

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

№2 (29) 2012

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU



КОМПЛЕКСНАЯ
ЛАБОРАТОРНАЯ
ДИАГНОСТИКА
В ГЕМАТОЛОГИИ

www.renam.ru
info@renam.ru

МБООИ "Общество больных гемофилией"
Гематологический научный центр МЗ РФ

8-800-200-9057

(звонок по России бесплатный)

Оптическая прозрачность
Общеприятное время
отсрочки старта измерений

Широкий линейный
диапазон измерений

Плавная скорость реакции
образования сгустка

Воспроизводимость получаемых
результатов

Продукция НПО РЕНАМ готова к применению:

на полностью автоматизированных
открытых системах всех торговых марок,
для исследований на полуавтоматических
коагулометрах:

- механического типа,
- оптического типа.

для мануальных исследований гемостаза
(с помощью термобани и секундомера).

- ГЕМОГЛОБИНОМЕТРИЯ
- ГЕМОСТАЗ
- СКРИНИНГОВЫЕ ТЕСТЫ
- ДИАГНОСТИКА ГЕМОФИЛИИ,
ТРОМБОФИЛИИ
- КОНТРОЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ
- РЕАГЕНТЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ
ФУНКЦИЙ ТРОМБОЦИТОВ



125167, г. Москва, Новый Зыковский пр-д, 4 Гематологический научный центр МЗ РФ
Тел./факс: (495) 614-9057, (495) 612-2912, (495) 223-2261 (многоканальный)

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ НОМЕРА:

- Акушерство (стр. 9, 19, 21)
- Диагностика (стр. 23, 58)
- Дерматология (стр. 26, 41)
- Иммунизация (стр. 62)
- Педиатрия (стр. 48)
- Психиатрия (стр. 55)
- Травматология (стр. 44)
- Урология (стр. 42)
- Эпидемиология (стр. 31)



наборы палочек ламинарии

(Регистрационное удостоверение МЗ РФ № ИМ-7.4609 от 01.03.2004)

Палочки ламинарии «Юнона» предназначены для расширения цервикального канала. Они изготавливаются из природного экологически чистого сырья морской водоросли *Laminaria digitata*

Преимущества по сравнению с медикаментозными методами подготовки шейки матки:
отсутствие системного влияния на организм матери и плода;
контроль и управление процессом расширения цервикального канала;
снижение стоимости подготовки шейки матки к родам в 13 раз по сравнению с медикаментозными методами



Показания для применения палочек ламинарии «Юнона»:

1. Подготовка шейки матки к родам, особенно у женщин, нуждающихся в досрочном прерывании беременности;
2. Подготовка к родовозбуждению у женщин с осложненным течением беременности (гестоз, гипотрофия плода, антенатальная гибель плода, Rh-конфликт);
3. Расширение шейки матки перед внутриматочными вмешательствами (медицинским аборт, гистероскопией);
4. Подготовка шейки матки к прерыванию беременности в поздних сроках.

Юнона

с заботой о будущем

199178, г. Санкт-Петербург,
18-я Линия В.О., 31,
т./ф. (812) 332-91-70
e-mail: office@mp-simurg.ru

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 возвратного 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 озонотерапии, 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



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

MATOSSET

Торуньский Завод Перевязочных Материалов TZMO S.A. – европейский производитель высококачественной продукции медицинского назначения торговой марки **matopat** — предлагает вашему вниманию **Matoset** — наборы для проведения медицинских манипуляций и процедур.

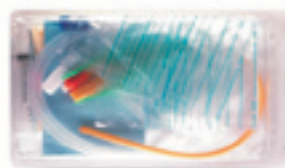
Наборы **Matoset** представляют собой комбинацию стерильных изделий из марли, нетканого материала, синтетических материалов (кружки, лотки, инструменты одноразового применения), а также других элементов, используемых во время медицинских манипуляций и процедур (например, перчатки, маски и т. д.).

Изготовление, упаковка и стерилизация наборов представляет собой промышленный валидированный процесс, что означает:

- 100% гарантия микробной чистоты;
- минимизация риска заражения;
- срок годности наборов — 5 лет;
- гарантия стерильности до момента вскрытия единичной упаковки соответствует норме PNEN 556-1;
- качество подтверждено знаком CE, а также действующей Декларацией соответствия.

Наборы полностью готовы к использованию при медицинских манипуляциях и процедурах. Это означает, что нет необходимости комплектовать, упаковывать и стерилизовать наборы в больничных условиях, что сокращает время подготовки к процедуре.

Все наборы имеют этикетку типа TAG — это вид многочленной этикетки, которая состоит из основной части, на которой указывается подробное описание содержимого набора, а также двух самоклеящихся элементов, которые можно добавить в операционную документацию. На наклейках напечатан код изделия, номер LOT, срок годности, идентификация производителя)



Использование наборов **Matoset** — это снижение затрат на:

- Приобретение нестерильного материала;
- упаковку для стерилизации, вспомогательные материалы (тесты для стерилизации, этикетки), а также на сам процесс стерилизации;
- потребление электроэнергии, водоснабжения;
- Снижение отходов, так как набор используется полностью.

Комфорт работы:

- сокращает время подготовки к манипуляции (особенно важно в ситуациях быстрого реагирования);
- облегчает процесс архивации;
- облегчает мониторинг использованных перевязочных материалов.

Наборы **Matoset** представлены в широком ассортименте:

- перевязочные наборы;
- процедурные наборы (для проведения гемодиализа, катетеризации мочевого пузыря, смены повязки, снятия швов и т. д.);
- хирургические наборы;
- наборы с инструментами;
- наборы салфеток (из марли, из нетканого материала).

Matoset в зависимости от состава могут применяться в амбулаториях, процедурных кабинетах, больничных отделениях, автомобилях скорой помощи, на месте ДТП, дома у больного и т. д.

Наборы **Matoset** упакованы в один стерилизационный пакет или, по желанию клиента, имеют двойную упаковку.

Matoset — это наиболее функциональная и экономичная форма соединения материалов и изделий, используемых в ЛПУ.

Более подробную информацию о наборах **MATOSSET** можно получить в ООО «белла-ДОН» по тел.: (863) 203-74-74, или у медицинского представителя по моб. тел. +7-918-599-15-04.



Современные
операционные

ЧИСТЫЕ ПОМЕЩЕНИЯ для медицины и фармацевтики

- Операционные блоки
- Реанимационные блоки
- Палаты интенсивной терапии
- Родильные залы
- Стерильные фармацевтические производства
- Лаборатории
- Инфекционные отделения
- Медицинские модули



Стерильные
лаборатории



Фармацевтические
производства

- Проектирование и монтаж комплексов чистых помещений
- Оснащение чистых помещений
- Системы кондиционирования и воздухоподготовки чистых помещений
- Системы очистки и стерилизации воздуха
- Герметичные ограждающие конструкции для чистых помещений
- Автоматические двери и передаточные окна для чистых помещений
- Антистатические полы для чистых помещений
- Ламинарное поле для чистых помещений
- Светильники для чистых помещений



комплексное обеспечение
строительных объектов

СТРОЙМАРКЕТИНГ

г. Краснодар, ул. Московская, 59/1,
тел/факс: (861) 279-80-20, 279-80-30
www.stroimarketing.ru, info@stroimarketing.ru

РЕКЛАМА

**Специализированный
медицинский журнал****«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»**

Выходит 1 раз в квартал

Крылова О. В. — учредитель
и гл. редактор**Прошенко Е. А.** — редактор**Редакционный совет:****Быковская Т. Ю.** — министр
здравоохранения Ростовской области**Крайнюков П. Е.** — начальник
ФГУ «1602 ОБКГ» Минобороны России**Мажаров В. Н.** — министр
здравоохранения Ставропольского края**Мамаев И. А.** — министр
здравоохранения Республики Дагестан**Маньшин В. П.** — зам. министра
здравоохранения Республики Калмыкия**Натхо Р. Х.** — министр здравоохранения
Республики Адыгея**Цидаева Т. И.** — зам. министра
здравоохранения Республики Северная
Осетия-Алания**Адрес редакции:**344064, г. Ростов-на-Дону,
ул. Вавилова, 54, оф. 404
т. (863) 223-23-26, т./ф. (863) 273-25-16,
по вопросам подписки (863) 223-23-25www.akvarel2002.ru,
e-mail: info@akvarel2002.ruОтпечатано в ООО «Принт-Сервис»,
г. Ростов-на-Дону, пр. Шолохова, 116

Тираж 6000 экз. Заказ №

Подписано в печать 20.03.2012 г.

Зарегистрирован
Управлением Россохранкультуры
по Южному федеральному округуРегистрационный 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

Новое в законодательстве в сфере здравоохранения	4
Донские медики подвели итоги работы	6
Здоровье матери и ребенка. Пути решения	9
Дефибриллятор-монитор ДКИ-Н-11 «Аксион» — новые возможности в оказании экстренной медицинской помощи	13
Основные направления применения озона в сфере родовспоможения	16
Дети с экстремально низкой массой тела при рождении. Перспективы выживания.....	19
Использование палочек ламинарии для подготовки шейки матки к родам традиционным и модифицированным способом	21
Характеристика системы детоксикации ксенобиотиков при патологии беременности.....	23
В помощь практическому врачу: рекомбинантный интерферон альфа-2 в дерматовенерологии	26
Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения Ростовской области в 2011 году.....	31
Система сбора и обработки статистической отчетности «Статистические отчеты — Интернет».....	35
Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности больных, находящихся на стационарном лечении в госпитале за 2011 год	36
Что такое «Медицинофф»?.....	38
Применение локального отрицательного давления — новая перспектива в лечении хронических ран.....	41
Наш опыт лечения больных с аденомой предстательной железы.....	42
Малоинвазивная концепция остеосинтеза внутрисуставных переломов локтевого сустава	44
Монитор глубины анестезии и монитор газоанализа от российского производителя.....	46
Факторы риска хронических заболеваний нижних дыхательных путей у детей	48
Открытое письмо руководителям учреждений санаторно-курортного профиля.....	52
Диагностические аспекты синдрома панических атак	55
Регистр HLA-типированных доноров ГБУ РО «СПК» и его использование в клинической практике	58
Европейская неделя иммунизации: Предупредить. Защитить. Привить	60
О новом национальном календаре профилактических прививок	62
Казанский центр обучения	66
Выставки юга России	67

Новое в законодательстве в сфере здравоохранения

*Трепель В. Г., руководитель Управления Росздравнадзора по Ростовской области;
Шишов М. А., к.м.н. начальник отдела; Шумилина Е. В., ведущий специалист-эксперт;
Управление Росздравнадзора по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону*

С начала 90-х годов прошлого века — времени, когда разрабатывались и принимались «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 №5487—1), изменились модели взаимоотношения между обществом и медицинскими организациями, качественно изменилось правовое поле Российской Федерации, изменилось отношение государства к медицинской деятельности. Примерами тому служат инициированные президентом Российской Федерации приоритетный национальный проект «Здоровье» и программа модернизации здравоохранения.

Неоднократно в течение прошедшего десятилетия представителями как общественных объединений, так и научного медицинского и правового сообществ выдвигались предложения о необходимости дальнейшего совершенствования законодательного обеспечения функционирования здравоохранения путем принятия нового законодательного акта, призванного заменить принятые в 1993 году «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Результатом совместной работы, проведенной Государственной Думой Федерального собрания Российской Федерации пятого созыва, Минздравсоцразвития России, профессиональными медицинскими организациями, является Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с которым с 1 января 2012 года ранее действующие «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (далее Основы) признаны утратившими силу.

Важнейшей новеллой Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ) является утверждение норм-дефиниций для таких правовых понятий, как: «медицинская услуга», «медицинское вмешательство», «медицинская деятельность», «медицинская экспертиза», «основное заболевание», «сопутствующее заболевание», «тяжесть заболевания или состояния», «качество медицинской помощи» и других.

Впервые в ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ указано, что в охране здоровья граждан должны участвовать не только органы власти и медицинские организации, но и сами граждане. Впервые в ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ утверждены обязанности граждан в сфере охраны здоровья, что в перспективе, без сомнения, будет способствовать более ответственному отношению граждан и к своему образу жизни, и к своему здоровью, и к своему праву на отказ от медицинского вмешательства. Впервые в ст. 74, 75 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ введены понятие конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и способы его урегулирования, а также установлены ограничения, налагаемые на медработников при осуществлении

ими профессиональной деятельности. Очень многое в данном законодательном акте установлено впервые и является крайне актуальным для понимания сути и порядка осуществления различных составляющих медицинской помощи со стороны как медработника, так и юриста-практика в сфере здравоохранения.

Невозможно в рамках одной статьи указать и прокомментировать все новшества данного законодательного акта, в связи с чем целью данной работы является освещение отдельных изменений различных аспектов организации работы медицинской деятельности.

В первую очередь остановимся на изменениях порядка предоставления листка временной нетрудоспособности. В отличие от предусмотренного ст. 49 Основ открытого перечня оснований для проведения экспертизы временной нетрудоспособности, ч. 1 ст. 59 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ устанавливает закрытый перечень таких оснований, не подлежащий расширенному толкованию, в частности:

- в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности;
- долечивание в санаторно-курортных организациях;
- при необходимости ухода за больным членом семьи;
- в связи с карантином;
- на время протезирования в стационарных условиях;
- в связи с беременностью и родами;
- при усыновлении ребенка.

Изменены и условия предоставления листка нетрудоспособности: если ранее, согласно ст. 49 Основ, для предоставления листка нетрудоспособности достаточно было наличия заболевания, то с 1 января 2012 года в соответствии с ч. 1 ст. 58, ч. 1 ст. 59 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ листок нетрудоспособности предоставляется при наличии заболевания (травмы, отравления и иного состояния), препятствующего работнику осуществлять трудовую деятельность.

Изменены полномочия лечащего врача и врачебной комиссии в части срока предоставления и продления листка нетрудоспособности. В частности, если ранее, согласно ст. 49 Основ, листки нетрудоспособности сроком до 30 дней выдавались лечащими врачами единолично, а на больший срок — врачебной комиссией, назначаемой руководителем медицинской организации, то с 1 января 2012 года в соответствии с ч. 2 ст. 59 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ лечащий врач вправе единолично выдавать гражданам листок нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно. Продление листка нетрудоспособности на срок более 15 календарных дней осуществляется по решению врачебной комиссии, но не более чем на 15 календарных дней одновременно. Отметим, что

аналогично ст. 49 Основ, ст. 59 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ не содержит положений, предоставляющих возможность переноса вышеуказанных сроков, например, в связи с тем, что 15-й и 16-й день выпадают на нерабочие дни.

Изменены требования к врачебной комиссии в части наличия дополнительной профессиональной подготовки. Если действующие до 1 января 2012 года положения ст. 49 Основ и приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.09.2008 №513н «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации» устанавливали только одно требование к членам врачебной комиссии — наличие высшего медицинского образования (за исключением секретаря комиссии), то с 1 января 2012 года в соответствии с ч. 2 ст. 59 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ члены врачебной комиссии должны пройти обучение по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

Изменены и виды деятельности, составляющие медицинскую экспертизу. Ранее, согласно разделу IX Основ, медицинскую экспертизу составляли следующие 6 видов: экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы, независимая медицинская экспертиза. С 1 января 2012 года согласно ст. 58 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ к медицинской экспертизе относятся уже 7 видов: экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы, экспертиза профессиональной пригодности и связи заболевания с профессией, экспертиза качества медицинской помощи.

Таким образом, с 1 января 2012 года исключен такой вид экспертизы, как независимая медицинская экспертиза, и введены два «новых» вида: экспертиза профессиональной пригодности и связи заболевания с профессией и экспертиза качества медицинской помощи. При этом впервые на уровне законодательного акта (ст. 90 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ) предусмотрена обязанность организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в порядке, установленном руководителями указанных организаций.

Впервые на уровне законодательного акта (п. 5 ч. 2 ст. 73 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ) установлена обязанность врача сообщать уполномоченному должностному лицу медицинской организации информацию обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или в руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий. Указанная информация в последующем, в силу положений ч. 3 ст. 96 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ, должна быть направлена в Росздравнадзор.

В соответствии с положениями ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ расширен перечень условий, при которых допускается предоставление све-

дений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя. В частности, с 1 января 2012 года данный перечень предусматривает обязанность предоставления информации:

- 1) *в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю;*
- 2) *при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;*
- 3) *по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;*
- 4) *в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;*
- 5) *в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;*
- 6) *в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;*
- 7) *в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;*
- 8) *при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медпомощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;*
- 9) *в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного соцстрахования;*
- 10) *в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.*

С 1 января 2012 года, согласно ст. 16, ч. 2 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ, из перечня полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья исключено ранее предусмотренное ст. 6 Основ право устанавливать региональные стандарты медицинской помощи на уровне не ниже федеральных стандартов, установленных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и осуществлять контроль их соблюдения.

Положениями ст. 56 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ установлен новый порядок искусственного прерывания беременности по желанию женщины, допустимого при сроке беременности до 12 недель:

- не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:
 - а) при сроке беременности 4—7 недель;
 - б) при сроке беременности 11—12 недель, но не позднее окончания 12-й недели беременности;
- не ранее 7 дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности 8—10 недель.

Положениями ч. 3 ст. 70 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ впервые установлено право отказаться от проведения искусственного прерывания беременности при условии направления уведомления в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности должностному лицу (руководителю) медицинской организации.

Особо необходимо обратить внимание на положения ст. 100 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ, предусматривающие, что до 1 января 2016 года право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии

с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста. Сертификаты специалиста, выданные медицинским работникам до 1 января 2016 года, действуют до истечения указанного в них срока, при этом форму, условия и порядок выдачи сертификата специалиста должен установить уполномоченный федеральный орган исполнительной власти. В настоящее время на официальном сайте Минздравсоцразвития России (<http://www.minzdravsoc.ru>) в разделе «Банк документов» размещен проект приказа Минздравсоцразвития России от 26.12.2011 «Об утверждении формы, условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам», предусматривающий пятилетний срок действия сертификата.

Как было указано выше, в рамках одной статьи невозможно осветить все изменения, которые вносит в действующее законодательство о здравоохранении Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Вместе с тем мы надеемся, что данная статья привлечет внимание руководителей медицинских организаций и послужит иницилирующим фактором для более детального ознакомления с данным законом.

Донские медики подвели итоги работы

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

3 февраля 2012 года на расширенном заседании коллегии Министерства здравоохранения Ростовской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования были подведены итоги деятельности донской службы здоровья и намечены перспективы развития на 2012 год.

2011 год для здравоохранения области был годом масштабного обновления материально-технической базы отрасли и подготовки работы лечебно-профилактических учреждений в новых условиях, определенных федеральными законами «Об обязательном медицинском страховании» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». На модернизацию отрасли область получила весьма значительные средства, позволяющие провести системные изменения. Рациональное и эффективное использование выделенных финансовых ресурсов остается задачей номер один и на год текущий.

На развитие системы в 2011 году было направлено более 31 млрд рублей, что на 8 млрд больше, чем в 2010 году. Исполнение консолидированного бюджета в 2011 году составило 99%, а с учетом программы модернизации — 95%.

В течение 2011 года оставалось приоритетным развитие службы детства и родовспоможения. На полную мощность заработал Областной перинатальный центр, оснащенный самым современным медицинским оборудованием для выхаживания маловесных детей. За год работы центра в нем родилось около 4000 детей, из них 114 двоен, 4 тройни. Центр оснащен бесплатным доступом к беспроводному Интернету по системе вай-фай, внедрена «электронная регистратура», ведется работа по внедрению системы «электронная история болезни». Освоение новых технологий, оборудование и кадровый потенциал позволили Ростовской области с января

2012 года перейти на выхаживание маловесных и недоношенных детей массой более 500 граммов.

Создана хорошо зарекомендовавшая себя трехуровневая система оказания медицинской помощи детям, беременным и роженицам: областная детская больница, имеющая 7 специализированных центров, муниципальных детских больницы, выполняющие функции межрайонных центров — детские больницы в городах: Ростов-на-Дону, Волгодонск, Таганрог, Новшахтинск, Новочеркасск, Шахты, и муниципальные учреждения здравоохранения — центральные районные и городские больницы.

Создан центр «кризисной беременности» с сетью кабинетов для женщин, попавших в трудную жизненную ситуацию, при Областном центре планировании семьи и репродукции человека.

Продолжают функционировать 6 детских центров здоровья. В течение года осмотрено более 16 тысяч детей. Впервые проведена диспансеризация 14-летних подростков.

Для решения поставленных перед здравоохранением задач в Ростовской области функционирует 217 лечебно-профилактических учреждений, включая 172 учреждения, находящиеся в муниципальной собственности, 40 учреждений областной подчиненности, а также 5 федеральных учреждений здравоохранения. В области функционирует сеть специализированных учреждений противотуберкулезного, дерматовенерологического, наркологического, психиатрического профиля.

Кочный фонд учреждений здравоохранения области в 2011 году увеличился на 108 единиц и составил 33482 койки. Оборот койки в 2011 году составил 25,0, что на 0,5 больше, чем в 2010 году (24,5).

Продолжает развиваться кардиологическая служба. Вобласти функционируют 15 кардиологических отделений. Работа отделений построена по межтерриториальному

принципу с учетом минимального времени доставки пациента в стационар.

Работают Областной (региональный) сосудистый центр на базе ГУЗ РОКБ и 6 первичных сосудистых отделений в городах: Таганрог, Волгодонск, Шахты, Новочеркасск, Каменск-Шахтинский и Ростов-на-Дону, которые призваны оказывать экстренную медицинскую помощь больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом. Если раньше при возникновении инсульта или инфаркта проводилась консервативная терапия, то на сегодняшний день наиболее предпочтительным является использование хирургических высокотехнологических методов лечения. За год в сосудистых центрах проведено 74 процедуры тромболитика (3,2%), что выше среднероссийского показателя (2,5%). Работа в этом направлении позволила снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 6,6% к уровню 2010 года.

Развивается онкологическая служба. Благодаря средствам программы модернизации внедряются стандарты оказания специализированной онкологической медицинской помощи пациентам, создан единый областной регистр онкологических больных. Продолжается оснащение лечебных учреждений службы современным рентгенологическим, эндоскопическим оборудованием, аппаратами ультразвуковой диагностики, лабораторным оборудованием, что позволило значительно повысить качество диагностики онкологических заболеваний. Данные меры уже позволили добиться более ранней выявляемости онкозаболеваний (с 7697 случаев в 2010 году до 7778 — в 2011) и увеличения пятилетней выживаемости пациентов с онкопатологией (с 51,3% в 2010 году до 52,0% в 2011).

Новое развитие получила противотуберкулезная служба: за счет средств федерального бюджета в 2011 году закуплен компьютерный томограф для данной категории пациентов. В рамках программы модернизации ведется переоснащение рентгенологической службы муниципальных и областных ЛПУ.

В 2011 году снижена заболеваемость туберкулезом до 57,6 на 100 тысяч человек (средняя по РФ — 58,5). В 2012 году будет осуществлено переоснащение оборудованием ГУЗ «Специализированная туберкулезная больница» РО за счет средств областного бюджета. В перспективе развития службы и дальнейшего планомерного снижения заболеваемости туберкулезом, которая напрямую зависит от профилактической направленности проводимых мероприятий на 2012 год, за счет средств областного бюджета запланирована замена 6 из 13 передвижных флюорографов, еще 7 флюорографов будут приобретены в 2013 году.

Слаженная работа всех служб отрасли позволила добиться снижения смертности среди лиц трудоспособного возраста с 583,5 на 100 тысяч населения в 2010 году до 554,3 на 100 тысяч населения в 2011 году. Необходимо отметить, что в целом смертность в Ростовской области в 2011 году составила 14,7 (при 15,0 в 2010 году).

Вопрос льготного лекарственного обеспечения граждан является важной составляющей при оказании эффективной медицинской помощи. Для реализации программы ДЛО в 2011 году из федерального бюджета выделено более 1 млрд руб.

В течение 2011 года было проведено 738 торгов по закупке лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения — экономия составила около 80 млн руб. Для обеспечения пациентов по семи высокочувствительным

заболеваниям — это 1227 жителей области — отоварено рецептов на сумму 727,2 млн руб., средняя стоимость одного рецепта — около 53 тыс. руб. Учитывая тяжесть имеющихся заболеваний у данной категории пациентов, в области организована доставка лекарственных препаратов на дом.

В 2011 году у Минздрава РО возникли проблемы в обеспечении федеральных льготников лекарственными препаратами, не входящими в утвержденный перечень. Благодаря поддержке губернатора области В. Ю. Голубева, из резервного фонда выделено почти 25 млн руб., что позволило оказать лекарственную помощь 20 гражданам, страдающим тяжелыми хроническими заболеваниями, в том числе 12 детям-инвалидам.

На 2012 год из областного бюджета для обеспечения пациентов, страдающих сахарным диабетом, дополнительно выделено на 60 млн руб. больше по сравнению с 2011 годом, а для обеспечения других категорий больных увеличение составило 55 млн руб.

В 2011 году проведена большая работа по увеличению доступности оказания лекарственной помощи гражданам, проживающим в сельской местности, лицензировано 930 структурных подразделений лечебных учреждений на оказание фармдеятельности, что позволило организовать продажу лекарственных препаратов на ФАПх и снять социальную напряженность.

Для решения проблемы дефицита квалифицированных медицинских кадров и создания условий для привлечения молодежи в сельские районы области Министерством здравоохранения Ростовской области в течение ряда лет реализуется комплекс мероприятий в соответствии с федеральными и областными целевыми программами. В результате проделанной работы удалось увеличить укомплектованность учреждений здравоохранения Ростовской области с 70,5% в 2010 году до 72,5% в 2011 году.

Вместе с тем, в ряде городов и сельских районов области укомплектованность штатных должностей врачами остается низкой: Обливский район — 46,8%, Родионово-Несветайский район — 53,5%, Боковский район — 58,5%, Пролетарский район — 58,3%, Орловский район — 58,8%, Дубовский район — 62,4%, г. Новошахтинск — 47,5%, г. Гуково — 57,0%, г. Зверево — 57,3%, г. Каменск-Шахтинский — 57,5%, г. Шахты — 58,4%.

В области осуществляется государственная поддержка по улучшению жилищных условий работников здравоохранения в виде бюджетных субсидий для оплаты 40% от стоимости жилья и бюджетных займов для оплаты 60% от стоимости жилья.

В 2011 году государственная поддержка в приобретении жилья оказана 68 специалистам, в том числе 18 сельским врачам, при этом ассигнования из областного бюджета составили 100 млн рублей. С 2012 года финансирование программы увеличено до 120 млн рублей.

В рамках реализации областной долгосрочной целевой программы с 2012 года ежегодно будут осуществляться единовременные выплаты подъемных в размере 50 тыс. рублей 20 выпускникам медицинских вузов, давших свое согласие на трудоустройство на контрактной основе в территории с низкой укомплектованностью врачами, а 15 выпускникам интернатуры и ординатуры, трудоустраиваемым в города и районы области с самой низкой обеспеченностью врачами, будут осуществляться единовременные выплаты в размере 200 тыс. рублей.

По предложению Председателя Правительства Российской Федерации В. В. Путина вводятся дополнительные стимулы для врачей, переезжающих для работы в сельскую местность. Медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011–2012 годах после окончания медицинских вузов на работу или переехавшим из других населенных пунктов на работу в сельские населенные пункты на контрактной основе в этом году будет выплачиваться единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн рублей. Сегодня министерством готовятся документы для выплаты 35 врачам.

В рамках переданных полномочий по осуществлению государственного контроля качества оказания медицинской помощи и соблюдения лицензионных требований в 2011 году специалистами отдела экспертизы качества медицинской помощи было осуществлено 437 проверок. В сравнении с 2010 годом общее количество проведенных проверок выросло более чем в 2 раза.

Если оценивать меры, принятые по результатам проверок, то они стали более жесткими. Достаточно сказать, что в 3 раза возросло количество возбужденных дел об административных правонарушениях (20 в 2010 году и 61 — в 2011 году), в 2 раза увеличилось число выданных предписаний (120 и 242 соответственно). Общая сумма взысканных штрафов в 2011 году выросла почти в 5 раз (224 тыс. руб. и 1068 тыс. руб. соответственно).

Задачи на 2012 год

В рамках программы модернизации продолжится создание межрайцентров. Сейчас в области работает 7 межрайцентров, а к 2013 году их станет уже 30. Это будут медучреждения, оснащенные самым современным оборудованием. Таким образом охват населения области оказанием помощи в межрайцентрах составит 100%.

На укрепление материально-технического оснащения лечебно-диагностических учреждений области, включая проведение их капитального ремонта, оснащение современным лечебно-диагностическим оборудованием, приобретение модульных ФАПов из областного бюджета запланировано 60 млн руб.

В 2012 году внимание будет сконцентрировано на развитии сети диализных отделений для обеспечения населения области диализной помощью. На сегодняшний день это одна из важнейших нерешенных проблем. По состоянию на 1 января 2012 года, в Ростовской области 228 пациентов получают лечение программным гемодиализом, что составляет 47,2 пациента на 1 млн населения. Лист ожидания составляет 297 человек. Таким образом, ожидающих помощь больше, чем получающих, поэтому в рамках реализации частно-государственного партнерства проводятся мероприятия по созданию в муниципальных учреждениях области диализных отделений. Так, в Волгодонске заключен договор между администрацией города и ООО «Диализный центр Ростов». В соответствии с данным договором строительные работы на базе МБУ ГБСМП начаты с 12 января 2012 года, будет открыто отделение на 12 диализных мест. Также в IV квартале 2012 года планируется открытие отделения на 6 аппаратов в Таганроге и на 10 аппаратов — в Шахтах. В настоящее время ведутся подготовительные работы по проектировке и началу строительства областного центра амбулаторного диализа в Ростове-на-Дону на базе ГБУ РО ОКБ №2. В центре в амбулаторном

режиме диализную помощь будут получать 120 человек. Таким образом мы планируем снизить социальную напряженность в данном направлении и достичь обеспеченности 87,2 пациента на 1 млн населения (при среднероссийской обеспеченности 101,2).

Будет продолжаться дальнейшее развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи (кардиохирургия, онкогематология, травматология и т. д.). В 2011 году высокотехнологичную и специализированную медицинскую помощь получили более 10 тысяч пациентов (при плане 7500 человек), из них около 2500 человек — в ЛПУ областного подчинения. Если в 2011 году высокотехнологичная медицинская помощь оказывалась в двух областных медицинских учреждениях (ОДБ, РОКБ), то с 2012 года она будет оказываться также в ОКДЦ и Областном перинатальном центре, где будет проведена 131 процедура ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) за счет областного бюджета на сумму 16,3 млн руб.

В Ростовской области удалось в прошлом году восстановить санаторно-курортное долечивание больных после тяжелых заболеваний (острый инфаркт миокарда, инсульт, операции на желудочно-кишечном тракте).

В 2012 году продолжится информатизация здравоохранения, развитие телемедицинских технологий, которые сегодня внедрены во всех ЛПУ области, что позволит избавиться от очередей в поликлиниках, приблизит высококвалифицированную медицинскую помощь к удаленным сельским территориям.

Будет продолжаться реализация мероприятий по формированию здорового образа жизни у населения области.

Донская служба здоровья, располагая мощным лечебно-диагностическим потенциалом, имея многолетний опыт профилактической и восстановительной медицины, в 2011 году инициировала и реализовала комплексный медико-социальный проект «Тихий Дон — здоровье в каждый дом!», главная цель которого — увеличение средней продолжительности жизни жителей Ростовской области. Донские медики призвали всех представителей гражданского общества объединиться и включиться в активную работу по сохранению главной человеческой ценности — здоровья. Все помнят, с каким воодушевлением восприняли жители площадки здоровья, на которых работали специалисты из 165 лечебно-профилактических учреждений, трех медицинских колледжей. Площадки посетили более 70 тысяч человек. Проект стал победителем во Всероссийском конкурсе «Здоровая Россия» в номинации «Лучший региональный проект».

Завершая итоговое выступление, министр здравоохранения области Т. Ю. Быковская сказала: «В год 75-летия Ростовской области мы, медики, вновь обращаемся с призывом ко всем жителям Донского края продолжить партнерство ради здоровья, нацелившись на достижение достойной жизненной высоты — 75-летней средней продолжительности жизни. Это не популистское обращение, а приглашение каждого дончанина к постоянной совместной работе по сохранению здоровья. Сегодня средняя продолжительность жизни на Дону на год выше среднероссийской и составляет 71,3 года. Но я и мои коллеги уверены, что движение «Тихий Дон — здоровье в каждый дом!» приведет к достижению желанной для каждого человека цели — увеличению продолжительности жизни».

Здоровье матери и ребенка. Пути решения

Линде В. А., д.м.н., профессор, директор РНИИАП; Палиева Н. В., к.м.н., ученый секретарь РНИИАП; ФГБУ «РНИИАП» Минздравсоцразвития России, г. Ростов-на-Дону

Проблема охраны здоровья детей и матерей является одной из самых актуальных, поскольку именно состояние репродуктивного здоровья является определяющим в формировании трудового и жизненного потенциала нации. Еще большую значимость приобретает эта проблема в XXI веке в сложившейся сложной демографической ситуации. Некоторые специалисты называют ее демографической катастрофой. Население Российской Федерации в настоящее время стремительно сокращается, что представляет собой одну из наиболее серьезных угроз национальной безопасности России. Все большую тревогу вызывает ситуация, при которой поколение детей лишь на 60% замещает поколение родителей [1, 2, 3, 4].

В этой связи большое практическое значение имеет высказывание Президента Российской Федерации В. В. Путина в его выступлении при представлении ежегодного Послания Федеральному Собранию Российской Федерации еще в 2000 году, в котором прозвучала тревожная оценка демографической ситуации в стране. В частности, он сказал следующее: «Нас, граждан России, из года в год становится все меньше и меньше. Уже несколько лет численность населения страны в среднем уменьшается на 750 тысяч человек. И если верить прогнозам, а прогнозы основаны на реальной работе людей, которые в этом разбираются и этому посвятили всю свою жизнь, уже через 15 лет россиян может стать меньше на 22 миллиона человек. Это седьмая часть населения страны. Если нынешняя тенденция сохранится, выживаемость нации окажется под угрозой». В сложившейся демографической ситуации одним из самых актуальных вопросов стало проведение на государственном уровне эффективной демографической политики [5].

На сегодняшний день в нашей стране разработано системное направление — улучшение общего состояния здоровья женщин, детей и подростков и их репродуктивного здоровья, а также сокращение уровня материнской и младенческой смертности, которое поддерживается Программой по формированию здорового образа жизни и повышению ответственности людей за собственное здоровье. В задачах демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года поставлен показатель сокращения материнской и младенческой смертности не менее, чем в 2 раза [4, 6].

Большое значение для разработки мер, направленных на снижение уровня материнской смертности, имеют данные о структуре ее причин, среди которых выделяют: непосредственно акушерскую смерть вследствие акушерских осложнений беременности, родов или послеродового периода, либо вследствие ранее существовавших болезней или заболевания, развившегося во время беременности.

Профилактика и снижение материнской заболеваемости и смертности является одним из важнейших направлений деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, органов и учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации [1, 3, 7].

Мероприятия по снижению материнской смертности в последние годы осуществляются в комплексе мер,

определенных законодательными и ведомственными нормативно-правовыми актами в части охраны материнства и детства, развития и модернизации системы здравоохранения в стране, такими как национальный приоритетный проект «Здоровье» и Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 10 мая 2006 года [7].

В целом, учитывая структуру причин материнской смертности, мероприятия по ее профилактике и снижению должны быть направлены на совершенствование организационного обеспечения службы родовспоможения и повышение доступности и качества медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам за счет:

- укрепления материально-технической базы учреждений родовспоможения;
- развития сети перинатальных центров;
- внедрения современных организационных, перинатальных и стационар замещающих технологий;
- развития и совершенствования выездных форм неотложной помощи женщинам;
- расширения объемов оказания медицинской помощи;
- совершенствования подготовки и повышения квалификации медицинских кадров;
- обеспечения доступности и качества первичной медико-санитарной и специализированной, в том числе дорогостоящей, медицинской помощи;
- профилактики и снижения числа абортот и материнской смертности после абортов [2, 6].

