

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

№4 (31) 2012

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU

Главная всероссийская премия в сфере бизнеса и предпринимательства
«ЛИДЕРЫ ЭКОНОМИКИ РОССИИ»

АЛЬФА
НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ
КОМПАНИЯ

«Лучшая компания года - 2012»

лауреат премии



Интернет-сайт:
<http://www.dnpkalfa.com>
Электронная почта:
info@dnpkalfa.com

Телефон/факс:
+7 863 283-00-96, 283-05-68
Консультация:
+7 904 340-94-65, +7 928 190-62-12

Адрес:
Россия, 344019,
г. Ростов-на-Дону,
9 линия, 71

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ НОМЕРА:

- Эндохирургия (стр. 12, 161)
- Акушерство, педиатрия (стр. 211)
- Новые технологии (стр. 30, 62)
- Онкология (стр. 37)
- Сосудистая хирургия (стр. 47)
- Диагностика (стр. 54)
- Ортобиотика (стр. 64)
- Гепатология (стр. 75)



СИНТАВЕТ-200

стерильные системы забора капиллярной крови



НОВИНКА — Синтавет-200 — СОЗ с измерительным капилляром по Вестергрену



Теперь анализ СОЗ только с одноразовым пластиковым инструментарием

**194223, г. Санкт-Петербург, пр. М. Тореца, д. 44
Т.: (812) 552-32-37, 552-99-32, 552-31-05 • info@syntacon.spb.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 обратного дыхания воздухом с постепенным понижением содержания кислорода и абсорбцией влаги и двуокиси углерода.

• **Аппарат УФОК «Юлия»** для экстракорпорального облучения крови. Позволяет в ряде случаев отказаться от дорогостоящих препаратов, помогает в медико-социальной реабилитации пациентов с различными заболеваниями. Небольшие габариты и вес, компактность 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 52-75, 52-95, 52-125, 52-145



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**

Matoprat

многолетний опыт,
европейское качество

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

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

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

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

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



Время схватывания: 3–3,5 минуты.

Бинт GIPSET может быть использован для:

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



GIPSET LONGETA

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

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

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

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

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

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

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

Время схватывания бинта: 6 минут.

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

ПОДСТИЛКИ ПОД ГИПС

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

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



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

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



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

Foot Science
International



II Международная научно-практическая конференция «ДОСТИЖЕНИЯ ПОДИАТРИИ В МЕДИЦИНЕ И СПОРТЕ»

9-11 ноября 2012 г.

г. Черноголовка (Московская обл.)

Адрес проведения: Институтский проспект, д. 7, Дом ученых НЦЧ РАН

ПРИГЛАШАЕМ К УЧАСТИЮ В КОНФЕРЕНЦИИ ВРАЧЕЙ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ!

- выступления ведущих специалистов из России, Новой Зеландии, Польши, Японии, США
- доклады и мастер-классы международных экспертов в области подиатрии, спортивной медицины, травматологии и ортопедии, остеопатии, физиотерапии, стоматологии и хирургии

**В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИИ ПРОЙДЕТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА
ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ, МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ,
ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ И ПР.**

**При оплате регистрационного взноса до 1 октября
действуют скидки!!!**

**СПРАВКИ ПО ТЕЛЕФОНУ: (495) 517-70-75
www.podiatr.com, podiatr@mail.ru**

СОДЕРЖАНИЕ

Специализированный медицинский журнал

«**главный ВРАЧ ЮГА РОССИИ**»

Выходит 1 раз в квартал

Крылова О. В. — учредитель и издатель

Прошенко Е. А. — главный редактор

Редакционный совет:

Быковская Т. Ю. — министр
здравоохранения Ростовской области

Квятковский И. Е. — министр
здравоохранения Астраханской области

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

Магомадов А. А. — зам. министра
здравоохранения Республики Чечня

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

Редько Е. Н. — министр здравоохранения
Краснодарского края

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

Шкарин В. В. — министр
здравоохранения Волгоградской области

Адрес редакции и издателя:

344064, г. Ростов-на-Дону,
ул. Вавилова, 54, оф. 404
т. (863) **223-23-26**, т./ф. (863) **273-25-16**,
по вопросам подписки (863) **223-23-25**

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

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

Тираж 6000 экз. Заказ №1420

Подписано в печать 20.09.2012 г.

Дата выхода: 29.09.2012 г.

Зарегистрирован
Управлением Россохранкультуры
по Южному федеральному округу

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

Распространяется бесплатно по линии МЗ

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

Государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации — 90 лет!.....	4
Актуальные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней.....	4
О развитии службы крови на примере ФГБУЗ «СПК ФМБА России в г. Ростов-на-Дону»	6
Актуальные вопросы осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	11
Диагностика и лечение холедохолитиаза в эпоху эндохирургии.....	12
В ногу со временем	16
Всемирная неделя грудного вскармливания 2012 года в Волгоградской области	21
Специализированному отделению лечебного голодания — 50 лет.....	25
Оценка микробного пейзажа при дисбактериозе кишечника у взрослых и детей	26
Дефибриллятор-монитор ДКИ-Н-11 «Аксион» — новые возможности в оказании экстренной медицинской помощи	29
Строим настоящее. Проектируем будущее.....	30
Тактика лечения при медиальных переломах шейки бедренной кости у лиц старших возрастных групп.....	32
Об организации онкологической помощи в Ростовской области.....	37
Некоторые вопросы экспертизы временной нетрудоспособности.....	39
Инновационные технологии коммуникаций и автоматизированные медицинские системы управления.....	41
ЗАО «АТОМ-МЕД ЦЕНТР» 10 лет на рынке медицинских инертных газов.....	42
НПК «Альфа» — лучшая компания России 2012 года	43
Медицинские выставки квартала.....	44
Аневризмы и другие скрытые аномалии церебральных сосудов как фактор повышенного риска у молодых лиц призывного возраста и военнослужащих	47
Ультразвуковая эластография. Диагностические признаки поражений молочной железы.....	55
Дезинфектанты: защита или угроза?	62
Применение технологии самосбережения здоровья и жизненного оптимизма (ортобиотики) в коррекционно-реабилитационной работе с детьми с тяжелыми нарушениями речи.....	65
Проблемы заболеваемости летно-подъемного состава ВВС и профилактика патологии опорно-двигательного аппарата.....	69
Казанский центр обучения	73
Особенности медицинской реабилитации участников локальных военных конфликтов молодого и среднего возраста в Ростовском госпитале ветеранов войн (2009—2011 гг.)	74
Лечение хронического гепатита С	75
Медицинские выставки квартала.....	79

Государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации — 90 лет!

15 сентября 2012 года исполнилось 90 лет со дня образования Государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации

За это время санэпидслужба прошла трудный и исключительно важный для судьбы России путь. Но всегда, во все времена специалисты службы настойчиво и последовательно решали одну задачу — обеспечение охраны здоровья людей.

Не всегда ваши усилия оцениваются по достоинству, не всегда вы слышите слова благодарности, но верность однажды выбранной профессии дает вам силы преодолевать все трудности и побеждать.

Компетентность и профессионализм, единство и самоотверженность отличают санитарных врачей и эпидемиологов, что позволяет ставить и решать масштабные задачи охраны здоровья.

Ликвидация оспы, полиомиелита, ощутимые результаты в борьбе с корью, дифтерией — в эти достижения российской медицины решающий вклад внесли работники государственной санитарно-эпидемиологической службы. Ваша работа требует не только высокого профессионализма, но и глубокого понимания важности порученного дела, твердости в отстаивании интересов населения, мужества при исполнении своего профессионального долга.

Пусть ваша жизнь всегда остается наполненной плодотворным трудом, поддержкой преданных и верных друзей, пониманием и любовью близких вам людей!

От всей души поздравляем с 90-летием создания и становления Государственной санитарно-эпидемиологической службы! Благополучия вам, здоровья, бодрости духа и сердца!

Актуальные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней

Е. В. Ковалев, заместитель руководителя; С. А. Ненадская, начальник отдела эпиднадзора; И. С. Воротникова, главный специалист-эксперт отдела эпиднадзора; Л. Е. Кадыкова, главный специалист-эксперт отдела эпиднадзора; Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

Вакцинопрофилактика признана во всем мире наиболее эффективным и экономически обоснованным средством в предупреждении инфекционных заболеваний. Благодаря прививкам ежегодно в мире предупреждается около трех миллионов смертей, предотвращается развитие тяжелых осложнений и инвалидности. После массовой иммунизации люди забыли о таком грозном заболевании, как натуральная оспа. Эндемичными по полиомиелиту в мире остаются только три страны. Значительно снизилась заболеваемость дифтерией, корью, краснухой, эпидемическим паротитом, столбняком, бешенством. Намечилась стойкая тенденция снижения заболеваемости острым вирусным гепатитом В.

Важно отметить, что эффективную защиту дает только 95%-ный и более охват населения прививками.

На территории Ростовской области заболеваемость эпидемическим паротитом не регистрируется с 2010 года. Заболеваемость дифтерией на территории области не регистрировалась с 2007 года.

Заболеваемость краснухой снизилась до спорадического уровня.

Снижение заболеваемости в первую очередь обусловлено поддержанием высокого уровня охвата населения прививками: в 2011 году в целом по области он превысил 98%.

На фоне неблагоприятной ситуации по кори в европейском регионе (по данным Всемирной организации здравоохранения, в 2011 году было зарегистрировано 32 тысячи случаев в 43 странах Европы и Азии) осложнилась ситуация и в России. По итогам 2011 года в Российской Федерации зарегистрирован 631 случай кори, 64,5% из которых — на территориях Северо-Кавказского и Южного федеральных округов.

В Ростовской области в 2011 году было зарегистрировано 56 случаев кори, в том числе два очага с внутрибольничным распространением в двух детских стационарах (отделениях) города Ростова-на-Дону. Корь регистрировалась в том числе и среди медицинских работников, что могло способствовать распространению заболевания среди большого количества людей.

За шесть месяцев текущего года лабораторно подтверждено 63 случая. Максимальная регистрация имела место в Егорлыкском, Пролетарском, Тагинском и Чертковском районах, городах Ростове-на-Дону и Батайске. Единичные случаи отмечались в Дубовском, Сальском, Красносулинском и Мясниковском районах, городах Сальске, Новочеркасске и Гуково.

В 20 случаях заболевание завезено с других территорий, в том числе из стран ближнего зарубежья — 6 (из Украины — 5, Армении — 1), из территорий Российской Федерации — 14 (из Чеченской Республики — 5, по 2 случая — из Дагестана, Краснодарского края, по 1 случаю — из Ингушетии, КЧР, Ставропольского края, Калужской области, г. Сургута).

В равной степени болеют дети и взрослые. Большая часть заболевших (58,7%) не были привиты против кори.

В распространении инфекции на территории Ростовской области в 2012 году существенную роль сыграла регистрация случаев кори среди цыганского населения, в том числе среди лиц, не имевших сведений о прививках и ведущих кочевой образ жизни.

По результатам проведенного генотипирования в материале от больных выделен штамм вируса кори D4 (данный вирус циркулировал ранее в Пакистане, выделялся в Иране, Узбекистане; в 2010—2011 годах выделялся от больных Красноярского края, г. Москвы, Московской области, Астраханской области, а также Кыргызстана и Казахстана и был преимущественно связан с импортированием из Узбекистана).

Во всех очагах кори организован и проводится комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий, в первую очередь иммунизация лиц, имевших контакт с заболевшим человеком без ограничения по возрасту.

На территории области разработан и реализуется план оперативных мероприятий, приняты постановления главного государственного санитарного врача по Ростовской области. На заседаниях комиссии по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения Ростовской области заслушаны вопросы «Об эпидситуации по кори в Ростовской области и мерах по ее профилактике», «О неудовлетворительной работе по профилактике кори на ряде территорий области», аналогичные заседания комиссий проводились на территориях области.

Совместно с министерством здравоохранения проведен расчет на дополнительное количество вакцины (20000 доз), вакцина закуплена за счет средств областного бюджета. Помимо этого в 2012 году за счет средств, не запрещенных законодательством (средств местных бюджетов, лечебных учреждений, работодателей), для обеспечения своевременного проведения в полном объеме мероприятий в очагах кори приобретено более 7000 доз вакцины. Дополнительно планируется приобрести еще около 4000 доз.

В ходе проводимой работы были выявлены следующие типичные нарушения в организации вакцинопрофилактики:

- нарушения при проведении переписи населения (проводится не в полном объеме, отсутствует централизованный картотечный учет иммунизации взрослого населения);
- недостаточный охват прививками детского и взрослого населения (группы риска, в том числе профессиональные, труднодоступное население

и др.), не в полной мере ведется учет иммунизации работающего населения (отсутствуют списки работающих, их прививочный анамнез);

- в отдельных случаях вызывает сомнение достоверность представленных сведений об охвате иммунизацией;
- недостатки в планировании профилактических прививок (занижено количество лиц, планируемых для иммунизации).

В случае выявления больного корью (краснухой) в соответствии с СП 3.1.2952—11 «Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита» медицинские работники обязаны:

- в течение 2 часов сообщить об этом по телефону и в течение 12 часов направить экстренное извещение установленной формы (№058/у) в Управление Роспотребнадзора по Ростовской области (или территориальный отдел);
- в случае изменения или уточнения диагноза в течение 12 часов подается новое экстренное извещение на этого больного с указанием измененного (уточненного) диагноза, даты его установления, результатов лабораторного исследования и первоначального диагноза;
- на каждого больного корью (краснухой), в том числе выявленного активно, заполняется карта эпидемиологического расследования (в том числе в случае отмены указанных диагнозов), на электронных и бумажных носителях направляется в Ростовский региональный центр (РРЦ);
- за общавшимися с больным корью устанавливается медицинское наблюдение (ежедневный осмотр кожи и слизистых, термометрия) в течение 21 дня с момента изоляции больного из коллектива, проводится иммунопрофилактика подлежащим вакцинации лицам.

Иммунизации против кори по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие корью ранее, не привитые, не имеющие сведений о прививках против кори, а также лица, привитые против кори однократно, — без ограничения возраста. Иммунизация против кори по эпидемическим показаниям проводится в течение первых 72 часов с момента выявления больного. При расширении границ очага кори (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 дней с момента выявления первого больного в очаге. По ликвидации очага коревой инфекции составляется «Отчет о мероприятиях, проведенных в очаге» и направляется в РРЦ.

Ответственность за полноту, достоверность и своевременность регистрации и учета случаев заболеваний (подозрений на заболевание) корью, краснухой, эпидемическим паротитом, а также оперативное и полное информирование о них территориальных органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, несет руководитель медицинской организации по месту выявления больного.

В России Федеральным законом от 17.09.1998 №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний» регламентирован перечень профилактических прививок, включенных в Национальный календарь. Это прививки против гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, эпидемического паротита, гемофильной инфекции и гриппа.

Этим законом и Национальным календарем предусмотрено проведение прививок по эпидемическим показаниям, определены контингенты, подлежащие прививкам, сроки и схемы иммунизации. Это прививки против туляремии, лептоспироза, брюшного тифа, шигеллеза Зонне, вирусного гепатита А, бешенства, бруцеллеза, сибирской язвы и других инфекций.

На фоне кажущегося благополучия увеличивается количество людей, по разным причинам отказывающихся от прививок себе и своим детям. Многие считают, что в настоящее время значение профилактических прививок сильно преувеличено, и на первом плане обсуждения — возможность осложнений после вакцинации. Как следствие, снижается уровень популяционного иммунитета.

На территории области ежегодно проводится серологический мониторинг за напряженностью иммунитета

в соответствии с МУ 3.1.2943—11, результаты которого доказывают высокий охват иммунизацией населения в рамках Национального календаря профилактических прививок. Так, например, в 2011 году из 893 обследованных на напряженность иммунитета к дифтерии 93,5% имели защитные титры к данной инфекции. По мере выявления серонегативные лица иммунизируются внепланово в обязательном порядке.

Вакцинопрофилактика давно доказала свою эффективность, и сегодня государство в полном объеме готово обеспечить этой услугой население. При этом активная профессиональная и гражданская позиция каждого специалиста, работающего в этом направлении, — залог успеха реализации задач по контролю над управляемыми средствами специфической иммунопрофилактики болезней, а соответственно и сохранения здоровья населения.



ЗОМЗ

ОАО «Загорский оптико-механический завод»
Ведущий российский разработчик
и производитель медицинской техники

141300, Московская область,
г. Сергиев Посад,
пр. Красной
Армии, 212 В

Тел./факс:
(496) 542-72-25,
546-04-66,
542-89-78

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



ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИБОРЫ:

- щелевые лампы SL-P (опции — тонометр, видеоадаптер);
- офтальмоскопы НБО-3-01, ОР-3Б;
- анализаторы поля зрения АППЗ-01;
- монобиноскопы МБС-02;
- диоптриметры ДО-3.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИБОРЫ:

- спектрофотометры КФК-3-«ЗОМЗ»;
- колориметры фото-электрические КФК-5М;
- фотометры пламенные ФПА-2-01;
- поляриметры круговые СМ-3.



ПРИБОРЫ РАЗРЕШЕНЫ РОСЗДРАВНАДЗОРОМ К ПРИМЕНЕНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ РФ

О развитии службы крови на примере ФГБУЗ «СПК ФМБА России в г. Ростов-на-Дону»

О. И. Дмитриева, главный врач ФГБУЗ «Станция переливания крови Федерального медико-биологического агентства России в г. Ростов-на-Дону»

ФГБУЗ «Станция переливания крови Федерального медико-биологического агентства в г. Ростов-на-Дону» — учреждение, имеющее свою историю. Наше учреждение, основанное в 1967 году как Дорожная станция переливания крови, обеспечивает федеральные учреждения здравоохранения компонентами крови, отвечающими всем современным стандартам. За последние три года учреждение значительно оснастилось современным технологическим оборудованием для переработки и хранения донорской крови, ее компонентов и лабораторной диагностической аппаратурой (аппараты автоматического плазмафереза AutoC, сепаратор клеток крови Amicus, рефрижераторные центрифуги с охлаждением,

низкотемпературные морозильные камеры, термостат с тромбомиксером, запаиватели для контейнеров с кровью, весы-помешиватели, донорские кресла, иммуноферментный анализатор, автоклавы и пр.). Благодаря осуществлению программы развития службы крови, которая началась в 2008 году, наша станция переливания крови в 2011 году в рамках нацпроекта дополнительно к имеющемуся оборудованию получила автоматический иммуноферментный анализатор «Эволис», гематологический и биохимический анализаторы, систему инактивации вирусов в плазме крови «Макотроник», запаиватель для стерильной спайки трубок, диэлектрический запаиватель, медицинские холодильники для хранения крови и ее

компонентов, современный компьютерный мобильный комплекс для заготовки крови (МКЗМ), снабженный новейшим оборудованием и информационной телекоммуникационной системой, позволяющей в онлайн-режиме проводить сверку донора с Единой донорской базой, GPS/ГЛОНАСС и информационную систему АИСТ, что, несомненно, отразится на результатах производственной деятельности учреждения. Ключевые программы развития службы крови позволили переломить негативные тенденции. За годы реализации проекта увеличился объем заготовки крови, в обществе укрепилось положительное отношение к донорству как к важнейшей и особо полезной общественной функции гражданина. За период действия

программы значительно укрепилась техническая база службы крови, повысился общий уровень безопасности гемокомпонентов, создана единая информационная система.

Если еще несколько лет назад в стране количество доноров продолжало ежегодно снижаться, то сегодня тенденция уже другая. Быть донором стало почетно, в процесс вовлекается все больше молодежи. Проблеме безопасности компонентов крови придается большое значение. Особого внимания требует проблема аутодонорства, которую следует рассматривать как один из способов повышения безопасности трансфузий, снижения потребности в донорских кадрах. Это очень трудоемкая, кропотливая, слаженная, совместно организованная работа врачей лечебного профиля и медперсонала службы крови.

Аутологичная трансфузия — трансфузия, при которой донор и реципиент — одно и то же лицо, у которого используется заранее заготовленная у него кровь и компоненты. Медицинские преимущества аутогемотрансфузий несомненны: абсолютная совместимость, иммунологическая и инфекционная безопасность. Аутогемотрансфузии позволяют обеспечить операции у пациентов с редкими группами крови, имеющих трансфузионные реакции и осложнения в анамнезе, а также отказывающихся по религиозным причинам от донорских переливаний компонентов крови.



Рис. 1. Мобильный комплекс заготовки крови

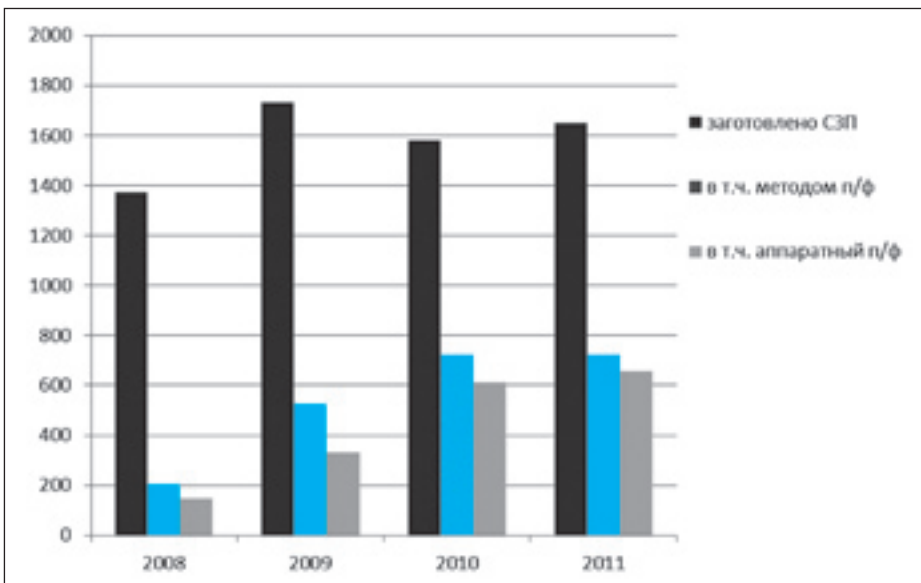


Рис. 2. Сравнительные количественные данные заготовки компонентов крови. Динамика заготовки свежезамороженной плазмы

За рубежом большинство плановых операций с предполагаемой кровопотерей более 15% ОЦК выполняются с переливаниями аутокрови. В России, к сожалению, это очень проблематично. Аутогемотрансфузии экономически выгодны, позволяют сохранять донорские компоненты крови для тех случаев, когда нельзя использовать аутокровь. Следовательно, аутодонорство необходимо развивать и шире применять в повседневной практике лечебных учреждений. Это направление деятельности требует комплексного подхода.

Наша станция переливания крови ведет заготовку крови в стационарных и выездных условиях на предприятиях города и области в специально оборудованном вагоне

для заготовки и транспортировки донорской крови, с апреля 2012 года — с помощью современного Мобильного комплекса заготовки крови (рис. 1).

Учреждение имеет свое постоянное донорское поле. Основной контингент составляют работники железнодорожного транспорта, которым регулярно проводятся медицинские осмотры. Анализируя производственную деятельность станции переливания крови, можно отметить постепенное увеличение объема заготовки цельной донорской крови, увеличение объема заготовки плазмы за счет плазмафереза, в частности аппаратного, значительное расширение ассортимента выпускаемой продукции (рис. 2).

На станции переливания крови за последние годы значительно снизился показатель абсолютного брака консервированной крови, он ниже среднероссийского и продолжает снижаться год от года. Это достигнуто благодаря использованию автоматизированной информационной системы, накоплению достаточно объемной базы данных доноров, более тщательному отбору доноров, а также за счет качественных лабораторных исследований (значительное снижение неспецифических реакций), проведенных с помощью автоматического иммуноферментного анализатора и высокочувствительных тест-систем.

Изменение структуры брака наглядно представлено на рисунках 3, 4, 5.

Центральной проблемой производственной трансфузиологии является проблема донорства крови, которая во всем мире требует постоянного внимания к себе. В течение 1992—2007 годов были утрачены многие существовавшие ранее методы поощрения донорства, его популярность, механизмы взаимодействия с организациями — источником донорских ресурсов.

Одной из важных задач, стоящих перед службой крови в современных условиях, является поиск новых подходов к повышению эффективности мероприятий по привлечению донорских кадров.

Предложения по развитию службы крови в 2008—2010 годах, разработанные Министерством здравоохранения и социального развития

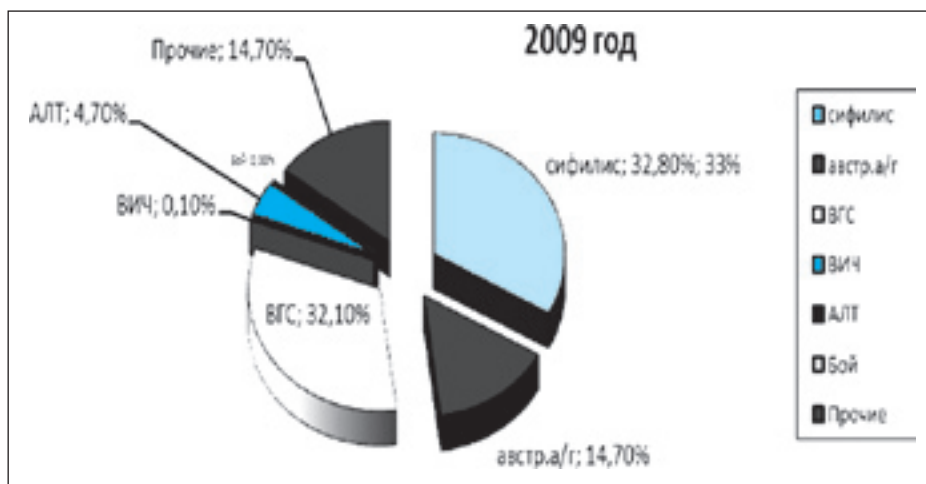


Рис. 3. Структура брака. 2009 год.

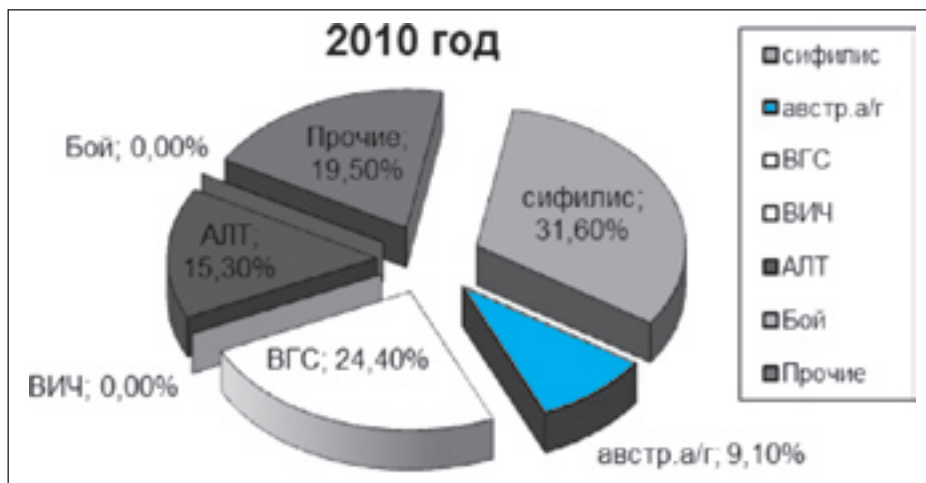


Рис. 4. Структура брака. 2010 год.

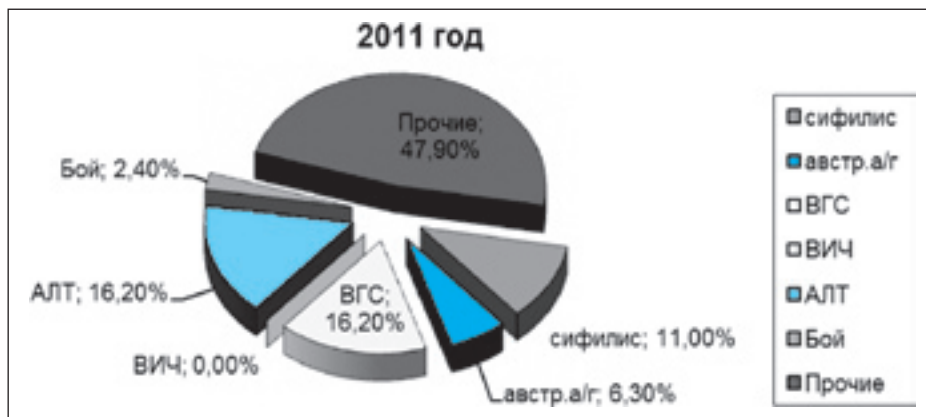


Рис. 5. Структура брака. 2011 год.

России, успешно реализуются в настоящее время. Это программа развития службы крови, включающая в себя три основных направления:

- техническое переоснащение учреждений службы крови;
- информатизация;
- развитие массового добровольного донорства.

Принятые меры позволили активизировать пропаганду

донорства — донорское движение активно популяризируется в телевизионных роликах, радиопередачах, на плакатах, баннерах, встречах с донорами.

Таковы первые позитивные результаты реализации программы по развитию службы крови в рамках национального проекта «Здоровье» на примере ФГБУЗ «СПК ФМБА России в г. Ростов-на-Дону».



ПРОИЗВОДИТ ДЛЯ КОАГУЛОЛОГИИ И ОКРАСКИ МАЗКОВ



АПГ4-02n

АПГ2-02 без принтера, АПГ2-02n и АПГ4-02n с принтером:

(16 методик по плазменному звену гемостаза, объем биопробы от 25 мкл)

НАБОРЫ РЕАГЕНТОВ для скрининга гемостаза:

МЛТ-тромбопластин (ПВ, ПИ, ПО, МНО, % по Квикку),
МЛТ-АЧТВ (АЧТВ/АПТВ), МЛТ-тромбин (ТВ),
МЛТ-фибриноген (метод Клауса) –
не требуют калибровок на коагулометрах-ЭМКО



ЭМКОСТЕЙНЕР-AВТО АФОМК8-В/Г-01

Для окраски гематологических, цитологических и микробиологических мазков:

- Кроме методик типа Романовского (по Паппенгейму, Лейшману, Май-Грюнвальду-Гимзе и т.п.), реализованы методики по Цилю-Нильсену, Граму, Папаниколау и др.
- Производительность до 500 стёкол в час.
- Возможна установка вне вытяжного шкафа.

129301, г. Москва, ул. Касаткина, д.11, стр.1, ООО ЭМКО; т./ф. (495) 287-8100, факс 287-8400,
emco@bk.ru emco.sale@bk.ru www.coagulometer.ru stainer.ru

РЕКЛАМА



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@aaanet.ru

РЕКЛАМА



Комплексное обеспечение медучреждений

МЕДИЦИНСКАЯ МЕБЕЛЬ

Медицинская мебель производства Елатомского приборного завода имеет регистрационное удостоверение МЗСР № ФС 02012005/2762-05, сертификат соответствия № РОСС RU.ИМ 13.Н02191, соответствие требованиям СанПиН 2.1.3.1375-03 от 06.06.03 г. Изготовлена мебель из материалов, обеспечивающих повышенную устойчивость к дезинфекции влажным методом. Идеально подходит для помещений с особым режимом стерильности.

Шкаф для фармпрепаратов ШМФ-01 «ЕЛАТ» (более 7 моделей)

Выполнен в различных модификациях: односекционный и двухсекционный с пластиковыми фасадами и ящиками класса В. Оснащен четырьмя дверцами с лотками для фармпрепаратов (каждая дверь оснащена индивидуальным замком), тремя поворотными дверцами с лотками, полочками из ЛДСП, встроенным ящиком для фармпрепаратов класса В (закрывается на индивидуальный замок), четырьмя выдвижными ящиками на роликовых направляющих.



Шкаф для спецдежды ШМСО-01 «ЕЛАТ»

Шкаф медицинский для специальной одежды оснащен двумя отделениями с полкой для головных уборов, штангой для вертикального хранения одежды, двух полок для хранения обуви и для яруса.



Шкафы медицинские лабораторные ШМЛ-01 «ЕЛАТ»

Шкаф медицинский лабораторный полимерный на алюминиевом каркасе, двухдверный, со стеклянными дверцами, предназначен для хранения медицинских, медицинских материалов, медицинского инструмента. Выпускается в четырех модификациях. Фасад шкафа состоит из двух пар самостоятельных действующих стеклянных дверей, каждая из которых закрывается на индивидуальный замок. По желанию заказчика двери выполняются в 4 вариантах стекла: прозрачные, слабо тонированные, сильно тонированные и т. д. Функциональную нагрузку несут 6 полимерных полок, расположенных внутри.



Стол СМС-01 «ЕЛАТ» для медсестры

Выполнен из ламинированной ДСП с ударопрочной влагоустойчивой ПВХ-кромкой и установлен на металлические ножки для возможности проведения влажной уборки и дезинфекции.



Стол-тележка полимерный ярусный СТМП-01 «ЕЛАТ» (несколько модификаций)

Предназначен для использования во всех отделениях и кабинетах ЛПУ (операционные, процедурные, перевязочные и прививочные кабинеты, большие палаты, сестринские посты, лаборатории и т. д.) независимо от их специализации: больницы, диспансеры, родильные дома, поликлиники (в том числе стоматологические), женские консультации, диагностические центры.



Тумбочка медицинская прикроватная на колесах ТМП-01 «ЕЛАТ»

Предназначена для использования в палатах для хранения личных вещей больных. Изготовлена на основе алюминиевого профиля. Боковые панели и задняя стенка – влагоустойчивая сэндвич-панель. Столешница выполнена из ламинированной ДСП.



Столешницы медицинские ССМ «ЕЛАТ»

Столешницы предназначены для размещения дезинфекционного и другого медицинского оборудования и приборов. Основные области применения: ЛПУ, медицинские учебные заведения, косметологические кабинеты.



ДЕЗИНФЕКЦИОННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ



Установки УЗО-«Медаль»

Предназначены для предстерилизационной очистки в мощном дезинфицирующем растворе ультразвуковым воздействием на медицинские инструменты (особенно мелкие, сложной конфигурации, колющие и режущие), а также на изделия медицинского назначения при различных загрязнениях – в виде водорастворимых, частично растворимых органических соединений (кровь, белок, сахар и т. д.); твердых и жидких пленок из масел и жиров растительного, минерального (на новых инструментах) и животного происхождения; твердых частиц – костной ткани, пыли; продуктов коррозии.

МЕДООБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ БОЛЬНИЦ

«Полимаг-02» – новинка!

Удачным примером надежности и развития нашего предприятия может служить одна из последних разработок – магнитотерапевтический аппарат «Полимаг-02», являющийся логическим продолжением уже известного и хорошо зарекомендовавшего себя в ЛПУ «Полимага-01». Сохраняя все достоинства своего предшественника, «Полимаг-02» обладает целым рядом преимуществ перед ним.

Прежде всего, в этом физиоаппарате появилась возможность независимо проводить процедуры сразу двум больным с различными диагнозами, задавая при этом для каждого свои параметры воздействия. Это качество очень востребовано в санаториях и многопрофильных лечебных учреждениях, позволяя увеличивать общее количество оказываемых медицинских услуг.

Для удобства обслуживания в энергозависимой памяти аппарата хранится 99 установленных программ, в которых параметры магнитного поля подобраны оптимальным образом для лечения различных заболеваний. Методики лечения и параметры магнитного поля в «Полимаг-02» хорошо отработаны. Они были определены в ходе многолетней эксплуатации «Полимага-01» в ГКБ им. Бурденко и других медучреждениях. С другой стороны, имеется возможность вводить параметры воздействия вручную. Это позволяет использовать этот аппарат на клинических базах для разработки авторских методик лечения. На базе «Полимага-02» можно организовать автоматизированное рабочее место, или АРМ, врача-физиотерапевта. АРМ обеспечивает дистанционное управление аппаратом; доступ к обширной базе данных пациентов с возможностью сохранения количества проведенных и оставшихся процедур, применяемых методик лечения, данных объективного обследования, лабораторных анализов и т. д.



Аппарат магнитотерапевтический

«Алмаг-02»

Предназначен для локальной магнитотерапии бегущим и импульсным магнитным полем для применения в физиотерапевтических отделениях, офисах врачей общей практики, фельдшерско-акушерских пунктах.

Наиболее эффективен для лечения и реабилитации неврологических заболеваний, заболеваний опорно-двигательного аппарата, сосудистых заболеваний, осложненных сахарного диабета, кардиологии, гастроэнтерологии, заболеваний органов дыхания.

Лечебный эффект импульсного магнитного поля «Алмаг-02» обусловлен обезболивающим, противовоспалительным и стимулирующим обменные процессы действием.



Тонмометр внутриглазного давления ТВГД-01

Позволяет всего за несколько секунд измерить внутриглазное давление (ВГД): без контакта с роговицей глаза, без риска инфицирования без анестезии, без стерилизации.

Области применения ТВГД-01: офтальмология (в том числе детская), оптометрия, общая врачебная практика, неврология.



КРИО «ЕЛАМЕД»

Криоаппарат с сосудом Дьюара, комплектом общехирургического криоинструмента и насадками. Области применения: различные направления хирургии и онкологии, гинекология, проктология, дерматология, физиотерапия, ревматология, невропатология, травматология, ортопедия, реабилитация. Изделие идеально подходит для удаления практически любых доброкачественных новообразований, келоидных и др. видов рубцов. Используется для локального, контактного и газоструйного криомассажа при целлюлите, угревой сыпи и себорее. Универсальность и простота в эксплуатации криоаппарата не требуют специальной подготовки медперсонала. Цвет базовый – светло-серый алюминиевый каркас, остальные детали выполнены в белом цвете.



ОАО «Елатомский приборный завод»
телефакс (49131) 9-14-58
4-19-96
4-16-16
E-mail: latim2008@yandex.ru
Сайт: http://elamed.com

Региональные представители:

- Краснодарский край:
ООО «Группа Компаний «Медлекс» (861) 274-34-53, 219-50-73
- Республика Адыгея:
ООО «Эра» (861) 254-18-92, 254-18-93
- Ставропольский край:
ООО «Фирма «ФЛОРЕС» (8652) 94-01-00, 36-69-79
ООО «ВИАР» (87935) 377-28
ООО «Ставропольский аптечный склад» (8652) 28-50-21
ООО «Мастер Мед» (87934) 633-32, 8-962-445-24-74

- Ростовская область:
ООО «Биопролект» (863) 260-42-11
ООО «МедиаМед» (863) 220-38-81
ООО «РостМед» (863) 255-25-17
ООО «МедтрансОр» (863) 231-83-10
- Республика Кабардино-Балкар:
ООО «Сиб» (84722) 3-09-23
ИП Буганова (84722) 3-09-64

Актуальные вопросы осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

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

За последние два десятилетия многое изменилось в законодательстве в сфере здравоохранения, в организации деятельности медицинских организаций, в объеме требований общества к медицинским учреждениям. Однако неизменной оставалась задача, стоящая и перед органами управления здравоохранением, и перед медицинскими организациями — повышение качества медицинской помощи. В первую очередь это обусловлено тем, что право на охрану здоровья и медицинскую помощь охраняется Конституцией Российской Федерации (ч. 2 ст. 7, ч. 1 ст. 41), устанавливающей обязанность государства осуществлять его соблюдение и защиту (ст. 2). Подчеркнем, что Россия провозглашена правовым государством (ч. 1 ст. 1 Конституции РФ), как следствие, организационно-правовые основы построения системы контроля качества должны строго соответствовать требованиям действующего законодательства. С учетом вышеизложенного, целью данной работы является анализ отдельных аспектов нормативно-правовых актов, устанавливающих требования к обеспечению качества медицинской помощи на уровне медицинской организации муниципальной системы здравоохранения.

