
Всего	37	42	79

Анализ выполнения повседневной работы пациентами, получающими ПИТРС, и без данного вида лечения

Выполнили менее аккуратно	Группа без ПИТРС	Группа с ПИТРС	Всего
Да	21 (25,61%)	13 (15,85%)	34 (41,46%)
Нет	17 (20,73%)	31 (37,80%)	48 (58,54%)
Всего	38 (46,34%)	44 (53,66%)	82 (100,0%)

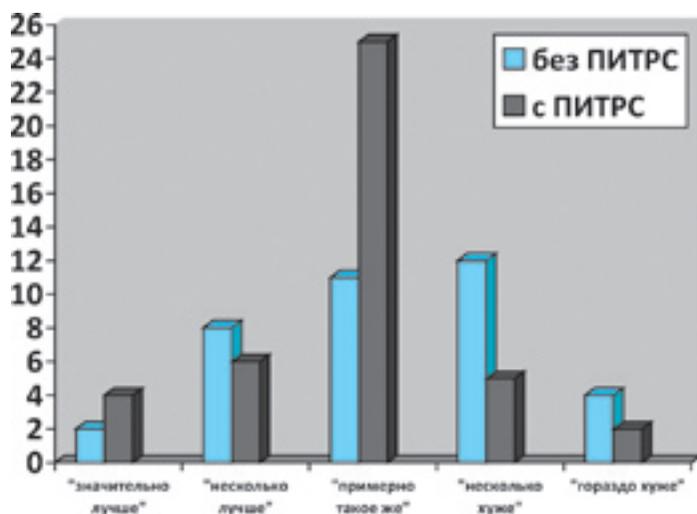


Диаграмма 1. Категоризированная гистограмма: сравнительная оценка состояния здоровья в целом у больных РС

бодрыми часто или большую часть времени 43% больных, получающих ПИТРС, в то время как среди пациентов, не получающих данного лечения, таких больных было всего 13,4% (табл. 3).

Изучение общего состояния здоровья больных РС позволило установить, что они, с одной стороны, критично относятся к состоянию своего здоровья, с другой стороны, не страдают пессимизмом в его оценке. Так, 37,5% пациентов отмечали, что их здоровье не хуже, чем у знакомых, причем число больных, получавших ПИТРС, было только на 2,5% больше, чем у не получавших данного лечения. Существенное меньшинство (20,2% пациентов) считает, что они больше склонны к болезням, чем здоровые лица. Вместе с тем, у большинства больных отмечена статистически значимая зависимость ожидания ухудшения состояния здоровья (51,8% случаев).

Необходимо отметить, что у большинства пациентов имел место негативный эмоциональный фон. Так, 35,4% больных РС часто или все время падали духом из-за проблем со здоровьем, а 39% пациентов большую часть времени или все время раздражало состояние своего здоровья, причем эти показатели не зависели от того, получает пациент ПИТРС, или нет (табл. 4).

При изучении сексуальной жизни было установлено, что снижение интереса к сексу представляло значительную или очень серьезную проблему у 25,3% пациентов, что очень важно, учитывая молодой возраст больных РС (табл. 5).

Таблица 3

Настроение больных, получавших ПИТРС, и без данного вида лечения

Вы чувствовали себя бодрым?	Группа без ПИТРС	Группа с ПИТРС	Всего
Большую часть времени	6 (7,32%)	9 (10,98%)	15 (18,29%)
Часто	5 (6,10%)	15 (18,29%)	20 (24,39%)
Иногда	14 (17,01%)	10 (12,20%)	24 (29,27%)
Редко	11 (13,41%)	6 (7,32%)	17 (20,73%)
Ни разу	2 (2,44%)	4 (4,88%)	6 (7,32%)
Всего	38 (46,34%)	44 (53,66%)	82 (100%)

Таблица 4

Обеспокоенность за состояние своего здоровья у пациентов РС, получающих ПИТРС, и без данного вида лечения

Обеспокоенность состоянием своего здоровья	Группа без ПИТРС	Группа с ПИТРС	Всего
Все время	10 (12,20%)	5 (6,10%)	15 (18,29%)
Большую часть времени	6 (7,32%)	2 (2,44%)	8 (9,76%)
Часто	10 (12,20%)	14 (17,07%)	24 (28,05%)
Иногда	9 (10,98%)	14 (17,07%)	23 (28,05%)
Редко	3 (3,66%)	5 (6,10%)	8 (9,76%)
Ни разу	0	4 (4,88%)	4 (4,88%)
Всего	38 (46,34%)	44 (53,66%)	82 (100,0%)

Удовлетворенность половой жизнью у пациентов РС, получающих ПИТРС, и без данного вида лечения

Удовлетворенность половой жизнью	Группа без ПИТРС	Группа с ПИТРС	Всего
Крайне удовлетворен	5 (6,67%)	16 (21,33%)	21 (28,00%)
В некоторой степени удовлетворен	9 (12,00%)	3 (4,00%)	12 (16,00%)
В равной степени удовлетворен и неудовлетворен	7 (9,33%)	8 (10,67%)	15 (20,00%)
В некоторой степени неудовлетворен	9 (12,00%)	8 (10,67%)	17 (22,67%)
Крайне неудовлетворен	5 (6,67%)	5 (6,67%)	10 (13,33%)
Всего	35 (46,67%)	40 (53,33%)	75 (100,00%)

Большинство (50,1% пациентов) оценивало КЖ в целом как удовлетворительное (преобладали оценки «5» и «6» по 10-балльной шкале), причем не зафиксирована статистическая зависимость этого показателя от получения ПИТРС (табл. 6).

Обсуждение результатов

Наше исследование подтверждает данные М. Ю. Татариновой [5, 6], Е. В. Поповой с соавт. [4] о том, что показатели КЖ, связанные со здоровьем, снижаются у больных РС уже на ранних стадиях заболевания. Назначение ПИТРС благотворно сказывается как на физическом, так и психологическом состоянии больных. Через год после начала лечения 25,3% пациентов считали, что их состояние здоровья лучше, чем год назад, а у 45,6% больных отмечена стабилизация состояния.

В целом следует заключить, что огромные затраты государства на лечение больных РС являются обоснованными, так как большинство пациентов, получающих ПИТРС, оценило КЖ как удовлетворительное.

Указанный комплекс мероприятий позволяет осуществлять всестороннее наблюдение за пациентом в процессе длительного лечения и обеспечивает эффективный контроль за качеством медицинской помощи, максимально отвечающей интересам больного.

Литература

1. Малкова Н. А., Рябухина О. В., Бабенко Л. А. и др. Связанное со здоровьем качество жизни больных рассеянным склерозом // Ж. неврологии и психиатрии. — 2005. — 105; 12. — С. 31–37.

2. Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. — СПб: Элбик, 1999. — 140 с.

3. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — М: Олма Медиа Групп, 2007. — 314 с.

4. Попова Е. В., Рябухина О. В., Воробьева О. В. и др. Динамика качества жизни больных ремитирующим рассеянным склерозом при проведении специфического лечения препаратами, изменяющими течение заболевания: сравнительное исследование в популяциях Москвы и Новосибирска // Ж. неврологии и психиатрии. — 2010. — 5. — С. 67–70.

5. Татаринова М. Ю., Бойко А. Н., Смирнова Н. Ф. и др. Показатели качества жизни больных рассеянным склерозом в зависимости от тяжести состояния / Материалы к Республиканскому рабочему совещанию «Вопросы диагностики и лечения демиелинизирующих заболеваний нервной системы». — М, 1999. — С. 204–206.

6. Татаринова М. Ю., Фокина М. В., Бойко А. Н. Качество жизни больных рассеянным склерозом и некоторые подходы к фармакоэкономическим исследованиям // Ж. неврологии и психиатрии. — 2002, доп. вып. — С. 76–78.

7. Халафян А. А. STATISTICA 6. Математическая статистика с элементами теории вероятностей. — М: Бинوم, 2010.

8. Kesselring J., Klement U. Cognitive and affective disturbances in multiple sclerosis // J. Neurol. — 2001. — 248; 3. — P. 180–183.

Качество жизни в целом у больных РС (с ПИТРС и без нее)

Отношение к жизни в целом	Группа без ПИТРС	Группа с ПИТРС	Всего
Недоволен	2 (2,47%)	1 (1,23%)	3 (3,70%)
Неудовлетворительно	2 (2,47%)	5 (6,17%)	7 (8,64%)
В равной степени удовлетворен и неудовлетворен	21 (25,93%)	18 (22,22%)	39 (48,15%)
Удовлетворен	9 (11,11%)	17 (20,99%)	26 (32,10%)
Доволен	1 (1,23%)	3 (3,70%)	4 (4,94%)
Все прекрасно	2 (2,47%)	0	2 (2,47%)
Всего	37 (45,68%)	44 (54,32%)	81 (100,00%)



ООО Научно-производственное предприятие

МИКРОМОНТАЖ

✉ 603136, г. Н.Новгород, а/я 58, ☎(831)2464085, 2464460, 2779963, 2779749

WWW.med-mm.nnov.ru

E-mail: mmontazh@sandy.ru

для автомобилей скорой помощи и служб спасения



для больниц и госпиталей



РЕКЛАМА

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

Столы зубного техника
Универсал
 г.Самара, Заводское шоссе, 5
 (846) 3121450, 2755002

регулируемая высота установки светильника

секция для удобного размещения инструмента

Стол зубного техника "Универсал 2К"

цена 39 т.р.

цена 22 т.р.

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

Изделия для лабораторий



цена 45 т.р.

Шкаф для пайки с вытяжным устройством

www.UNIVERSAL-LAB.RU



www.PROFSTOL.RU



цена 44 т.р.

Стол лабораторный для работы с кислотой



цена 6 т.р.

Автономное вакуумное устройство АВУ-500 - 500 куб.м/час для установки на любой стол

РЕКЛАМА

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

АПЕКСЛАБ



лабораторная посуда и оборудование

Все для Вашей лаборатории

Многоканальный телефон/факс: **(495) 660-37-08**

www.apexlab.ru info@apexlab.ru



Компания Апекслаб предлагает:

♦лабораторное оборудование (колбонагреватели, центрифуги, мешалки, аквадистилляторы) ♦лабораторную посуду из стекла и пластика (Citotest, Nuova Aptaca) ♦вакуумные системы забора крови ♦микропробирки ♦ланцеты ♦инструменты для микробиологии (петли, зонды, шпатели и т.д.) ♦штативы ♦микроскопы ♦инструменты для гинекологии ♦кюветы из стекла, кварца и пластика, и многое другое.

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 Греху обеспечивает высококачественное стереоскопическое изображение при офтальмологических обследованиях.

● **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, накалывание игл и повторное их использование. Уменьшается риск внутрибольничного инфицирования персонала и пациентов. Обеспечивается получение экологически чистого продукта утилизации. Безопасность эксплуатации за счет:
- интгрированная, полностью скрытая игла в корпусе прибора, исключая появление открытого иглового заха;
- наличие вентилятора и сменного фильтра для очистки от примесей в процессе горения.