Среди главных проблем, определяющих национальную безопасность России, особое внимание уделяется охране здоровья детского населения, поскольку затрагивает будущее страны, ее социально-экономическое развитие. Младенческая смертность является одной из важнейших медико-социальных характеристик общества, отражающих влияние комплекса неблагоприятных факторов на здоровье населения, таких как здоровье матери, качество и доступность медицинской помощи, социально-экономические условия и др. [8]. В последние годы (2002—2008 гг.) в России наметилась устойчивая тенденция к снижению показателей младенческой смертности — с 13,3 до 8,5‰.

Долгое время вес ребенка в 1000 грамм при рождении считался нижней «границей» жизнеспособности недоношенных детей. Научно-техническая революция 60—70-х годов XX века сделала возможным длительное поддержание жизнедеятельности крайне незрелых новорожденных. В 80-е годы эксперты ВОЗ приняли решение о новых критериях живо- и мертворождения, согласно которым выхаживанию подлежат недоношенные дети, родившиеся живыми, с гестационным возрастом не менее 22 недель и массой тела не менее 500 грамм [8, 9].

Российская Федерация с 1992 года приступила к поэтапному переходу на рекомендуемые экспертами ВОЗ

изменения критериев живорождения, определение перинатального периода с 22 недель беременности и государственной регистрации рождений детей с массой тела от 500 грамм [6, 10].

В августе 2008 года Минздравсоцразвития России был издан приказ №443 «О плане мероприятий Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на 2008—2012 годы по переходу субъектов Российской Федерации на современные технологии выхаживания детей, родившихся в сроки беременности 22 недели и более и/или с низкой и экстремально низкой массой тела, в соответствии с критериями регистрации рождений, рекомендованными Всемирной организацией здравоохранения». Согласно утвержденным Минздравсоцразвития России порядкам оказания акушерско-гинекологической (Приказ Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 №808н) и неонатологической медицинской помощи (Приказ Минздравсоцразвития России от 01.06.2010 №409н), регламентирована работа по модернизации стандартов оказания перинатальной помощи с учетом детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Одновременно происходит существенное обновление ресурсной, кадровой и технологической структуры учреждений, оказывающих помощь при родоразрешении и выхаживании крайне маловесных новорожденных, переоснащение отделений интенсивной терапии новорожденных специализированным оборудованием, необходимым для длительного выхаживания детей с ЭНМТ [10].

В последние года в Российской Федерации отмечается постепенное увеличение числа детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела. К числу причин, обусловивших данную тенденцию, относятся успехи в первичной реанимации и интенсивном выхаживании незрелых новорожденных (в первую очередь, снижение смертности от синдрома дыхательных расстройств и сопутствующей ему патологии) [10, 11].

Успешное выхаживание недоношенных новорожденных, в том числе детей с ЭНМТ, наряду с проведением лечебных мероприятий и созданием оптимальных условий среды во многом зависит от адекватного питания. Своевременно начатое и сбалансированное питание позволяет оптимизировать течение адаптационного периода и в дальнейшем снизить риск развития ряда заболеваний [9].

В настоящее время не подвергается сомнению, что определяющее значение для нормального прогрессирования беременности и в огромной степени для ее исхода имеют периоды эмбриогенеза и раннего фетогенеза. В связи с этим в последнее десятилетие как отдельный, особый раздел перинатологии развивается пренатальная диагностика. Чрезвычайная актуальность пренатальной диагностики обусловлена тем, что ежегодно в России рождаются около 100 тыс. детей с врожденными аномалиями; более 1 млн детей имеют ограничения жизнедеятельности, нуждаются в пожизненном попечении родителей и государства, в медицинской и социальной реабилитации. При этом стоимость содержания больного с врожденной патологией в год в 100—1000 раз превышает затраты на пренатальную диагностику [12].

В развитых странах мира правильная организация пренатальной диагностики с массовым обследованием женщин для выявления тяжелой, несовместимой с жизнью патологии плода и последующей его элиминации способствует снижению показателей младенческой

смертности, инвалидности и значительному сокращению количества случаев вторичной хронической патологии у детей [13]. Для эффективной пренатальной диагностики генетической патологии у плода следует учитывать наличие диагностических маркеров, определяющих патологию плода. В первую очередь это относится к врожденным порокам (ВПР) и аномалиям развития, выявляемым акушерским УЗИ в сочетании с исследованием материнских сывороточных маркеров. Арсенал методов пренатальной диагностики пороков развития достаточно обширен, постоянно увеличивается, а сами методы совершенствуются. Все методы пренатальной диагностики могут быть классифицированы, имеют свои показания и противопоказания, разрешающие возможности и определенный процент осложнений. Каждый из методов проводится в регламентированные сроки гестации, при которых то или иное исследование имеет наибольшую диагностическую информативность.

Методы пренатальной диагностики подразделяются на клинические, лабораторные и инструментальные. Клинические методы обследования в диагностическом процессе используют врачи-консультанты. Лабораторные и инструментальные методы пренатальной диагностики могут быть разделены на две большие группы: косвенные, когда об имеющейся патологии плода судят по изменениям в организме матери, и прямые, когда объектом исследования является плод или внезародышевые оболочки. Прямые методы пренатальной диагностики, в свою очередь, могут быть инвазивными и неинвазивными. Инвазивные методы во всем мире проводятся по строгим показаниям только в группах высокого риска и, как правило, однократно. В отличие от них косвенные или прямые неинвазивные методы обследования проводятся для динамической оценки состояния плода в течение всей беременности [13, 14, 15].

Среди косвенных методов пренатальной диагностики ВПР и хромосомных синдромов у плода особую значимость приобрело определение α -фетопротеина (АФП), β -хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) и неконъюгированного эстриола (Э3) в сыворотке крови беременных женщин. В последние годы активно используются некоторые другие материнские сывороточные маркеры ВПР у плода в I триместре беременности, например, такие как ассоциированный с беременностью плазменный белок-A (PAPP-A) и активин-A. Показана корреляция этих белков с наличием трисомии аутосом у плода с 10-й недели гестации. Особое место среди прямых методов пренатальной диагностики принадлежит кордоцентезу — методу, основанному на получении крови из вены пуповины плода с 20-й недели беременности. Преимущество этого метода, более сложного по сравнению с амниоцентезом, заключается в том, что кровь является более удобным объектом для исследования, чем амниотическая жидкость. Лимфоциты плода культивируются быстрее (в течение 2—3 дней) и надежнее, чем амниоциты. Исключается возможность контаминации материала материнскими клетками. Молекулярно-генетические варианты диагностики с помощью ПЦР не требуют культивирования клеток. В связи с возможностью плацентарного мозаицизма при культивировании клеток, осажденных из амниотической жидкости после диагностического амниоцентеза, кордоцентез во всем мире стал применяться все чаще. Риск осложнений при кордоцентезе не превышает 2,0% [13, 16, 17].

Современные методы молекулярной генетики позволяют проводить анализ любого фрагмента ДНК в геноме человека. Эти методы в настоящее время широко используются для ДНК-диагностики синдромов ВПР, где изменения ДНК являются практически единственной причиной дисморфогенеза. Важным достоинством ДНК-диагностики является возможность ее использования не только на пренатальной, но и на предимплантационной стадии [13, 18].

В последние годы предложено использовать преимплантационную диагностику, при которой у женщин, гетерозиготных по гену наследственных болезней, отбирают для оплодотворения только те яйцеклетки, которые не несут мутантный ген. Развитие методов преимплантационной диагностики было обусловлено в определенной мере неприемлемостью прерывания беременности для ряда семей [13].

Таким образом, комплекс методов пренатальной диагностики в современной системе мер предупреждения рождения детей с ВПР занимает одно из ведущих мест и представляет собой вторичную профилактику ВПР у детей. Постоянное совершенствование, разработка и внедрение новых методов изучения состояния плода позволят своевременно выявлять случаи хромосомной патологии и широкий спектр пороков развития на более ранних этапах внутриутробного развития и тем самым предотвращать рождение этих детей.

Актуальной остается тема преждевременных родов, ведь именно эта акушерская патология в значительной мере определяет перинатальную заболеваемость и смертность. На долю недоношенных детей приходится 60—70% ранней неонатальной смертности. Мертворождаемость при преждевременных родах превышает этот показатель при срочных родах в 8—13 раз [19].

Считается, что к преждевременным родам приводят четыре возможных механизма: активация материнской или плодовой гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, локальный или системный воспалительный процесс, маточное кровотечение и перерастяжение миометрия. В последние годы активно ведутся работы по поиску и определению значимости факторов прогноза преждевременных родов. Однако полученные результаты не позволяют на данный момент четко выделить критерии скорого начала преждевременных родов [20, 21].

Несмотря на все усилия научного и практического акушерства, частота преждевременных родов за последнее десятилетие не снижается. В первую очередь это связано с увеличением количества многоплодных беременностей (следствие широкого внедрения вспомогательных репродуктивных технологий), однако показатель преждевременных родов среди одноплодных беременностей также стал выше [19].

В современных условиях, характеризующихся сокращением детской популяции, необходимо применение новых вспомогательных репродуктологических технологий, позволяющих преодолевать самые тяжелые проявления женского, мужского и смешанного бесплодия. Применение экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) позволяет реализовывать функцию деторождения при таких формах женского бесплодия, которые ранее считались абсолютно бесперспективными для лечения [22]. Однако в нашей стране частота применения этого метода намного ниже истинной потребности в его использовании. Причиной является очень высокая стоимость попыток ЭКО, что делает невозможным их при-

менение большинством пациенток без поддержки государства [21].

В 2007 году утвержден стандарт медицинской помощи нуждающимся в ЭКО. Объем этой помощи ежегодно увеличивается, что способствует увеличению числа родившихся детей. С целью повышения доступности ЭКО за счет средств федерального бюджета в 2009 году в перечень медицинских учреждений помимо федеральных медицинских учреждений включены 7 региональных учреждений [19].

По данным на 1 января 2008 года, доля женского населения в общей численности населения Российской Федерации, а также число женщин фертильного возраста уменьшилось по сравнению с предыдущими годами. На фоне сокращения численности женского населения репродуктивного возраста отмечается нарастание негативных тенденций в состоянии их здоровья.

Анализ гинекологической заболеваемости среди женщин в возрасте от 18 лет и старше в Российской Федерации показал, что в 2008 году сохранился рост заболеваемости почти по всем классам болезней: увеличилось число случаев женского бесплодия (на 6,5% от уровня 2007 года), нарушений перименопаузального периода (на 8,0%), эндометриоза (на 3,4%), расстройств менструации (на 2,2%). Вместе с тем на 2,8% снизилась заболеваемость сальпингитами и оофоритами. В 2008 году отмечались положительные тенденции в состоянии репродуктивного здоровья девочек и девушек-подростков.

Обращает внимание рост числа случаев онкологических заболеваний репродуктивной системы у женщин, в том числе рака яичников (на 7,5% от уровня 2007 года), тела матки (на 3,7%), молочной железы (на 3,1%), шейки матки (на 0,6%). Выявляемость злокачественных новообразований молочной железы при профилактических осмотрах в 2009 году составила 25,0%, шейки матки — 28,2%, крайне низкой остается выявляемость рака яичников (9,2%) и рака тела матки (12,1%) [1, 2, 6].

Важной характеристикой состояния репродуктивного здоровья женщин является частота аборт, нередко приводящих к развитию гинекологических заболеваний, бесплодию, осложнениям беременности и родов. Несмотря на положительные тенденции, частота аборт в Российской Федерации все еще превышает показатели в экономически развитых странах, что во многом обусловлено малой долей женщин, применяющих эффективные методы контрацепции. По данным отраслевой статистической отчетности, в 2008 году только 23,6% женщин фертильного возраста использовали современные методы контрацепции, в том числе 12,9% — внутриматочную контрацепцию и 10,7% — гормональную, что значительно ниже аналогичного показателя в ряде европейских стран [1, 23].

На сегодняшний день гинекологическая эндокринология — одна из самых элитарных и динамично развивающихся областей медицинского знания. Можно смело сказать, что эта наука зародилась из чувства великой любви и глубокого уважения к Женщине — уникальному созданию, на которое свыше возложена великая миссия — продолжение рода.

Но чтобы родить здорового малыша, нужно начинать следить за своим здоровьем уже с периода становления детородной функции, когда, скорректировав еще незначительные, часто заметные только врачу нарушения, можно избежать больших проблем в будущем.

Планирование семьи, в соответствии с определением ВОЗ, включает комплекс мероприятий, одновременно способствующих решению нескольких задач: избежать наступления нежелательной беременности, иметь только желанных детей, регулировать интервалы между беременностями, контролировать выбор времени рождения ребенка в зависимости от возраста родителей, устанавливать число детей в семье. При рациональном применении методов контрацепции у супружеской пары открывается возможность отложить появление желанного ребенка до времени достижения определенного материального и социального благосостояния и/или регулировать интервалы между родами. Более того, ряд контрацептивных средств предохраняет от заболеваний, передаваемых половым путем, оказывает терапевтическое действие на репродуктивную систему, предотвращает развитие опухолевых процессов и др. Каждый второй аборт (даже без осложнений) впоследствии приводит к бесплодию, что значительно снижает репродуктивный потенциал нации. Немаловажная роль принадлежит методам контрацепции, применение которых позволяет регулировать рождаемость, главным образом путем предупреждения нежелательной беременности, что позволяет снизить материнскую смертность от искусственных абортов на 25—50% [24].

Беременность и прерывание беременности являются наиболее значительными рисками для здоровья, с которыми женщины сталкиваются в репродуктивном возрасте. Особенно это касается подросткового возраста, когда еще не сформировалась функция репродуктивной системы. Известно, что период полового созревания является критическим в жизни женщины, и влияние различных факторов (в частности, прерывание беременности) способствует нарушениям овариальной функции и приводит к эндокринному бесплодию. В течение последних 35 лет имеет место существенный прогресс в развитии новых методов контрацепции, включая переход от высоко- к микродозированным комбинированным оральным контрацептивам и от инертных внутриматочных средств к таким рилизинг-системам, как мирена. Были предложены такие новые формы контрацептивов, как влагалищное кольцо, контрацептивный пластырь, прогестинсодержащие инъекционные формы и импланты. В настоящее время для большинства женщин репродуктивного возраста всех цивилизованных стран оральные контрацептивы стали методом выбора. Со времени применения первого орального контрацептива эволюция гормональной контрацепции в мире шла двумя путями: снижение суточной дозы эстрогенов (до 15 мкг) и повышение селективности прогестагенов. Последние два десятилетия отмечены большими достижениями мировой контрацептивной науки и практики как в том, так и в другом направлении, позволившими добиться на сегодняшний день максимальной эффективности, безопасности и приемлемости при использовании гормональных контрацептивов. Прогестагены III поколения отличаются высокой селективностью, обладая большим сродством к прогестероновым рецепторам и очень низким сродством к андрогеновым рецепторам, не вызывают андрогенных эффектов в дозах, достаточных для подавления овуляции. Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции — важный шаг в улучшении доступа к качественной медицинской помощи в области планирования семьи и выбора современных безопасных методов контрацепции. Категория приемлемости определяется путем оценки

преимуществ или недостатков того или иного метода в конкретной ситуации [23, 24].

Анализируя вышеизложенное, становится очевидно, что развитие и совершенствование акушерско-гинекологической и педиатрической помощи в течение последних лет, внедрение в практическое здравоохранение современных медицинских технологий позитивно отразились на динамике младенческой и материнской смертности в Российской Федерации.

Программы, реализуемые в национальном проекте «Здоровье» с 2006 года («Родовой сертификат», строительство и оборудование перинатальных центров, оказание высокотехнологичной помощи женщинам и детям, проведение неонатального и аудиологического скрининга, работа по новому стандарту диспансерного наблюдения ребенка, подготовка к переходу на учет рождений в соответствии с критериями ВОЗ), также позволили снизить материнскую и младенческую смертность. В связи с этим продолжается оснащение отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных современным медицинским оборудованием и аппаратурой для выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела. С целью повышения профессионального уровня медицинских работников акушерско-гинекологической, педиатрической и неонатальной служб разрабатываются новые стандарты обучения.

Для решения приоритетных направлений в области акушерства, гинекологии и перинатологии в 2012 году будут продолжены встречи на Всероссийском и Региональном научных форумах «Мать и дитя». Очередной, шестой региональный научный форум «Мать и дитя» состоится в Ростове-на-Дону в период с 26 по 28 июня 2012 года. В рамках форума планируется проведение Пленума Правления Российского общества акушеров-гинекологов, посвященного проблеме преждевременных родов. Научная программа будет более глубоко освещать все вышеизложенные проблемы с позиций современных знаний.

Литература

1. Филлипов О. С., Гусева Е. В., Тютюнник И. Ф. Состояние и перспективы развития службы родовспоможения в Российской Федерации // Российский Вестник акушера-гинеколога. — 2010. — №2. — С. 4—7.
2. Широкова В. И., Филлипов О. С., Гусева Е. В. Итоги деятельности и основные направления модернизации службы родовспоможения в Российской Федерации // Акушерство и гинекология. — 2011. — №1. — С. 4—8.
3. Токова З. З., Тетрашвили Н. К., Ан А. В. Материнская смертность при преждевременных родах // Акушерство и гинекология. — 2010. — №6. — С. 97—101.
4. Сухих Г. Т., Юсупова А. Н., Павлова Ю. В., Ерофеева Л. В. Перспективы формирования национального законодательства в сфере охраны репродуктивного здоровья граждан в РФ // Акушерство и гинекология. — 2010. — №5. — С. 3—5.
5. Послание Федеральному Собранию РФ Президента В. В. Путина от 8 июля 2000 г.
6. Тезисы выступления Министра здравоохранения и социального развития России Т. А. Голиковой «О выполнении в 2007—2009 годах мероприятий плана реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, направленных на улучшение состояния здоровья женщин, детей и подростков».

7. Шарапова О. В., Баклаенко Н. Г., Королева Л. П. Материнская смертность в Российской Федерации в 2004 г. (по данным Минздравсоцразвития России), www.critical.ru/actual/obstetrics/russian_stat.htm.

8. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Смертность детско-го населения России. — М, 2009. — 328 с.

9. Беляева И. А., Яцык Г. В., Одинаева Н. Д., Тарзан Э. О. Современные проблемы выхаживания недоношенных детей: вопросы питания // Вопросы современной педиатрии. — 2011 — Т. 2. — №1. — С. 134—140.

10. Байбарина Е. Н., Сорокина З. Х. Исходы беременности в сроки 22—27 недель в медицинских учреждениях России // Вопросы современной педиатрии. — 2011. — Т. 2. — №1. — С. 17—22.

11. Сорокина З. Х. Выживаемость, состояние здоровья и особенности развития детей с экстремально низкой массой тела при рождении // Российский педиатрический журнал. — 2009. — №5. — С. 12—16.

12. Некрасова Е. С., Кащеева Т. К., Баранов В. С. Применение нового метода скрининга хромосомной патологии плода в первом триместре беременности // Медицинская генетика. — 2005. — 5(4). — 237 с.

13. Антонова И. В., Антонов О. В. Проблемы и перспективы развития пренатальной диагностики // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2009. — Т. 8. — №1. — С. 76—83.

14. Савельева Г. М., Панина О. Б., Курцер М. А. и др. Пренатальный период: физиология и патология // Российский Вестник акушера-гинеколога. — 2010. — №2. — С. 61—65.

15. Nyberg D.A., Souter V.L., El-Bastawissi A. et al. Isolated sonographic markers for detection of fetal Down syndrome in the second trimester of pregnancy // J. Ultrasound Med. — 2001. — 20. — P. 1053—1063.

16. Николаева Е. И., Голубев В. А. Оценка эффективности внедрения в деятельность территориальных учреждений приказа МЗ РФ от 20.12.2000 №457

«О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» // Акушерство и гинекология. — 2005. — №3. — С. 45—47.

17. Scott F., Coates A., McLennan A. Pregnancy outcome in the setting of extremely low first trimester PAPP-A levels // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaec. — 2009. — 49: 3. — P. 258—262.

18. Makrydimas G., Georgiou I., Bouba I. et al. Early prenatal diagnosis by celocentesis // Ultrasound. Obstet. Gynec. — 2004. — 23: 5. — P. 482—485.

19. Макаров О. В., Бахарева И. В., Кузнецов П. А., Романовская В. В. Современные подходы к прогнозированию преждевременных родов // Российский Вестник акушера-гинеколога. — 2007. — №6. — С. 23—27.

20. Выхристюк Ю. В. Преждевременные роды с экстремально низкой и низкой массой плода. Ближайшие и отдаленные результаты / Автореф. дисс. ... к.м.н. — М, 2005. — 24 с.

21. Тамазян Г. В. Медико-организационные подходы к решению проблемы бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий. // Российский Вестник акушера-гинеколога. — 2010. — №2. — С. 10—12.

22. Краснопольская К. В. Экстракорпоральное оплодотворение в комплексном лечении женского бесплодия / Автореф. дисс. ... д.м.н. — М, 2003. — 48 с.

23. Белоцерковцева Л. Д., Шахламова М. Н. Принципы выбора метода контрацепции в различные периоды жизни женщины // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2011. — Т. 10. — №6. — С. 74—79.

24. Савельева И. С. Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ: комбинированные оральные контрацептивы // Российский Вестник акушера-гинеколога. — 2010. — №3. — С. 64—74.

Дефибриллятор-монитор ДКИ-Н-11 «Аксион» — новые возможности в оказании экстренной медицинской помощи

Мубаракишин Р. Г., начальник отдела, ОАО Концерн «Аксион», г. Ижевск

ОАО Концерн «Аксион» серийно производит и реализует свою новейшую разработку — дефибриллятор-монитор ДКИ-Н-11 «Аксион» с функцией внешнего кардиостимулятора. Прибор не имеет аналогов в России.

Прибор создавался специально для оснащения автомобилей скорой медицинской помощи класса «С» (реанимобилям) по приказу Минздравсоцразвития РФ от 01.12.2005 №752.

Аппарат проходил медицинские испытания и подконтрольную эксплуатацию в нескольких медицинских организациях. В результате испытаний отмечено следующее.

«...Дизайн, массогабаритные характеристики прибора выгодно отличают его от других отечественных дефибрилляторов, применяемых для реанимации. Аппарат обладает достаточными для такого класса приборов функциональными характеристиками. Представленный прибор можно поставить в один ряд с лучшими

зарубежными образцами фирм Schiller и ZOLL. Эксплуатационная документация содержит достаточно сведений для освоения прибора медперсоналом...».

«...Наличие у прибора функции монитора с возможностью длительного наблюдения ЭКГ по нескольким отведениям, пульсоксиметрии, измерения АД является необходимым современным моментом для качественного улучшения оказания экстренной помощи. Дополнительные каналы контроля SpO₂ и АД достаточно функциональны и обеспечивают заявленную точность...».

Начальник ФГУ «З ЦВКГ им. А. А. Вишневского» МО РФ,
полковник медицинской службы С. Белякин

«...Техническое решение комбинированного электропитания прибора оптимально. Комплектация двумя аккумуляторными батареями, каждая из которых обеспечивает полноценную работу прибора,

рациональна для службы скорой помощи и позволяет эксплуатировать прибор в круглосуточном режиме. Зарядка аккумуляторных батарей осуществляется по алгоритму, сохраняющему их энергоёмкость и продлевающему срок службы...».

Директор ООО «Фирма «Амбуланс-мед»,
действительный член АМТН И. Г. Ваулин

«...Дефибриллятор-монитор-регистратор ДКИ-Н-11 отвечает существующим требованиям к такому классу приборов. Дефибриллятор может быть рекомендован к использованию в повседневной клинической практике отделений интенсивной терапии и в реанимационных отделениях лечебных учреждений МЗ РФ, а учитывая наличие блока автономного питания и относительно небольшой вес и габариты — в условиях оказания экстренной и неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе...».

Главный врач ГКБ №1
им. Н. И. Пирогова А. П. Николаева

Интересен отзыв, полученный в ходе эксплуатации в отделении реанимации и интенсивной терапии кардиологического профиля филиала №2 Главного военного клинического госпиталя им. Н. Н. Бурденко (г. Одинцово Московской области):

«... В режиме работы стимуляторов трансторакальной ЭКС, чреспищеводной ЭКС и эндокардиальной ЭКС аппарат работал устойчиво, эффективно, что также было удобно для эксплуатации в ангиографической операционной, когда нужен был и ЧПЭКС, и эндокардиальный ЭКС, и дефибриллятор одновременно (не нужно было нести с собой разные типы стимуляторов и аппаратов), что было очевидным плюсом при необходимости проведения транспортировки больных в тяжелом состоянии в другие лечебные учреждения. Наличие блока ЧПЭКС и эндокардиальной ЭКС неоднократно помогало оказывать помощь, когда подобного типа аппараты уже были заняты для оказания помощи другим пациентам, что также создало запас прочности по обеспеченности отделения оборудованием и повысило готовность отделения к оказанию неотложной помощи...».

Наличие аппарата такого типа в малых лечебных учреждениях позволит расширить возможности оказания неотложной помощи врачами анестезиологами-реаниматологами и кардиологами в условиях отсутствия или ограниченной доступности мониторов, чреспищеводных и эндокардиальных стимуляторов, что повысит уровень оказания медицинской помощи».

Начальник филиала №2 В. Т. Карпалов;
заведующий кардиологическим отделением для больных с инфарктом миокарда филиала №2 В. Б. Ярош;
начальник отделения реанимации и интенсивной терапии для больных кардиологического профиля филиала №2 А. Р. Бубнов;
ФГУ «ГВКГ им. Н. Н. Бурденко»

Прибор является развитием базовой модели ДКИ-Н-10 «Аксион». К существующим параметрам базовой модели добавлены новые:

- канал НИАД — измерение АД в автоматическом режиме в диапазоне 20—280 мм рт.ст. с абсолютной погрешностью ± 3 мм рт.ст.; защита от максимального давления более 300—330 мм рт.ст.;
- канал SpO_2 :
диапазон показания SpO_2 в пределах 0—100%;
диапазон измерения SpO_2 в пределах 60—100% с абсолютной погрешностью $\pm 3\%$;



- канал внешней кардиостимуляции (ЭКС):
а) работа в режимах: «фиксированный» (Fixed), «сверхстимуляция» (Overdrive), «по требованию» (Demand);
б) установка частоты 40—180 имп./мин. в режимах «фиксированный» и «по требованию», 40—250 имп./мин. — в режиме «сверхстимуляция». Шаг установки 10 имп./мин. Абсолютная погрешность частоты в диапазоне 40—100 имп./мин. и выше ± 2 имп., относительная погрешность частоты в диапазоне от 100 имп./мин. и выше $\pm 2\%$;
- в) установка длительности импульсов 20—40 мс с шагом 5 мс, абсолютная погрешность по установке длительности ± 1 мс;
- г) установка тока в импульсе 10, 20, 40, 80, 120, 160, 180 мА на нагрузке 500 Ом с относительной погрешностью $\pm 10\%$.

Для расширения областей применения прибора предусмотрена его работа в трех различных режимах кардиостимуляции: трансторакальный, эндокардиальный и чреспищеводный через соответствующие электроды. В базовую комплектацию входят электроды только для трансторакальной стимуляции. Электроды для других видов стимуляции поставляются по требованию заказчика за отдельную плату.

Появление на российском рынке дефибриллятора-монитора ДКИ-Н-11 «Аксион», обладающего характеристиками нескольких приборов, открывает новые возможности по качественному оказанию медицинской помощи в различных экстренных ситуациях.

**ОАО Концерн «Аксион»
426000, г. Ижевск, М. Горького, 90**

**Отдел продаж медицинской техники,
тел./факс: (3412) 72-43-29, 72-39-53, 72-39-27,
e-mail: med@axicon.udmlink.ru, сайт:
www.axion-med.ru; www.axionet.ru**

**Бюро гарантийного обслуживания:
тел./факс: (3412) 51-12-97; тел.: (3412) 56-06-33;
e-mail: bgomt271@mail.ru**

ОАО КОНЦЕРН «АКСИОН»

один из крупнейших отечественных производителей медицинской техники с более чем 40-летней историей



Основная производимая продукция — электрокардиографы и дефибрилляторы



Линейка электрокардиографов — от простейшего одно-/трехканального до «навороченного», производящего в автоматическом режиме расчет амплитудно-временных параметров ЭКГ (ЭК1Т-1/3-07 «Аксион», ЭК3ТЦ-3/6-04 «Аксион» с черно-белым или цветным дисплеем, ЭК3ТЦ-04 «Аксион»).

Дефибрилляторы представлены двумя моделями: ДКИ-Н-10 и ДКИ-Н-11.

Приборами «Аксион» можно оснащать практически все профильные отделения региональных и муниципальных ЛПУ, благодаря прекрасным техническим характеристикам приборов и гибкой ценовой политике предприятия при работе с дилерами.



ОАО Концерн «Аксион»

www.axion-med.ru, www.axion.ru
426000, г. Ижевск, ул. М. Горького, 90

Отдел продаж медицинской техники

тел./факс: (3412) 72-43-29, 72-39-53, 72-39-27,
e-mail: med@axion.udmlink.ru

Бюро гарантийного обслуживания

тел./факс: (3412) 51-12-97, тел.: (3412) 56-06-33, e-mail: bgomt271@mail.ru



РЕКЛАМА

Группа Компаний «Надежда-Фарм»

15 лет на медицинском рынке

Крупнейший поставщик лекарственных средств, медтехники, изделий медназначения и ветеринарных товаров в центральной части России и в Приволжском регионе.

Представительства организации расположены в 14 регионах России, в том числе в Волгограде

ГК «Надежда-Фарм» — дилер многих отечественных заводов-производителей и эксклюзивных поставщиков импортного медоборудования:

— стерилизационное и дезинфекционное оборудование, оборудование для утилизации медотходов производства «Фармстандарт-Медтехника» (Россия);
— медицинская и лабораторная мебель («Лабромед», Россия);
— аппараты УЗИ, оборудование для КДЛ, операционные светильники и столы, наркозно-дыхательные аппараты, мониторы, рентгенологическое оборудование (Mindray, Китай);

— шовный материал («Футберг», Белоруссия);
— эндоскопическое оборудование («Элепс», Россия);
— аппараты ИВЛ (Pulmonetic, США);
— наркозно-дыхательные аппараты (Spacelabs, США);
— аппараты ЭХВЧ («Фотек», Россия);
— шприцевые насосы, помпы (Aitek, Литва-США);
— хирургические лазерные аппараты («Лакха-Милон», Россия);
— фетальные мониторы (Oxford Medical, Англия);
— открытые реанимационные места (Fisher & Paykel, Новая Зеландия);
— неонатальные инкубаторы (Atom, Япония);
— аппараты ИВЛ для новорожденных (Acutronic-medical, Швейцария).

В ГК «Надежда-Фарм» входит сервисная служба ООО «Тамбов-Медик» — техническое и сервисное обслуживание, ремонт медтехники и средств измерений, контроль параметров рентгеновских аппаратов, компьютерных томографов и средств защиты



392003, г. Тамбов,
ул. Рылева, 53
тел./факс:
(4752) 52-31-78,
52-63-17, 52-35-28

e-mail:
medtech@hopetmb.ru
сайт <http://hopetmb.ru>

400048, г. Волгоград,
Шоссе Авиаторов, 126,
6-й этаж
тел./факс (8442) 99-67-20,
99-67-21, 99-67-23,
99-67-24, 99-67-25
e-mail:
nf-volgograd2@rambler.ru

РЕКЛАМА

ПРЕДУПРЕЖДАЕМ О НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ, НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМЛЕНИЕ С ИНСТРУКЦИЕЙ, ПОЛУЧЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Основные направления применения озона в сфере родовспоможения

Сибельдина Л. А., академик, профессор, д. б. н., к. ф.-м. н., генеральный директор ООО «Орион-Си»; Тышкевич Е. П.

Озон — бесценный подарок Создателя. Его уникальные свойства огромны и неограниченны. Это не фармацевтический препарат — сама природа заботится о нас. Великий и непревзойденный художник и целитель — Доктор Природа — благословил Человечество, принес в дар исключительную помощь и выдающееся благословение — Озон.

Лили Аркадьевна Сибельдина (на основе заключений мировой науки)

История применения человечеством «озоновых технологий» насчитывает более 150 лет. За такой продолжительный период времени использование озона получило достаточно широкое развитие практически во всех сферах жизнедеятельности человека. Инициатором использования «озоновых технологий» в медицине на протяжении 20 лет является московская научно-производственная компания «Орион-Си». Основные области ме-

дицины, в которых приборы компании превосходят отечественные и зарубежные аналоги по целому ряду параметров, это дезинфекция, стерилизация и лечение.

В 1992 году компания представила на рынок уникальный прибор озонатор ОП1-М, который на сегодняшний день остается самым портативным озонатором в мире, обладая при этом техническими характеристиками, позволяющими применять его практически во всех направлениях медицины. Об использовании «озоновых технологий» в сфере родовспоможения рассказала академик, профессор, доктор биологических наук, кандидат физико-математических наук, кавалер ордена «Звезда Отечества» и почетный гражданин России, генеральный директор ООО «Орион-Си» Лили Аркадьевна Сибельдина.

Как известно, начальной ступенью проверки состояния женского организма, определения наличия заболеваний, подтверждения беременности является **женская консультация**.

Стерилизатор озоновый окажет неоценимую помощь в работе данного типа учреждений, так как стерилизация сопутствующего инструмента позволяет перевести его из категории одноразового использования в многократную (гинекологические зеркала, различные зонды и т. д.). Обработка инструмента озоном в течение 3 минут в камерах 14, 40, 70 л делает его стерильным, благодаря чему возникает колоссальный экономический эффект.

В ряде случаев женщина в период беременности нуждается в лечении различных гинекологических заболеваний, таких как бели, герпес,



Лили Аркадьевна СИБЕЛЬДИНА, Генеральный директор ООО «Орион-Си», академик, профессор, д. б. н., к. ф.-м. н., кавалер ордена «Звезда Отечества», Почетный гражданин РФ

экзема шейки матки, вульвовагинит, воспаление фаллопиевых труб, кондиломы, пельвиоперитонит и др. Данные проблемы успешно решаются использованием **вагинальной инсуффляции** или местных аппликаций озонированным маслом (достаточно 5 мг озона).

Опыт применения озона в клинике МАФ г. Самары (тел. +7(846)234-17-43, 265-54-85) показал, что использование процедурной камеры «комбинезон» (2 раза по 20 минут) **полностью снимает токсикоз у беременных**.

На сегодняшний день целый ряд мировых клиник **снимают угрозу выкидыша** посредством введения озона в организм беременной (ректальная инсуффляция). Кафедрой акушерства и гинекологии Нижегородской государственной медицинской академии (профессор Г. О. Гречканев), доказано, что использование озона обеспечивает снятие угрозы выкидыша у 85% беременных женщин.

Следующим этапом оказания помощи в данном направлении является **перинатальный центр** (роддом).



ООО «Орион-Си» — Лауреат Международной Премии «ПРОФЕССИЯ — ЖИЗНЬ» в номинации «За достижения в области медицинского оборудования»

Роддом — это типовая больница, где остро стоят вопросы борьбы с внутрибольничными инфекциями (ВБИ). Наиболее активные из них — стафилококк и клебсиелла. При использовании озонных технологий» проблема с ВБИ решается на 100%.

Могу привести в пример несколько отзывов.