В соответствии с положениями ст. 85 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) контроль качества и безопасности медицинской деятельности является одним из составляющих контроля в сфере охраны здоровья. При этом одной из форм контроля качества и безопасности медицинской деятельности согласно ст. 87 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ является осуществление внутреннего контроля. Наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является одним из лицензионных требований и условий, установленных «Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», утвержденным постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 №291. В силу требований ст. 90 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в порядке, установленном руководителями организаций муниципальной системы здравоохранения.

Таким образом, с одной стороны, медицинская организация вправе самостоятельно установить порядок осуществления внутреннего контроля. С другой стороны, данный порядок должен соответствовать требованиям действующего законодательства.

В настоящее время действующим законодательством предусмотрено два официальных определения термина «качество медицинской помощи»:

- *качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ);*
- *качество медицинской помощи — это система критериев, позволяющих определить качество оказания медицинской помощи как в определенном медицинском учреждении, у определенного врача, на определенной территории, так и отдельному больному (приказ Минздрава РФ от 22.01.2001 №12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении»).*

С учетом вышеизложенного, мероприятия на уровне медицинской организации, направленные на осуществление контроля медицинской деятельности, должны включать в себя: оценку критериев качества медицинской помощи в динамике как на уровне медицинской организации в целом, так и на уровнях ее структурного подразделения, отдельного врача, с одной стороны, и оценка характеристик конкретного случая оказания медицинской помощи: своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степени достижения запланированного результата — с другой стороны.

В соответствии с положениями ст. 87 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ, контроль качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе в форме внутреннего контроля, включает в себя следующие составляющие:

- *контроль соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;*
- *определение показателей качества деятельности медицинской организации;*
- *создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;*
- *создание информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонализированный учет при осуществлении медицинской деятельности.*

Таким образом, важнейшей составляющей внутреннего контроля является контроль соблюдения требований, установленных законодательством Российской Федерации, в том числе приказами Минздравсоцразвития

России от 07.07.2009 №415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»; от 12.02.2007 №110 (ред. от 25.09.2009) «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания»; от 23.08.2010 №706н (ред. от 28.12.2010) «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств» и другими.

Кроме того, положениями ч. 2 ст. 64, п. 5 ст. 101 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ предусмотрено изменение части составляющих внутреннего контроля. Например, с 1 января 2015 года критерии оценки качества медицинской помощи будут формироваться по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и утверждаться уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В настоящее время определение показателей качества деятельности медицинской организации может учитывать общие критерии (показатели) качества медицинской помощи, установленные постановлением Правительства РФ от 21.10.2011 №856 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год», предусматривающие в том числе установление удовлетворенности населения медицинской помощью, смертности

населения, в том числе в трудоспособном возрасте, от сердечно-сосудистых заболеваний, от онкологических заболеваний, от внешних причин, в результате дорожно-транспортных происшествий, от туберкулеза, материнской и младенческой смертности и других.

Отметим, что в соответствии с Указом Президента РФ от 07.05.2012 №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» перед правительством РФ поставлена задача обеспечить к 2018 году снижение смертности:

- от болезней системы кровообращения — до 649,4 случая на 100 тыс. населения;
- от новообразований (в том числе от злокачественных) — до 192,8 случая на 100 тыс. населения;
- от туберкулеза — до 11,8 случая на 100 тыс. населения;
- от дорожно-транспортных происшествий — до 10,6 случая на 100 тыс. населения;
- младенческой — в первую очередь за счет снижения ее в регионах с высоким уровнем данного показателя — до 7,5 на 1 тыс. родившихся живыми.

Таким образом, обеспечение внутреннего контроля — важная составляющая организации работы медицинской организации муниципальной системы здравоохранения, ненадлежащее исполнение которой будет влечь наступление административной ответственности в отношении виновных юридических и должностных лиц.

ООО «МИРТА—ФАРМ»

Полимерные изделия медицинского назначения, медицинское белье и одежда из нетканых материалов, медицинские перчатки, перевязка, лабораторный пластик и стекло

195248 г. Санкт-Петербург, ул. Б. Пороховская, 47, офис 315А
Тел. (812) 227-73-73, тел./факс (812) 227-37-08
E-mail: mirtafarm@mail.ru

Диагностика и лечение холедохолитиаза в эпоху эндохирургии

И. В. Федоров, д.м.н., профессор, КазГМА, г. Казань

Первым в мире лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) выполнил профессор Erich Muhe из Боблингена (Германия) 12 сентября 1985 года, за что немецким обществом хирургов ему был объявлен выговор. В 1992 году от этого же общества он получил высшую премию организации — ежегодную награду Германского хирургического общества.

Доктор Philip Mouret (Лион, Франция) выполнил ЛХЭ в 1987 году. Хирурги Reddick и Olsen выполнили ту же процедуру в 1989 году в США. С этого момента ЛХЭ быстро распространилась по всему миру как метод лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ). Хотя хирурги и были очарованы малоинвазивностью операции, серьезной проблемой

оставался холедохолитиаз (ХДЛ), частота которого достигала 10% из всех больных, страдающих ЖКБ. Поэтому хирурги задумались о путях диагностики — до, во время и после операции, а также лечения ХДЛ малоинвазивными методами.

В 1991 году Reddick и Olsen опубликовали первое описание лапароскопической холангиографии. Однако хотя техника и была вполне осуществимой, выполнение процедуры было затруднительным теми инструментами, которые существовали в то время. Поэтому врачи больше полагались на дооперационные методы диагностики ХДЛ — ретроградную холангиопанкреатографию (РХПГ). В случае обнаружения холедохолитиаза

до операции конкременты удаляли при эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с последующей ЛХЭ.

Эра ЛХЭ продолжается более 25 лет. За этот период диагностика и лечение ХДЛ эволюционировала. Она может быть дооперационной, интраоперационной и послеоперационной.

Предоперационная диагностика и лечение ХДЛ

Большинство больных с холедохолитиазом могут быть идентифицированы до операции.

Клинические проявления. Многие пациенты жалуются на боли в верхнем отделе живота, начинающиеся в эпигастрии и распространяющиеся в зону правого подреберья с иррадиацией в спину или плечо. Иногда больные имеют в анамнезе кратковременную желтуху или эпизоды потемнения мочи. Боли в животе нередко сопровождаются ознобом и температурой. У больных могут быть приступы холангита или панкреатита.

Биохимические тесты. Уровень прямого билирубина в плазме выше, чем непрямого. Повышение щелочной фосфатазы. Повышение уровня трансаминаз. Повышение уровня амилазы или липазы.

Радиологические тесты. Обычная рентгенография брюшной полости может показать затенение в правой гипохондриальной области. УЗИ может показать 1–2 конкремента в нижней части ОЖП, однако нередко этот отдел холедоха скрыт газами 12-перстной кишки, тогда проток не виден четко. В этом случае УЗИ показывает расширение проксимальной части желчного протока и внутрипеченочную дилатацию. Магнито-резонансная холангиография — это неинвазивная процедура, дающая отличную визуализацию печени, желчного пузыря и протоков на всем их протяжении. КТ-сканирование эффективно при механической желтухе.

Эндоскопический тест. Эндоскопическая холангиография — это инвазивная процедура, но менее опасная, чем РХПГ. Эффективна для диагностики конкрементов в терминальном отделе холедоха. РХПГ — инвазивное исследование, позволяющее уточнить анатомию и причину обструкции билиарного тракта. Кроме того, процедура позволяет сразу перейти к лечению обструкции в зависимости от ее природы.

Лечение. При наличии ХДЛ выполняют РХПГ, сфинктеротомию и экстракцию конкрементов. Далее показана ЛХЭ. Если желчные протоки не очищены полностью или конкременты более 2,5 см в диаметре, хирург может поступить следующим образом: произвести эксплорацию холедоха и удаление конкрементов лапароскопически после ЛХЭ; выполнить открытую холецистэктомию (ОХЭ) с эксплорацией холедоха.

Интраоперационная диагностика и лечение ХДЛ

Клинические проявления. В следующих ситуациях хирург хотел бы подтвердить/исключить ХДЛ интраоперационно:

1. Дооперационный уровень цифр биохимических тестов находится на верхней границе нормы — билирубин и щелочная фосфатаза.
2. Умеренное расширение ОЖП, но его терминальный отдел четко не виден на УЗИ.
3. Рецидивирующие приступы желтухи у больного с множественными конкрементами в желчном пузыре, когда дооперационные УЗИ/МРТ/билирубин в норме.
4. При лапароскопической диссекции обнаруживают широкий пузырный проток.

Диагностика. Интраоперационная диагностика конкрементов в ОЖП может быть произведена при помощи интраоперационной лапароскопической холангиографии и интраоперационного лапароскопического УЗИ.

Холангиография — наиболее известный метод визуализации конкрементов в ОЖП. Кроме того, это первый шаг к эксплорации холедоха через пузырный проток. При УЗИ используют высокочастотный датчик в 7–10 МГц.

Лапароскопическое УЗИ дает более точную информацию, чем холангиография, и имеет следующие преимущества: отсутствует облучение, исследование повторяемо, более чувствительно для обнаружения камней, более специфично. Однако лапароскопическое УЗИ несет в себе и некоторые неудобства в сравнении с холангиографией: терминальный отдел холедоха четко не виден, панкреатит или жировые отложения вокруг поджелудочной железы затрудняют визуализацию, дуоденальные дивертикулы, содержащие газ, имитируют тень конкрементов, существует кривая обучения, оборудование не всем доступно.

Лечение. Если диагноз «холедохолитиаз» установлен на операции, выбор тактики зависит от различных факторов: состояния пациента, калибра ОЖП и места расположения конкремента, квалификации врача, выполняющего РХПГ в клинике, наличия оборудования для эксплорации ОЖП, опыта хирурга в лапароскопической билиарной хирургии.

Выбор метода лечения будет таков:

1. Завершение ЛХЭ и клиническое наблюдение за больным. Такой путь возможен, если конкременты в ОЖП очень малы.
2. Завершение ЛХЭ и выполнение послеоперационной РХПГ. Такая тактика оптимальна, когда диаметр камней 4–5 мм; маловероятно, что они выйдут сами, а РХПГ доступна.
3. ЛХЭ и лапароскопическая эксплорация ОЖП. Здесь возможны два пути: доступ к ОЖП через пузырный проток и лапароскопическая холедохотомия (холедохотомия с внутренним дренажем, холедохотомия без дренажа, холедохотомия с Т-образным дренажем, холедоходуоденостомия).
4. Открытая холецистэктомию с открытой эксплорацией холедоха.

Лапароскопический доступ к ОЖП через пузырный проток

Этот доступ приемлем в тех случаях, когда нет большого различия между диаметром протока и размерами конкрементов.

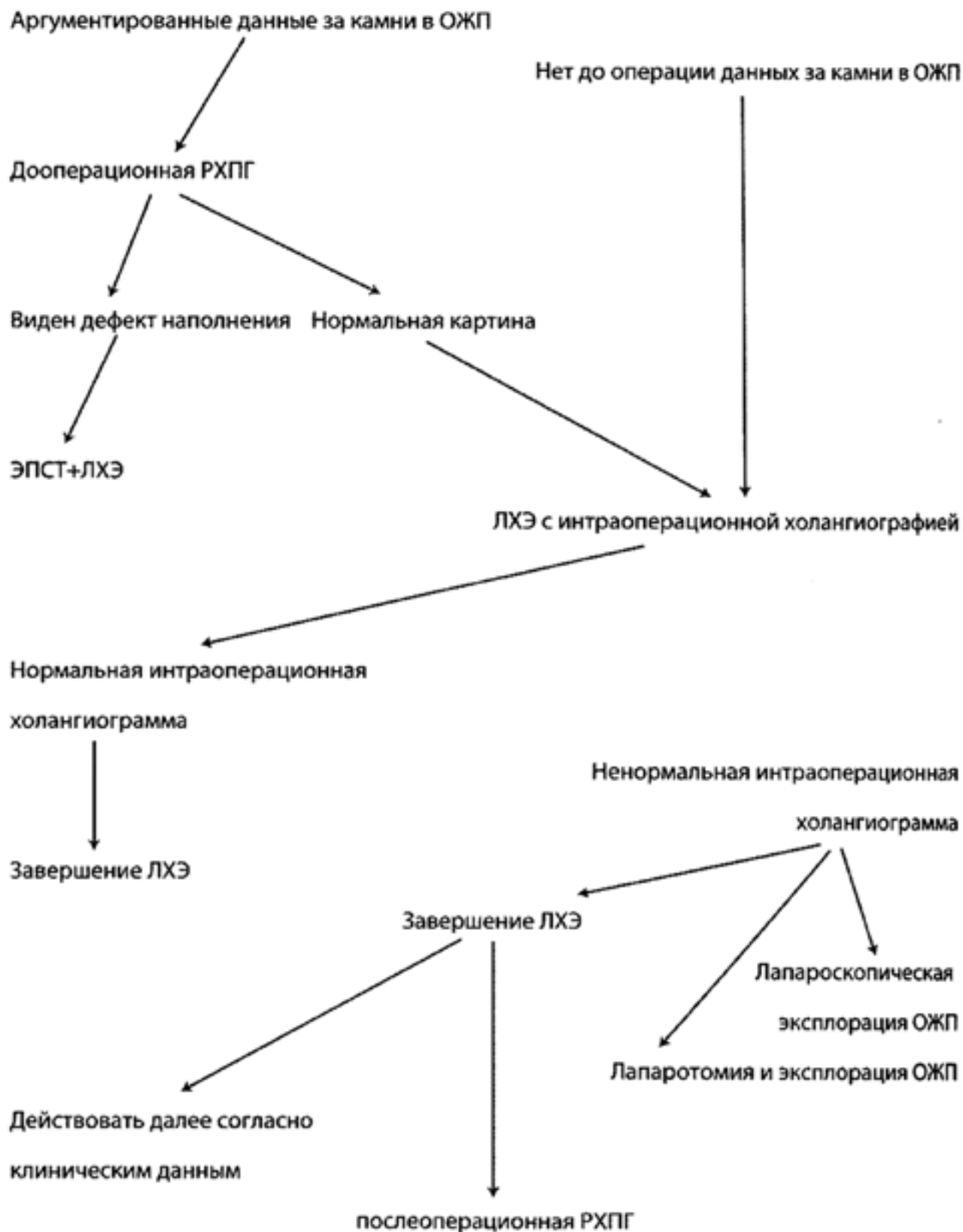
Показания: одиночные/множественные конкременты диаметром 6 мм или менее; пузырный проток диаметром 4 мм или более; пузырный проток впадает в ОЖП прямо с латеральной стороны; плохие условия для наложения лапароскопических швов.

Противопоказания: конкременты диаметром более 6 мм; пузырный проток диаметром менее 4 мм; внутрипеченочные конкременты; пузырный проток впадает в ОЖП сзади или дистальнее расположения конкрементов в ОЖП.

Процедура. Дилатация пузырного протока важна для успешного проведения транспузырной процедуры. Проволочный проводник вводят через отверстие в пузырном протоке в ОЖП. Далее баллонный дилататор или буж вводят по проводнику. Необходимо соблюдать осторожность, чтобы не оторвать пузырный проток от желчного пузыря. Это возможно либо при дилатации, либо при излишней тракции за желчный пузырь. Если отрыв происходит, становится невозможным ввести инструмент в культю пузырного протока. Это наиболее частая причина неудач. Поэтому отверстие в пузырном протоке (ПП) не должно превышать 50% его периметра.

Холедохоскопию выполняют через пузырный проток. Конкремент захватывают корзинкой под прямым визуальным контролем холедохоскопа.

Алгоритм диагностики и лечения холедохолитиаза в эпоху эндохирургии



Некоторые хирурги вводят корзинку в пузырьный проток под флюороскопическим контролем. Конкременты иногда крупнее, чем внутренний диаметр пузырьного протока. В этой ситуации захваченный в ловушку конкремент и корзинка могут застрять в ОЖП, что делает невозможным их удаление через пузырьный проток. В этой ситуации требуется холедохотомия. Поэтому «слепая» техника менее благоприятна, дает большее число осложнений и оставленных конкрементов.

Преимущества: Т-образный дренаж исключен, риск стриктуры ОЖП после холедохотомии маловероятен.

Лапароскопическая холедохотомия при конкрементах ОЖП

Этот доступ показан, когда конкременты ОЖП велики.

Показания: ОЖП более 1 см; адекватная дилатация ПП невозможна; конкременты ОЖП больше, чем диаметр пузырьного протока; неудачная экстракция через ПП, при дилатации ОЖП; крупный плотный камень нижней части ОЖП, который может потребовать литотрипсии; внутрипеченочные конкременты.

Противопоказания: диаметр ОЖП менее 6 мм; неблагоприятные условия для наложения лапароскопического шва.

Процедура. Выполняют разрез длиной 1 см на передней стенке супрадуоденальной части ОЖП. Холедохоскоп вводят через правый среднеключичный порт. Лапароскопическое и холедохоскопическое изображение контролируют по одному или двум мониторам. Холедохоскоп осторожно вводят в протоковую систему. Теплый солевой раствор постоянно подают в проток через рабочий канал холедохоскопа для получения качественного изображения. Конкремент визуализируют, корзинку проводят за конкремент, открывают, захватывают камень и извлекают его наружу.

Для плотных конкрементов диаметром более 2,5 см рекомендован ригидный эндоскоп — нефроскоп/уретероскоп и дробление камня при помощи литотриптера. Полноту удаления конкрементов из ОЖП контролируют проведением ригидной оптики до сфинктера Одди. Проксимальные протоки также визуализируют для того, чтобы убедиться в отсутствии конкрементов в печеночных протоках.

Если хирург удовлетворен результатами холедохолитотомии, процедура может быть завершена одним из следующих способов.

1. Оставление 10 см внутреннего стента, введенного через ОЖП в двенадцатиперстную кишку, при этом нижний конец трубки находится в дуоденуме, а верхний —

в ОЖП. Холедохотомное отверстие ушивают непрерывным вириловым швом 4/0. Месяц спустя на основании УЗИ и биохимических анализов убеждаются в чистоте протоков и удаляют стент через дуоденоскоп.

2. Холедохотомическое отверстие ушивают без стента — когда хирург уверен в отсутствии резидуальных конкрементов в ОЖП, также как и в отсутствии дистальной билиарной стриктуры.

3. Ушивание холедохотомического отверстия на Т-образном дренаже. Некоторые хирурги привыкли к такому завершению холедохотомии в эпоху открытой хирургии, этот путь позволяет им чувствовать себя комфортно. Другой резон — возможность выполнения через Т-образный дренаж холангиографии в конце операции. Если при этом обнаружены остаточные конкременты, хирург может продолжить лапароскопическую эксплорацию холедоха, перейти к открытой процедуре или отдать предпочтение последующей РХПГ или литотрипсии.

Холедоходуоденоанастомоз.

Эту операцию выполняют при серьезной дилатации ОЖП, наличии дистальной стриктуры холедоха, первичных конкрементах ОЖП.

Интраоперационная РХПГ.

Она может быть антеградная (сфинктеротомию выполняют через холедохотомное отверстие) и ретроградная (сфинктеротомию выполняют через дуоденоскоп).

Оба доступа в интраоперационном исполнении весьма громоздки и могут закончиться неудачей.

Послеоперационная диагностика и лечение конкрементов ОЖП

Клинические проявления. Больные с оставленными конкрементами после ЛХЭ могут обратиться повторно с приступами болей в правом подреберье с иррадиацией в спину, эпизодами желтухи и потемнения мочи, эпизодами ознобов и повышения температуры.

Диагноз может быть подтвержден биохимическими тестами (повышение уровня билирубина сыворотки, повышение уровня щелочной фосфатазы, повышение уровня трансаминаз, лейкоцитоз), УЗИ брюшной полости, эндосонографией, МРТ.

Лечение зависит от доступности тех или иных методов, а также от размеров конкрементов. На сегодня процедурой выбора признана РХПГ. Если она недоступна, то можно прибегнуть к лапароскопической эксплорации ОЖП при его достаточной дилатации, открытой эксплорации холедоха с оставлением Т-образного дренажа, лапароскопической или открытой ХДА.

Алгоритм диагностики и лечение холедохолитиаза в эпоху эндохирургии приведен на стр. 14.

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

В ногу со временем

В. А. Грачев, директор ООО «Эндомедиум+», г. Казань

Практика мировой хирургии последнего десятилетия свидетельствует о замене большинства открытых полостных операций в хирургии и гинекологии на эндохирургические методы. Данные ведущих клиник России показывают, что 60—90% типовых полостных операций могут быть выполнены с помощью эндохирургии.

Внедрение в 80-х годах XX века малотравматичных эндоскопических технологий произвело революцию в хирургии. Эндохирургические операции обеспечивают отличный косметический эффект, уменьшают сроки госпитализации и реабилитации, что в целом приводит к уменьшению стоимости лечения. В настоящее время за рубежом большинство операций в брюшной и грудной полости выполняют эндохирургическим методом, а доля эндоскопических операций в гинекологии и травматологии достигает 90%.

Однако применение эндохирургических операций в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации на сегодня в целом не превышает 30% от возможного уровня их использования.

Такое отставание связано с низким уровнем оснащения операционных эндохирургическим оборудованием, недостаточной подготовкой кадров и наносит значительный социально-медицинский и экономический ущерб.

Первые эндохирургические операции в России, выполненные в 1991 году, показали перспективность нового направления и выявили много проблем, связанных, в первую очередь, с отсутствием информации по внедрению новых медицинских технологий и отсутствием отечественных производителей эндохирургического оборудования.

В 1991 году в Казани группой ведущих хирургов и инженеров было создано Медицинское научно-производственное объединение «Эндомедиум» с целью наполнения клиник современным отечественным эндохирургическим оборудованием.

Экономические проблемы в России обусловили одну из главных задач фирмы — изготовление надежного и недорогого оборудования с максимальным использованием местных производственных ресурсов. «Эндомедиум» стал первой российской фирмой, которая разработала полный эндохирургический комплекс.

Важной особенностью фирмы является комплексный подход к развитию малоинвазивной хирургии. С одной стороны — это создание новой техники и инструментария, серийное их производство и качественное сервисное обслуживание. С другой — участие в обучении хирургов и поддержание с ними долгосрочных связей, что обеспечивает внедрение новых методов операций и совершенствования техники.

Наш профиль — лапароскопическая хирургия, гинекология, торакокопия, артроскопия, риноскопия, липосакция и субфасциальная диссекция перфорантных вен.

При разработке новых приборов и инструментов получено 26 патентов на изобретения, которые позволили повысить надежность выпускаемого оборудования.

На сегодняшний день МНПО «Эндомедиум» дает 1 год гарантии на все выпускаемое оборудование.

В настоящее время на предприятии выпускается 22 вида оборудования и более 240 видов инструментов и принадлежностей для проведения операций.

Все оборудование и инструменты МНПО «Эндомедиум» соответствуют лучшим мировым образцам и отличаются высокой надежностью в эксплуатации. При производстве оборудования используются высококачественные комплектующие и материалы импортных и отечественных производителей.

За 20 лет деятельности предприятия произведено и поставлено эндохирургическое оборудование в более чем 3500 медицинских учреждений России и СНГ. За этот же период фирма по заказу министерств здравоохранения Российской Федерации и Республики Татарстан оснастила эндохирургическим оборудованием 265 медицинских учреждений.

На оборудовании фирмы выполнено свыше 1,5 миллионов эндохирургических операций, на нем работают более 4000 врачей.

Оборудование и инструменты МНПО «Эндомедиум» совместимы и взаимозаменяемы с оборудованием и инструментами ведущих мировых и отечественных фирм.

Деятельность нашего предприятия получила свою оценку — золотой приз Европы «За качество», 8 золотых медалей на международных выставках, приз Республики Татарстан «Лучший экспортер инновационного товара».

Также запущено несколько образовательных проектов — на базе Учебно-клинического центра совместно с Казанской государственной медицинской академией (ГИДУВом) проводится комплексное обучение врачей методам эндоскопической хирургии и другим смежным направлениям.

Огромную помощь в становлении и поддержку фирме оказало руководство республики во главе с первым Президентом Республики Татарстан Шаймиевым Минтимером Шариповичем и премьер-министром Миннихановым Рустамом Нургалиевичем — ныне Президентом Республики Татарстан.

Большой честью для нас было неоднократное посещение руководством республики предприятия, а также представление Республики Татарстан на международной выставке в Финляндии.

Руководство республики высоко оценило вклад фирмы в развитие новых медицинских технологий, вручив Государственную премию Республики Татарстан в области науки и техники. Сегодня МНПО «Эндомедиум» выпускает оборудование 6-го поколения.

В нашей фирме трудятся грамотные инженерно-технические кадры и высококвалифицированные рабочие, которые занимаются непрерывным обновлением и улучшением качества выпускаемой продукции.



www.endomedium.ru



20 ЛЕТ В ЭНДОХИРУРГИИ

ОБОРУДОВАНИЕ И ИНСТРУМЕНТ
ДЛЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ
ХИРУРГИИ

СОБСТВЕННЫЕ РАЗРАБОТКИ
И ПРОИЗВОДСТВО

СЕРВИСНОЕ
ОБСЛУЖИВАНИЕ

ОБУЧЕНИЕ

МНПО "ЭНДОМЕДИУМ"

420044, г. Казань, а/я 1

тел.: (843) 556-74-00, 556-74-01, 556-74-02, 556-74-03

тел./факс: (843) 521-37-31, 516-89-03

e-mail: endo@endomedium.ru

www.endomedium.ru



**Компания ООО И.Ф.Г. «Медиана» рада представить
производителя эндоскопического оборудования и
инструментов компанию SOPRO-COMEG**

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ



1977 • Основание компании SOPRO

1986 • Начало производства видеокамер для
эндоскопии

2001 • SOPRO присоединяется к компании Acteon
Group

2003 • Запущены новые производственные
мощности в La Ciotat

2004 • Поглощение компании Geysse и начало
производства инсуффляторов

1975 • Основание компании COMEG

1977 • Начало производства медицинских
эндоскопов

1993 • Начало производства автоклавируемых
эндоскопов

1994 • Начало производства линейки продукции
для урологии

2001 • Новое поколение оптических медицинских
эндоскопов



2006

COMEG присоединяется к SOPRO

2007

Площадь завода расширяется до 3200 м².

Начало производства артроскопических ирригаторов

2009

Запущены в производство:

- Автоклавируемые видеопараскопы Digilap Titanium;
- FullHD 3CCD видеокамеры SOPRO 397;
- USB видеокамеры UBICAM

2010

Начало производства гистероскопической эндооперационной системы HEOS

Начало производства нового светодиодного источника света UBILED

Начало производства UBIPACK, комплексного решения для гинекологии и ЛОР

2011

Начало производства ULYSS, 4 мм автоклавируемого синускопа с изменяемым углом зрения



*С момента основания компании ассортимент её продукции значительно расширился и теперь охватывает все
основные направления в урологии, лапароскопии, гинекологии, артроскопии, ЛОР и спинальной хирургии.
Sopro-Comeg предлагает продукты высочайшего качества, которые облегчают жизнь пациентов во всём мире.*

SOPRO 397- Full HD 3CCD видеокамера

Сенсор 3 x 1/3" CCD 16/9
Технология прогрессивного сканирования
HDTV формат 1920 x 1080 пикселей
Цифровая обработка 3 x 19 бит
Четкость: 1080 линий
Чувствительность: 1.5 люкс
Отношение сигнал/шум: 70 ДБ
Автоматический баланс белого
Автоматическая и ручная настройка цветности
3 программируемые клавиши
Функции Freeze и Mirror
Цифровой зум до 2.5x
Клавиатура для ввода данных
Видеовыходы: VBS, Y/C, RGB,
HD-SDI, DVI-D



Эндоскопический комплекс UBIPACKGYN

Идеально подходит для диагностики, биопсии, гистероскопии.

Комплект набора в пластиковом кейсе:

- Светодиодный источник света LED - Номинальная мощность: 30 Вт (интенсивность света 100Вт ксенонового источника света) • Срок службы: 50,000 часов • Цветовая температура: > 4500 ° K
- Видеокамера USB2 - Разрешение 752x582 • Четкость 470 lines Чувствительность 2 lux • Соотношение сигнал/шум 52 dB
- Электронная диафрагма: автоматическая настройка гаммы • Цветной генератор полос развертки • Автоматический баланс белого • 2 перепрограммируемые кнопки
- Программа Sopro Imaging Medical разработана для архивации данных пациента, записи видео и фото, составления медицинских заключений, передачу данных с комментариями (внутрибольничная сеть, e-mail) программное обеспечение на русском языке.
- Тубус непрерывного потока 14,9 Fr (5 мм)
- Гистероскоп 2,7 мм
- Инструментальный канал 5 Fr (1,7 мм)



Гистероэндоскопическая операционная система HEOS

Новая техника выполнения эндоскопических операций позволяет удалять большие полипы, большие миомы, септум комбинированным методом - механически и электрохирургически

Запатентованная конструкция

- Внешний диаметр 27 Fr (9 мм)
- Операционный канал 13 Fr (4,3 мм)
- Использование жестких и гибких 3 мм инструментов (ножницы, диссекторы, щипцы)
- Использование моно и биполярных 3 мм электродов
- Использование стандартного резектоскопа



Медицинские расходные материалы «VYGON»

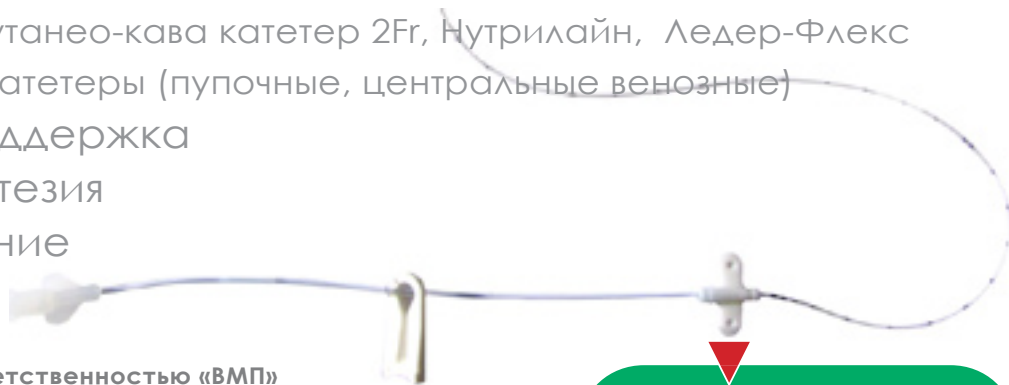
Сосудистый доступ у новорожденных

- менее 1 кг: Премикат 1Fr
- более 1 кг: Эпикутанео-кава катетер 2Fr, Нутрилайн, Ледер-Флекс
- двухпросветные катетеры (пупочные, центральные венозные)

Респираторная поддержка

Регионарная анестезия

Энтеральное питание



Всемирная неделя грудного вскармливания 2012 года в Волгоградской области

В. Е. Ломовских, д.м.н., заслуженный врач РФ, ГКУЗ «Волгоградский областной центр медицинской профилактики», г. Волгоград

Двадцать лет назад Всемирный союз содействия грудному вскармливанию (WABA) провел свою первую Всемирную неделю грудного вскармливания (ГВ), темой которой было развитие инициативы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Детского фонда организации объединенных наций (ЮНИСЕФ) — «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР). В первую неделю августа 2012 года WABA объявил тему Всемирной недели ГВ: «Понимая прошлое — планируем будущее!». WABA обозначил следующие мероприятия Всемирной недели ГВ в 2012 году:

- вспомнить, что происходило в последние двадцать лет с кормлением детей грудного и раннего возраста;
- отпраздновать успехи и достижения на национальном, региональном и глобальном уровнях и рассказать о национальных достижениях всему миру;
- оценить успешность осуществления глобальной стратегии по кормлению детей грудного и раннего возраста;
- призвать к устранению пробелов в политике и программах поддержки ГВ и детей раннего возраста;
- привлечь внимание общественности к состоянию политики поддержки ГВ и глобальной стратегии.

История

Многочисленными исследованиями врачей мира доказана польза ГВ как для ребенка, так и для его матери. На протяжении более чем 150 лет истории о детском питании естественное ГВ и женское молоко были «золотыми стандартами» вскармливания детей раннего возраста [1]. В грудном молоке содержится более 15 видов гормонов и биологически активных веществ, которые в настоящее время искусственно не синтезированы [2].

Вместе с тем, развитие индустрии заменителей грудного молока (ЗГМ) в 60–70-х годах прошлого века в большинстве экономически развитых стран, активная рекламная деятельность распространителей ЗГМ, искусственных смесей, бутылочек с соской, сосок-пустышек привело к значительному росту детей на искусственном вскармливании, что явилось важной причиной роста заболеваемости детей.

20 мая 1981 года на 34-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (Женева) принят «Международный свод правил маркетинга заменителей грудного молока» (МСПМЗГМ), запрещающий любую рекламу ЗГМ. За принятие МСПМЗГМ проголосовали 118 стран, против — 1 страна (США), воздержались — 3 страны (Аргентина, Корея, Япония).

В ноябре 1989 года Генеральная ассамблея ООН приняла Конвенцию о правах ребенка, которая обязывает ратифицировавшие ее государства «...принять меры для обеспечения информированности всех слоев общества, в частности родителей, о преимуществах ГВ». В развитие Конвенции о правах ребенка в 1989 году ВОЗ и ЮНИСЕФ опубликовали совместное заявление «Защита, поощрение и поддержка ГВ: особая роль родовспомогательных служб», где представлены «10 принципов успешного ГВ» и призыв к каждому учреждению системы охраны материнства и детства осуществлять меры по защите и пропаганде ГВ детей.

В 1990 году ВОЗ и ЮНИСЕФ приняли Инночентинскую декларацию по защите, пропаганде и поддержке ГВ, которая одобрена 32 государствами и ООН.

На Всемирной ассамблее здравоохранения в 2001 и 2002 гг. приняты резолюции по вопросам защиты и поддержки ГВ и выполнения МСПМЗГМ.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2005) рекомендует государствам-членам ВОЗ ГВ ребенка до достижения возраста шести месяцев с обеспечением надлежащего дополнительного питания при продолжении использования ГВ детей в возрасте до двух лет.

В 2002 году ВОЗ и ЮНИСЕФ совместно разработали Глобальную стратегию по кормлению детей грудного и раннего возраста. Она основана на концепции прав человека и призывает к разработке национальных программ кормления детей грудного и раннего возраста. Она дает информацию о том, как защищать, продвигать и поддерживать исключительно ГВ до шести месяцев, введение прикорма после шести месяцев и продолжение кормления грудным молоком до двух лет и более.

Положение в России

В XX веке в России было два периода, когда снижалась доля детей на ГВ. Первый негативный период начался в 1926–1928 гг., когда отдельные научные работники — педиатры выдвинули лозунг «о буржуазности идеи естественного вскармливания». Но уже в 1934–1935 гг. в отношении к ГВ произошел перелом. Все более четко стал выдвигаться тезис о значимости естественного вскармливания, о необходимости его пропаганды, что нашло отражение в ряде приказов Наркомздрава СССР и РСФСР. В результате показатели ГВ в стране вновь повысились.

Второй негативный период начался с 70-х годов прошлого столетия и продолжается в России до настоящего времени. Проведенный анализ показывает следующие причины снижения распространенности ГВ детей в России:

- активная за последние сорок лет пропаганда среди населения ЗГМ с проникновением ее не только в торговую сеть, но и непосредственно в лечебные учреждения;
- робкая, недостаточная и неубедительная агитация за ГВ, а в ряде случаев — умалчивание жизненной важности ГВ как для данного ребенка, так и для его матери и всей семьи. Как следствие этого — незнание и недооценка медицинскими работниками и матерями значимости длительного ГВ детей;
- незнание руководителями органов управления здравоохранением субъектов РФ международных и национальных документов по кормлению и питанию грудных детей и детей раннего возраста;
- раздельное пребывание матери и ребенка после родов, кормление «по часам» с «ночными перерывами», позднее начало ГВ, рутинное допаивание в доактационный период новорожденных детей водой или ЗГМ с использованием бутылки и соски;

- недостаток навыков и знаний у родителей и медицинского персонала особенностей техники кормления младенца грудью и одновременно наличие отрицательного опыта по естественному вскармливанию у предыдущих поколений (бабушка, свекровь и другие родственники);
- отсутствие в обществе одобрения и поощрения матерей, желающих вскармливать своего ребенка грудью не менее двух лет. Ослабление и утрата народных традиций, когда в многодетных семьях старшие дети наблюдали процесс кормления младенцев.

По данным официальной статистики, в РФ на протяжении последних двадцати лет более 50% детей прекращают получать грудное молоко в первые шесть месяцев жизни, что составляет около 1 млн младенцев. За последние десять лет в РФ доля детей, получающих материнское молоко в возрасте 6—12 месяцев, возросла с 27,6% в 1999 году до 40,4% в 2010 году. Наиболее высокие показатели ГВ достигнуты в Республиках Башкортостан, Калмыкия и в Волгоградской области. В 1999 году уровень ГВ среди детей 6—12 месяцев составлял в этих субъектах РФ соответственно — 32,9%, 56,7% и 49,4%, а в 2009 году — 79,7%, 74,9% и 71,7% [2].

Среди государств, подписавших МСПМЗГМ, был и СССР. РФ как правопреемник приняла на себя обязательства по выполнению МСПМЗГМ, но до настоящего времени закон «О вводе правил маркетинга заменителей грудного молока» не принят, что позволяет в РФ активно проводить рекламную деятельность по ЗГМ.

В 1989 году Министерством здравоохранения СССР было издано информационное письмо «Поощрение и поддержка грудного вскармливания в сети практического здравоохранения», в котором излагались основные положения Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания», а в 1996 году — инструктивно-методическое письмо «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания младенцев в Российской Федерации (в развитие совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ)».

В настоящее время Правительством РФ принят ряд законодательных документов по защите ГВ детей.

В концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 года среди целей и задач выделена цель по обеспечению здорового питания и задача по поддержке ГВ детей раннего возраста. Указом Президента РФ от 30.01.2010 №120 «Об утверждении Доктрины продовольственной безопасности Российской Федерации» и Распоряжением Правительства РФ от 25.11.2010 №1873-Р утверждены Основы государственной политики в области здорового питания населения до 2020 года и поставлена задача по увеличению доли детей в возрасте шести месяцев, находящихся на ГВ, то есть до 50% общего количества детей в возрасте шести месяцев.

Опыт Волгоградской области по реализации инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку»

История поддержки инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР) в Волгоградской области начинается с марта 1989 года, когда в Волгограде экспертами ЮНИСЕФ был проведен первый семинар для руководителей и главных специалистов службы охраны здоровья женщин и детей Среднего и Нижнего Поволжья. В это время в Волгоградской области лишь 42% младенцев получали грудь матери более шести месяцев и единицы — до года.