● **Комплект для проктологии и ректоскопии КПр-01-«ЗЕНИТ»**



● **Комплект приборов для вагиноскопии КВ-01-«ЗЕНИТ»**
для диагностики и лечения в гинекологии детского и подросткового возраста. В составе комплекта зеркала гинекологические, трубулы с obturatorами, система осветительная «холодного света», набор луп.

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



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

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

● **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

РЕКЛАМА

Урогенитальные инфекции и патология беременности у женщин Ростовской области

Коваленко К. А., КДЛ «Наука»; Машкина Е. В., НИИ биологии ЮФУ; Рымашевский А. Н., РостГМУ; Шкурят Т. П., НИИ биологии ЮФУ; г. Ростов-на-Дону

Глубокие гормональные сдвиги во время беременности, измененная иммунологическая реактивность могут активировать воспалительные процессы, оказывать неблагоприятное влияние на течение, исход беременности и на новорожденного ребенка. Причины патологии беременности чрезвычайно разнообразны. К ним относят ряд социальных и производственных факторов. Среди биологических причин решающую роль играют нарушения кариотипа, эндокринные нарушения, а также инфекционные заболевания. На долю инфекций урогенитального тракта как причины спонтанных аборт приходится до 4% случаев потери беременности в первом триместре. В основе патогенетических механизмов лежит токсическое воздействие продуктов метаболизма инфекционных агентов, инфицирование плаценты и плода, хроническое инфекционное поражение эндометрия. Возможна активация провоспалительных цитокинов, имеющих цитотоксический эффект. Колонизация генитального тракта бактериями приводит к нарушению баланса цитокинов в плаценте прежде всего за счет активации провоспалительных цитокинов — ФНО-альфа и интерлейкина-6, что оказывает неблагоприятный эффект на течение беременности. Измененный баланс цитокинов может активировать процессы апоптоза, усилить продукцию простагландинов и металлопротеиназ.

Среди бактериальных инфекционных агентов с повышением риска спонтанного аборта ассоциированы *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium* и др. [1, 2]. Имея в своей структуре антигены, сходные с антигенами человека, они вызывают его иммунологическую «слепоту», одновременно активируя аутоиммунные реакции. Среди бесплодных лиц от 20 до 47% инфицированы хотя бы одним из данных инфекционных агентов [3].

Целью данной работы было исследовать степень инфицированности тканей эндометрия и хориона у женщин с невынашиванием беременности первого триместра.

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования послужили образцы тканей эндометрия и хориона двух групп женщин. Контрольную группу составил 51 образец, полученный после медицинского аборта. Группу сравнения составили 78 образцов эндометрия и хориона, полученных от женщин с невынашиванием беременности первого триместра. Все женщины подписали информированное согласие об участии в исследовании.

Выделение ДНК из тканей проводили методом фенол-хлороформной экстракции. Амплификацию ДНК возбудителей урогенитальных инфекций (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma spp.*) выполняли методом гибридационно-флуоресцентной детекции, используя диагностические наборы «Амплисенс» (ЦНИИЭ МЗ РФ, Россия). Исследования проводились на оборудовании ФЦП МОН РФ Центра коллективного пользования научным оборудованием ЮФУ «Высокие технологии», гос. контракт

№16.552.11.7024 и ЦКП ЮФУ «Биотехнология, биомедицина и экологический мониторинг».

Для определения общего уровня инфицированности населения Ростова-на-Дону был проведен анализ лабораторного скрининга за 2010 год по выявлению инфекций, передающихся половым путем (проанализировано 8530 образцов ДНК, выделенной из эпителиальных клеток урогенитального тракта лиц, обратившихся в КДЛ «Наука»).

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов лабораторного скрининга на наличие урогенитальных инфекций показал, что в 2010 году частота выявления *Chlamydia trachomatis* в образцах эпителия урогенитального тракта жителей Ростова-на-Дону составила 7,4% (рис. 1). При этом среди женщин, инфицированных *Chlamydia trachomatis*, доля беременных составила 9,3%. По данным Всемирной организации здравоохранения за 2007 год, у 10—40% женщин, инфицированных *Chlamydia*, возможно развитие воспалительных заболеваний органов таза, нарушение функций фаллопиевых труб, что может обуславливать до 30—40% случаев женского бесплодия [4]. Частота выявления *Mycoplasma genitalium* и *Trichomonas vaginalis* среди жителей Ростова-на-Дону не превышала 3,3%. *Neisseria gonorrhoeae* выявлена в образцах эпителия урогенитального тракта с частотой 1,2%.

В развитии патологических процессов урогенитального тракта, приводящих к невынашиванию беременности, существенную роль играют не столько патогенные микроорганизмы, сколько условно патогенные бактерии, что, возможно, обусловлено измененной иммунологической реактивностью во время беременности.

Анализ частоты выявления условно-патогенных микроорганизмов показал, что *Ureaplasma spp.* выявляется в 62,6% случаев, *Mycoplasma hominis* — в 18% образцов ДНК (рис. 1). *Ureaplasma* наиболее часто встречалась в концентрации 10^4 КОЕ/мл (19,9%) и 10^5 КОЕ/мл (58,8%), что говорит о высокой частоте распространения уреаплазменной инфекции.

При воспалительных процессах в органах урогенитального тракта могут одновременно находиться ассоциированные инфекции, которые усиливают патогенные свойства друг друга. В нашем исследовании частота одновременного выявления *Chlamydia trachomatis* и *Mycoplasma genitalium* составила 0,6%. Гораздо чаще патогенные микроорганизмы выявляются в сочетании с условно-патогенными видами. Так, среди женщин, инфицированных *Chlamydia trachomatis*, 25,9% одновременно инфицированы и *Ureaplasma spp.* Смешанная инфекция является качественно новой формой инфекционного процесса, а не суммарной составляющей ее моноинфекций, что зависит от количественного соотношения патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, от взаимоотношений между отдельными патогенами и от активации некоторых из них в присутствии других. При смешанных инфекциях одни возбудители могут создавать благоприятные условия

для проникновения, персистенции и размножения других микроорганизмов.

Боле того, возникают условия, способствующие проникновению инфекционных агентов в верхние отделы полового тракта. Активный транспорт патогенных микроорганизмов осуществляется трихомонадами, которые способны проникать до маточных труб и в брюшную полость. Роль переносчиков микоплазм, гонококков способны выполнять и сперматозоиды. В результате воспалительный процесс поражает слизистую оболочку маточных труб, а впоследствии распространяется на соединительный и мышечный слой. Это приводит к непроходимости труб. По данным литературы известно, что у 25% женщин с трубной непроходимостью выявляется *Chlamydia trachomatis* [5].

Результаты анализа степени инфицированности тканей, полученных после спонтанных или медицинских аборт, представлены на рисунке 2. В целом, в 39% образцов тканей из контрольной группы выявлен хотя бы один из анализируемых инфекционных агентов. В группе женщин с невынашиванием беременности первого триместра данный показатель равен 44%. Полученный нами уровень инфицированности превосходит данные литературы, согласно которым анализ тканей, полученных после спонтанных абортов, выявил инфицирование хотя бы одним инфекционным агентом в 31,5% случаев.

Не выявлено статистически значимых отличий в частоте выявления генетического материала *Chlamydia trachomatis* и *Mycoplasma hominis* в тканях между двумя группами женщин. В то же самое время частота выявления ДНК *Ureaplasma spp.* в абортивном материале женщин с невынашиванием беременности статистически значимо превышает таковой показатель для контрольной группы (21,6 и 37,2% соответственно, $p < 0,05$).

Анализ по тканям показал, что степень инфицированности хориона выше (рис. 3). Это позволяет предположить избирательный тропизм возбудителей к конкретным зародышевым тканям. Большая восприимчивость хориона к инфекционным агентам создает предпосылки для нарушения процессов плацентации и, следовательно, осложнений беременности.

В последние годы во всем мире отмечается увеличение частоты регистрации инфекций, передаваемых половым путем, особенно в возрастной группе до 35 лет. На сегодняшний день число женщин, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путем, увеличилось в 4 раза по сравнению с их матерями. По некоторым данным литературы, степень инфицированности женщин *Chlamydia trachomatis*, в анамнезе которых были спонтанные аборты, составляет от 5 до 21% [6]. Еще выше уровень инфицированности мужских партнеров данных женщин. В бесплодных парах *Chlamydia trachomatis* часто выявляется на поверхности мембраны сперматозоидов, а также в цитоплазме яйцеклеток. После оплодотворения возможно распространение данного инфекционного объекта в эмбриональной ткани.

Инфицированность *Ureaplasma urealyticum* способно оказывать влияние на развитие и жизнеспособность человеческих эмбрионов. Колонизация *Ureaplasma urealyticum* генитального тракта женщин ассоциирована с неблагоприятным исходом беременности. В ряде исследований показана корреляция между инфицированностью *Ureaplasma* и повышением уровня антиспермальных антител у женщины. У мужчин *Ureaplasma* способна негативно влиять на качество спермы: изменяется количество сперматозоидов, их способность к движению и скорость движения, увеличивается доля

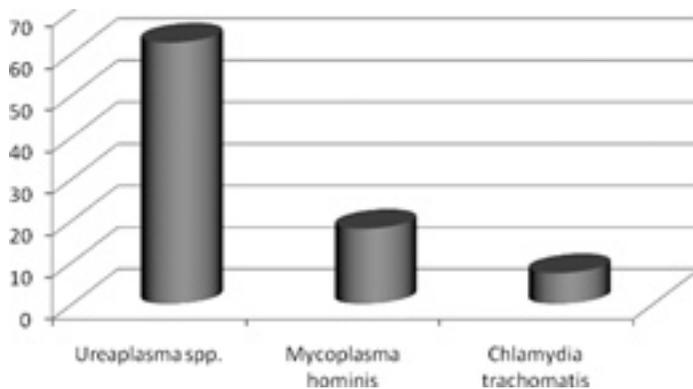


Рис. 1. Частота выявления инфекций, передающихся половым путем, у жителей Ростова-на-Дону

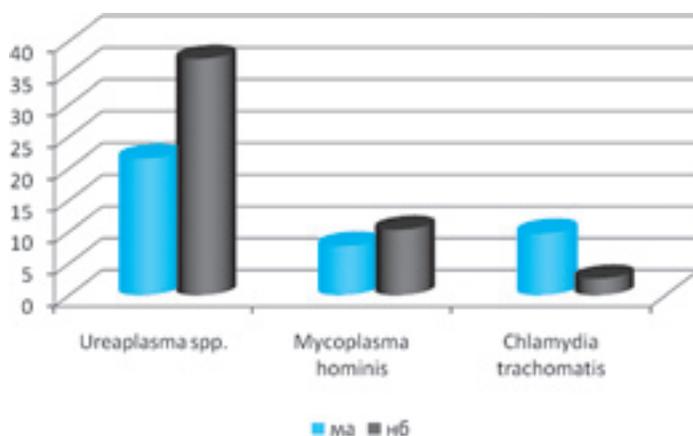


Рис. 2. Степень инфицированности тканей, полученных после абортов у женщин двух групп (ма — контрольная группа (медицинский аборт); нб — невынашивание беременности).