Мурманская область, тел. +7(8155)952-240, главный врач Е. В. Гусев: «...Терская ЦРБ использует с января 1998 года озонаторы (ОП1-М) «Орион-Си» в помещениях: родовом зале, коридоре акушерского отделения, коридоре общего отделения больницы (хирургия, гинекология, детское отделение, терапия)».

ГУЗ «Областной центр планирования семьи и репродукции» (г. Оренбург), тел. +7(3532)774-401, главный врач М. Г. Шухман: «Озоновый стерилизатор «Орион» используется в операционном блоке с марта 2004 года. Стерилизации подвергаются операционные лапароскопы, инструменты для лапароскопических операций, хирургический инструментарий. Ежедневная работа на протяжении трех лет показала высокую эффективность и надежность аппарата. Использование газообразного озона в качестве стерилизанта позволило сократить время стерилизации до 20—30 минут, что особенно эффективно при выполнении нескольких лапароскопических операций у больного с генитальной патологией. Проводимые исследования смывов на стерильность с инструментов после цикла стерилизации показали 100% стерильность инструментария».

Нужно подчеркнуть, что **родовые залы родильного отделения по своей сути являются операционными блоками**, и, учитывая специфику работы, каждый акушер — фактически хирург. Лежащая на операционном столе роженица со всеми сложнейшими нюансами — это хирургический пациент. А если требуется кесарево сечение, то это сложнейшая хирургическая операция. Поэтому все, что используется в хирургических отделениях, операционных блоках, применимо и здесь. Это и деcontаминация воздушной среды в оперзале, стерильность хирургического инструмента в кратчайшие сроки для принятия родов. Особый случай — когда мама



имеет инфекционные заболевания. Пока ребенок находится в палате, он защищен, но он может получить инфекцию при прохождении родовых путей (в зависимости от быстроты родов). В этом случае мы предлагаем непосредственно перед родами обработать родовые пути озоном максимальной концентрации (для сжигания инфекции). Детали методики мы готовы обсуждать.

В настоящее время применение озона в качестве стерилизации родового зала также является перспективным направлением (15—20 минут обработки озоном родового зала обеспечивает готовность родовой операционной к работе). **В роддоме хирургия чаще всего экстренная,**

так как приходится принимать внеплановые срочные роды. Поэтому постоянно должна иметься возможность оперативно подготовить зал к работе. **Используя стерилизатор озоновый «Орион» в течение 30 минут, врач получит стерильный хирургический инструмент, необходимый для работы.**

После родов озоном можно обрабатывать разрывы шейки матки, полученные во время родов; остановить обильное маточное кровотечение, избежать послеродовой эндометрии (в том числе после кесарева сечения) и инфицирования матки (орошение матки озоном через катетер).

С помощью озона также возможно защитить новорожденного от ВБИ. Для этого обрабатывается блок отделения новорожденных, инкубаторы. Только обработка озоном гарантирует стерильность инкубатора и защиту в отделениях новорожденных от основной инфекции — клебсиеллы. **В случае новорожденного с пониженным иммунным статусом мы рекомендуем произвести его обработку озоном (1 час в «комбинезоне»).** Такая процедура способствует созданию притока кислорода во все обменные процессы организма, поднимает иммунный статус ребенка в борьбе за собственную жизнь.

При сложных родах, когда роженица или ребенок требуют поддержки **реанимационного отделения**, возникает необходимость стерильности катетеров по введению донорской крови или лекарств (в качестве примера использования озонового стерилизатора могу привести роддом г. Норильска). Борьба с ВБИ на территории реанимационного отделения — наиболее эффективное решение с использованием озонатора «Орион-Си».

Стерилизатор озоновый «Орион» с любым объемом камеры может обеспечить стерильность катетеров, превратив их из одноразовых в многоразовые. Отключив озонатор от камеры, можно обеспечить лишнюю инфекций воздушную среду, в которой находится реанимационный пациент, тем самым создав оптимальные условия для скорейшего его выздоровления.

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

Дети с экстремально низкой массой тела при рождении. Перспективы выживания

Буштырев В. А., к.м.н., заслуженный врач России, главный врач ГБУ «Ростовский областной перинатальный центр», г. Ростов-на-Дону

Главное событие настоящего года в службе родовспоможения — это переход на критерии рождения, рекомендованные ВОЗ (приказ МЗиСР РФ от 27.12.2011 №1687н). С 1 января 2012 года регистрируются новорожденные, появившиеся на свет после 22-й недели беременности с массой тела от 500 грамм. Утвержден клинический протокол, в соответствии с которым должна оказываться медицинская помощь новорожденным, интенсивная терапия и выхаживание детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела (методическое письмо №15—0/10/2—11336 от 16.11.2011). Скорее всего, эти изменения приведут к увеличению показателей младенческой смертности, поскольку до января 2012 года в России новорожденные с массой тела при рождении до 1000 грамм и сроком беременности до 28 недель считались самоабортом. И только если такие дети прожили более 7 суток, они попадали в официальную статистику.

Переход на новые технологии выхаживания глубоко недоношенных детей, родившихся с экстремально низкой (ЭНМТ) — до 1000 грамм — и очень низкой массой тела (ОНМТ) — от 1000 до 1500 грамм, является одной из приоритетных задач, поставленных перед практическим здравоохранением. Именно поэтому, в рамках реализации национального проекта «Здоровье» и программы модернизации здравоохранения Ростовской области в декабре 2010 года был открыт современный перинатальный центр, в котором оказывают высокотехнологичную помощь женщинам и детям, родившимся раньше срока.

Оказание специализированной медицинской помощи недоношенным новорожденным с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении — высокотехнологичный и потому дорогостоящий процесс, требующий работы специально подготовленных кадров. И в Ростовском областном перинатальном центре такие кадры есть.

Кроме того, у специалистов перинатального центра уже имеется положительный опыт выхаживания мало-



весных детей. Большинство неонатологов пришли работать в перинатальный центр из педиатрического отделения для недоношенных детей МЛПУ «Городская больница №20» г. Ростова-на-Дону. Именно на базе этого отделения в 2001 году впервые в Ростовской области была организована реанимация для недоношенных новорожденных. Более чем за 10 лет спасено множество жизней, и только за последние три года работы наши неонатологи вывели более 150 детей, рожденных с экстремально низкой массой тела. Многие родители этих детей продолжают поддерживать с нами связь, так как знают, что нам не безразличны их судьбы.

В перинатальном центре созданы уникальные возможности для оказания медицинской помощи детям с экстремально низкой массой тела. На каждом этапе делается все возможное для улучшения перинатального прогноза. Реанимационная помощь начинается в родильном зале. Потребность в первичных реанимационных мероприятиях у детей, родившихся с массой тела 1000—1500 грамм, составляет от 25 до 50% случаев, а у детей с массой менее 1000 грамм — от 50 до 80%, и более.

На самом высоком уровне поставлена работа службы родовспоможения центра. В первую очередь, это пролонгирование беременности без риска для женщины и в интересах плода. Только в перинатальном центре с 22 недель беременность пролонгируется при подтекании околоплодных вод. Бережное родоразрешение — еще один важный этап, с которым прекрасно справляются акушеры-гинекологи центра.

Ростовскому областному перинатальному центру чуть больше года, но мы уже можем подвести первые итоги. Современный подход к диагностике и лечению



преждевременных родов и методы лечения, основанные на принципах доказательной медицины, являются ключевыми в широком комплексе лечебно-организационных мероприятий, направленных на оказание медицинской помощи женщинам с отягощенным акушерским анамнезом. В 2011 году в нашем перинатальном центре 3750 женщин познали радость материнства, родилось 3863 ребенка, в том числе 114 двоен и 4 тройни. Первая тройня знаменательна тем, что все дети родились с экстремально низкой и очень низкой массой тела (900, 980 и 1020 грамм). Сейчас им уже больше года, они здоровы и радуют своих родителей. А совсем недавно, 6 марта, мы выписали первую тройню, родившуюся в 2012 году, которая явилась уже пятой по счету с начала работы нашего центра. Сейчас у нас в отделении патологии беременности под наблюдением находится еще одна беременная женщина с тройней. И мы уверены, что благодаря знаниям и умениям нашего сплоченного коллектива для нее тоже настанет счастливый день выписки вместе со своими малышами.

В перинатальном центре в 2011 году зафиксирован один из самых низких показателей ранней неонатальной смертности — 2,07%, не было ни одного случая материнской смертности. Пролечено и выписано из отделения патологии новорожденных и недоношенных детей 13 новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении и 62 ребенка — с очень низкой массой. За сухими цифрами стоит напряженный труд большого коллектива, а также судьбы людей, в семьях которых осуществилась мечта о здоровом ребенке.

Эффективная интенсивная терапия и успешное выхаживание детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении являются одними из наиболее сложных медицинских задач, решение которых требует адекватного лекарственного обеспечения, хорошей технической оснащённости лечебно-профилактических учреждений, и, самое главное, высокой профессиональной квалификации врачебного и среднего медицинского персонала. В нашем центре 39% врачей имеют высшую и первую категорию, 21% врачей имеют научную степень, они передают свой опыт и умения молодым специалистам. В перинатальном центре ведется постоянная работа по совершенствованию знаний и практических навыков врачей и среднего медицинского персонала. Мы создаем клинические протоколы, проводим тренинги, внутренние и внешние аудиты.

В нашем центре внедряются высокотехнологичные современные перинатальные технологии. В первую очередь это неограниченный контакт ребенка с матерью, что очень важно для создания их эмоционального комфорта, а также для сохранения грудного вскармливания. В родильном зале, если состояние ребенка не требует интубации, его хотя бы на несколько минут кладут к маме на грудь. Если состояние женщины позволяет, она может посещать ребенка в реанимации, трогать его, разговаривать с ним, общаться столько, сколько сочтет нужным. Ребенок получает материнское молоко сразу же, в первые часы после рождения. Даже если он находится на парентеральном питании, то через зонд медленно, со скоростью 0,5 мл/час,



с помощью инфузионных насосов нативное молоко поступает в желудок.

Наиболее существенно изменились подходы к первичной реанимации глубоко недоношенных детей. Респираторная поддержка осуществляется высокотехнологичными аппаратами искусственной вентиляции легких и неинвазивной назальной СРАР-терапии с введением заместительной сурфактантной терапии — препарата, препятствующего спаданию альвеол.

Обязательно обеспечивается необходимый температурный режим. Детей, родившихся до завершения 28 недели беременности, с целью профилактики гипотермии сразу же помещают в пластиковый мешок, в котором проводят все необходимые манипуляции. Затем новорожденный из родильного зала или операционной в транспортном кувете попадает в отделение реанимации и интенсивной терапии, где для поддержания тепловой цепочки его переключают в современный кувет с регулируемой температурой и влажностью. С целью снижения тепловых и энергетических потерь на ребенка надевают шапочку, носочки и укладывают для создания физиологической, комфортной позы в специальную укладку «гнездо». Затем подсоединяют датчики следящей аппаратуры.

Для снижения сенсорных и зрительных нагрузок на незрелые рецепторы новорожденного в реанимационных залах перинатального центра на окнах — светонепроницаемые жалюзи, на куветах — защитные чехлы, персонал разговаривает только шепотом, звучит тихая классическая музыка. Все это минимизирует воздействие неблагоприятных внешних факторов на отдаленные последствия, снижая уровень заболеваемости и инвалидизации недоношенных детей.

Неонатологи-реаниматологи владеют виртуозной техникой постановки катетеров 500-граммовым малышам, сосуды которых такие тонкие, что их даже трудно увидеть. И через такие периферические катетеры ребенок получает инфузионную терапию, парентеральное питание.

Коллектив всего перинатального центра, не теряя ни минуты, стремится сделать все для спасения жизни и здоровья наших пациентов. Спасти и сохранить — главное кредо Ростовского областного перинатального центра.

Использование палочек ламинарии для подготовки шейки матки к родам традиционным и модифицированным способом

Гутикова Л. В., УО «Гродненский ГМУ», г. Гродно; Лискович В. А., УЗ «Гродненский областной клинический родильный дом», г. Гродно; Занько С. Н., УО «Витебский ГМУ», г. Витебск; Журавлев А. Ю., УЗ «Витебский областной клинический родильный дом», г. Витебск, Беларусь

В ряде клинических ситуаций (гестоз, задержка внутриутробного развития и антенатальная гибель плода, резус-конфликт) необходим способ расширения шейки матки, обладающий такими характеристиками, как эффективность и отсутствие системного влияния на организм матери и плода [1, 3, 4]. Этими свойствами обладают натуральные осмотические дилататоры — палочки ламинарий, изготовленные из морских водорослей.

Цель настоящего исследования: оценить эффективность использования палочек ламинарий (производитель ЗАО «Медицинское предприятие Симург», г. Витебск) для подготовки шейки матки к родам традиционным способом и в модификации авторов.

Материал и методы исследования

Проведена подготовка шейки матки к родам у 48 женщин с гестозом легкой степени, не имеющих противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути: 23 беременным (1 группа) интрацервикально вводили палочки ламинарий общепринятым способом, 25 беременным (2 группа) в цервикальный канал вводили палочки ламинарии с предварительным замачиванием 1/3 их дистального отдела в антисептическом растворе в течение 2 часов. Возраст беременных первой группы составил в среднем $23 \pm 2,3$ года, возраст беременных второй группы составил $21 \pm 2,8$ года. По паритету родов женщины из сравниваемых групп существенно не различались, отмечалось превалирование первородящих в обеих группах. Беременность у всех пациенток была доношенной (37—40 недель).

В первой и второй группах гестоз проявлялся, как правило, двумя симптомами, наиболее частыми из которых явилось сочетание гипертензии и протеинурии. Чистая форма гестоза отмечена у 9 женщин первой и 11 женщин второй группы. У остальных женщин гестоз был сочетанным. Всем беременным обеих групп проведено полное клиническое и лабораторное обследование, а также комплекс функциональных методов обследования, включающий ультразвуковое исследование с определением предполагаемой массы плода и кардиотокографию. Проведена клиничко-лабораторная оценка вагинального



отделяемого. Степень зрелости шейки матки определялась по 10-балльной шкале Бишопа. При суммарном числе баллов от 0 до 4 шейка матки считалась незрелой, 5 баллов и более — зрелой. В исследование не включались пациентки с оперативными вмешательствами на матке в анамнезе, вульвовагинитами и/или цервицитами. Контрольная оценка зрелости шейки матки производилась через 8 часов. Оценивалась эффективность палочек ламинарий, возникновение побочных эффектов, осложнений. Определялись условия для родоразрешения. При зрелой шейке матки (индекс Бишопа более 5 баллов) проводилась амниотомия с последующим родовозбуждением.

Результаты и обсуждение

Степень зрелости шейки матки после подготовки к родам достоверно возросла как в первой ($3,4 \pm 0,4$ до $6,5 \pm 0,3$), так и во второй группах ($3,5 \pm 0,2$ до $7,3 \pm 0,4$). Причем следует отметить, что после удаления предварительно инкубированных палочек ламинарий зрелость шейки матки была выше, чем после использования палочек ламинарий традиционным способом. Кроме того, динамика ИБ была достоверно ($p < 0,05$) выше во второй группе ($3,8 \pm 0,1$) по сравнению с первой ($3,1 \pm 0,2$). Жалоб на болезненные сокращения матки в период подготовки к родам женщины обеих групп не предъявляли. Интервал между амниотомией и полным раскрытием шейки матки составил в первой группе $5,6 \pm 0,4$ часа, во второй — $5,2 \pm 0,3$ часа, интервал между амниотомией и родоразрешением у беременных первой группы составил $6,3 \pm 0,3$ часа, во второй группе данный показатель был достоверно ниже ($p < 0,05$) и составил $5,5 \pm 0,3$ часа. Продолжительность первого периода родов составила $6,9 \pm 0,2$ часа в первой группе и $6,0 \pm 0,3$ часа — во второй ($p < 0,05$ по сравнению с первой группой). Общая продолжительность родов в первой и второй группах составила $7,1 \pm 0,5$ часа и $6,5 \pm 0,8$ часа соответственно. Регулярная родовая деятельность развилась до окончания подготовки шейки матки к родам после введения палочек ламинарий традиционным способом у 4 женщин, после использования предварительно инкубированных палочек ламинарий — у 8 женщин. Нами не отмечено ни одного эпизода ухудшения состояния плода за время подготовки шейки матки к родам в обеих группах. Частота преждевременного излития околоплодных вод в обеих



группах была примерно одинаковой (4 и 3 случая соответственно). Во время родов и в неонатальном периоде в обеих группах не наблюдалось инфекционных осложнений: ни у одной из пациенток не отмечено повышения температуры тела, не было случаев хориоамнионита. При оценке течения родов между группами были достоверные отличия в отношении интервала между амниотомией и родоразрешением, продолжительности первого периода родов. Роды через естественные родовые пути произошли у 20 женщин первой группы и у 23 женщин второй группы. В первой группе кесарево сечение произведено у 3 женщин. Основными показаниями для оперативного родоразрешения явились: слабость родовых сил, начавшаяся внутриутробная гипоксия плода. Во второй группе кесарево сечение произведено у 2 женщин в связи со слабостью родовых сил. Родилось 48 живых доношенных детей. Оценка по шкале Апгар 8 баллов и выше была у всех новорожденных первой и второй групп. Послеродовый период у женщин обеих групп протекал без осложнений.

На основании полученных данных можно заключить, что подготовка шейки матки к родам с помощью палочек ламинарий обеспечивает оптимальный уровень созревания шейки матки за счет контролируемого и управляемого расширения цервикального канала в результате возникновения радиального давления вследствие гигроскопичности. По нашим данным, увеличение этого свойства достигается путем предварительного замачивания палочек, что позволяет уменьшить время нахождения ламинарий в цервикальном канале, интервал между амниотомией и родоразрешением, продолжительность первого периода родов и их общую длительность. Таким

образом, применение палочек ламинарий дает возможность практически избежать осложнений в период подготовки шейки матки к родам, а также в родах, послеродовом и неонатальном периодах. Это особенно важно при акушерской патологии (в частности, при гестозе), поскольку ламинарии не провоцируют чрезмерные маточные сокращения и, как правило, не вызывают дистресс плода в связи с отсутствием влияния на артериальное давление и маточно-плацентарный кровоток [2].

Обнаруженная нами возможность использования гигроскопичных свойств палочек ламинарий на этапе их предварительной инкубации вне организма позволяет уменьшить время их нахождения в цервикальном канале с сохранением механизма действия, что открывает новые возможности более широкого использования эффективных, дешевых и экологически чистых натуральных осмотических дилататоров.

Литература

1. Абрамченко В. В. Современные методы подготовки беременных к родам. — СПб: ВСОК ВМФ, 1991. — 255 с.
2. Лискович В. А., Гутикова Л. В., Наумов И. А. Палочки ламинарий в комплексной подготовке шейки матки к родам при позднем гестозе // Медицинские новости. — 2005. — №6. — С. 107.
3. Гинекология: национальное руководство / Под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. — М: ГОЭТАР-Медиа, 2007. — С. 761—783.
4. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова, Л. Д. Белоцерковской. — М: Медицина, 2000. — С. 215—230.

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



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

Характеристика системы детоксикации ксенобиотиков при патологии беременности

Сараев К. Н., Гутникова Л. В., Машкина Е. В., Шкурят Т. П., НИИ биологии ЮФУ;
КДЛ «Наука»; г. Ростов-на-Дону

Репродуктивное состояние и деторождение — наиболее значимые показатели здоровья как индивидуума, так и популяции в целом. В условиях неблагоприятной демографической ситуации особенно актуально сохранение и развитие беременности у супружеских пар, желающих иметь детей. Многие мультифакторные заболевания, в том числе невынашивание и другие осложнения течения беременности, связаны с действием неблагоприятных факторов внешней среды, среди которых на первое место выходят разнообразные химические соединения. Попадая в организм в значительных количествах, ксенобиотики могут воздействовать на генетический аппарат и оказывать тератогенный эффект на плод. Поступление токсических соединений в организм обуславливает нарушение обмена веществ, нарушение физико-химической структуры клеток и тканей, вследствие чего возникают патологические изменения.

В зависимости от особенностей генотипа человек может сохранять устойчивость или, наоборот, обладать повышенной чувствительностью к ксенобиотикам [4]. Гены системы биотрансформации кодируют большую группу ферментов, участвующих в детоксикации ксенобиотиков и метаболизме лекарственных соединений. Процесс детоксикации условно разделяют на три фазы:

- активация ксенобиотиков с образованием промежуточных метаболитов;
- детоксикация, когда происходит превращение промежуточных метаболитов в растворимые в воде нетоксичные продукты;
- выведение.

Основными ферментами первой фазы являются цитохромы P-450, обуславливающие присоединение к ксенобиотикам новых или модифицирующих функциональных групп (–OH, –SH, –NH₂). Промежуточные метаболиты соединяются с эндогенными лигандами в процессе второй фазы биотрансформации, усиливая гидрофильную природу соединения, тем самым способствуя его выведению из организма. Образующиеся короткоживущие электрофильные метаболиты обладают токсическими свойствами [1].

Ко второй фазе относятся гены семейства трансфераз: глутатион-S-трансферазы (GST), N-ацетил-трансферазы (NAT), UDF-глюкозона-сульфотрансферазы (UGT). Ферменты второй фазы обеспечивают трансформацию электрофильных метаболитов в водорастворимые нетоксичные соединения, которые выводятся из организма.

Глутатион-S-трансферазы (GSTs) составляют группу ферментов, катализирующих детоксикацию широкого диапазона электрофильных субстратов и играющих существенную роль во второй фазе биотрансформации ксенобиотиков. Детоксикация достигается соединением ксенобиотиков с глутатионом, который облегчает нейтрализацию их электрофильного центра группой –SH. Связанные ксенобиотики легче вывести с мочой или желчью непосредственно, или с последующими промежуточными стадиями процесса превращения, в котором участвуют N-ацетилаза и транспептидаза. Глутатион-S-трансферазы участвуют в защите клеток от цитотоксического эффекта активных форм кислорода, в том числе и в фето-плацентарной системе, где основной формой фермента является GSTP1 [5].

Данные литературы о влиянии полиморфизма генов системы биотрансформации на течение беременности и развитие ее осложнений противоречивы.

Целью данной работы было исследовать частоту полиморфизма ряда генов первой фазы (цитохрома P-450 CYP1A1, алкогольдегидрогеназы ADH1B, альдегиддегидрогеназы ALDH2) и второй фазы системы детоксикации ксенобиотиков (глутатион-S-трансферазы GSTP1) у женщин с невынашиванием беременности в первом триместре и угрозой прерывания беременности во втором триместре.

Материалы и методы исследования

Для молекулярно-генетического исследования использовали образцы ДНК, выделенной из лейкоцитов периферической крови 18 женщин с невынашиванием беременности в первом триместре и 21 женщины с угрозой прерывания беременности во втором триместре беременности. В контрольную группу вошла 91 женщина с нормально протекающей беременностью. Все женщины подписали информированное согласие об участии в исследовании.

Полиморфизмы Ile462Val (A2455G) гена цитохрома P-450 CYP1A1 (MIM *108330), Arg47His (rs122) гена алкогольдегидрогеназы ADH1B (MIM +103720), Glu487Lys гена альдегиддегидрогеназы ALDH (MIM +100650), I105V гена GSTP1 (MIM *134660) исследовали методом аллель-специфичной полимеразной цепной реакции. Анализ основан на одновременном проведении двух реакций амплификации с двумя парами аллель-специфичных праймеров. Данный анализ позволяет выявлять как гетерозиготное носительство полиморфизма, так и гомозиготное состояние.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 представлены частоты генотипов по исследуемым полиморфизмам генов системы биотрансформации у женщин с невынашиванием беременности первого триместра. Как видно из данных таблицы, полиморфизмы генов цитохрома P-450 и альдегиддегидрогеназы в гомозиготном состоянии не выявлены в обеих группах женщин. Большая часть женщин как в контрольной группе, так и с невынашиванием беременности являются гомозиготами по нормальной аллели генов первой фазы системы детоксикации ксенобиотиков. Для генов ALDH2 и ADH1B выявлены статистически значимые отличия в частотах генотипов по исследуемому полиморфизму между контрольной группой женщин и группой женщин с невынашиванием беременности (табл. 1). У гетерозигот по полиморфизму Glu487Lys гена ALDH2 риск развития мультифакторной патологии возрастает в 40 раз. Гетерозиготы по полиморфизму Arg47His гена алкогольдегидрогеназы также характеризуются повышенным риском развития патологического процесса (OR=6,2). Для данных двух генов выявлены отличия и по частоте аллелей (рис. 1, 2). Частота аллели 487Lys гена ALDH2 в группе женщин с невынашиванием беременности первого

Частоты генотипов (%) по исследуемым полиморфизмам генов системы детоксикации ксенобиотиков среди женщин с невынашиванием беременности первого триместра

Ген, полиморфизм	Контроль (n=91)	Патология (n=18)	OR (95% ДИ)	χ^2
CYP1A1 Ile462Val				
Ile/Ile	78 (85,7%)	18 (100%)		2,92 P=0,23
Ile/Val	13 (14,3%)	0		
Val/Val	0	0		
ALDH2 Glu487Lys				
Glu/Glu	91 (100%)	15 (83,3%)	41,3 (2,0–839,8)	15,6 P=0,0004
Glu/Lys	0	3 (16,7%)		
Lys/Lys	0	0		
ADH1B Arg47His				
Arg/Arg	86 (94,5%)	14 (77,8%)	6,2 (1,4–27,75)	7,16 P=0,03
Arg/His	4 (4,4%)	4 (22,2%)		
His/His	1 (1,1%)	0		
GSTP Ile108Val				
Ile/Ile	38 (41,8%)	6 (33,4%)	2,31 (0,64–8,4)	1,77 P=0,41
Ile/Val	43 (47,3%)	8 (44,4%)		
Val/Val	10 (10,9%)	4 (22,2%)		

триместра составила 0,08, что статистически значимо выше по сравнению с контролем ($\chi^2=15,38$, $P=0,0001$). Мутантная аллель гена ADH1B более чем в 3 раза чаще регистрируется у женщин с патологией беременности ранних сроков ($\chi^2=4,19$, $P=0,04$).

Распределение частот генотипов и частот аллелей по полиморфизму Ile108Val гена глутатионтрансферазы одинаково в двух группах женщин. OR для гомозигот по исследуемому полиморфизму составило 2,3. Однако статистически значимых отличий между контролем и группой сравнения не выявлено.

При анализе частоты регистрации полиморфизма генов системы детоксикации ксенобиотиков у женщин с угрозой прерывания беременности во втором триместре выявлены статистически значимые отличия от контрольной группы для гена ALDH2 (табл. 2). Если контрольная группа представлена только гомозиготами по нормальной аллели гена, то в группе сравнения выявлено около 10% гетерозиготных носителей полиморфного варианта гена. Статистически значимо отличаются и частоты аллелей: в группе женщин с угрозой потери беременности во втором триместре доля мутантной аллели 487Lys выше по сравнению с контролем ($\chi^2=8,74$, $P=0,003$) (рис. 1).

По остальным исследуемым полиморфизмам генов системы детоксикации ксенобиотиков распределение частот генотипов и частот аллелей не отличается между сравниваемыми группами (табл. 2). Можно отметить повышение риска развития осложнений беременности во втором триместре у носительниц полиморфизма Arg47His гена алкогольдегидрогеназы (OR=3,6). Их частота в 3 раза выше по сравнению с контрольной группой.

Сочетанный анализ однонуклеотидного полиморфизма в генах ферментов системы детоксикации показал, что во всех группах женщин преобладает генотип, в котором нет исследуемых полиморфизмов. Анализ данных литературы показывает, что риск развития мультифакторной патологии повышается не столько при наличии полиморфного варианта отдельного гена системы биотрансформации, сколько при сочетании нескольких

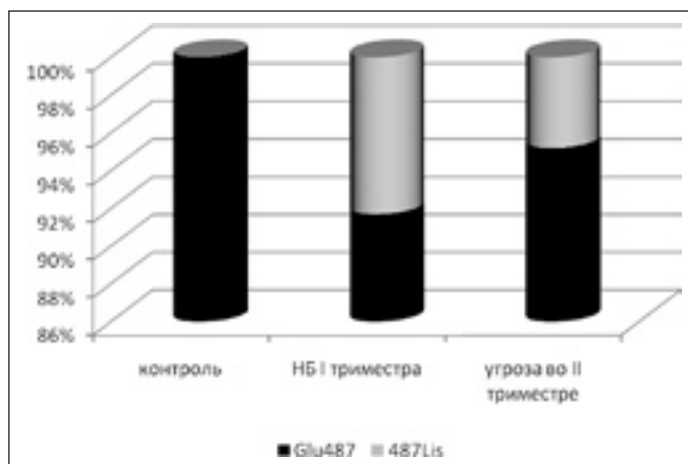


Рис. 1. Частота аллелей гена ALDH2 среди беременных женщин.

полиморфных маркеров, относящихся как к первой, так и ко второй фазе детоксикации ксенобиотиков.

Среди женщин контрольной группы только 6,6% имеют в своем генотипе одновременно полиморфные варианты генов ферментов как первой, так и второй фазы детоксикации ксенобиотиков. Среди женщин с невынашиванием беременности данный показатель в 3 раза выше и составляет 19,0%. Среди женщин с патологией беременности второго триместра доля лиц с мутантными вариантами генов обеих фаз системы биотрансформации составляет 14,3%.

Цитохром CYP1A1 активен по отношению к полициклическим ароматическим углеводам, этанолу, ацетону, ацетоацетату, ряду лекарств и биологически активных соединений, в том числе и эстрогенов [2]. Известно, что замена A2455G (Ile462Val) приводит к появлению «быстрой» формы фермента, что может обуславливать повышение концентрации промежуточных токсических продуктов в тканях организма. Последние способны запускать цепь биохимических реакций, модулирующих гормональную активность.

Частоты генотипов (%) по исследуемым полиморфизмам генов системы детоксикации ксенобиотиков среди женщин с угрозой прерывания беременности второго триместра

Ген, полиморфизм	Контроль (n=91)	Патология (n=21)	OR (95% ДИ)	χ^2
CYP1A1 Ile462Val				
Ile/Ile	78 (85,7%)	20 (95,2%)		1,41 P=0,49
Ile/Val	13 (14,3%)	1 (4,8%)		
Val/Val	0	0		
ALDH2 Glu487Lys				
Glu/Glu	91 (100%)	19 (90,5%)	23,46 (1,1–508,2)	8,8 P=0,01
Glu/Lys	0	2 (9,5%)		
Lys/Lys	0	0		
ADH1B Arg47His				
Arg/Arg	86 (94,5%)	18 (85,7%)	3,6 (0,75–17,6)	3,04 P=0,22
Arg/His	4 (4,4%)	3 (14,3%)		
His/His	1 (1,1%)	0		
GSTP1 Ile108Val				
Ile/Ile	38 (41,8%)	10 (47,6%)	1,35 (0,34–5,4)	0,61 P=0,74
Ile/Val	43 (47,3%)	8 (38,1%)		
Val/Val	10 (10,9%)	3 (14,3%)		

Алкогольдегидрогеназа помимо этанола участвует в метаболизме сердечных гликозидов, а альдегиддегидрогеназа необходима для детоксикации алифатических и ароматических альдегидов, оказывающих токсический эффект на организм человека. Известно, что ацетальдегид является высокореактивным соединением, вызывающим точковые мутации и aberrации хромосом.

Глутатион-S-трансферазы участвуют в конъюгации электрофильных соединений с восстановленным глутатионом, что обеспечивает внутриклеточный транспорт веществ с ограниченной водорастворимостью. Наличие полиморфных вариантов данных генов способно индуцировать снижение активности соответствующих ферментов, что влечет за собой накопление в клетках токсичных активированных электрофильных метаболитов, нерастворимых в воде. В результате увеличивается риск развития мультифакторных патологий, ассоциированных с воздействием внешних химических факторов.

Снижение активности ферментов второй фазы системы детоксикации ксенобиотиков нарушает метаболизм эндогенных и экзогенных химических соединений, способствует длительному сохранению в клетках промежуточных токсических веществ, в том числе и продуктов перекисного окисления липидов, что может провоцировать активацию свободно-радикальных реакций и развитие патологического процесса. Известно, что пониженная функциональная активность глутатион-S-трансфераз ассоциирована с повышенным риском развития гестоза. Более того, выявлена ассоциация между аллельными частотами и частотами мутантных генотипов с некоторыми показателями тяжести заболевания, например, с повышенной агрегацией тромбоцитов [3]. При таком генотипе может возникнуть проблема эффективности медикаментозного лечения пациенток.

Таким образом, установлена большая значимость полиморфизма генов системы детоксикации ксенобиотиков для формирования патологии беременности разных сроков.

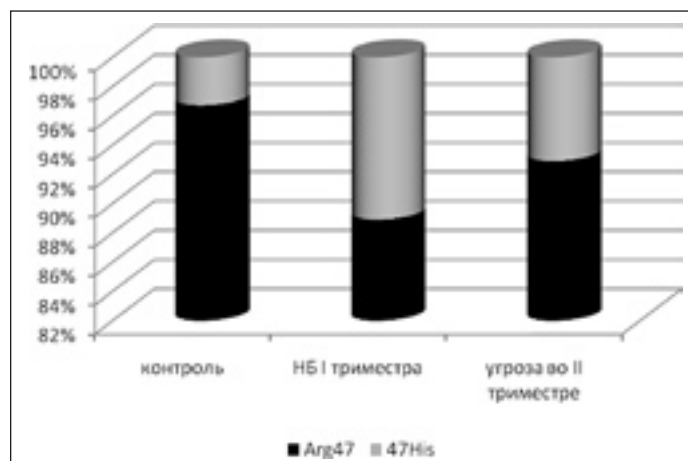


Рис. 2. Частота аллелей гена ADH1B среди беременных женщин.

Литература

1. Спицын В., Макаров С., Пай Г., Бычкова Л. Полиморфизм в генах человека, ассоциирующихся с биотрансформацией ксенобиотиков // Вестник ВОГиС. — 2006. — Т. 10. — С. 13.
2. Martucci C., Fishman J. P-450 enzymes of estrogen metabolism // Pharmacol. Ther. 1993. — V. 57. — №2–3. — P. 237–257.
3. Mozgovaia E., Malysheva O., Ivashchenko T., Baranov V. Genetic predisposition to pre-eclampsia: polymorphism of genes involved in regulation of endothelial functions // BJMG. — 2002. — V. 5. — №3–4. — P. 19–26.
4. Nebert D., Carvan M. Ecogenetics: from biology to health // Toxicol. Indust. Hlth. — 1997. — V. 13. — P. 163–192.
5. Zusterzeel P., Visser W., Peters W., Merkus H., Nelen W., Steegers E. Polymorphism in the glutathione S-transferase P1 gene and risk for preeclampsia // Obstet. Gynecol. — 2000. — V. 96. — P. 50–54.

В помощь практическому врачу: рекомбинантный интерферон альфа-2 в дерматовенерологии

*Полеско И. В., д.м.н., ГОУ ВПО РГМУ Росздрава; Малиновская В. В., д.б.н.,
НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи РАМН; г. Москва*

Арсенал иммуноактивных средств в настоящее время насчитывает несколько десятков препаратов, оказывающих иммуностимулирующее, иммунодепрессивное действие и нормализующих активность иммуногенеза.

К числу иммунокорректоров нового поколения, отвечающих за регуляцию центральных звеньев иммунитета и стимуляцию факторов неспецифической защиты, относятся интерфероны.

В результате исследований, проводимых в лаборатории онтогенеза и коррекции системы интерферона НИИЭМ им. Н. Ф. Гамалеи [1, 2], был выявлен ряд закономерностей интерфероногенеза, имеющих важное значение в развитии инфекционной патологии. Установлено, что при вирусной инфекции снижается антиокислительная активность плазмы крови, что влечет за собой усиление перекисного окисления липидов, а также снижение противовирусной активности интерферона на фоне нарушения рецепции поврежденными мембранами молекул интерферона и передачи сигнала внутрь клетки. В результате инфицирования и нарушения липидного обмена клеток происходит повреждение мембран лизосом, усиливающее активный выброс протеолитических ферментов в плазму, что приводит к ускорению инактивации молекул интерферона.