Начиная с 1998 года в Волгоградской области реализуется программа поддержки ГВ, разработанная в соответствии с рекомендациями ВОЗ/ЮНИСЕФ по защите и поддержке ГВ [3]. Волгоградская область — одна из территорий РФ, где акушеры-гинекологи, неонатологи, участковые педиатры не только городских, но и сельских лечебных учреждений с энтузиазмом включились в инициативу поддержки ГВ. Для выполнения программы по реализации указанной инициативы на базе ГУЗ «Волгоградский областной клинический перинатальный центр №1 им. Л. И. Ушаковой» в 2000 году был организован центр по охране здоровья матери и ребенка, сотрудники которого провели за последние двенадцать лет 67 выездных 40-часовых семинаров «Консультирование по ГВ» и обучили более 2000 врачей и средних медицинских работников, психологов, преподавателей медицинских колледжей, которые в свою очередь в своих учреждениях обучили на 18-часовых курсах «Помощь матерям в кормлении грудью» еще более 2500 коллег. Проведенная работа позволила передать знания по важности сохранения кормления грудью новорожденных детей и детей раннего возраста по технике кормления материнским молоком детей более 4000 специалистов службы охраны здоровья матери и ребенка Волгоградской области. Учитывая, что сохранение ГВ детей зависит от поддержки кормящих матерей не только в акушерских стационарах, но и в амбулаторных и стационарных лечебных учреждениях, где может находиться ребенок, в Волгоградской области разработаны и законодательно утверждены положения для формирования политики ГВ, включая присвоение статуса «БДР» этим медицинским учреждениям. В настоящее время 174 учреждения области, в том числе акушерские стационары, детские поликлиники, женские консультации, фельдшерско-акушерские пункты, сельские врачебные амбулатории, участковые больницы, отделения патологии новорожденных, детские отделения и детские больницы, проводят работу по сохранению ГВ. В 2011 году 28727 (97%) младенцев родились в акушерских стационарах, выполняющих политику поддержки ГВ и имеющих звание «БДР».

Трудности реализации политики поддержки грудного вскармливания

До настоящего времени в РФ действуют законодательные документы, способствующие переводу детей на искусственное вскармливание. Это рекомендации НИИ питания РАМН о введении продуктов в рацион питания младенцев: сока — в 3 месяца, прикорма — в 4—6 месяцев и принятие СанПиН 2.3.2.1940—05 от 19 января 2005 г. с рекомендацией введения в рацион питания младенцев старше одного месяца монокомпонентного чая, сока — после трех месяцев; сока, пюре, каши, чая — после четырех месяцев.

На протяжении ряда лет в Волгоградской области как среди населения, так и среди лечебных учреждений фирмами, производящими и торгующими ЗГМ, проводятся различные рекламные акции. Изготовители и распространители ЗГМ в лечебных учреждениях, не имеющих статуса «БДР», в нарушение МСПМЗГМ продолжают распространять рекламные материалы по использованию ЗГМ, детского питания (плакаты, буклеты), разнообразные подарки медицинским работникам (календари, ручки, блокноты с логотипами торговых марок компаний, выпускающих и реализующих ЗГМ). В последние 3—5 лет за счет средств фирм, реализующих ЗГМ и товары для детей и беременных женщин, организовано издание учетных статистических форм (№111/у и №112/у, утвержденных приказом Министерства здравоохранения

СССР от 4.10.1980 №1030) с рекламой ЗГМ. Следует подчеркнуть, что размещение рекламных материалов на учетных формах первичных медицинских документов государственного образца противоречит п. 5 ст. 5 Федерального закона от 13.03.2006 №38-ФЗ «О рекламе», согласно которому в рекламе не допускается указание на то, что объект рекламирования одобряется органами государственной власти или органами местного самоуправления, либо их должностными лицами.

Административная поддержка внедрения практики грудного вскармливания

С целью сохранения здоровья детей, охраны, защиты и поощрения естественного ГВ в Волгоградской области принят ряд нормативных правовых актов:

- Приказ Комитета по здравоохранению администрации Волгоградской области от 24.03.1999 №215 «О запрете рекламы заменителей грудного молока в лечебных учреждениях Волгоградской области».
- Приказ Комитета по здравоохранению администрации Волгоградской области от 22.02.2007 №166 «О мерах по выполнению «Правил маркетинга заменителей грудного молока» в учреждениях здравоохранения Волгоградской области».

Главой администрации Волгоградской области утверждены следующие нормативные документы:

- Постановление главы администрации Волгоградской области от 22.03.2007 №441 «О мерах по применению «Международного свода правил маркетинга заменителей грудного молока» на территории Волгоградской области».
- Постановление главы администрации Волгоградской области от 25.07.2007 №1332 «О присвоении статуса «Территория доброжелательного отношения к ребенку».
- Закон Волгоградской области от 30.10.2008 №1753-ОД «О пропаганде и поддержке грудного вскармливания».
- Постановление главы администрации Волгоградской области от 27.02.2010 №254 «Об утверждении Концепции формирования системы поддержки и поощрения грудного вскармливания детей на территории Волгоградской области».

Учитывая, что вопросы охраны, поощрения и сохранения ГВ детей носят комплексный и межведомственный характер, в Волгоградской области с 2004—2006 гг. начался новый этап развития инициативы поддержки ГВ — движение за получение почетного звания «Административная территория доброжелательного отношения к ребенку» (город, район).

В 2005 году первым получил это звание город Камышин. Глава администрации Камышина утвердил разработанную инициативной группой «Политику охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания детей в городе Камышине». Этот документ имеет межведомственный характер и отражает все 10 принципов инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «БДР». В Камышине все медицинские учреждения, ответственные за охрану здоровья матерей и детей, ориентированы на ГВ. Кроме медицинских учреждений, все фармацевтические работники и аптеки, независимо от форм собственности, все торговые предприятия и индивидуальные предприниматели, реализующие товары для детей, в том числе детское питание, стали выполнять МСПМЗГМ.

В 2008 году после проведения межведомственной организационной комплексной работы и выполнения всех положений постановления главы администрации Волгоградской области от 25.07.2007 №1332 «О присвоении

статуса «Территория доброжелательного отношения к ребенку» Котовский муниципальный район Волгоградской области аттестован на звание «Муниципальный район, доброжелательный к ребенку». Главой администрации Волгоградской области подписано постановление от 30.06.2008 №809 «О присвоении Котовскому муниципальному району статуса «Территория доброжелательного отношения к ребенку».

Следует подчеркнуть, что постановление о статусе «Территория доброжелательного отношения к ребенку» разработано и принято в субъекте РФ впервые. Статус «Территория доброжелательного отношения к ребенку» выводит проводимую организационную работу по защите здоровья детей, охраны естественного грудного вскармливания детей раннего возраста на принципиально новый организационный и межведомственный уровень [3].

Результаты внедрения политики по защите, поддержке и поощрению грудного вскармливания

За период 2000—2011 гг. число родов в Волгоградской области возросло на 30,9%, доля родов в акушерских стационарах, выполняющих 10 принципов успешного ГВ и аттестованных на звание «БДР», повысилась с 68,5% в 2000 году до 98,4% в 2011 году. Анализ показал, что число матерей, вскармливающих детей грудью более шести месяцев, увеличилось до 74,3% в 2011 году, что на 33,9% выше показателя по РФ (рис. 1).

Комплекс проводимых организационных мероприятий позволил значительно снизить частоту инфицирования новорожденных детей в акушерских стационарах области. С 1998 по 2011 гг. показатель гнойно-септических заболеваний новорожденных детей в акушерских стационарах снизился на 97,2% — с 14,9 до 0,13% (рис. 2).

За период 2000—2011 гг. регистрируется следующая положительная динамика показателей в службе охраны здоровья матери и ребенка.

Кровотечения в раннем послеродовом периоде у женщин снизились с 0,5 до 0,1%.

С 2008 года остановлен рост заболеваемости детей первого года жизни и регистрируется снижение показателя с 2739,9 до 2466,9‰ в 2011 году (-9,97%).

За период 2000—2010 гг. в структуре заболеваемости детей первого года жизни регистрируется снижение показателей:

- по классу инфекционные и паразитарные болезни — с 111,3 до 63,5‰ (-43%), в том числе по классу кишечные инфекции — с 77,4 до 46,7‰ (-39,7%);
- по классу болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета — с 35,6 до 18,7‰ (-47,5%), в том числе рахит — с 8,0 до 2,3‰;
- по классу болезни крови и кроветворных органов — с 97,5 до 69,6‰ (-28,5%), в том числе анемия — с 94,6 до 66,9‰ (-29,3%);
- по классу болезни органов дыхания — с 1235,8 до 1071,2‰ (-13,3%), в том числе ОРВИ, грипп — с 1117,2 до 970,4‰ (-13,2%), пневмония — с 32,4 до 18,5‰ (-43%);
- по классу болезни органов пищеварения — с 111,4 до 100,5‰ (-9,8%).

Проведенные расчеты экономической эффективности реализации политики грудного вскармливания в акушерских стационарах Волгоградской области свидетельствуют о сокращении расходов на приобретение бутылочек, сосок, электроэнергии, медикаментов, ЗГМ до 200 рублей на каждые роды. Экономия финансовых



Рис. 1. Количество матерей, вскармливающих детей грудью более 6 месяцев, по Волгоградской области и по РФ за период 1995–2011 гг.

средств в акушерских стационарах Волгоградской области только за счет реализации политики поддержки ГВ составляет до 6 млн рублей в год, а за десять лет экономия финансовых средств составила до 60 млн рублей.

Заболеваемость молочной железы, связанная с родами, у женщин Волгоградской области за период 2000–2010 гг. снизилась с 0,48% до 0,23%, что ниже уровня заболеваемости по РФ (0,5%). Процент случаев заболеваний молочной железы от числа женщин, кормящих ребенка старше шести месяцев грудным молоком, снизился за 10 лет с 1,32% до 0,34%, что значительно ниже аналогичных показателей в странах мира [4].

Заключение

На примере Волгоградской области доказана эффективность реализации инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «БДР».

Реализация в практической деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «БДР» позволила увеличить долю детей, получающих материнское молоко, что повлияло на улучшение показателей здоровья женщин и детей первого года жизни.

С 1 по 7 августа 2012 года приказом Министерства здравоохранения администрации Волгоградской области утвержден комплексный план мероприятий проведения Всемирной недели ГВ, пропаганды, поддержки и поощрения ГВ детей раннего возраста в лечебных учреждениях городских округов и муниципальных районов Волгоградской области.

Литература

1. Воронцов И. М., Фатеева Е. М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка. — СПб, 1998.
2. Абольян Л. В., Новикова С. В. Современные аспекты грудного вскармливания // Педиатрия. — 2011. — Т. 90. — №1. — С. 80–82.
3. Информационно-методическое письмо Минздравсоцразвития России от 31.05.2011 №15–4/1700–07 «Результаты реализации политики по защите и поддержке грудного вскармливания в Волгоградской области». — 12 с.
4. Мастит. Причины и ведение // ВОЗ, Женева. — 2000. — 45 с.



Рис. 2. Динамика гнойно-септических заболеваний новорожденных в акушерских стационарах Волгоградской области на 1000 родов

Специализированному отделению лечебного голодания — 50 лет

Ростовский-на-Дону областной реабилитационный центр

Проблема сохранения и увеличения продолжительности жизни была и продолжает оставаться одной из самых важных и актуальных проблем и биологии, и медицины. Человечество во все времена неустанно искало средства для оздоровления, борьбы с болезнями и старостью

Проблема сохранения и увеличения продолжительности жизни была и продолжает оставаться одной из самых важных и актуальных проблем и биологии, и медицины. Человечество во все времена неустанно искало средства для оздоровления, борьбы с болезнями и старостью.

Одним из таких средств на протяжении многих веков является использование перриодического воздержания от пищи.

Голодание как метод лечения было известно в народной медицине с незапамятных времен. И всегда вызывало живой интерес как у врачей-практиков, так и в научном мире. Еще Гиппократ говорил: «Если тело не очищено, то питать его вредно». Многие столетия этот метод существовал как целительство. И только в России, благодаря научным разработкам доктора медицинских наук профессора Юрия Сергеевича Николаева, в 1952 году он был утвержден Министерством здравоохранения СССР как официальный метод лечения, получивший название «разгрузочно-диетическая терапия».

Ю. С. Николаев работал в Ростове-на-Дону с 1962 по 1965 гг., заведовал кафедрой психоневрологии Ростовского медицинского института. В 1962 году он открыл отделение — Центр лечебного голодания, которым вот уже 50 лет заведует его ученица, врач высшей категории Людмила Александровна Орлова, отметившая в этом году свой 75-летний юбилей.

За 50 лет работы Центра успешно проведено лечение более 25000 больных с самыми различными диагнозами. Достигнуты положительные результаты практически у всех пациентов. Наш Центр лечебного голодания — единственный в России и за рубежом, который проводит большие сроки голодания — от 20 до 40 дней. Наши специалисты принимают участие в конгрессах и конференциях не только в нашей стране, но и за границей. Наши публикации широко представлены в медицинских журналах и сборниках за рубежом. Центр проводит обучение врачей методу разгрузочно-диетической терапии. Л. А. Орлова в качестве эксперта и ведущего специалиста по лечебному голоданию постоянно участвует в программах на центральном телевидении.

Показаниями для лечебного голодания являются: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, аллергия, остеохондроз, заболевания суставов, ожирение, эндокринные нарушения, в том числе и сахарный диабет II типа, болезни органов пищеварения, доброкачественные

опухоли женской и мужской сфер (фиброма, миома, киста яичника, мастопатия, аденома предстательной железы), импотенция и бесплодие.

Категорически противопоказано голодание при диабете I типа, злокачественных заболеваниях крови и злокачественных опухолях 3-й и 4-й стадии, туберкулезе, глубокой степени истощения, беременным женщинам и кормящим мамам.

Лечебное голодание проводится только в стационаре под врачебным наблюдением и контролем анализов. Лечение комплексное: мониторинг, очистка кишечника, очищение печени, почек, лимфы (эндозекологическая реабилитация), подводный гидромассаж, лечебные ванны, электропроцедуры, тренажерный зал, мини-сауна «Кедровая бочка», биорезонансная терапия.

Центр пользуется большой популярностью, приезжают на лечение пациенты со всего бывшего Советского Союза, а также из-за рубежа — Германии, Швейцарии, Франции, США и даже из Австралии...

Л. А. Орлова, 75 лет



Адрес центра лечебного голодания

344111, г. Ростов-на-Дону, пр. 40 лет Победы, 318/2
Тел. регистратуры (863) 257-45-43 круглосуточно

Тел. для консультации с Л. А. Орловой (863) 229-63-75

(звонить только после записи в регистратуре, с 18.00 до 21.00, время московское, кроме выходных)

www.lechebnoegolodanie.ru, e-mail: fararek@mail.ru

Методика запатентована: патент №2392943, Лицензия ЛО-61-01-001065 от 31.03.2010 г.

Оценка микробного пейзажа при дисбактериозе кишечника у взрослых и детей

В. А. Жуков, Л. Н. Баранникова, Л. А. Довгань, Т. А. Никитенко, Н. Н. Кондратенко, Л. А. Киселева, М. А. Скрипай, Е. М. Шестакова; МУЗ «Городская больница №1», г. Волгодонск

С жизнедеятельностью микрофлоры теснейшим образом связаны физиологический статус организма, состояние его неспецифических защитных сил. Представители нормальной микрофлоры, обитающие в кишечнике, верхних дыхательных путях и на коже человека, благодаря выраженной антагонистической активности предохраняют эти органы от проникновения и размножения патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, выполняют ряд жизненно важных функций.

Нормальная микрофлора желудочно-кишечного тракта по существу является первичной мишенью приложения любого попадающего с пищей или водой соединения, первым метаболическим органом, который вовлекается в абсорбцию, трансформацию и/или перенос естественных и чужеродных субстанций, полезных и потенциально вредных агентов. В ряде случаев такие агенты прямо или косвенно влияют на формирование и функционирование биопленки, выстилающей слизистые желудочно-кишечного тракта и содержащей многочисленные ассоциации микроорганизмов. Если по своей интенсивности такое влияние превышает компенсаторные возможности экологической системы «макроорганизм и его нормальная микрофлора», то возникают дисбиотические нарушения.

Термин «дисбактериоз» впервые предложен в 1916 году немецким врачом А. Nissle. Под дисбактериозом понимают изменение видового состава и количественных соотношений между отдельными видами микроорганизмов. Причины развития дисбактериоза различны: влияние неблагоприятных факторов окружающей среды, характер питания, заболевания, нерациональное и бесконтрольное применение антибактериальных препаратов.

Косновной кишечной микрофлоре относят бифидобактерии, лактобактерии, полноценные кишечные палочки. Видовой состав и количественное соотношение микрофлоры кишечника относительно стабильно. Продуцируя уксусную и молочную кислоты, бифидум-флора создает кислую среду и задерживает рост гнилостной и газообразующей микрофлоры, участвует в синтезе иммуноглобулинов. Бифидобактерии участвуют в синтезе и всасывании витаминов группы В, витамина К, способствуют синтезу незаменимых аминокислот, лучшему усвоению кальция, витамина D, препятствуют микробному декарбоксилированию пищевого гистидина и повышению количества гистамина, предохраняют слизистую оболочку толстого кишечника от воспалительно-дистрофических изменений. При дефиците бифидобактерий значительно снижается резистентность к инфекциям.

За период с 2011 г. по август 2012 г. проведено микробиологическое исследование испражнений от 3424 человек, в том числе 1322 пробы от детей в возрасте до года. При проведении исследований на дисбактериоз наблюдались количественные изменения в составе облигатной анаэробной микрофлоры. Так, у взрослых снижение количества бифидобактерий наблюдалось в 10,9% случаев, лактобактерий — в 30,8% случаев. У детей в возрасте до года снижение бифидобактерий наблюдалось в 5,6% случаев, лактобактерий — в 15,9% случаев.

При исследовании материала от взрослых изменения в аэробной и факультативно-анаэробной составляющей микрофлоры были выявлены в 1828 случаях (87%). В данной группе наблюдались разнообразные изменения микрофлоры, широкий спектр выделенных условно-патогенных микроорганизмов. Чаще всего в диагностически значимом количестве встречались такие культуры, как *Citrobacter amalonaticus* — 396 культур (18,8%), *Klebsiella mobilis* — 315 культур (15,0%), *Citrobacter diversus* — 264 культуры (12,6%), *Enterobacter cloacae* — 255 культур (12,1%), *Citrobacter freundii* — 216 культур (10,3%). Несколько реже выделялись *Enterobacter agglomerans* — 162 культуры (7,7%), *Proteus vulgaris* — 123 культуры (5,9%), *Klebsiella pneumonia* — в 54 случаях (2,6%), *Candida spp* — 129 (6,1%), неферментирующие бактерии — 96 культур (4,8%), *S. aureus* — 90 (4,3%).

При исследовании материала от детей нарушения в аэробной и факультативно-анаэробной части микрофлоры были выявлены в 1242 случаях (94%). У детей от рождения до года среди выделенных условно-патогенных микроорганизмов преобладали: *S. aureus* — 534 штамма (40,4%), *Enterobacter gergoviae* — 228 (17,7%), *Enterobacter cloacae* — 176 культур (13,3%), *Staphylococcus spp* (коагулазоотрицательные стафилококки) — 139 штаммов (10,5%), *Klebsiella pneumonia* — 120 культур (9,1%). Из реже встречаемых: *Proteus spp* — в 50 случаях (3,8%), *M. morganii* — 33 (2,5%), *Candida spp* — в 20 случаях (1,5%), *Pseudomonas aeruginosa* — 10 культур (0,7%).

Отличающиеся показания снижения облигатной анаэробной микрофлоры (бифидобактерии, лактобактерии), превалирование выделения *S. aureus* у детей в возрасте до года отражают, на наш взгляд, различия в этнологии дисбиотических состояний у детей и взрослых. Если у взрослых дисбактериоз — это, как правило, одно из проявлений какого-либо вида соматической патологии, то у детей причиной дисбактериоза являются несколько иные факторы, а именно — нарушения процесса формирования собственной микрофлоры. При этом основой микробиоценоза кишечника становится микрофлора родителей или других близких, микрофлора кожи и слизистых. У детей к году завершается этот процесс, происходит переход на другой тип питания (плотная пища), и изменения в микробиоте соответствуют таковым у взрослых.

В заключение отметим рациональность обследования на дисбактериоз детей до года одновременно с обследованием родителей для выявления источника формирования нетипичного микробиоценоза кишечника у детей. В случае обнаружения *S. aureus* у детей, находящихся на грудном вскармливании, желательно исследовать материнское молоко. Как показывает наша практика, одновременное выделение стафилококков встречается достаточно часто. При обнаружении энтеропатогенных бактерий следует провести обследование членов семьи на носительство этих микроорганизмов.

ХЕЛПИЛ-тест

ООО "СИНТАНА СМ"

ОГРН 1027804896503



● ● ● ● ●

Что такое ХЕЛПИЛ-тест?

ХЕЛПИЛ-тест - это экспресс-тест, предназначенный для определения наличия *Helicobacter pylori* по уреазной активности биологического материала, в качестве которого может быть использован биопатат тела желудка, биопатат луковицы двенадцатиперстной кишки или биопатат антрального отдела желудка.

Как работает ХЕЛПИЛ-тест?

ХЕЛПИЛ-тест работает по принципу определения уреазной активности бактерии *Helicobacter pylori*. Из всех бактерий, вырабатывающих фермент уреазу, НР обладает такой активностью, которая способна быстро изменить окраску индикаторного диска.

Как купить ХЕЛПИЛ-тест?

Купить **ХЕЛПИЛ-тест** Вы можете прямо на нашем сайте, здесь и сейчас, выбрав наиболее удобный для Вас способ. Текущие цены на продукцию приведены ниже:



Заказать продукцию можно:

- Через наш [интернет-магазин](#)
- По телефону (812) 663-66-81

Доставка по С.-Пб осуществляется курьером, доставка по России - почтой (бандероль).

Платежные реквизиты ООО "Синтана СМ" (ИНН 7810155816, КПП 781001001):

- Расчетный счет: 40702810755100141860. Северо-Западный банк ОАО "Сбербанк России", город Санкт-Петербурга
- Корр.счет: 301018105000000000653
- БИК: 044030653

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 интеллектуального, производящего в автоматическом режиме интерпретацию 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 оптимальной функциональной насыщенности приборов и гибкой ценовой политике предприятия при работе с потребителями.



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@axicon.udmlink.ru**

Бюро гарантийного обслуживания

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

ТМ «Иволга»

— это комфорт, надёжность, защита

Мы предлагаем:

одноразовые:
одежду для врача и пациента •
операционное и постельное белье •
инструменты •

С использованием инновационного материала



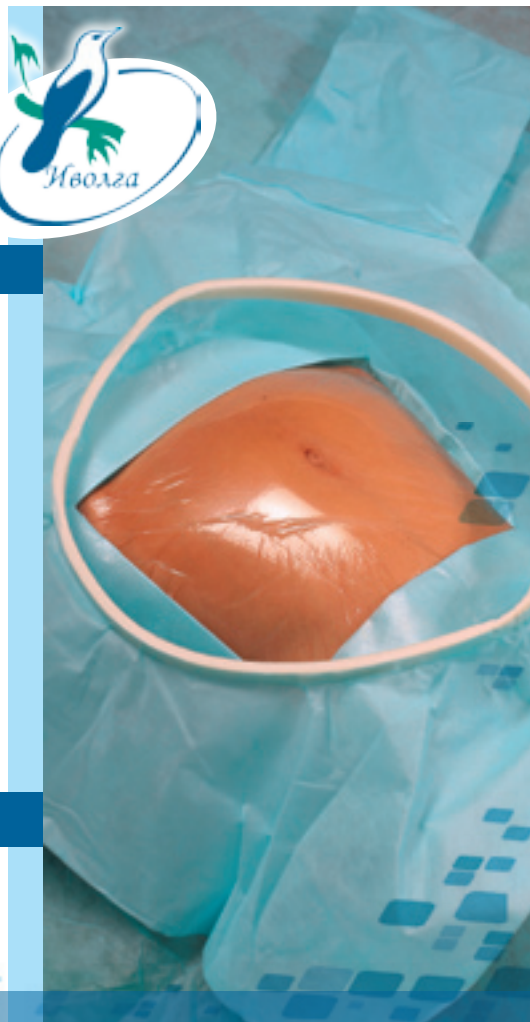
многослойный материал •
с высокими барьерными свойствами; •
применяется в одноразовых •
комплектах для хирургии, урологии, •
гинекологии и акушерства

Подробную информацию можно получить в наших филиалах:

г. Краснодар, ул. Бородинская, 150/11
тел. (861) 266-57-86, e-mail: krasnodar-market@gexa.ru
г. Ростов-на-Дону, ул. Доватора, 158/5, тел. (863) 223-05-66
г. Волгоград, тел. 8-906-403-2003
г. Астрахань, ул. Рыбинская, 11, тел. (8512) 20-10-66



www.ivolga.gexa.ru



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

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

Прибор создавался специально для оснащения автомобилей скорой медицинской помощи класса «С» (реанимобилей) 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 «3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого» 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

Технические характеристики		Каналы кардиостимуляции		
		Наружная кардиостимуляция (ЭКСН)	Эндокардиальная кардиостимуляция (ЭНДО)	Чреспищеводная кардиостимуляция (ЧПЭС)
Установка частоты, имп./мин	Режим фиксированный по требованию	От 40 до 180	От 40 до 180	От 40 до 180
	Режим сверхстимуляции	От 40 до 250	От 40 до 900	От 40 до 900
Установка длительности импульсов, мс		От 20 до 40	0,5; 1	5; 10
Установка тока в импульсе, мА		От 10 до 180	От 4 до 20 с шагом 2 мА	От 4 до 50 с шагом 2 мА
Разрешенный диапазон нагрузок, Ом		100—500	400—600	700—1300

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 трансспортировки 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 Б. Т. Карпалов; заведующий кардиологическим отделением для больных с инфарктом миокарда филиала №2 Б. В. 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 SpO₂: диапазон показаний SpO₂ в пределах 0—100%; диапазон измерения SpO₂ в пределах 60—100% с абсолютной погрешностью $\pm 3\%$;
- каналы кардиостимуляции.

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 дефибриллятор-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, ул. 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.axion.ru

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

СтройРеанимация
группа компаний ТРОЛЛЬ



Строим настоящее. Проектируем будущее

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 холдинга разрабатывают и производят современное медицинское оборудование и расходные материалы 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 в составе холдинга является компания «СтройРеанимация», которая 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».

Проектирование и строительство систем «чистых помещений» от компании «СтройРеанимация»

Определяющим отличием «чистого помещения» от обычного является высокая степень класса чистоты, которая обеспечивается созданием системы поддержания заданного количества микрочастиц внешней среды в воздухе (пыль, микроорганизмы, аэрозольные частицы и прочее), а также рядом мероприятий, позволяющих минимизировать их поступление, формирование и накопление в помещении.

Компания «СтройРеанимация» реализует гибкий подход при подборе оборудования и материалов и предлагает своим клиентам 3 варианта решения оснащения и организации систем «чистых помещений» в соответствии с лимитами финансирования заказчика (пакеты «Базовый», «Оптимальный» и «Премиум»). Каждое из решений включает полный набор проектных работ и предложений по оснащению оборудованием в соответствии с пожеланиями и возможностями заказчика. Предложения составлены по принципу взаимозаменяемости



оборудования разных производителей, предусмотрен выбор отделочных материалов и т. д. Все решения и предлагаемые варианты оборудования (независимо от стоимости) соответствуют требованиям пожарной и санитарно-эпидемиологической безопасности.

За 10 лет специалистами компании «СтройРеанимация» (ГК «Тролль») накоплен большой опыт в проектировании, строительстве и оснащении систем чистых помещений. Компания осуществляет полный цикл работ по созданию модулей «чистых помещений» с учетом любых особенностей объекта, требований заказчика, в соответствии с нормативной и регулирующей документацией.

Компания «СтройРеанимация» осуществляет:

- предпроектную подготовку и инженерные изыскания (обследование существующих помещений, анализ требований к новому помещению и оборудованию, сбор необходимых исходных данных на основе обмеров и консультаций с работающим персоналом);
- разработку технологической и инженерной частей проекта помещений в соответствии с их профилем и назначением, отвечающего требованиям нормативной документации;
- оформление и согласование с заказчиком пакета проектно-сметной документации;



- определение объема и набора спецификаций оборудования и поставщиков на основе рабочей стадии проекта, закупку, изготовление необходимого оборудования и элементов систем;
- строительно-монтажные и пуско-наладочные работы;
- аттестацию и проведение испытаний на предмет соответствия комплекса «чистых помещений» нормативным документам;
- обучение персонала и техническое обслуживание сданного объекта с последующей модернизацией.

Компания «СтройРеанимация» — эксклюзивный представитель фирмы Block (Чехия).

Компания Block работает на рынке Европы и России уже более 20 лет. Главное направление деятельности — комплексные услуги по проектированию, производству, реализации и сервису инновационных комплексов со сложнейшими технологиями и высоким качеством среды («чистые помещения»). Продукция компании — это материалы и оборудование для создания модулей «чистых помещений».

Высокие требования к качеству, чистоте воздушной среды и стерильности медицинских учреждений являются важнейшим фактором в обеспечении эффективной и безопасной работы объектов здравоохранения, фармацевтического и высокоточного производства. В общей сложности компанией «СтройРеанимация» и ее дилерами были построены, реконструированы и оснащены медицинским оборудованием свыше 2000 больниц и стационаров.

Оборудование для анестезиологии и реанимации

Предприятия, входящие в состав холдинга, производят широкий спектр современного медицинского оборудования, соответствующего всем техническим, санитарным и гигиеническим требованиям.

- **Газораспределительное оборудование:** клапанные системы, медицинские консоли, поэтажные коробки, эжекторы для сброса наркотических газов.
- **Источники медицинских газов:** вакуумные станции, баллонные рампы, компрессорные станции, кислородные станции на основе газификаторов холодных криогенных.
- **Оборудование для кислородотерапии:** увлажнители дыхательных смесей, увлажнители кислорода с системой подогрева и без, устройства для безопасной ИВЛ по системе Айра, кислородные палатки, дополнительное оборудование.



- **Оборудование для аспирации:** регуляторы вакуума, эжекционные отсосы, емкости для сбора жидкостей с комплектами корзин и штативами, дренажные трубки.
- **Медицинское электрооборудование:** палатные сигнализации, электрощитки, устройства аварийного падения давления медицинских газов и вакуума.
- **Оборудование для анестезии и реанимации:** аппарат ингаляционного наркоза АИН-1 Полиаркон-12 (тип 1), анестезиологический комплекс АК-1 Полиаркон-15, монитор газоанализа МГ-01, монитор глубины анестезии МГА «Ласка», неонатальный фототерапевтический облучатель ОФН-40.
- **Аквадистилляторы:** ДЭ-04, ДЭ-10, ДЭ-25.
- **Дополнительное оборудование и расходные материалы:** многоразовые силиконовые дыхательные контуры для любой наркозно-дыхательной техники, дренажные трубки, смесители кислородно-воздушной смеси, ротаметры, емкости увлажняющие (банки), крепежные рельсы для размещения навесного оборудования.

Современные решения для врача и пациента

Десятилетия на рынке медицинских услуг дали возможность предприятиям холдинга накопить ценный опыт работы. Группа компаний строит свою деятельность на индивидуальном подходе к каждому клиенту, предлагая нестандартные решения как для крупных медицинских центров, так и для небольших районных больниц. Предприятия группы компаний постоянно совершенствуют продукцию и расширяют ассортимент оборудования и услуг, поэтому имеют возможность предложить своим клиентам лучшее.

Специалисты компании «СтройРеанимация» готовы дать любые необходимые консультации и предоставить полную техническую информацию. Подробный ассортимент и описание продукции предприятий холдинга на сайте www.trollcompany.ru

Головной офис:
Управляющая Компания «СтройРеанимация»
Санкт-Петербург, ул. Швецова, д. 41
тел. +7 (812) **449-97-17**, факс +7 (812) **449-19-11**
e-mail: info@trollcompany.ru

Представительство по Москве и Московской области:
«ТРОЛЬ-Медицина»
Москва, ул. Ярославская, д. 8, к. 3, оф. 314
тел. +7 (495) **662-34-81**, факс +7 (495) **662-34-01**
e-mail: trollmed@trollcompany.ru



НАШИ ПОСТОЯННЫЕ ПАРТНЕРЫ:

1. МБУЗ «Детская городская больница №2 города Ростова-на-Дону», г. Ростов-на-Дону (гл. врач — Пятницкая С. А.)
2. ФГУ «1602 Окружной военный клинический госпиталь Северо-Кавказского военного округа» Министерства обороны Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону (начальник — Крайнюков П. Е.)
3. МБУЗ «Городская поликлиника №1», г. Таганрог (гл. врач — Пятко И. Ф.)

ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

- Полное техническое обслуживание медицинской техники и приборов мировых производителей.
- Поставка комплектующих для российского и импортного медицинского оборудования.
- Ввод в эксплуатацию медицинской техники

Коллектив компании состоит из профессионалов, которые имеют высшее техническое образование и стаж работы по специальности. Наши специалисты прошли обучение, повысив свою квалификацию в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Московский государственный технический университет им. Баумана».

4. МБУЗ «Детская городская больница», г. Таганрог (гл. врач — Кувиков В. Ф.)
5. ООО Лечебно-диагностический центр «Нейрон», г. Таганрог (директор — Крамаренко Г. Г.)
6. МБУЗ «Родильный дом», г. Таганрог (гл. врач — Бесараб Т. В.)
7. МБУЗ «Патологоанатомическое бюро», г. Таганрог (гл. врач — Дыгало И. И.)
8. ООО «Служ Сервис», г. Таганрог (директор — Лаптева Н. Н.)

ООО «ТАГАНРОГМЕДСЕРВИС»

347900, Ростовская обл., г. Таганрог, ул. Чехова, 318а

ИНН 6154568980, КПП 615401001, ОГРН 1116154000291

Телефон/факс: **8 (8634) 387-333**

e-mail: Taganrogmedservis@mail.ru

Лиц. №ФС-98-08-001428 от 20 сентября 2011 г.

Тактика лечения при медиальных переломах шейки бедренной кости у лиц старших возрастных групп

В. А. Зиновченков; А. В. Глухов, к.м.н., зав. отделением; С. В. Басов, к.м.н.; А. С. Никитин;
Травматолого-ортопедическое отделение ГБУ РО «РОКБ», г. Ростов-на-Дону

Переломы шейки бедренной кости достаточно распространены во всех европейских странах и представляют серьезную медицинскую проблему. По данным авторов, занимающихся этой проблемой, количество больных с переломами шейки бедренной кости связано с возрастными изменениями костных структур пациентов и представляет собой серьезную гериатрическую проблему, требующую особого подхода к лечению [2, 3, 5, 7, 8, 11]. В последние десятилетия разработаны высокоэффективные приборы для костно-денситометрических исследований, позволяющих количественно оценить костные потери и диагностировать их на ранних стадиях остеопороза — доклинической стадии остеопении. Эти состояния требуют активного лечения и мониторинга. Но повышение частоты переломов бедра с возрастом не может быть объяснено только снижением костной массы и генными вариациями. Снижение мышечной силы, координации движений, неспособность при падении в полной мере применить защитные рефлекторные приемы, амортизирующие удар, несомненно, ведут к повышению частоты травм, что в комбинации и определяет повышенный риск возрастных переломов [13].

С переломами шейки бедра связаны большие показатели смертности, инвалидности и медицинской стоимости лечения, чем при других переломах конечностей [3, 10, 11, 15]. Высокая летальность при консервативном лечении переломов шейки бедра (35,5%) обусловлена обездвиживанием больных, способствующим развитию гипостатических, тромбоэмболических, ортостатических и других осложнений (Городниченко А. И., Николаев А. П., 2003). Следует отметить преобладание переломов шейки бедренной кости у женщин — в 2—3 раза чаще, чем у мужчин, а в возрасте старше 60 лет это превышение становится уже 3—4-кратным [9, 12].

Изначальный выбор хирурга стоит между консервативным и хирургическим методами лечения. Но не следует

забывать, что высокая летальность при консервативном лечении (в первый месяц после травмы превышающая в 15 раз статистические показатели для населения данной возрастной группы, в 7 раз — на протяжении второго месяца) сохраняется на протяжении всего первого года, ее уровень составляет от 40 до 80%, что является основным критерием для расширения показаний оперативно-го лечения [10]. И соответственно, в настоящее время консервативное лечение рассматривается как вариант выбора в случае отказа от оперативного лечения по медицинским показаниям при преобладании рисков, связанных с хирургическим лечением, либо в случае отказа пациента от операции по причинам, не связанным с рисками планируемого вмешательства. И основная задача консервативного лечения — не консолидация перелома, а наиболее скорейшая активизация пациента.

Говоря о хирургических вариантах лечения, следует остановиться на вариантах остеосинтеза и первичном эндопротезировании.

Выбирая тактику остеосинтеза, не следует забывать, что остеосинтез шейных переломов у таких пациентов зачастую оказывается малоэффективным. Причинами несросшихся переломов и ложных суставов шейки бедренной кости являются, прежде всего, несвоевременная диагностика перелома, отказ от своевременного оперативного лечения, попытки консервативного ведения больных с данной травмой при общем состоянии больного, позволяющем выполнить операцию. Несращения могут быть также связаны с тяжелыми сопутствующими заболеваниями [6]. Неудовлетворительные результаты оперативного лечения даже при технически правильно выполненной операции составляют до 40% из-за вторичной дислокации отломков от преждевременной нагрузки, асептического некроза головки бедра и выраженного деформирующего остеоартроза тазобедренного сустава [4, 9, 11]. Несращение медиального перелома шейки бедра

обусловлено также тяжелыми расстройствами кровообращения головки и шейки бедра. И даже применение современных средств внутренней фиксации, таких как различные модификации проксимальных бедренных штифтов с блокированием, при переломах шейки бедра не всегда обеспечивает сращение и может приводить к формированию ложных суставов и развитию асептических некрозов головки бедренной кости. Зачастую только первичное эндопротезирование у пожилых пациентов позволяет начинать раннюю активизацию больных, что является важным мероприятием для предотвращения вторичных осложнений [1, 14].

Но эндопротезирование — это сложное оперативное вмешательство, требующее правильного подхода, совершенной техники и несущее возможность проявления ряда грозных послеоперационных осложнений. В связи с тем, что достаточно часто пациенты данной группы проходят лечение в отделении травматологии и ортопедии ГБУ РО «РОКБ» (Ростовская областная клиническая больница), в настоящий момент мы можем говорить о выработанной схеме ведения пациентов с медиальными переломами шейки бедренной кости, включающей в себя как предоперационное обследование, ведение и подготовку пациента, так и адекватную послеоперационную реабилитацию.