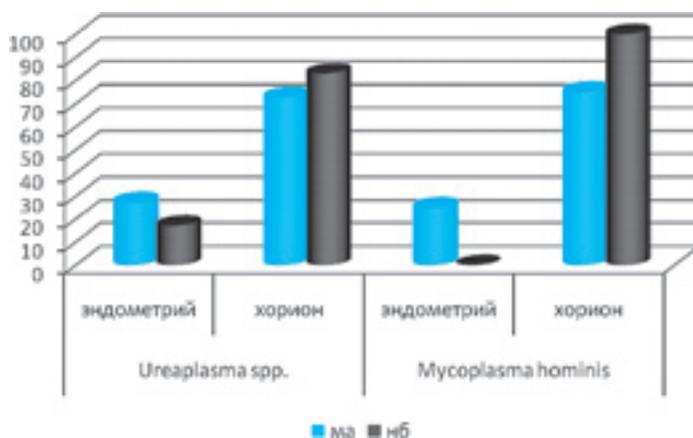


Рис. 3. Частота выявления ДНК *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis* в эндометрии и хорионе у женщин контрольной группы и с невынашиванием беременности первого триместра (ма — контрольная группа (медицинский аборт); нб — невынашивание беременности).

поврежденных сперматозоидов [7, 8]. *In vitro* показано, что наличие в эякуляте уреоплазмы увеличивает риск неудачных попыток экстракорпорального оплодотворения. По некоторым данным литературы, частота выявления *Ureaplasma urealyticum* в сперме фертильных и бесплодных мужчин составляет 7 и 42% соответственно [9].

В исследованиях *in vitro* показано, что при инфицировании семенной жидкости *Ureaplasma urealyticum* нарушается морфология ядра сперматозоидов, структура хроматина ядра сперматозоидов (хроматин претерпевает преждевременную деконденсацию), увеличивается

частота нарушения структуры ДНК сперматозоида [10]. Это в конечном итоге может приводить к нарушению развития эмбриона и потере беременности. В результате непосредственного воздействия инфекционного возбудителя на плод развивается либо первичная фетопатия, либо из-за поражения плаценты наблюдается плацентарная недостаточность и вторичная фетопатия.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта ФЦП «Проведение центром коллективного пользования научным оборудованием «Высокие технологии» Южного федерального университета поисковых научно-исследовательских работ в области создания экологически чистых технологий получения новых активных нано- и микроструктурированных материалов для использования в современной сенсорике», госконтракт №16.552.11.7024.

Литература

1. Avasthi K., Garg T., Gupta S. et al. A study of prevalence of Chlamydia trachomatis infection in women with first trimester pregnancy losses // Indian J. Pathol. Microbiol. — 2003. — 46(1): 133–136.
2. Nigro G., Mazzocco M., Mattia E. et al. Role of the infections in recurrent spontaneous abortion // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. — 2011. — 24: 983–989.
3. Gunyeli I., Abike F., Dunder I. et al. Chlamydia, Mycoplasma and Ureaplasma infections in infertile couples and effects of these infection on fertility // Arch. Gynecol. Obstet. — 2011. — 283: 379–385.

4. World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015: breaking the chain of transmission. — Geneva, Switzerland: WHO. — 2007.

5. Khron M., Hillier S., Nugent N. et al. The genital flora of women with intramniotic infection // J. Infect. Dis. — 1995. — 171: 1475–1480.

6. Vigil P., Tapia A., Zacharias S. et al. First-trimester pregnancy loss and active Chlamydia trachomatis infection: correlation and ultrastructural evidence // Andrologia. — 2002. — 34: 373–378.

7. Gallegos G., Ramos B., Santiso R. et al. Sperm DNA fragmentation in infertile men with genitourinary infection by Chlamydia trachomatis and Mycoplasma. — Fertil. Steril. — 2008. — 90(2): 328–334.

8. Land J., Van Bergen J., Morre S., Postma M. Epidemiology of Chlamydia trachomatis infection in women and the cost-effectiveness of screening // Hum. Reprod. Updat. — 2010. — 16(2): 189–204.

9. De Jong Z., Pontonnier F., Plante P. et al. Comparison of the incidence of Ureaplasma urealyticum in infertile men and in donors of semen // Eur. Urol. — 1990. — 18: 127–131.

10. Reichart M., Kahane I., Bartoov B. In vivo and in vitro impairment of human and ram sperm nuclear chromatin integrity by sexually transmitted Ureaplasma urealyticum infection // Biology Reprod. — 2000. — 63: 1041–1048.



ООО «АЛЬФА-МЕДТЕХНИКА М»

Медицинское оборудование, лабораторная техника, расходные материалы



Биохимический анализатор BioChem SA (НТИ, США) — полуавтомат, встроенная кювета, память 1000 результатов. Русифицированное меню и сенсорный экран.
Цена: 120 000 рублей.



Автоматический гематологический анализатор MicroCC-20Plus (НТИ, США) — 20 параметров, с дифференцировкой лейкоцитов по 3 субпопуляциям и построением 3 гистограмм, 60 тестов/час, память 50000 образцов. Полностью русифицированное меню с подсказками для упрощенной работы лаборанта.
Цена: 315 000 рублей.



Иммуноферментный автоматический анализатор ImmunoChem 2100 (НТИ, США) — считывание иммуноферментных анализов в плашке или стрипе, сенсорное управление, встроенный принтер, память 500 тестов и 10000 результатов, открытая система.
Цена: 118 000 рублей.

АНАЛИЗАТОРЫ МОЧИ:



Переносной анализатор мочи на 10 параметров CL-50 (НТИ, США), проводимые тесты: уробилиноген, билирубин, кетоны, эритроциты, белок, нитриты, лейкоциты, глюкоза, удельная плотность, pH, память 1000 результатов, встроенный принтер, 120 тестов в час.
Цена: 27 000 рублей



Автоматический анализатор мочи на 11 параметров CL-500 (НТИ, США), проводимые тесты: уробилиноген, билирубин, кетоны, эритроциты, белок, нитриты, лейкоциты, глюкоза, удельная плотность, pH, аскорбиновая кислота, память 1000 результатов, встроенный принтер, 500 тестов в час.
Цена: 94 000 рублей.



Автоматический анализатор мочи CLINITEK STATUS (Siemens Healthcare Diagnostics/панель BAYER Diagnostics, США), 50 тестов в час, память 200 анализов.
Цена: 52 000 рублей.

ООО «Альфа-Медтехника М» 109518, г. Москва, 1-й Грайвороновский пр-д, 2, стр. 1
тел./факс: (495) 232-12-36, (499) 173-52-09, (499) 742-83-71
e-mail: alfamed2002@yandex.ru, www.alfamed.rusmed.ru

Профилактика вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции — важная составляющая в улучшении демографической ситуации в Ростовской области

Бекетова Е. В., д.м.н., заслуженный врач РФ, главный врач ГКУЗ «ЦПБ со СПИДом и ИЗ» в РО; Быков С. А., зам. главного врача по лечебной работе; Бойков Н. А., зав. отделом профилактики и организационно-методической работы; ГКУЗ «Центр профилактики и борьбы со СПИДом и ИЗ» РО, г. Ростов-на-Дону

В условиях современной демографической ситуации в России политика государства, президента страны ориентирована на сбережение населения, охрану репродуктивного здоровья нации. Сохранение жизни и здоровья каждого родившегося малыша имеет особую политическую значимость.

В то же время достижения совместной деятельности службы по борьбе со СПИДом и акушерско-гинекологической службы по предотвращению вертикальной трансмиссии вируса иммунодефицита в данном контексте недооценены, так как во властных структурах, принимающих административные, финансово-экономические решения, существуют лишь общетеоретические представления о степени влияния эпидемии ВИЧ/СПИДа на демографию и экономику региона.

Цель работы. Оценка социально-экономической и демографической целесообразности дальнейшего совершенствования медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и их детям по предупреждению вертикальной передачи вируса иммунодефицита и подготовка рекомендаций по разработке регионального плана мероприятий по реализации концепции демографической политики в Российской Федерации до 2025 года.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ отчетной документации, прогностическое моделирование, статистическая обработка информации в Microsoft Office.

Анализируя влияние и взаимосвязь превентивных вмешательств по снижению вертикальной трансмиссии ВИЧ и изменений ряда демографических показателей, в основу гипотетических построений мы взяли расчет числа детей с предотвращенным инфицированием в результате эффективной профилактики. Для оценки социально-экономических эффектов использовались расчетно-описательные модели. Прогнозные модели выполнены с учетом темпов прироста вновь выявленных случаев в популяции беременных женщин, а также увеличения количества рожденных ими детей.

Результаты и обсуждение

Рассмотрим некоторые результаты положительных демографических эффектов, уже отчасти достигнутых или ожидаемых в последующие годы, напрямую

или опосредованно связанных с успешным внедрением профилактики ВИЧ/СПИДа в деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка на протяжении последних 5 лет.

Для Ростовской области в настоящий исторический период, как и в целом по России, характерно наложение двух чрезвычайно неблагоприятных процессов: депопуляции, то есть снижения численности населения, и эпидемического процесса по ВИЧ-инфекции с тенденцией ускорения распространения заболевания.

Демографическая ситуация в нашем регионе имеет еще более выраженные негативные характеристики, чем по Российской Федерации (табл. 1).

Ростовская область относится к территориям со средним уровнем пораженности населения ВИЧ-инфекцией. Так, на 01.11.2011 кумулятивный показатель распространенности ВИЧ-инфекции по Ростовской области составил 144,5 на 100 тыс. населения при аналогичном показателе по России — 422,9 на 100 тыс. Ряд характеристик эпидемического процесса делают прогноз по ВИЧ-инфекции достаточно неблагоприятным. С 2006 года в области регистрируются высокие темпы прироста новых случаев ВИЧ-инфекции: за последние 5 лет (2006—2010 гг.) выявлено 2358 случаев, что на 83% (в 1,8 раза) больше, чем за 5 предыдущих (2001—2005 гг.) — 1289 случаев. Это связано с активной реализацией с 2002 года гетеросексуального (полового) пути заражения. В 2010 году этот путь инфицирования составил 73%, тогда как в РФ все еще доминирует передача вируса при инъекционном употреблении наркотиков.

На территории Ростовской области с 2000 года отмечается увеличение доли выявленных ВИЧ-инфицированных женщин по коду 109 (беременные) на 44,5%. Удельный вес ВИЧ-позитивных среди обследованных в 2010 году беременных женщин составил 0,2%. В результате феминизация эпидемии в регионе началась раньше и характеризуется высокими темпами: за 10 лет доля женщин, затронутых эпидемией, выросла с 35% до 50% к настоящему моменту. Соответственно, растет количество беременных с ВИЧ-инфекцией, родов у них, число рожденных ими детей.

В таблице 2 представлена динамика улучшения качества оказания медицинской помощи ВИЧ-позитивным беременным женщинам и новорожденным.

Таблица 1

Основные демографические показатели в Ростовской области и в Российской Федерации в 2009 году

Показатель	Ростовская область	Российская Федерация
Рождаемость	10,9	12,4
Общая смертность	14,7	14,2
Естественная убыль	-3,8	-1,8

Охват профилактикой вертикального пути передачи (ПВП) ВИЧ от матери к ребенку в Ростовской области в 2005–2010 гг.