С учетом полученных закономерностей и для нормализации антиоксидантного состояния и протеазной активности плазмы крови в комбинацию с рекомбинантным интерфероном альфа были добавлены мембраностабилизирующие антиоксиданты в терапевтически эффективных дозах: альфа токоферола ацетат (витамин Е) и аскорбиновая кислота (витамин С) — коммерческое название ВИФЕРОН®. Данное сочетание позволило не только снять ограничения функциональной активности интерферона, но также оптимизировать и расширить спектр фармакологических эффектов препарата.

ВИФЕРОН® выпускается в трех лекарственных формах: суппозитории ректальные, мазь и гель.

В последние годы проблеме понимания роли иммунной системы в коже уделяется огромное внимание. Сложные механизмы патогенеза различных заболеваний стали рассматриваться с учетом регулирующей роли иммунологических комплексов.

Вследствие физиологических причин, воздействия триггерных факторов, микробной интоксикации происходит снижение иммунореактивности, ведущее к неспособности иммунной системы противостоять патогену или антигенному раздражителю, что в конечном итоге приводит к разбалансировке в базовых системах регуляции, нарушениям в нейроиммуноэндокринной системе, дисбалансу всей регуляторной системы гомеостаза и возникновению заболевания.

Таким образом, роль кожи в развитии и модуляции иммунного ответа бесспорна. Однако сложное строение и обилие функций, выполняемых разными слоями эпидермиса и дермы, определяют многообразие клинических проявлений и, соответственно, трудность в выборе терапии.

В связи с этим становится очевидным, что для достижения оптимального клинического результата

необходимо сочетанное применение лекарственных средств, действие которых направлено одновременно на санацию очагов поражения и восстановление функций иммунной системы.

Так, в исследованиях, проводимых по изучению клинико-патогенетических механизмов развития десквамативных поражений кожи у 320 больных себорейным дерматитом и себорейным псориазом [3], были получены данные, свидетельствующие о нарушениях в системе иммунологического реагирования. Динамика иммунологических показателей находилась в корреляционной зависимости от степени выраженности клинических симптомов и продолжительности клинического процесса. На начальных стадиях заболевания (до 5 лет) происходила активация иммунопатологических механизмов за счет вовлечения в реакции иммунологического реагирования различных звеньев иммунной системы. При продолжительности заболевания более 10 лет возникали признаки недостаточности Т-клеточного звена иммунитета (Т-киллеров), свидетельствующие о декомпенсации и показывающие необходимость назначения в комбинированную терапию иммунокорректирующих средств. В состав комбинированной терапии были включены ВИФЕРОН® суппозитории 500 000 МЕ 2 раза в день 3 раза в неделю и ВИФЕРОН® гель, содержащий 36 000 МЕ в 1 мл геля и антиоксиданты (токоферола ацетат, бензойная и лимонная кислоты), способствующие стабилизации клеточных мембран и обладающие способностью повышать эффективность иммунной защиты от инфекций, вызванных бактериями, вирусами и грибами. ВИФЕРОН® гель наносили 3 раза в неделю тонким слоем на очаги поражения на ночь под окклюзионную повязку. Курс лечения составил 21 день.

В результате проведенной терапии у больных десквамативными поражениями кожи произошла активация Th1 лимфоцитов CD4 хелперов и снижение CD8+ лимфоцитов, нормализация иммунорегуляторного индекса, снижение уровня апоптоза клеток (CD95), повышение уровня лимфоцитов с фенотипом цитотоксичности NK (CD16+ кл.) и В-лимфоцитов (CD19+). Также с коррекцией иммунологических нарушений был получен достаточно быстрый регресс клинических признаков воспаления. Положительный эффект начинал проявляться с 3—5-го дня после начала терапии. Клиническое выздоровление наступало в более поздние сроки. Ремиссия в среднем увеличилась на 6—8 месяцев.

В других работах, посвященных саркоме Капоши (СК) и коррекции иммунологических показателей, при сопутствующей воспалительной патологии урогенитального тракта [4] обнаружена недостаточность противoinфекционной (вирусной) и противоопухолевой защиты. У пациентов 1-й группы с хронической формой идиопатического типа СК отмечалось достоверное снижение количества (как относительного, так и абсолютного) NK и CD16—56+ субпопуляции NK, CD20+ зрелых В-лимфоцитов и повышенный уровень абсолютного числа Т-лимфоцитов и цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+). У пациентов 2-й группы с хронической формой идиопатического типа СК с сопутствующими воспалительными заболеваниями

органов мочеполовой сферы также отмечалось снижение числа лимфоцитов за счет снижения В-лимфоцитов, NK и CD16—56+ клеток. При изучении уровня продукции ИФН- α и ИФН- γ в обеих группах получены данные о снижении продукции интерферонов, что свидетельствует об истощении интерфероногенеза и патогенетически обосновывает включение в комплексную терапию препаратов интерферона. В связи с этим пациентам 1-й и 2-й групп наряду с традиционными методами лечения назначали ВИФЕРОН® суппозитории ректальные по 3 000 000 МЕ 2 раза в сутки, на курс 60 000 000 МЕ. После проведенного лечения у больных СК в обеих группах отмечалась тенденция к нормализации иммунного и интерферонового статусов: CD3+, CD4+, CD8+, CD20+, NK, CD16—56+, сывороточного интерферона. Клиническая эффективность у пациентов 1-й и 2-й групп выражалась в снижении интенсивности окраски кожных очагов, разрешения высыпаний, уменьшении явлений лимфостаза.

Накоплен значительный опыт применения препарата ВИФЕРОН® в терапии простого герпеса (ПГ). В работе Ж. А. Каграмановой и др. [5] препарат назначался женщинам с рецидивирующей герпес-вирусной инфекцией (ГВИ) различной локализации: генитальной, лабиальной, назальной и смешанной. Длительность заболевания составляла от 1 года до 32 лет, а степень тяжести варьировала от легкой до средне-тяжелой. ВИФЕРОН® применялся в виде ректальных суппозиториях по 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки, ежедневно в течение 10 дней. Анализ проведенного лечения свидетельствовал о клинической эффективности препарата у 90% больных ГВИ, пролонгации периода ремиссии и сокращении продолжительности рецидива.

Аналогичная схема применения препарата ВИФЕРОН® в виде ректальных суппозиториях по 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки ежедневно в комбинации с синтетическими нуклеозидами (валтрекс по 500 мг 2 раза в сутки или фамвир по 250 мг 2 раза в сутки) 10-дневными курсами использована у 30 больных с герпесассоциированной экссудативной эритемой (МЭЭ) [6]. Герпесассоциированная МЭЭ возникает на фоне частых рецидивов ПГ, напряженности иммунного ответа и предрасположенности к atopическому состоянию. Практически у всех пациентов до проведения лечения выявлены иммунологические дефекты, проявляющиеся в снижении интерфероногенеза ($p < 0,005$) и уровня IgA с одновременным увеличением продукции IgE, а также с преобладанием увеличенной спонтанной продукции над угнетенной индуцированной ИЛ-4 и ИЛ-6. В результате проводимой терапии у 21 пациента не отмечалось тенденции к нарастанию частоты обострений, а продолжительность рецидивов сократилась на 3 дня. Девяти больным с постоянным рецидивирующим ПГ проводился непрерывный курс синтетическими нуклеозидами в течение 5—6 месяцев с 10-дневным курсом препарата ВИФЕРОН® в начале каждого месяца. Данная терапия у всех пациентов позволила достичь клинической ремиссии в течение 1 года, нормализовать продукцию интерлейкинов ИЛ-4, ИЛ-6 и интерфероногенез.

При изучении механизмов персистенции и репликации герпетической инфекции было установлено цитопатическое действие герпес-вируса непосредственно на дендритные клетки, что способствует выраженным изменениям в иммуногенезе за счет ингибирования продукции ИФН [7]. В связи с этим необходимость назначения местных противовирусных препаратов является патогенетически обоснованной.

В исследованиях А. Н. Васильева и соавторов [8] для оценки эффективности местной терапии у 30 женщин с хронической герпетической инфекцией был применен препарат ВИФЕРОН® гель. У 63% больных диагно-

стирована локализованная форма генитального герпеса, у 37% — смешанная (генитальная и лабиальная). Лечение проводили в виде аппликаций тонким слоем на очаги поражения 4—5 раз в сутки в течение 5—6 дней. У 9 пациенток ВИФЕРОН® гель назначали в период предвестников заболевания, у 18 — в первый день начала обострения, 3 женщины получали препарат в активной стадии герпетического процесса.

При лечении повторных рецидивов гель применяли в период продрома или в первый день появления герпетических высыпаний. В результате оценки клинической эффективности у 67% женщин, получавших ВИФЕРОН® гель в период продрома, происходило купирование рецидива, у 33% — снижение степени интенсивности высыпаний. Пациентки второй группы, применявшие гель с момента клинических высыпаний, в 94% случаев отмечали стихание субъективных ощущений и отсутствие новых очагов поражения. У двух женщин было диагностировано купирование рецидива.

Все больные ($n=3$), лечение которых проводили в стадию выраженных клинических симптомов, на вторые сутки от начала терапии регистрировали уменьшение болевого синдрома, зуда и жжения. Регресс очагов поражения продолжался $5 \pm 2,3$ дня.

В результате клинического наблюдения в течение последующих 6 месяцев после проведенной терапии у 17% женщин отсутствовали повторные рецидивы, у 24% — ремиссия увеличилась с 60 ± 7 дней до 125 ± 12 дней (до и после лечения соответственно). При применении препарата ВИФЕРОН® гель в период продрома в 71% случаев наблюдали купирование рецидива, в 29% — сокращение длительности рецидива и выраженности герпес-вирусных проявлений.

Частота активных форм ПГ-инфекции растет за счет увеличения числа больных с иммунодефицитом, в частности, среди ВИЧ-инфицированных. Согласно данным ВОЗ и комиссии ООН, в конце 2007 года на Земле — 33,2 миллиона людей, зараженных ВИЧ/СПИДом. В настоящее время появились эффективные антиретровирусные препараты, позволяющие значительно продлить жизнь больных. В то же время отмечается рост количества пациентов с резистентными штаммами к существующим лекарственным средствам. В зарубежных работах, посвященных применению интерферона в лечении ВИЧ-больных, отмечено увеличение количества популяции CD4-клеток, что является признаком снижения антигенной нагрузки [9].

Целью работы Т. А. Набиева и М. И. Давидяна [10] явилось исследование препарата интерферона альфа 2 (ВИФЕРОН®) в комплексной терапии ВИЧ-инфицированных больных с различными типами вируса герпеса: орофациального, генитального, герпес-зостера, генерализованной формой простого пузырькового лишая, волосатой лейкоплакии языка и эпидемической формой диссеминированной саркомы Капоши (СК).

Иммунологические показатели у всех пациентов до проведения терапии характеризовались выраженными нарушениями в системе иммунологического реагирования: снижение содержания CD3+, CD4+-лимфоцитов ($42,3 \pm 6,12$ и $21 \pm 4,12\%$ соответственно), иммунорегуляторного индекса ($0,9 \pm 0,29$), трехкратное повышение циркулирующих иммунных комплексов ($42,4 \pm 4,76$ ед./мл).

Для восстановления иммунного гомеостаза наряду с традиционными методами лечения всем больным был назначен ВИФЕРОН® суппозитории ректальные 3 000 000 МЕ в сутки в течение 10 дней, на курс — 30 000 000 МЕ. При СК курсовая доза была увеличена до 120 000 000 МЕ.

В результате проведенной терапии отмечалась тенденция к повышению содержания CD4+ ($29,4 \pm 2,51\%$), иммунорегуляторного индекса ($1,42 \pm 0,19$), снижению уровня циркулирующих иммунных комплексов ($32,4 \pm 2,89$ ед./мл), нормализации показателей гуморального звена иммунитета.

Клиническая эффективность характеризовалась сокращением сроков эпителизации высыпаний при всех формах герпетической инфекции в среднем с $17,6 \pm 9,26$ до $10,6 \pm 4,01$ суток. У 78% больных в течение сроков наблюдения от 4 месяцев до 1 года рецидивов инфекции не регистрировалось. У больных с герпес-зостером сроки болевого синдрома сократились с 25–30 суток до $13,4 \pm 4,03$.

В настоящее время продолжается активное изучение применения ВИФЕРОН® в терапии заболеваний, вызванных папилломой человека.

С. И. Роговская, А. В. Жданов и соавт. [11] в исследовании интерфероновой системы у женщин с хронической папилломавирусной инфекцией (ПВИ) установили, что иммуномодулирующая терапия с применением препарата ВИФЕРОН® на протяжении одного месяца нормализует концентрацию ИФН в крови (39,4% пациентов) и продукцию ИФН- γ лимфоцитами в ответ на индукторы (87,9%), в то время как после монотерапии с применением лазера эти параметры улучшаются лишь в 13,2 и 7,6% случаев соответственно. Авторы делают вывод, что стойкое комплексное воздействие на собственную систему ИФН происходит при иммуномодулирующей терапии ПВИ.

С целью изучения влияния иммунокорригирующих препаратов на состояние интерфероногенеза [12] обследованы 20 женщин с множественными остроконечными кондиломами влагалища и вульвы, обусловленными ВПЧ-инфекцией (вирус папилломы человека), из них 12 пациенток получали ВИФЕРОН® суппозитории 500 000 МЕ по 1 свече интравагинально и ларифан по 2 мл внутримышечно в течение 10 дней, 8 больным лечение иммунными препаратами не проводилось. У пациенток 1-й группы в течение месяца после окончания терапии остроконечные кондиломы небольших размеров элиминировались в четырех случаях и значительно уменьшились в двух (50%), в то время как во 2-й группе экзофитные образования исчезли спонтанно лишь у одной (12%) женщины. При этом показатели интерферонового статуса у пациенток 1-й группы нормализовались или имели тенденцию к нормализации.

Таким образом, анализ представленных литературных источников свидетельствует о многочисленных клинических исследованиях и испытаниях различных лекарственных форм препарата ВИФЕРОН® (рекомбинантный альфа 2 интерферон), свидетельствующих о целесообразности и необходимости использования препарата в комплексной терапии заболеваний человека. Безусловно, назначение иммунокорректирующей терапии позволяет улучшить клинические показатели, сократить частоту рецидивирования, снизить болевой синдром, купировать субъективные ощущения, пролонгировать ремиссию, а также оказывать профилактическое действие для предотвращения осложнений и возникновения самой болезни.

Отсутствие побочных эффектов, хорошая переносимость, доказанная клиническая эффективность, а также разнообразие лекарственных форм продукции расширяет сферу применения препарата в различных областях современной медицины.

Литература

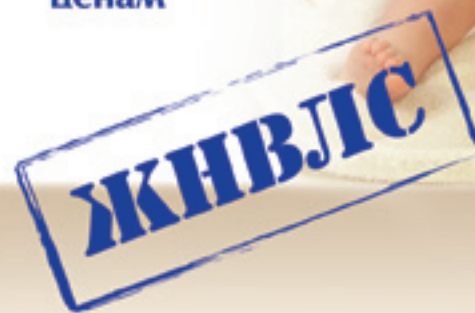
1. Малиновская В. В. Возрастные особенности системы интерферона / Автореф. дисс. ... д.б.н. — М, 1985.
2. Малиновская В. В. Ректальные свечи и устройство для их введения: патент 2024253, приоритет от 27.03.1991.
3. Полеско И. В. Клинико-патогенетические аспекты десквамативных поражений кожи / Автореф. дисс. ... д.м.н. — М, 2010.
4. Карташов М. Г., Малиновская В. В., Молочков А. В., Молочков В. А. Саркома Капоши. Коррекция иммунологических показателей при сопутствующей воспалительной патологии урогенитального тракта // Российский журнал кожных и венерических заболеваний. — 2004. — №6. — С. 10–16.
5. Каграманова Ж. А., Малиновская В. В., Парфенов В. В. Терапия рецидивирующей герпес-вирусной инфекции у женщин препаратом «Виферон-3» // Российский журнал кожных и венерических заболеваний. Приложение ГЕРПЕС. — 2008. — №1. — С. 44–46.
6. Халдина М. В., Иванов О. Л., Халдин А. А., Малиновская В. В., Мешкова Е. Н. Опыт применения виферона в профилактике герпесассоциированной многоформной экссулативной эритемы // Российский журнал кожных и венерических заболеваний. — 2005. — №5. — С. 51–53.
7. Peretti S., Shaw A., Blanhard J. et al. Immunomodulatory effects of HSV-2 infection on immature macaque dendritic cells modify innate and adaptive response // Blood. — 2005. — 106, (4): 1305–1313.
8. Васильев А. Н., Каграманова Ж. А., Малиновская В. В., Парфенов В. В., Выжлова Е. Н., Серова Е. В. Эффективность терапии рецидивирующей генитальной формы герпесвирусной инфекции препаратом виферон, гель для местного применения у женщин // Клиническая дерматология и венерология. — 2009. — №4. — С. 81–83.
9. Kreuterf A., Schught I. et al. JEADV. 11-th Congress. — Prague, 2002. — P. 35–16.
10. Набиев Т. А., Давидян М. И. Виферон в комплексном лечении герпес-вирусных поражений у ВИЧ-инфицированных пациентов // Российский журнал кожных и венерических заболеваний. Приложение ГЕРПЕС. — 2006. — №2. — С. 37–40.
11. Rogovskaya S.I., Zhdanov A.V., Loginova N.S. et al. Interferon system in women with genitalpapillomavirus infection receiving immunomodulatory therapy // Bull Exp. Biol. Med. — 2002. — 134 (5): 463–6.
12. Сухих Т. Г., Логинова Н. С. и др. Виферон в лечении заболеваний гениталий женщин, обусловленных папилломавирусной инфекцией. / Сб. трудов научно-практической конференции «Новые перспективы применения препаратов интерферона в педиатрии и гинекологии», С. 6–8.

суппозитории мазь и гель ВИФЕРОН®

ИНТЕРФЕРОН ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ РЕКОМБИНАНТНЫЙ АЛФА-2
С АНТИОКСИДАНТНЫМ КОМПЛЕКСОМ

● ВИФЕРОН® вошел
в список ЖНВЛС*

● ВИФЕРОН®
отпускается по
фиксированному
ценом



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

* жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства

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



ферон

ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

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





ООО «ФИРМА «ИНТЕРСЕРВИС»

**ПОСТАВКА, МОНТАЖ, РЕМОНТ,
ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ
ВСЕГО СПЕКТРА МЕДИЦИНСКОГО
ОБОРУДОВАНИЯ**

рентгеновское
стерилизационное
эндоскопы (гибкие, жесткие)
эндовидеосистемы
УЗИ-сканеры
кардиографы

ЭКОНОМЬТЕ ДЕНЬГИ И ВРЕМЯ, ДОВЕРЬТЕ ОБОРУДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛАМ!

г. Ростов-на-Дону, ул. Страны Советов, 28а
факс (863) 254-72-66, тел: 254-49-44, e-mail: inserdon@aanet.ru

РЕКЛАМА



ООО «Хемлайн»

**Российский производитель
дезинфицирующих средств**



Дезинфекция и мойка поверхностей



Дезинфекция крови и биологических выделений
Дезинфекция датчиков аппаратов УЗИ



Дезинфекция кушеток
Генеральная уборка в родильных домах и детских учреждениях



ДВУ и стерилизация
Дезинфекция при особо опасных инфекциях



Дезинфекция поверхностей
Дезинфекция медицинских отходов

...и ещё много
интересного на
www.dezinfekt.ru



Производитель: ООО «Хемлайн»
г. Москва тел. офиса: (495) 782 5996
Email: info@hemilain.ru

Дистрибьютеры на юге России:

КМВ г. Лермонтов ООО «Визар» (87935) 37-405
г. Сочи ООО «Валдесервис» (8622) 61-76-29
г. Сочи ООО «Дельрус Дон Сочи» (928) 854-23-32
г. Ростов на Дону ООО «Лана» (863) 291-07-83
г. Адыши ООО «Адышская меттехника» (918) 074-64-99

РЕКЛАМА

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения Ростовской области в 2011 году

*Соловьев М. Ю., руководитель Управления Роспотребнадзора по РО;
Каструбина Г. И., начальник отдела организации деятельности;
Управление Роспотребнадзора по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону*

Работа по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения Ростовской области осуществлялась по направлениям, определенным на 2011 год Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Особое внимание уделялось:

- повышению эффективности и результативности осуществления государственного контроля (надзора);
- обеспечению государственного эпидемиологического надзора за инфекционными и паразитарными болезнями, санитарной охране территории, обеспечению биологической безопасности;
- реализации соглашения Таможенного союза по санитарным мерам;
- эффективному расходованию бюджетных средств, исходя из целей и планируемых индикативных показателей деятельности, результативности бюджетных расходов;
- оптимизации структуры и штатной численности управления.

Проведенный в 2011 году комплекс мер, направленных на снижение инфекционной заболеваемости, позволил стабилизировать санитарно-эпидемиологическую обстановку в области. Не регистрировались случаи заболеваний по 42 нозологическим формам, достигнуто снижение заболеваемости по 30 нозологиям.

Наиболее существенное снижение заболеваемости произошло по острому вирусному гепатиту А, лихорадке Западного Нила (ЛЗН), острому вирусному гепатиту В, бактериальной дизентерии, токсоплазмозу, токсокарозу и эхинококкозу. Показатели заболеваемости по большинству инфекционных и паразитарных болезней, зарегистрированных в области в прошедшем году, были ниже среднероссийских.

Вместе с тем, отмечен рост заболеваемости корью (в том числе с формированием двух очагов внутрибольничного инфицирования в ЛПУ Ростова-на-Дону), коклюшем, краснухой, ветряной оспой, то есть инфекциями, управляемыми средствами вакцинопрофилактики. Такая ситуация отмечается впервые за много лет.

При расследовании вспышек выявлены существенные недостатки в организации плановой вакцинации и иммунизации по эпидпоказаниям, соблюдении противоэпидемического режима в ЛПУ, а также порядке оказания медицинской помощи заболевшим.

Был ужесточен контроль организации и проведения иммунопрофилактики инфекционных болезней в рамках национального календаря и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, достоверности проводимой иммунизации и качества ее планирования.

В целях успешного завершения процедуры сертификации территории Ростовской области как свободной от эндемичной кори и поддержания данного статуса приняты меры по обеспечению повсеместного высокого (не менее

95%) уровня охвата двукратной плановой иммунизацией против кори детского и взрослого населения.

После масштабной вспышки полиомиелита в Республике Таджикистан в 2010 году принимаемые меры и отлаженная система надзора за острыми вялыми параличами позволили предупредить распространение инфекции на территории области.

В 2011 году эпидемиологическая ситуация по природно-очаговым инфекциям была крайне напряженной: зарегистрировано 48 случаев Крымской геморрагической лихорадки (КГЛ), 16 случаев ЛЗН, 3 случая лептоспироза, 1 случай трихинеллеза и т. д.

Заболеваемость КГЛ в прошедшем году увеличилась в 3 раза по сравнению с 2010 годом, 3 случая закончились летальным исходом. Заболевания КГЛ были зарегистрированы на 18 территориях области. Рост заболеваемости КГЛ обусловлен сохраняющейся высокой численностью и расширением ареала зараженных клещей.

В целях обеспечения эпидемиологического благополучия по природно-очаговым и особо опасным инфекциям в области проводились мероприятия, направленные на своевременное утверждение смет и комплексных программных мероприятий по обеспечению санитарной охраны территории и предупреждению природно-очаговых и особо опасных инфекций среди людей. Направлялись предложения о включении в бюджеты муниципальных образований средств на проведение акарицидных, ларвицидных и дератизационных мероприятий в открытых станциях, сплошной дератизации муниципального жилья, а также объектов социальной сферы. Был обеспечен надзор за качеством выполнения дезинфекционных видов работ организациями дезинфекционного профиля. Организовано обследование открытых станций с целью определения численности и видового состава переносчиков природно-очаговых инфекций для своевременного проведения истребительных мероприятий. Кроме того, уделялось внимание вопросам профилактики бешенства, бруцеллеза, сибирской язвы и других болезней, общих для человека и животных (включая вакцинопрофилактику контингентов риска), решению проблемы бесхозных скотомогильников, улучшению взаимодействия ветеринарных служб на местах и Управления Россельхознадзора по Ростовской области.

В 2011 году управлением была продолжена работа по реализации национального приоритетного проекта «Здоровья».

В настоящее время против гепатита В в области привито более 49% населения, что позволило за период с 2006 года снизить заболеваемость этой инфекцией в 22,5 раза.

Эпидемическая ситуация по гриппу и ОРВИ в Ростовской области оценивалась как стабильно благополучная, показатели заболеваемости не превышали границы базовой эпидемической линии. Этому способствовали мероприятия по иммунизации населения: против гриппа в 2011 году привито более 1 млн человек, то есть каждый четвертый житель области.

Особое внимание уделялось предотвращению случаев завоза инфекционных заболеваний и обеспечению санитарной охраны территории Ростовской области. В связи с осложнением ситуации по холере на Украине и выделением токсигенной культуры холерного вибриона из воды Таганрогского залива совместно с ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» и референс-центром по холере — Ростовским противочумным институтом — проведен дополнительный комплекс профилактических и противоэпидемических мер, которые позволили предупредить случаи заболевания холерой среди населения области.

В связи с радиационной аварией в Японии на атомной электростанции «Фукусима-1» в морских портах и аэропортах области были организованы и проведены мероприятия, направленные на обеспечение радиационной безопасности населения.

В 2011 году в пунктах пропуска водного, воздушного и автомобильного транспорта на внешней границе Таможенного союза на территории Ростовской области санитарно-карантинному контролю подвергнуто более 176 тысяч транспортных средств.

Досмотрено на наличие инфекционных заболеваний около 872 тысяч лиц, въезжающих в Российскую Федерацию, среди которых выявлено 62 больных или подозрительных на инфекционное заболевание; 6635 партий подконтрольных товаров, из которых 114 партий были запрещены к ввозу на территорию Таможенного союза в связи с отсутствием документов, подтверждающих их безопасность.

Проводилась работа по выявлению случаев инфекционных заболеваний у иностранных граждан и лиц, въезжающих на территорию страны с целью осуществления трудовой деятельности. По итогам их медицинского освидетельствования подготовлено и направлено в Федеральную службу 29 проектов решений о нежелательности пребывания иностранных граждан или лиц без гражданства на территории РФ. Принятые решения направлялись для реализации в Управление Федеральной Миграционной службы по Ростовской области.

Управлением была активизирована совместная работа с другими государственными контрольными органами, осуществляющими деятельность в пунктах пропуска по вопросам санитарной охраны территории на внешней границе Таможенного союза.

Инициировано проведение 4-х межведомственных совещаний при Южном территориальном управлении Росграница и при Южном таможенном управлении, 54-х координационных советов. Ежемесячно в рамках приграничного взаимодействия осуществлялся обмен информацией по инфекционной заболеваемости и результатам санитарно-карантинного контроля с Донецкой и Луганской областными санэпидстанциями.

При реализации соглашения Таможенного союза по санитарным мерам управлением осуществлялось взаимодействие с представителями Торгово-промышленной палаты Ростовской области, общественной организации «Опора России», Министерства экономического развития Ростовской области и других заинтересованных организаций.

В рамках действующих документов комиссии Таможенного союза и нормативных правовых актов Российской Федерации, регламентирующих процедуры государственной регистрации, применялся упрощенный порядок административных процедур по переоформлению выданных документов, подтверждающих безопасность подконтрольных товаров и сроки их оформления.

В 2011 году управлением оформлено 1021 свидетельство о государственной регистрации продукции, 50% этих документов выдано в упрощенном порядке.

В 2011 году Управлением Роспотребнадзора по Ростовской области проведено 12412 плановых и внеплановых проверок, 2023 административных расследования.

Серьезное внимание уделялось проведению проверок по контролю исполнения предписаний об устранении выявленных нарушений: в структуре оснований проведения внеплановых проверок эти проверки заняли 57,7%.

В 2011 году в среднем выявлено 3 правонарушения на каждую проведенную проверку, административное расследование, в том числе на каждую плановую проверку — 8,3 (за аналогичный период 2010 года 2,1 и 4,6 соответственно).

С 35,2% до 33,8% снижен удельный вес проверок, по итогам проведения которых нарушения не выявлялись. Удельный вес безрезультатных плановых проверок снизился с 2% до 0,8%.

По итогам 63% проведенных проверок и 85% административных расследований по фактам выявленных нарушений возбуждены дела об административных правонарушениях, причем данный показатель по плановым проверкам составил 99,2%.

Несмотря на снижение на 9% количества проверок, общее количество назначенных административных наказаний, наложенных по итогам проверок, административных расследований, по сравнению с аналогичным периодом 2010 года снизилось незначительно — на 2%.

На 17% по сравнению с 2010 годом возросло число объектов, эксплуатация которых была приостановлена.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 16.07.2009 №584 «Об уведомительном порядке начала осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности», управлением как регистрирующим органом исполнительной власти в Ростовской области были обеспечены прием и регистрация уведомлений о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности: зарегистрировано 3305 уведомлений, что на 6% превышает показатель 2010 года.

В целях контроля соблюдения законодательства о санитарно-защитных зонах и охране атмосферного воздуха рассматривались обращения по согласованию земельных участков и проекты санитарно-защитных зон.

При рассмотрении проектов для анализа электромагнитной обстановки использовался метод картографирования электромагнитного поля, что позволило успешно решать задачи по осуществлению государственного санитарно-эпидемиологического надзора при монтаже сети цифрового телевидения на территории Ростовской области.

Одним из определяющих факторов охраны здоровья населения является его обеспечение доброкачественной питьевой водой.

В течение 2011 года специалистами управления было проведено 215 мероприятий по надзору в отношении юридических лиц, осуществляющих эксплуатацию водопроводов и очистных сооружений канализации населенных мест области.

В целях улучшения состояния водоснабжения и водотведения населенных мест Ростовской области главам администраций муниципальных образований, сельских поселений и юридическим лицам, эксплуатирующим водопроводы, направлены 175 предписаний (в 2010 году — 195) с предложениями по принятию мер по обеспечению эпидемиологической безопасности водопроводной питьевой, колодезной воды, подаваемой населению,

и сточных вод, сбрасываемых в водные объекты и на рельеф местности.

В адрес органов государственной власти и местного самоуправления для принятия управленческих решений было направлено 648 сообщений с анализом ситуации по состоянию водоснабжения и водоотведения. Проведено 75 областных, городских и районных комиссий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения по вопросам улучшения состояния водоснабжения и водоотведения населенных мест, снижения количества случаев кишечных инфекций, связанных с использованием недоброкачественной питьевой воды.

За выявленные нарушения санитарного законодательства в части обеспечения населения доброкачественной питьевой водой и охраны поверхностных водных объектов к административной ответственности было привлечено 343 юридических и должностных лица, из них 95 юридических лиц и 65 глав муниципальных образований, наложено штрафов на общую сумму 1 805 600 рублей, в органы прокуратуры направлено 32 материала.

Результатом проведенной работы стало улучшение качества питьевой воды в водопроводной сети населенных мест: процент проб, не отвечающих гигиеническим требованиям по микробиологическим показателям, снизился с 6,0% до 4,9%, по химическим — с 47,1% до 39,5%.

В Ростовской области сохраняет свою актуальность и проблема соблюдения требований санитарного законодательства при обращении с отходами производства и потребления и организации санитарной очистки в населенных пунктах области.

Основными нерешенными вопросами остаются: отсутствие в области системы управления отходами, отсутствие системы селективного сбора, вывоза и переработки отходов, в том числе ртутьсодержащих, наличие несанкционированных мест захоронения отходов, нарушение эксплуатации существующих полигонов и усовершенствованных свалок отходов, отсутствие современных полигонов для опасных промышленных отходов, неудовлетворительная организация системы сбора и утилизации медицинских отходов.

По-прежнему низким остается охват населения централизованной системой санитарной очистки, который в городах составил от 80 до 100%, а в сельских населенных пунктах — от 0 до 85%. В 64% населенных пунктов области планомерно-регулярная система сбора и вывоза отходов вообще не организована.

Управлением был обеспечен контроль выполнения решения санитарно-эпидемиологического совета от 29.09.2011, которым поставлены задачи повышения мер административного воздействия к муниципальным образованиям, юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, эксплуатирующим полигоны и свалки ТБО, осуществляющим деятельность по сбору и вывозу ТБО, в случае несоблюдения ими санитарного законодательства.

Было обеспечено информирование глав городов и районов о сложившейся обстановке на территориях с постановкой перед ними вопросов по ликвидации несанкционированных свалок на территориях сельских поселений, увеличению охвата централизованной планомерно-регулярной санитарной очисткой населенных пунктов районов области.

В 2011 году специалистами управления и его территориальных отделов при проведении проверок в отношении хозяйствующих субъектов за выявленные нарушения санитарного законодательства РФ при обращении с от-

ходами потребления и организации санитарной очистки населенных мест было привлечено к административной ответственности 395 должностных и юридических лиц, в том числе — 107 органов местного самоуправления и их должностных лиц. Общая сумма наложенных штрафов составила 3 061 000 руб.

Одним из важнейших факторов, влияющих на здоровье детей, является организация образовательного процесса, содержание обучения, решение вопросов отдыха и занятости школьников в период летних каникул.

По сравнению с 2010 годом, в отчетном году снижено количество детских и подростковых учреждений, отнесенных к третьей группе санитарно-эпидемиологического благополучия, с 1,6% до 1,1%. Снизился также удельный вес замеров параметров микроклимата, не соответствующих гигиеническим нормативам — с 3,4% до 2,1% в 2011 году.

Целенаправленная деятельность по надзору за организацией питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях способствовала увеличению их охвата горячим питанием с 78,0% в 2010 году до 80,5% в 2011 году.

Однако сегодня приходится говорить и о том, что требования по санитарно-эпидемиологической безопасности организации обучения и воспитания детей в образовательных учреждениях разных видов и типов, предельно допустимой образовательной нагрузки для детей дошкольного и школьного возраста зачастую не выполняются. За нарушения санитарного законодательства в ходе контрольно-надзорных мероприятий за реализацией приоритетных национальных проектов «Образование» и «Наша новая школа» наложено около 2 тыс. штрафов на сумму более 11 млн руб., передано на рассмотрение в суд 110 дел.

В ходе проведения летней оздоровительной кампании 2011 года были проведены проверки в отношении 87 поставщиков продуктов питания в летние оздоровительные учреждения. За выявленные нарушения требований санитарного законодательства оштрафовано 81 должностное лицо на сумму 711 500 руб.

В целом по итогам проверок детских лагерей наложено 899 штрафов на сумму 1 563 800 руб. Передано на рассмотрение в суд 11 дел, по 9 из них приняты решения о привлечении к ответственности.

Принятыми мерами в 2011 году была обеспечена стабильная санитарно-эпидемиологическая обстановка в период летней оздоровительной кампании. Выраженный оздоровительный эффект составил 91,3% в сравнении с 92,4% в 2010 году.

Одним из приоритетных направлений деятельности управления в 2011 году было участие в мероприятиях, направленных на реализацию доктрины продовольственной безопасности Российской Федерации, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 30.01.2010 №120. В рамках реализации указанной доктрины продолжался контроль соответствия требованиям законодательства Российской Федерации пищевых продуктов, в том числе импортированных, на всех стадиях их производства, хранения, транспортировки, переработки и реализации.

По результатам надзора особо следует отметить ухудшение качества рыбной продукции: процент нестандартных проб по микробиологическим показателям составил 40% против 6% в 2010 году. Удельный вес нестандартных проб по физико-химическим показателям также достиг 40% (в 2010 году — 7%), при этом отмечалось несоответствие проб вяленой рыбы по массовой доле влаги, проб глазированной мороженой рыбы и морепродуктов по массе глазури.