При лечении больных старше 65 лет с медиальными переломами бедра в травматологическом отделении ГБУ РО «РОКБ» с 2007 по 2012 год мы, располагая опытом лечения 317 пациентов с данной патологией, считаем операцией выбора однополюсное или тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Больным, поступающим в травматологическое отделение областной больницы из городов и районов Ростовской области (РО), в соответствии с методическими рекомендациями травматологов ГБУ РО «РОКБ» экстренно в ЛПУ РО проводятся флюорография или рентгенография легких, ЭКГ или УЗИ сердца и сосудов нижних конечностей, органов живота и забрюшинного пространства. В момент госпитализации в ОКБ врачами составляется план обследования и лечения больных в соответствии с выявленной патологией. Причем во главе предоперационной подготовки ставится задача на проведение опережающей медикаментозной терапии хронического заболевания даже при отсутствии клинических проявлений декомпенсации. Длительность обследования и предоперационной подготовки в зависимости от тяжести сопутствующей патологии составляла от 3 до 12 койко-дней, но в течение этого периода выполнялось и предоперационное лечение сопутствующей патологии. В предоперационную подготовку входят: кардиомониторинг, катетеризация центральной вены, контроль ЦВД, инфузионная терапия кристаллоидами и коллоидами с целью восполнения дефицита ОЦК, коррекция водно-электролитных нарушений, кардиотоническая терапия.

Учитывая пожилую и старческий возраст больных, акцентируем внимание на преимущественно регионарной анестезии (спинномозговая анестезия — СМА, эпидуральная анестезия — ЭДА), которая позволяет сохранить спонтанное адекватное дыхание больного во время операции, стабильную гемодинамику с относительной артериальной гипотензией и снижение интраоперационной кровопотери в среднем на 20—40%; выполнялась у 241 пациента (76%).

В послеоперационном периоде все пациенты находились от 1 до 3 суток в условиях реанимационного отделения, где проводилась коррекция всех жизненных показателей. Всем пациентам в послеоперационном периоде обязательно проводили предупреждение тромбоэмболических осложнений согласно отраслевому стандарту (ОСТ 91500.11.0007—2003).

Говоря о видах эндопротезов, использовавшихся у пациентов с данной патологией, следует отметить четыре основных вида протезов:

- *однополюсные эндопротезы (протез Moore в модификации ЦИТО);*
- *эндопротезы с биполярной головкой;*
- *эндопротезы с монополярной головкой (гемиопротез);*
- *тотальные эндопротезы.*

У больных преклонного возраста с переломами шейки бедра, физически ослабленных, которым необходимо выполнить более щадящую операцию, обычно выполняют замещение только шейки и головки бедренной кости, сохраняя вертлужную впадину. Это уменьшает время оперативного вмешательства, сокращает кровопотерю и улучшает переносимость операции. При этом могут использоваться однополюсные (униполярные) эндопротезы, головка которых непосредственно контактирует с поверхностью хряща суставной впадины. Это самая щадящая операция, ее выполняют пожилым пациентам в наиболее тяжелом состоянии. Недостатком этого метода является то, что непосредственный контакт головки с эндопротезом приводит к достаточно быстрому изнашиванию суставного хряща и, как следствие, возникновению вопроса о возможности ревизионного протезирования.

Уменьшить износ вертлужной впадины можно за счет уменьшения трения между хрящем и головкой эндопротеза. Для этого головка делается в виде двух полусфер, вложенных одна в другую (двойная головка), при этом движения в таком суставе происходят между полусферами головки, что позволяет уменьшить износ и разрушение суставного хряща. Такие эндопротезы называют биполярными.

Гемиопротезы относятся к одному из вариантов монопротеза. Биполярные и монополярные эндопротезы тазобедренного сустава применяются у пожилых ослабленных пациентов с переломами шейки бедра и высоким риском осложнений, при такой модели эндопротезирование чашки не производится, то есть чашка эндопротеза не устанавливается, и головка эндопротеза скользит по хрящу вертлужной впадины. Более стойки к срокам эксплуатации тотальные эндопротезы, но и соответственно стоимость такого протеза значительно выше, чем у гемиопротеза. Тотальный эндопротез — ортопедическая конструкция, заменяющая как бедренную, так и тазовую часть тазобедренного сустава. Выбор между цементным и бесцементным тотальным протезом осуществляется с учетом изменения костной ткани пациента.

Не следует забывать, что у этих пациентов, как правило, отягощенных множественной сопутствующей соматической патологией, нередко на первый план выходит не выбор оптимальной конструкции искусственного сустава, а необходимость скорейшей активизации по-

страдавшего с целью профилактики гипостатических осложнений.

За последние шесть лет нами прооперировано 317 больных с медиальными переломами шейки бедра (мужчин — 25%, женщин — 75%), которым выполнялось однополюсное или тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, из них в возрасте 65—70 лет — 30% больных, 71—75 лет — 27,5%, 76—80 лет — 27,5%, 81—85 лет — 7,5%, и 2,5% пациентов, возраст которых превышал 85 лет. У наших пациентов в 88,3% случаев имели место заболевания ССС (ИБС, стенокардия, гипертоническая болезнь, нарушения ритма сердца и т. д.), в 14,2% — заболевания органов дыхания, в 10,3% — заболевания мочевыделительной системы, в 9,0% — печени, в 11,6% случаев впервые выявлен сахарный диабет.

В большинстве случаев мы использовали передне-наружный доступ к тазобедренному суставу с применением электрокоагуляции для минимизации интраоперационной кровопотери. По нашим данным, интраоперационная кровопотеря суммарно составила 200 мл и по дренажам 100—150 мл. Важнейшим фактором в развитии рисков оперативного вмешательства мы считаем время, затраченное на выполнение операции эндопротезирования тазобедренного сустава. Поэтому операционная бригада формируется из трех человек, которые хорошо знают ход операции и имеют большой опыт совместной работы на тазобедренном суставе, что позволяет выполнять эти хирургические вмешательства за 40—50 минут.

В 56 случаях операции проводились в ЦРБ РО выездными бригадами по линии «санитарной авиации». Учитывая возрастные изменения, риск развития пред-, интра- и послеоперационных осложнений, при поступлении в ЦРБ пациенту проводилось комплексное обследование. Затем травматологами ГБУ РО «РОКБ» выполнялось эндопротезирование в условиях районной больницы, использовались стандартные и малоинвазивные доступы на фоне регионарной или общей анестезии. Операции выполнялись в травматологических и хирургических отделениях ЦРБ, где имеются реанимационные отделения. Применение тактики «выездной бригады» позволило, не снижая качества оказания квалифицированной высокотехнологичной помощи, снизить сроки предоперационного койко-дня для пациентов РО, сократить сроки реабилитации и снизить процент осложнений и летальности у данной категории пациентов, не используя дорогостоящую койку областной больницы.

Из 317 больных, которым выполнялось эндопротезирование тазобедренного сустава по поводу медиального перелома шейки бедра, летальность составила 2,1%, из них дооперационная летальность — 1%, послеоперационная — 1,3%, интраоперационная — 0,3%.

Таким образом, в случаях перелома шейки бедренной кости у лиц старших возрастных групп операцией выбора является эндопротезирование тазобедренного сустава. Выбор типа имплантируемого протеза осуществляется лечащим врачом исходя из характера перелома, наличия сопутствующей патологии и стоимости эндопротеза. Целесообразно полноценное предоперационное обследование, а для сокращения сроков предоперационной подготовки — применение техники «выездных бригад».

Литература

1. Арболин А. Б. Однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава у лиц пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости в порядке экстренной помощи // Автореф. дисс.... к.м.н. — СПб, 1999.
2. Богданов А. Н. Особенности лечения пострадавших пожилого и старческого возраста с переломами шейки бедренной кости в условиях городского многопрофильного стационара скорой медицинской помощи // Автореф. дисс. ... к.м.н. — СПб, 2005.
3. Войтович А. В. Шестилетний опыт экстренного эндопротезирования. Актовая речь. — СПб: б/и, 1999. — 28 с.
4. Войтович А. В., Парфеев С. Г. и др. Лечение больных с переломами проксимальных отделов бедренной кости // Травматология и ортопедия. — 1996. — №3.
5. Гупта Гаурав. Комплексное лечение больных пожилого и старческого возраста с переломами шейки бедренной кости // Автореф. дисс. ... к.м.н. — СПб, 2004.
6. Гольназарова С. В., Мамаев В. И., Трифонова Е. Б. О некоторых особенностях метаболизма при стабильном остеосинтезе несращений костей на фоне остеопороза // Диагностика, профилактика и лечение остеопороза в ортопедии и травматологии. — СПб, 1999.
7. Каплан А. В. Основы травматологии пожилого возраста. — М, 1965.
8. Каплан А. В. Травматология пожилого возраста. — М: Медицина, 1977.
9. Иванов В. И. с соавт. Однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава у лиц пожилого и старческого возраста. — Ростов-на-Дону, 2003.
10. Корнилов Н. В. с соавт. Однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава у лиц пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела шейки бедренной кости в порядке экстренной помощи. — СПб, 2000.
11. Лирцман В. М., Зоря В. И., Гнетецкий С. Ф. Проблемы лечения шейки бедра на рубеже столетий // Вестник травматологии и ортопедии. — 1997. — №2.
12. Макаров М. А. Влияние структурных и геометрических параметров проксимального отдела бедренной кости на риск возникновения переломов шейки бедра при остеопорозе // Автореф. дисс. ... к.м.н. — М, 2000.
13. Крупко И. Л. Руководство по травматологии и ортопедии. Т. 1. — Л: Медицина, 1974.
14. Хамраев Ш. Ш., Хамраев А. Ш., Аллахам Н. Опыт эндопротезирования головки бедренной кости у пациентов старших возрастных групп. Травматология и ортопедия: современность и будущее / Материалы Международного конгресса. — М: Издательство РУДН, 2003. — С. 311—312.
15. Шубняков И. И. Остеосинтез переломов проксимального отдела бедренной кости в порядке экстренной помощи. — СПб, 1999.



**Лампа щелевая
ЛС-01-«ЗЕНИТ»**

С офтальмологическим столом и цифровой видеосистемой. Оптическая система Грену обеспечивает высококачественное стереоскопическое изображение при офтальмологических обследованиях.



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



**Комплект приборов
для вагиноскопии
КВ-01-«ЗЕНИТ»**

для диагностики и лечения в гинекологии детского и подросткового возраста. В составе комплекта зеркала гинекологические, тубусы с obturators, система осветительная «холодного света», набор луп.



**Эндопротез тазобедренного
сустава «ЗЕНИТ-ЭПРО»**

цементной, бесцементной и гибридной фиксации с комплектом инструментов. Используемые материалы: высоколегированный кобальто-хромово-молибденовый и титановый сплавы, сверхвысокомолекулярный полиэтилен Chirulen.

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



Игла уничтожается сразу после инъекции без снятия со шприца электротермическим способом за 3-5 сек. Исключаются ручные манипуляции с иглой, накопление игл и повторное их использование.

Уменьшается риск внутрибольничного инфицирования персонала и пациентов. Обеспечивается получение экологически чистого продукта утилизации. Безопасность эксплуатации за счет:

- игоприемника, полностью скрывающего иглу в корпусе прибора, исключая появление открытого искрения, сильного запаха;
- наличие вентилятора и сменного фильтра для очистки от примесей в процессе горения.

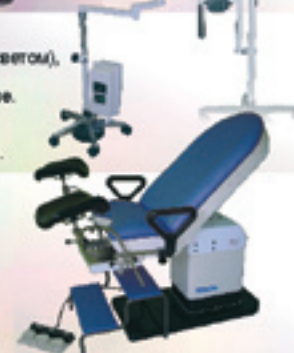
Лупы бинокулярные

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



Кольпоскопы напольные

бинокулярные ЮНБ-01-«ЗЕНИТ» (с холодным светом), ЮНБ-02-«ЗЕНИТ», ЮНБ-03-«ЗЕНИТ» для обследований в гинекологии и акушерстве. Стереоскопический эффект обеспечивает оптическая система Грену. Могут комплектоваться телефотоприставкой.



**Кресло медицинское
электромеханическое
КМ-01-«ЗЕНИТ»**

для кабинетов гинекологов, проктологов, урологов. КМ-01-«ЗЕНИТ» три электропривода; КМ-01-02-«ЗЕНИТ» два электропривода; КМ-01-01-«ЗЕНИТ» один электропривод.

E-mail: marketing@zenit-kmz.ru, www.zenit-foto.ru. Телефон/факс: (495) 562-83-16

ПРИГЛАШАЕМ РЕГИОНАЛЬНЫХ ДИЛЕРОВ



Запорно-регулирующая арматура для газовых магистралей от 250 атм до 6 атм для медицинских, лабораторных и технических газов



ЗАО ПО «Джет» • тел.: 3412 601-535
e-mail: medjet@svarkajet.ru • www.promjet.ru

ЛайфКор

Интернационал

Эксклюзивный представитель
компании AirSep (США)



МЕДИЦИНСКИЕ КИСЛОРОДНЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ



FREESTYLE

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



NEWLIFE

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



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 стерилизован.



MZ

завод любой производительности для любой больницы



Е-MAIL: LIFECORE@AHA.RU • WWW.LIFECORE.RU • 15 ЛЕТ НА РОССИЙСКОМ РЫНКЕ КИСЛОРОДНОГО ОБОРУДОВАНИЯ

ЛайфКор
Интернационал

Эксклюзивный представитель
компании AirSep (США)

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

Об организации онкологической помощи в Ростовской области

*Е. Э. Глумов, к.м.н., главный онколог МЗ РО, главный врач ГБУ РО «Онкодиспансер»;
П. Р. Гольдшмидт, заместитель главного врача по ОМР и ЛО; ГБУ РО «Онкодиспансер»,
г. Ростов-на-Дону*

Злокачественные новообразования являются одной из наиболее сложных медико-социальных проблем современного общества. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется около 9 млн новых случаев онкологических заболеваний. Специалистами Международного агентства по изучению рака (МАИР) к 2020 году прогнозируется увеличение заболеваемости злокачественными опухолями до 15 млн при одновременном возрастании смертности с 6 до 9 млн в год.

Ежегодно в Российской Федерации выявляется более 480 тыс. новых случаев злокачественных новообразований (ЗНО). При этом более 200 тыс. больных впервые признаются инвалидами от онкологических заболеваний (13,5% от общего числа инвалидов). ЗНО наносят обществу огромный социальный и экономический ущерб, величина которого только в России в 2010 году составила около 200 млрд рублей.

Государство уделяет постоянное внимание вопросам повышения эффективности функционирования онкологической службы страны. Правительством Российской Федерации в рамках федеральных целевых программ были утверждены две подпрограммы по онкологии: «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2003—2006 гг.)» (Постановление Правительства РФ от 13.11.2001 №790) подпрограмма «О мерах по развитию онкологической помощи населению Российской Федерации» и «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007—2011 годы)» (Постановление Правительства РФ от 10.05.2007 №280) подпрограмма «Онкология».

Минздравсоцразвития России выступило с инициативой разработки национальной онкологической программы по совершенствованию организации онкологической помощи населению, реализация которой началась с января 2009 года. В качестве основных задач программы определены:

- создание системы оказания онкологической помощи населению, ориентированной на раннее выявление онкологических заболеваний и оказание специализированного противоопухолевого лечения;
- проведение мероприятий по первичной профилактике онкологических заболеваний на основе диспансеризации трудоспособного населения по единому стандарту обследования с целью раннего выявления лиц из групп высокого риска;
- повышение онкологической настороженности врачей «первичного контакта» и осуществление диспансерного наблюдения за выявленными онкологическими больными;
- разработка и внедрение единых лечебно-диагностических стандартов специализированной медицинской помощи при онкологических заболеваниях;
- совершенствование методов диагностики, лечения, реабилитации (медицинской, социальной и психологической), включая коррекцию функциональных расстройств и анатомических дефектов;

- обеспечение телекоммуникационной связи с возможностью передачи изображений между головным региональным онкологическим диспансером, межрайонными региональными диспансерами и онкологическими кабинетами;
- развитие отечественного производства диагностического и лечебного оборудования, противоопухолевых лекарственных средств;
- подготовка и переподготовка специалистов, оказывающих диагностическую, профилактическую, лечебную и реабилитационную помощь больным со ЗНО;
- совершенствование материально-технической базы медицинских учреждений, оказывающих помощь больным со ЗНО;
- эпидемиологический мониторинг заболеваемости, смертности, распространенности и инвалидизации от ЗНО на основании действующего Национального онкологического регистра;
- организация и проведение информационно-просветительских программ для населения о факторах риска и первых признаках онкологических заболеваний с максимальным привлечением средств массовой информации.

Прогнозируется, что реализация государственных мероприятий в запланированном объеме позволит добиться в 2012 году снижения смертности от онкологических заболеваний на 4%, существенного повышения выявляемости их на ранней стадии, увеличения продолжительность жизни больных и улучшения ее качества, снижения частоты и тяжести инвалидизации.

С 2007 года, на два года раньше национальной программы, областным законом Ростовской области от 28.11.2006 №596-ЗС «Об областной целевой программе «Онкология» на 2007—2010 годы» была утверждена региональная программа. Областная целевая программа получила развитие в долгосрочной целевой программе «Модернизация здравоохранения Ростовской области на 2011—2012 годы», утвержденной постановлением Администрации Ростовской области от 24.03.2011 №148 и являющейся частью Долгосрочной целевой программы «Развитие здравоохранения Ростовской области на 2010—2013 годы». На обозначенные в ней мероприятия по борьбе с онкологическими заболеваниями из областного бюджета запланировано 249462500 руб.

В целях реализации программы «Модернизация здравоохранения Ростовской области на 2011—2012 годы» и во исполнение Приказа МЗиСР РФ от 21.02.2011 №145н «Об утверждении показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи» МЗ РО издан приказ от 25.04.2011 №592 «О методике оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием», позволяющий осуществлять текущий мониторинг деятельности медицинских работников и дифференцированно подходить к материальному стимулированию. Медработникам

Основные статистические показатели работы онкодиспансеров за 2011 год

	Заболеваемость (на 100 тыс.)	Смертность (на 100 тыс.)	Разрыв между заболеваемостью и смертностью	Одногодичная летальность
ГБУ РО «Онкодиспансер»	369,4	169,1	200,3	23,8
ГБУ РО «Онкодиспансер» в г. Таганроге	514,1	269,8	244,3	32,4
ГБУ РО «Онкодиспансер» в г. Волгодонске	363,3	180,0	183,3	24,7
ГБУ РО «Онкодиспансер» в г. Новочеркасске	293,2	162,3	130,9	20,9
ГБУ РО «Онкодиспансер» в г. Шахты	404,2	215,8	188,4	25,3
Ростовская область	357,1	185,1	172,0	25,2
РФ (показатели за 2010 г.)	364,2	204,4	159,8	28,6

Таблица 2

Основные статистические показатели по некоторым территориям (2011 год)

Территория	Выявляемость в 1–2 стадиях (%)	Общая запущенность (%)	Смертность (на 100 тыс. населения)
Среднее по РФ (показатели за 2010 г.)	47,8	30,1	204,4
Среднее по РО	50,9	29,0	185,1
Морозовский р-н	52,8	26,0	167,2
Аксайский р-н	56,9	23,9	168,7
Верхнедонской р-н	64,9	24,7	126,8
г. Каменск-Шахтинский	61,5	15,8	139,2

онкологического амбулаторного приема на 2011 год были осуществлены доплаты в объеме 8074000 руб.

Онкологические диспансеры участвуют в реализации программы модернизации здравоохранения Ростовской области, в которую помимо онкологии включены кардиология и неонатология. Программой для нужд онкослужбы запланировано 177340700 руб. на закупку 301 единицы медицинского оборудования. Благодаря средствам Программы поэтапно внедряются стандарты оказания специализированной онкологической медицинской помощи пациентам. С целью обеспечения стандартов помощи больным по полному тарифу в части медикаментов в 2011 году дополнительно было предусмотрено 98479300 руб., в 2012 году — 197377300 руб.

Государственная система онкологической помощи Российской Федерации включает в себя широкую сеть специализированных онкологических учреждений, обязательный учет и диспансеризацию онкологических больных, объединенных в систему Государственного ракового регистра, массовые профилактические осмотры населения, формирование групп риска, бесплатное обследование и лечение больных.

Специализированными онкологическими учреждениями считаются онкокабинеты, диспансерные отделения и онкоотделения в составе общелечебных ЛПУ, онкодиспансеры различного уровня и онкоинституты.

В Ростове-на-Дону в 1931 году был создан Научно-исследовательский онкологический институт, а в 1947 году — Городской онкологический диспансер (впоследствии — Онкологический диспансер Ростовской области). С 1962 г. по 2005 г. в Ростовской области были организованы еще четыре диспансера в городах: Новочеркасске, Шахты, Таганроге и Волгодонске, взявших на себя функцию межтерриториальных центров. К дис-

пансерам были присоединены онкологические отделения в городах: Азов, Сальск, Каменск-Шахтинский и Новошахтинск. Общий коечный фонд составляет 795, в том числе 170 радиологических коек и 45 — коек дневного стационара. Основные статистические показатели их работы приведены в таблицах 1 и 2.

Приказами, регламентирующими деятельность лечебно-профилактических учреждений по оказанию онкологической помощи населению, являются:

- Приказ МЗ РФ от 19.04.1999 №135 «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра»;
- Приказ МЗиСР РФ от 03.12.2009 №944н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях».

Приказом №135 были введены документы, регламентирующие регистрацию больных злокачественными новообразованиями при формировании Государственного ракового регистра. Приказом №944н определен порядок оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях.

Во исполнение приказа №944н Министерством здравоохранения Ростовской области был принят приказ от 25.03.2011 №380 «О совершенствовании оказания онкологической помощи населению Ростовской области», который утвердил распределение территорий между онкологическими диспансерами для осуществления организационно-методической работы, консультативной помощи и ведения канцер-регистра, перечень показаний для направления больных в онкологические диспансеры, контрольные индикаторы медицинской помощи больным онкологического профиля, форму анкеты онкоскрининга для мужчин и женщин.

Ряд положений приказа посвящены контролю качества оказания онкопомощи (формы отчетов, актов проверок, инструкции и приложения, охватывающие каждый этап, от обращения пациента до диспансерного наблюдения).

Остановимся подробнее на некоторых положениях приказа.

Онкоскрининг является основой раннего выявления онкологических заболеваний. Одна из эффективных и при этом низко затратных форм онкоскрининга — анкетирование. Изучив опыт проведения анкетирования в России, нами были предложены формы анкеты онкоскрининга для мужчин и для женщин.

Анкетированию подлежат мужчины и женщины старше 40 лет, не находящиеся на диспансерном наблюдении и не проходящие дополнительную диспансеризацию в рамках ПНП «Здоровье». Анкета заполняется средним медицинским работником на дому либо в медицинском учреждении, включая ФАПы. Как исключение возможно и самостоятельное заполнение. Анализ анкеты осуществляет участковый врач (врач общей практики). При выявлении в анкете данных, которые позволяют заподозрить онкопатологию, участковый врач (врач общей практики) вносит в анкету рекомендации по дополнительному обследованию и консультациям узких специалистов, а пациент направляется на соответствующее обследование. При выявлении в ходе обследования онкопатологии пациент направляется на прием к онкологу. За 8 месяцев 2011 года в Ростовской области в ходе анкетирования лиц старше 40 лет выявлено 206 случаев онкопатологии.

Впервые в масштабах области законодательно был закреплён перечень обязательных исследований онкомаркеров, с возложением ответственности на руководителей

органов управления здравоохранением за внедрение в работу клиничко-диагностических лабораторий данной группы исследований. Причем количество проведенных исследований входит, как один из показателей, в ежеквартальный отчет по раннему выявлению онкологических заболеваний.

По-новому организовано ведение областного канцер-регистра. Каждый из пяти диспансеров области формирует территориальный сегмент электронного канцер-регистра, объединяя свои данные с данными прикрепленных территорий, и несет ответственность за передачу информации, содержащейся в территориальных сегментах для интеграции и анализа в составе областного электронного канцер-регистра, формирующегося в Областном онкодиспансере.

Какие бы усилия ни прикладывала медицинская общественность, без государственных программ первичной профилактики онкозаболеваний говорить о снижении заболеваемости раком невозможно. И первый шаг в этом направлении — разработка единых стандартов диспансерного обследования трудоспособного населения, внедрение которых, благодаря закупленному по программе модернизации оборудованию, возможно в ближайшее время.

В заключение хотелось бы еще раз напомнить о том, что онкослужба — это многоуровневая система, что она начинается с ФАПа, смотрового кабинета, участкового врача, включает в себя диагностические центры, стационары и заканчивается специализированными онкоучреждениями. И от того, как взаимодействуют все звенья, зависят судьбы и жизни тысяч и тысяч больных, ждущих от врачей не только сострадания.

Некоторые вопросы экспертизы временной нетрудоспособности

С. С. Меметов; Л. Ю. Балека; Госпиталь ветеранов войн, г. Ростов-на-Дону

Вступление в силу Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» внесло существенные корректировки в экспертизу временной нетрудоспособности.

В частности, согласно части 2 статьи 59 вышеуказанного закона, экспертиза временной нетрудоспособности проводится лечащим врачом, который уполномочен выдавать гражданам листок нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно, а в случаях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, — фельдшером либо зубным врачом, которые единолично выдают листки нетрудоспособности на срок до 10 календарных дней включительно.

В соответствии с частью 3 статьи 59 вышеуказанного Закона, продление листка нетрудоспособности на больший срок, чем указано в части 2 данной статьи (но не более чем на 15 календарных дней единовременно), осуществляется по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации из числа врачей, прошедших обучение по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

Согласно же ранее действовавшим нормативным актам по экспертизе временной нетрудоспособности, лечащий врач единолично выдавал листок нетрудоспособности на срок до 30 календарных дней, а на больший срок листок нетрудоспособности продлевался по решению врачебной комиссии медицинской организации, также на срок до 30 календарных дней.

Таким образом, введение новых сроков при проведении экспертизы временной нетрудоспособности как минимум в два раза увеличило нагрузку как на лечащих врачей, так и на работу врачебной комиссии, что при загруженности амбулаторно-поликлинических учреждений и нехватке медицинского персонала не может положительно сказаться на качестве оказания медицинской помощи.

Кроме того, сокращение сроков продления листков нетрудоспособности негативно воспринимается и больными, особенно длительно болеющими, в частности после сложных травм и реконструктивных оперативных вмешательств, которые в течение длительного времени каждые 15 дней должны проходить врачебную комиссию.

Следует обратить внимание руководителей медицинских организаций на часть 3 статьи 59 Закона №323-ФЗ,

где указано, что врачебная комиссия назначается руководителем из числа врачей, прошедших обучение по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности. Следовательно, все члены врачебной комиссии должны быть обучены по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности.

Не менее важным является вопрос общей длительности временной нетрудоспособности. Определяющим моментом в этом случае как в соответствии с новым законодательством, так и в соответствии с ранее действовавшими нормативными документами, является прогноз течения заболевания.

На сегодняшний день, в соответствии с пунктом 4 статьи 59 вышеуказанного закона, при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее четырех месяцев с даты начала временной нетрудоспособности пациент направляется для прохождения медико-социальной экспертизы в целях оценки ограничения жизнедеятельности. Здесь следует отметить, что в данной статье оговорен максимальный срок временной нетрудоспособности в случае неблагоприятного прогноза — не позднее четырех месяцев, но это абсолютно не значит, что все пациенты с неблагоприятным прогнозом должны находиться на больничном листе четыре месяца. Указанный контингент лиц может быть направлен для прохождения медико-социальной экспертизы и в более ранние сроки (через 1—3 месяца) по решению врачебной комиссии в зависимости от тяжести течения заболевания, ограничения жизнедеятельности и необходимости осуществления мер социальной поддержки.

В данном случае следует руководствоваться совместным письмом Министерства труда и социального развития Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации и Фонда социального страхования Российской Федерации от 18.08.1999 №5608-А/9049-99-32/02—08/07—1960П (Бюллетень Министерства труда и социального развития, 1999 г., №11, с. 74), в котором указано, что при неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе работающие граждане, в том числе инвалиды, должны быть направлены на медико-социальную экспертизу в максимально короткие сроки, при этом лечащие врачи амбулаторно-клинических и больничных учреждений должны проводить с больными необходимую разъяснительную работу о цели проведения медико-социальной экспертизы и нуждаемости в длительном восстановительном лечении больного и, в связи с этим, в мерах социальной защиты.

Учреждения медико-социальной экспертизы не должны отказывать в освидетельствовании лицам, имеющим непродолжительный период временной нетрудоспособности (до 1—2 месяцев), если при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе у них имеются ограничения жизнедеятельности, вызывающие необходимость социальной защиты.

Освидетельствование в учреждениях медико-социальной экспертизы работающих граждан, в том числе инвалидов, направленных на медико-социальную экспертизу с листком нетрудоспособности, должно проводиться вне очереди, в максимально короткие сроки.

Что касается благоприятного клинического и трудового прогноза, то здесь произошли существенные изменения в сторону сокращения сроков временной нетрудоспособности.

В соответствии с ранее действовавшей нормативной базой, при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе допускалось продление листка нетрудоспособности на срок до 10 месяцев, а в отдельных случаях (состояния после травм и реконструктивных операций, а также при лечении туберкулеза) — до 12 месяцев.

В настоящее время, в соответствии с пунктом 4 статьи 59 Закона, при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе пациент либо выписывается к занятию трудовой деятельностью, либо направляется на медико-социальную экспертизу не позднее 10 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций и не позднее 12 месяцев при лечении туберкулеза.

Здесь следует отметить, что неизменной осталась продолжительность временной нетрудоспособности — 12 месяцев — для больных туберкулезом, что касается больных с последствием травм и реконструктивных хирургических вмешательств, то их продолжительность временной нетрудоспособности сократилась с 12 до 10 месяцев.

Кроме того, существенным недостатком данной статьи Закона является тот факт, что благоприятный клинический и трудовой прогноз распространяется только на последствия травм и реконструктивных оперативных вмешательств.

При временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше четырех месяцев, при любом другом заболевании, вне зависимости от прогноза лечащего врача, законодатель заранее предполагает неблагоприятный прогноз, и обязывает направлять пациента на медико-социальную экспертизу, что, на наш взгляд, не во всех случаях оправданно. Данный факт повлечет за собой дополнительную нагрузку на лечащего врача, врачебную комиссию медицинской организации, службу медико-социальной экспертизы и создаст определенные неудобства для самого пациента. Считаю необходимым распространение благоприятного клинического и трудового прогноза помимо травм и реконструктивных хирургических вмешательств и на другие состояния и заболевания, что позволит избежать необоснованных направлений пациентов на медико-социальную экспертизу и сократит нагрузку на лечащих врачей.

Таким образом, принятие нового федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» привело к увеличению нагрузки как на лечащего врача, так и на врачебную комиссию медицинского учреждения, а также к определенным неудобствам самих пациентов. Кроме того, сокращение сроков пребывания больных на больничном листе может привести к увеличению количества случаев необоснованного направления больных на медико-социальную экспертизу и, как следствие, к увеличению нагрузки как на лечащих врачей, врачебную комиссию медицинского учреждения, так и на службу медико-социальной экспертизы.

Инновационные технологии коммуникаций и автоматизированные медицинские системы управления

В. Н. Ерофеев, к.м.н., главный врач МБУЗ «Детская городская поликлиника №1 г. Ростова-на-Дону»; А. В. Евдокимов, к.т.н., начальник отдела разработки ПО ООО «Электронная медицина», г. Ростов-на-Дону

2 июля 2012 года можно по праву считать знаменательным днем в истории развития информационных технологий и автоматизированных систем в здравоохранении. На базе МБУЗ «Детская городская поликлиника №1 г. Ростова-на-Дону» успешно проведен эксперимент по внедрению видеоконференц-связи в автоматизированную систему управления медицинским учреждением.

Личная встреча не всегда возможна, электронная почта часто неспособна решить все проблемы, телефонные переговоры серьезно ограничены в возможностях и зачастую дорогостоящи. Нужны инструменты, способные оперативно и качественно решать подобные задачи.

Современные решения видеоконференц-связи (ВКС), обладающие функциональностью систем высокого класса и доступностью простого телефона, существенно расширяют возможности коммуникаций. Видеоконференцсвязь позволяет добавить к средствам передачи данных и голоса обмен визуальной информацией, то есть мы не только видим и слышим собеседника, но и демонстрируем ему компьютерные документы, бумажные копии или даже небольшие предметы.

При организации данного сервиса мы использовали аппаратное обеспечение, которым уже оборудованы все рабочие места, существующую локальную сеть и высокоскоростное интернет-соединение с удаленными филиалами, также оборудованными автоматизированными рабочими местами, локальными сетями и медиагарнитурой. Также использовалось бесплатное проприетарное программное обеспечение с закрытым кодом, обеспечивающее шифрованную голосовую связь и видеосвязь через Интернет между компьютерами (VoIP), используя технологии пиринговых сетей. Платные версии программного обеспечения значительно расширяют возможности системы: видеоконференции (до 5000 абонентов, включая инициатора), а также обеспечивает передачу текстовых сообщений (чат) и передачу файлов. Есть возможность вместо изображения с веб-камеры передавать изображение с экрана монитора.

Для обмена и совместной работы с документами мы использовали технологию облачного хранения данных, позволяющего сотрудникам хранить свои данные на серверах в облаке и делиться ими с другими пользователями в Интернете. Работа построена на синхронизации данных, что позволяет пользователю размещать файлы на удаленных серверах при помощи клиента или с использованием веб-

интерфейса через браузер. Хотя главный акцент технологии делается на синхронизации и обмене информацией, возможно ведение истории загрузок, чтобы после удаления файлов с сервера была возможность восстановить данные. Также ведется история изменения файлов, которая доступна на период последних 30 дней, кроме этого доступна функция бессрочной истории изменения файлов.

Нововведение позволило решить множество задач достижения высокого качества и доступности медицинской помощи. Стало возможным проводить планерные и экстренные совещания, заседания врачебных комиссий, консилиумы, совместную работу с медицинскими и отчетными документами, оптимизацию распределения лекарственных средств в рамках программы ДЛО и многое другое. При этом все заинтересованные специалисты могут находиться на значительном удалении, тем не менее не только видеть и слышать коллег, но и одновременно работать с историей болезни и другими документами, не тратя драгоценное время на поездки и многократный обмен откорректированными документами, а посвятить это время работе с пациентами.

Помимо этого, аппаратное и программное обеспечение регистратуры поликлиники, а также внедрение принципа «виртуальный дежурный администратор» позволили пациентам по всем возникающим вопросам, касающимся организации медицинской помощи, немедленно обращаться к дежурному администратору удаленно посредством видео- и голосовой связи, не отвлекая медицинского регистратора от его непосредственных обязанностей, что значительно сократило количество очередей, снизило частоту возникновения конфликтных ситуаций и оптимизировало маршрутизацию пациентов, а также рабочее время специалистов.

Развитие инноваций нашего учреждения берет начало в 2009 году, когда по инициативе начальника Управления здравоохранения г. Ростова-на-Дону Р. Х. Девликамова детская городская поликлиника №1 была избрана в качестве объекта для реализации пилотного проекта «Автоматизированные информационные медицинские системы». Дальновидность такого выбора подтверждается не только оптимизацией работы специалистов и положительной динамикой основных показателей деятельности учреждения, но и все возрастающим количеством благодарных пациентов, получающих качественную и доступную медицинскую помощь.

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

ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА
информационные технологии для медицинских учреждений



ЗАО «АТОМ-МЕД ЦЕНТР»

10 лет на рынке медицинских инертных газов



Модернизация отечественно-го здравоохранения и сокращение бюджетного финансирования ставит перед руководителями лечебных учреждений задачу поиска и внедрения новых эффективных, быстро окупаемых методов лечения, пользующихся спросом у пациентов. Одним из таких методов является **ксеноновая анестезия и ксеноновая терапия**.

Утвержден рекомендуемый стандарт оснащения отделения анестезиологии-реанимации наркозными аппаратами (полуоткрытый, полузакрытый и закрытый контуры) с дыхательным автоматом, с функцией минимального газотока и **анестезии ксеноном**, газовым и волюметрическим монитором и монитором концентрации ингаляционных анестетиков — **1 аппарат на три хирургических стола и рекомендуемый стандарт оснащения противошоковой палаты наркозным аппаратом ксенонотерапии — 1 аппарат на палату** (Приказ МЗиСР РФ от 13.04.2011 №315н «Об утверждении Порядка оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению»).

Ксенон официально разрешен к применению в России с 1999 года.

Медицинский ксенон торговой марки «МЕДКСЕНОН» внесен в реестр ЛС Приказом от 01.08.2007 №1833-Пр/07, рег. удостоверение №1833—07, ФСП-8163-06. Европейский стандарт качества и Сертификат GMP (получен 15.03.2011 г.).

Предприятие стало первым в мире среди производителей инертных газов, обладающих данным стандартом.

Ксеноновая анестезия

Ксенон близок к идеальному анестетику и является «золотым резервом» современной анестезиологии. Ксеноновая анестезия показана больным в тяжелых и крайне тяжелых состояниях, которым необходимо выполнение плановых или повторных хирургических операций с сопутствующими заболеваниями головного мозга, сердца, поливалентной аллергией, гнойными осложнениями. Ксеноновая анестезия позволяет поддерживать стабильную гемодинамику во время операции, обеспечивает



защиту головного мозга, сердца, легких и печени. Уменьшает количество интраоперационных и послеоперационных осложнений (энцефалопатий, психозов и др.). После применения ксеноновой анестезии у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями уменьшается количество послеоперационных осложнений. Это также позволяет снизить общую стоимость лечения. Современные аппараты для проведения наркоза позволяют сочетать ксенон и другие анестетики, уменьшая их побочное действие. Использование ксенонособерегающих технологий позволяет снизить стоимость лечения тяжелых больных до уровня современных стандартов.

Ксеноновая анестезия применяется в кардиохирургии, нейрохирургии, онкологии, офтальмологии, гнойной хирургии, гинекологии и акушерстве, урологии, детской хирургии (проведены клинические исследования).

Ксеноновая терапия (применяется с 1996 года)

Оснащение отделения физиотерапии или восстановительного лечения многопрофильной больницы позволит обеспечить лечение пациентов всех отделений передовой медицинской технологией. Опыт применения ксеноновой терапии в санаториях, поликлиниках и медицинских центрах как отдельного вида терапии или включение в антистрессовые, релаксационные, оздоровительные, кардиологические,

неврологические и геронтологические (антивозрастные) программы позволит усилить эффект, улучшить качество лечения, добиться увеличения длительности ремиссии у пациентов с хроническими заболеваниями.

Области применения ТЕРАПИИ «МЕДКСЕНОН»: анестезиология и интенсивная терапия, кардиология, неврология, стоматология, офтальмология, наркология и психиатрия, восстановительная медицина, спортивная медицина.

Медицинские технологии ФС №2010/123 от 02.04.2010 г. «Применение кислородо-ксеноновой смеси при боли и болевых синдромах» и ФС №227/2010 от 17.06.2010 г. «Метод коррекции острых и хронических стрессовых расстройств, основанный на ингаляции терапевтических доз медицинского ксенона» позволяют проводить ксенонотерапию врачам (фельдшерам, медицинским сестрам-анестезистам): физиотерапевтам, неврологам, стоматологам и врачам других специальностей, в том числе и анестезиологам.