	2005 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Проведена ПВПП	66,0%	98,0%	96,0%	98,9%
Проведен полный курс ПВПП ВИЧ	13,3%	82,0%	91,0%	90,5%

Если в 2005 году в 66% случаев проводился всего один этап медикаментозной профилактики, а полный курс получали всего 13% пар мать — дитя, то в 2010 году хотя бы одним из этапов охвачено 98,9% пациентов, к полному курсу лечения имели доступ 90,5% пар женщина — ребенок.

Ежегодно отмечалась положительная динамика интегрального показателя этой работы в Ростовской области (рис. 1), процент перинатального инфицирования на начало 2011 года приблизился к среднероссийскому и составил 10,2%. При этом до внедрения медикаментозной профилактики в 2006 году он составлял 22,7%, а в 2009 году — уже 4,9%.

Достижением здравоохранения области в данном направлении стала полная готовность 98% учреждений акушерско-гинекологической и педиатрической служб к проведению мероприятий по профилактике вертикальной передачи согласно критериям, разработанным в программах приоритетного национального проекта «Здоровье» (ПНП) специалистами Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова.

Обеспечение доступа к полноценной профилактике вертикальной передачи вируса иммунодефицита содержит социальные, экономические, демографические и эпидемиологические эффекты.

Условно мы подразделили их на быстро достижимые (рис. 2) и отдаленные эффекты (рис. 3).

За счет расширения доступа к профилактике вертикальной передачи ВИЧ, особенно с началом реализации ПНП, в Ростовской области было предотвращено рождение 207 инфицированных детей.

При сохранении современных тенденций эпидемиологического процесса и достижении реализации вертикальной трансмиссии ВИЧ в 1%, к 2014 году, согласно прогнозу,

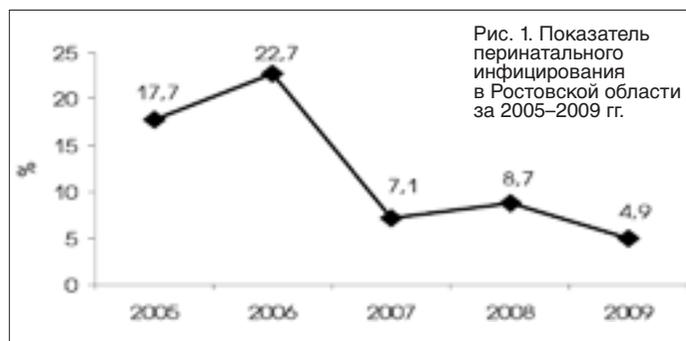


Рис. 1. Показатель перинатального инфицирования в Ростовской области за 2005–2009 гг.

будет рождено 320 детей, свободных от вируса, — это вклад в снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

В 2010 году на лечение ВИЧ-инфицированных пациентов в РО израсходовано 417,7 млн рублей, на лечение детей — почти 21 млн рублей.

Ретроспективные расчеты предупрежденных финансовых затрат, связанных только с диагностикой и лечением детей, у которых предупреждено инфицирование ВИЧ в период с 2005 по 2009 годы, составили 88,6 млн рублей в год, а в последующие 5 лет ожидаемый экономический эффект составит 137 млн рублей в год (рис. 4).

Депопуляционные процессы в Ростовской области более выражены, чем в РФ, за счет высоких показателей общей и младенческой смертности, которая вплоть до 2009 года существенно превышала российские показатели.

На рисунке 5 отражена динамика снижения показателей младенческой смертности в регионе за 5 лет. Показатель с 14,9 на 1000 родившихся снизился до 7,7 к 2010 году. Это связано с комплексом усилий акушерско-гинекологической службы по улучшению качества оказания медицинской помощи женщинам и детям.

На рисунке 6 продемонстрировано снижение смертности среди детей, родившихся от ВИЧ-позитивных женщин. К 2010 году на фоне внедрения вертикальной профилактики смертность снизилась почти в 13 раз.

Будущее здоровье населения во многом определяется состоянием здоровья детей. В то же время у 84% ВИЧ-позитивных новорожденных отмечается та или иная патология:

- врожденные пороки развития — 29% детей;
- внутриутробная инфекция — 37%;
- перинатальное поражение ЦНС — 87% и т. д.

При дальнейшем диспансерном наблюдении у 57% детей диагностирована хроническая герпетическая инфекция, у 49% — цитомегаловирусная инфекция, в 8% — туберкулез легких и внутригрудных лимфоузлов.

Наличие этих заболеваний, а также низкий уровень CD4-лимфоцитов делает невозможной полноценную вакцинацию этой группы детей. Так, 20% из них имеют глубокую иммуносупрессию с уровнем CD4-клеток менее 15%. Эти дети не привиты живыми вакцинами. 37% детей



Рис. 2. Быстро достижимые социально-экономические и демографические эффекты на основе внедрения ПВПП ВИЧ-инфекции.

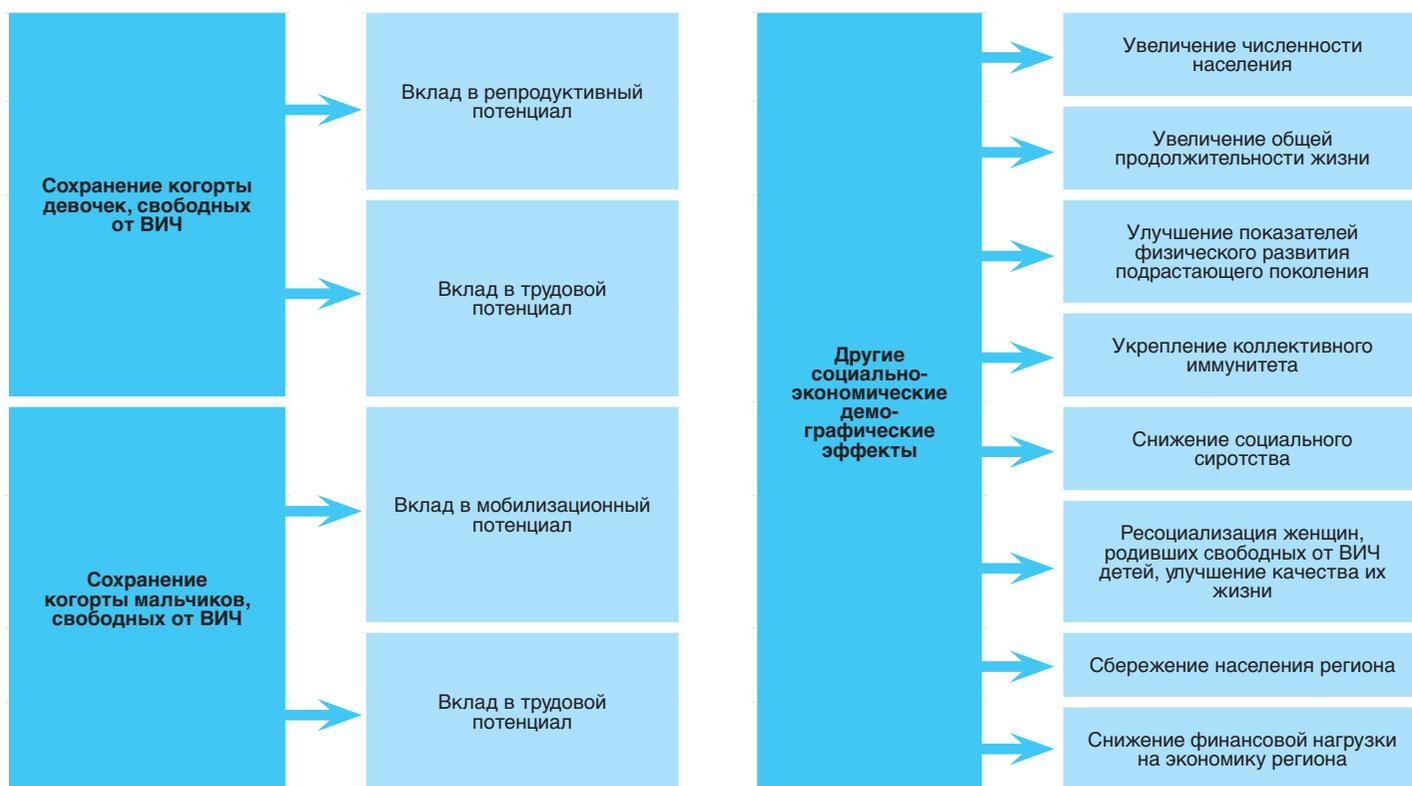


Рис. 3. Отдаленные социально-экономические и демографические эффекты на основе внедрения ПВПП ВИЧ-инфекции.

привиты лишь отдельными видами вакцин по аналогичным причинам. Из общего числа ВИЧ-позитивных детей в области привиты в соответствии с национальным календарем 43%, оставшиеся дети — это мишень для инфекций и брешь в коллективном иммунитете.

На 01.11.2011 в Ростовской области 43 ребенка, инфицированных от ВИЧ-позитивных матерей, имеют инвалидность. Финансовые затраты региона для лечения и выплаты пособий составляют 23,2 млн рублей. При достижении 1%-уровня вертикальной передачи экономические затраты практически не увеличатся. К 2015 году при эффективной ПВПП предотвратится инвалидизация 44 детей. Ожидаемая экономическая эффективность составит 26,8 млн руб. При неукоснительном проведении всего комплекса мероприятий ПВПП ожидается эффект снижения инвалидизации за счет уменьшения числа детей, инфицированных ВИЧ.

При всех успехах профилактики вертикального пути передачи ежегодно в регионе появляется 5–6 ВИЧ-инфицированных детей, однако сегодня это уже не дефекты работы здравоохранения, медицинских учреждений. В 100% случаев это недостаточное обеспечение ВИЧ-позитивных социально неадаптированных и находящихся в трудных жизненных обстоятельствах беременных социальной помощью и социальным

сопровождением; 40% рожденных ими детей становятся социальными сиротами.

Дальнейшие усилия по ликвидации вертикальной трансмиссии ВИЧ должны быть ориентированы на разработку, финансирование и внедрение медико-социальных программ для сопровождения социально дезадаптированных и находящихся в трудной жизненной ситуации беременных женщин.