Зарегистрировано 3 случая заболевания ботулизмом с количеством пострадавших 3 человека от употребления рыбной продукции, приобретенной на предприятиях продовольственной торговли г. Новочеркаска, поселка Чертково и хутора Рябичев Волгодонского района.

По фактам нарушений законодательства в сфере производства и оборота рыбы и рыбопродуктов наложено 453 штрафа на сумму 1 349 900 руб., 3 материала переданы в следственные органы и прокуратуру.

Кроме этого, в 2011 году были зарегистрированы случаи заболеваний населения сальмонеллезом при употреблении продукции промышленного производства, в том числе универсама ЗАО «Торговый Дом «Перекресток», гипермаркета ООО «О'Кей», ресторана «Рис» в г. Ростове-на-Дону, ООО «Маркет» в г. Таганроге.

Материалы в отношении всех виновных лиц переданы в органы внутренних дел с целью возбуждения уголовных дел. Деятельность объектов приостанавливалась решением суда на 30—60 суток, за нарушения действующего законодательства виновные привлекались к административной ответственности.

В целом по результатам надзорных мероприятий управлением в 2011 году забраковано 1225 партий в количестве 42,6 тонны некачественных и опасных пищевых продуктов и продовольственного сырья, что в 1,7 раза больше, чем в 2010 году.

Результаты проведенного радиационно-гигиенического мониторинга свидетельствуют о том, что радиационная обстановка на всей территории области, в том числе и в зоне возможного влияния Ростовской АЭС, в сравнении с 2010 годом существенно не изменилась и остается в целом стабильной.

Вместе с тем, в 2011 году увеличилось число внештатных ситуаций радиационного характера, которые в основном были связаны с выявлением партий лома черного металла, не отвечающего требованиям радиационной безопасности. Во всех случаях в рамках действий межведомственных комиссий был осуществлен возврат металлолома грузоотправителю в Казахстан.

Еще одним направлением деятельности службы является социально-гигиенический мониторинг.

По предварительным данным, показатель рождаемости в Ростовской области в динамике с 2007 года вырос с 10,2 на 1000 населения до 10,8 в 2011 году. Показатель смертности снизился — с 14,9 в 2002 году до 14,3 в 2011 году.

В динамике с 2006 года заболеваемость населения с впервые установленным диагнозом снизилась с 810,16 на 1000 населения до 807,5.

Наблюдается тенденция к росту показателей заболеваемости по таким классам болезней, как заболевания органов пищеварения, болезни мочеполовой системы, болезни органов дыхания, болезни крови, новообразования, болезни эндокринной системы.

Неблагополучными территориями с высоким уровнем заболеваемости детей стали города: Новочеркасск, Таганрог, Донецк, Каменск-Шахтинский, Азов, Шахты, Ростов-на-Дону, Батайск, а также районы: Бокровский, Егорлыкский, Мясниковский, Пролетарский, Тарасовский.

По результатам социально-гигиенического мониторинга подготовлены аналитические материалы главам муниципальных образований для принятия мер, направленных на улучшение санитарно-эпидемиологической обстановки.

Деятельность руководящего состава управления и подведомственных организаций Роспотребнадзора в Ростовской области в 2011 году была направлена также на организацию защиты населения и территорий Ростовской области от чрезвычайных ситуаций санитарно-эпидемиологического, природного и техногенного характера, в том числе и в условиях возможных террористических актов, а также на подготовку органов управления, специалистов оперативных групп и санэпидформирований к выполнению возложенных на них задач по вопросам ЧС мирного времени и в особый период.

В 2011 году на поддержание в постоянной готовности санэпидформирований Роспотребнадзора Ростовской области, решение вопросов специальной подготовки, укрепление материально-технической и лабораторной базы, обеспечение службы средствами измерения, контроля и индивидуальной защиты по вопросам предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и гражданской обороны было израсходовано более 7,7 млн рублей.

Самое пристальное внимание в отчетном периоде уделялось вопросам химического и биологического терроризма, в том числе и при обеспечении массовых мероприятий, проводимых в рамках выборов в Государственную Думу.

За отчетный период специалисты службы 6 раз привлекались к ликвидации различных чрезвычайных ситуаций.

В ходе проводимых учений и тренировок по вопросам предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций санитарно-эпидемиологического характера были отработаны вопросы взаимодействия с заинтересованными службами.

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

РЕКЛАМА

Система сбора и обработки статистической отчетности

«Статистические отчеты — Интернет»

Учайкин В. В., «Электронная медицина», г. Ростов-на-Дону

Информационно-аналитическая система «**Статистические отчеты — Интернет**» предназначена для сбора, хранения и анализа медицинской статистической информации, формирования отчетных форм, утвержденных приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 20 февраля 2002 года «О введении временной учетно-отчетной медицинской документации».

Система может использоваться в одном учреждении, но оптимальный эффект достигается при использовании программы в центре сбора информации (например территориальном органе управления здравоохранения, головном ЛПУ) и всех подведомственных учреждениях.

Система обеспечивает выгрузку данных в формате, используемом программой по сбору статистической информации «Медстат», распространяемой ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения, что позволяет на местах использовать указанную систему, а данные передавать в требуемом формате. Все вносимые Минздравом изменения в отчетные формы или механизмы проверок оперативно производятся в системе, при этом осуществляется автоматическая рассылка электронной почты о внесенных в отчеты изменениях для корректировки данных.

Система является веб-приложением, что позволяет использовать для работы любой компьютер, подключенный к сети Интернет.

В процессе своего развития система «**Статистические отчеты — Интернет**» из задачи, выполняющей функции программы «Медстат», стала задачей по сбору и обработке любой статистической информации. Использование конструктора отчетов позволяет пользователю самому определить структуру собираемых данных. Это означает, что центр сбора информации может расширить содержание стандартных отчетов для собственных нужд, напри-

мер, ввести дополнительное разделение по возрастам.

Но, что гораздо интереснее, пользователи системы получают возможность сбора, печати и анализа любой необходимой для них информации. В системе определяется структура данных, задаются проверки корректности введенной информации, устанавливается связь набора данных с документом для печати, устанавливается периодичность сбора данных. Настройки аналитики позволяют организовать по собранным данным формирование материалов с произвольной выборкой и группировкой информации, в том числе — с использованием данных предыдущих периодов.

Система реализует два способа ввода данных: в окне Интернет-браузера или ввод данных в документ Excel с последующей загрузкой в систему. Практика показала, что многие пользователи предпочитают второй способ работы из-за большей наглядности или по причине возникающих у них проблем с доступом в Интернет. В системе реализована автоматизированная проверка корректности введенных данных, формирование печатных форм.

Для сотрудников центра сбора информации в системе реализованы следующие возможности:

- оперативное получение списка организаций, заполнивших конкретную форму;
- возможность объединения организаций в группы по желаемым критериям, например территориям или видам оказания медицинской помощи для получения сводных отчетов;
- механизм санкционирования доступа к данным организации во избежание их нежелательного изменения.



ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА
Информационные технологии для медицинских учреждений

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

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности больных, находящихся на стационарном лечении в госпитале за 2011 год

Меметов С. С., д.м.н., заслуженный врач РФ, зам. начальника госпиталя по клинико-экспертной работе; Балека Л. Ю., зам. начальника госпиталя по организационно-методической работе; ГБУ Ростовской области «Госпиталь для ветеранов войн», г. Ростов-на-Дону

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Госпиталь для ветеранов войн» осуществляет свою деятельность с 1946 года. Изначально в госпитале оказывалась медицинская помощь исключительно участникам и инвалидам Великой Отечественной войны. Однако в последние годы в госпитале все чаще оказывается помощь участникам других военных конфликтов и локальных войн, что приводит к увеличению контингента больных с временной утратой трудоспособности (ВУТ), как в случаях, так и в днях.

Ежегодно здесь получают стационарное лечение более 3000 больных. Число случаев ВУТ в 2011 году составило 523, что на 180 случаев больше, чем в 2009 году, а число дней ВУТ в 2011 году составило 10201, что на 2910 дней больше, чем в 2009 году.

За 2011 год в госпитале пролечено 3424 больных, в том числе 523 — с временной утратой трудоспособности (15,3%). Общее количество дней, проведенных больными в стационаре, составило 66952, в том числе 10201 — с временной утратой трудоспособности (15,2%).

Следует отметить, что по сравнению с 2010 годом общее количество больных с временной утратой трудоспособности увеличилось как в абсолютных числах (с 453 человек до 523 — больше на 70 человек), так и в процентном соотношении к общему количеству пролеченных больных (с 14,3% до 15,3%). Число дней временной нетрудоспособности также увеличилось с 9056 до 10201, на 1145 дней (с 14,1% до 15,2%).

Число мужчин, пролеченных в 2011 году, составило в случаях — 452 (86,4%), в днях — 8866 (86,9%); а женщин в случаях — 71 (13,6%), в днях — 1335 (13,1%). Значительное превалирование мужчин можно объяснить спецификой контингента, обслуживаемого госпиталем.

Следует отметить, что количество женщин с ВУТ, пролеченных в госпитале за 2011 год, увеличилось на 11 человек, в случаях — с 60 (13,2%) до 71 (13,6%), в днях — с 1165 (12,9%) до 1335 (13,1%).

Так же, как и в 2010 году, большинство случаев заболеваемости с временной утратой трудоспособности закончились возвращением больных к трудовой деятельности без каких-либо ограничений, в 455 случаях из 523 (или 86,9%). Только в 68 случаях больные выписаны на амбулаторное лечение (13,1%). Это, как правило, лица, перенесшие различные оперативные вмешательства.

По нозологическим формам среди заболеваний, приводящих к временной утрате трудоспособности, на первом месте стоят болезни системы кровообращения:

в случаях — 182 (34,8%); в днях — 3470 (34%). В их структуре наибольшее количество составляют болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением: в случаях — 69 (37,9%); в днях — 1517 (43,7%). На втором месте цереброваскулярные болезни: в случаях — 37 (20,3%); в днях — 821 (23,7%). На третьем месте ишемическая болезнь сердца: в случаях — 22 (12,1%); в днях — 427 (12,3%) (табл. 1).

Таблица 1

Количество больных с болезнями системы кровообращения

Болезни системы кровообращения	Число случаев ВУТ	Число дней ВУТ
Всего, в том числе	182 (34,8%)	3470 (34%)
- болезни, характеризующиеся повышенным АД	80	1517
- цереброваскулярные заболевания	37	821
- ИБС	22	427
- другие болезни системы кровообращения	43	705

На втором месте среди заболеваний, приводящих к временной утрате трудоспособности, стоят болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Сведения о количестве таких больных приведены в таблице 2.

Таблица 2

Количество больных с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	Число случаев ВУТ	Число дней ВУТ
Всего, в том числе	122 (23,3%)	2679 (26,3%)
- мужчин	104	2278
- женщин	18	401

На третьем месте — болезни мочеполовой системы, в том числе болезни почек и мочевыводящих путей (табл. 3).

Таблица 3

Количество больных с болезнями мочеполовой системы

Болезни мочеполовой системы	Число случаев ВУТ	Число дней ВУТ
Всего, в том числе	76 (14,5%)	1547 (15,2%)
- болезни почек и мочевыводящих путей	16	305

Среди больных с заболеваниями мочеполовой системы в 2011 году пролечилось пять женщин, остальные — мужчины.

На четвертом месте — заболевания органов пищеварения (табл. 4).

Таблица 4

Количество больных с болезнями органов пищеварения

Болезни органов пищеварения	Число случаев ВУТ	Число дней ВУТ
Всего, в том числе	54 (10,3%)	928 (9,1%)
- язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	8	188
- болезни печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей	8	161

Как видно из таблицы 4, среди болезней органов пищеварения наиболее часто встречаются заболевания печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, а также язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки — 16 случаев.

На пятом месте — травмы и отравления. Следует отметить, что среди данного контингента больных, так же, как и в случае с заболеваниями мочеполовой системы, преобладают лица мужского пола (табл. 5).

Таблица 5

Количество больных с травмами и отравлениями

Травмы и отравления	Число случаев ВУТ	Число дней ВУТ
Всего, в том числе	41 (7,9%)	910 (8,9%)
- мужчины	38	833
- женщины	3	77

На шестом месте — болезни нервной системы. Среди этой группы 100% случаев составляют мужчины. Данные об этих заболеваниях, приведших к временной утрате трудоспособности, указаны в таблице 6.

Таблица 6

Количество больных с болезнями нервной системы

Болезни нервной системы	Число случаев ВУТ	Число дней ВУТ
Всего, в том числе	12 (2,3%)	233 (2,3%)
- мужчины	12	233
- женщины	0	0

Что касается возрастного состава (таблица 7), то наибольшее количество случаев временной нетрудоспособности приходится на возраст от 45 до 49 лет — 118 (22,6%). На втором месте возраст от 50 до 54 лет — 106 случаев (20,3%), на третьем — от 60 и старше — 73 случая (13,9%). Наименьшее количество случаев временной нетрудоспособности приходится на возраст от 20 до 24 лет — 12 (2,3%). Во всех возрастных группах преобладают лица мужского пола, что объясняется, в первую очередь, спецификой контингента, обслуживаемого госпиталем.

Выводы

Таким образом, проведенный анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности больных, прошедших стационарное лечение в госпитале в 2011 году, показал:

- относительно низкий процент лиц трудоспособного возраста в общем контингенте больных;
- значительное преобладание лиц мужского пола в общем контингенте больных с ВУТ;
- наибольшее количество больных с ВУТ приходится на возрастную группу от 45 до 49 лет;
- значительное преобладание среди общего количества больных с ВУТ лиц с заболеваниями системы кровообращения;
- большинство случаев заболеваний с ВУТ заканчивается выздоровлением.

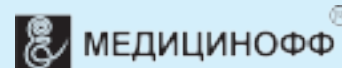
Вместе с тем следует отметить, что в 2011 году по сравнению с 2010 годом увеличилось число больных более молодого возраста — как в случаях, так и в днях. Ранжирование по нозологическим группам осталось практически прежним. В большинстве случаев временной утраты трудоспособности (87%) она восстановлена полностью.

Таблица 7

Распределение пролеченных больных по возрасту

Возраст	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60 и старше
Число случаев ВУТ, в том числе	-	12	32	56	19	43	118	106	64	73
- мужчины	-	11	31	52	17	40	99	89	53	60
- женщины	-	1	1	4	2	36	19	17	11	13

Что такое «Медицинофф»?



9 лет производства и комплексного оснащения лечебно-профилактических учреждений, более 2500 наименований, оснащены более 1000 медицинских учреждений по всей России, тысячи благодарностей пациентов и врачей...

...Все это Группа Компаний «Медсталь», которая работает для того, чтобы Ваши пациенты выздоравливали быстрее и эффективнее, чувствовали любовь и заботу медицинского персонала, а Ваш труд был максимально легким и комфортным.

Мир не стоит на месте. Вперед движется и медицина. Совершенствуются технологии, оборудование, лекарственные препараты. Развивается и сегмент медицинской мебели. Как можно оказывать пациентам качественную помощь, используя устаревшие модели медицинских кроватей или инструментальные тележки, не соответствующие актуальным методикам лечения? Использование новых разработок и идей производителей, оснащение кабинетов и палат лучшей медицинской мебелью — обязательное условие качественной работы и отличной репутации современных медицинских центров. Поэтому одной из самых значимых в современной медицине является задача оснащения лечебно-профилактических учреждений функциональной мебелью.

Известно, что медицинская мебель отличается от обычной своей функциональностью, надежностью, компактностью, долговечностью и безопасностью. В производстве такой мебели применяются специальные материалы, устойчивые к санитарной обработке, простые в уходе и безвредные для здоровья.

В конструктивном отношении мебель для медучреждений является более сложной. Обычные требования эргономики и удобства дополняются новыми принципами и стандартами: многофункциональность, мобильность, модульность.

Рынок медицинской мебели и оборудования буквально заполнен различными предложениями, но лишь немногие продавцы могут предложить то, в чем действительно нуждается медицина. Некоторое время назад перед нашими разработчиками встала задача соединить в одном продукте необходимые для лечебно-профилактических учреждений характеристики медицинской мебели. Решением стала серия «Медицинофф», которую по праву можно назвать **инновационной медицинской мебелью**.

Приоритетным критерием при разработке медицинской мебели для нас являлось соответствие потребностям персонала медучреждений. Поэтому к процессу разработки новых конструкций постоянно привлекались практикующие специалисты, которые тестировали и испытывали опытные образцы.

Результатом исследований стала функциональная медицинская мебель серии «Медицинофф». Это качественно новый продукт, который действительно способствует эффективному выздоровлению пациентов.

Мебель серии «Медицинофф» во многом отличается от аналогов, предлагаемых на рынке. Передовые технологии, европейские комплектующие, современное производство позволили создать именно то, что так давно ждал российский рынок медицинской мебели и оборудования. **Мебель премиум-класса по доступным ценам!** Трудно поверить, но это так!

Мебель серии «Медицинофф» позволит Вам полностью оборудовать приемный и врачебный кабинеты, процедурные и стационары. Наиболее востребованные изделия, такие как медицинские кровати и шкафы, представлены в десятках вариаций и могут применяться для оснащения любых помещений медицинской направленности.

Кровати медицинские серии «Медицинофф» широко применяются для оборудования палат



государственных и частных медицинских учреждений, медицинских центров, санаторно-курортных учреждений, а также для ухода за больными в домашних условиях. Наряду с простыми общебольничными моделями существуют функциональные кровати, оснащенные удобным в управлении механизмом регулировки. Кровати, дополненные ортопедическими матрасами, обеспечивают пациентам комфортные условия, ускоряют и повышают эффективность реабилитации.

Нередко возникают ситуации, связанные с уходом за пожилыми родственниками. Все мы знаем, как трудно подобрать функциональную медицинскую кровать, которая являлась бы эргономичной и удачно вписывалась в интерьер комнаты. В серии «Медицинофф» предусмотрены специальные модели для оснащения санаторно-курортных учреждений, а также для ухода за больными на дому. Именно поэтому одним из направлений нашей деятельности является помощь в использовании **медтехники в домашних условиях**, что облегчает процесс выбора и покупки.

В ассортименте **металлической мебели серии «Медицинофф»** представлены: шкафы медицинские, шкафы для документов, шкафы-купе, шкафы с повышенной нагрузкой на полку и прочие. Наши шкафы отличаются тем, что теперь Вы сами за считанные минуты сможете легко и просто отрегулировать высоту полок без специальных навыков и инструментов. Высококачественные материалы и надежность покрытия гарантируют долгий срок службы изделиям и сохранность первоначального внешнего вида.

Многие лечебные учреждения по всей России уже стали пользователями мебели серии «Медицинофф». Имея достаточно небольшую историю, бренд успел зарекомендовать себя на рынке. Отзывы медицинских учреждений сводятся к тому, что под брендом «Медицинофф» производится **качественная, эргономичная и надежная мебель по доступным ценам!**

Для получения консультации относительно Вашего учреждения и оформления заказа смело обращайтесь к нашим специалистам. Они с удовольствием помогут подобрать именно то, что Вам нужно



**Официальный представитель
Группа Компаний «Медсталь»
117105, г. Москва, Варшавское шоссе, 37А
т.: +7 (495) 781-38-68, www.gkmedstal.ru,
e-mail: medstal@medstal.ru**



МЕДИЦИНСКАЯ МЕБЕЛЬ, СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ, ОПЕРАЦИОННЫЕ БЛОКИ,
ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ, СИСТЕМЫ ТРАНСПОРТИРОВОК,
РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ОСНАЩЕНИЕ ЛАБОРАТОРИЙ И АПТЕК.

МЕДИЦИНСКАЯ МЕБЕЛЬ "МЕДИЦИНОФФ" - ЭТО ПРАКТИЧНОСТЬ, ЭСТЕТИЧНОСТЬ И ВЫСОКОЕ КАЧЕСТВО!

Кровати многофункциональные



MFA-3(n).m



MFA-1.m



MFA-6.m



MF.B-2-1.m

Эксклюзивная металлическая продукция серии "Медицинофф" (разработаны в Голландии)

MF.ME001.m



MF.ME002.m



MF.ME003.m



MF.ME004.m



MF.ME005.m



MF.ME006.m



MF.LY0 105.m



MF.ME006.m



Поставки продукции по всей России!

Россия, г.Москва
117105, Варшавское шоссе 37А
+7(495)781-38-68 - многоканальная линия
web: www.medstal.ru
www.gkmedstal.ru
e-mail: medstal@medstal.ru

РЕКЛАМА



ТМ "Иволга"

ПРЕДЛАГАЕТ

ОДНОРАЗОВЫЕ :

- ◆ одежду
- ◆ бельё
- ◆ инструменты



ТМ "Иволга"-

это комфорт, надёжность, защита.

г. Краснодар ул. Бородинская 150/11 тел: (861) 266-57-86
г. Ростов-на-Дону ул. Доватора 158/5 тел: (8863) 223-05-66
г. Волгоград тел: 8-906-40-32-003
г. Астрахань ул. Рыбинская 11 тел: (8512) 20-10-66



РЕКЛАМА

VivanoTec / S 042 NPWT

Устройство для лечения ран отрицательным давлением

НОВИНКА

Лечение ран отрицательным давлением – это инновационная методика, которая приводит к ускорению заживления ран и позволяет успешно лечить раны, которые невозможно вылечить другими методами. Данный вид лечения имеет множество показаний и особенно эффективен при лечении острых и хронических ран.



Эргономично

Легкость, компактность и эргономичный дизайн делают использование устройства очень удобным. Оно подходит как для лежачих, так и для подвижных пациентов.

Удобно

Сенсорный дисплей с понятной навигацией по меню обеспечивает быстрый доступ ко всем рабочим функциям.

Надежно

Применение надежных высококачественных технологий обеспечивает длительную бесперебойную работу устройства.

Цели лечения

- Стимуляция развития грануляционной ткани
- Усиление местного кровообращения
- Очистка раны и поддержание влажной среды
- Уменьшение отека в области раны
- Снижение уровня микробной обсемененности
- Защита от перекрестного инфицирования



Преимущества VivanoTec / S 042 NPWT:

- Одно устройство для различных показаний
- Компактный прибор как для лежачих, так и для подвижных пациентов
- Поддержание заданного уровня давления в области раны
- Простое меню на русском языке

Применение локального отрицательного давления — новая перспектива в лечении хронических ран

Никитин В. Г., к.м.н.; Оболенский В. Н., к.м.н.; Ермолов А. А.; Городская клиническая больница №13 Департамента здравоохранения г. Москвы

В структуре заболеваемости жителей экономически развитых стран существенное место занимают хронические раны [1, 2, 6]. Они, как правило, являются следствием длительного течения таких распространенных заболеваний, как сахарный диабет и хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Только венозные трофические язвы (ВТЯ) составляют до 80% всех хронических ран нижних конечностей и поражают до 2% населения индустриально развитых стран. По некоторым оценкам, стоимость лечения только ВТЯ ежегодно составляет в США от 1,9 до 2,5 млрд долларов [1, 3].

Одним из самых эффективных методов, применяемых в комплексном лечении ран, является местное использование так называемых вакуумных повязок. Они в самом общем виде состоят из дренирующего рану материала, адгезивного пленочного покрытия, неспадающейся дренажной трубки и источника вакуума, оборудованного емкостью для сбора жидкости [2, 3]. В настоящее время в мире действуют различные лечебные алгоритмы вакуумной терапии ран, основанные на продолжительном локальном воздействии отрицательного давления на рану, где режим и значения давления подбираются индивидуально. Последнее достигается посредством применения специальной повязки и современной аппаратуры, способной поддерживать и регулировать режим и диапазон значений вакуумного воздействия на рану [2, 3, 7].

Многочисленные эффекты вакуум-терапии в отношении раневого процесса достаточно хорошо изучены и могут быть представлены следующим образом.

1. Активное удаление избыточного раневого экссудата с высоким содержанием биологически активных веществ, избыточное накопление которых замедляет заживление раны, например, матричных металлопротеиназ и продуктов их распада [2].

2. Создание и поддержание влажной раневой среды, стимулирующей ангиогенез, усиливающей фибринолиз и способствующей оптимальному функционированию факторов роста [3].

3. Ускорение бактериальной деконтаминации раны. В исследованиях М. Могулвас с соавт. было доказано, что снижение уровня микробной обсемененности до уровня ниже критического достигается уже к 4–5 суткам [7].

4. Снижение локального интерстициального отека тканей, усиление транскапиллярного транспорта, в результате чего увеличивается скорость формирования грануляционной ткани, ускоряется микробная деконтаминация раны [2, 4].

5. Усиление местного кровообращения и перфузии тканей раны. Так, в эксперименте прирост интенсивности местного кровообращения при –125 мм рт.ст. достигал порядка 400% по отношению к исходному уровню [3, 4].

6. Деформация раневого ложа. Изменение формы клеток под действием отрицательного давления и при посредстве специальной полиуретановой губки, заполняющей рану, стимулирует миграцию и пролиферацию клеток. При этом усиливается выработка факторов роста, тканевых протеинов, генной экспрессии, которая индуцирует приспособительные изменения в клетках и усиливает процесс клеточной пролиферации [5].

7. Уменьшение площади раны. Прямое воздействие отрицательного давления на раневое ложе в условиях внешней изоляции оказывает постоянный стягивающий эффект в отношении краев раны, способствуя ее уменьшению [4, 6].

8. Улучшение результатов аутодермопластики. Наложение вакуумной повязки на пересаженный расщепленный эпидермальный кожный лоскут значительно улучшает его адаптацию к раневой поверхности, позволяет эффективно удалять избыточный раневой экссудат, стимулирует ангиогенез и предохраняет пересаженный кожный лоскут от смещения [2, 3, 7].

9. Повышение уровня инфекционной безопасности в хирургических подразделениях стационара. Значительное уменьшение частоты перевязок у хирургических пациентов в условиях надежной изоляции от внешней среды снижает риск контаминации раневой поверхности госпитальными штаммами микроорганизмов и способствует усилению мер профилактики внутрибольничной раневой инфекции без ущерба для результатов лечения раны [2, 6, 7].

10. Сокращение прямых и косвенных затрат на лечение. Вакуумные повязки накладываются бесценно на длительный срок (в среднем от 2 до 7 суток). Это позволяет даже в самом начале лечения обходиться без частых перевязок. Следствием такого подхода является существенная экономия перевязочных средств, препаратов местного действия, существенное снижение вероятности возможных инфекционных осложнений и трудозатрат медицинского персонала [1, 2, 6].

К самым распространенным показаниям для лечения ран отрицательным давлением в настоящее время относятся острые травматические раны, обширные термические ожоги и особенно — хронические раны.

Противопоказания к вакуумной терапии немногочисленны и являются следствием многонаправленного патогенетического воздействия на раневую процесс. Так, лечение ран локальным отрицательным давлением противопоказано пациентам с высоким риском раннего послеоперационного кровотечения, некротическими или малигнизировавшими ранами, свищами неясной этиологии, а также несанированными очагами остеомиелита.

В декабре 2011 года компания PAUL HARTMANN (Германия) в сотрудничестве с ATMOS MedizinTechnik (Германия) вывела на российский медицинский рынок инновационную систему для вакуумной терапии ран под названием Vivano. Основным действующим звеном данной системы является новейший аппарат для вакуумной терапии ран S 042 NPWT VivanoТес. В сочетании с перевязочными материалами серии VivanoMed он позволяет в автоматическом режиме осуществлять высокоэффективное продолжительное лечебное воздействие на раны различной этиологии.

Технология Vivano уже прошла успешную апробацию в европейских и российских клиниках, продемонстрировав все вышеуказанные эффекты воздействия на раны и показав высокую клиническую и экономическую эффективность.

Таким образом, компания PAUL HARTMANN наряду с полным ассортиментом современных интерактивных и атравматических повязок вывела на отечественный

рынок высокоэффективное инновационное решение в сфере лечения ран самой разной этиологии. Также необходимо отметить, что реализация всех преимуществ вакуумной терапии, осуществляемой посредством системы Vivaipo, является потенциальной основой в достижении самых высоких клинических и экономических показателей лечения пациентов как с нормальным, так и осложненным течением раневого процесса в хирургических подразделениях лечебно-профилактических учреждений России.

Литература

1. Andros G., Armstrong D.G., Attinger C. et al. Consensus statement on negative pressure wound therapy for the management of diabetic foot wounds // *Vasc. Dis. Manage.* — 2006. — Suppl., July.
2. *The Theory and Practice of Vacuum Therapy* / Edit. C. Willy. — Germany. — 2006. — 405 P.

3. Bergan J., Shortell C. Venous ulcers. — Elsevier Academic Press publications. — 2007. — Section II. — Chapter 9. — P. 105—112.

4. Morykwas M., Faller B., Pearce D., Argenta L.C. Effects of varying levels of subatmospheric pressure on the rate of granulation tissue formation in experimental wounds in swine // *Ann. Plastic. Surg.* — 2001. — 47 (5). — P. 547—551.

5. Saxena V., Hwang C.W., Huang S. et al. Vacuum-assisted closure: Microdeformations of wounds and cell proliferation // *Plast. Reconstr. Surg.* — 2004. — 114(5). — P. 1086—1096.

6. Shirakawa M., Isseroff R.R. Topical negative pressure devices: Use for enhancement of healing chronic wounds // *Arch. Dermatol.* — 2005. — 141. — P. 1449—1453.

7. Argenta L.C., Morykwas M. Vacuum-assisted closure: A new method for wound control and treatment: Clinical experience // *Ann. Plastic. Surg.* — 1997. — 38. — P. 563—577.

Наш опыт лечения больных с аденомой предстательной железы

Галеев И. В., Кузнецов Д. В., Гужвинский М. В., Мустапаев И. Д.; ГБУ РО «Госпиталь для ветеранов войн», г. Ростов-на-Дону

По прогнозам ООН, к 2025 году на нашей планете будет проживать 8,3—8,5 млрд человек. По тем же данным, к 2050 году число пожилых людей приблизится к 1,5 млрд, что будет соответствовать 14,7% от общей популяции. Увеличение продолжительности жизни и старение населения приводят к росту числа пациентов с выраженными проявлениями аденомы предстательной железы (АПЖ, ДГПЖ).

Традиционно лечение больных с АПЖ может идти по нескольким направлениям: динамическое наблюдение, оперативное вмешательство или медикаментозная терапия. Выбор тактики лечения зависит от нескольких показателей, таких как выраженность симптомов, которую измеряют с помощью опросника IPSS; качество мочеиспускания, которое может быть оценено с помощью урофлоуметрии; количество остаточной мочи; факторы риска прогрессирования заболевания: размер предстательной железы, уровень простатоспецифического антигена (ПСА) в сыворотке крови и т. д. Все перечисленные факторы в итоге влияют на принятие решения о выборе оптимальной тактики у конкретного пациента.

Исходя из современных представлений, консервативное лечение следует назначать больным с АПЖ при начальных проявлениях нарушений мочеиспускания без вовлечения в процесс верхних мочевыводящих путей и осложнений, больным с относительными или абсолютными противопоказаниями к оперативному лечению или откладывающим его по разным причинам.

Оперативное лечение показано пациентам с выраженной симптоматикой, вовлечением в процесс верхних мочевыводящих путей, больным, у которых имеются противопоказания к назначению медикаментозной терапии или есть основания предполагать, что медикаментозное лечение будет неэффективным.

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 254 пациентов с АПЖ, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении ГБУ РО

«Госпиталь для ветеранов войн» в 2011 году. Средний возраст больных составил $82 \pm 2,1$ года.

213 пациентов, находившихся в госпитале по поводу АПЖ, получили консервативное лечение. Им всем было назначено комбинированное лечение α -адреноблокатором (тамсулозин или доксазозин) и финастеридом.

Пациенты, подвергнутые консервативному лечению, имели следующие исходные средние значения основных показателей качества мочеиспускания: суммарный балл симптоматики по шкале IPSS= $20,5 \pm 1,7$; QOL= $4,3 \pm 1,2$; максимальная скорость потока мочи Q_{max} = $8,7 \pm 2,4$ мл/с; уровень PSA= $3,1 \pm 0,3$ нг/мл.

Суммарно на фоне лечения было отмечено снижение показателя IPSS на 47,8%, а качество жизни QOL возросло в среднем на 54%. Важно, что количество ночных микций, как наиболее выраженного симптома в данной клинической группе, сократилось на 42%. Увеличение максимальной скорости мочеиспускания на фоне лечения составило 36,7%.

Основной метод лечения АПЖ при наличии осложнений — хирургическое вмешательство. В развитых странах хирургические вмешательства по поводу АПЖ занимают второе место в структуре всех хирургических операций, уступая лишь оперативному удалению катаракты. Нами из 254 пациентов оперирован 41. Выполнено 15 эпицистостомий, 21 трансуретральная аденомэктомия, 5 чреспузырных аденомэктомий.

Эпицистостомии выполнялись по жизненным показаниям пациентам с острой задержкой мочеиспускания, которую не удалось разрешить консервативными мероприятиями, имеющим тяжелую сопутствующую патологию, не позволяющую выполнить другие варианты хирургического пособия.

Преклонный возраст сам по себе не является противопоказанием для планового оперативного лечения, но наличие у пациента жалоб не урологического характера требует проведения дообследования, включающего осмотр кардиолога, невролога или терапевта, лабораторные исследования (уровень холестерина в крови,

АЛТ, АСТ, билирубин, липидограмма, коагулограмма), а также инструментальные исследования (УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗДГ сосудов головы и шеи, велоэргометрия при отсутствии противопоказаний, ФВД, суточное мониторирование АД и ЭКГ, ФГДС и ФКС, и другие, при наличии показаний). Если выявляется значимая сопутствующая патология, пациентам проводится предоперационная подготовка для достижения переносимости операции и профилактики осложнений. В нашем исследовании у большинства пациентов (более 90%) был выявлен генерализованный атеросклероз с поражением сосудов сердца, головного мозга и почек, ИБС, более 15% пациентов страдали ХОБЛ, у 7,5% пациентов был выявлен сахарный диабет, 4,3% пациентов страдали язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Нами используется многоступенчатая практика. Пациент, имеющий тяжелую фоновую патологию и нуждающийся в проведении планового хирургического вмешательства, вначале госпитализируется в отделение общесоматического профиля, где ему проводится предоперационная подготовка, а затем переводится в отделение хирургического профиля для выполнения оперативного пособия.

Чреспузырные аденомэктомии выполнены пациентам, объем предстательной железы у которых превышал 150 см³.

Среди всех методов оперативного лечения больных ДГПЖ трансуретральная резекция (ТУР) простаты общепризнанно является «золотым стандартом». В нашей работе у пациентов, которым выполнена ТУР, объем предстательной железы варьировал от 40 до 150 см³, количество остаточной мочи — до 300 мл. 16 пациентов были оперированы с использованием стандартной ТУР простаты, 5 — с использованием биполярной ТУР.

Принципиальное отличие биполярного от монополярного электрического воздействия заключается в том, что ток при нем не проходит через весь организм больного, а ограничивается расстоянием между электродами (активным и пассивным). Для создания разряда между электродами применяется электропроводящая среда (0,9% раствор NaCl). Использование данного ирригационного раствора позволяет выполнить операцию без ограничения времени резекции, что особенно важно при гиперплазиях больших размеров. Биполярный метод использует радиочастотную энергию для конвертирования электропроводящей жидкости в плазменное поле, состоящее из высокоионизированных частиц, которое разрушает молекулярные связи в структуре ткани. Важно отметить, что с появлением метода биполярной трансуретральной электрорезекции стало возможным проведение эндоскопического удаления гиперплазированной ткани предстательной железы у больных с имплантированным электрокардиостимулятором.