Ксенон, как препарат III тысячелетия, эффективен при лечении стрессовых и депрессивных состояний, абстинентных синдромов, при снятии болей и болевых синдромов. Незаменим в реабилитационной и спортивной медицине, в фитнес-клубах и учреждениях санаторно-курортного лечения, в комплексной терапии при снятии симптомов хронической усталости, психоэмоционального и физического перенапряжения у людей активного образа жизни, представителей политических и финансовых структур, бизнеса, деятелей науки и культуры, спортсменов высокой квалификации, и др. Ближайшая перспектива его применения — спецподразделения МО, МВД, МЧС, скорой медицинской помощи.

Оборудование для применения

ПАИН «Ксин-«АВРОРА», «МАГи-АМЦ» в двух комплектациях и АКТ, изготавливаемые по технической документации ЗАО «АТОМ-МЕД ЦЕНТР».

**Тел. многоканальный: (495) 989-23-68
Факс: (499) 264-32-51 | www.medxenon.ru**

НПК «Альфа» — лучшая компания России 2012 года

Пресс-служба ООО НПК «Альфа», г. Ростов-на-Дону

Научно-производственная компания «Альфа» представлена на российском рынке дезинфицирующих средств уже более 10 лет. За этот период нами была разработана широкая линейка препаратов, отвечающих требованиям международных стандартов качества. В их список входят универсальные и специализированные концентрированные средства для дезинфекции и очистки, готовые к применению препараты в виде спрея, стерильные, серии для комплексной гигиены рук медицинского персонала.

При создании новых препаратов и модернизации уже производимых наши специалисты опираются на опыт зарубежных коллег, учитывают рекомендации и статистику ВОЗ. Многие дезинфицирующие и антисептические средства не имеют аналогов среди российских производителей.

Руководствуясь принципами ответственности за качество выпускаемой продукции, мы проводим постоянный контроль — от закупки химического сырья до производства готовой продукции и ее соответствия нормативам.

Сырьевая база включает в себя только тщательно отобранные и проверенные компоненты американских и европейских концернов, таких как BASF, Rhodia, Lonza, Akzo Nobel. Такое сырье отличается высокой чистотой, его физико-химические показатели и органолептика соответствуют мировым стандартам. В производстве комплекса средств для гигиенической обработки рук мы (единственные среди российских производителей) используем антимикробную добавку фармакопейного качества, которая характеризуется высоким биоцидным действием на патогенные микроорганизмы и в то же время низкой токсичностью для человека, и отсутствием аллергических реакций среди медицинского персонала. В настоящее время актуальным направлением является создание кремов для профессионального ухода и профилактики контактных дерматитов и нейродермитов кожных покровов.



Выпуск комплекса дезинфектантов для всех нужд ЛПУ — только одна сторона нашей работы. Немаловажную роль играет организация правильного применения всех препаратов в рамках каждого учреждения, с учетом их профиля и объектов дезинфекции. Для этого проводится

методологическая работа с эпидемиологами, медицинским персоналом ЛПУ, а также участие в выставках, съездах и конференциях на территории России.

Компания ООО НПК «Альфа» с успехом участвует в торгах, связанных с размещением заказов для нужд государственных и муниципальных медицинских учреждений, при этом прямые контракты с заводом-производителем позволяют лечебно-профилактическим учреждениям получать качественную продукцию по доступной цене.

Многолетняя успешная работа ООО НПК «Альфа», ее социальная и общественная ответственность перед потребителями приобрели широкое признание. За все время работы компания получила множество дипломов и грамот. Среди последних достижений хочется отметить награду лауреата премии «Лучшая компания России 2012 года», которая была вручена 22 июня в Москве в ГК «ПРЕЗИДЕНТ-ОТЕЛЬ» Управления делами Президента РФ.

Выражаем огромную благодарность всем ЛПУ юга России, которые на протяжении многих лет используют произведенные нами препараты и оказывают содействие в изобретении новых.





БЕЛГОРОДСКАЯ ТОРГОВО-ПРОМЫШЛЕННАЯ ПАЛАТА

» БЕЛЭКСПОЦЕНТР



31 октября - 2 ноября 2012



XV МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА

МЕДИЦИНА. ФАРМАЦИЯ

Тел. для справок: (4722) 58-29-40, 58-29-50, 58-29-65, 58-29-41

www.belexpocentr.ru; E-mail: belexpo@mail.ru

г. Белгород, ул. Победы, 147 А



2012 г.

17-19 октября

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

4-я межрегиональная
специализированная
выставка

Медицинские услуги;
здоровое питание,

ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ

33-я межрегиональная специализированная выставка

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Медицинское оборудование и инструмент; Медицинская одежда;
Фармацевтическая продукция; Расходные материалы и
медицинские изделия; Медицинская и лабораторная мебель;
Средства и оборудование для дезинфекции и стерилизации

ВОРОНЕЖСКИЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ФОРУМ

Организаторы:



Ветта
ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР

Департамент здравоохранения
Воронежской области

т./ф.: (473) 251-20-12,

т./ф.: (473) 277-48-36

e-mail: zdrav@veta.ru

Подробная информация
на www.veta.ru

Официальные партнеры:

Воронежская Государственная Медицинская
Академия им. Н.Н. Бурденко

Поддержка:

Администрация городского округа г. Воронеж





**Готовится к печати
очередной выпуск справочника**

«Донская медицина. Ростов и область» 2013/2014

В справочнике собрана информация практически обо всех государственных, муниципальных и частных медицинских учреждениях Ростовской области, в том числе фармацевтических компаниях, аптеках, санаториях, медицинских центрах, страховых компаниях, производителях и поставщиках медицинской техники, расходных материалов, медицинской мебели и т.д.

Характеристики:
формат А-5, бумага мелованная
и офсетная,
объем 150 страниц

Тираж:
5000 экземпляров

Распространение: Ростов и область. Розничная продажа (книжные магазины, книжные и журнальные склады, киоски), медицинские выставки, медицинские учреждения и предприятия медицинской направленности, поликлиники, министерство и управления здравоохранения.

Приглашаем к сотрудничеству рекламодателей

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

1-3 СОЧИ
НОЯБРЯ 2012

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ. СОЧИ-2012

EXROMED
XIII специализированная **ВЫСТАВКА**
медицинской техники, технологий и
фармпрепаратов **ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**ИННОВАЦИОННЫЕ
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. СОЧИ-2012**
III специализированная **ВЫСТАВКА-
СИМПОЗИУМ** по IT и телекоммуникациям

РЕАБИЛИТАЦИЯ, КУРОРТОЛОГИЯ И РЕКРЕАЦИЯ
XIII специализированная **ВЫСТАВКА** средств реабилитации и профилактики,
оздоровительных технологий и товаров здорового образа жизни

КОНФЕРЕНЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ВСЕХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

ИНФОРМАЦИОННЫЕ СПОНСОРЫ:

ОРГАНИЗАТОР: ВК «Сочи-Экспо ТПП г. Сочи»
 тел.: (862) 264-75-55, (495) 745-77-09, доб.105
m.pisarenko@sochi-expo.ru, www.sochi-expo.ru

Качество оборонных технологий на страже вашего здоровья

Извечная проблема — вирусные инфекции! Стоит заболеть одному человеку в семье, офисе или группе детского сада, как постепенно начинают заболевать многие другие из его окружения. Особенно грипп не щадит детей. Приходится оформлять длинный больничный, да и пропуски занятий в школе скажутся на успеваемости ребенка.

Как защитить себя и близких от вируса? Можно пить различные таблетки, БАДы, как для лечения, так и для предупреждения, ставить прививки и еще по-всякому истязать свой организм (например, чесноком).

А можно ли защитить себя как-нибудь по-другому? Оказывается, можно! Все знают, что такое ультрафиолетовое облучение (УФО). Именно лампы УФО стоят в больничных палатах, и каждый день их включают для обеззараживания помещений. Одна проблема — в присутствии людей данную процедуру раньше не проводили.

Облучатель — рециркулятор «КАМА», принцип действия которого очень прост, работает в помещении в присутствии людей в течение всего рабочего дня. Воздух забирается вентилятором из помещения, прогоняется через камеру с работающими безозоновыми бактерицидными лампами, которые в течение всего эксплуатационного срока работают без обра-

зования озона (O_3), опасного для здоровья людей даже в небольших количествах. Очищенный воздух подается обратно в помещение. УФ-излучение обладает значительным антимикробным действием на различные виды микроорганизмов, включая бактерии (стафилококки, туберкулезная, кишечная и дизентерийная палочки, сальмонелла) и вирусы (грипп, бактериофаг кишечной палочки). Технология обеззараживания абсолютно безопасна для человека, находящегося в помещении, благодаря отсутствию прямого воздействия УФ-лучей.

Сегодня многие предприятия имеют в своем арсенале облучатели «КАМА»: кабинеты стоматологии, лаборатории, парикмахерские, салоны красоты, сауны, залы по приему пищи.

Надо отметить, что стоимость бактерицидного облучателя невысока, и его покупку может позволить себе каждая семья. Поставьте бактерицидный облучатель «КАМА» в детской игровой комнате или классе, и дети будут болеть гораздо меньше. Облучатель «КАМА» также хорошо используется в быту, он эффективен для обеззараживания гаражей, овощных ям, после чего продукты хранятся лучше и дольше, избавляет от грибка на даче и в квартире.

Подробная информация на нашем сайте:
www.fkpppz.ru

Облучатели бактерицидные закрытого типа (рециркуляторы)
ОБНР 2Х8-01 "КАМА";
ОрБН 2Х15-01 "КАМА"

применяются для дезинфекции воздуха помещений больниц с I по V категории, а так же школ, детских садов, офисов, стоматологических кабинетов и т.д. в присутствии людей.

ОБЛУЧАТЕЛИ БАКТЕРИЦИДНЫЕ «КАМА»

ФАП "ПЕРМСКИЙ ПОРОШОКОВЫЙ ЗАВОД"
614113, г. Пермь, ул. Гальперина, 11
тел./факс: (342) 250-18-15, 250-17-76
e-mail: diakam@yandex.ru
www.fkpppz.ru

Аневризмы и другие скрытые аномалии церебральных сосудов как фактор повышенного риска у молодых лиц призывного возраста и военнослужащих

В.Н. Ефименко, д.м.н., профессор; П. Е. Крайнюков, к.м.н.; В. И. Хмелик; Ю. И. Сикорский; А. А. Князев; Филиал №2 ФБУ «1602 ОБКГ» МО РФ, г. Краснодар

Среди причин внезапной смерти у молодых лиц призывного возраста, военнослужащих и спортсменов первое место занимает патология сердца (гипертрофическая кардиомиопатия, фатальные нарушения сердечного ритма и др.). Однако в последнее время причинами тяжелых неврологических расстройств и даже смерти у молодых лиц стали называть аномалии церебральных сосудов [1, 2, 4]. Среди причин внутримозговых кровоизлияний в молодом возрасте одно из первых мест занимают аневризмы сосудов мозга. Реже могут встречаться артериовенозные мальформации (аневризмы), артериовенозное соустье и др. [1, 7]. Среди причин нарушений мозгового кровообращения по ишемическому типу у молодых могут быть и другие аномалии сосудов, такие как патологическая извитость пре- и церебральных сосудов, недоразвитие отдельных сосудов мозга (гипоплазия, аплазия), разорванный Виллизиев круг, диссекция сосуда и др. Роль некоторых из них среди причин острых нарушений мозгового кровообращения изучается.

Все, сказанное выше, в полной мере относится и к молодым лицам, поступающим на военную службу или в военные учебные заведения. В данной статье мы попытались отразить наиболее часто встречающиеся скрытые аномалии сосудов.

Артериальные аневризмы

Аневризмы артерий головного мозга представляют собой локальные выпячивания сосудистой стенки, часто имеющие вид мешочка, в связи с чем их называют мешотчатыми аневризмами. Наиболее типичные локализации аневризм (рис. 1): мозговая часть внутренней сонной артерии в месте отхождения от нее задней соединительной или глазной артерии, передние мозговые артерии на уровне расположения передней соединительной артерии, область бифуркации средней мозговой артерии, базилярная артерия в месте деления ее на задние мозговые. В 20% случаев аневризмы бывают множественными [1, 3]. Большинство аневризм сравнительно небольших размеров — до 1 см. Редко они достигают и больших размеров (2—3 см в диаметре и больше). Аневризмы, диаметр которых превышает 2,5 см, называют гигантскими. Изредка могут встречаться так называемые фузиформные (веретенообразные аневризмы), представляющие диффузное расширение значительного по протяженности сегмента артерии.

В основе возникновения аневризм лежит врожденная неполноценность стенки артерии. По мере развития возрастных изменений в стенке аневризмы возникают дистрофические изменения. Она начинает истончаться, аневризма увеличивается в размере. Результатом этих изменений может явиться разрыв аневризмы с развитием опасного для жизни больного интракраниального

кровоизлияния. Разрыв аневризмы в некоторых случаях происходит при значительной физической нагрузке, подъеме тяжести или в период полового акта и др. [6]. Часто аневризмы могут сочетаться с проявлениями дизгенезии соединительной ткани (синдромом Марфана, синдромом Элерса-Данлоса, недифференцированной соединительнотканной дисплазией) [5].

Клинические проявления. Существует несколько клинических вариантов течения артериальной аневризмы сосудов головного мозга [4].

А. «Большой разрыв» — классическое течение разрыва аневризмы. В 100% случаев сопровождается массивным субарахноидальным кровоизлиянием. Также возможны паренхиматозное кровоизлияние (20—40%), внутримозговое кровоизлияние (15—25%), субдуральная гематома (2—5%). Больной часто находится в крайне тяжелом состоянии. Это требует проведения интенсивной терапии уже на дооперационном этапе лечения. Больные в сознании часто сообщают о внезапной «пронзающей» головной боли («худшая головная боль в жизни»). Объективные признаки — менингеальный синдром, артериальная гипертензия, нарушения сознания вплоть до комы, кровоизлияния в глазное яблоко (преретинальное, ретинальное и кровоизлияние в стекловидное тело — синдром Терсона).

Б. Масс-эффект (напоминает картину опухоли мозга) — локальный неврологический дефицит за счет сдавления прилежащих структур (например, поражение III пары черепных нервов при аневризме задней соединительной артерии, выпадение полей зрения при параклиноидной аневризме и т. д.).

В. Малые неспецифические признаки — часто бывают предвестниками «большого разрыва», поэтому требуют внимания и определенной «подозрительности» со стороны врача, к которому пациент обратился с жалобами на головные боли, эпилептические припадки, транзиторные ишемические атаки. Особенно тщательно следует обследовать пациентов с упорной односторонней головной болью.

Г. Асимптоматическое течение: по мере развития нейровизуализирующих исследований и особенно внедрения неинвазивных методов ангиографии (МР-ангиография) увеличивается число людей с выявленными асимптомными аневризмами сосудов головного мозга. Часто эти скрытые аневризмы выявляют при исследовании по другому поводу.

Диагностика. Основной целью диагностики является выявление скрытых (асимптомных) аневризм на этапе первичного медицинского отбора или выявления их у лиц с малыми неспецифическими симптомами. Так как имеются указания на семейные случаи выявления аневризм [1, 6], целесообразно в анкету-опросник ввести вопрос о возможных аневризмах сосудов головного мозга

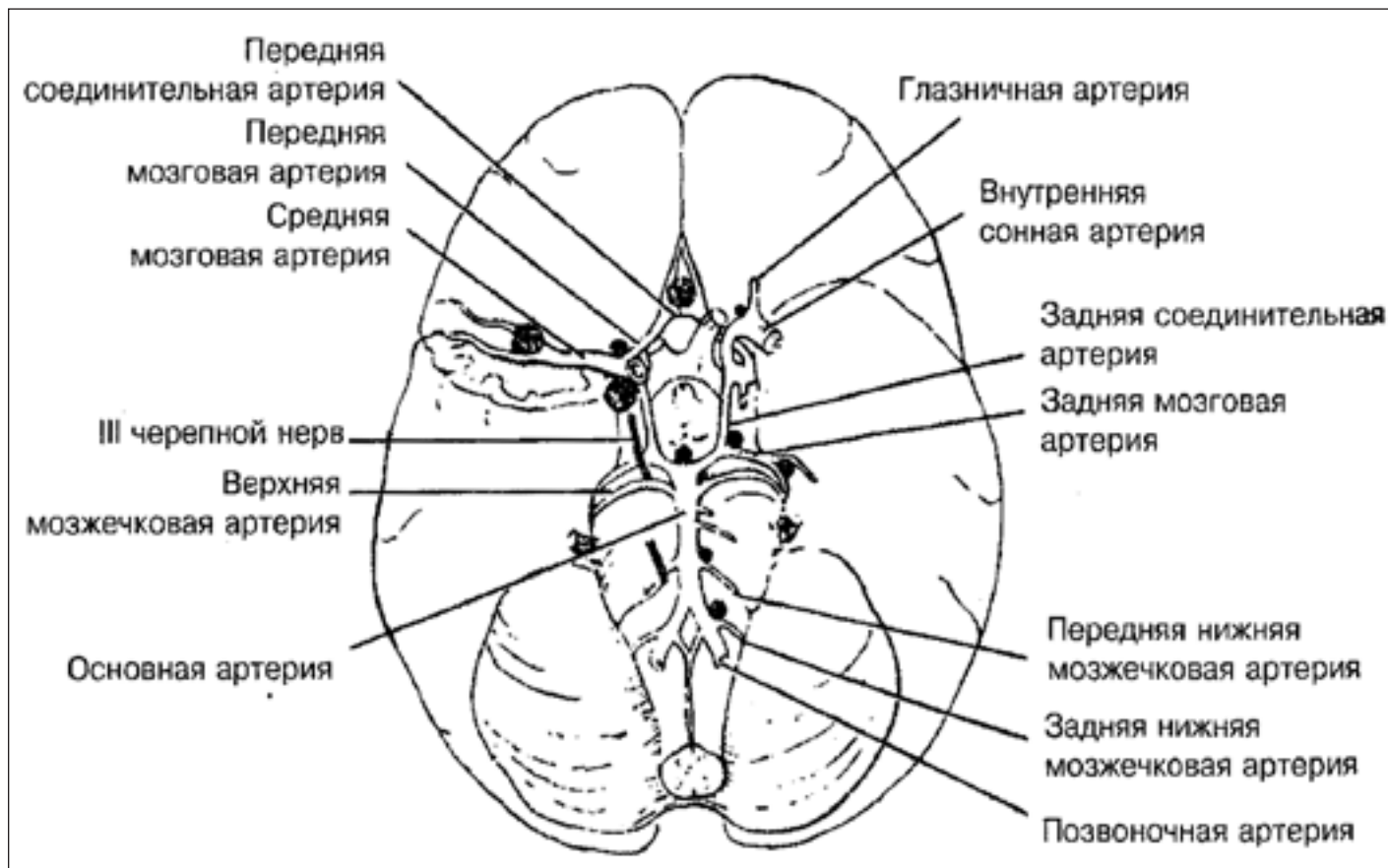


Рис. 1. На диаграмме Виллизиева круга показаны основные места расположения мешотчатых аневризм. Приблизительно 90% аневризм располагается на передней половине круга [6].

у ближайших родственников, а также о наличии в семейном анамнезе случаев кровоизлияния в мозг в молодом возрасте. Косвенно об аневризме позволяет судить транскраниальная ультразвуковая доплерография. Однако достоверное подтверждение наличия или отсутствия аневризм дают магнитно-резонансная ангиография и селективная рентгеноконтрастная ангиография по Селингеру. Последняя в настоящее время считается «золотым стандартом» в окончательной диагностике аневризм и принятии решения об их оперативном лечении (рис. 2). Следует шире использовать неинвазивную МР-ангиографию у лиц с отягощенным по артериальным аневризмам семейным анамнезом и/или с малыми симптомами, такими как односторонние головные боли, головные боли после физических усилий, головокружение, транзиторные неврологические симптомы. Транскраниальную ультразвуковую доплерографию следует ввести в протокол обследования при отборе на воинскую службу, для занятий спортом и в ежегодные углубленные медицинские осмотры военнослужащих, особенно при наличии у них неврологических церебральных симптомов.

Тактика ведения. При подозрении на внутримозговую аневризму военнослужащего, призванного или спортсмена следует отстранить от физических нагрузок, тренировок и соревнований и провести комплекс обследований. В большинстве случаев бывает достаточно МР-ангиографии. В затруднительных случаях для диагностики и принятия решения об оперативном лечении показана селективная рентгеноконтрастная ангиография. При выявлении артериальной аневризмы сосудов мозга необходима консультация нейрохирурга. Как правило, речь идет о необходимости «выключения» аневризмы

из кровообращения с помощью хирургических методов лечения. В этом заключается профилактика внутримозговых кровоизлияний.

Артериовенозные аневризмы (мальформации)

Артериовенозные аневризмы (АВА) или мальформации — врожденный порок развития сосудов, заключающийся в наличии между артериями и венами прямых коммуникаций (отсутствуют капилляры, являющиеся неотъемлемым звеном нормально сформированной сосудистой сети). АВА представляют собой клубки уродливо сформированных сосудов, кровотоком по которым резко ускорен. Размеры и расположение АВА крайне вариабельны. Некоторые АВА достигают гигантских размеров, занимая большую часть долей полушария. АВА чаще располагаются в поверхностных отделах полушарий, но могут располагаться и в глубинных структурах мозга, мозжечке и стволе. В связи с усиленной циркуляцией крови в АВА отмечаются значительное увеличение диаметра приводящих сосудов, резкое расширение вен, иногда с образованием крупных аневризматических полостей. Стенки АВА истончены, непрочны, вследствие чего может возникать их разрыв с кровотечением в мозг, его желудочки или в субарахноидальное пространство. Большие АВА могут компримировать прилежащие участки мозга. Кроме того, кровоснабжение мозга вблизи аневризмы хуже, чем в других областях, поскольку большая часть крови устремляется в АВА.

Клинические проявления. АВА проявляются повторными интракраниальными кровоизлияниями,

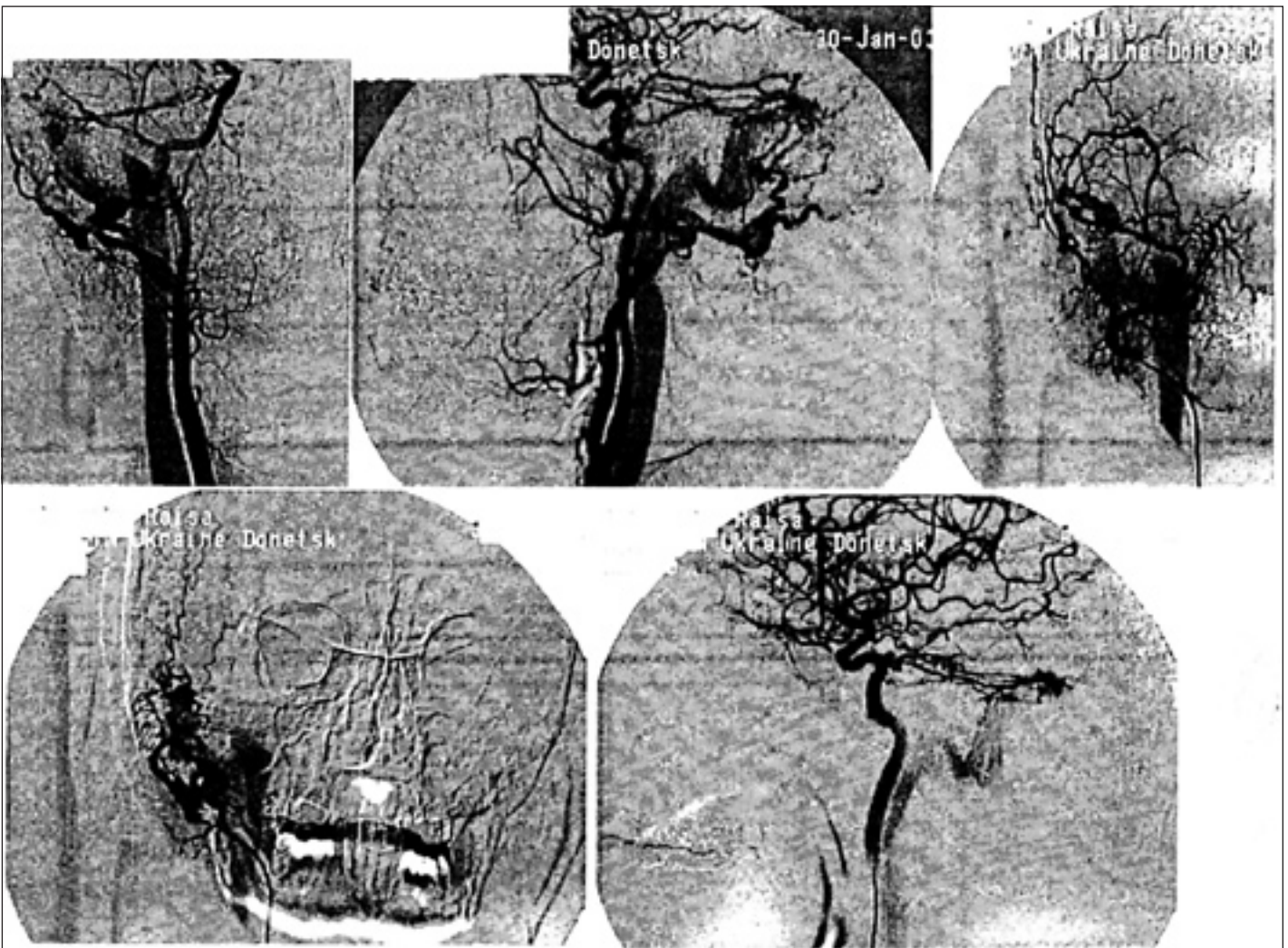


Рис. 2. На ангиограмме выявляются множественные мешотчатые аневризмы.

эпилептическими припадками, симптомами локального поражения мозга. Кровоизлияния из АВА чаще бывают в сравнительно молодом возрасте (20—40 лет), нередко сопровождаются формированием внутримозговых гематом. Для АВА характерны повторные, нередко многократные кровоизлияния. Как и при разрыве артериальных аневризм, кровоизлияния возникают внезапно, но протекают более благоприятно, с меньшей летальностью, чем при артериальных аневризмах, что в определенной степени объясняет их многократность. В большинстве случаев кровоизлияния сопровождаются появлением симптомов поражения мозга (гемипарезы, нарушения чувствительности, речи и пр.). Фокальные эпилептические припадки как основное проявление заболевания характерны для крупных АВА. Однако у части людей молодого возраста до определенного времени они могут протекать асимптомно, в связи с чем эти лица бывают допущены к воинской службе, физическим нагрузкам, занятиям спортом и др., что увеличивает риск осложнений.

Диагностика. Характерный симптомокомплекс, описанный ранее, позволяет с большой долей вероятности заподозрить АВА. При компьютерной томографии может быть получено изображение самой АВА в виде образования неомогенной плотности с нечеткими очертаниями. Полное представление об АВА дает только магнитно-

резонансная или рентгенконтрастная ангиография, позволяющая выявить источники кровоснабжения АВА.

Тактика ведения. В принципе тактика ведения такая же, как и при артериальных аневризмах головного мозга.

Консервативное лечение. Лечение сводится в основном к симптоматической терапии (например, противосудорожной терапии у больных с эпилептическим синдромом, обезболивающей — при головной боли и др.). При кровоизлияниях из АВА применяются препараты, способствующие тромбообразованию, обезболивающие, седативные средства.

Хирургическое лечение. При вентрикулярных кровоизлияниях могут возникнуть показания для дренирования желудочков мозга. «Выключение» приводящих артерий как метод лечения обосновано в редких случаях. Как правило, эта операция, так же как и применявшаяся ранее перевязка сонной артерии на шее, малоэффективна, поскольку АВА через некоторое время вновь начинает с той же интенсивностью заполняться из коллатеральных источников. «Выключение» АВА может быть достигнуто комбинированным методом: сначала производится эндоваскулярная операция для уменьшения кровотока в АВА, затем частично тромбированный клубок сосудов АВА иссекается. Возможно и радиохирургическое лечение с использованием строго сфокусированного облучения пучком (или пучками) частиц

высокой энергии: гамма-лучами, протонами, электронами (облучение вызывает пролиферацию интимы и приводит к запустеванию сосудов АВА) или гамма-ножа с множеством кобальтовых источников излучения.

Артериосинусные соустья

Близким к АВА видом сосудистой патологии являются так называемые артериосинусные соустья — прямые сообщения между артериями и крупными венозными коллекторами (обычно синусами твердой мозговой оболочки). К наиболее частым вариантам артериосинусных соустьев относится каротидно-кавернозное соустье. Соустье между сонной артерией и кавернозным синусом, через который она проходит, часто является результатом черепно-мозговой травмы. Один из авторов наблюдал ребенка, у которого появились неврологические симптомы через полгода после автодорожной травмы головы. Но могут быть и спонтанные каротидно-кавернозные соустья, возникающие в результате разрыва аневризмы интракавернозной части внутренней сонной артерии.

Клинические проявления. Заболевание проявляется резким выпячиванием (экзофтальмом) глазного яблока, хемозом, ограничением подвижности глазного яблока, возможно снижение зрения. При осмотре можно заметить пульсацию глазного яблока, синхронную с сокращениями сердца (пульсирующий экзофтальм). У части больных возможно выслушивание сосудистого шума в области глазного яблока и/или в височной области. Причина всех этих симптомов — переполнение вен глаза и глазницы кровью, которая через дефект в стенке внутренней сонной артерии устремляется в кавернозный синус и далее в глазные вены, которые могут увеличиваться до больших размеров.

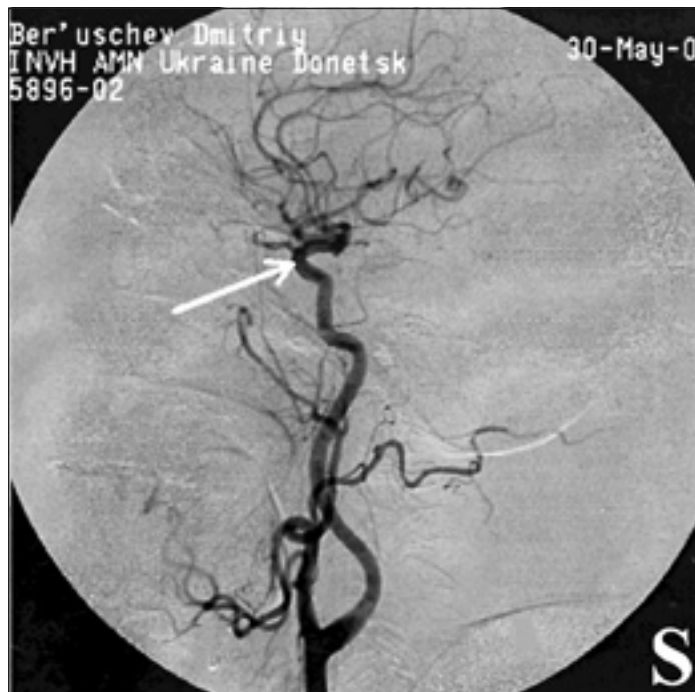


Рис. 3. Патологическая извитость внутренней сонной артерии слева, выявленная с помощью рентгенконтрастной ангиографии.

Диагностика. Наиболее точная диагностика — с помощью МР-ангиографии с исследованием не только артерий, но и венозной системы мозга.

Тактика ведения. Тактика такая же, как и при артериальных аневризмах мозга.

Лечение. Лечение только хирургическое. Производится эндоваскулярная окклюзия с помощью сбрасываемых баллонов.

Редко встречающиеся цереброваскулярные заболевания у лиц молодого возраста [6]

А. Расслоение (диссекция) сонных или позвоночных артерий. Расслоение сонной артерии может развиваться беспричинно у относительно молодых лиц (чаще у женщин) или возникнуть после травмы шеи, черепа либо грудной клетки, а также после сильного кашля или чихания. Кровь разрывает сосудистую стенку, разделяя ее слои. На ангиограмме просвет сосуда значительно сужен, иногда до полной окклюзии. Клиническая картина представлена болью в области шеи и головы, а также синдромом Горнера на стороне расслоения, к которым могут присоединиться очаговые церебральные симптомы, вызванные ишемией в бассейне кровоснабжения сонной артерии, и парезы черепных нервов. Расслоение может возникнуть в позвоночных и основной артериях. Учитывая риск эмболии из верхней части стенозированной артерии, рекомендуется проведение антикоагулянтной терапии, если проходимость артерии спонтанно не восстанавливается.

Б. Фибромышечная дисплазия представляет собой неатеросклеротическое и невоспалительное поражение преимущественно шейных артерий, чаще у женщин среднего возраста. При ангиографии пораженная артерия напоминает «четки». Заболевание может быть случайной находкой при МР-ангиографии, но в части случаев возникают неврологические симптомы вследствие расслоения артерии, артерио-артериальной эмболии или образования мешотчатой аневризмы. Сходное поражение наблюдается в артериях почек, приводя к развитию артериальной гипертензии.

В. Болезнь «моя-моя» получила свое название от японского слова, обозначающего «облако» или «туман», и характеризуется сетью мелких анастомозирующих сосудов на основании головного мозга. Заболевание наблюдается преимущественно у детей и подростков, которые переносят одну или несколько необъяснимых артериальных окклюзий. Причиной в большинстве случаев является фибротическая окклюзия церебральных сосудов, преимущественно внутренней сонной артерии в дистальных отделах. Болезнь вначале может протекать бессимптомно, но позже развиваются эпилептические, очаговые церебральные симптомы или кровоизлияния. Общепринятого лечения нет. Многие больные имеют азиатское происхождение.



Рис. 4. Угловая извитость правой внутренней сонной артерии на МР-ангиограмме.

Другие аномалии сосудов мозга, роль которых в развитии цереброваскулярных расстройств изучается

В последнее время в связи с использованием современных информативных методов визуализации сосудов, таких как ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов и транскраниальная ультразвуковая доплерография, стали выявляться и другие аномалии сосудов. Эти методы позволяют диагностировать недоразвитие сосудов (гипоплазию) или их полное отсутствие (аплазию). Чаще всего это касается позвоночных артерий. Также встречаются различные аномалии развития Виллизиевого круга в виде его незавершенности (например, вследствие отсутствия одной задней соединительной артерии и др.). Чаще всего эти изменения выявляются случайно при проведении магнитно-резонансной ангиографии.

Вторая проблема, которая возникла в связи с использованием методов визуализации сосудов, это патологическая извитость пре- и интрацеребральных сосудов. Она выявляется чаще при использовании МР-ангиографии у бессимптомных пациентов, а также при наличии неспецифических неврологических симптомов. Еще более отчетливо эти изменения видны при рентгенконтрастной ангиографии (рис. 3). Эта патологическая извитость может иметь гемодинамически значимый характер (например, при угловой извитости (рис. 4), при петлеобразовании и др.). Ее гемодинамически значимый характер подтверждается снижением амплитуды кровенаполнения и скоростных характеристик при дуплексном сканировании и транскраниальной ультразвуковой доплерографии церебральных сосудов.

Обе эти аномалии строения сосудов у молодых здоровых людей могут ничем не проявляться или вызывать неспецифические симптомы (головные боли, головокру-

жения, обмороки и др.). Роль этих изменений до конца не изучена. Но у части лиц, в том числе у военнослужащих или у спортсменов в связи с интенсивными физическими нагрузками и постнагрузочными колебаниями системного артериального давления (особенно опасно резкое снижение артериального давления), возможно появление очаговых неврологических симптомов вследствие снижения перфузии мозга (по типу гемодинамического ишемического инсульта).

Отмечено также, что и аневризмы, и извитость чаще встречаются у людей с признаками дисплазии соединительной ткани (синдром Марфана, синдром Элерса-Данлоса, недифференцированной соединительнотканной дисплазии). Следовательно, они могут сочетаться с такими симптомами как астеническое телосложение, гипермобильность суставов, гиперэластичность кожи, варикозное расширение вен, сколиотическая осанка, плоскостопие, пролапс митрального клапана и др. [2, 5].

Выводы

Таким образом, исходя из представленных данных, у молодых лиц призывного возраста и военнослужащих при наличии неспецифических симптомов (головные боли, головокружения, обмороки) необходимо проведение углубленного медицинского обследования, в том числе церебральных сосудов, включая дуплексное ультразвуковое сканирование, транскраниальную ультразвуковую доплерографию, а также МР-ангиографию сосудов мозга. В сомнительных случаях должна быть выполнена рентгенконтрастная артериальная ангиография.

При выявлении вышеописанных аномалий сосудов необходима консультация узких специалистов (невролога, нейрохирурга, сосудистого хирурга) для выработки дальнейшей тактики ведения.

Об этой патологии должны знать врачи призывных пунктов военкоматов, медицинский состав воинских частей и подразделений, военных госпиталей. Более того, они должны иметь определенную осторожность по поводу описанных патологических состояний.

Такая тактика позволит уменьшить риски возникновения серьезных неврологических осложнений у призывников и военнослужащих в период прохождения ими воинской службы.

Литература

1. Биллс Х. Практическая неврология. Т. 2. Лечение. — М: Медицинская литература, 2005. — С. 4—28.
2. Болезни нервной системы: руководство для врачей. Т. 1 / Под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. — М: Медицина, 2001. — С. 258—265.
3. Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Бурд Г. С. Неврология и нейрохирургия. Учебник. — М: Медицина, 2000. — С. 290—303.
4. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия / Под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 323—327.
5. Макарова Г. А. Спортивная медицина. Учебник. — М: Советский спорт, 2002. — С. 98—121.
6. Руководство по неврологии по Адамсу и Виктору / Пер. с англ. — М: Медицинское информационное агентство, 2006. — С. 388—397.
7. Bannister R. Brain and Bannister's clinical neurology // Oxford university press. — 1992. — P. 264—279.