Выводы

- Профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ — один из важных дополнительных ресурсов улучшения социально-экономической и демографической ситуации в регионе.
- Региональные концепции по демографической политике, программы модернизации здравоохранения, областные целевые мероприятия по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции должны шире включать финансируемые мероприятия по улучшению медико-социальной помощи ВИЧ-позитивным беременным и их детям.
- Показатели профилактики вертикальной передачи ВИЧ, наряду с показателями младенческой и материнской смертности, должны характеризовать

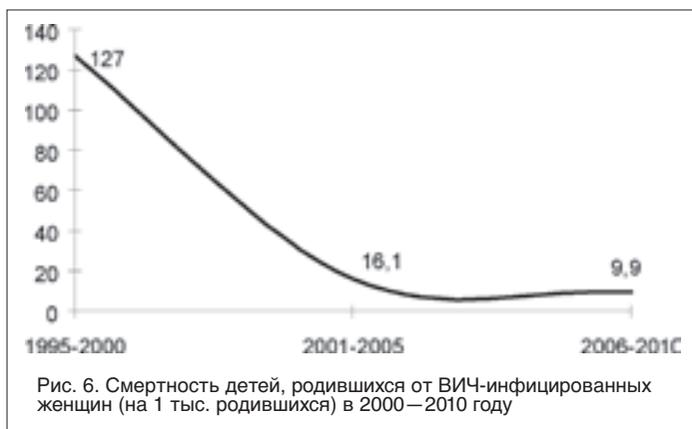
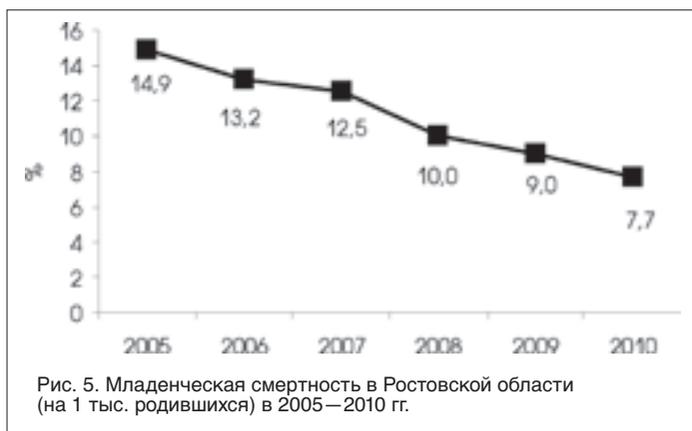
В 2010 году на лечение ВИЧ-инфицированных пациентов в Ростовской области израсходовано 417,7 млн руб. Затраты на лечение детей в 2010 году – 20,9 млн руб.

В результате эффективной ПВПП:

К 2010 году предотвращено рождение 207 ВИЧ-инфицированных детей. Экономический эффект: 88,6 млн руб.

К 2015 году прогнозируется предотвращение инфицирования ВИЧ 320 детей. Ожидаемый экономический эффект: 137,0 млн руб.

Рис. 4. Финансовые затраты на диагностику, АРВТ, лечение оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных пациентов.



деятельность службы охраны матери и ребенка, их следует включать в статистическую отчетность службы.

Литература

1. Симованьян Э. Н., Денисенко В. Б., Бекетова Е. В., Колодяжная Н. М. ВИЧ-инфекция у детей. Учебное пособие. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2010.

2. Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ №15—3/10/2—6001 от 31.07.2009 «О заболеваемости ВИЧ-инфекцией у беременных женщин и детей и мерах по профилактике перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции».

3. Дубровская М. О., Гурвич Е. Б., Кавано К., Куликова О. И. Принципы и подходы в социальной защите детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей // Журнал «Круглый стол», спецвыпуск, октябрь, 2004. — С. 69—70.

4. Областной закон Ростовской области от 22.10.2004 №165-ЗС «О социальной поддержке детства в Ростовской области».

5. Постановление Главы Администрации (Губернатора) Ростовской области от 29.12.2004 №516 «О мерах социальной поддержки ВИЧ-инфицированных в детском возрасте во время пребывания в нозокомиальных очагах (медицинских учреждениях)».

6. Практическое руководство ГКУЗ «ЦПБ со СПИДом и ИЗ» в РО «Организация профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции в лечебных учреждениях муниципальных образований Ростовской области». — Ростов н/Д, 2010.

7. Письмо руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора) от 29.06.2011

№01/8047-1-32 «О повышении эффективности противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку».

8. Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.08.2006 №4614-ВС «Об организации медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и рожденным ими детям».

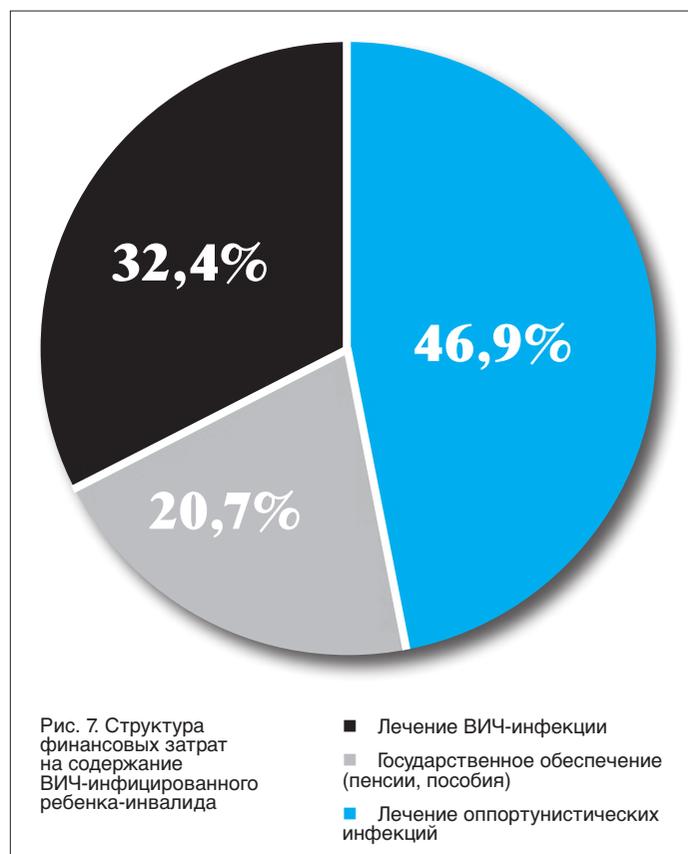
9. Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ «О заболеваемости ВИЧ-инфекцией у беременных женщин и детей и мерах по профилактике перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции». — М, 2009.

10. Афонина Л. Ю., Фомин Ю. А., Воронин Е. Е. Антиретровирусная терапия у детей с ВИЧ-инфекцией. Клинические рекомендации. — М: Наука, 2009.

11. Воронин Е. Е., Афонина Л. Ю., Фомин Ю. А., Садовникова В. Н. Диспансеризация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Наблюдение и лечение детей с ВИЧ-инфекцией. Рекомендации для педиатров амбулаторно-поликлинической сети, медицинских, социальных и образовательных учреждений, врачей общей практики. — М: Юнисеф, 2006.

12. Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку // Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для европейского региона ВОЗ / ВОЗ; Под ред. I. Eramova, S. Matic, M. Munz. — Phoenix Design Aid, Denmark, 2007.

13. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе у детей // Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для европейского региона ВОЗ / ВОЗ; Под ред. I. Eramova, S. Matic, M. Munz. — Phoenix Design Aid, Denmark, 2007.



Диагностика и лечение хронического запора

*Маринчук А. Т., к.м.н., доцент каф. внутренних болезней №1 РостГМУ;
Богатырев В. Г., к.м.н., доцент каф. пропедевтики внутренних болезней РостГМУ;
Бабиева А. М., зав. отделением гастроэнтерологии ГУЗ РОКБ; Кумбатиадис Д. Г.,
ординатор отделения гастроэнтерологии ГУЗ РОКБ; г. Ростов-на-Дону*

В связи с широкой распространенностью и снижением качества жизни пациентов запоры представляют собой весьма актуальную медико-социальную проблему в клинике внутренних болезней. Однако до сих пор этот термин больные и часть врачей понимают по-разному. Одни связывают запор с ощущением неполного опорожнения кишечника, плотной консистенцией каловых масс, затруднением акта дефекации при регулярном ежедневном стуле, другие — нерегулярный стул, независимо от консистенции и формы кала.

В настоящее время под хроническим запором понимают нарушение функции опорожнения кишечника более 3 месяцев, которое характеризуется двумя и более из основных признаков:

- редкость эвакуации содержимого из кишечника, менее трех дефекаций в неделю;
- отделение при дефекации малого количества (масса стула менее 35 г/сутки);
- отделение фрагментированного кала большой плотности, сухости и травмирующее область заднепроходного отверстия при более чем 25% дефекаций;
- отсутствие ощущения полного опорожнения кишечника после дефекации при более чем 25% дефекаций;
- наличие чувства блокировки содержимого в прямой кишке при потугах, занимающих по времени более 25% продолжительности опорожнения, при более чем 25% дефекаций;
- необходимость в сильных потугах при более чем 25% дефекаций, несмотря на наличие мягкого содержимого прямой кишки и позывов к опорожнению, иногда с необходимостью пальцевого удаления содержимого из прямой кишки.

За основу были приняты диагностические критерии функционального запора (категория С3 Римских критериев II, ноябрь 1999 г.).

Консистенция и форма кала определяется содержанием в нем воды: в твердом кале ее количество не превышает 40%, в нормальном — 70%, жидком — 95%. У здоровых людей частота стула варьирует от 3 раз в день до 3 раз в неделю.

В соответствии с бристольской шкалой для запора характерна форма кала 1—3 типов: тип I — твердые комочки, напоминающие орехи; тип II — колбаска, состоящая из комочков; тип III — колбаска с потрескавшейся поверхностью.

Масса фекалий у здоровых людей колеблется от 40 до 260 г и в среднем составляет 110 г. По длительности запоры подразделяют на острые (возникшие в течение трех месяцев) и хронические, продолжающиеся более длительно.

Распространенность запоров среди населения промышленно развитых стран составляет в среднем 10%, преобладают женщины, частота запоров увеличивается с возрастом, особенно у лиц с ожирением.

По характеру двигательных нарушений кишечника хронические запоры подразделяют на гиперкинетические и гипокинетические. Кроме того, выделяют колонный запор, причиной которого является замедленное

продвижение содержимого по толстой кишке и ректоперинеальный запор, обусловленный нарушением функции прямой кишки, анального сфинктера, мышц тазового дна и сочетанием этих расстройств. По локализации запоры подразделяют на цекостаз, трансверзостаз, сигмостаз, проктостаз.

По этиологическим и патогенетическим признакам выделяют следующие виды синдрома хронического запора.

1. Алиментарный запор — связанный с недостаточным употреблением продуктов, содержащих пищевые волокна, исключением из рациона овощей, фруктов. Нерегулярный прием пищи, недостаточное поступление воды и пищи. Алиментарные факторы нередко сочетаются с малоподвижным образом жизни.

2. Неврогенный запор — возникает при нарушении механизмов регуляции кишечной моторики: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический холецистит, гастрит, заболевания головного мозга (болезнь Паркинсона, Альцгеймера, опухоли, инсульты), мозгового ствола и спинного мозга (опухоль конского хвоста, спинная сухотка, рассеянный склероз, травмы позвоночника).

3. Дискинетический запор — обусловлен первичной дискинезией кишечника. Рефлекторный запор наблюдается при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и связан со вторичной дискинезией кишечника.

4. Гиподинамический запор — возникает у лиц, длительно соблюдающих постельный режим, а также в геронтологической практике.

5. Психогенный запор — обусловлен депрессивными состояниями, шизофренией, истерией, ипохондрией, нервной анорексией.

6. Воспалительный запор — при заболеваниях тонкой и толстой кишки.

7. Проктогенный запор — развивается у пациентов с патологией аноректальной зоны (опухоль, ректоцеле, выпадение прямой кишки, трещина анального канала, геморрой).

8. Механические запоры — наблюдаются при органической обструкции просвета кишки (опухоль, полипы, дивертикулы, инвагинация, спаечная болезнь).