Внедрение биполярной трансуретральной резекции АПЖ позволило нам использовать преимущества данного метода (по сравнению с монополярной электрохирургией): возможность использования метода у больных с кардиостимулятором; отсутствие ТУР-синдрома; возможность использования данного метода у пациентов с любым объемом гиперплазии простаты; возможность применения данного метода у больных любого возраста сотягощенным полиморбидным фоном.

У шести пациентов трансуретральной резекции простаты предшествовала внутренняя оптическая уретротомия в связи с имевшейся стриктурой уретры.

После перенесенной аденомэктомии (чреспузырной или трансуретральной) у 25 пациентов восстановилось адекватное мочеиспускание. Умерло двое пациентов: один — после срочной эпицистостомии, другой — после чреспузырной аденомэктомии.

В качестве примера эффективности поэтапных мероприятий по предоперационной реабилитации пациентов приводим следующие клинические наблюдения.

Пациент С., 1925 года рождения, 20.05.11 обратился с жалобами на наличие трубчатого дренажа в надлобковой области, отсутствие мочеиспускания, периодические боли за грудиной, ощущение «перебоев» в сердце, головные боли при повышении АД.

Из анамнеза: 15.12.10 выполнена цистолитотомия, эпицистостомия по поводу конкрементов мочевого пузыря, хронической неполной задержки мочи.

Пациент осмотрен врачебной отборочной комиссией. На основании жалоб больного, представленной медицинской документации и объективных данных установлен диагноз: «ДГПЖ. Эпицистостома. Хронический цистит. Хронический пиелонефрит. Нефросклероз. Фон: ИБС, постинфарктный кардиосклероз (БДУ), фибрилляция предсердий постоянная форма тахисистолический вариант. Генерализованный атеросклероз. ХСН I. III ФК. Гипертоническая болезнь III ст., 2 ст. тяжести, риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II сложного генеза (атеросклеротическая, гипертоническая) со стойким выраженным вестибулоатактическим синдромом».

С целью проведения предоперационной подготовки пациент госпитализирован в кардиологическое отделение, где он находился 7 дней. В результате проведенного лечения достигнута положительная динамика: увеличилась толерантность к физической нагрузке, тахисистолическая форма фибрилляции предсердий перешла в нормосистолическую, стабилизировалось АД: 120/80—110/70 мм рт. ст. Пациент переведен в урологическое отделение.

27.05.11 с целью восстановления мочеиспускания, избавления от мочепузырного свища и социальной реабилитации пациента под субарахноидальной анестезией выполнено хирургическое вмешательство: уретроцистоскопия, парциальная трансуретральная резекция предстательной железы (удалено около 40 см³ ткани). Течение послеоперационного периода осложнилось прогрессированием ИБС. Нормоформа мерцательной аритмии вновь перешла в тахиформу. В отделении АРО в течение 4 дней состояние пациента стабилизировано. Пациент переведен в урологическое отделение, где уретральный катетер удален. Однако после пережатия надлобкового дренажа адекватное мочеиспускание не восстановилось. Пациент 09.06.11 вновь взят в операционную, выполнена повторная трансуретральная резекция предстательной железы (удалена аденоматозная ткань до капсулы простаты). В послеоперационном периоде вновь отмечалась нестабильность гемодинамики, ликвидированная в АРО.

После перевода в урологическое отделение уретральный и надлобковый дренажи удалены. Восстановилось адекватное мочеиспускание. Надлобковый

свищ закрылся. 27.06.11 пациент в удовлетворительном состоянии выписан из отделения.

При контрольном обследовании в декабре 2011 года пациент мочится адекватно (при урофлоуметрии максимальная скорость мочеиспускания 27 мл/с, остаточной мочи нет), общий анализ мочи без патологии.

Пациент Г., 1926 года рождения, 07.02.12 обратился с жалобами на наличие трубчатого дренажа в надлобковой области, отсутствие мочеиспускания, периодические боли за грудиной, ощущение «перебоев» в сердце, шум в голове.

Из анамнеза: 23.09.2011 выполнена эпицистостомия по поводу острой задержки мочи. У пациента в течение месяца мочевого пузыря был дренирован постоянным уретральным катетером. Ему было отказано в хирургическом лечении в двух лечебных учреждениях.

Пациент осмотрен врачебной отборочной комиссией. На основании жалоб больного, представленной медицинской документации и объективных данных установлен диагноз: «ДГПЖ. Стриктура бульбозного отдела уретры. Эпицистостома. Хронический цистит. Хронический пиелонефрит. Нефросклероз. Фон: ИБС, стенокардия напряжения, ФК III, генерализованный атеросклероз. ХСН I. III ФК. Наджелудочковая экстрасистолия. Дегенеративно-склеротический порок аортального клапана. Гипертоническая болезнь III ст., 2 ст. тяжести, риск 4. Ишемическая болезнь головного мозга: дисциркуляторная энцефалопатия III сложного генеза (атеросклеротическая, гипертоническая) со стойким выраженным вестибулоатактическим синдромом, выраженными когнитивными нарушениями, с исходом в деменцию смешанного генеза и подкорковым синдромом».

С целью проведения предоперационной подготовки пациент госпитализирован в кардиологическое отделение, где он находился 8 дней. В результате проведенного лечения достигнута положительная динамика: увеличилась толерантность к физической нагрузке, ФК III стенокардии переведен в ФК II, стабилизировалось АД: 120/80—110/70 мм рт.ст. Пациент переведен в урологическое отделение.

16.02.12 с целью восстановления мочеиспускания, избавления от мочепузырного свища и улучшения качества жизни выполнено хирургическое вмешательство под СМА: уретроскопия, внутренняя оптическая уретротомия, трансуретральная резекция предстательной железы. Течение послеоперационного периода

тяжелое, с проявлениями ХСН в виде застойной пневмонии, гипо- и диспротеинемией. Явления пневмонии купированы. Белковый обмен нормализован. Уретральные и надлобковые дренажи удалены. Восстановилось адекватное мочеиспускание. Надлобковый свищ закрылся. Пациент в удовлетворительном состоянии выписан из отделения. Достигнутым качеством жизни вполне удовлетворен.

Выводы

- Улучшение качества жизни пациентов старших возрастных групп, страдающих АПЖ, достижимо не только проведением адекватной консервативной терапии, но и (при наличии показаний) путем проведения плановых оперативных вмешательств.
- Первоначальное представление лечащего врача о наличии у пациента абсолютных противопоказаний для плановой хирургии в связи с наличием тяжелой сопутствующей и даже конкурирующей соматической патологии не является окончательной истиной. При проведении интенсивной терапии этой патологии в специализированном лечебном учреждении по плану, обоснованному специалистами, имеющими достаточный опыт в гериатрии, возможно достижение компенсации хронической полиорганной недостаточности до уровня, позволяющего обеспечить переносимость «тяжелыми» пациентами плановых оперативных вмешательств с дозированной степенью анестезиологической и хирургической агрессии.
- Биполярная трансуретральная резекция предстательной железы предпочтительнее у пациентов с отягощенным полиморбидным фоном.
- Поскольку особую важность у пожилых пациентов представляет быстрое и полное восстановление ментальных функций, методом выбора является регионарная анестезия (эпидуральная анестезия и СМА).
- Возможность развития серьезных легочных и сердечно-сосудистых осложнений после операции определяется характером операции и соматическим состоянием пациента, а не возрастом. При компенсации нарушений функций сердечно-сосудистой и легочной систем пожилые пациенты могут быть превосходными кандидатами для любых оперативных вмешательств, направленных на улучшение качества жизни.

Малоинвазивная концепция остеосинтеза внутрисуставных переломов локтевого сустава

Каллаев Н. О., д.м.н.; Омаров М. М., д.м.н.; Республиканский ортопедо-травматологический центр, г. Махачкала

В течение длительного времени существования традиционного остеосинтеза внутрисуставных переломов в целом и локтевого сустава в частности по методу АО (The Association for the Study of Osteosynthesis), для достижения главной цели лечения — полного восстановления функции конечности — основным считалась идеальная анатомическая репозиция и стабильная внутренняя фиксация костных фрагментов. В этот период несколько

игнорировались биологические требования к заживлению кости, считая основной задачей остеосинтеза прочное соединение отломков.

Накопленный опыт применения внутренней фиксации при лечении внутрисуставных переломов локтевого сустава послужил поводом для пересмотра значения взаимосвязанных проблем анатомической репозиции и васкуляризации зоны перелома.

Средние сроки восстановления функции при внутрисуставных переломах локтевого сустава в зависимости от метода лечения

Локализация повреждения	Сроки восстановления функции (в днях)	
	I группа	II группа
Мыщелок плечевой кости	36,2±2,8	58,2±4,3
Чрез- и надмыщелковые переломы	55,8±3,1	89,3±3,8
Головка мыщелка плеча	30,6±2,3	42,7±3,8
Локтевой отросток	34,5±1,9	43,6±4,4
Переломо-вывихи Брехта, Мальгена	39,8±2,1	55,6±2,8
Головка и шейка лучевой кости	30,4±2,9	45,3±3,1

Исследования последних лет показали, что сохранение кровоснабжения костных фрагментов и мягких тканей является важнейшим условием для своевременной регенерации костной ткани — только живая кость может срастись, и должны существовать биологические предпосылки для наступления консолидации.

Актуальность проблемы лечения внутрисуставных переломов локтевого сустава обусловлена высоким процентом неудовлетворительных анатомо-функциональных исходов (40—67%).

Целью настоящей работы является изучение возможности хирургического решения проблемы лечения переломов изучаемой локализации в условиях малоинвазивной технологии путем сочетания периодов восстановления утраченной анатомии и функции сустава с помощью разработанного нами аппарата внешней фиксации с устройством односторонней динамической компрессии (а.с. 173120).

Материалы и методы

Мы располагаем опытом лечения 540 больных обеих полов в возрасте от 17 до 76 лет с внутрисуставными повреждениями локтевого сустава с применением аппарата внешней фиксации с устройством односторонней динамической компрессии (310 больных) и с применением традиционных погружных фиксаторов и конструкции АО (230 больных). Аппарат состоит из трех основных частей: внешней опоры (дуги), противоупорных спице-стержневых фиксаторов и компрессирующего устройства.

В зависимости от локализации перелома (дистальный метаэпифиз плечевой кости и проксимальный отдел предплечья) противоупорные фиксаторы проводятся через нижнюю треть плеча или верхнюю треть локтевой кости. Пружинный механизм компрессирующего устройства, жестко соединенный с дугами внешней опоры, обеспечивает одностороннее давление упорной спицы (стержня) на костный фрагмент.

Показаниями к применению метода были переломы дистального метаэпифиза плечевой кости типа А1, А2, В1, В2, В3, С1 (по классификации АО/ASiF) и переломы локтевого отростка, головки и шейки лучевой кости типа А1, А2, В1, В2, В3, С1.

Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости типа А3, С2 и С3 и проксимального отдела предплечья типа А3, С2, С3, как правило, носят оскольчатый характер, при таких повреждениях рекомендована внутренняя фиксация по АО технологиям с межфрагментарной компрессией.

В послеоперационном периоде лечение проводится по принципу «ранняя функция и поздняя нагрузка».

Средние сроки фиксации переломов зависят от характера повреждения и объема выполненного оперативного пособия и составляют в среднем 86,3±3,6 дня при внутрисуставных переломах плечевой кости и 36,4±3,8 дня при переломах локтевого отростка и головки лучевой кости.

Результаты и обсуждение

Одним из ведущих критериев оценки результатов лечения внутрисуставных повреждений локтевого сустава является срок восстановления функции (табл. 1). В таблице представлены сроки восстановления движений в первой группе больных, которым выполнен остеосинтез погружными фиксаторами, и во второй группе — у больных после остеосинтеза внутренними фиксаторами.

К концу иммобилизационного периода у больных первой группы полное восстановление движений в локтевом суставе отмечено у 23 из 32 пациентов с переломами мыщелков плеча, у 40 из 51 — с переломами локтевого отростка и у всех 31 — с переломами шейки и головки лучевой кости.

Исходы лечения изучены у 205 пациентов первой группы, оперированных с помощью аппарата внешней фиксации, и 160 больных второй группы, которым были использованы погружные фиксаторы, в сроки от 2,5 до 10 лет после травмы.

В первой группе у 7 пациентов (3,4%) с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости выявлены признаки деформирующего артроза, при этом двое (0,97%) признаны инвалидами III группы, еще в двух случаях отмечены параартикулярные оссификаты.

Во второй группе у 12 пациентов (7,5%) отмечен деформирующий артроз, у 11 (6,9%) — контрактура локтевого сустава, у 3 (1,9%) — параартикулярные оссификаты, у 2 (1,3%) — остеомиелит мыщелка плеча и локтевого отростка и у 2 (1,3%) — неврит лучевого нерва.

Таким образом, число положительных исходов в первой группе составило 95,6%, во второй — 81,2%.

Эффективность метода применения аппарата внешней фиксации с устройством односторонней динамической компрессии обусловлена его функциональностью: больные со второго дня после операции начинают восстанавливать утраченные движения при минимуме имплантируемых в ткани конструкций с минимальной травматизацией параартикулярных тканей.

Выводы

- Использование аппарата внешней фиксации с устройством односторонней динамической компрессии может быть операцией выбора при некоторых внутрисуставных переломах локтевого сустава.
- Метод малоинвазивен, функционален, позволяет сократить сроки лечения за счет сохранения реабилитационного периода.
- Простота наложения аппарата позволяет рекомендовать его применение в широкой методической практике.

МОНИТОР ГЛУБИНЫ АНЕСТЕЗИИ И МОНИТОР ГАЗОАНАЛИЗА ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

Продуманность решений

СтройРеанимация

группа компаний ТРОЛЛЬ



Группа компаний «ТРОЛЛЬ» — это стабильная и надежная медико-производственная проектно-строительная группа компаний, объединяющая ряд научно-производственных и торговых предприятий Санкт-Петербурга. Научно-производственные предприятия в составе ГК «ТРОЛЛЬ» разрабатывают и производят современное медицинское оборудование и расходные материалы, главным образом, в области хирургии, анестезиологии и реанимации. Основное поле деятельности — полный цикл создания лечебных учреждений «под ключ», от проектирования и строительства до оснащения медицинским оборудованием с соблюдением всех технических, санитарных и гигиенических требований

Управляющей компаний в составе холдинга является «СтройРеанимация». В общей сложности компаний и ее дилерами были построены или реконструированы и оснащены медицинским оборудованием свыше 2000 больниц и стационаров.

Компания «СтройРеанимация» занимается проектированием, реконструкцией, капитальным ремонтом объектов здравоохранения I и II уровня ответственности, поставкой медицинского и технологического оборудования, а также работами по монтажу медицинского газоснабжения и созданием медико-технологических комплексов чистых помещений.

Помимо компании «СтройРеанимация», в группу компаний входят три научно-производственных предприятия:

- **ЗАО «Завод «Электромедоборудование» (ЭМО)** существует с 1937 года и является ведущим отечественным производителем наркозно-дыхательной аппаратуры и лабораторного оборудования, которые отвечают всем российским и международным стандартам.
- **ЗАО «Альтернативная наука»** существует на рынке РФ более 20 лет. Производит медицинские консоли для анестезиологии и реанимации, занимается производством и монтажом оборудования для создания систем централизованного медицинского газоснабжения, а также выпускает оборудование для повышения уровня комфортабельности палат ЛПУ.

- **ООО «Медсиликон»** — производитель изделий медицинского назначения из катализаторной платиновой силиконовой резины: расходных материалов для наркозно-дыхательной техники (многократные дыхательные контуры), хирургии, анестезиологии и реанимации (комплекты хирургических дренажей).

Еще две торговые компании в составе ГК «ТРОЛЛЬ» осуществляют внешнеторговую деятельность и ведут работу по оснащению медицинских учреждений по заказу АО «Газпром»:

- **Компания «Наука-Сервис-Медицина»** ведет внешнеторговую деятельность и осуществляет комплексное оснащение больниц всем необходимым оборудованием от ведущих мировых производителей, осуществляет гарантийное и послегарантийное обслуживание всей поставляемой продукции.
- **Компания «НС-Медицина»** осуществляет оснащение лечебных учреждений по заказу АО «Газпром».

За годы работы на рынке России и стран СНГ все предприятия ГК «ТРОЛЛЬ» приобрели большой опыт работы в отечественных больницах. Компания строит свою деятельность на индивидуальном подходе к каждому клиенту — от крупных медицинских центров до небольших районных больниц.

Предприятия, входящие в ГК «ТРОЛЛЬ», постоянно совершенствуют свою продукцию и расширяют ассортимент оборудования и услуг, поэтому компания «СтройРеанимация» имеет возможность предложить своим клиентам только лучшее.

МОНИТОР ГЛУБИНЫ АНЕСТЕЗИИ МГА-01 ЛАСКА

В обновленный ассортиментный ряд теперь входит новый монитор глубины анестезии МГА-01 ЛАСКА, предназначенный для контроля глубины анестетического воздействия во время хирургического вмешательства в операционных отделениях клиник, больниц, госпиталей.

В состав монитора входят

- блок управления и отображения
- блок съема электроэнцефалограмм (ЭЭГ)
- комплект кабелей
- комплект одноразовых электродов
- эксплуатационная документация
- комплект запасных частей
- упаковка

Принцип действия

Принцип действия монитора основан на оценке и отображении в реальном времени значений индекса спектральной энтропии (ИЭ) снимаемой с поверхности лба пациента одного канала электроэнцефалограммы. Значению ИЭ, равному 100, соответствует состояние бодрствования, а значению 0 — отсутствие активности мозга.

Кроме ИЭ, вычисляются коэффициент подавления (КП) полезного сигнала помехами (например, от электрокоагулятора) и уровень электромиограммы (ЭМГ).



На дисплей блока управления и отображения выводятся

- текущие значения индекса энтропии
- график электроэнцефалограммы
- тренд индекса энтропии
- значение коэффициента подавления
- уровень электромиограммы

Основные технические характеристики

Масса монитора не более 3,5 кг
Габаритные размеры:
 БУО (блок управления и отображения) . . . не более 200x220x160 мм
 БСЭ (блок съема электроэнцефалограмм) . . . не более 75x35x140 мм
Питание:
 от сети переменного тока частотой 50 Гц напряжением . . .198—242 В
 от встроенного аккумуляторного источника постоянного тока напряжения 5,5—6,8 В
 Потребляемая мощность не более 30 ВА
 Количество формируемых каналов ЭЭГ 1
 Входное сопротивление не менее 100 МОм
 Коэффициент ослабления синфазных сигналов . . . не менее 100000
 Напряжение внутренних шумов, приведенных ко входу, в амплитудных значениях «от пика до пика» не более 3,0 мкВ

Монитор обеспечивает

- съем электроэнцефалограммы
- отображение на дисплее записанного сигнала ЭЭГ
- изменение масштаба отображения
- по вертикали с чувствительностью 10, 25, 50, 100, 200 мкВ/дел.
- по горизонтали с частотой развертки 12,5, 25, 50, 100 мм/с
- использование двух независимых маркеров для выделения участка записи, измерения и обработки сигнала
- измерения амплитудных и временных характеристик записанных сигналов и вывод результатов на экран монитора
- расчет и отображение ИЭ в диапазоне от 0 до 100
- отображение графиков и трендов показателей
- установку порогов тревожной сигнализации по ИЭ

- формирование сигналов тревожной сигнализации при выходе показателя глубины анестезии за допускаемые границы

МОНИТОР ГАЗОАНАЛИЗА МГ-1

Наряду с монитором глубины анестезии МГА-01 ЛАСКА заводом разработан и готов к выпуску монитор газоанализа МГ-1, предназначенный для измерения и регистрации содержания газов в дыхательной смеси во время вдоха и выдоха пациента.

Основной особенностью этого монитора является непрерывная регистрация концентрации O₂, CO₂, N₂O, а также пяти применяемых в анестезии агентов: галотана (фторотана), севофлюрана, изофлюрана, энфлюрана и десфлюрана, позволяющая проводить низкопоточную анестезию без риска для здоровья пациента.

МГ-1 также отображает значение MAC, скорректированное по возрасту пациента.

Основные технические характеристики

Диапазон измерения в режиме реального времени объемной концентрации газов
 — кислорода O₂ и закиси азота N₂O 0—100%
 — углекислого газа CO₂ 0—10%
 — фторотана, изофлюрана, энфлюрана 0—5%
 — севофлюрана 0—8%
 — десфлюрана 0—18%
 Время установления рабочего режима не более 1 мин.
 Время непрерывной работы монитора в сутки 24 ч
 Время непрерывной работы от автономного источника питания не менее 30 мин.

Применяется высокоточный парамагнитный датчик кислорода, не требующий замены на протяжении всего срока службы аппарата.

Кроме монитора глубины анестезии и монитора газоанализа заводом разработаны и подготовлены к серийному производству линейка наркозно-дыхательной техники и лампа фототерапии новорожденных. Все разработки имеют необходимые регистрационные документы.



Специалисты готовы предоставить все необходимые консультации и техническую информацию.

Подробный ассортимент и описание продукции группы компаний на сайте www.trollcompany.ru

Головной офис — управляющая компания
ООО «СтройРеанимация»
 198095 г. Санкт-Петербург, ул. Швецова, 41
 тел. (812) **449-97-17**, факс (812) **449-19-11**
 e-mail: info@trollcompany.ru

Представительство по Москве и Московской области — ООО «ТРОЛЬ-Медицина»
 129164 г. Москва, ул. Ярославская, 8, кор. 3, оф. 314
 тел. (495) **662-34-81**, факс (495) **662-34-01**
 e-mail: trollmed@trollcompany.ru

Факторы риска хронических заболеваний нижних дыхательных путей у детей

Трунцова Е. С., к.м.н., ассистент кафедры; Сагитова Г. Р., д.м.н., профессор, декан факультета последипломного образования, внештатный эксперт МЗ АО; кафедра госпитальной педиатрии АстрГМА, г. Астрахань; Карелин А. О., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей гигиены с экологией СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Изучение факторов, влияющих на состояние здоровья, остается одним из самых актуальных медико-социальных направлений, особенно в обществе, где до сих пор не преодолена тенденция к снижению уровня жизни населения, обусловленная демографическими и экономическими кризисами [3, 6].

Обычно выделяют несколько факторов, определяющих предрасположенность популяции к болезням: генотипические (наследственные свойства индивидуума), фенотипические (связанные с изменением этих свойств в процессе развития, жизнедеятельности) и определяющей заболеваемость населения внешней средой. Однако, по данным экспертов ВОЗ, основная доля влияния на состояние здоровья человека на 49–53% определяется так называемыми факторами образа жизни (курением, употреблением алкоголя, наркотиков, злоупотреблением лекарствами, характером питания, условиями труда, гиподинамией, материально-бытовыми условиями, полноценностью семейных отношений и т. д.). Доля влияния остальных факторов на 18–22% определяется генетическими и биологическими факторами, на 20% — качеством окружающей среды и лишь на 8–10% — состоянием здравоохранения (своевременностью и качеством медицинской помощи и профилактических мероприятий) [11].

Наследственная предрасположенность рассматривается в настоящее время как основополагающий фактор формирования многих заболеваний. Однако чаще в практике врач-клиницист встречается с мультифакториальными заболеваниями, когда для проявления болезни необходимы как наследственная предрасположенность, так и воздействие экологических и социальных факторов.

В кросс-секционном эпидемиологическом исследовании, методика которого была разработана лабораторией детской пульмонологии НИИ пульмонологии СПбГМУ им. академика И. П. Павлова (разработчики методики: профессор А. В. Богданова, профессор А. О. Карелин), среди 1511 детей из г. Астрахани в возрасте от 0 до 18 лет были подробно проанализированы факторы риска, способствующие формированию хронических заболеваний нижних дыхательных путей [17]. Для определения наследственной предрасположенности было проведено сравнение заболеваний родственников в группах детей с бронхиальной астмой и другими хроническими бронхолегочными заболеваниями (хроническим бронхитом, облитерирующим бронхолитом, бронхолегочной дисплазией) и здоровых детей (контроль). Полученные результаты значительно отличались в зависимости от нозологии.

Так, в группе детей с бронхиальной астмой в 2,2 раза чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,001$), встречалась лор-патология; в 2,2 раза чаще — кожная аллергия ($p < 0,001$) и в 2,9 раза чаще — лекарственная аллергия ($p < 0,01$); наследственная отягощенность по бронхиальной астме встречалась в 3 раза чаще ($p < 0,01$). В 2–3 раза чаще у родителей встречались различные аллергические реакции. Родственники детей с другими хроническими бронхолегочными заболеваниями также чаще болели бронхиальной астмой ($p < 0,05$).

При исследовании влияния возраста родителей при рождении ребенка на дальнейшее становление у него здоровья либо формирование хронического бронхолегочного заболевания были получены довольно интересные результаты. Так, в группе других хронических бронхолегочных заболеваний по сравнению с контрольной группой было в 3 раза больше отцов моложе 20 лет ($p < 0,05$). Данный факт еще требует дальнейшего изучения.

Для уточнения эндогенных факторов риска была проведена оценка перинатального периода детей указанных групп заболеваний. При анализе особенностей течения беременности выявлено, что для матерей из группы с бронхиальной астмой характерно достоверное увеличение количества гестозов в 2 раза ($p < 0,001$).

Для группы других хронических бронхолегочных заболеваний получено достоверное превышение по количеству угроз прерывания беременности ($p < 0,01$) и гестозов ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля, достоверно увеличено число преждевременных родов ($p < 0,001$), что и определило формирование бронхолегочной дисплазии у недоношенных детей.

При анализе периода новорожденности детей с бронхиальной астмой отмечено, что у них достоверно чаще отмечаются острые респираторные заболевания и аллергические кожные проявления ($p < 0,05$). В группе детей с другими хроническими бронхолегочными заболеваниями с высокой степенью достоверности чаще отмечалось применение искусственной вентиляции легких и кислородотерапии ($p < 0,01$), наличие синдрома дыхательных расстройств ($p < 0,01$), ателектазов в анамнезе, перенесенных заболеваний нижних дыхательных путей ($p < 0,05$), травматического поражения ЦНС ($p < 0,001$) и нарушения спинального кровообращения ($p < 0,01$), желтухи затяжного характера ($p < 0,001$), нарушения физического развития в виде гипотрофии. Таким образом, наследственные и биологические факторы оказывают разнообразное воздействие на формирование хронической патологии нижних дыхательных путей.

Табакокурение является одним из известных агрессивных факторов риска, приводящих к раннему развитию хронических бронхолегочных заболеваний, лежащих на обществе большим социальным бременем. Большинство исследователей считают не только активное, но и пассивное курение одной из основных причин этих заболеваний. В табачном дыме содержится более 750 компонентов, и концентрация почти всех из них во много раз превышает предельно допустимые нормы. Связь хронических заболеваний дыхательного тракта с курением подтверждается результатами больших эпидемиологических исследований, выявивших более высокий уровень заболеваемости и смертности среди курящих. Широкое распространение табакокурения в различных странах мира приводит к снижению продолжительности жизни населения, что доказано многими научными исследованиями как отечественных, так и зарубежных авторов [12, 13, 19]. Среди лиц подросткового возраста в последние десятилетия табакокурение приобрело массовый характер, без особых различий среди лиц женского и мужского полов. По оценкам ВОЗ, более

150 миллионов подростков в мире употребляют табак, и это число неуклонно растет. В настоящее время около 5,4 миллиона человек умирают каждый год из-за болезней, связанных с курением. А ведь табакокурение является единственной предотвратимой причиной смерти. Прогнозируется, что цифра может вырасти к 2030 году более чем до 8 миллионов в год. Если тенденция сохранится, то основная масса смертей случится в развивающихся странах, где каждый год будет умирать более 7 миллионов людей в результате болезней, связанных с табаком, а это больше, чем от малярии, травматизма и условий жизни, вместе взятых [15].

Подростки — пятая часть мира, и образ жизни, привитый в юном возрасте, обязательно дает результаты в возрасте зрелом, трудоспособном. Такие привычки, как курение и отсутствие физической активности скажутся на формировании различных заболеваний, в том числе хронических, приводящих к ранней инвалидности, снижению показателей функции внешнего дыхания и, как следствие, более низкой работоспособности, толерантности к физической нагрузке, раннему формированию хронических заболеваний органов дыхания и сердечно-сосудистой системы [20]. Известно, что развитие зависимости к никотину наиболее быстро происходит в молодом возрасте. За последнее десятилетие стала заметна тенденция все большего вовлечения в курение девочек. Было установлено, что преобладающим мотивом регулярного курения подростков (как мальчиков, так и девочек) является уже сформированная в той или иной степени зависимость от никотина. Поэтому основной аудиторией для активной профилактики табакокурения являются дети и подростки, среди которых проблема формирования зависимости к табуку приобрела в последнее десятилетие характер эпидемии [7, 18].

В исследовании, проведенном среди подростков Астраханской области, было выявлено, что среди курильщиков (41,6% от всех анкетированных) бронхиальная астма и хронический бронхит встречаются вдвое чаще (коэффициент отношения шансов составил $ОШ=2,0$), увеличивается риск низкого индекса массы тела, ниже границы принятых международных норм в 1,5 раза ($ОШ=1,5$), резко увеличивается риск снижения вентиляционной функции легких ($ОШ=6,0$) [14].

Однако, не умаляя большого вреда, приносимого курением, нельзя затушевывать воздействие на дыхательные пути и ряда других факторов.

Влияние загрязнения воздуха на возникновение респираторной патологии у детей и подростков подтверждено зарубежными исследованиями [10]. Кроме загрязнения воздуха мелкими частицами (пылью), значение также имеют различные аллергические проявления у детей, наличие в семье курильщика, жилищные условия, социально-профессиональная категория родителей. Большое значение имеют перенесенные бронхолегочные заболевания. Сочетание курения 10 сигарет и более в день и перенесенных в течение года бронхолегочных заболеваний у девочек обусловило максимальный риск респираторной симптоматики — 64,9%.

Половина загрязнителей воздуха в городах приходится на долю автомобильного транспорта [16]. В результате резкого увеличения количества автомобилей за последние годы выбросы оксидов азота увеличились на 30—40% [11]. Среднегодовая концентрация диоксида азота в атмосферном воздухе крупных городов России находится в пределах 40—50 $мкг/м^3$ при предельно допустимой концентрации (ПДК) — 40 $мкг/м^3$. К сожалению, существующие ПДК вредных веществ не ориентированы на самые чувствительные группы населения — детей,

больных хроническими заболеваниями, беременных женщин, пожилых людей, так же как не учитывают и многокомпонентный характер загрязнения окружающей среды [1, 5].

Особую роль играет острое массивное загрязнение воздуха — смог, который вызывает тяжелое обострение заболеваний. Смог образуется в результате быстро возрастающего загрязнения воздуха продуктами сгорания топлива, которые в связи с особыми метеорологическими условиями накапливаются под слоем теплого воздуха, лежащего в низких местах над слоем холодного. Такое состояние наблюдается чаще всего в крупных городах, может продолжаться несколько дней и часто сопровождается морозом и густым туманом. Это приводит к резкому увеличению тяжело протекающих обострений болезни и смертности, в основном среди лиц с хроническими заболеваниями органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, которые не могут перенести длительное и чрезмерное для них раздражение дыхательных путей.

Астраханский регион является крупным промышленным центром с наличием предприятий по добыче и переработке газа и серы, предприятий автотранспорта, приводящих к загрязнению атмосферного воздуха различными химическими веществами. На протяжении десятков лет в Астрахани устойчиво воздействуют на экологию мощные неблагоприятные факторы антропогенного и природного характера. Резко континентальный климат в регионе с тепловой неустойчивостью режима испарения вод рек и моря выступает неблагоприятным экологическим фактором, а ведущим антропогенным фактором является крупнейшее в России предприятие топливно-энергетического комплекса «Астраханьгазпром» и увеличивающийся год от года транспортный комплекс, выбросы вредных веществ которого загрязняют атмосферный воздух, воду и почву региона. Негативное воздействие транспортного комплекса, в первую очередь автотранспорта, превратилось в настоящее время в одну из острых социальных проблем. Из-за нерациональной организации транспортной сети весь транзитный грузовой поток проходит через центральные районы города, периодически создавая на прилегающих жилых территориях высокий уровень загазованности (достигающий по некоторым компонентам в отдельных случаях 10 ПДК). При эпидемиологическом исследовании в Астрахани было выявлено, что расположение жилья ближе 300 метров от автомагистрали с интенсивным движением повышает риск тяжелого течения бронхиальной астмы у детей [17].

Исследователи Астраханского региона справедливо указывают на негативное влияние загрязнения окружающей среды на уровень бронхолегочной заболеваемости, особенно врачей и ученых беспокоит рост распространенности бронхиальной астмы [2, 4, 8]. Однако следует признать, что работы по изучению факторов риска хронических бронхолегочных заболеваний у детей немногочисленны и затрагивают в основном бронхиальную астму. В связи с этим уточнение и оценка характера влияния эндогенных и экзогенных факторов риска на формирование указанной группы заболеваний, изучение проблемы с различных позиций представляет собой актуальное направление в пульмонологии детского возраста [9].

Возросший интерес к хроническим бронхолегочным заболеваниям у детей, как и современный уровень диагностических возможностей в педиатрии, способствовали более тщательному изучению таких форм, как облитерирующий бронхолит, бронхолегочная дисплазия, хронический бронхит в детском возрасте.

В настоящее время обсуждается связь этих состояний в формировании у взрослых одной из тяжелых патологий, наряду с ишемической болезнью сердца «болезни века» — хронической обструктивной болезни легких. Вопросы борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями органов дыхания были подняты на европейском уровне. На заседании совета Европейского Союза в Брюсселе в декабре 2010 года были приняты инновационные подходы к хроническим заболеваниям в области общественного здоровья и системы здравоохранения, предложенные Европейским респираторным обществом. Они включают:

- улучшение раннего выявления и диагностики заболеваний;
- использование потенциала электронного здравоохранения/технологий;
- устранение неравенства в уровне здоровья (например, в группах с низким социально-экономическим статусом);
- участие всех заинтересованных сторон в процессе оптимизации наблюдения хронических заболеваний (в том числе создание ассоциаций пациентов);
- внедрение инновационных моделей помощи при хронических заболеваниях в первичном здравоохранении;
- необходимость получения сопоставимых данных на европейском уровне по заболеваемости, распространенности, факторам риска и результатам;
- приоритетное исследование хронических бронхолегочных заболеваний (в текущих и будущих европейских исследованиях и программах действий).

В связи с этим в педиатрической практике достаточно актуальным остается улучшение ранней диагностики, изучение факторов риска хронической пульмонологической патологии, поиск неинвазивных методов обследования при подозрении на хронические бронхолегочные заболевания, поиск методов исследования как собственной реактивности организма на местном уровне, так и дающих оценку результативности проводимого лечения и реабилитационных мероприятий. Необходимо помнить о поиске методов, экономически доступных и простых в исполнении для каждого врача первичного звена здравоохранения.

Литература

1. Агаджанян Н. А., Полуни И. Н., Павлов Ю. В. и др. Очерки по экологии человека. Адаптация и резервы здоровья / Под ред. проф. Н. А. Агаджаняна и акад. РАЕН, проф. И. Н. Полунина. — Астрахань: АГМА, 1997. — 78 с.
2. Аксенов И. А. Клинико-эпидемиологическая оценка состояния здоровья детей, длительно проживающих в районе расположения крупного газохимического комплекса / Автореф. дисс. ... д.м.н. — Астрахань, 2008. — 42 с.
3. Баранов А. А. Здоровье детей России. — М, 1999. — С. 153—160.
4. Безрукова Д. А. Атопическая патология у детей, проживающих в условиях сочетанного воздействия антропогенной нагрузки и йодного дефицита / Автореф. дисс. ... д.м.н. — Астрахань, 2010. — 43 с.
5. Биличенко Т. Н., Чигирева Э. И., Ефименко Н. В. и др. Загрязнение атмосферного воздуха и болезни органов дыхания у населения // Пульмонология. — 2003. — №1. — С. 9—21.