ООО «СП Минимакс»

197101, Санкт-Петербург, Петроградская наб. 34
Тел./факс: +7 812 234-95-46, 234-38-95, 234-38-77

raziat_minimax@mail.ru

www.minimax.ru

Ультразвуковой высокочастотный доплерограф для исследования микроциркуляции и крупных сосудов ММ-Д-К «Минимакс-Допплер-К»

Диагностика микроциркуляции
одновременно с традиционной доплерографией

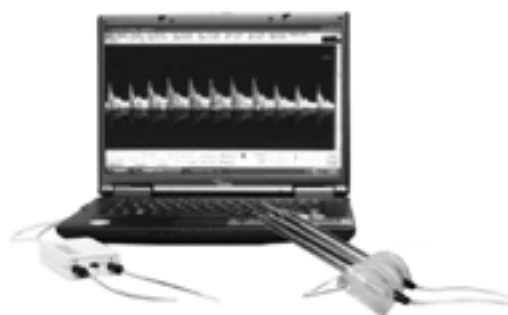
ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ:

- ТЕРАПИЯ
- КАРДИОЛОГИЯ
- РЕАНИМАТОЛОГИЯ
- СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ
- НЕЙРОХИРУРГИЯ
- МИКРОХИРУРГИЯ
- ТРАВМАТОЛОГИЯ
- НЕВРОЛОГИЯ
- ЭНДРОКРИНОЛОГИЯ
- ФИЗИОТЕРАПИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ
- ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
- ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ
- СТОМАТОЛОГИЯ
- ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ
- ГИНЕКОЛОГИЯ
- УРОЛОГИЯ
- ДЕРМАТОЛОГИЯ, КОСМЕТОЛОГИЯ

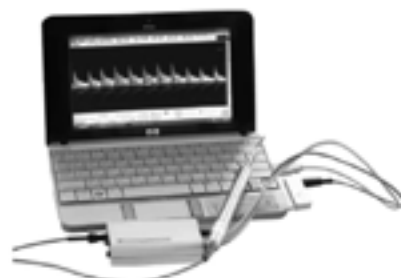
МИНИМАКС-ДОППЛЕР-К (ММ-Д-К) МОДЕЛЬ ЖК



МИНИМАКС-ДОППЛЕР-К (ММ-Д-К) МОДЕЛЬ НБ



МИНИМАКС-ДОППЛЕР-К (ММ-Д-К) МОДЕЛЬ НЕТ



Варианты исполнения датчиков

Рабочая частота, МГц CW	2	2	2	5	5	10	10J	G	10G	20, 25	20, 25, 30 J	G
	до 25 мм/сек					до 30 мм/сек					до 50 мм/сек	
Рабочий диаметр, мм	30	25	12	7	4,5	4,5	4,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Мак глубина проникновения, мм	до 150					20 - 80					3 - 40	
ММ-Д-К ЖК												
ММ-Д-К ЖК												
ММ-Д-К ЖК												
ММ-Д-К ЖК												
ММ-Д-К НБ												



ООО НПИП "Мир Титана"

Средства реабилитации для инвалидов.
Все для ортопедии.

Компания **ООО НПИП "МИР ТИТАНА"** более 15 лет представляет на рынках России, стран СНГ и Восточной Европы товары немецкого производителя инвалидной техники и ортопедических изделий «Titan Deutschland GmbH», а также оборудование, материалы и комплектующие для протезно-ортопедической отрасли других западных компаний.



- **Инвалидные кресло-коляски различных моделей:** стандартные, электрические, с высокой спинкой, транспортные кресло-каталки, спортивные, облегченные, детские
- **Средства реабилитации:** костыли, трости, ходунки, противопролежневые матрасы, кресла-туалеты, пандусы, подъемники и другие товары для инвалидов и престарелых
- **Мебель для детей с ДЦП:** специальные столики, вертикализаторы, кресло-каталки с фиксацией, кресло-коляски и багги
- **Ортопедические изделия:** бандажи и корсеты, компрессионное белье (чулки, колготы, гольфы), носки для больных сахарным диабетом
- **Ортопедическая обувь:** малосложная детская и взрослая, для больных сахарным диабетом, на протезы и аппараты
- **Товары для красоты и здоровья:** спортивные тренажеры, массажеры, сауны
- **Оборудование, материалы и комплектующие для производства протезно-ортопедических изделий**
- Также предлагаем вашему вниманию серию «XXL» - новую линию средств реабилитации для полных людей: кресло-коляски грузоподъемностью до 325 кг, ходунки, костыли и трости грузоподъемностью до 225 кг.



123098 Москва, ул. Академика Бочвара д. 15

тел/факс (495) 937-3160 (мн)

<http://www.ortho-titan.com>

e-mail: sale@ortho-titan.com, mir@ortho-titan.com

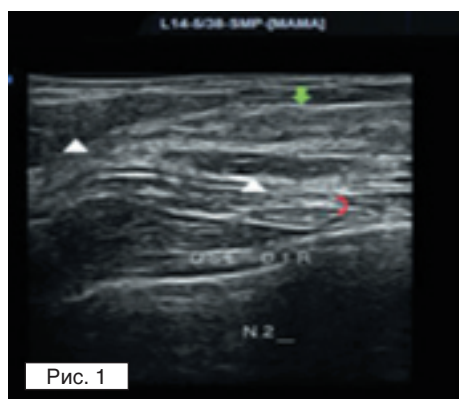


Рис. 1

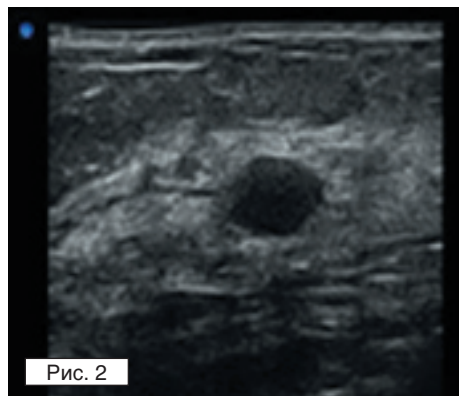
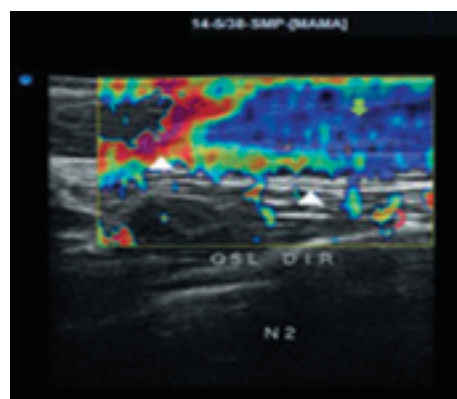
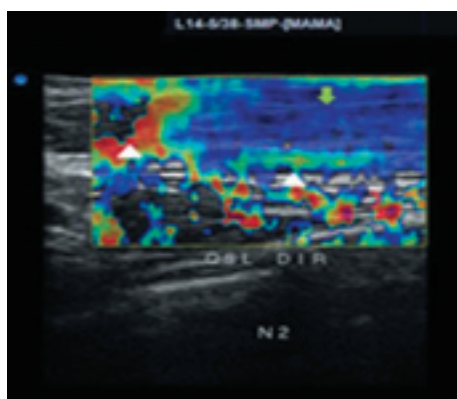


Рис. 2

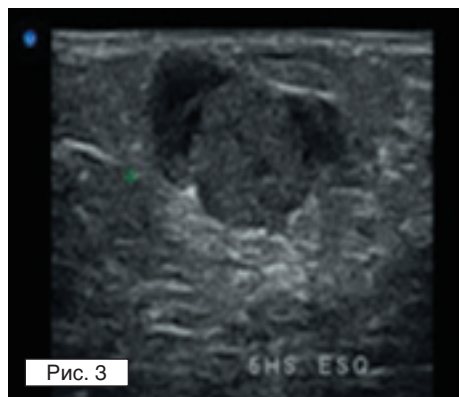
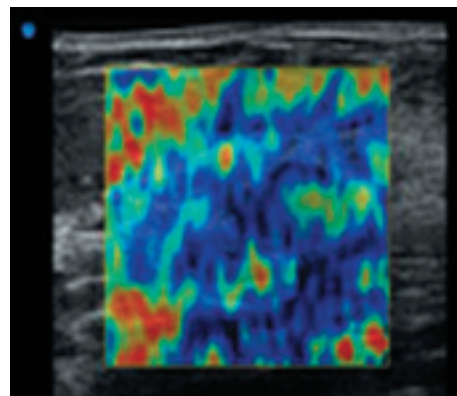
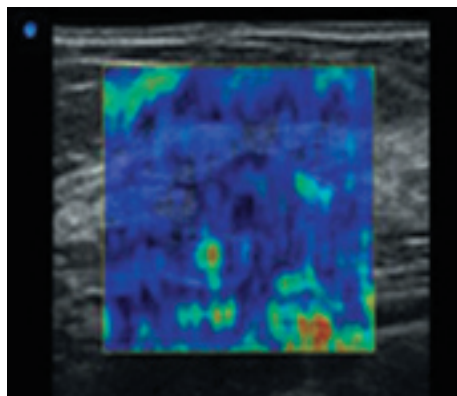


Рис. 3

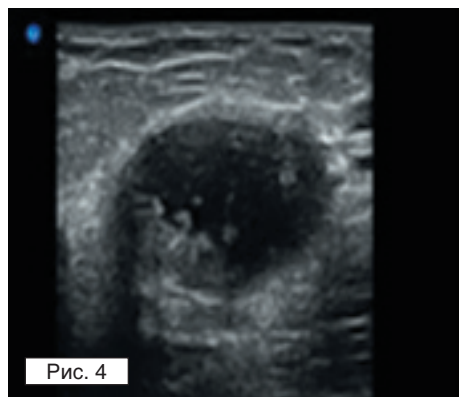
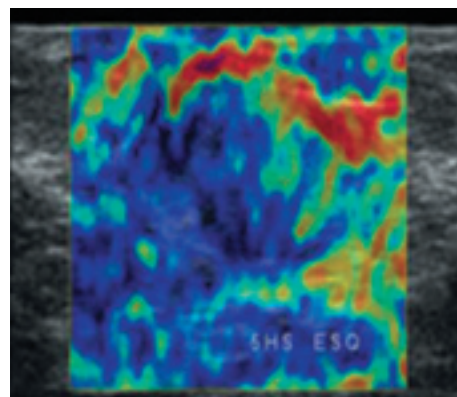
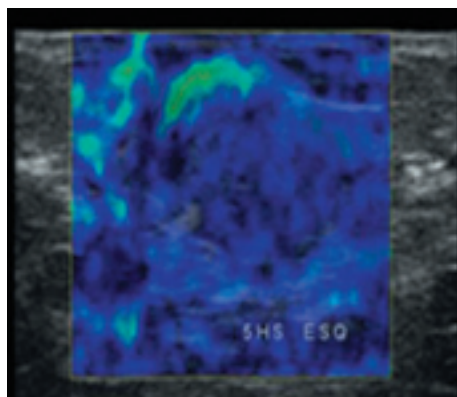


Рис. 4

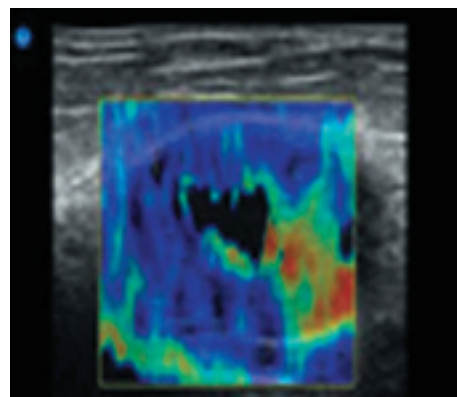
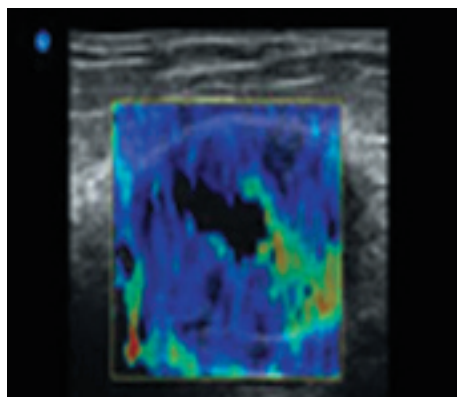
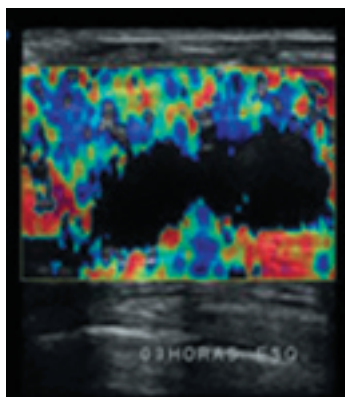
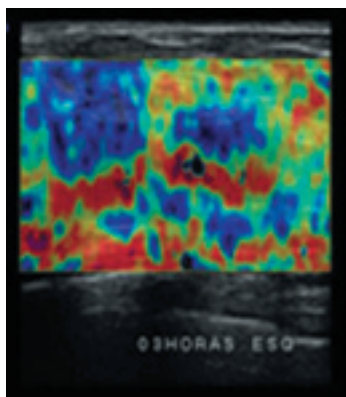
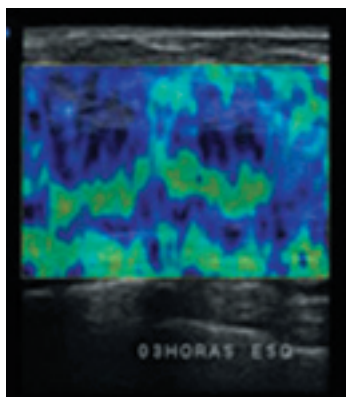


Рис. 5



Ультразвуковая эластография. Диагностические признаки поражений молочной железы

Eduardo de Faria Castro Fleury; Jose Francisco Rinaldi, Clinic of Mastology; Sebastio Piato; Jose Carlos Fleury, Centro de Tomografia Computadorizada — CTC Gienese; Decio Roveda Jr.; Faculdade de Ciencias Medicas da Santa Casa, Сан-Паулу, Бразилия

Адаптация статьи: А. Ю. Цейнек, врач УЗИ, советник по медицинскому оборудованию компании «АВАМедика+», г. Санкт-Петербург

Цель: продемонстрировать наиболее частые признаки кистозных поражений молочной железы при ультразвуковой эластографии, рассматривая при этом актуальность метода.

Материалы и методы: данное исследование включало 150 пациентов, направленных на перкутанную биопсию молочной железы, всего 175 поражений. Солидные по своей структуре поражения (153 поражения), диагностированные гистологически, были исключены; поражения, гистологически диагностированные как кистозные (22 поражения), включая сложные кисты, папиллярные поражения, воспалительные поражения, типичную цилиндроклеточную гиперплазию и протоковую эктазию, были ретроспективно классифицированы с помощью эластографии в соответствии с системой баллов, разработанной авторами; при этом категории варьировались от 1 до 4.

Результаты: 13 (59%) из 22 оцениваемых поражений соответствовали кистам, 1 (4,6%) — протоковой эктазии, 2 (9,2%) — воспалительным поражениям, 5 (22,6%) — папиллярным поражениям и 1 (4,6%) — цилиндроклеточной гиперплазии. Система баллов применялась со следующими результатами: 17 категорий — 2 поражения, четыре категории — 3 поражения, одна категория — 4 поражения и ни одной категории с одним поражением, специфичность — 95%.

Заключение: эластография демонстрирует типичные признаки кистозных поражений молочной железы в соответствии с гистологическими результатами и представляет собой удобный и легкий в применении метод дифференцирования доброкачественных и злокачественных патологий молочной железы.

Введение

Использование ультразвукографии молочной железы было распространено в 1980-х как дополнительный метод дифференциации солидных и кистозных поражений молочной железы. Этот метод помогал в диагностике узлов, обнаруженных при маммографии [1]. С 1990-х годов, с появлением более высокочастотных преобразователей, ультразвукография позволила не только дифференцировать между солидными и кистозными поражениями, но и проводить тщательный анализ областей поражения. Таким образом, она подтвердила свою роль в качестве вспомогательного метода диагностики, который до сих пор сохранил свою актуальность и предлагается некоторыми авторами для проверки на наличие рака груди молодых женщин, у которых при маммографии были выявлены твердые ткани молочных желез (BI-RADS® категории 3 и 4) [2—4].

Одной из проблем, вытекающих из широкого использования ультразвукографии как метода проверки таких пациенток, была визуализация новых, обычно не злокачественных, изменений в ткани молочной железы. Зачастую узлы, обычно носящие доброкачественный характер, которые нельзя было визуализировать, начинали обнаруживаться с наличием кист с густым содержанием (сложные кисты).

С помощью традиционного метода эти кисты едва ли можно отличить от настоящих узлов и обычно их определяют как нечеткие узлы, которые вызывают беспокойство у пациентов; и в конечном итоге пациенты выбирают диагностическую биопсию молочной железы [5, 6].

Одна из серьезнейших проблем для ультразвукографии — это возможность дифференциации этих двух образований без увеличения затрат или необходимости инвазивных процедур. Развитие получили исследования, посвященные методам, дополнительным к ультразвукографии, и направленные на увеличение ее точности (флюксметрия Допплера, ультразвуковая гармоническая визуализация, ультразвуковая эластография и потоковый метод обнаружения в ультразвукографии молочных желез [7—10]).

Данное исследование представляет признаки кистозных поражений молочной железы при ультразвуковой эластографии у пациентов, направленных в Учреждение на диагностическую биопсию, в соответствии с разработанной авторами балльной системой. Также обсуждается целесообразность клинического использования данного метода.

Материалы и методы

Это ретроспективное исследование, одобренное Ведомственным комитетом по этике в области исследований, которое проводилось в Отделении визуализированной диагностики в Santa Casa de Misericordia de Sao Paulo. В ходе исследования проводилась оценка гистологических результатов 150 пациенток в возрасте 24—70 лет (средний возраст — 45 лет), у которых в ходе традиционных ультразвукографических исследований были выявлены 170 поражений, и которые были направлены в Центр компьютерной томографии и на перкутанную биопсию молочной железы в период с 1 мая до 30 июня 2007 года. Средний диаметр поражений составил 1,4 см (срединное значение 1,2 см, диапазон 0,5—3,2 см). Сто тридцать пациенток с исключительно солидными на гистологическом уровне образованиями были исключены. У оставшихся 20 пациенток 22 поражения были гистологически диагностированы как сугубо кистозные (сложные кисты), воспалительные

поражения и протоковая эктазия либо кистозные поражения, связанные с солидными компонентами, такие как папиллярные поражения и типичная цилиндроклеточная гиперплазия; данные основаны на 17 (91,9%) фрагментных биопсиях и 5 (8,1%) предоперационных игольных локализациях.

Патологическая диагностика

Образцы были отправлены на гистологическое исследование и проанализированы квалифицированным патологом с 17-летним опытом в области поражений молочной железы. Поражения были классифицированы на кисты, папиллярные поражения, воспалительные поражения, типичную цилиндроклеточную гиперплазию и протоковую эктазию [11, 12].

Оборудование

Как традиционное исследование, так и эластография проводились одним и тем же врачом-рентгенологом с 6-летним опытом в сфере визуализации молочной железы, с использованием ультразвукографической системы Sonix SP (Ultrasonix Medical Corporation; Ванкувер, Канада) с мультисекторным линейным преобразователем (5–14 МГц). Для исследования также использовалось программное обеспечение, специально разработанное для оборудования Ultrasonix (версия 3.0.2 [Beta 1]), лицензия на экспериментальное использование которого была выдана основному автору в целях исследования. В ходе проведения данного исследования не сообщалось о какой-либо побочной реакции.

Метод

Прежде всего, визуализация молочной железы проводилась в положении пациенток лежа на спине с руками под головой. Для оценки васкуляризации узлов использовали режим «В» и цветные доплеровские изображения, оценка проводилась в соответствии с критериями BI-RADS®. Измерения производились в режиме «В» на продольной и передне-задней осях, при этом для анализа рассматривался наибольший показатель. Далее проводилась ультразвуковая эластография, пациентки также располагались горизонтально, лежа на спине, преобразователь располагался перпендикулярно стенке грудной клетки. Непосредственно перед УЗИ была сделана компрессия места поражения, для того чтобы убедиться, что оно не сместилось латерально. Как только был активирован режим эластографии, над интересующей областью совершались серии компрессий и декомпрессий,

при этом компрессии составляли не более 1% от общей толщины молочной железы, давая, таким образом, возможность специалисту отслеживать поведение ткани молочной железы под компрессией в режиме реального времени. Область, выбранная для исследования, включала район от подкожной клеточной ткани до пекторальных мышц, а также ткани, прилегающие к узлу до 0,5 см. После получения изображений была произведена повторная оценка с помощью функций памяти видеопетли. Время обследования составляло не более пяти минут.

Ультрасонографический анализ

Сонографический анализ проводился в соответствии с критериями BI-RADS® Atlas, где анэхогенные, контурированные массы с незначительными стенками и акустической тенью классифицируются как простые кисты [13]; сложные кисты, поражения с однородным внутренним содержанием, слегка утолщенными стенками, мелким тканевым дебрисом в суспензии или перемешанными мелкими септами и задней акустической тенью; нечеткие поражения, поражения с однородным содержанием, перемешанные с мелкими эхоструктурами, без выраженной задней акустической тени и незначительных стенок; комплексные кисты, поражения с крупными септами более 0,5 мм или с пристеночным узлом, занимающим менее 50% кисты; узлы с солидным компонентом более 50% кисты. Для данного исследования не рассматривались простые кисты, так как критерии классификации BI-RADS® включают их в категорию 2 [14, 15].

Классификация результатов эластографии

Эластография отражает изменения в цветовом спектре в зависимости от эластичности различных тканей, присутствующих в сонографическом образце. Так, красный соответствует самым мягким компонентам, таким как жир, желтый и зеленый — компонентам средней жесткости (твердости), а синий — самым жестким (твердым) компонентам, таким как гиперклеточные поражения или поражения с интенсивным фиброзом [16].

На рис. 1 (стр. 54) представлен образец нормальной ткани молочной железы при традиционной визуализации (левое изображение), с использованием компрессионной (центральное изображение) и постдекомпрессионной эластографии (правое изображение). Концы стрелок показывают фиброзно-жировую ткань, указывает на нормальную железистую ткань, а дугообразная стрелка — на пекторальные мышцы.

Таблица 1

Распределение баллов за эластичность в зависимости от цветового спектра во время пробной компрессии и после декомпрессии

Балл	Во время компрессии	Декомпрессия	Результат
1	Цвет схож с цветом нормальной ткани	Цвет схож с цветом нормальной ткани	Доброкачественное
2	Изменение цвета от желтого к зеленовато-синему	Более 50% области узла изменяет цвет на более мягкий оттенок	Доброкачественное
3	Изменение цвета от зеленовато-синего до темно-синего	От 10% до 50% узла изменяет цвет на более мягкий оттенок	Маловероятная злокачественность
4	Обычно от синего до темно-синего	Без значительного изменения	Высоковоероятная злокачественность

Представление данных о сонографических кистозных поражениях в соответствии с результатами гистологических исследований

Гистологические результаты	Ультрасонография			
	Нечеткие узлы	Сложные кисты	Комплексные кисты	Всего
Кисты	13	-	-	13
Протоковая эктазия	-	1	-	1
Воспалительные поражения	-	2	-	2
Папиллярные поражения	3	-	2	5
Цилиндроклеточная гиперплазия	-	-	1	1
Всего	16	3	3	22

Предполагаемая классификация эластичности включала четыре балла в соответствии с изменением цвета во время компрессии и после декомпрессии анализируемой области. **Один балл** присуждался поражению, имеющему спектр цвета, аналогичный цвету окружающей ткани молочной железы. **Два балла** присуждалось поражениям, которые после декомпрессии имели изменение цвета, соответствующее более мягким тканям, и включали более 50% узла, то есть после декомпрессии область, по масштабу соответствующая более половине узла, представляла изменение цвета от зеленого к красному. **Три балла** присуждали поражениям, которые после декомпрессии демонстрировали изменение цвета менее чем в половине узла (в областях узла от 10% до 50%), обычно на периферии, с изменением цвета от желтого к зеленому. Наконец, **четырем баллам** соответствовали поражения без значительного изменения цвета во время компрессии и после декомпрессии, цвет оставался синим на обоих изображениях.

Баллы 1 и 2 соответствовали доброкачественным поражениям, 3 балла — малой вероятности злокачественных образований, 4 балла — большой вероятности злокачественности (табл. 1).

Результаты

Патологическая диагностика

13 (59%) из 22 поражений соответствовали апокринным кистам, 1 (4,6%) — протоковой эктазии, 2 (9,2%) — воспалительным поражениям, 5 (22,6%) —

папиллярным поражениям и 1 (4,6%) — цилиндроклеточной гиперплазией.

Сонографическое представление данных

Все апокринные кисты представлялись как нечеткие узлы. Протоковая эктазия и два воспалительных поражения — как сложные кисты. 3 (60%) из 5 папиллярных поражений выделялись как нечеткие узлы, а 2 (40%) — как сложные кисты; как сложная киста визуализировалась и цилиндроклеточная гиперплазия (табл. 2).

Распределение баллов за эластичность

Всем 13 апокринным кистам было присуждено 2 балла (рис. 2). Протоковой эктазии и воспалительным поражениям — также 2 балла. Одному из пяти папиллярных поражений было присуждено 2 балла, остальным четырем — 3 балла (рис. 3). Цилиндроклеточная гиперплазия была оценена в 4 балла (рис. 4, табл. 3).

На рис. 2 (стр. 54) представлен пример эластограммы, оцененной в 2 балла. Нечеткий узел в обычном режиме (левое изображение), с использованием компрессионной (центральное изображение) и постдекомпрессионной эластографии (правое изображение). Во время компрессии в центре узла наблюдается зеленовато-синий цвет; после декомпрессии зеленоватый цвет наблюдается почти во всем узле.

На рис. 3 (стр. 54) представлен пример эластограммы, оцененной в 3 балла. Комплексная киста в обычном режиме (левое изображение), с использованием компрессионной (центральное изображение) и постдекомпрессионной эластографии (правое изображение).

Таблица 3

Представление данных о кистозных поражениях при эластографии в соответствии с результатами гистологических исследований

Гистологические результаты	Баллы эластографии				
	1	2	3	4	Всего
Кисты	-	13	-	-	13
Протоковая эктазия	-	1	-	-	1
Воспалительные поражения	-	2	-	-	2
Папиллярные поражения	-	1	4	-	5
Цилиндроклеточная гиперплазия	-	-	-	1	1
Всего	-	17	4	1	22

Во время компрессии на периферической области кисты наблюдается зеленоватый цвет, а в пристеночном узле — синеватый цвет; после декомпрессии кистозная область меняет цвет на красный, в то время как пристеночный узел на 10–50% меняет цвет на зеленовато-синий.

На рис. 4 (стр. 54) представлен пример эластограммы, оцененной в 4 балла. Комплексная киста в обычном режиме (левое изображение), с использованием компрессионной (центральное изображение) и постдекомпрессионной эластографии (правое изображение). Во время компрессии в центральной части кисты наблюдается черновато-темно-синий цвет, а пристеночная солидная часть не показывает каких-либо изменений цвета. Также на нижней границе кисты наблюдается изменение кистозного компонента с изменением цвета как до компрессии, так и после декомпрессии.

Обсуждение

В последнее десятилетие ультразвуковая эластография привлекла большое внимание к проблеме оценки мягких тканей с клинической перспективой раннего обнаружения поражений, определяющих патологические изменения. Данный метод дает возможность своевременно и должным образом воздействовать на эти поражения с последующим улучшением прогноза для пациента [17]. Данные, получаемые с помощью этого метода, схожи с данными, получаемыми в результате мануальной пальпации, но являются более чувствительными и менее субъективными [18].

Новаторское исследование, проведенное в 1991 году Дж. Офиром и др. [10], выдвинуло идею классификации поражений в зависимости от изменения эластичности, основанную на принципе, что доброкачественные образования были более мягкими, в то время как большая часть злокачественных — более твердыми.

Эластографические изображения получали путем сравнения изображений до и после компрессии ткани молочной железы. С тех пор опубликованы несколько исследований. Несмотря на то, что в них отсутствует стандартизация приемов и классификации, большинство из них обращаются только к сравнению изображений до и после компрессии.

Ни одно из исследований не описывает результаты кистозных изменений молочной железы, которые во многих случаях могут вызывать у женщин страдание, схожее с чувством, вызванным злокачественными узлами; хотя на самом деле такие кистозные изменения связаны с доброкачественными поражениями или поражениями с низким злокачественным потенциалом. Зачастую такие поражения интерпретируют с помощью традиционного подхода как нечеткие узлы, которые требуют последующего кратковременного врачебного контроля и которые неизменно ведут к ненужным диагностическим биопсиям [19].

На УЗИ простые кистозные поражения представляют типичный случай и выглядят как очерченный узел с незначительными стенками, с анэхогенным содержанием и задней акустической тенью, классифицированные как BI-RADS® 2, в то время как солидные поражения обычно представлены в виде очерченных овальных узлов, расположенных параллельно коже, классифицированных как BI-RADS® 3. Однако не все кистозные поражения

обладают одинаковыми признаками; некоторые из них едва ли можно дифференцировать от солидных узлов, особенно узлов с густым жидким содержанием, иногда с мелким дебрисом в суспензии, которые классифицируются как нечеткие узлы. Рассматривая низкий злокачественный потенциал таких поражений (около 2%), следует заметить, что, несмотря на противоречивость и отсутствие единого мнения по этому вопросу, пациентам рекомендовано последующее краткосрочное врачебное наблюдение. В большинстве случаев принятый протокол краткосрочного врачебного наблюдения представляет собой новое исследование, проводимое в течение десяти месяцев; оно оценивает область, частично затемненную на маммограмме, а в случае обнаружения поражений на маммограмме проводится только ультразвукография. Последующее исследование с отслеживанием проводится через 12 месяцев после первого, но с билатеральной маммографией и ультразвукографией, принимая во внимание, что срок для рентгеновского исследования рака молочной железы — один год, и через год за ним последует еще одно исследование. В случае если в течение этого двухлетнего периода поражение останется неизменным, конечная категория BI-RADS® меняется на вторую. В случаях, когда наблюдается изменение границ поражения или примерное увеличение первоначального диаметра на 10%, требуется перкутанная биопсия [4, 5, 7]. Однако некоторые авторы считают, что солидный узел, характеризующийся только на основе ультразвукографии, также требует проведения диагностической биопсии, учитывая, что УЗИ не позволяет дифференцировать доброкачественные поражения от злокачественных [20]. Считается, что данные несистематические результаты исследований УЗИ приводят к увеличению количества негативных биопсий [21, 22].

С другой стороны, был достигнут консенсус в отношении необходимости хирургической эксцизионной биопсии, которая является золотым стандартом в случаях комплексных кист. С появлением вакуумной биопсии для диагностики поражений молочной железы данный метод стал применяться все чаще ввиду того, что его можно с легкостью использовать в амбулаторных условиях, и он обладает низким уровнем осложнений. В таких случаях ультразвукографические изображения в режиме «В» являются определяющим фактором для принятия данного подхода, по мере того, как используются описательные критерии BI-RADS. Остается незначительное противоречие в отношении принятия данного подхода в таких случаях [5].

Была предпринята попытка через использование традиционного подхода вместе с гармоническими изображениями и вспомогательной флюксиметрией Допплера минимизировать данное ограничение ультразвукографии; однако, в отношении традиционного метода не было достигнуто какого-либо значительного увеличения. В недавних исследованиях оценивается использование метода так называемого «потокowego обнаружения», при котором реакция внутреннего содержания кисты на акустическую энергию, производимую ультразвуковым преобразователем, обнаруживается с помощью метода Допплера; при этом кистозные поражения продемонстрировали бы реакцию на метод Допплера, а солидные поражения — нет. Эксперименты все еще

проводятся, при этом, несмотря на небольшое количество публикаций, этот метод может быть полезен при дифференциации нечетких узлов [7].

Эластография, которая изначально была введена в ультразвукографию для дифференциации доброкачественных поражений молочной железы от злокачественных, может также применяться и для дифференциации солидных поражений от кистозных, при этом следует принимать во внимание, что эластичность кисты выше, чем эластичность прилегающей паренхиматозной ткани. Кроме того, этот метод может быть полезен в качестве вспомогательного при оценке комплексных кист, особенно при наличии пристеночных узлов, чья твердость может быть определена. В данном исследовании все гистологически диагностированные кисты были сонографически определены как нечеткие узлы, и им было присуждено 2 балла; по результатам эластографии они оказались доброкачественными. Кисты с воспалительным содержанием и протоковая эктазия были сонографически определены как сложные кисты, по результатам эластографии им также было присуждено 2 балла. Данные поражения представляли малый злокачественный потенциал и, приняв во внимание их особенности при ультразвуковой эластографии, биопсии можно было бы избежать.

При использовании традиционного метода 3 (60%) из папиллярных поражений представляли собой нечеткие узлы, и 2 (40%) — комплексные кисты. При эластографии одному (20%) было присуждено 2 балла, а остальным четырем (80%) — 3 балла. Двухбалльное поражение было сонографически классифицировано как нечеткий узел и составляло 0,5 мм на своей наибольшей оси. По результатам эластографии данное поражение было бы отнесено к доброкачественным, и пациент снова бы пришел на рентгеновское исследование на рак молочной железы через год. Однако это поражение было удалено хирургическим путем, и был подтвержден его доброкачественный характер. Два (50%) из четырех других поражений с низким подозрением на злокачественность при эластографии (3 балла) были подвержены хирургическому удалению и утверждены как доброкачественные. А для двух других поражений (50%), ввиду их двухлетней стабильности, было рекомендовано последующее врачебное наблюдение. Цилиндроклеточная гиперплазия была сонографически охарактеризована как комплексная киста с 4 баллами при эластографии, демонстрирующая злокачественный потенциал. Это поражение было также подвержено хирургическому удалению с гистологически подтвержденной доброкачественностью. То есть этот результат был ложноположительным в данном исследовании.

Одним из ограничений для оценки кистозных поражений при эластографии является интенсивность серийных компрессий; при этом чем выше интенсивность, тем больше увеличивается поверхностное напряжение внутреннего жидкого содержания, определяя данное поражение как солидное поражение в соответствии с цветовым спектром (рис. 5).

На рис. 5 (стр. 54) представлена сложная киста в обычном режиме (левое изображение), с использованием компрессионной (второе изображение) и постдекомпрессионной эластографии (третье изображе-

ние), а также после несвоевременной компрессии (правое изображение). Как правило, киста представляет 2-балльную эластограмму, совместимую с доброкачественностью. Внимание обращено на тот факт, что несвоевременная компрессия приводит к почернению кистозной области, говоря о солидном поражении, возможно, из-за поверхностного давления жидкости.

Преимуществом метода является то, что, используя его в режиме реального времени, исследователь имеет возможность измерить интенсивность компрессии во время обследования в зависимости от различных типов строения оцениваемых молочных желез и поражений. Это увеличение в поверхностном напряжении внутрикистозной жидкости может также наблюдаться при секреторных поражениях, как, например, в случае цилиндроклеточной гиперплазии и некоторых воспалительных кистах.

В настоящее время авторы проводят исследования, основанные на своих собственных критериях, цель которых — продемонстрировать чувствительность, специфичность и диагностическую точность эластографии.

Предварительные сведения, полученные о 170 узлах, продемонстрировали следующие результаты для предложенной классификации: положительная прогностическая ценность — 80%, специфичность — 97,5%, диагностическая точность — 97,7%.

Данное исследование показало, что эластография может быть полезна при диагностике кистозных поражений молочной железы, подтверждая их этиологию.

Кроме того, введение этого метода в клиническую практику могло бы снизить количество ненужных биопсий и продолжительность традиционного последующего врачебного контроля. Также данный метод мог бы быть использован в качестве дополнительного в исследованиях комплексных кист для оценки их внутреннего содержания; однако, принимая во внимание важность результатов исследования в режиме «В», диагностическая биопсия не должна при этом служить противопоказанием.

Литература

1. Kasumi F. The diagnostic criteria for breast lesions of the Japan Society of Ultrasonics in Medicine and topical issues in the field of breast ultrasonography in Japan // Topics in breast ultrasound: Seventh International Congress on the Ultrasonic Examination of the Breast. Tokyo: Shinohara. — 1991. — p. 19—26.
2. Stavros A. T., Thickman D., Rapp C. L., et al. Solid breast nodules: use of sonography to distinguish between benign and malignant lesions // Radiology. — 1995. — 196: 123—34.
3. Kolb T. M., Lichy J., Newhouse J. H. Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and evaluation of factors that influence them: an analysis of 27,825 patient evaluations // Radiology. — 2002. — 225: 165—75.
4. Kaplan S. S. Clinical utility of bilateral wholebreast US in the evaluation of women with dense breast tissue // Radiology. — 2001. — 221: 641—9.
5. Berg W. A., Campassi C. I., Ioffe O. B. Cystic lesions of the breast: sonographic-pathologic correlation // Radiology. — 2003. — 227: 183—91.
6. Buchberger W., Niehoff A., Obrist P., et al. Clinically and mammographically occult breast lesions: detection

and classification with high-resolution sonography // Semin Ultrasound CT MR. — 2000. — 21: 325—36.

7. Soo M. S., Ghate S. V., Baker J. A., et al. Streaming detection for evaluation of indeterminate sonographic breast masses: a pilot study // Am. J. Roentgenol. — 2006. — 186: 1335—41.

8. Cha J. H., Moon W. K., Cho N., et al. Characterization of benign and malignant solid breast masses: comparison of conventional US and tissue harmonic imaging // Radiology. — 2007. — 242: 63—9.

9. Chang R. F., Huang S. F., Moon W. K., et al. Solid breast masses: neural network analysis of vascular features at three-dimensional power Doppler US for benign or malignant classification // Radiology. — 2007. — 243: 56—62.

10. Ophir I., Céspedes I., Ponnekanti H., et al. Elastography: a quantitative method for imaging the elasticity of biological tissues // Ultrason. Imaging. — 1991. — 13: 111—34.

11. Ellis I. O., Humphreys S., Michell M., et al. Best Practice №179. Guidelines for breast needle core biopsy handling and reporting in breast screening assessment // J. Clin. Pathol. — 2004. — 57: 897—902.

12. Courtillot C., Plu-Bureau G., Binart N., et al. Benign breast diseases // J. Mammary Gland Biol. Neoplasia. — 2005. — 10: 325—35.

13. American College of Radiology. Breast Imaging Reporting and Data System® (BI-RADS®) — ultrasound. 4th ed. // Reston: American College of Radiology, 2003.

14. Kopans D. B., Monsees B., Feig S. A. Screening for cancer: when is it valid? Lessons from the mammography experience // Radiology. — 2003. — 229: 319—27.

15. Mendelson E. B., Tobin C. E. Critical pathways in using breast US // Radiographics. — 1995. — 15: 935—45.

16. Itoh A., Ueno E., Tohno E., et al. Breast disease: clinical application of US elastography for diagnosis // Radiology. — 2006. — 239: 341—50.

17. Hoyt K., Forsberg F., Ophir J. Analysis of a hybrid spectral strain estimation technique in elastography // Phys. Med. Biol. — 2006. — 51: 197—209.

18. Hall T. J. AAPM/RSNA physics tutorial for residents: topics in US: beyond the basics: elasticity imaging with US // Radiographics. — 2003. — 23: 1657—71.

19. Graf O., Helbich T. H., Hopf G., et al. Probably benign breast masses at US: is follow-up an acceptable alternative to biopsy? // Radiology. — 2007. — 244: 87—93.

20. Moy L., Slanetz P. J., Moore R., et al. Specificity of mammography and US in the evaluation of a palpable abnormality: retrospective review // Radiology. — 2002. — 225: 176—81.

21. Kopans D. B. Sonography should not be used for breast cancer screening until its efficacy has been proven scientifically // Am. J. Roentgenol. — 2004. — 182: 489—91.