9. Запор вследствие аномалий развития и положения толстой кишки (долихоколон, мегаколон, колоноптоз, мегаректум, атрезия и стенозы заднего прохода и прямой кишки, аганглиоз (болезнь Гиршпрунга, Шагаса), характеризующихся врожденным отсутствием или уменьшением числа ганглиев в толстой кишке и анальном канале).

10. Токсический запор — при хронических профессиональных отравлениях ртутью, свинцом, таллием.

11. Эндокринный запор — развивающийся при гипотиреозе, менопаузе, уремии, глюкозагоме, сахарном диабете, феохромоцитоме, беременности, после родов.

12. Медикаментозный запор — вызываемый антисекреторными, противозипептическими, противотуберкулезными, антифунгицидными, противокашлевыми, липидоснижающими, рентгеноконтрастными, антихолинергическими средствами, антидепрессантами, НПВС, а также ингибиторами тромбоцитов, транквилизаторами,

солями висмута, диуретиками, антагонистами кальция, ингибиторами АПФ, бета-адреноблокаторами, антибиотиками, наркотическими анальгетиками, а также препаратами, применяемыми для лечения заболеваний предстательной железы, глаукомы и т. д.

13. Запор вследствие нарушений водно-электролитного обмена — наблюдается при хронической сердечной недостаточности, холестазах, нефротическом синдроме.

14. Причиной хронического запора являются также функциональные заболевания — синдром раздраженного кишечника, а также неправильный образ жизни, систематическое подавление позывов на дефекацию вследствие спешки, характера работы, необычных условий и т. д.

15. Другие редкие причины (склеродермия, амилоидоз, ишемический колит).

Запоры в 80—90% случаев имеют функциональную природу, остальная часть вызвана причинами органического характера.

Задержка опорожнения кишечника часто сопровождается вялостью, снижением настроения, вздутием живота, болями в животе, чувством тяжести и переполнения в брюшной полости, «уходом в болезнь», мнительностью. При этом пациенты уделяют слишком много внимания деятельности кишечника, фиксируя внимание на количестве и качестве своих испражнений. Гете назвал таких больных «проктофантастами».

Помимо термина «запор» существует термин «констипация», которая, в соответствии с данными хронофизиологии и хрономедицины, характеризуется замедлением околосуточного ритма эвакуаторной функции кишечника, проявляющимся в ее нерегулярности при частоте стула менее 7 раз в неделю. Частота стула при констипации — от 1 до 6 раз в неделю, при запоре — от 1 до 2 раз в неделю.

Для предотвращения развития констипации следует соблюдать принцип «4Ф»:

1. Физиологичность. Физиология желудочно-кишечного тракта в норме основывается на принципе: «Ежедневному питанию соответствует ежедневное опорожнение».

2. Фазность. Утренняя фаза опорожнения кишечника от пробуждения до полудня является наилучшей для уменьшения риска запора.

3. Функциональность. Функциональность пищи способствует опорожнению кишечника и предотвращает развитие констипации.

4. Физкультура.

Шемеровский К. А. с позиции хрономедицины считает, что частота стула 3 раза в неделю не является вариантом нормы. Хронофизиологический подход к эвакуаторной функции кишечника, по его мнению, основан на феномене циркадианности физиологических ритмов организма человека и содержит следующие постулаты.

- *Регулярность частоты стула (7 дней в неделю со стулом).*
- *Оптимальное время дефекации — утро (от пробуждения до 12 часов дня).*
- *Частота стула — критерий степени тяжести констипации: 1 степень — стул 5—6 раз в неделю, 2 степень — стул 3—4 раза в неделю, 3 степень — стул 1—2 раза в неделю.*

Запор способствует развитию различных заболеваний, снижает качество жизни на 20% и является одним из ранних факторов риска возникновения рака поджелудочной железы, желчного пузыря и колоректального рака. Для подтверждения этого положения приводят следующие аргументы.

1. При колоректальном копростазе повышается концентрация канцерогенных метаболитов и удлиняется время контакта их со слизистой оболочкой толстой кишки;

2. Колоректальный копростаз локализуется в основном в сигмовидной и прямой кишке, что совпадает с локализацией колоректального рака;

3. Колоректальный копростаз повреждает эпителий слизистой оболочки толстой кишки, а колоректальный рак является преимущественно эпителиальной опухолью.

Диагностический алгоритм при синдроме хронического запора

На этапе обследования проводят оценку жалоб, анамнеза, осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, общеклинические и биохимические исследования кала, мочи, крови, ректороманоскопию, обзорную рентгенографию органов брюшной полости, ирригоскопию, колоноскопию с биопсией, УЗИ органов брюшной полости. На этом этапе определяют характер запора — острый или хронический, исключают органический характер запора, вторичность запора, обусловленного болезнями внутренних органов, исключают заболевания ЦНС, периферической нервной системы и т. д.

На втором этапе, если диагноз не установлен, проводят рентгеноскопию тонкой кишки, аноректальную манометрию, дефектографию, исследование времени кишечного транзита с использованием рентгенопозитивных маркеров. При необходимости используют консультации смежных специалистов: проктолога, онколога, эндокринолога, психиатра, невролога, инфекциониста, гинеколога.

Основные принципы немедикаментозной коррекции функции кишечника включают в себя: регулярный прием пищи с высоким содержанием пищевых волокон, достаточное количество вводимой жидкости (до 2 л в сутки), ежедневную физическую активность, разъяснения больным необходимости «жить с ежедневным утренним стулом», выработку гастрокишечного рефлюкса, нормализацию психологического статуса.

Диета исключает хлеб высшего сорта, сдобное тесто, острые блюда, консервы, копчености, рисовую и манную каши, макароны, вермишель, картофельное пюре, кисели, шоколад, крепкий чай, кофе, какао. Продукты следует давать в холодном виде. Рекомендуются овощи, фрукты и ягоды: кабачки, огурцы, тыква, свекла, морковь, дыни, арбузы, инжир, финики, курага, персики, чернослив, яблоки; кислые молочные продукты; пшеничные отруби до 3—6 столовых ложек в день; жиры.

При недостаточной эффективности немедикаментозных средств применяют различные слабительные средства. По механизму действия их разделяют на 4 группы.

1. Препараты, вызывающие химическое раздражение рецепторного аппарата кишечника: производные дифенилметана (бисакодил, гутталакс, дульколак, слабикап), слабительные, содержащие антрогликозиды (сенна, гербион лак сана, крушина, ревеня), касторовое масло.

2. Препараты, обладающие осмотическими свойствами: сульфаты натрия и магния, карловарская соль, лактулоза (дюфалак), форлакс (макрогол 4000), экспортал.

3. Средства, увеличивающие объем содержимого кишечника: отруби, морская капуста, агар-агар, льняное семя, мукофальк, фиберлекс, филаминг гуд, агиолак.

4. Средства, смазывающие слизистую оболочку кишечника и способствующие размягчению каловых масс и их скольжению: вазелиновое и миндальное масла, жидкий парафин, глицерол.

Из побочных эффектов слабительных средств отмечают аллергические реакции, лекарственную диарею, синдром мальабсорбции. При длительном приеме антрахиноновых препаратов возникает меланоз толстого кишечника, рвота, усиление действия сердечных гликозидов. Эти слабительные средства высокотоксичны и в ряде стран запрещены, так как существует угроза развития колоректального рака. При многолетнем приеме внутрь вазелинового масла наблюдается анальный зуд и не исключается развитие рака желудочно-кишечного тракта. Чрезмерное опорожнение кишечника под влиянием слабительных препаратов может способствовать усугублению запора.

Слабительные средства назначают на короткий период времени, так как к ним возникает привыкание, что приводит к увеличению дозы. При необходимости длительного приема назначают гутталакс, дульколак. Лактулоза, ламинарид, вазелиновое, миндальное, фенхелевое масла, жженая магнезия, кафиол, калифиг, мил-пар и другие вызывают стул, близкий к нормальному.

Масла и солевые слабительные оказывают действие на уровне тонкой кишки через 4–5 часов. Производные дифенилметана и антрахинона действуют на уровне толстой кишки, и эффект возникает через 8–12 часов. При использовании контактных средств (свечей, клизм) эффект наблюдается через 10–20 минут. Слабительные препараты с разным сроком действия сочетать нецелесообразно, так как это может привести к раздражению кишечника и появлению диспепсических жалоб.

При хронических запорах показаны газообразующие свечи ферролак, кальциолак. При неэффективности назначают окись магния в сочетании с вазелиновым маслом (15–45 г в сутки) и сушеной морской капустой или ламинаридом (до 4 чайных ложек в сутки) на 1–2 недели, либо мукофальк до 6 пакетов в день в комбинации с гутталаксом. Спонтанная дефекация возникает после слабительных и клизм через 4–6 дней, поэтому в течение этого срока их принимать не следует.

При отсутствии рефлекса на акт дефекации рекомендуют растительное масло (оливковое или кукурузное): 1–2 столовых ложки размешать в стакане кефира и выпить на ночь; утром в стакан воды или сока добавить 1 столовую ложку меда или ксилита. Большой после завтрака вводит в задний проход свечу с глицерином. В санитарной комнате пациент принимает позу «орла» или «дикаря» и осуществляет массаж промежности со стороны седалищных бугров для предотвращения возникновения трещин прямой кишки при сильных потугах и выдавливании твердых каловых масс. Указанные мероприятия следует проводить ежедневно утром в одни и те же часы.

Если рефлекс на акт дефекации выработан, то в последующем больные употребляют только холодную воду с медом, лимоном, сахаром, вареньем или минеральную воду «Ессентуки» №4 и №17, «Славяновскую», а также фруктовые и овощные соки, а свечи отменяют на 3–7 день.

Для восстановления рефлекса больным с хроническим запором можно чередовать водно-масляные клизмы для этого 100–200 мл подсолнечного масла, и один раз в неделю — очистительную клизму для того, чтобы прямая кишка была длительное время пустой.

Литература

1. Барышников Е. Н., Румянцев В. Г. Запоры в практике гастроэнтеролога // Consilium medicum. Гастроэнтерология. — 2007. — Т. 9. — №7. — С. 38–43.
2. Буторова Л. И., Максимова И. Д. Функциональный запор: рациональные подходы к диагностике и лечению // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2004. — №2. — С. 24–28.
3. Губергриц Н. Б. Хроническая абдоминальная боль. Боль при заболеваниях кишечника. — М: Медпрактика-М, 2010. — С. 407.
4. Казюлин А. Н., Кучерявый Ю. А. Практические и клинические аспекты синдрома хронического запора. — М, 2005. — 38 с.
5. Колхир В. К. Экспортал — инновационный слабительный препарат // РМЖ. Болезни органов пищеварения. — 2009. — Т 11. — №2. — С. 80–83.
6. Маев И. В., Самсонов А. А. Синдром хронического запора (Алгоритм диагностики и лечебной тактики). — М, 2006. — 43 с.
7. Парфенов А. И. Современные представления о запорах от симптома к болезни // Consilium medicum. Гастроэнтерология. — 2007. — №1. — С. 40–45.
8. Румянцев В. Г., Косачева Т. А., Коровкина Е. А. Дифференцированное лечение запоров // Фарматека. — 2004. — №13. — С. 1–6.
9. Фролькис А. В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. — Л: Медицина, 1991. — 223 с.
10. Шемеровский К. А. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике констипации. Методические рекомендации для врачей. — СПб, 2007. — 31 с.
11. Шульпекова Ю. О., Ивашкин В. Т. Патогенез и лечение запоров // Приложение РМЖ. — 2004. — Т. 6. — №1. — С. 3–6.