6. Гафаров В. В. Эпидемиология и профилактика хронических неинфекционных заболеваний в течение двух десятилетий и в период социально-экономического кризиса в России. — Новосибирск, 2000. — С. 197—201.

7. Дедух Е. Л., Лузанова Г. С., Ручкина Н. А. Роль гигиенического образования школьников, подростков и молодежи в профилактике табакокурения // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Профессиональное гигиеническое обучение. Формирование здорового образа жизни детей, подростков и молодежи». — М, 2006. — С. 49.

8. Джумагазиев А. А., Плотникова А. И., Аксенов И. А. и др. Динамика здоровья детей региона как индикатор качества окружающей среды // Актуальные проблемы педиатрии: труды Астраханской государственной медицинской академии. Т. 23 (XLVII). — Астрахань, 2001. — С. 14—17.

9. Мизерницкий Ю. Л. Значение экологических факторов при бронхиальной астме у детей / Автореф. дисс. ... д.м.н. — М, 1998. — 57 с.

10. Связанное с транспортом воздействие на здоровье с особым вниманием к детям. Международный проект. — М, 2004. — С. 19.

11. Ревич Б. А., Авалиани С. Л., Тихонова Г. И. Экологическая эпидемиология. — М: Академия, 2004. — 380 с.

12. Рекомендации по мониторингу табачной эпидемии и борьбе с ней. Всемирная Организация Здравоохранения. — Женева, 1999. — 258 с.

13. Савина Н. В., Ханды М. В., Таюрская Т. С. и др. Профилактическая программа «Некурящее поколение» как мера первичной профилактики табакокурения среди школьной популяции // Вопросы современной педиатрии. — 2006. — Т. 5. — №1. — С. 507—508.

14. Сагитова Г. Р., Трунцова Е. С., Бадмаева В. Б. Табакокурение и физическое развитие подростков // Астраханский медицинский журнал. — 2010. — Т. 5. — №4. — С. 141.

15. Сайт Федерального агентства США по комплексной профилактике и контролю за табачной зависимостью и курением (CDC) <http://www.cdc.gov/tobacco/global> 20.08.2011.

16. Сапрыкин В. В., Антоненко Б. Н., Зуева В. П. и др. Влияние антропогенной нагрузки на качество жизни больных // Гигиена и санитария. — 2004. — №1. — С. 17—19.

17. Трунцова Е. С. Распространенность и критерии риска формирования хронических неспецифических бронхолегочных заболеваний у детей в Южном регионе (г. Астрахань) / Автореф. дисс. ... к.м.н. — Астрахань, 2005. — 27 с.

18. Шубочкина Е. И., Молчанова С. С., Куликова А. В. Курящие подростки как медико-социальная проблема // Материалы X Съезда педиатров России «Пути повышения эффективности медицинской помощи детям». — М, 2005. — С. 611.

19. Чучалин А. Г. Табакокурение и болезни органов дыхания // Российский медицинский журнал. — 2008. — Т. 16. — №22. — С. 1477.

20. Tager I.B., Speizer F.E. Risk estimates for chronic bronchitis in smokes: a study of male — female differences // Am. Rev. Respir. — 1976. — 116: P. 619—625.

УНИКАЛЬНЫЙ БАССЕЙН «ТОРНАДО» С МОДУЛЕМ СТРУКТУРИЗАЦИИ ВОДЫ!

Человек почти на 80% состоит из воды, поэтому ее структура и свойства оказывают на человеческий организм глубокое воздействие. В последнее время люди начинают придавать все большее значение влиянию воды на организм человека. Так, одной из эффективных методик оздоровления организма является применение структурированной воды. Группе российских ученых удалось создать модуль структуризации воды. Применение его на практике, в бассейне «Торнадо», показало широкий спектр воздействия воды с измененной структурой на течение различного рода заболеваний и получение оздоровительных эффектов: от уменьшения боли в суставах при различного рода хронических до снижения уровня сахара в крови у больных сахарным диабетом 1 типа

В 2010 году на базе производственного комплекса ООО «Техпром» (торговая марка OSM) с использованием новейших разработок российских ученых и их исследований природных целительных свойств воды был создан модуль структуризации воды и разработана уникальная технология получения биологически активной структурированной воды в бассейне



«Торнадо», которому нет аналогов в мире.

Бассейн оснащен современными техническими средствами, такими как комплект гидромассажного оборудования, программируемая электронная система управления, световой модуль (лечебная семицветная хромотерапия), автоматический подогрев воды, но уникален бассейн благодаря модулю структуризации воды!

Этот модуль способствует изменению структуры воды после прохождения ее через постоянное отрицательное магнитное поле, создаваемое редкоземельными неодимовыми магнитами. Структура расположения молекул такой воды изменяет ее физико-химические свойства и максимально приближает структуру воды к внутриклеточной и межклеточной жидкости человека.

Такая структурированная вода становится активной и несет в себе необыкновенные оздоровительные свойства.

Первые исследования применения оздоровительных процедур в бассейне «Торнадо» показали их положительное влияние на течение таких заболеваний, как сахарный диабет 1 типа, невроты у детей и взрослых, псориаз, снижение различных болей суставов.

Наблюдавшая группу детей больных сахарным диабетом 1 типа врач-эндокринолог Дмитровской городской больницы Н. В. Сергеева отметила существенное снижение показателей уровня сахара в крови у участников оздоровительных

процедур. После проведения данных процедур на протяжении значительного периода наблюдались низкие показатели сахара в крови у данной группы участников. А врач Дмитровской специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интерната VII вида Н. В. Новгородцева, наблюдавшая группу детей, отметила удивительные изменения в психоэмоциональном состоянии трудных детей и подростков, в их поведении, отношении к учебе и жизни.

На предприятии, где проводились первые исследования воздействия структурированной воды на человека, было зафиксировано снижение количества боляничных листов на 20%.

Все это привлекло внимание специалистов к уникальному бассейну. Разработчики бассейна «Торнадо» сейчас сотрудничают с такими учреждениями, как НИИ курортологии при ФМБА (г. Пятигорск) и Военно-медицинская Академия им. С. М. Кирова МО РФ (г. Санкт-Петербург).

Все участники и специалисты, принимавшие участие в наблюдениях, единогласно утверждают, что не было зафиксировано ни одного случая ухудшения самочувствия при применении оздоровительных процедур в бассейне «Торнадо», широкий спектр оздоровительных эффектов которого позволяет говорить о его максимально возможном применении.



Вы можете сами убедиться в этом, посетив один из наших оздоровительных центров, расположенный по адресу: Московская обл., пос. Некрасовский, ул. Шоссейная, 3А, тел. (495) 510-39-11, или в Санкт-Петербурге, по адресу: ул. Красноармейская, 30, тел. 8-931-335-76-38.

Открытое письмо руководителям учреждений санаторно-курортного профиля

от Генерального директора ООО «Орион-Си» профессора,
академика, кавалера ордена «Звезда Отечества»,
почетного гражданина РФ Л. А. Сибельдиной

Озон — бесценный подарок Создателя. Его уникальные свойства огромны и неограниченны. Это не фармацевтический препарат — сама природа заботится о нас. Великий и непревзойденный художник и целитель — Доктор Природа — благословил Человечество, принеся в дар исключительную помощь и выдающееся благословение — Озон.

Лили Аркадьевна Сибельдина
(на основе заключений
мировой науки)

Глубокоуважаемые коллеги!

Выражаю Вам свое огромное уважение и благодарю за непосредственное участие в деле поддержания здоровья населения страны.

Не существует в мире системы по всесторонней реабилитации организма человека аналогично той, что была создана в Советском Союзе на научной основе, название которой **САНАТОРИЙ**. Имея собственное видение, приобретенное из многочисленных личных поездок по всем континентам в течение 20 лет, могу с уверенностью заявить, что ни одна страна мира не может повторить эту систему.

В российской санатории отдыхающий-пациент получает полный комплекс назначений для оценки



Лили Аркадьевна СИБЕЛЬДИНА,
Генеральный директор ООО «Орион-Си»,
академик, профессор, д. б. н., к. ф.-м. н.,
кавалер ордена «Звезда Отечества»,
Почетный гражданин РФ

его здоровья и, соответственно, реабилитации. Для определения слабых мест и последующего восстановления организма человека осуществляется полная диагностика, выполняется электрокардиограмма, рентгенография, назначаются необходимые процедуры для поднятия иммунного статуса, различные ванны (жемчужные, сероводородные,

температурно-контрастные и т. п.), массаж, душ Шарко, циркулярный душ, подводный массаж и т. д.

Восхищаюсь всем Вашим коллективом, который продолжает использовать лучшие достижения советской медицины в своей практике, оказывая максимальную помощь в реабилитации пациента. Считаю, что **абсолютно каждому человеку**

просто необходимо пройти санаторно-курортное лечение хотя бы один раз в год на протяжении как минимум 24 дней. Я лично активно пропагандирую эту практику, успешно опробованную на себе.

Искренне радуя за Ваше дальнейшее развитие и процветание, отягощенное многочисленными реформами в условиях всеобщей модернизации здравоохранения России, хочу поделиться собственными инновационными разработками, способными оптимизировать Ваши затраты на дезинфекцию и стерилизацию, а также расширить перечень услуг Вашего санатория по оздоровлению посетителей.

Использование аппаратуры собственного производства компании «Орион-Си» на основе «озоновых технологий»:

1. Стерилизатор озоновый «Орион» для экспресс-стерилизации хирургического инструмента, а также расходных медицинских материалов.

Его использование позволяет получить колоссальную экономию. К примеру, любой силиконовый катетер, применяемый в урологии, становится многократным, а не однократным (трехминутная обработка в камере), иглы для забора крови в лаборатории, планшеты для взятия крови, различные чашки Петри и т. д.).

Обращаю Ваше внимание на то, что **стерилизатор озоновый «Орион» многофункционален.**



Отсоединив озонатор от камеры, **Вы можете продезинфицировать любое помещение в санатории:** процедурные палаты, раздевалку в бассейне, столовую, склад хранения продуктов, комнаты для курящих и т. д. Также можно защититься от грибковой инфекции, которая может быть занесена пациентом.

Вы будете иметь колоссальную экономию на химдезинфектантах, которыми в данное время обрабатываются различные места в помещении.

2. Мы предлагаем прибор «Орион-Си» ОТ-15 / 155 с комплектом насадок как физиотерапевтический.

Используя его, Вы сможете решить самые неожиданные задачи. Например, наша процедурная камера «комбинезон» была разработана в 1998 году для лечения псориаза, опоясывающего лишая и других кожных поражений. Сегодня «комбинезон» используется многими ведущими зарубежными клиниками (США, Куба, Австрия, Германия и др.). **Пребывание в нем 2–3 часа ежедневно в течение месяца снимает развитие онкологии, диабета 1–2 стадии, различных гепатитов и т. д.**

Насадкой «наушники» (введение озона по 2 минуты в каждую ушную раковину) снимается ряд

серьезных психоневрологических нарушений: **болезнь Паркинсона, Альцгеймера, старческое слабоумие, потеря памяти, гайморит, шум в ушах и т. д.**

Если в Вашем Санатории есть отдыхающие с заболеванием «**диабетическая стопа**», **то целесообразно использование процедурных камер, таких как «нога», «рука», «стопа-кисть».**

Обращаюсь к Вам с просьбой внимательно отнестись к данной информации и решить для себя, что именно может принести наше сотрудничество в Вашу практику по восстановлению здоровья отдыхающих.

Ведь все гениальное просто — технологии компании «Орион-Си» безопасны, экологичны и минимально затратны. Используя озонные технологии, Вы получаете результат, в разы превосходящий имеющийся.

Убедена в том, что ОЗОН нам дан Небом, как самый экологически безопасный и самый дешевый дезинфектант. Уверена, произведя определенные расчеты, Вы оцените его уникальные возможности.

С огромным уважением, заранее благодарна, Генеральный директор ООО «Орион-Си», профессор, академик, кавалер ордена «Звезда Отечества», почетный гражданин РФ
Л. А. Сибельдина

Р. С. Ниже приводится перечень Санаториев, которые плодотворно используют аппаратуру ООО «Орион-Си» с 2001 года по настоящее время:

Санаторий «Геленджик»,
Санаторий «Ейск» (г. Ейск),
Санаторий «Голубые Озера» (Подмосковье),
Санаторий урологический (г. Железноводск),
Санаторий «Аралия» (г. Южно-Сахалинск),
Санаторий «Барнаульский» (г. Барнаул),
Курорт «Хилово»
(п. Хилово, Псковской обл.),

Санаторий-профилакторий «Лаго-Наки»
(Республика Адыгея),
Санаторий «Металлург» (г. Ижевск),
Санаторий «Лесная Поляна» (г. Пятигорск),
Санаторий «Октябрьское Ущелье» (г. Саратов),
Санаторий «Свободный» (Амурская обл.),
Санаторий «Геолог» (Тюменская обл., с. Салаирка),
Санаторий «Русь» (г. Анапа) и другие.

При необходимости мы готовы предоставить Вам всю подробную информацию.



ООО «Орион-Си»

115419, Москва, ул. Орджоникидзе, 11,
тел./факс: (495) 952-48-21, 789-67-35 (многокан.), тел.: (495) 762-82-52 — операт. связь,
www.orion-si.ru, e-mail: orionsi@yandex.ru

САНАТОРИЙ «ЛЕСНОЙ» г. Железноводск



Санаторий расположен в сосновом бору у подножия горы Бештау, включает в себя жилой корпус на 117 человек, соединенный теплым переходом с водогрязелечебницей, лечебный и спортивно-оздоровительный корпуса, столовую с VIP-залом, бует с минеральными водами «Славяновская» и «Ессентуки-4».

К вашим услугам 1-, 2-, 3-местные номера, люксы и коттеджи повышенной комфортности, оборудованные всем необходимым для вашего удобства, в том числе предметами личной гигиены. Питание 3-разовое диетическое по системе «меню — заказ». Лечебная программа — базовая (7/14/18/21 день).

Основной лечебный профиль:

болезни органов пищеварения, почек, мочевыводящих путей, обмена веществ (сахарный диабет), андрология. Лечим также заболевания периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата (остеохондроз, остеоартроз, артрит), гинекологического профиля.

Диагностическая база:

функциональная, УЗИ-диагностика; клинико-биохимическая лаборатория; эндоскопия.

Лечебная база:

минеральные, йодобромные, хвойные, хвойно-жемчужные, солодковые, сухие углекислые ванны; лечебные души (Шарко, циркулярный, восходящий, подводный душ-массаж); грязелечение, электрогрязелечение; сауна (кедровая бочка, инфракрасная);



массаж классический; кишечные процедуры (сифонные промывания, микроклизмы лекарственных); гинекологические орошения, урологический массаж; электросветолечение (магнито-, КВЧ-, УЗ-терапия), аэроионотерапия; фитолечение, электросон.

К услугам отдыхающих бильярд, настольный теннис, бассейн (9х23 м), зал ЛФК, тренажерный и танцевальный залы, бар, библиотека, парикмахерская, косметический кабинет, детская игровая комната, заказ авиа- и ж/д билетов, прокат спортивного инвентаря, прачечная, автостоянка, экскурсионные услуги, конференц-зал и бизнес-центр.

**357432,
Ставропольский
край,
г. Железноводск,
п. Иноземцево,
микрорайон
Лесной.**

**Тел./факс:
(87932) 5-74-68,
5-74-28, 5-74-25;**

**www.lesnoy-kmv.com
e-mail:
market1@lesnoy-kmv.ru
market@lesnoy-kmv.ru**



«ГЕЛИОКС»

В течение пяти лет мы производим современное массажное оборудование, которое помогает возвращать здоровье людям. Нам нравится этим заниматься и получать положительные отзывы от специалистов и их благодарных пациентов.

Качество нашей продукции мы напрямую связываем со здоровьем людей, поэтому оно всегда было и остается нашей главной ценностью. Мы помним о качестве на всех этапах разработки и производства. Для нас это большая ответственность и главная гордость.

Мы производим несколько линеек массажных столов, которые включают в себя массажные столы с механическим и электрическим приводами, складные массажные столы, медицинские кушетки и другое оборудование, с полным ассортиментом которого вы можете ознакомиться на нашем сайте



www.heliox.ru



**ООО «Гелиокс»
М. О. г. Мытиши,
I-й Силикатный переулок, 12
тел. (495) 411-39-32
e-mail: ap@heliox.ru, www.heliox.ru**

Диагностические аспекты синдрома панических атак

Дмитриев М. Н., Молчанова И. Г., Булейко А. А.; г. Ростов-на-Дону

Несмотря на обилие литературы, посвященной проблеме психовегетативных нарушений, она остается чрезвычайно актуальной как в методологическом, так и практическом аспектах [3, 4, 11, 12, 15]. К таким аспектам относятся, прежде всего, понимание и признание примата психического генеза достаточно выраженных сомато-вегетативных проявлений и попытка не просто типировать эти расстройства, но и выработать алгоритмы дифференцированной помощи. В чем же состоит собственно проблема?

Вегетативные или, как более принято в отечественной литературе, вегетососудистые пароксизмы представляют собой конгломерат функциональных сердечно-сосудистых, дыхательных, неврологических, абдоминальных, кожных и иных вегетативных нарушений, которые возникают в виде приступа, могут продолжаться относительно короткое время (обычно минуты) и не оставляют после себя остаточной соматической симптоматики или структурных дефектов в каких-либо органах или системах. Изначально предполагался первично соматический или сомато-неврологический генез таких расстройств. В зависимости от доминирования сбоя работы той или иной функциональной системы стали появляться и внедряться синдромальные заключения, которые в настоящее время известны как «гипервентиляционный синдром», «синдром раздраженного кишечника», «вегетососудистая дистония по кардиальному типу» и т. п.

Но последующее развитие исследований мозга привело к точке зрения о первичном сбое в работе надсегментарных, преимущественно диэнцефальных, мозговых структур как первичной зоны поражения. Отсюда с середины XX века наиболее популярным стало обозначение вегетативных приступов как «диэнцефальных» или «гипоталамических» кризов. А развитие теории дисбаланса высших вегетативных центров гипоталамуса привело к уточняющим заключениям: стали выделять симпатно-адренальные, ваго-инсулярные или смешанные вегетативные пароксизмы.

Однако изначально было замечено, что пароксизмы не ограничиваются исключительно вегетативной симптоматикой. В их структуре представлены разнообразные психические, преимущественно аффективно-тревожные и сенсорные (парестезии, сенестопатии) расстройства. Накопились данные, показывающие, что патологическая активность мозговых структур не ограничивается гипоталамусом. Ведущую роль в генезе вегетативных пароксизмов стали отводить лимбико-ретикулярному комплексу, особенно глубоким отделам височных долей, в частности, парагиппокампальной области, а также стволу мозга, преимущественно зоне так называемого «синего пятна». Вышеизложенное привело к изменению взглядов на структуру и квалификацию вегетативных кризов. Они стали описываться как «психовегетативный синдром», где выделялись психоземotionalные нарушения. Разработка учения о пароксизмальной тревоге и «тревожных атаках», «неврозе тревоги», описанных еще З. Фрейдом, привели к формированию представлений о вегетативных пароксизмах как компоненте первично психического заболевания, преимущественно тревожно-невротического

спектра. При преобладании перманентных тревожных и вегетативных расстройств стал доминировать термин «генерализованное тревожное расстройство». А при внезапных, пароксизмальных вариантах течения таких кризов с 1980 года Американской ассоциацией психиатров (АРА) был введен и получил всемирное распространение термин «паническая атака». При этом в самом определении паники главным критерием выступали уже не вегетативные проявления, а интенсивная тревога. В нашей стране приоритет в изучении такого рода пароксизмальных психовегетативных состояний принадлежит школе А. М. Вейна.

Однако с учетом изначального отказа от нозологических рамок и приоритета феноменологического подхода, лежащего в основе диагностических критериев панических расстройств, многих отечественных клиницистов не удовлетворял этот синдромальный диагноз. Ведь следующая проблема как раз и заключалась в том, что выделенная симптоматика панических атак является нозонеспецифичной. А описанная динамика панического расстройства по американским критериям относилась возникающие фобические, ипохондрические и аффективные расстройства исключительно к вторичным проявлениям, что закрепляло их типирование по МКБ-10 и DSM-IV как невротическую или стрессиндуцированную патологию.

Иные клинические феномены (сенсорные, психические, аффективные), выходящие за рамки формальных критериев панических атак и панического расстройства, стали относить либо к вариантам динамики панического расстройства, либо рассматривать как коморбидную (сопряженную) патологию, преимущественно с аффективными и тревожно-фобическими расстройствами, благо это позволял многоосевой принцип современных западных классификаций.

Отражением в терапии такого диагностического подхода стало внедрение в широкую клиническую практику неких «универсальных» методик психотерапии, постепенно пришедших на смену устаревшим методикам сосудисто-вегетотропной и сосудисто-метаболической коррекции психовегетативных пароксизмов. Наиболее широко представлены две группы психотропных препаратов: транквилизаторы (альпрозолам, лоразепам, диазепам и т. д.) и антидепрессанты. Причем в истории внедрения последних в терапию вегетососудистых пароксизмов можно выделить следующие этапы: от мощных, но токсичных трициклических антидепрессантов (кломипрамин, amitриптилин, мапротилин) через длительный этап доминирования ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин, пароксетин, сертралин, циталопрам и т. д.) к наиболее современным модификациям антидепрессантов «двойного механизма действия» — ингибиторам обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин, дулоксетин).

Касаясь методов психотерапии психовегетативных кризов, следует остановиться на одной крайне интересной методике, широко применявшейся в конце 80—90-х годов XX века в некоторых регионах нашей страны, в частности в Ростовской области, но не получившей в последующем массового признания. Речь идет о так называемой «комплексной патогенетической

терапии», предусматривающей одновременный прием относительно малых доз нейролептиков (преимущественно галоперидола), солей лития (лития карбоната) и бензодиазепиновых транквилизаторов (феназепам, седуксена). Ее научную основу составляла теория академика Г. Н. Крыжановского о появлении в головном мозге устойчивых генераторов патологически усиленного возбуждения и формировании патологической детерминирующей системы. В ростовской психиатрии разработка и внедрение метода комплексной патогенетической терапии (КПТ) связаны прежде всего с именем профессора В. М. Коваленко и его последователей, в частности А. И. Шевелева. В полной модификации этой методики собственно КПТ всегда сочеталась с назначением малых и средних доз трициклических антидепрессантов. Дополнительно могли быть добавлены вместе или вместо солей лития карбамазепины (финлепсин, тегретол), а также вегетокорректоры (пирроксан). Следует отметить, что эта методика была и остается достаточно эффективной и позволяет влиять на широкий спектр психовегетативных нарушений, преимущественно непсихотического или субпсихотического уровня.

При более тщательном клинико-анамнестическом анализе становилось понятно, что структура вегетосудистых приступов или панических атак и их динамика не являются однородными понятиями, а представляют собой скорее спектр психовегетативной патологии с преимущественно пароксизмальным (ярким, брутальным) проявлением вегетативных компонентов и непароксизмальной, относительно латентной, представленностью психических компонентов. Нозологически разброс этого спектра психовегетативной патологии колеблется от первично соматических заболеваний с тревожно-ипохондрической или истерической фиксацией на них переживаний акцентуированных личностей до первично эндогенно процессуальных заболеваний (шизофрении), где вегетативные пароксизмы могут выступать как соматическое обрамление текущей психопатологической симптоматики [6].

Поэтому для адекватного понимания и квалификации возникающих психовегетативных пароксизмов, а также их адекватной патогенетической терапии в структуре той или иной нозологии необходимо решать следующие вопросы, которые оптимально были сформулированы П. А. Барановым в пособии для врачей «Паническое расстройство (клиника, диагностика, терапия)» [2]:

1. Являются ли паническое (тревожное) и аффективное (депрессивное, шизофреническое) расстройства фактически единым заболеванием? Поскольку тревога с вегетативными пароксизмами и депрессия представляют своего рода континуум общего фактора, лежащего в основе этих двух аффективных феноменов, так называемая коморбидность может отражать лишь искусственное разделение единого сложного синдрома на более простые компоненты.

2. Может ли существовать истинная коморбидность двух и более различных синдромов (тревожного, собственно аффективного или ипохондрического)?

3. Наличие эндогенной психической патологии (расстройства биполярного или шизофренического спектров) — это фактор, способствующий возникновению или модифицирующий течение панических и тревожных состояний?

4. Возможна ли предрасположенность более «слабого» синдрома для другого, более «сильного», может ли паническое расстройство предшествовать развитию

депрессивного состояния, как стадия одного патологического процесса?

5. Могут ли клинические феномены нозологически самостоятельных по МКБ-10 синдромов панического расстройства и обсессивно-компульсивного расстройства и депрессии перекрываться искусственно из-за несовершенства дефиниций?

Как нам представляется, ответы на эти вопросы и соответственно подходы к терапии зависят в большей степени от установочного отношения отдельных медицинских национальных или региональных школ. Наиболее рациональным было бы деление панических атак на **идиопатические** и **симптоматические**, по аналогии с квалификацией типов эпилептических приступов.

К идиопатическим следовало бы относить собственно типичные по структуре панические атаки, так называемые «вегетативные» — с преобладанием вегетативных нарушений и недифференцированностью фобий, относительно малым удельным весом деперсонализационных, дереализационных симптомов. Возникают такие пароксизмы аутохтонно, и течение заболевания соответствует классическим критериям панического расстройства с возможным вторичным присоединением агорафобического и нозофобического компонентов. При этом сохраняется достаточная социальная адаптация пациентов, не происходит «разрастания» фобических или ипохондрических симптомов. Частота такого варианта панических атак, по собственным наблюдениям, составляет 8—10% всех форм.

Симптоматические панические атаки являются не самостоятельным расстройством, а представляют собой компонент более сложного психического заболевания. Здесь может быть несколько вариантов. Одним из наиболее часто описываемых является вариант вхождения психовегетативных кризов в структуру аффективных (фазно протекающих эндогенно-аффективных) расстройств, чаще всего депрессий. Частота встречаемости этого варианта, по собственным наблюдениям, доходит до 40—45% от всех случаев панических атак. Характерной чертой являлось наличие выраженного тревожно-тоскливого аффекта не только во время самого пароксизма, но и в перииктальный период. Пациенты жаловались на снижение настроения, ощущение тоски, чувство безысходности, тревожное возбуждение, идеи самообвинения и регистрировали нозофобии, сопряженные с вегетативной симптоматикой. В структуре пароксизма значимый удельный вес занимали сенестопатии и сенестоалгии торакальной и торакоабдоминальной проекции. Характерными чертами являлись суточные и сезонные колебания наличия и выраженности психовегетативной симптоматики. При этом в собственных наблюдениях чаще отмечали, в отличие от данных П. А. Баранова [2], не вечерний, а утренний пик возникновения панических приступов. Касаясь анамнеза таких пациентов, обнаружили некоторые интересные данные. У многих из них панические атаки впервые возникали в пубертатном возрасте, а ранее (в детстве) не менее трети наблюдались у неврологов или психиатров с диагнозом «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» или аналогами. При проведении более тщательного анамнестического исследования на предмет выявления критериев биполярности установили, что у подавляющего большинства пациентов с ассоциацией депрессии и панических атак в прошлом имелись стертые гипоманиакальные эпизоды или периоды. А панические атаки как раз часто возникали в состоянии смешанного аффекта при инверсии

фаз, сочетаясь с переходом от идей успешности и преувеличения способностей своего «Я» к идеям пониженной самооценки с развитием навязчивых негативных воспоминаний и сомнений в своих способностях. У этой же группы пациентов в анамнезе отмечалась симптоматическая алкоголизация, которая примерно в половине случаев предшествовала манифестному приступу панических атак. Такие клинические особенности позволяют отнести этот вариант панических атак, сопряженный с аффективной патологией, не столько к рекуррентной депрессии [1, 2, 9, 10], сколько к биполярному аффективному расстройству, чаще всего второго типа. Эта точка зрения солидарна с позицией С. Н. Мосолова [8] и с концепцией J. Angst [13, 14] относительно расширения критериев гипомании и увеличения встречаемости биполярного расстройства в популяции. В таком случае панические атаки могут выступать как один из предикторов биполярности.

Другим вариантом симптоматических панических атак является сопряженность их с расстройствами шизофренического спектра. Они могут начинаться в дебюте (инициальном периоде) и проявляться на всем протяжении неврозоподобной формы вялотекущей шизофрении (шизотипического расстройства) или входить в структуру приступообразно-прогредиентной [2]. По собственным наблюдениям, такой вариант панических атак встречается в 18–20% всех случаев. В структуре пароксизма большой удельный вес приобретали явления дереализации, деперсонализации, острый страх сойти с ума, наплывы навязчивых мыслей. Примечательно, что достаточно часто наблюдали трансформацию пароксизмального течения вышеописанных психических нарушений в непароксизмальное, когда обсессивно-фобические или дереализационно-деперсонализационные феномены не исчезали после окончания панической атаки, а могли сохраняться, флюктуируя по интенсивности, часы и даже сутки после криза. Часто в психическом статусе пациентов регистрировали сверхценные образования, достигающие порой уровня бреда, различные выхолащенные страхи. Для личности таких больных была характерна замкнутость, склонность к уединению, длительным малопродуктивным размышлениям. Наблюдалась тенденция к ипохондрической фиксации, чрезмерная озабоченность собственным здоровьем. Больные могли создавать целые системы «оградительных» ритуалов, долженствующих защитить их от нового приступа, что свидетельствует в пользу формирования обсессивно-компульсивной симптоматики. Кроме того, наблюдалась аутохтонность возникновения приступов в сочетании с их усложнением, могущим достигать у отдельных пациентов уровня параноидного синдрома.

Согласно мнению П. А. Баранова [2], для панических атак в рамках именно приступообразно-прогредиентной шизофрении характерно включение в иктальный и интериктальный период атипичной аффективной симптоматики биполярного спектра с доминированием депрессивного полюса.

Интересны были параклинические находки. Именно при таком варианте течения при нейровизуализации у подавляющего числа пациентов обнаруживали аномалию развития — кисту прозрачной перегородки — чаще, чем при иных вариантах шизофрении либо панических атак иного происхождения.

У 16–19% пациентов психовегетативные пароксизмы возникали без четкой суточной и сезонной динамики, однако могли быть спровоцированы ситуационными

конфликтными или затяжными фрустрирующими ситуациями. Помимо собственно симптоматики панических атак предъявлялись перманентные жалобы на функциональные боли в различных частях тела (головные, абдоминальные и др.). Больных беспокоило чувство сдавления дыхательных путей, «комков» в горле, запинки речи, моргание. Головокружение у пациентов с течением времени могло перерасти в астазию. Также парестезии в конечностях со временем могли принимать вид онемения по типу «чулок» или «перчаток». Одной из особенностей был больший, чем при других вариантах панических атак, удельный вес абдоминальной симптоматики (тошнота, позывы на рвоту, позывы на дефекацию). После пароксизма характерными были навязчивые размышления по поводу происшедшего. В структуре личности таких пациентов присутствовали демонстративные или тревожные черты. У многих в анамнезе выявлялись социофобические или обсессивные феномены, отражающие ранее случившуюся стрессовую ситуацию. Такой вариант панических атак, безусловно, можно типировать как ассоциированный с неврозом. При истерическом генезе невроза сами панические атаки могли выступать как феномен конверсии.

Отдельно следует остановиться на эпилептическом (эпилептиформном) варианте панических атак. Изначально он был описан как проявление дизэнцефальной или височной эпилепсии. В собственных наблюдениях такой вариант встречался реже всего (4–7% случаев), клинической особенностью была тенденция к малому числу симптомов в пароксизме (4–5 из 13 возможных по критериям МКБ-10), что приближает его к так называемым малым (симптоматически бедным) паническим атакам [3, 4]. Компоненты были преимущественно вегетативного спектра, они были достаточно ярко выражены и проявлялись в грубой форме (скачки давления, пульса, приступы удушья и т. д.). Длительность панической атаки обычно кратковременна — до 5 минут, часто несколько десятков секунд. Пароксизмы характеризовались стереотипной картиной и возникали чаще в предзакатные часы. В психоневрологическом статусе у пациентов регистрировали эпизоды дисфории и мигреноподобные боли, сенсорные пароксизмы (обонятельные иллюзии и галлюцинации, психосенсорные расстройства, включая наплывы уже виденного, метаморфопсии, дереализацию). С нашей точки зрения, сенсорные пароксизмы следует не объединять с симптоматически бедными паническими атаками, а рассматривать как проявления клинического полиморфизма, характерного для височной симптоматической эпилепсии. В анамнезе у большей части пациентов регистрировали травмы головы. Характерным был ответ пациентов на ранее проводимое лечение панических атак: после назначения трициклических или серотониновых антидепрессантов могли возникать миоклонические подергивания, а проявления панических атак не менялись. Вышеприведенные характеристики заставляли квалифицировать такие психовегетативные пароксизмы как локальные (парциальные) простые припадки при формирующейся симптоматической эпилепсии. Анамнестические и катamnестические наблюдения, показывающие постепенное усложнение картины пароксизма, при котором такого рода вегетативные кризы предшествовали выключению сознания (вторично-генерализованные эпилептические припадки), позволяли типировать их как вегетативную или вегето-сенсорную ауру и делали диагноз эпилепсии бесспорным.

В литературе доминирует точка зрения о возможной истинной коморбидности панических атак и вегетативных

эпилептических пароксизмов [4, 16]. С нашей точки зрения, это возможно с учетом роста «неклассических» форм изменения личности при эпилепсии — психастенической и истероидной [7]. Но это не должно исключать возможность выделения эпилептического варианта панических атак, поскольку вторичные при эпилепсии панические атаки и тревожные расстройства могут возникать скорее по невротическим механизмам, включая реакции акцентуированных личностей на сам факт тяжелого заболевания.

Подытоживая все вышеизложенное, можно отметить, что современное понятие панических атак — это гетерогенный симптомокомплекс с выделением трех компонентов: вегетативных, сенсорных и собственно психических. В практике доминируют не первичные (идиопатические), а симптоматические варианты панических атак, являющихся не самостоятельным заболеванием, а проявлением широкого спектра психической патологии. Клинико-анамнестический метод исследования позволяет выделить для каждого варианта особенности структуры самих психовегетативных пароксизмов, их динамики, проследить клинический параллелизм (синдромокинез и синдромотаксис) с иными психоневрологическими феноменами. Это позволяет уже на ранних стадиях предположить точный генез пароксизмов и предлагать рациональную, обоснованную патогенетическую терапию и меры реабилитации.

Литература

1. Акарачкова Е. С., Вершинина С. В. Синдром вегетативной дистонии или депрессия? Депрессивные расстройства в общесоматической практике // Русский медицинский журнал. — 2010. — №26. — С. 1565.
2. Баранов П. А. Паническое расстройство (клиника, диагностика, терапия). Пособие для врачей (электронная версия), <http://www.psychiatry.ru/stat/56>.
3. Вегетативные расстройства / Под ред. А. М. Вейна. — М, 1998. — С. 752.
4. Вейн А. М., Дюкова Г. М., Воробьева О. В., Данилова А. Б. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты). — СПб, 1997. — 304 с.
5. Воробьева О. В. Клинические особенности депрессии в общемедицинской практике (по результатам программы КОМПАС) // Консилиум медикум. — 2004. — Т. 6. — №2. — С. 84—87.
6. Гиндинкин В. Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. — М, 2000. — С. 256.
7. Киссин М. Я. Клиническая эпилептология. — М, 2009. — 256 с.
8. Мосолов С. Н., Костюкова Е. Г., Кузавкова М. В. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия. — М, 2008. — 384 с.
9. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Дробижев М. Ю. и др. Депрессии и возможности их лечения в общемедицинской практике (предварительные результаты программы ПАРУС) // Консилиум медикум. — 2007. — Т. 2. — №2. — С. 23—25.
10. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. — М, 2001. — С. 75—76.
11. Пивоварова А. М., Белоусова Е. Д. Панические атаки // Трудный пациент. — М, 2005. — №12. — С. 5—7.
12. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии. — М, 1999. — Т. 1. — С. 442—444.
13. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder // J. Affect Disord. — 1998. — V. 50. — P. 143—151.
14. Angst J., Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder // Biol. Psychiatry. — 2000. — 48. — P. 445—457.
15. Abbar M. Panic disorder and panic attack // Encephale. — 1996. — V. 22 (5). — P. 13—18.
16. Saegusa S., Takahashi T., Moriya J., Yamakawa J., Itoh T., Kusaka K., Kawaura K., Kanda T. Panic attack symptoms in a patient with left temporal lobe epilepsy // J. Int. Med. Res. — 2004. — V. 32 (1). — P. 94—96.