22. Chala L. F., Barros N. Avaliacao das mamas com metodos de imagem // Radiol. Bras. — 2007. — 40 (1).

000 «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
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



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

Здоровье от «НАРИНЭ»

Около 50 лет назад в Армении был разработан метод выделения высокоактивных штаммов молочнокислых бактерий, среди которых по своим ценным качествам выделялся штамм ацидофильных бактерий *Lactobac Plus acidophilus* штамм п.в.Ер317/402. Он существенно отличается от других штаммов ацидофильных бактерий тем, что хорошо колонизирует кишечник, уничтожает патогенные бактерии, обладает высокой приживаемостью в желудочно-кишечном тракте, витаминообразующей способностью и устойчивостью к антибиотическим, химиотерапевтическим и антисептическим препаратам. Характеризуется высокой антимикробной и ферментативной активностью по отношению к патогенным и условно-патогенным микроорганизмам. Обладает высокой желче- и кислотоустойчивостью.

На основе этого штамма фирма «Нарэкс» (Республика Армения) производит пробиотик «НАРИНЭ». Он эффективно восстанавливает полезную микрофлору кишечника и активизирует работу иммунной системы. Бактерии штамма «НАРИНЭ» нейтрализуют и выводят из организма токсины, канцерогены и аллергены, способствуют приживаемости в кишечнике других важных представителей микрофлоры, являются киллерами всех без исключения дизентериеподобных бактерий, подавляют патогенные и условно-патогенные бактерии — возбудители тифа, паратифов А и В, *E. Colli*, протей, золотистого стафилококка, иерсинии, клебсиеллы. «НАРИНЭ» нормализует микробный биоценоз в кишечнике, в укороченные сроки восстанавливает анаэробную флору, подавляет рост условно-патогенной флоры, повышает активность нормальной кишечной палочки. Повышает антиоксидантный потенциал организма, понижает уровень холестерина в сыворотке крови.

В 1980 году японские ученые установили, что бактерии «НАРИНЭ» увеличивают выработку интерферона. Применение «НАРИНЭ» рекомендуется при различных нарушениях пищеварения и заболеваниях желудочно-кишечного тракта (метеоризме, диарее, запоре, изжоге, ферментативной недостаточности), после операций, при длительных кишечных дисфункциях, на фоне приема антибиотиков, при смене питания и воды при выездах за границу. Пробиотик «НАРИНЭ» может применяться самостоятельно и в комплексе с антибиотическими и химиотерапевтическими препаратами.

Эффективность «НАРИНЭ» была неоднократно подтверждена на протяжении многих лет различными клиническими исследованиями в ведущих клиниках России. Препарат в 2009 году был награжден медалью И. И. Мечникова «За вклад в укрепление здоровья нации».



«НАРИНЭ» производится в таблетках, капсулах и порошке. Взрослым рекомендуется прием по одной таблетке или кишечнорастворимой капсуле 3 раза в день за 15–20 минут до еды. Детям до 6 месяцев — по половине пакетика порошка размешать в 30–40 мл воды и дать до кормления утром и вечером, от 6 месяцев — по одному пакету утром и вечером. «НАРИНЭ» в порошке может использоваться для приготовления кисломолочного продукта в домашних условиях. Рекомендуемый курс приема «НАРИНЭ» — 2–3 недели.

Официальный дистрибьютор (организация, уполномоченная принимать претензии потребителей) в России — ООО «Аркада», тел. (495) 744-38-16, e-mail: arkadanarine@mail.ru, сайт: www.narine.su

Дезинфектанты: защита или угроза?

Человек — хозяин природы, тем не менее, повседневно сталкивается с мелкими, но страшными врагами: вирусом гриппа, туберкулезом, ВИЧ и множеством других. Какими средствами он может защитить себя от них в наше время? И как, защищаясь от внешних воздействий, не нарушить внутренний баланс иммунной системы организма? О проблемах дезинфекции и стерилизации в специфических условиях российской экономики рассказывает генеральный директор ООО «Орион-Си» Лили Аркадьевна СИБЕЛЬДИНА



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

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

В последние десятилетия серьезную опасность для человеческого общества представляли холера, чума, туберкулез. Еще 150 лет назад от гриппа, желтой лихорадки или другой массовой инфекции в считанные месяцы могло погибнуть полгорода. Человечеству потребовалось не одно столетие, чтобы понять: чуму переносят животные, а вирусы холеры содержатся в грязных водных источниках. Исторический опыт привел к осознанию того, что необходима дезинфекция и стерилизация воды, воздуха, медицинского инструмента. В результате были созданы антибиотики, химические дезинфектанты. Причем среди последних преимущественно пользовались спирт и перекись водорода.

Полтора столетия назад медики обнаружили, что **озон имеет колоссальный антибактериальный и анти-вирусный эффект**. Его применяли во время Первой и Второй Мировых войн. Озон в 100 раз дешевле антибиотиков и в 1000 раз дешевле химических дезинфектантов. Но широкого использования в качестве дезинфектанта озон тогда не получил из-за несовершенства аппаратуры, которая его производила. Приборы первого поколения весили 20—40 килограммов, были громоздкими, немобильными. Обработка помещений с их помощью получалась очень дорогостоящей. В 1992 году ООО «Орион-Си» получило патент на изобретение портативного переносного малогабаритного озонатора ОП1-М (сейчас он называется «Орион-Си»). Весил такой прибор всего 4 килограмма. Следом за нами компании США, Германии, Китая начали свои разработки по созданию портативного аппарата для производства озона. В последующие годы прибор, созданный ООО «Орион-Си», продолжал уменьшаться в габаритах и увеличивать концентрацию озона на выходе. В 1996 году наше предприятие разработало новую озоную технологию, а именно создало низкотемпературный стерилизатор

озоновый «Орион», где озонатор соединен с камерой объемом от 0,7 до 250 литров. Стерилизатор озоновый «Орион» используется для экспресс-дезинфекции и экспресс-стерилизации хирургического инструмента, а также термолабильных медицинских изделий. С помощью такого стерилизатора медперсонал в короткие сроки получает гарантированную и эффективную защиту (от вирусов гриппа, туберкулеза, СПИДа, стафилококка и других опасных инфекций).

В течение минувших 20 лет мировой наукой доказано: **озон экологически безопасен, он не имеет канцерогенного эффекта** (в ряде зарубежных клиник работают над уничтожением онкоклеток с применением озона), **не вызывает аллергических реакций**. Кроме того, озон повышает иммунный статус, нормализует кровяное давление, блокирует инсульты и инфаркты.

Больше двух десятилетий «Орион-Си» и другие ведущие компании мира направляли свои силы на создание портативной аппаратуры, дающей на выходе озон высокой концентрации.

К сожалению, в то же время в медицине продолжали применять дезинфектанты, полученные на основе остатков нефтяного сырья, а также химсинтеза. Представьте: нефть дает бензин, дизельное топливо, бензол, бутылкачук и длинный перечень химических соединений. После переработки получается остаток, из которого ничего полезного выжать уже нельзя, но из него делают дезинфектант! Возникает вопрос: кто



отвечает за применение таких дезинфицирующих средств? Они представляют собой сильный яд, токсин, который, в частности, может привести к увеличению количества онкозаболеваний у медицинского персонала на 50–70%. Каждый год в мире производят не менее 300 видов новых дезинфектантов. Проверяется ли их токсичность и канцерогенность? Да, но я не видела официального заключения Минздрава на канцерогенность, токсичность, аллергенность ни одного химического дезинфектанта.

России понадобилось двадцать лет, чтобы отказаться от параформалиновой камеры, то есть от параформалина. А почему отказались? Потому что в результате применения таких камер резко повысился процент онкозаболеваний среди медицинского персонала. Невозможно было не обратить внимание на взаимосвязь работы с параформалиновой камерой и ростом онкопатологии у сотрудников клиник.

Рассматривают ли сегодня руководители Роспотребнадзора вопросы канцерогенности и токсичности дезинфектантов? Анализируют ли они санитарно-эпидемиологическое состояние вокруг больничных лабораторий клинического анализа крови, где нередко бегают крысы? Поражает невнимание к таким важным вопросам медпрактики. Как часто специалисты этой структуры делают бактериологический смыв с поручней, сидений, дверей в общественном транспорте? Между тем, смыв с поручня в московском метро покажет фантастический перечень заболеваний. В идеале житель столицы не должен снимать перчаток в общественном транспорте. На мой взгляд, со стороны Роспотребнадзора нет реальной заботы о санитарно-эпидемиологической ситуации в обществе. В то же время эта служба берет на себя решение вопроса о целесообразности применения озона.

Рентабельность производства химических дезинфектантов составляет не менее 1000%. Конечно, выгоднее внедрить не проверенный по медицинским показателям дезинфектант из остатков нефти (а эти остатки следовало бы вернуть земле!) и поделиться огромными прибылями с властной структурой, чем применять инновационный метод, полезный для здоровья человека.

ООО «Орион-Си» не может похвастаться сверхприбылями, поскольку производство электронной аппаратуры, как правило, не дает баснословных доходов. И нападки Роспотребнадзора на озон как дезинфектант несложно объяснить. Не так давно этот орган пытался остановить производство пива. Однако производители пива — сильный конгломерат, они отстаивали свое право на производство продукта. А как быть с озоном?

Озон — самое дешевое, экологически безопасное средство дезинфекции. Это «палочка-выручалочка» для страны, у которой не хватает денег на медицину. Именно так мы обосновали необходимость внедрения озоновых приборов, когда ООО «Орион-Си» еще только приступало к их производству. Впрочем, целесообразность применения озона для дезинфекции доказана медицинской практикой в течение 150 лет.

Невежество, коррупция, невнимание к проблемам общества представителей власти не впервые губят светлые мысли и блестящие научные разработки. А коррупция в нашей стране была, есть и будет до тех пор, пока руководящие органы недостаточно компетентны в сфере новых, в том числе медицинских, технологий, пока они не анализируют в полной мере их экономический эффект.

Сравнительная таблица достоинств и недостатков различных методов стерилизации

МЕТОД	ПРЕИМУЩЕСТВА	НЕДОСТАТКИ
Паровая стерилизация	Безопасно для окружающей среды. Короткая экспозиция. Не обладает токсичностью. Низкая стоимость. Не требует аэрации.	Качество стерилизации может быть нарушено при: попадании воздуха, повышенной влажности материала, плохом качестве пара. Нельзя стерилизовать термонеустойчивые и влагонепроницаемые изделия. Монтажные работы.
Воздушная высокотемпературная стерилизация	Безопасно для окружающей среды. Низкие коррозионные свойства. Глубокое проникновение в материал. Не требует аэрации. Низкая стоимость.	Длительная экспозиция. Температурные режимы и экспозиция отличаются в разных странах. Повреждение термочувствительных изделий. Монтажные работы.
Стерилизация 100%-й окисью этилена	Проникновение в упаковочные материалы и упаковочные пакеты.	Требуется время для аэрации. Маленький размер стерилизационной камеры. Окись этилена токсична и канцерогенна, легко воспламеняется. Опасно для здоровья медперсонала. Высокая стоимость оборудования. Монтажные работы.
Стерилизация парами перекиси водорода	Низкотемпературный режим. Не требует аэрации. Безопасно для окружающей среды.	Маленький размер камеры. Нельзя стерилизовать бумажные изделия, белье, растворы, а также изделия с длинными или узкими внутренними каналами. Требуется синтетическая упаковка. Высокая стоимость оборудования и расходных материалов. Монтажные работы.
Стерилизация парами раствора формальдегида	Низкая стоимость.	Необходимость отмыва поверхности от остатков формальдегида. Длительная экспозиция (часы). Обладает токсичностью. Канцерогенна и аллергенна. Опасно для здоровья медперсонала. Монтажные работы. Пожаровзрывоопасно.
Стерилизация озоном	Низкотемпературный режим. Короткая экспозиция. Глубокое проникновение в материал. Возможность стерилизации термонеустойчивых изделий. Стерилизация бумажных изделий и белья. Стерилизация оптических деталей, изделий из полимеров и стекла. Большой объем стерилизационной камеры. Не требует аэрации. Не обладает токсичностью. Безопасно для окружающей среды. Низкая стоимость. Монтажные работы.	Нельзя стерилизовать изделие в упаковочном материале.

ООО «ОРИОН-СИ»

115419, г. Москва, ул. Орджоникидзе, 11,

тел./факс.: (495) 952-48-21, 789-67-35, 762-82-52,

e-mail: orionsi@yandex.ru, www.orion-si.ru





Логоритмика



Выставка детских работ



Игровой модуль



«Волшебный коврик». Релаксация



Ароматерапия



Интегрированные занятия



Развитие мелкой моторики



ЛФК



ОЛМ

Применение технологии самосбережения здоровья и жизненного оптимизма (ортобиотики) в коррекционно-реабилитационной работе с детьми с тяжелыми нарушениями речи

Д. Б. Юматова, зав. отделением психолого-педагогической помощи ГБУСО МО
«Железнодорожный СРЦН «Горизонт», г. Железнодорожный Московской области

Практически все дети, посещающие Железнодорожный социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Горизонт», имеют патологию речи. Контингент детей довольно неоднородный, но общим для них является:

- наличие органических нарушений головного мозга,
- пониженная речевая активность,
- отставание психомоторного развития от возрастной нормы (они часто неуклюжи, с трудом ориентируются в пространстве, плохо следят глазами за движущимся предметом, не владеют простыми двигательными навыками, движения плохо скоординированы).

У детей отмечается неустойчивое внимание, незначительный объем памяти, повышенная возбудимость, расторможенность. Неустойчивость эмоционального фона влечет за собой быструю утомляемость, неспособность долго сосредотачиваться на одном задании. Таким детям необходимо переключение на различные виды деятельности, позволяющие не только развивать их двигательную активность, но и снимать характерное для них мышечное и эмоциональное напряжение, совершенствовать коммуникативно-адаптационные навыки.

Во многом этим требованиям отвечает технология самосбережения здоровья и жизненного оптимизма (**ортобиотика**), разработанная на кафедре человековедения и физкультуры Педагогической академии последипломного образования Московской области (ее преподавание ведется с 1992 года).

Специалисты нашего Центра более трех лет весьма успешно применяют ортобиотику в комплексной реабилитации детей с тяжелыми нарушениями речи. Ортобиотика органично вписывается в структуру комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями и соответствуют ее целям и задачам, основные из которых — восстановление физических сил, снятие нервно-психического и мышечного напряжения, восстановление духовных сил, пробуждение в ребенке веры в свои силы и возможности. Большое внимание уделяется комплексу индивидуально подобранных для детей коррекционно-реабилитационных мер с учетом основных положений технологии самосбережения здоровья (ортобиотики) (Шепель В. М. Ортобиотика: слагаемые оптимизма. — М: Авиценна, ЮНИТИ, 1996):

- рекреация (восстановление и укрепление двигательной активности тела);
- релаксация (снятие психического и мышечного напряжения);
- катарсис (эмоциональная разрядка, регулирование эмоционального состояния).

Они, как яркие краски, оживляют, обогащают эмоциями и впечатлениями все реабилитационные мероприятия, проводимые с детьми, создают положительную динамику в реабилитации.

Лауреат Нобелевской премии в области физиологии и медицины, врач Илья Ильич Мечников, сформулировавший теорию ортобиоза, считал его эффективным

средством «исправления дисгармонии человеческой природы» (коррекции и реабилитации в современном понимании). Он утверждал, что «**в собственной природе человека** существуют свойства, допускающие превращение дисгармонии в гармонию, способную доставить нам счастье. В эту категорию входит «**чувство жизни**», которое может развиваться как у здоровых людей, так и у больных хроническими или острыми формами болезней. Ввиду того, что «чувство жизни» поддается развитию, следует в этом смысле направлять и воспитание, точно так же, как мы стремимся у слепых усовершенствовать чувства, заменяющие зрение» (Мечников И. И. Этюды оптимизма. — М: Наука, 1987. — С. 222).

Большое значение в развитии «чувства жизни» И. И. Мечников придавал усовершенствованию органов чувств, обеспечивающих жизнедеятельность человека. Суть технологии ортобиоза: опора на целостный подход, связь воображения и телесных ощущений, взаимосвязь и взаимоподдержка слуховых, зрительных, кинестетических, тактильных ощущений. Триада «**Вижу—Слышу—Ощущаю**».

Теория — это замечательно, но лучше всего убедиться в этом на пальцах. Причем собственных. Предлагаю вам провести небольшой эксперимент-игру «Образ пяти пальцев».

Выберите руку: правую или левую. Теперь на этой руке выберите палец. Любой. Внимательно, с любовью изучите его, дайте ему имя собственное. А теперь поговорите с ним поговорить как с самым любимым существом....Вложите в эти мысли самые светлые, искренние чувства. Не забывайте об улыбке.

Что Вы замечаете? Какова чувствительность этого пальца по сравнению с остальными? Вы заметили, что с каждой секундой он по ощущениям все больше отличается от других. Чем именно?

Что вы там ощущаете? Тепло? Тяжесть? Покалывание? Набухание? Пульсацию?

Все это правильно, могут быть и другие индивидуальные ощущения!

Таким же образом работает и обострение внимания к какому-либо участку тела, что вызывает подключение дополнительных рецепторов, повышает его информативность. Внимание меняет чувствительность там, куда вы его направляете. Таким образом, на тот участок, куда Вы направляли повышенное внимание, вы оказывали влияние, причем как положительное, так и отрицательное, — в зависимости от того, какие эмоции и мысли туда вложены. А там, где внимание, там и получение энергии.

Сейчас вы поработали и с вашим физическим состоянием (поменяв положение руки), и с вашим психологическим состоянием (так как это время вы находились в состоянии релаксации и ваши эмоции вы сознательно переключили), и с вашим нравственным состоянием (так как вы его изучали с любовью, вкладывали позитивные

мысли и чувства). Поздравляю вас, вы повысили свое «чувство жизни»!

Так на простейшем примере мы убедились, что невозможно повысить «чувство жизни» (как и здоровье) без единства физического, психического и нравственного компонентов, причем нравственная составляющая очень важна. В этом — основное отличие ортобиотики от других наук, занимающихся здоровьем человека.

В каждом ребенке с проблемами в развитии можно найти те свойства, которые эффективно работают на развитие у него «чувства жизни». Если научить детей прислушиваться к своим ощущениям, получать ответную реакцию от органов чувств, поверить в свои возможности, пробовать и учиться делать то, что раньше казалось не по силам, то они обретут «золотой ключик» самопомощи!

Система комплексной реабилитации детей с тяжелыми нарушениями речи

Процесс комплексной реабилитации строится по модульной системе и реализуется по следующим направлениям:

- *рекреация, работа с физическим состоянием ребенка;*
- *релаксация, работа с психическим состоянием ребенка;*
- *социальная адаптация, работа с нравственным состоянием ребенка, социокультурная реабилитация.*

Модуль — очень гибкая система, его можно видоизменять, варьировать, интегрировать, добавлять новое. Конечно, каждый модуль имеет свою основную цель, но решая ее, специалисты используют элементы и других направлений. К примеру, при реабилитации двигательной активности применяются, помимо основных методов, приемы как релаксации, так и социальной адаптации.

Очень хорошо это прослеживается на занятиях логоритмики, мелкой моторики, различных интегрированных занятиях (ЛФК + музыкотерапия, театротерапия + музыкотерапия, компьютерная игротерапия + мелкая моторика + арт-терапия), при проведении некоторых физиопроцедур (ОЛМ + релаксотерапия, детензор-терапия + релаксотерапия).

Познакомимся с модульной системой организации комплексной реабилитации:

I. Информационно-диагностический модуль

1. Специалистами ведется сбор информации: мониторинг особенностей физического, психофизического развития ребенка.

2. Разрабатываются индивидуальные программы комплексной реабилитации, которые обсуждаются и утверждаются на Реабилитационном совете.

Специалистами проводятся: психолого-педагогическая диагностика (психолог, логопед, социальные педагоги); врачебный консилиум (педиатр, невролог, врач-физиотерапевт, врач ЛФК); социальный паспорт семьи.

3. Собственно реабилитационные мероприятия.

Есть несколько золотых правил ортобиотики, которые необходимо принимать во внимание.

- *Самое главное — игра, будь то любая процедура или коррекционное занятие. Особое значение имеет интерес ребенка к той деятельности, которую ему предлагают. Интерес служит мотивацией, стимулом к отношению к реабилитационному процессу как к игре. Необходимо чаще использовать игровые моменты.*
- *Все мероприятия планируются с учетом «формулы самосбережения» (разработана на Кафедре человековедения и физкультуры*

Педагогической академии последипломного образования Московской области): двигательная активность чередуется со снятием мышечного и эмоционального напряжения и продуктивной деятельностью детей. Необходимо помнить, что напряжение должно быть кратковременным, а расслабление — длительным.

- *Наилучший реабилитационный эффект достигается за счет создания положительного эмоционального настроя при выполнении реабилитационных мероприятий.*
- *Сотрудничество всех специалистов (медики, психологи, педагоги).*

II. Рекреационный модуль

Цель: поддержание и развитие двигательной активности.

Основные мероприятия рекреационного модуля: логопедическая коррекция; логопедический массаж; логотренажер «Дельфа-142»; кардиолотренажер «ДАС-БОС»; логоритмика; нейрокоррекция; развитие мелкой моторики; арт-гимнастика; вокалогимнастика; физиотерапия; медицинский массаж; ЛФК; игровые модули.

Детям с нарушениями речи следует уделять больше внимания восстановлению мышечного тонуса, предлагать доступные, интересные упражнения, приглашать в веселые игры, помогать проявлять двигательные способности. Очень полезны ходьба, дыхательная гимнастика, точечный массаж.

Игровые модули, которые находятся в холле Центра, очень нравятся детям, в перерывах между занятиями и процедурами они с огромным удовольствием спешат туда. Такие неорганизованные формы реабилитации полезны детям, способствуют переключению внимания, развитию воображения и двигательной активности.

III. Релаксационный модуль

Цель: снятие мышечного и психоэмоционального напряжения.

Основные мероприятия: сенсорная комната, игровой релаксационный комплекс «Волшебный коврик», артикуляционная гимнастика, музыкотерапия, активационная терапия (сеансы ОЛМ — одеяло лечебное многослойное), магнитотерапия, детензор-терапия в сочетании с релаксотерапией, ароматерапия, галотерапия, сухой бассейн, релаксационно-сенсорные игры.

Детям с нарушениями речи показан обязательный отдых, ограничение отрицательных эмоций. С этой целью в нашем Центре разработан игровой релаксационный комплекс «Волшебный коврик», который проводится





Я познаю мир

в заключительной части занятий логоритмикой и интегрированных занятий. Обязательно проведение с детьми релаксационных сеансов ароматерапии по окончании интегрированных занятий.

Все мероприятия сочетаются с музыкотерапией, сказкотерапией, наглядностью, используют доступные образы, вызывающие у ребенка интерес.

IV. Социально-адаптационный модуль

Цель: получение позитивного жизненного опыта.

Мероприятия включают три формы работы.

- *Индивидуальные формы работы (психологическая коррекция, арт-терапия, игротерапия, когнитивное развитие средствами компьютерной игротерапии).*
- *Хочу отметить возможности игротерапии как прекрасного средства адаптации ребенка к условиям Центра.*
- *Групповые формы работы (интегрированные развивающие занятия с элементами ортобиотики, на которых с детьми закрепляют материал логопедических занятий, активизируют словарь; «Социальное кафе»; «Я познаю МИР!» (познавательное развитие)).*
- *Коллективные формы работы (праздникотерапия, театротерапия).*

В конце каждого месяца для детей проводятся плановые праздники или развлечения. Нет заученных песен, специально выученных танцев. В большинстве — танцы по показу, подпевание. На таком мероприятии дети, как правило, раскрепощаются, ведь им не надо с напряжением ждать своего выступления и испытывать волнение. Все дети хороши, все успешны! Здесь заложена еще и нравственная составляющая: наряду с детьми-инвалидами в развлечениях принимают участие и дети с соматическими заболеваниями, имеющие нормальное развитие. Это воспитывает в них толерантное отношение к детям-инвалидам.

Один раз в два месяца организуются выставки детских работ. Всем участникам вручаются памятные дипломы.

Один раз в квартал проводятся «Музыкальные гостиные в нашем Семейном клубе», которые полюбили как дети, так и взрослые.

Самое ценное в таких встречах — внимание и доброта, которыми они наполнены. По сути, коллективные формы работы — это «профилактика радости», с помощью которой формируется устойчивая положительная доминанта в реабилитации.

Одно из важных ортобиотических правил — терапия средой, что позволяет включать в процесс реабилитации

все анализаторы (вижу, слышу, ощущаю), делая основной элемент интереса, игры и позитивный настрой.

Если пройти по помещениям отделений, открыть двери десятка кабинетов, то в каждом из них можно увидеть свой, особый мир. В кабинете арт-терапии дети вовлекаются в творческий процесс создания аппликации, рисунка. Пусть не всю работу ребенок сделает самостоятельно, но он осознает, что и его доля труда вложена в это красивое произведение. Сам процесс «творения» завораживает ребенка, он видит настоящее волшебство и верит в чудо!

Кабинет физиотерапии — это настоящая сказка, так считают наши дети. Каждое посещение физиокабинета становится для ребенка не унылым утомительным лечением, а увлекательным путешествием в страну сказок и фантазий. Именно в этом наше главное отличие от обычной традиционной физиотерапии, проводимой в учреждениях здравоохранения.

Во время проведения физиотерапевтических процедур звучат специально подобранные музыкальные программы и аранжировки для детей («Малыш в лесу», «Малыш у реки», «Малыш у моря» и т. д.), обращает на себя внимание и иллюстративный материал на стендах в физиокабинете.

Мы исходили из того, что чем ярче, выразительнее зрительный образ, тем дольше он сохраняется в чувственной памяти ребенка. Яркие изображения вызывают у ребенка приятные ассоциации и усиливают воздействие на организм. Например, при проведении световой терапии аппаратом «Биоптрон» мы обращаем внимание на солнышко, которое дарит малышу свой теплый солнечный лучик и помогает победить «вредных микробов».

Чтобы закрепить реабилитационный эффект физиопроцедур, мы просим детей нарисовать наиболее запомнившиеся им моменты. На это натолкнули нас сами дети, когда после сеансов ОЛМ стали приносить свои



Праздникотерапия

Театротерапия



Арт-гимнастика

работы. Так в кабинете физиотерапии появился уголок «Жемчужина Здоровья», экспозиция которого постоянно меняется.

Во время проведения процедур родители (иногда наши педагоги) читают детям волшебные истории о Царстве здоровья, специально разработанные нашими специалистами: «Жемчужное ожерелье здоровья», «Школа Мойдодыра», «Что такое вирус гриппа?», «Я знакоюсь сам с собой», «Мое дерево».

Программа «Физиотерапевтические методы в коррекции нарушений речи», разработанная специалистами нашего Центра, в 2008 году стала лауреатом конкурса реабилитационных программ государственных бюджетных учреждений социального обслуживания Московской области для детей с ограниченными возможностями и опубликована в одноименном сборнике.

V. Контрольно-аналитический модуль

Он позволяет сделать «срез эффективности» комплексной реабилитации. В Картах ППР фиксируются результаты динамики развития ребенка.

Спорные вопросы обсуждаются на Реабилитационном совете, а по окончании заезда (один раз в два месяца) проводится плановый медико-психолого-педагогический консилиум.

Хочу познакомить вас с интересной ортобиотической методикой, разработанной и применяемой в нашем Центре. С этой методики мы начали наш путь по дороге ортобиотики.

Релаксационные процедуры на детензоре (метод щадящего растяжения позвоночника) мы превратили в чудесную игру. Каждая процедура длится 20—30 минут. И здоровому ребенку трудно провести такой период времени, лежа неподвижно. А ребенку с ограниченными возможностями — и подавно. Тут и приходит на помощь ортобиотика.

Света С., 10 лет, диагноз «сахарный диабет». Во время проведения сеанса детензор-терапии девочка подружилась с необычным деревом, ствол которого был ее позвоночником. Каждому отделу своего чудесного дерева она дала название. Это было только ее, особенное дерево, оно давало ей силы, здоровье. И вот тут-то девочка показала неограниченность своей фантазии. Она разговаривала со стволом своего чудесного дерева: направляла внимание на тот отдел позвоночника, который отвечал за уровень сахара в крови (от 10-го грудного до 1-го поясничного позвонка), детензор помогал позвоночнику снять напряжение, которое

мешало бы этому общению. Целебные соки земли омывали ствол ее дерева и очищали нужный отдел от избытка сахара. Так ребенок овладевал навыками простейшей саморегуляции и помогал своему дереву-позвоночнику.

Контроль за состоянием уровня сахара осуществлялся врачом с использованием экспресс-тестов. Перед выполнением процедуры он составлял 8,8 ед., а по окончании процедуры упал до 6,2 ед. Надо было видеть, как засветились глаза девочки, как она поверила в свои силы и возможность самостоятельно справиться со своей проблемой!

Вот так, на уровне сердечного чувства дети учатся слышать свой организм, понимать его, а он ответит на любовь и доброе слово здоровьем. Таким образом складывается цельная система, способствующая формированию у детей начальных представлений о здоровом образе жизни, помогающая ребенку в преодолении имеющихся расстройств (в том числе и речевых) и стимуляции собственных внутренних резервов организма.

В течение трех лет в нашем Центре разрабатывалась, апробировалась и в настоящий момент успешно реализуется программа комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, основанная на положениях ортобиотики. По нашим наблюдениям, система комплексной реабилитации с применением ортобиотики способствует положительной динамике: у большей части детей преодолеваются речевые дефекты, корректируются отклонения в личностной и поведенческой сфере, эффективность реабилитационных мероприятий возрастает до 85—90%.

Благодаря применению ортобиотики изменились формы и способы взаимодействия самих специалистов с детьми: более широко используются интегрированные занятия, вводятся в реабилитационный процесс новые методики (методика проведения логоритмики, адаптированная для разных групп детей с речевыми нарушениями; игровой релаксационный комплекс «Волшебный коврик»; комплексы упражнений для развития пальчиковой активности; методика подбора музыкальных программ тонизирующей и успокаивающей направленности для сопровождения интегрированных занятий; методика проведения активационной терапии и детензор-терапии в сочетании с релаксо- и музыкотерапией). Думаю, что наш опыт пригодится специалистам, занимающимся с детьми в данном направлении.

Проблемы заболеваемости летно-подъемного состава ВВС и профилактика патологии опорно-двигательного аппарата

**П. М. Шешегов, к.м.н.; А. В. Сяков; В. Н. Зинкин, профессор, заслуженный врач РФ;
Ю. А. Чуманов; П. Е. Крайнюков, к.м.н.; ФБУ «1602 ОВКГ» МО РФ ВГ г. Ахтубинск;
НИИИ центр (авиационно-космической медицины и военной эргономики 4 ЦНИИ МО РФ)**

Регулярное изучение условий труда летного состава (ЛС) гражданской авиации показывает, что сама среда обитания, экология экипажа являются факторами риска потери того уровня здоровья, который необходим для продолжения летной работы. На здоровье летного состава большое влияние оказывает научно-технический прогресс в авиации, который повышает уровень сложности полета, социальной ответственности членов летных экипажей на фоне ухудшения физиолого-гигиенических условий труда [1].

В профессиональной деятельности ЛС маневренных и высокоманевренных самолетов часто обнаруживается влияние на организм одного из самых экстремальных динамических факторов авиационного полета — пилотажной перегрузки. Неблагоприятное воздействие приводит не только к опасным для летчика острым функциональным нарушениям, но и в значительной степени способствует развитию субклинических форм заболеваний и нозологических форм, что способствует преждевременной дисквалификации ЛС. Этому также способствует недостаточная защищенность лиц ЛС от стрессов физико-химической природы (от вибраций до электромагнитных излучений). По данным литературы, из всей летной популяции 20% лиц в возрасте до 35 лет имеют диагноз, после 35 лет — 40—65%. Летный состав чаще, чем лица соответствующих возрастов других профессий, страдает заболеваниями сердечно-сосудистой системы (в 4 раза), нейросенсорной тугоухостью (в 3,7 раза), почечно-каменной болезнью (в 6 раз), остеохондрозом позвоночника (в 2,1 раза) [2, 3].

Цель исследования: изучить структуру заболеваемости летно-подъемного состава ВВС и предложить альтернативный метод профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата.

По материалам отчетов врачебно-летной экспертизы изучена заболеваемость летно-подъемного состава. Всего обследовано 242 человека, из них 112 (46,3%) — летчики, 48 (19,8%) — штурманы и 82 (33,9%) — другие члены летных экипажей (бортинженеры, борттехники и др.). Здоровыми признаны 68 человек (28,1%), в том числе 27 летчиков (11,1%), 16 штурманов (6,6%), 25 других членов летных экипажей (10,4%). Распределение летного состава по видам авиации показано в таблице 1.

Основная масса лиц летного состава (71,9% обследованных) имеют патологию, не ограничивающую годность к летной работе, причем у половины из них выявлены заболевания с поражением двух и более органов и систем.

В таблице 2 приведены данные по заболеваемости летно-подъемного состава с указанием частоты встречаемости патологии органов и систем.

Почти у каждого второго военнослужащего (41,3%) имеется заболевание опорно-двигательного аппарата (ОДА), проявляющееся в виде остеохондроза или сколиоза позвоночника. На втором месте идут заболевания сердечно-сосудистой системы (29,3%). В основном это НЦД и гипертоническая болезнь, редко встречается ИБС и есть единичные случаи патологии венозной системы (варикозное расширение вен нижних конечностей, геморрой). На третьем месте (20,2%) — нарушения обмена веществ — ожирение алиментарно-конституционального

Таблица 1

Распределение летного состава по видам авиации

Вид авиации	Летчики, абс. (%)		Штурманы, абс. (%)	
	Здоров	Имеющий заболевание	Здоров	Имеющий заболевание
ИБА	11 (9,7%)	38 (34,0%)	10 (20,8%)	21 (43,8%)
ВТА	6, (5,4%)	27 (24,1%)	4 (8,3%)	10 (21,8%)
Вертолеты	10 (8,8%)	20 (17,9%)	2 (4,2%)	1 (2,1%)

Таблица 2

Заболеваемость летно-подъемного состава

Классы болезней	Частота встречаемости, абс. (%)
Болезни эндокринной системы	49 (20,2%)
Болезни нервной системы	6 (2,5%)
Болезни органа зрения	42 (17,3%)
Нейросенсорная тугоухость	11 (4,5%)
Болезни лор-органов	23 (9,5%)
Болезни органов кровообращения	71 (29,3%)
Болезни органов пищеварения	45 (18,6%)
Болезни костно-мышечной системы	100 (41,3%)
Болезни мочеполовой системы	18 (7,4%)

генеза. Причем у 16,5% обследованных ожирение сочетается с другой патологией, чаще с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Эти три вида патологии охватывают все возрастные группы, но наибольшее количество выявлено в возрасте 31—40 лет.

Заболевания органа зрения (нарушения рефракции) выявлены у 17,3% обследованных. Чаще встречается близорукость, реже дальнозоркость, еще реже астигматизм, причем дальнозоркость характерна для штурманов, а близорукость — для летчиков. Из заболеваний лор-органов (9,5%) чаще встречается кистозный гайморит, реже искривление перегородки носа, есть случай полипозного риносинусита и хронического тонзиллита в компенсированной форме. Среди заболеваний желудочно-кишечного тракта (18,6% военнослужащих) чаще отмечается хронический гастродуоденит, редко доброкачественная билирубинемия. Заболевания нервной системы отмечены у 6 человек (2,5%), всем установлен диагноз «церебральная ангиодистония». Не было выявлено больных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, с заболеваниями органов дыхания. Максимальное число больных имеют сравнительно молодой возраст — 31—40 лет.

По данным литературы, до 30% ЛС имеет диагноз «остеохондроз позвоночника» [2, 3]. Это связано с необходимостью при выполнении полетного задания длительное время находиться в сидячем положении, позвоночные мышцы при этом испытывают нагрузку больше той, которую могут выдержать, развиваются патологические состояния в виде деформирующего остеохондроза, грыжи межпозвонковых дисков, сколиоза, неврита, невралгии, миозита. Широкое распространение данного вида патологии выявлено нами при анализе заболеваемости ЛС.

Распределение заболеваемости опорно-двигательного аппарата у ЛС по видам авиации (в %)

Вид авиации	Летчики	Штурманы
ИБА	17,4	25,7
ВТА	5,6	7,1
Вертолеты	5	-
Всего	28	32,8

Так, дегенеративно-дистрофические процессы позвоночника у летчиков встречаются в 15% случаев, а у штурманов и других членов летных экипажей — в 2,5 раза реже (6%).

В таблице 3 показана заболеваемость ОДА у ЛС в зависимости от вида авиации.

Из таблицы 3 видно, что в большей степени заболеваемости ОДА подвержен ЛС ИБА, причем летчики ИБА страдают данной патологией реже, чем штурманы.

С заболеваниями ОДА из всего количества ЛС ИБА выявлено 33% летчиков и 35% штурманов, из ЛС ВТА — 21% и 28% соответственно, из ЛС вертолетной авиации — 26%.

У летчиков заболевания ОДА проявляются с 30-летнего возраста, с пиком в 36—40 лет. У штурманов — с 25 лет с пиком в 36—40 лет. Как было сказано выше, заболевания ОДА проявляются в виде остеохондроза или сколиоза позвоночника. В молодом возрасте регистрируется патология в виде остеохондроза грудного (чаще) или поясничного отдела позвоночника. С возрастом процесс охватывает все отделы позвоночника, и к 50 годам до 80% ЛС имеют диагноз «распространенный остеохондроз позвоночника». Эта патология связана со спецификой летного труда. Небольшая часть ЛС (до 5%) имеют диагноз «сколиоз грудного отдела позвоночника». У небольшой части ЛС имеется сочетание этих двух патологий.

Таким образом, из анализа заболеваемости ЛС видно, что в структуре заболеваемости большую часть занимают болезни опорно-двигательного аппарата, органов кровообращения и болезни обмена веществ (ожирение). Нарушения обмена веществ наблюдаются с 30-летнего возраста, а дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника — с 30—35 лет, что соответствует данным научной литературы, и это связано со спецификой летного труда. По некоторым данным, уже после 35 лет у 70—80% летной популяции с вероятностью 0,62—0,82 развиваются хронические болезни позвоночника с болевым синдромом, предстательной железы и почек, вегетативные дистонии, нарушение ритма и трофики сердца, истощение нервной системы, психические состояния ипохондрии и депрессии [2, 3].

Основными направлениями, в рамках которых в настоящее время проводятся лечебно-профилактические мероприятия заболеваний ЛС, являются профессиональный врачебный отбор и динамическое наблюдение. ЛС ежегодно проходит освидетельствование врачебно-летной комиссией (по показаниям — амбулаторное или стационарное), один раз в полгода — углубленный медицинский осмотр с участием терапевта и невролога, а при наличии заболеваний его проводят ежеквартально.

Считаем целесообразным профилактику заболеваний опорно-двигательного аппарата начинать с этапа отбора кандидатов к обучению и курсантов летных училищ с помощью проведения рентгенологического и ультразвукового исследования. Основанием для этого являются данные всероссийской диспансеризации 2002 года, согласно которым ОДА занимает первое место среди заболеваний детского и подросткового возрастов.

К методам выявления заболеваний ОДА относятся: жалобы ЛС, осмотры невролога при медицинских осмотрах и по показаниям, рентгенография позвоночника плановая (при первом стационарном освидетельствовании в тридцать лет и при очередном стационарном освидетельствовании) и по показаниям.