сайт longlife-rus.ru

ТЕРМОМАССАЖНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ —

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ XXI ВЕКА!

тел. +7 988 3562 777



РЕКЛАМА

Экспресс-метод диагностики донозологических состояний, предболезни и процессов адаптации пациентов с помощью аппаратно-программного комплекса «Пульс-Антистресс»

Михайлов Н. Ю., к. т. н., с. н. с. ЮИЦ РАН; Толмачев Г. Н., к. ф.-м. н., зав. отделом физики и астрономии ЮИЦ РАН; Гаркави Л. Х., д. м. н., профессор, академик РАЕН, руководитель лаборатории изыскания новых противоопухолевых средств и изучения механизмов их действия РНИОИ; Пляка П. С., к. ф.-м. н., с. н. с. ЮИЦ РАН; г. Ростов-на-Дону

Введение

В конце семидесятых — начале восьмидесятых годов прошлого века после первых попыток всеобщей диспансеризации в нашей стране было выяснено, что 80—90% всех обследованных оказались больными. Выходом из сложившейся ситуации стала донозологическая диагностика — новое научное направление, ставшее альтернативой науке о болезни [1].

Было разработано учение о донозологических состояниях, пограничных между здоровьем и болезнью (состояние предболезни) [2—4]. Очевидно, что чем менее здоров человек, тем выше риск развития заболевания, то есть степень риска зависит от возможности организма сопротивляться негативным воздействиям внешней среды и способности адаптироваться к ним. Исходя из этого, адаптационные возможности организма можно рассматривать как меру здоровья. В свою очередь, необходим эффективный «инструментарий» для их оценки. Таким образом, становится актуальной задача поиска методов диагностики состояний предболезни, которые бы позволяли судить об уровне здоровья, а также соответствующей систематике донозологических состояний.

Впервые общее неспецифическое состояние было описано в 1936 году Г. Селье и названо реакцией стресс (общий адаптационный синдром) [2]. В дальнейшем было выявлено, что, кроме реакции стресс, действию разных по качеству и силе факторов соответствует система антистрессорных реакций человека: реакция спокойной и повышенной активации на действие различных по качеству средних, дострессовых воздействий [5, 6] и реакция тренировки на действие разных по качеству слабых воздействий [3, 5, 6].

В дальнейшем была найдена периодическая закономерность развития адаптационных реакций в зависимости от абсолютной величины действующего фактора, то есть на разных уровнях реактивности [3, 6]. Каждой реакции и группе уровней реактивности свойствен свой комплекс изменений в организме, его основных подсистем и метаболизма. Поэтому тип и характер реакции определяют состояние здоровья, донозологические состояния, болезни разной тяжести [3, 7]. Л. Х. Гаркави высказала гипотезу: у каждой реакции есть свои частотные характеристики. Эта гипотеза была подтверждена крупнейшими многочисленными исследованиями [3, 7].

Определение типа реакции и уровней реактивности позволяет диагностировать состояние организма, в том числе и донозологические. Это открывает перспективы профилактики и лечения заболеваний, особенно находящихся в начальных стадиях, с помощью целенаправленного вызова и поддержания в организме

антистрессорных реакций, особенно реакций активации — спокойной и повышенной высокими уровнями реактивности, проведения активационной терапии, повышающей неспецифическую резистентность организма (Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., 1990; Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Кузьменко Т. С., Шихлярова А. И., 2003).

На современном этапе развития исследования физиологии человека отталкивается от полученных экспериментальных данных, к которым можно отнести физиологические сигналы. Широкое распространение получили методы: сфигмография лучевой артерии, пьезопульсография, фотоплетизмография (ФПГ), электроэнцефалография, электрокардиография (ЭКГ) и многие другие специализированные инструментальные средства. Среди них можно выделить несколько методик, имеющих непосредственное отношение к сердечно-сосудистой системе. Наибольший интерес у исследователей вызывает ЭКГ, ФПГ и сфигмография лучевой артерии, что можно объяснить как обилием получаемых параметров (ФПГ и сфигмография лучевой артерии), так и принятыми стандартами диагностики в клинике (ЭКГ). На сегодняшний день приоритет чаще всего отдается диагностическим программно-аппаратным комплексам, в которых реализованы цифровые методы анализа физиологических сигналов. При их использовании получают огромный набор информативных параметров. Все они, так или иначе, отражают процесс адаптации организма. При этом происходит функциональная модификация во времени органов и систем, наблюдая за изменением которых, например параметров гемодинамики, можно дать предварительную оценку состояния сердечно-сосудистой системы [4]. Выделяя тот или иной инструментальный метод, врачу становится доступной информация, позволяющая косвенно судить о процессе адаптации организма. Но физиологически важно знать и интегральные оценки происходящих изменений, для того чтобы вовремя предупредить развитие заболеваний. Частично данную проблему пытались решить путем анализа ритма сердца. Как правило, во многих работах, посвященных данной тематике, используются программно-аппаратные комплексы (ПАК) [8—10]. В их основе заложены интегральные оценки и градуировка функционального состояния организма, разработанные авторами на основе анализа экспериментальных данных. Так, в ПАК «Динамика-100» путем регистрации сигнала ЭКГ и статистической и спектральной обработки ритмограммы была предложена следующая градация показателя здоровья [9]:

- системы регуляции организма в оптимальном состоянии;

- системы регуляции организма в состоянии мобилизации;
- системы регуляции организма в состоянии рассогласования;
- системы регуляции организма в состоянии функциональной неустойчивости;
- системы регуляции организма в устойчиво нарушенном состоянии.

Схожих принципов придерживались и разработчики программно-аппаратных комплексов «Вита-87» и «Варикард». Ими был разработан показатель активности регуляторных систем (ПАРС) [4], базирующийся на анализе ритма сердца (норма; умеренное функциональное напряжение; выраженное функциональное напряжение; состояние перенапряжения регуляторных механизмов; состояние истощения регуляторных систем, явления астенизации, срыв адаптации). Предлагаемые системы оценки адаптационных возможностей организма базировались на выводах одного либо нескольких экспертов. Это не могло не сказываться на указанных градациях. Поэтому необходимо учитывать некоторые объективные количественные показатели, например гемограмму. Отметим, что исследования в данной области основывались не только на параметрах сигнала ЭКГ [10], но и на анализе общих, фундаментальных закономерностей физиологии человека. Речь идет о систематике адаптационных ресурсов организма, указанной ранее.

Разработка и применение пульсовой диагностики, отражающей частотные характеристики организма и его разных иерархических уровней, позволили сопоставить характер изменений характеристик пульса с типом адаптационных реакций [11]. Было показано, что характеристики пульсовой волны (статистические и частотные) коррелируют с типом адаптационных реакций. Определение типа реакции и уровней реактивности позволяет диагностировать состояние организма, в том числе и донозологическое. Это открывает перспективы профилактики и лечения заболеваний, особенно находящихся в начальных стадиях, с помощью целенаправленного вызова и поддержания в организме антистрессорных реакций, в первую очередь реакций активации на спокойных, повышенных и высоких уровнях реактивности [5].

В целом общая тенденция развития медицины заключается в том, чтобы сделать целью массовых медицинских осмотров изучение здорового контингента людей для предотвращения появления новых заболеваний. С учетом этого целью обследования является не постановка диагноза заболевания, а определение риска его развития путем оценки адаптационных возможностей организма. Причем особенно важен подобный подход для лиц, принимающих ответственные решения, для которых нарушение состояния здоровья может привести к возникновению внештатных ситуаций, способных привести как к материальным, так и к людским потерям. В данной работе не ставится задача исследования факторов риска и нагрузок, влияющих на развитие адаптационных реакций. Это связано в первую очередь с тем, что в таком случае необходим длительный мониторинг и достаточно полная информация о профессиональной деятельности, которая по ряду причин не всегда является общедоступной. Тем не менее, это могло бы быть не менее актуальным исследованием.

Для решения поставленной задачи необходимо использовать простые, доступные и экономичные методики, которые не требуют больших затрат времени и, с учетом диагностики донозологических состояний, в достаточной степени являются информативными. Наиболее простой и повсеместно принятой на территории России методикой определения сигнального показателя реакции является методика анализа лейкоцитарной формулы крови. Однако, с учетом адаптационных возможностей, ее использование с целью диагностики донозологических состояний требует особой трактовки результатов. Впервые данная интерпретация была предложена в 1975 году российскими учеными Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакиной и М. А. Уколовой (открытие №158) [6].



Аппаратно-программный комплекс «Пульс-Антистресс»

С целью разработки и реализации экспресс-метода диагностики донозологических состояний, предболезни и процессов адаптации человека было предложено использовать методику и вариант программно-аппаратного комплекса «Пульс-Антистресс» [3, 11], который основан на анализе сигнала пульсовой волны и имеет градацию уровней здоровья в соответствии с систематикой группы риска [2, 5, 6] (стресс, тренировка, спокойная активация, повышенная активация). Особенностями разработанного на данный момент варианта программно-аппаратного комплекса являются как оперативность исследования (время регистрации пульсовой волны для выдачи результатов занимает не более двух минут), так и обработка и представление результатов согласно систематике адаптационных возможностей [3]. Ранее на основе применения данной экспресс-методики определяли группы риска военнослужащих. В данном случае под риском понимается риск развития заболевания. Группы риска сформированы согласно адаптационным реакциям и уровням реактивности (табл. 1), определяемым по параметрам лейкоцитарной формулы крови. Следует указать на то, что адаптационные реакции и уровни реактивности являются неспецифическими показателями [2, 3, 6], то есть они не указывают на наличие конкретного заболевания, а указывают на степень резистентности организма в целом к воздействию различных факторов (безотносительно к их природе), снижение которой и может привести к появлению либо развитию заболеваний.

Распределение адаптационных реакций по группам риска

Группа очень высокого риска (ОВР)	Группа высокого риска (ВР)	Группа низкого риска (НР)	Группа: условно здоровые (УЗ)
Антистрессорные реакции очень низких уровней реактивности (УР), стресс средних УР, напряженная переактивация средних УР	Антистрессорные реакции низких УР, стресс средних УР, напряженная переактивация средних УР	Антистрессорные реакции средних УР, стресс высоких УР, мягкая переактивация	Антистрессорные реакции высоких УР

Результаты проведенных ранее исследований в группе военнослужащих (71 человек) на основе разработанной экспресс-методики показали, что 80,3% здоровых по данным анамнеза вошли в группу риска (42,3% — группа очень высокого и высокого риска, 38% — группа низкого риска), и 30% имеющих функциональные заболевания по данным анамнеза вошли в группу высокого и очень высокого риска. Таким образом, группы высокого и очень высокого риска нуждаются в дополнительных обследованиях и в лечебных и лечебно-профилактических мероприятиях, что и является одной из задач допускового контроля.