Регистр HLA-типированных доноров ГБУ РО «СПК» и его использование в клинической практике

*Фадеева Т. В., Кудинова Э. Е., Труфанова Т. И., Савченко О. А.;
ГБУ РО «Станция переливания крови», г. Ростов-на-Дону*

Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (костного мозга) сегодня является признанным и широко используемым методом терапии онкогематологических заболеваний и некоторых состояний, связанных с дефицитом кроветворения и иммуногенеза.

Основным условием, при котором возможна трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК), является полная HLA-идентичность между донором и реципиентом. HLA — это система лейкоцитарных генов человека, которая является самой полиморфной в его геноме.

Основные биологические функции системы HLA:

- является инструментом защиты организма от антигенных факторов внешней и внутренней среды посредством индукции и участия в реализации всех звеньев иммунного ответа. Доказано, что гены HLA I и II класса осуществляют контроль иммунного ответа и занимают одно из главных мест в реализации иммунологического механизма поддержания гомеостаза. А развитие и прогрессирование многих заболеваний связано

с нарушением функций иммунной системы.

Многофункциональность генов большого комплекса гистосовместимости человека выразилась в их способности определять предрасположенность индивида к определенным заболеваниям. Имеются многочисленные доказательства роли системы HLA в развитии заболеваний, связанных с иммунной системой: инфекционных, аутоиммунных и онкологических.

- обуславливает «барьер тканевой несовместимости» при трансплантации органов и тканей. Реакция на трансплантат не развивается только в случаях между генетически идентичными организмами (например, однояйцевыми близнецами). Во всех других случаях развивается иммунная активность на генетически «чужое». Гены гистосовместимости и их производные на клеточной мембране HLA-антигены являются главными инициаторами отторжения.

Фундаментальные достижения учения о комплексе HLA быстро вошли в клиническую практику. Прежде

всего, следует отметить трансплантацию органов и тканей. Представление об HLA-фенотипе конкретного реципиента позволило целенаправленно подбирать ему донора, и тем самым повысило эффективность терапии посредством трансплантации.

Главное условие успешного приживления трансплантата у реципиента — наличие HLA-идентичного донора. В клинической практике полная идентичность означает совместимость по антигенам HLA всех пяти локусов (A, B, C, DR, DQ).

Наиболее эффективным донором в соответствии с законами генетики при ТГСК является однойцевый близнец или идентичный с больным сиблинг (родной брат или сестра). По литературным данным, лишь 30% всех нуждающихся в ТГСК как в виде лечения, могут быть обеспечены родственным донором (Зарецкая Ю. М. и соавт., 2008). Поэтому во всем мире в настоящее время широко и успешно используют неродственную ТГСК.

Основой реализации этого вида лечения является создание регистров HLA-типированных доноров. Такие регистры созданы в большинстве стран мира и представляют собой списки лиц с известным HLA-фенотипом (полным или частичным).

По генетическим расчетам, полная идентичность между неродственными людьми встречается с частотой 1:10 тыс. — 1:10 млн (в зависимости от сложности HLA-фенотипа). Вследствие этого численность доноров ГСК в регистрах должна составлять от десятков тысяч до нескольких миллионов человек, такие регистры имеются во многих странах мира. Базисом создания регистра является наличие в стране службы иммунологического типирования HLA-антигенов. В России такие лаборатории были организованы в 1978—1979 годах на станциях переливания крови, в том числе была создана Зональная лаборатория иммунологического типирования на Станции переливания крови Ростовской области.

Важное место в иммунологическом отделении занимает работа по развитию Донорского регистра. Для проведения трансплантации аллогенного костного мозга, являющейся методом лечения многих гематологических заболеваний, а также единственным средством спасения людей, подвергшихся облучению, необходим донор, совпадающий с больным по генетическим характеристикам — специфичностям системы HLA. Чтобы быстро найти такого донора, необходимо иметь регистр типированных доноров — то есть сведения о людях с заранее определенными генетическими характеристиками, которые дали свое согласие при необходимости сдать свой костный мозг или периферические стволовые клетки. Сейчас в России неродственные трансплантации практически не проводятся по причине недостаточного

количества типированных доноров. Кроме того, регистр типированных доноров совершенно необходим как источник потенциальных доноров костного мозга в случае возникновения техногенной и другой катастрофы, подобно Чернобыльской, когда значительный контингент населения может быть подвергнут облучению. Доноры крови и ее компонентов — оптимальный вариант для регистра потенциальных доноров ГСК, так как состояние их здоровья периодически контролируется, они не являются носителями социально опасных болезней. А HLA-типирование с согласия донора превращает его в потенциального донора ГСК.

На ГБУ РО «СПК» проводится серологическое типирование доноров по антигенам HLA-A, HLA-B, заполняется соглашение о донорстве гемопоэтических клеток, заготавливается кровь в пробирку со стабилизатором для молекулярного типирования и отправляется в банк типированных доноров в Российский НИИ гематологии и трансфузиологии (г. Санкт-Петербург), где при необходимости проводится ДНК-типирование высокого разрешения.

В 2006—2011 годах нами было типировано 600 доноров и 240 волонтеров для регистра ГСК. С 2010 года типирование реципиента и донора, совместимого по HLA-A, HLA-B проводится по DRB1 гену (методом PCR-SSP).

В иммунологическом отделе нашей станции переливания крови неоднократно подбирались пары «донор — реципиент» для родственной трансплантации стволовых клеток, которые проводились и за рубежом, и в России. В 2011 году в Екатеринбурге впервые была проведена неродственная ТГСК ребенку от идентичного донора из Ростовского регистра потенциальных доноров ГСК.

На данный момент имеется еще один идентичный донор из Ростовского регистра, который согласен дать стволовые клетки ребенку из г. Кирова. Из нашей небольшой практики видно, что существование даже маленького регистра оказывает значительную помощь в лечении онкогематологических пациентов.

Заявки на поиск неродственного донора поступают в иммунологический отдел довольно часто, но идентичных доноров пока только двое.

Достижения иммуногенетики позволили повысить эффективность терапии посредством ТГСК у онкогематологических пациентов, трансплантации солидных органов, а также гемокомпонентной трансфузионной терапии (тромбомасса, лейкомасса).

Широкое внедрение в клиническую практику молекулярного типирования позволяет проводить типирование на уровне аллелей и дает возможность повысить эффективность неродственной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.



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-35;
- 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

Европейская неделя иммунизации: Предупредить. Защитить. Привить

Медяник Е. Н., врач-методист ГКУЗ «Волгоградский областной центр
медицинской профилактики»; г. Волгоград

По инициативе Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения с 2005 года ежегодно проводится Европейская неделя иммунизации (ЕНИ). Все страны региона приглашаются к участию в этой акции. ЕНИ представляет собой инициативу, направленную на повышение уровня информированности и знаний об инфекциях, управляемых средствами специфической профилактики, и преимуществах иммунизации.

Целью ЕНИ является повышение уровня охвата вакцинацией населения посредством улучшения информированности людей, общественности, медицинских работников, администраций территорий о необходимости защиты против инфекционных болезней и праве на нее каждого гражданина.

Волгоградская область ежегодно принимает активное участие в этой акции.

Во время проведения ЕНИ вопрос иммунизации оказывается в центре внимания. Проходят различные мероприятия (обсуждения, круглые столы, семинары, выставки), ведется работа со средствами массовой информации, организуются курсы обучения и просвещения, посвященные важности иммунизации и обеспечивающие общественность четкой и научно обоснованной информацией.

Основное положение для осуществления данной инициативы — иммунизация жизненно важна для каждого человека. Лозунгом инициативы является: «Предупредить. Защитить. Привить».

В работе по проведению ЕНИ участвуют медицинские работники, работники образовательных учреждений, ДДУ, школ, вузов, сузов, родители (в том числе будущие), дети и подростки, представители общественных организаций и др.

Пропаганда вакцинации как наиболее эффективного средства специфической профилактики инфекционных заболеваний посвящаются тематические интервью и телепередачи, статьи в газетах и др., ориентированные на широкий круг и различный уровень знаний населения.

В рамках Европейской недели иммунизации организуется издание информационных и наглядных агитационных материалов (листочков, памяток, брошюр, буклетов, плакатов), посвященных проведению ЕНИ и иммунопрофилактике в целом.

В медицинских учреждениях с сотрудниками проводятся дополнительные семинары по вопросам безопасности иммунизации. Информация о проведении ЕНИ и вакцинопрофилактике доводится до населения.

Мероприятия ЕНИ активно проводятся в детских дошкольных учреждениях, школах, средних и высших учебных заведениях в виде бесед, тематических лекций, конкурсов рисунков, стенных газет, уголков здоровья, викторин, тематических диктантов, сочинений и изложений, брейн-рингов для школьников на тему «Что вы знаете о прививках?», конкурсов на лучшую стенгазету по вакцинопрофилактике среди общеобразовательных учреждений.

Вакцинопрофилактика — самый эффективный способ защиты от инфекции

Сегодня уже доказано, что самым эффективным инструментом профилактики инфекций и наиболее важным достижением медицины является иммунизация. В XXI веке появляются новые вакцины и технологии их производства, включая живые векторы, ДНК-вакцины, рекомбинантные вакцины. Все это позволяет расширить показания к их применению.

Использование вакцин позволило снизить, а в некоторых случаях — полностью ликвидировать ряд болезней, от которых ранее страдали и умирали десятки тысяч детей и взрослых. Плановая иммунизация против таких заболеваний как коклюш, полиомиелит, столбняк, дифтерия, корь и эпидемический паротит ежегодно спасает жизнь и здоровье примерно 3 млн человек во всем мире. Еще в начале прошлого столетия корь ежегодно уносила жизни почти миллиона детей в возрасте до пяти лет; 21500 новорожденных и 30000 женщин погибали от столбняка, который и сегодня поражает детей и женщин беднейших слоев населения, когда роды проходят в антисанитарных условиях и матери не привиты против столбняка. В настоящее время на планете проживает около 20 млн человек с последствиями перенесенного полиомиелита.

В то время как развивающиеся страны борются за то, чтобы получить вакцины для детей, в развитых странах возникают другие проблемы: население успокоилось в связи с низким уровнем заболеваемости детей и взрослых, родители необоснованно отказываются от проведения прививок детям. Эти ложные убеждения могут привести к росту таких заболеваний, как дифтерия, корь, коклюш, эпидемический паротит, краснуха.

Пропаганда против иммунизации в Англии послужила причиной развития эпидемии коклюша на фоне отказа от профилактических прививок 50% родителей, в результате чего многие непривитые дети, которых можно было спасти, умерли. На Украине в связи с увеличением количества отказов от прививок против краснухи отмечается рост этого заболевания у непривитых детей.

Полиомиелит: излечить невозможно, но можно предотвратить

До сих пор существует угроза заноса полиомиелита в страну, в том числе в Волгоград, так как эта инфекция еще не ликвидирована в мировом масштабе, поэтому прививку против полиомиелита может и должен получить каждый ребенок, независимо от места жительства и наличия страхового полиса. Излечить полиомиелит невозможно, но его можно предотвратить. Существующая в настоящее время в России практика иммунизации детей для профилактики полиомиелита основана на применении инактивированной вакцины для первой и второй вакцинации детей первого года жизни и живой полиомиелитной вакцины для третьей вакцинации детей первого года жизни и ревакцинации детей старших возрастов. Эти препараты обеспечивают

формирование надежного иммунитета к вирусу полиомиелита. В 2002 году Волгоградская область, как и вся территория Российской Федерации, получила сертификат ВОЗ как регион, свободный от полиомиелита. На сегодняшний день проводятся все мероприятия для поддержания данного статуса.

Прививка — защита от кори, паротита, краснухи и многих других опасных инфекций

В рамках программы ВОЗ «Здоровье XXI века» Волгоград, как и Россия в целом, проводит работу по ликвидации кори. В 2010 году на территории нашей страны начались мероприятия по сертификации территории как свободной от эндемической кори.

Заболевание корью может привести к пневмонии, судорогам, задержке умственного развития, потере слуха и даже смерти. Самая эффективная защита от кори — прививка. Сегодня против кори прививаются не только дети и подростки, но и взрослые в возрасте до 35 лет, не болевшие и не привитые против кори, привитые однократно, а также не имеющие сведений о прививках. В результате за последние годы уменьшилось количество очагов коревой инфекции с вторичными случаями заболеваний в школах, средних и высших учебных заведениях.

Не регистрируются заболевания в детских яслях и младших группах детских дошкольных учреждений, что, безусловно, является доказательством эффективности вакцинопрофилактики.

В Волгоградской области продолжается регистрация заболеваемости эпидемическим паротитом. По сравнению с 2009 годом заболеваемость снизилась в 3 раза. Эпидемический паротит (народное название «свинка») — это прежде всего детская инфекция. Иногда заболевание протекает очень тяжело. У каждого десятого больного ребенка наблюдаются симптомы менингита. У многих детей, переболевших этой инфекцией, возникает потеря слуха. У мальчиков заболевание часто сопровождается болезненным отеком яичек, что может привести к нарушению детородной функции; примерно 25% всех случаев мужского бесплодия обусловлено именно перенесенной в детстве инфекцией.

В последние годы, благодаря внедрению в практику здравоохранения отечественной паротитно-коревой вакцины, значительно улучшились показатели охвата вакцинацией против паротита детей в декретированные сроки.

В настоящее время отмечается снижение заболеваемости краснухой (по сравнению с 2007 годом — в 400 раз). Краснуха представляет большую опасность для беременных. Примерно у половины женщин, которые заболевают краснухой в первые три месяца беременности, может возникнуть выкидыш или родиться ребенок с очень тяжелыми дефектами развития, такими как пороки сердца, слепота, глухота и умственная отсталость. Поэтому мы настоятельно рекомендуем родителям привить своих детей от краснухи, особенно девочек как будущих мам, во избежание тяжелых последствий, к которым может привести заболевание в период беременности.

Стоит отметить, что благодаря широко проводимой иммунизации детского и взрослого населения против дифтерии, продолжается снижение заболеваемости. Случаи дифтерии на территории области в последние два года не регистрируются.

Эпидемическая ситуация заболеваемости коклюшем в последние годы, несмотря на снижение, остается напряженной. Иммунизация является одним из наиболее безопасных современных медицинских вмешательств,

способных уберечь маленьких детей от такой тяжело протекающей инфекции, как коклюш.

С 2011 года в Российский календарь прививок введена иммунизация детей против гемофильной инфекции. Иммунизации подлежат дети из групп риска. Курс иммунизации состоит из трех вакцинаций: в 3 месяца, в 4,5 и в 6 и ревакцинации в 18 месяцев.

Вакцинация защитит от гепатита В

Вирусные гепатиты В (ГВ) и С (ГС) — широко распространенные заболевания печени, вызываемые вирусами. От этих инфекций и их последствий в мире ежегодно погибает более 1 млн человек. Заражение может происходить половым и контактно-бытовым путем, при проведении различных медицинских манипуляций, внутривенном введении наркотиков, возможна передача инфекции от матери к ребенку.

Опасность гепатитов В и С заключается в значительной частоте перехода острой формы в хроническую с дальнейшим развитием цирроза печени и первичного рака печени. Гепатит В, приобретенный в раннем детском возрасте, принимает хроническое течение в 50—90% случаев, у взрослых — в 5—10% случаев. По расчетам ВОЗ, в мире из 2 млрд людей, перенесших острый гепатит В, около 350 млн стали хроническими больными или носителями этой инфекции. Это указывает на первоочередную важность защиты населения от гепатита В, причем профилактические мероприятия надо проводить среди детей с самого раннего возраста.

Вакцинация во всем мире признана единственным активным средством профилактики этого заболевания у детей и взрослых, особенно в семьях, где имеется больной хроническим гепатитом В или носитель. Существующая в настоящее время в России практика иммунизации детей против гепатита В основана на применении генно-инженерных вакцин отечественного и импортного производства. Использование высокоэффективной и безопасной вакцины против гепатита В обеспечивает высокий уровень защиты против этой инфекции и опасных исходов данного заболевания. Согласно Национальному календарю профилактических прививок, на территории РФ против вирусного гепатита В прививки могут получить все жители до 55 лет.

Родители, будьте ответственнее, защитите своего ребенка!

Тенденция к росту числа отказов родителей от иммунизации детей и самих взрослых продолжается. В городе имеются сотни детей, не привитых от различных инфекций в связи с недопониманием родителями важности и эффективности вакцинопрофилактики. Отказ от иммунизации детей является нарушением прав ребенка на жизнь и здоровье. И сегодня вся ответственность по защите детей от инфекций, управляемых средствами специфической профилактики, лежит на родителях.

В Российской Федерации иммунопрофилактика поднята до ранга государственной политики, способной обеспечить эпидемиологическое благополучие населения, и является одним из наиболее эффективных методов снижения детской инфекционной заболеваемости, что доказано многолетним опытом ее проведения. Иммунизация бесплатна и доступна для всех слоев населения.

Для иммунопрофилактики используются только зарегистрированные в соответствии с законодательством Российской Федерации отечественные и зарубежные медицинские иммунобиологические препараты, которые подлежат обязательной сертификации.

Вакцинируя ребенка, вы предупреждаете не только развитие самого заболевания, но, что гораздо важнее,

развитие тяжелейших осложнений. Помогите ребенку. Помогите ему сейчас, пока он еще не инфицирован. Сделайте его будущую жизнь более безопасной, подарите себе радость иметь здоровых внуков!

Совместная защита — успех в победе над инфекциями

В борьбе против опасных инфекций очень важно понимание населением необходимости проведения иммунизации и его активное участие в ее осуществлении. Только благодаря активности населения мы имели высокий охват прививками детей во время Национальных дней иммунизации против полиомиелита, что позволило в короткие сроки справиться с этой инфекцией.

О новом национальном календаре профилактических прививок

Медяник Е. Н., врач-методист

ГКУЗ «Волгоградский областной центр медицинской профилактики»

В настоящее время вакцинопрофилактика является наиболее безопасным и эффективным средством предупреждения инфекционных заболеваний. Частота возникновения неблагоприятных эффектов после применения вакцины намного меньше, чем риск от болезни и осложнений при самом инфекционном заболевании. Многолетний опыт эпидемиологического надзора за «вакциноуправляемой» группой инфекций подтверждает высокую эффективность применяемой тактики вакцинопрофилактики.

Вакцинопрофилактика на территории Российской Федерации проводится согласно Федеральному закону от 17.09.1998 №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и приказу Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2011 №51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям», которым утверждены национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям (Приказ МЗ РФ от 27.06.2001 №229 «О Национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям» и приказ Минздравсоцразвития РФ от 30.10.2007 №673 «О внесении изменений и дополнений в Приказ Минздрава России от 27.06.2001 №229 «О Национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям», действовавшие ранее, признаны утратившими силу).

С 2011 года в календарь профилактических прививок введены прививки против гемофильной инфекции. Против данной инфекции будут прививаться дети с трех месяцев, относящиеся к группам риска.

Согласно утвержденному национальному календарю профилактических прививок, иммунизация населения РФ проводится против 11 инфекций: туберкулеза, вирусного гепатита В, коклюша, полиомиелита, дифтерии, столбняка, эпидемического паротита, кори, краснухи, гемофильной инфекции, гриппа.

Также в календарь внесены изменения о том, что все взрослые до 35 лет должны иметь по две прививки против кори (вакцинация и ревакцинация), так же как и дети.

Современная эпидемиологическая ситуация наглядно демонстрирует важность поддержания высокого уровня охвата прививками населения даже при ничтожно малом уровне заболеваемости. Поэтому вакцинопрофилактика остается единственным и надежным способом борьбы с этими инфекциями.

Мероприятия, организованные в период ЕНИ, продолжают проводиться и после окончания недели и являются стартовыми для активизации мероприятий по организации иммунопрофилактики.

Совместная защита от общих угроз — эта тема актуальна не только в период ЕНИ, она имеет важность как для обеспечения благополучия населения в целом, так и каждой семьи в частности.

Национальный календарь профилактических прививок

(в соответствии с Приказом

Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 №51н)

Новорожденные в первые 24 часа жизни

Первая вакцинация против вирусного гепатита В: проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин новорожденным, в том числе из групп риска: родившиеся от матерей-носителей HBsAg; больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в III триместре беременности; не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В; наркозависимых; в семьях, в которых есть носитель HBsAg или больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами (далее — группы риска).

Новорожденные на 3—7 день жизни

Вакцинация против туберкулеза: новорожденным вакцинами для профилактики туберкулеза (для щадящей первичной иммунизации) в соответствии с инструкциями по их применению; в субъектах РФ с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом — вакциной для профилактики туберкулеза.

Дети в 1 месяц

Вторая вакцинация против вирусного гепатита В: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, в том числе из групп риска.

Дети в 2 месяца

Третья вакцинация против вирусного гепатита В: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, в том числе из групп риска.

Дети в 3 месяца

Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы.

Первая вакцинация против гемофильной инфекции: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям, относящимся к группам риска: с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания Hib-инфекцией; с онкогематологическими заболеваниями, длительно получающие иммуносупрессивную терапию; ВИЧ-инфицированным или рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей; находящимся в закрытых

детских дошкольных учреждениях (дома ребенка, детские дома, специализированные интернаты (для детей с психоневрологическими заболеваниями и др.), противотуберкулезные санитарно-оздоровительные учреждения).

Примечание. Курс вакцинации против гемофильной инфекции для детей в возрасте 3—6 месяцев состоит из 3 инъекций по 0,5 мл с интервалом 1—1,5 месяца. Для детей, не получивших первую вакцинацию в 3 месяца, иммунизация проводится по следующей схеме: для детей в возрасте 6—12 месяцев из 2 инъекций по 0,5 мл с интервалом в 1—1,5 месяца, для детей от 1 года до 5 лет — однократная инъекция 0,5 мл.

Первая вакцинация против полиомиелита: вакцинами для профилактики полиомиелита (инактивированными) в соответствии с инструкциями по их применению.

Дети в 4,5 месяцев

Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим первую вакцинацию в 3 месяца.

Вторая вакцинация против гемофильной инфекции: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим первую вакцинацию в 3 месяца.

Вторая вакцинация против полиомиелита: вакцинами для профилактики полиомиелита (инактивированными) в соответствии с инструкциями по их применению.

Дети в 6 месяцев

Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим первую и вторую вакцинацию в 3 и 4,5 месяца соответственно.

Третья вакцинация против вирусного гепатита В: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, не относящимся к группам риска, получившим первую и вторую вакцинацию в 0 и 1 месяц соответственно.

Третья вакцинация против гемофильной инфекции: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям, получившим первую и вторую вакцинацию в 3 и 4,5 месяца соответственно.

Третья вакцинация против полиомиелита: детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению. Дети, находящиеся в закрытых детских дошкольных учреждениях (дома ребенка, детские дома, специализированные интернаты для детей с психоневрологическими заболеваниями и др., противотуберкулезные санитарно-оздоровительные учреждения), по показаниям вакцинируются трехкратно вакцинами для профилактики полиомиелита (инактивированными вакцинами).

Дети в 12 месяцев

Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы.

Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям из групп риска.

Дети в 18 месяцев

Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы.

Первая ревакцинация против полиомиелита: детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению.

Ревакцинация против гемофильной инфекции: однократно детям, привитым на первом году жизни, в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Дети в 20 месяцев

Вторая ревакцинация против полиомиелита: детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению.

Дети в 6 лет

Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим вакцинацию против кори, краснухи, эпидемического паротита.

Дети в 6—7 лет

Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка: в соответствии с инструкциями по применению анатоксинов с уменьшенным содержанием антигенов детям данной возрастной группы.

Дети в 7 лет

Ревакцинация против туберкулеза: не инфицированным микобактериями туберкулеза детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики туберкулеза в соответствии с инструкциями по их применению.

Дети в 14 лет

Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка: в соответствии с инструкциями по применению анатоксинов с уменьшенным содержанием антигенов детям данной возрастной группы.

Третья ревакцинация против полиомиелита: детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению.

Ревакцинация против туберкулеза: не инфицированным микобактериями туберкулеза детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики туберкулеза в соответствии с инструкциями по их применению.

Взрослые от 18 лет

Ревакцинация против дифтерии, столбняка: в соответствии с инструкциями по применению анатоксинов с уменьшенным содержанием антигенов взрослым от 18 лет каждые 10 лет с момента последней ревакцинации.

Дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее

Вакцинация против вирусного гепатита В: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям и взрослым данных возрастных групп по схеме 0-1-6 (1 доза — в момент начала вакцинации, 2 доза — через месяц после 1 прививки, 3 доза — через 6 месяцев от начала иммунизации).

Дети от 1 года до 18 лет, девушки от 18 до 25 лет

Иммунизация против краснухи: в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям от 1 года до 18 лет, не болевшим, не привитым, привитым однократно против краснухи, и девушкам от 18 до 25 лет, не болевшим, не привитым ранее.

Дети с 6 месяцев; учащиеся 1—11 классов; студенты вузов, средних и начальных профессиональных учебных заведений; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных учреждений,

**транспорта, коммунальной сферы и др.);
взрослые старше 60 лет**

Вакцинация против гриппа: в соответствии с инструкциями по применению вакцин ежегодно данным категориям граждан.

**Дети в возрасте 15—17 лет включительно
и взрослые в возрасте до 35 лет**

Иммунизация против кори: иммунизация против кори детям в возрасте 15—17 лет включительно; взрослым в возрасте до 35 лет, не привитым ранее, не имеющим сведений о прививках против кори и не болевшим корью ранее, в соответствии с инструкциями по применению вакцин двукратно с интервалом не менее 3 месяцев между прививками. Лица, привитые ранее однократно, подлежат проведению однократной иммунизации с интервалом не менее 3 месяцев между прививками.

Примечания

1. Иммунизация в рамках национального календаря профилактических прививок проводится медицинскими иммунобиологическими препаратами, зарегистрированными в соответствии с законодательством РФ, согласно инструкциям по применению.

2. При нарушении сроков иммунизации ее проводят по предусмотренным национальным календарем профилактических прививок схемам и в соответствии с инструкциями по применению препаратов. Допускается введение вакцин (кроме вакцин для профилактики туберкулеза), применяемых в рамках национального календаря профилактических прививок, в один день разными шприцами в разные участки тела.

3. Иммунизация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, осуществляется в рамках национального календаря профилактических прививок в соответствии с инструкциями по применению вакцин и анатоксинов. При иммунизации таких детей учитываются: ВИЧ-статус ребенка, вид вакцины, показатели иммунного статуса, возраст ребенка, сопутствующие заболевания.

4. Иммунизация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и получавших трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (во время беременности, родов и в периоде новорожденности), проводится в родильном доме вакцинами для профилактики туберкулеза (для щадящей первичной иммунизации). У детей с ВИЧ-инфекцией, а также при обнаружении у детей нуклеиновых кислот ВИЧ молекулярными методами вакцинация против туберкулеза не проводится.

5. Детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, иммунизация против полиомиелита проводится инактивированной вакциной независимо от их ВИЧ-статуса.

6. Иммунизация живыми вакцинами в рамках национального календаря профилактических прививок (за исключением вакцин для профилактики туберкулеза) проводится ВИЧ-инфицированным детям с 1-й и 2-й иммунными категориями (отсутствие или умеренный иммунодефицит).

7. При исключении диагноза «ВИЧ-инфекция» детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, проводят иммунизацию живыми вакцинами без предварительного иммунологического обследования.

8. Анатоксины, убитые и рекомбинантные вакцины в рамках национального календаря профилактических прививок вводят всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями. ВИЧ-инфицированным детям указанные препараты вводятся при отсутствии выраженного и тяжелого иммунодефицита.

9. При проведении иммунизации против гепатита В детей первого года жизни, против гриппа детей с 6-месячного возраста и учащихся 1—11 классов школ используются вакцины без ртутьсодержащих консервантов.

**Календарь профилактических
прививок по эпидемическим
показаниям**

*(в соответствии с Приказом
Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 №51н)*

Против туляремии. Профилактическим прививкам подлежит население, проживающее на энзоотических по туляремии территориях, а также прибывшие на эти территории лица, выполняющие следующие работы: сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, другие работы по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные; по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя туляремии.

Проводятся в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Против чумы. Население, проживающее на энзоотических по чуме территориях. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя чумы.

Проводятся в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Против бруцеллеза. В очагах козье-овечьего типа лица, выполняющие следующие работы: по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания скота бруцеллезом; по убою скота, больного бруцеллезом, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов. Животноводы, ветеринарные работники, зоотехники в хозяйствах, энзоотических по бруцеллезу. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя бруцеллеза.

Проводятся в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Против сибирской язвы. Лица, выполняющие следующие работы: зооветработники и другие лица, профессионально занятые предубойным содержанием скота, а также убоем, снятием шкур и разделкой туш; сбор, хранение, транспортировка и первичная переработка сырья животного происхождения; сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные на энзоотических по сибирской язве территориях. Работники лабораторий, работающие с материалом, подозрительным на инфицирование возбудителем сибирской язвы.

Проводятся в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Против бешенства. С профилактической целью иммунизируют лиц, имеющих высокий риск заражения бешенством (работники лабораторий, работающие с уличным вирусом бешенства; ветеринарные работники; егеря, охотники, лесники; лица, выполняющие работы по отлову и содержанию животных).

Проводятся в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Против лептоспироза. Лица, выполняющие следующие работы: по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, расположенных на энзоотических по лептоспирозу территориях; по убою скота, больного лептоспирозом, заготовке и переработке мяса и мясопродуктов, полученных

от больных лептоспирозом животных; по отлову и содержанию безнадзорных животных. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя лептоспироза.

Проводятся в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Против клещевого вирусного энцефалита. Население, проживающее на энзоотичных по клещевому вирусному энцефалиту территориях, а также прибывшие на эти территории лица, выполняющие следующие работы: сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные; по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя клещевого энцефалита. Лица, посещающие энзоотичные по клещевому энцефалиту территории с целью отдыха, туризма, работы на дачных и садовых участках.

Проводятся в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Против лихорадки Ку. Лица, выполняющие работы по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания скота лихорадкой Ку. Лица, выполняющие работы по заготовке, хранению и переработке сельскохозяйственной продукции на энзоотичных территориях по лихорадке Ку. Лица, работающие с живыми культурами возбудителей лихорадки Ку.

Проводятся в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Против желтой лихорадки. Лица, выезжающие за рубеж в энзоотичные по желтой лихорадке районы. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя желтой лихорадки.

Проводятся в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Против холеры. Лица, выезжающие в неблагополучные по холере страны. Граждане РФ в случае осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки по холере в сопредельных странах, а также на территории РФ.

Проводятся в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Против брюшного тифа. Лица, занятые в сфере коммунального благоустройства (работники, обслуживающие канализационные сети, сооружения и оборудование, а также сотрудники предприятий по санитарной очистке населенных мест, осуществляющие сбор, транспортировку и утилизацию бытовых отходов). Лица, работающие с живыми культурами возбудителей брюшного тифа. Население, проживающее на территориях с хроническими водными эпидемиями брюшного тифа. Лица, выезжающие в гиперэндемичные по брюшному тифу регионы и страны. Контактные в очагах брюшного тифа по эпидпоказаниям. Прививки проводят при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом районе проводят массовую иммунизацию населения.

Проводятся в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Против менингококковой инфекции. Дети, подростки, взрослые в очагах менингококковой инфекции, вызванной менингококками серогрупп А или С.

Вакцинация проводится в эндемичных регионах, а также в случае эпидемии, вызванной менингококками серогрупп А или С.

Проводятся в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Против вирусного гепатита А. Лица, подверженные профессиональному риску заражения (врачи, персонал по уходу за больными, работники сферы обслуживания населения, занятые на предприятиях пищевой промышленности, в организациях общественного питания, а также

обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения, оборудование и сети). Лица, выезжающие в неблагополучные регионы и страны, где регистрируется вспышечная заболеваемость. Контактные в очагах гепатита А.

Против шигеллезов. Работники инфекционных стационаров и бактериологических лабораторий. Лица, занятые в сфере общественного питания и коммунального благоустройства. Дети, посещающие детские учреждения и выезжающие в оздоровительные лагеря (по показаниям). По эпидпоказаниям прививки проводят при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом районе проводят массовую иммунизацию населения. Профилактические прививки предпочтительно проводить перед сезонным подъемом заболеваемости шигеллезами.

Против кори. Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори, однократно привитые без ограничения возраста.

Против гепатита В. Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против гепатита В.

Против дифтерии. Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против дифтерии.

Против эпидемического паротита. Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против эпидемического паротита.

Против полиомиелита. Прививкам подлежат контактные в очагах полиомиелита, в том числе вызванного диким полиовирусом (или при подозрении на заболевание): дети с 3 месяцев до 18 лет — однократно; медработники — однократно. Дети, прибывшие из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), с 3 месяцев до 15 лет — однократно (при наличии достоверных данных о предшествующих прививках) или трехкратно (при их отсутствии). Лица без определенного места жительства (при их выявлении) с 3 месяцев до 15 лет — однократно (при наличии достоверных данных о предшествующих прививках) или трехкратно (при их отсутствии). Лица, контактировавшие с прибывшими из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), с 3 месяцев жизни без ограничения возраста — однократно. Лица, работающие с живым полиовирусом, с материалами, инфицированными (потенциально инфицированными) диким вирусом полиомиелита без ограничения возраста. Иммунизация против полиомиелита по эпидпоказаниям проводится оральной полиомиелитной вакциной. Показаниями для нее являются: регистрация случая полиомиелита, вызванного диким полиовирусом, выделение дикого полиовируса в биопробных материалах от людей или из объектов окружающей среды. В этих случаях иммунизация проводится в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача субъекта РФ, которым определяется возраст детей, подлежащих иммунизации, сроки, порядок и кратность ее проведения.

Проводится однократно при приеме на работу.

Примечание

Допускается введение инактивированных вакцин, применяемых в рамках Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и Национального календаря профилактических прививок в один день разными шприцами в разные участки тела.

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>

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. Импортзамещающие 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

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 Зейла
(861)279-34-40

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

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

Генеральный информационный
партнер

Генеральный интернет-партнер

Информационный партнер

Информационный партнер

Информационный партнер

Информационный партнер



26–28 июня
2012 года



Ростов-на-Дону,
КВЦ «ВертолЭкспо»

VI Региональный научный форум

Мать и Дитя



www.mother-child.ru
www.mediexpo.ru

Организаторы:

ФГБУ «Научный центр акушерства,
гинекологии и перинатологии
имени академика В. И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России
Российское общество акушеров-гинекологов
Министерство здравоохранения
Ростовской области

ФГБУ «Ростовский научно-
исследовательский институт
акушерства и педиатрии»
Минздравсоцразвития России
Конгресс-оператор «МЕДИ Экспо»

М+Э МЕДИ Экспо

Тел./Факс: +7 (495) 721-88-66



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



ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО

НЕОТАБС

Таблетки для дезинфекции БЕЗ ХЛОРА
1 таблетка на 10 л воды



Научно-производственная фирма "Геникс"