На основе проведенных исследований в отделе физики и астрономии ЮНЦ РАН был разработан и создан аппаратно-программный комплекс «Пульс-Антистресс» [12]. В настоящее время комплекс производится ООО «НПП «АрхиМед» по лицензии ЮНЦ РАН. Аппаратно-программный комплекс «Пульс-Антистресс» успешно выставлялся на российских и зарубежных выставках: Международный конгресс Euromedica (Ганновер, Германия, 2005) — диплом I степени за разработку программно-аппаратного комплекса оценки адаптационных ресурсов организма человека «Пульс-Антистресс»; X Московский международный салон инноваций и инвестиций (Москва, 2010) — золотая медаль за разработку программно-аппаратного комплекса «Пульс-Антистресс Риски».

Предполагается дальнейшее развитие возможностей данного комплекса. Будут созданы и использованы беспроводные биомедицинские датчики, которые подключаются к общей беспроводной системе датчиков, позволяющей регистрировать как сигналы пульсовой волны, так и ЭКГ, и сигналы других датчиков (ФПГ, реограмма и т. д.). Предполагается возможность использования стандартных и перспективных разрабатываемых приборов в составе комплекса. Одной из целей такого аппаратно-программного комплекса является возможность разделения обследованных на группы риска для проведения лечебных и профилактических мероприятий (табл. 1). При этом система может быть расширена не только экспресс-методами, но и классическими медицинскими инструментальными и другими методиками, включающими и экспертные врачебные оценки.

Другим перспективным направлением развития комплекса является оценка состояния сердечно-сосудистой системы организма человека в покое и при физических нагрузках. Это позволит дистанционно оценивать индексы ишемии миокарда, вариабельность сердечного ритма, нелинейных составляющих сердечного ритма, кардиографических индексов гемодинамической перегрузки сердца, адаптационных возможностей с помощью сигнала пульсовой волны, биологического возраста сердечно-сосудистой системы, характеристик эластических свойств сосудистой стенки при артериальной

гипертонии и других функциональных заболеваниях, скорости распространения пульсовой волны.

Литература

1. Казначеев В. П., Баевский Р.М., Берсенева Л. П. Дозозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. — Л: Медицина, 1980. — 207 с.
2. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. — М: Медгиз, 1960. — 275 с.
3. Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Кузьменко Т. С, Шихлярова А. И. Антистрессорные реакции и активационная терапия. Реакция активации как путь к здоровью через процессы самоорганизации. — Екатеринбург: Филантроп, 2002. — Т. 1. — 196 с.
4. Баевский Р. М., Берсенева А. П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. — М: Медицина, 1997. — 265 с.
5. Гаркави Л. Х. Об общей неспецифической адаптационной «реакции активации», способствующей борьбе организма с опухолью // Вопросы клинической онкологии и нейроэндокринных нарушений при злокачественных новообразованиях. — Ростов н/Д, 1968. — С. 341—348.
6. Гаркави Л.Х., Уколова М. А., Квакина Е. Б. Закономерность развития качественно отличающихся общих неспецифических адаптационных реакций организма. Диплом на открытие №158 // Открытия СССР. Бюллетень открытий СССР. — 1975. — №3. — С. 56—61.
7. Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Кузьменко Т. С, Шихлярова А. И. Антистрессорные реакции и активационная терапия. Реакция активации как путь к здоровью через процессы самоорганизации. — Екатеринбург: Филантроп, 2003. — Т. 2. — 336 с.
8. Эльянов М. М. Медицинские информационные технологии 2000: Каталог. — М: Изограф, 2000. — 122 с.
9. Бибикова Л. А., Ярилов С. В. Системная медицина, путь от проблем к решению. — СПб: НИИ Химии СПбГУ, 2000. — 154 с.
10. Воскресенский А. Д., Вентцель М. Д. Статистический анализ сердечного ритма и показателей гемодинамики в физиологических исследованиях. — М: Наука, 1974. — 221 с.
11. Гаркави Л. Х., Михайлов Н. Ю., Толмачев Г. Н., Шихлярова А. И., Верескунова Е. П. Программно-аппаратный комплекс пульсовой диагностики для определения типа адаптационной реакции // Эл. журнал «Исследовано в России». — 2003. — Т. 193. — С. 2295—2303. <http://zhurnal.ape.relarn.ru/articles/2003/193.pdf>
12. Михайлов Н. Ю., Толмачев Г. Н., Пляка П. С. Оценка групп риска по состоянию адаптационных возможностей человека (Пульс-Антистресс Риски): Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ №2010610702 от 20.01.2010. — М: Федеральная служба по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам, 2010.



**14-16 марта 2012 г.
ВОРОНЕЖ**

32-я межрегиональная специализированная выставка

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Организаторы:



Департамент здравоохранения
Воронежской области



т./ф.: (473) 251-20-12,
т./ф.: (473) 277-48-36
e-mail: zdrav@veta.ru



**14-16 марта 2012 г.
ВОРОНЕЖ**

12-я межрегиональная специализированная выставка

СТОМАТОЛОГИЯ

Организаторы:



Департамент здравоохранения
Воронежской области



т./ф.: (473) 251-20-12, Подробная информация
т./ф.: (473) 277-48-36 на www.veta.ru
e-mail: zdrav@veta.ru



Официальные партнеры:

Воронежская Государственная Медицинская
Академия им. Н.И. Бурденко

Поддержка:

Администрация городского округа г. Воронеж

(Дворец творчества
детей и молодежи,
пл. Детей 1)

МЕДИЦИНА+



21-я Международная специализированная выставка

XIII Международный медицинский форум



10-12
АПРЕЛЯ
2012 ГОДА

НАШ АДРЕС:

Россия, Нижний Новгород, Всероссийское ЗАО
"Нижегородская ярмарка"
ул. Совнаркомовская, 13, офис 225
директор форума - Антонова Лидия Ивановна
☎ (831) 277-55-83
факс (831) 277-51-93
E-mail: Lia@yarmarka.ru, <http://www.yarmarka.ru>

30 мая -
1 июня
2012



Организаторы



ООО «КраснодарЭКСПО» (в составе группы компаний ITE)
Администрация Краснодарского края
Администрация муниципального образования город Краснодар
Департамент здравоохранения Краснодарского края

При содействии

Управления здравоохранения администрации
муниципального образования город Краснодар

www.krasnodarexpo.ru



Выставочный центр
«КраснодарЭКСПО»,
г. Краснодар,
ул. Зиповская, 5

Медима

11-я специализированная медицинская выставка

Основные разделы выставки

Медицинская техника, оборудование и диагностика |
Медицинские центры | Здоровье и спорт |
Нетрадиционная медицина | Фармацевтика |
Медицинское страхование | ДДД |

По вопросам участия обращаться в дирекцию выставки:

Директор проектного
департамента
Габеева Зина
(861)279-34-40

Директор выставки
Косенко Альфия
(861)279-35-21
medima@krasnodarexpo.ru

Менеджер выставки
Тимошина Руслана
(861)279-34-56

Генеральный информационный
партнер

Генеральный интернет-партнер

Информационный партнер

Информационный партнер

Информационный партнер

Информационный партнер



X СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА - ФОРУМ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

21-23

марта
2012



ЮГА РОССИИ

АПТЕКА - 2012

КОНГРЕСС-ОТЕЛЬ «ДОН ПЛАЗА»
г. РОСТОВ-НА-ДОНУ, Б. САДОВАЯ, 115



тел.: 263-02-70, 263-02-68



АППАРАТ ИВЛ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ **Leoni plus**



Аппарат ИВЛ Leoni plus представляет собой ультрасовременный аппарат, предназначенный для проведения длительной вентиляции легких у детей весом до 30 кг, в том числе у новорожденных, включая очень маленьких недоношенных детей весом менее 0.5 кг

РЕЖИМЫ ВЕНТИЛЯЦИИ

CPAP	IPPV/IMV	SIPPV	SIMV	PSV	HFO
Постоянное положительное давление в дыхательных путях	Вентиляция с перемежающимся положительным давлением / Перемежающаяся принудительная вентиляция	Синхронизированная вентиляция с перемежающимся положительным давлением	Синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция	Вентиляция с поддержкой давлением и вентиляция, управляемая по объему	Режим высокочастотной осцилляторной вентиляции легких

Реализация ВЧ-вентиляции с помощью диафрагмы — так называемая «истинная» ВЧ-вентиляция имеет преимущества перед струйной (JET-вентиляция), так как при наложении ВЧ-колебаний на дыхательный паттерн не происходит изменения подаваемого потока, что обеспечивает более точный контроль параметров вентиляции недоношенных новорожденных.



www.medianamed.ru

тел./факс:
(495) 649-82-27

ЛайфКор

Интернашнл

Эксклюзивный представитель
компании AirSep (США)



МЕДИЦИНСКИЕ КИСЛОРОДНЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ



FREESTYLE

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



NEWLIFE

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



RELIANT

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



MZ-30

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



MZ

завод любой производительности для любой больницы



E-MAIL: LIFECORE@AHA.RU • WWW.LIFECORE.RU • 14 ЛЕТ НА РОССИЙСКОМ РЫНКЕ КИСЛОРОДНОГО ОБОРУДОВАНИЯ

ЛайфКор
Интернашнл

Эксклюзивный представитель
компании AirSep (США)

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ «ИНВЕСТИЦИИ В ЧЕЛОВЕКА»

МЕДИЦИНСКИЙ КОНГРЕСС

Здравоохранение Северного Кавказа

25–27 апреля 2012, Кисловодск

В программе конгресса:

- Конгресс кардиологов Северного Кавказа;
- Научно-практическая конференция врачей скорой помощи;
- Конференция «Неврология XXI века – управляемая терапия заболеваний нервной системы»;
- Конференция «Актуальные вопросы развития фармрынка России. Импортозамещающие препараты».

Медицинская выставка

- Диагностическое, бальнеологическое и физиотерапевтическое оборудование
- Комплексное оснащение санаторно-курортной базы
- Эстетическая медицина: оборудование, препараты
- Лечебная косметология
- Фармацевтика и гомеопатия



(87937) 331-79/74, www.kavkaz-expo.ru



КИСЛОВОДСКИЙ ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ И ПРАВА ПРИГЛАШАЕТ НА КУРСЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ «СУДЕБНОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ПО ДЕЛАМ МЕДИЦИНСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ»

ЦЕЛЬ КУРСОВ:

приобретение теоретических и практических навыков по представительству работников медицинских учреждений в судебных органах.

ЗАНЯТИЯ ПРОВОДЯТ:

профессорско-преподавательский состав Кисловодского института экономики и права, судебно-медицинские эксперты Минздрава, практикующие адвокаты.

КАТЕГОРИЯ СЛУШАТЕЛЕЙ:

руководители, специалисты, юристы медицинских учреждений.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

357700, Ставропольский край, г. Кисловодск, ул. Розы Люксембург, 42



КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ ОРГАНИЗАТОРОВ КУРСОВ:

тел. (87937) 6-29-84 (доб.179),
факс: (87937) 2-29-00;
e-mail: tlir@list.ru

КОНТАКТНОЕ ЛИЦО:

Темиржанова Лидия Рамазановна