При клинических формах заболеваний ОДА, когда появляются жалобы и имеются клинические симптомы, проводится комплекс лечебных мероприятий, включающий в себя медикаментозную терапию, сеансы мануальной терапии, физиотерапию, лечебную физкультуру. Лицам с доклиническими формами, не имеющими клинических симптомов заболевания даже при наличии рентгеноло-

гических признаков патологии ОДА, практически никакие лечебно-оздоровительные мероприятия в настоящее время не проводятся. Считаем целесообразным уже с этого этапа использование массажа и физиотерапии, что будет способствовать замедлению прогрессирования заболеваний.

С профилактической и лечебной целью необходимо использовать разгрузочные методы воздействия на позвоночник, особенно в послеполетном периоде. Одним из таких эффективных методов для профилактики и лечения заболеваний позвоночника является использование термической массажной кровати. Это относительно новое физиотерапевтическое оборудование, включающее в себя комплекс лечебных воздействий. Предлагаем использовать его в системе профилактики болевого синдрома и травматического повреждения структур позвоночника гравитационного генеза, а также нейрососудистых нарушений нижних конечностей. Термическая массажная кровать включает в себя комплекс физиотерапевтических методов: акупунктуру, термотерапию, массаж. При выборе способа воздействия рекомендуем использовать термомассаж поясничного и шейно-грудного отделов позвоночника.

Для оценки эффективности профилактики патологии и методов реабилитации целесообразно применение комплекса методов, включающего диагностику функционального состояния позвоночного столба и связанных с ним внутренних органов, мануальное обследование, исследование функционального состояния системы центральной и периферической гемодинамики, субъективную оценку состояния.

Выводы

- Установлено, что 41,3% летного состава имеют заболевания опорно-двигательного аппарата. В большей степени этим заболеваниям подвержены штурманы истребительно-бомбардировочной авиации.
- Профилактику заболеваний опорно-двигательного аппарата целесообразно начинать с этапа отбора кандидатов к обучению и курсантов летных училищ с помощью проведения рентгенологического и ультразвукового исследования.
- С профилактической и лечебной целью необходимо использовать разгрузочные методы воздействия на позвоночник, особенно в послеполетном периоде.

Литература

1. Козин О. В. Основные этапы и перспективы изучения профессиональной тугоухости у лиц летных профессий гражданской авиации // Вестник оториноларингологии. — 2009. — №6. — С. 58—62.
2. Разумов А. Н., Пономаренко В. А., Пискунов В. А. Здоровье здорового человека (основы восстановительной медицины). — М, 1996.
3. Рябкина Л. П., Багирова Л. И., Сулейманов А. Я., Азимов М. М. Санитарно-гигиенические аспекты летного труда. — Иркутск, 2003. — С. 112—116.

Geratherm[®]
classic



БЕЗ РТУТИ 100% БЕЗОПАСНЫЙ НЕМЕЦКОЕ КАЧЕСТВО

ТЕРМОМЕТР СТЕКЛЯННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ БЕЗ РТУТИ!
ЗАМЕНИТЕЛЬ РТУТИ —
НЕТОКСИЧНЫЙ БЕЗОПАСНЫЙ ЖИДКИЙ МЕТАЛЛ ГАЛИНСТАН

- Экологически чистый
- Гарантированная точность
- Стекло повышенной прочности
- Диапазон измерений 35—42°C
- Время измерения 4—5 мин.
- Прочный пластиковый футляр
- Утилизация в обычные отходы
- Более 5 лет на рынке России
- Опасайтесь подделок!!!



Термометр разработан и изготавливается немецкой компанией «Geratherm Medical AG» в Германии. Эксклюзивным дистрибьютором в России является ООО «ГераМед», г. Москва. Заказы принимаются: e-mail: geramed@rambler.ru, тел./факс: (495) 7597168



СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ ГРУППА КОМПАНИЙ

**уникальный
АССОРТИМЕНТ**
ЦЕНЫ ЗАВОДОВ-ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ

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

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

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

E-mail: medzakupki@mail.ru



Нижегородский завод спецавтомобилей «ПРОМЫШЛЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ» —

современное производственное предприятие, входящее в состав ведущего российского производителя автомобилей скорой медицинской помощи (СМП) и социального транспорта ПГ «Самотлор-НН»

Основная доля продукции завода — «скорые», 70—80% из них производятся для муниципальных учреждений здравоохранения, оставшиеся — для частных клиник.

Автомобили собираются в соответствии с постановлением правительства РФ «Об утверждении технического регламента о безопасности колесных транспортных средств» и предназначены для:

- перевозки больных, обслуживания пунктов СМП и эвакуации пострадавших (санитарные);
- транспортировки пациентов, предположительно не являющихся экстренными, в сопровождении медперсонала (класс «А»);
- проведения лечебных мероприятий СМП силами врачебной (фельдшерской) бригады, транспортировки и мониторинга состояния пациента на догоспитальном этапе (класс «В»);
- проведения лечебных мероприятий СМП силами реанимационной бригады, транспортировки и мониторинга состояния пациента на догоспитальном этапе (реанимобиль — класс «С»);
- акушерско-гинекологических бригад, автомобили оснащаются боксом новорожденных (неонатальный реанимобиль);
- медицины катастроф;

- оперативного и профессионального оказания медпомощи пациентам с привлечением врача-консультанта (мобильный телемедицинский комплекс);
- проведения профосмотров, оказания диагностической, терапевтической и по необходимости хирургической помощи пациентам, живущим на больших расстояниях от медпунктов (передвижные кабинеты — офтальмологический, стоматологический, гинекологический, отоларингологический, забор анализов, ЭКГ и пр.).

«Скорые» оснащаются российским и импортным медоборудованием в соответствии с назначением и классом автомобилей. Салон выполняется в двух вариантах: «Комфорт» и «Стандарт».

«СТАНДАРТ» — интерьер салона выполняется из композитного материала, устойчивого к моюще-дезинфицирующим средствам, рекомендованным для дезобработки поверхностей; пол — из материала транлайн, позволяющего проводить «палубную мойку», материалы обтяжки рабочих кресел сидений и матраца для больного разрешены к применению в медизделиях и выполнены без складок и морщин. Салон выполнен в климатическом исполнении, позволяющем бригаде СМП работать при внешней температуре от -40 до +40°C.

Салон **«КОМФОРТ»** — соответствует евростандарту EN 1789. Интерьер салона отличается гладкой поверхностью (файбергласс), не впитывающей запахи и устойчивой к воздействию лекарственных препаратов и моюще-дезинфицирующих средств.



новыми светодиодными сигнально-громкоговорящими устройствами собственной разработки и производства. Оснащение салона изготовлено по евростандарту, просторное, оборудованное мебелью из композитного материала с цветным полимерным покрытием, трансформируемыми сидениями, удобной системой расположения и хранения медоборудования, встроенным умывальником собственной разработки, электронным блоком управления, что позволяет качественнее и оперативнее оказывать услуги СМП пострадавшим.

Завод спецавтомобилей «Промышленные технологии», являясь постоянным участником госпрограмм по поставкам «скорых», ежедневно отгружает автомобили, спасающие жизнь, в разные уголки России и страны ближнего зарубежья. Ежедневно на автомобилях, произведенных заводом, спасают человеческие жизни — от Калининграда до Камчатки.



ООО «Промтех» 603065, г. Нижний Новгород,
ул. Переходникова, 1 Д
Тел.: (831) 298-13-70, 298-13-74, 297-83-00, 297-17-52
факс (831) 297-13-95
e-mail: info.com@promteh-nn.ru, www.promteh-nn.ru

КАЗАНСКИЙ ЦЕНТР ОБУЧЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРОВОДИТ НА БАЗЕ ВЕДУЩИХ КЛИНИК ГОРОДА

ОБУЧЕНИЕ МЕТОДАМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ «ИЗ РУК В РУКИ»

Обучение специальности «из рук в руки». Работа за аппаратом в режиме реального времени в группах по 4—5 врачей. Ежедневный осмотр совместно с профессором 25—30 тематических больных. Самостоятельное проведение исследований. Архив данных клиники по РКТ и МРТ.

Продолжительность каждого из четырех циклов — 2 недели. Формирование групп из 4—5 слушателей по мере поступления заявок. Занятия проводит проф. Ибатуллин М. М. (зав. отделением РКТ и МРТ).

По окончании цикла выдаем СЕРТИФИКАТ Центра обучения.

1. Лучевая диагностика в неврологии и нейрохирургии (РКТ+МРТ).
2. Лучевая диагностика заболеваний опорно-двигательного аппарата (РКТ+МРТ).
3. Лучевая диагностика заболеваний внутренних органов (РКТ+МРТ).
4. Специализация для рентгенолаборантов по РКТ и МРТ.

ОБУЧЕНИЕ МЕТОДАМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ «ИЗ РУК В РУКИ»

Обучение специальности «из рук в руки». Ежедневная работа за аппаратом в режиме реального времени в группах по 4—5 врачей. Формирование групп по мере поступления заявок. Ежедневный осмотр совместно с преподавателем 25—30 тематических больных с 9.00 до 15.00. Самостоятельное проведение исследований. Архив данных клиники.

Продолжительность каждого цикла — 2 недели. Занятия проводят заведующие отделениями УЗИ.

По окончании цикла выдаем СЕРТИФИКАТ Центра обучения.

1. УЗИ в акушерстве-гинекологии.
2. УЗИ сердца.

XX УЧЕБНЫЙ ГОД

За девятнадцать лет деятельности Учебного Центра переподготовку на наших циклах прошли 3600 врачей из России и стран СНГ. Некоторые специалисты за эти годы обучились на двух, трех и пяти циклах. Многим из наших курсантов новые технологии помогли сделать профессиональную, научную и административную карьеру. Сегодня они возглавляют Центры, клиники, больницы, кафедры и отделения в 279 городах России и стран СНГ. Во многих регионах нашими курсантами созданы коммерческие и хозрасчетные отделения, частные клиники и дневные стационары. С 2005 года мы начали обучение на английском языке для врачей стран дальнего зарубежья.

ЗАЯВКИ ПРИНИМАЕМ:

Тел. **8(843) 554-36-08; 8-917-234-31-90** (резервный),
Пискунова Ирина Николаевна. E-mail: **5543608@list.ru**

Наш почтовый адрес:

420080, Казань-80, а/я 121, Центр Эндохирургии, проф. Федорову И. В.

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

Руководитель Центра обучения — проф. Федоров И. В.

E-mail: **fiv-endosur@yandex.ru**

Наш сайт — **<http://endosur.ru>**

По желанию высылаем подробную программу любого цикла

Особенности медицинской реабилитации участников локальных военных конфликтов молодого и среднего возраста в Ростовском госпитале ветеранов войн (2009—2011 гг.)

*И. В. Галеев, главный врач; С. С. Меметов, Е. В. Юношева, Л. Ю. Балека;
Госпиталь ветеранов войн, г. Ростов-на-Дону*

За период с 2009 по 2011 гг. в госпитале прошли курс реабилитации 1334 воина-интернационалиста, основная часть которых находилась на лечении в неврологическом (34,7%) и терапевтическом отделениях (23%). В общей структуре больных воины-интернационалисты (в/и) составляют около 14%.

В комплексе реабилитационных мероприятий, проводимых в госпитале, помимо медикаментозной терапии широко используется физиотерапия, лечебная физкультура и массаж, иглорефлексотерапия и лечебное питание.

Используемые в процессе лечения элементы психологической реабилитации формируют у пациентов понимание пользы сознательного и активного участия в лечении, что ведет к скорейшему восстановлению утраченных функций.

Реабилитация рассматривается как составная часть лечебного процесса, обеспечивающая восстановление трудоспособности. Доля работающих в/и за истекшие три года составила 34,4%. Следует отметить, что за последний год в результате активно проводимых реабилитационных мероприятий на всех ее этапах количество трудоспособных в/и увеличилось на 14%.

На госпитальном этапе реабилитации основными ее задачами являются:

- *выработка наиболее рациональной программы реабилитационных мероприятий с обеспечением ее преемственности на последующих этапах;*
- *определение адекватности лечебно-двигательного режима;*
- *преодоление отрицательных психических реакций, возникающих в связи с заболеванием или травмой, со стороны пациента и его родственников.*

Удельный вес физиотерапии в общем объеме мероприятий медицинской реабилитации составляет в госпитале 80%, однако у данного контингента больных он используется более чем в 93% случаев. Широкое использование физиотерапевтического лечения базируется на действии внешних физических факторов, которое имеет системный характер, проявляющийся в комплексном реагировании всех систем и органов человека в ответ на воздействие. Реабилитация включает в себя компенсацию нарушенных функций за счет формирования новых временных связей, обеспечивающих иммобилизацию резервов, включение в деятельность интактных структур.

Коррекция психических нарушений в реабилитационном процессе представляет определенные трудности



из-за глубины психических переживаний, осложненных соматическими недугами.

Способность физических факторов активизировать и уравнивать возбудительные и тормозные процессы (электросон, ЛЭФ и гальванизация по Щербаку, водные процедуры), увеличивать их подвижность, повышать общий тонус организма (биостимуляция по Корепанову, водные процедуры), снимать утомление и повышать настроение и работоспособность (фитосборы — седативные коктейли, аэрофитотерапия эфирными маслами, музыкотерапия) благотворно влияют на психику пациентов.

В физиотерапии используются самые разные по локализации воздействия: местные, общие, сегментарно-рефлекторные и другие. Характер ответной реакции и терапевтический эффект зависят от места приложения физиотерапевтического фактора. Общие воздействия оказываются более эффективными при заболеваниях нервной системы, нейроциркуляторной дистонии, психастеническом синдроме, депрессиях, остеохондрозах, сердечно-сосудистой патологии, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни (доля кардиологических больных среди воинов-интернационалистов составила 18,7%). С этой целью в госпитале успешно используются магнитотерапевтическая установка (МТУ), биостимуляция по Корепанову, гидромассажные ванны и другие процедуры.

Лечебное воздействие МТУ за счет размещения пациента внутри индуктора большого диаметра происходит одновременно на все системы организма, в том числе на нервную, эндокринную, сердечно-сосудистую, лимфатическую, а также на обмен веществ и окислительно-восстановительные процессы (увеличивается клеточный иммунитет).

Использование частоты магнитного поля на уровне 100 Гц синхронизируется с большим числом биологических ритмов организма, начиная от обмена веществ в клетках до активности отдельных систем и органов. Индукция небольшая — 1,5 мТл (в отличие от других магнитотерапевтических аппаратов, где она достигает 20 мТл), нарастает постепенно в течение цикла (2 мин.) и так же постепенно падает (как работает наше сердце: систола—диастола), что ведет к развитию положительного хронобиологического эффекта.

Гипотензивный эффект обусловлен расслаблением гладкомышечной мускулатуры.

Активируются регенеративные процессы (срастание переломов костей).

Активация симпатoadреналовой, гипоталамо-гипофизарной, надпочечниковой систем ведет к улучшению психофизического эмоционального состояния, нормализации сна, обезболиванию.

При проведении инфракрасной квантовой биостимуляции по Корепанову воздействие происходит на огромный сосудистый пучок — каротидный синус, бедренные, подмышечные сосуды, область печени. Кровь является активным фотоакцептором инфракрасных лучей, поэтому отмечается высокая эффективность этого вида терапии. Неинвазивное воздействие на кровь делает процедуру безопасной.

В большинстве случаев предпочтение следует отдавать комбинированным воздействиям — последовательному применению сегментарно-рефлекторных, местных и общих воздействий. Лечение проводится по индивидуальным схемам.

Особо следует остановиться на получающем распространение в последние годы методе физического воздействия на кровь. Помимо лазеротерапии в госпитале широко используется для облучения крови и ее компонентов интракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови (ИУФОК). Используется этот метод при самых разнообразных заболеваниях: гнойно-воспалительных, ИБС, облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей и особенно эффективно при болезни Бехтерева с высокой степенью активности воспалительного процесса. Лечение проводится по индивидуальным схемам.

Выводы

Комплекс используемых в госпитале физиотерапевтических реабилитационных мероприятий при лечении воинов-интернационалистов (МТУ, биостимуляция по Корепанову, подводный душ-массаж, фитотерапия, ЛФК и массаж, иглорефлексотерапия, аэрофитотерапия эфирными маслами, музыкотерапия и т. д.) способствует сокращению длительности пребывания больного в госпитале, восстановлению трудоспособности в более короткие сроки.

В настоящее время проблема реабилитации участников военных конфликтов остается актуальной, поскольку сохраняются очаги вооруженных конфликтов, что подтверждается госпитальной статистикой. За последние три года количество воинов-интернационалистов, прошедших курс реабилитации, увеличилось с 30% до 36% (от общего количества пролеченных воинов-интернационалистов).

Лечение хронического гепатита С

С. В. Моисеев, д.м.н., профессор кафедры терапии и профболезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, профессор кафедры внутренних болезней факультета фундаментальной медицины МГУ им. М. В. Ломоносова

Хронический гепатит С остается одной из ведущих проблем здравоохранения. В мире число инфицированных вирусом гепатита С (HCV) достигло 170 миллионов, а в России этим вирусом инфицированы несколько миллионов человек. У большинства из них развивается хронический гепатит, реже — цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома. Из-за отсутствия эффективной вакцины вряд ли стоит ожидать значительного снижения заболеваемости хроническим гепатитом С, что определяет важность разработки и совершенствования схем противовирусной терапии. В настоящее время хронический гепатит С уже не считают неизлечимым заболеванием. В клинических исследованиях при применении пегилированных интерферонов и рибавирина в дозе, подобранной по массе тела, частота стойкого вирусологического ответа (то есть авиремии, сохраняющейся через шесть месяцев после завершения противовирусной терапии) составляла в среднем 50—60% [1—3]. В российском многоцентровом исследовании у 242 больных хроническим гепатитом С частота стойкого вирусологического ответа на комбинированную терапию

пэгинтерфероном альфа-2а (180 мкг/нед.) и рибавирином (800—1200 мг/сут.) достигла 65,5%, в том числе 55,9% — у больных с генотипом 1 и 81,0% — у пациентов с генотипами 2 и 3 [4].

Результаты длительных исследований свидетельствуют о том, что стойкий вирусологический ответ можно считать критерием излечения от вирусной инфекции. Например, S. Maylin и соавт. [5] в течение 18 лет (медиана около 3 лет) наблюдали 344 больных гепатитом С, ответивших на интерферонотерапию. При повторных исследованиях с помощью высокочувствительного метода HCV RNA не была выявлена ни в одной из 1300 проб сыворотки, что подтверждало отсутствие рецидива вирусемии. Более того, элиминация вируса сопровождалась улучшением гистологической картины печени. Например, уменьшение стадии фиброза было отмечено более чем у половины пациентов. Сходные результаты приводят и другие авторы [6]. Данные неконтролируемых исследований указывают на то, что элиминация вируса снижает риск развития поздних осложнений хронического заболевания печени, в частности гепатоцеллюлярной карциномы [7]. Параллельно с улучшением результатов

лечения хронического гепатита С расширяются и показания к противовирусной терапии (например, хронический гепатит с «нормальной» активностью печеночных ферментов, гепатит С у ВИЧ-инфицированных и др.). Установлены различные факторы (возраст, раса, генотип вируса, полиморфизм гена ИЛ-28В, выраженность фиброза и т. п.), которые позволяют предсказать ответ на противовирусную терапию и, соответственно, индивидуализировать ее (выбор длительности приема и доз противовирусных средств). Особое значение придается динамике вирусной нагрузки на фоне лечения противовирусными средствами. Например, быстрый вирусологический ответ (то есть элиминация HCV RNA через 4 недели после начала терапии) указывает на возможность сокращения длительности курса противовирусной терапии, в то время как при замедленной элиминации вируса она может быть, наоборот, увеличена.

Сравнительные исследования противовирусных препаратов

Для лечения хронического гепатита С применяют два пегилированных интерферона альфа, которые отличаются по химическому строению (массе и длине цепи полиэтиленгликоля, месту пегилирования), фармакокинетике, режиму дозирования. Пэгинтерферон альфа-2а (Пегасис) назначают в фиксированной дозе 180 мкг/нед., а пегилированный интерферон альфа-2b (ПегИнtron) — в дозе, подобранной по массе тела, — 1,5 мкг/кг/нед. В последние годы были завершены несколько сравнительных исследований, которые позволяют сопоставить эффективность и безопасность двух пегилированных интерферонов.

В первое проспективное рандомизированное исследование, которое проводилось в Италии, были включены 320 первичных больных с различными генотипами HCV [8]. Пациентов рандомизировали на две группы и назначали пэгинтерферон альфа-2а (180 мкг/нед.) или пегилированный интерферон альфа-2b (1,5 мкг/кг/нед.). Все больные получали также рибавирин по одинаковой схеме (1000—1200 мг/сут.). Длительность лечения в обеих группах составляла 48 недель при наличии генотипов 1 и 4 HCV и 24 недели у пациентов с генотипами 2 и 3 вируса. Соотношение числа пациентов с различными генотипами вируса в двух группах было одинаковым (примерно у 60% определялся генотип 1). У всех пациентов, включенных в исследование, частота стойкого вирусологического ответа в группе пэгинтерферона альфа-2а была достоверно выше, чем в группе пегилированного интерферона альфа-2b ($p=0,008$). Эта разница была достигнута в основном за счет пациентов с генотипами 1/4 и высокой вирусной нагрузкой, которые в целом хуже отвечают на интерферонотерапию. В этих двух выборках пэгинтерферон альфа-2а по частоте стойкого вирусологического ответа достоверно превосходил пегилированный интерферон альфа-2b ($p=0,04$ и $p=0,002$ соответственно). У пациентов с генотипами 2/3 частота стойкого вирусологического ответа также была выше в группе пэгинтерферона альфа-2а (88,1% и 74,6% соответственно, $p=0,046$). Следует отметить, что преимущество этого препарата опреде-

лялось только у пациентов с генотипом 2, в то время как у больных с генотипом 3 вируса результаты лечения оказались одинаковыми. Побочные эффекты были сходными в двух группах, как и частота модификации доз пегилированных интерферонов и рибавирина.

В открытом рандомизированном исследовании MIST, которое также проводилось в Италии, рандомизировали 431 первичного пациента с хроническим гепатитом; 212 из них получали пэгинтерферон альфа-2а + рибавирин, а 219 — пегилированный интерферон альфа-2b + рибавирин [9]. Как и в предыдущем исследовании, длительность лечения у пациентов с генотипами 1/4 составляла 48 недель, а у больных с генотипами 2/3 — 24 недели. Примерно у 40% пациентов двух групп имелся генотип 1 HCV. По другим демографическим, клиническим и вирусологическим показателям две группы также были сопоставимыми. У всех рандомизированных пациентов пэгинтерферон альфа-2а по частоте вирусологического ответа превосходил пегилированный интерферон альфа-2b (66% и 54% соответственно, $p=0,02$). Преимущество пэгинтерферона альфа-2а по эффективности определялось у пациентов с генотипами 1/4 ($p=0,02$) и генотипом 2 ($p=0,01$) вируса, в то время как при наличии генотипа 3 эффективность двух схем противовирусной терапии была одинаковой. Переносимость двух схем противовирусной терапии существенно не отличалась. Так, частота прекращения лечения из-за нежелательных явлений составила 7% в группе пэгинтерферона альфа-2а и 6% — в группе пегилированного интерферона альфа-2b. Характер нежелательных реакций также был практически одинаковым.

В исследовании PRACTICE были ретроспективно проанализированы результаты лечения двумя пегилированными интерферонами и рибавирином у 3470 первичных больных хроническим гепатитом С, получавших противовирусную терапию в обычной практике [10]. Чтобы избежать искажения результатов за счет отсутствия рандомизации, исследователи подбирали пары пациентов по различным показателям. Первую выборку составили больные ($n=2378$), подобранные по возрасту, генотипу HCV, вирусной нагрузке, индексу массы тела и др., вторую выборку — больные ($n=1672$), подобранные по дозе рибавирина. В обеих выборках преобладали пациенты с генотипом 1 вируса (около 60%). У всех пациентов, включенных в ретроспективное исследование, частота стойкого вирусологического ответа была сходной в группах пэгинтерферона альфа-2а и пегилированного интерферона альфа-2b (52,9% и 50,5% соответственно). Частота прекращения противовирусной терапии из-за плохой переносимости была сходной (18,5% и 14,5% соответственно). Преимуществом исследования можно считать то, что оно проводилось в обычной клинической практике и было лишено некоторых недостатков рандомизированных клинических исследований (например, жесткие критерии включения и исключения и т. п.). Частота стойкого вирусологического ответа при лечении пегилированными интерферонами и рибавирином была достаточно высокой у пациентов с различными генотипами HCV и сопоставимой с таковой в рандомизиро-

ванных клинических исследованиях. Таким образом, противовирусная терапия в реальной практике позволяла достичь похожих результатов.

В самом крупном американском многоцентровом исследовании IDEAL были рандомизированы 3070 первичных больных хроническим гепатитом С (генотип 1) [11]. Первичной целью этого исследования было сравнение безопасности и эффективности двух доз пегилированного интерферона альфа-2b (1,0 и 1,5 мкг/кг/нед.) в сочетании с рибавирином в дозе 800–1400 мг/сут. Пациенты третьей группы получали пэгинтерферон альфа-2a в сочетании с рибавирином в дозе 1000–1200 мг/сут. Частота стойкого вирусологического ответа оказалась практически одинаковой в трех группах — 38,0%, 39,8% и 40,9% соответственно. По безопасности три схемы противовирусной терапии также не отличались. Частота серьезных нежелательных явлений составляла от 8,6% до 11,7%. У пациентов, у которых не определялся HCV RNA через 4 и 12 недель, частота стойкого вирусологического ответа достигала 86,2% и 78,7% соответственно. Таким образом, исследование IDEAL не подтвердило преимущество какой-либо схемы комбинированной противовирусной терапии у пациентов с генотипом 1 HCV.

Пути совершенствования противовирусной терапии

Комбинированная противовирусная терапия пегилированными интерферонами и рибавирином — это единственный метод, который сегодня позволяет вылечить хроническую HCV-инфекцию. Однако противовирусная терапия имеет очевидные недостатки: она эффективна не у всех пациентов, часто вызывает нежелательные реакции, проводится в течение длительного срока. В связи с этим на протяжении последних лет предпринимаются попытки усовершенствования комбинированной противовирусной терапии. Один из возможных путей повышения эффективности противовирусных средств — увеличение длительности их применения при наличии медленного вирусологического ответа. В многоцентровом исследовании TeraVIC-4 были рандомизированы 326 больных, у которых определялась HCV RNA через 4 недели после начала лечения пэгинтерфероном альфа-2a и рибавирином [12]. Пациентам проводили 48- или 72-недельный курс противовирусной терапии. У больных с генотипом 1 частота стойкого вирусологического ответа на 72-недельный курс противовирусной терапии достоверно превышала частоту ответа на 48-недельное лечение (44% и 28% соответственно, $p=0,003$). Это преимущество было достигнуто за счет значительного снижения частоты рецидивов виремии после завершения более длительного лечения. Потенциальными кандидатами на более длительную противовирусную терапию считают также ВИЧ-инфицированных больных хроническим гепатитом С и пациентов, которые не ответили на предыдущий курс противовирусной терапии. С другой стороны, в части случаев длительность противовирусной терапии может быть сокращена. Например, при наличии быстрого вирусологического ответа (авиремия через

4 недели) у пациентов с генотипом 1 HCV достаточным считают 6-месячный курс комбинированной противовирусной терапии.

Еще один возможный подход к улучшению результатов противовирусной терапии — увеличение доз противовирусных препаратов. Попытки применения пегилированного интерферона в более высокой (индукционной) дозе пока не увенчались успехом. В исследовании CHARIOT [13] у 896 больных с генотипом 1 HCV изучали эффективность пэгинтерферона альфа-2a в дозе 360 мкг/нед. Эту дозу применяли в течение первых 12 недель, после чего пациенты продолжали лечение препаратом в дозе 180 мкг/нед. Хотя индукционная терапия привела к увеличению частоты быстрого и раннего вирусологического ответа, тем не менее, частота стойкого вирусологического ответа достоверно не отличалась у пациентов основной и контрольной групп (последние получали стандартную 48-недельную терапию пэгинтерфероном альфа-2a и рибавирином). В то же время результаты применения более высоких доз рибавирина у больных хроническим гепатитом С, которые хуже отвечают на лечение, оказались более обнадеживающими [14].

Нередкими препятствиями к адекватной противовирусной терапии являются побочные эффекты противовирусных средств. Они вынуждают снижать дозы или отменять препараты, что приводит к ухудшению результатов лечения. В связи с этим большое внимание уделяется изучению методов коррекции нежелательных эффектов пегилированных интерферонов и рибавирина. К их числу относят применение стимуляторов эритропоэза при анемии, вызванной рибавирином, колониестимулирующих факторов при нейтропении, индуцированной интерфероном [15], антидепрессантов при психических расстройствах, развивающихся при лечении пегилированным интерфероном. Адекватный контроль этих и других нежелательных реакций позволяет продолжить противовирусную терапию и повышает вероятность достижения стойкого вирусологического ответа.

Новые противовирусные средства

Учитывая ограничения современной противовирусной терапии, очевидна необходимость изучения новых противовирусных средств, которые можно было бы использовать в сочетании со стандартными препаратами (а в перспективе и в качестве альтернативы последним). Первоочередными показаниями к их применению будут следующие:

- *пациенты с генотипом 1 и высокой вирусной нагрузкой и другие больные, которые хуже отвечают на стандартную противовирусную терапию пэгинтерфероном альфа и рибавирином (афроамериканцы, ВИЧ-инфицированные, пациенты с ожирением и инсулинорезистентностью, генетическим полиморфизмом TT/CT ИЛ-28В и др.);*

- пациенты, не ответившие на стандартную противовирусную терапию, или больные с рецидивом HCV-инфекции, развившимся после завершения лечения;
- пациенты, которые не переносят стандартные противовирусные препараты или имеют противопоказания к их применению (включая декомпенсированный цирроз печени).

В настоящее время активно изучаются новые противовирусные средства, в том числе специфические ингибиторы NS3/4A протеазы и NS5B полимеразы HCV, а также другие ингибиторы ферментов, участвующих в репликации вируса [16]. Результаты клинических исследований III фазы подтвердили очень высокую эффективность ингибиторов протеазы HCV (телапревира и боцепревира) в комбинации с пегилированным интерфероном и рибавирином у пациентов, инфицированных генотипом 1 вируса [17]. Частота стойкого вирусологического ответа на тройную противовирусную терапию достигала 79%, в то время как на стандартную терапию в тех же исследованиях отвечали менее половины больных. При применении ингибиторов протеазы быстрый вирусологический ответ наблюдался более чем у половины пациентов (например, в исследовании ILLUMINATE частота продленного быстрого вирусологического ответа достигла 65%) [18]. В таких случаях общую длительность противовирусной терапии сокращали до 24 (телапревир) или 28 (боцепревир) недель. При этом частота стойкого вирусологического ответа на более короткий курс противовирусной терапии превышала 90%. Пациентов с выраженным фиброзом или циррозом печени относят к категории «трудных» больных, которые хуже отвечают на противовирусную терапию. Однако применение ингибиторов протеазы позволило значительно улучшить результаты лечения даже в этой выборке больных. Необходимо учитывать, что больным циррозом печени целесообразно проводить 48-недельный курс противовирусной терапии стандартными препаратами и ингибиторами протеазы независимо от наличия быстрого вирусологического ответа.

Впечатляющими оказались результаты 48-недельного курса тройной противовирусной терапии у пациентов с генотипом 1 HCV, не ответивших на предыдущую интерферонотерапию. Средняя частота стойкого вирусологического ответа на тройную терапию у пациентов с рецидивом HCV-инфекции или частичным ответом на предыдущее лечение была даже выше (до 73%) частоты ответа на стандартную терапию у первичных пациентов с генотипом 1 HCV. Эффективность тройной терапии была самой высокой у больных с рецидивом виремии, у которых она была сопоставимой с таковой у первичных пациентов, получавших стандартные противовирусные препараты в сочетании с ингибиторами протеазы. «Нулевой» ответ (то есть снижение вирусной нагрузки менее чем на $2 \log_{10}$ в течение 12 недель) указывает на практически полную резистентность HCV к интерферону, однако и в этой выборке тройная противовирусная терапия оказалась эффективной примерно в трети случаев.

Включение ингибитора протеазы в схему противовирусной терапии позволило в несколько раз улучшить результаты лечения и у пациентов с мостовидным фиброзом или циррозом печени, у которых шансы ответа на повторный курс стандартной противовирусной терапии были очень низкими.

Заключение

Разработку эффективного метода лечения хронического гепатита С можно отнести к одному из наиболее важных достижений медицины XX века. Частота стойкого вирусологического ответа, который считают критерием излечения HCV-инфекции, при комбинированной противовирусной терапии пегилированным интерфероном и рибавирином в клинических исследованиях составляла в среднем 60%. Изучение кинетики вирусной нагрузки позволяет индивидуализировать противовирусную терапию (сократить или при необходимости увеличить ее длительность) на основании вирусологического ответа на разных этапах лечения. Повышению приверженности больных к противовирусной терапии может способствовать эффективный контроль нежелательных реакций, в том числе с помощью стимуляторов гемопоэза. В ближайшем будущем у пациентов с генотипом 1 вируса станет реальной тройная комбинированная терапия интерфероном/рибавирином и ингибиторами протеазы HCV (телапревиром и боцепревирином).

Литература

1. Fried M., Shiffman M., Reddy K. et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection // N. Engl. J. Med. — 2002. — 347, 975—982.
2. Hadziyannis S., Sette J., Morgan T. et al. Peginterferon alpha-2a and ribavirin combination therapy in chronic hepatitis C, a randomized study of treatment duration and ribavirin dose // Ann. Intern. Med. — 2004. — 140, 346—355.
3. Manns M., McHutchison J., Gordon S. et al. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C, a randomised trial // Lancet. — 2001. — 358, 958—965.
4. Ивашкин В. Т., Лобзин Ю. В., Сторожаков Г. И. и др. Эффективность и безопасность 48-недельной комбинированной терапии пегинтерфероном альфа-2а и рибавирином у первичных больных хроническим гепатитом С. Многоцентровое российское исследование // Клин. фармакол. тер. — 2007. — 16 (1). — С. 22—26.
5. Maylin S., Martinot-Peignoux M., Moucari R. et al. Eradication of hepatitis C virus in patients successfully treated for chronic hepatitis C // Gastroenterology. — 2008. — 135 (3), 821—829.
6. Shiratori Y., Imazeki F., Moriyama M. et al. Histologic improvement of fibrosis in patients with hepatitis C who have sustained response to interferon therapy // Ann. Intern. Med. — 2000. — 132, 517—524.

7. От редакции. Можно ли вылечить хронический гепатит С? // Клин. фармакол. тер. — 2009. — 18 (1). — С. 4—8.

8. Ascione A., Tartaqlione M., Lampasi F. et al. Peginterferon alpha-2a plus ribavirin versus peginterferon alpha-2b plus ribavirin in naive patients ith chronic hepatitis C virus infection: results of a prospective randomised trial // 43rd Annual Meeting of the European Association for the Study of the Liver (EASL). — Milan, Italy; 23—27 April 2008.

9. Rumi M., Aghemo A., Prati G. et al. Randomized study comparing Peginterferon alfa-2a plus Ribavirin and Peginterferon alfa-2b plus Ribavirin in naive patients with chronic hepatitis C: Final results of the Milan Safety and Tolerability (MIST) Study // AASLD Meeting, San Francisco, 2008.

10. Witthoef T., Hueppe D., John C. et al. Efficacy and safety of peginterferon alfa-2a or — 2b plus ribavirin in the routine daily treatment of chronic hepatitis C patients in Germany: the practice study // 43rd Annual Meeting of the European Association for the Study of the Liver (EASL). — Milan, Italy; 23—27 April 2008.

11. McHutchison J., Lawitz E., Shiffman M. et al. Peginterferon alfa-2b or alfa-2a with ribavirin for treatment of hepatitis C infection // N. Engl. J. Med. — 2009. — 361 (6). — 580—593.

12. Sanchez-Tapias J., Diago M., Escartin P. et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for 48 versus 72 weeks in patients with detectable hepatitis C virus RNA at week 4 of treatment // Gastroenterology. — 2006. — 131, 451—460.

13. Roberts S., Weltman M., Crawford D. et al. Impact of high-dose peginterferon alfa-2a on virological response rates in patients with hepatitis C genotype 1: a randomized controlled trial // Hepatology. — 2009. — 50 (4), 1045—1055.

14. Dusheiko G., Nelson D., Reddy K. Ribavirin considerations in treatment optimization // Antivir. Ther. — 2008. — 13 (Suppl. 1), 23—30.

15. Collantes R., Younossi Z. The use of growth factors to manage the hematologic side effects of PEG-interferon alfa and ribavirin // J. Clin. Gastroenterol. — 2005. — 39 (1 Suppl.), 9—13.

16. Kronenberger B., Zeuzem S. Current and future treatment options for HCV // Ann. Hepatol. — 2009. — 8 (2), 103—112.

17. Jacobson I., McHutchison J., Dusheiko G. et al. ADVANCE Study Team. Telaprevir for previously untreated chronic hepatitis C virus infection // N. Engl. J. Med. — 2011. — 364 (25), 2405—2416.

18. Sherman K., Flamm S., Afdhal N., et al. ILLUMINATE Study Team Response-guided telaprevir combination treatment for hepatitis C virus infection // N. Engl. J. Med. — 2011. — 365 (11), 1014—1024.



**Be part of
the No. 1!**

14 – 17 ноября 2012
Дюссельдорф · Германия

www.medica.de

000 «Мессе Дюссельдорф
Москва»
119021, Москва
ул. Тимур Фрунзе,
д. 3, стр. 1
Тел.: +7 (495) 955 91 99
PikulevaE@messedf.ru
www.messe-duesseldorf.ru

**Basis for
Business**





Российская неделя здравоохранения



Реклама



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

3-7 декабря 2012

Центральный выставочный комплекс
«Экспоцентр», Москва, Россия

www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru

Организатор:



При поддержке:

- Министерства здравоохранения РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии медицинских наук
- Общественной палаты РФ

Под патронатом:

- Торгово-промышленной палаты РФ
- Правительства Москвы



ЦЕНТР ГЛАЗНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Центр – старейшее в России предприятие, занимающееся протезированием самого сложного и хрупкого человеческого органа - глаза. Его история началась в июне 1943 года, когда по распоряжению Совета народных комиссаров была основана Московская фабрика глазных протезов, которая стала родоначальником отрасли в Советском Союзе. В то время глазные протезы изготавливались из «стекла молочного, стекла цветного и стекла бесцветного».



Изготовление индивидуального глазного протеза – это самый короткий и эффективный путь возвращения пациента к нормальной активной жизни. При индивидуальном протезировании достигается максимально возможный косметический эффект, учитываются особенности строения глазной полости конкретного человека, протез не приносит дискомфорта, что обеспечивает отсутствие психологической напряженности человека в социальной жизни, в процессе общения с другими людьми.

Стекло и сегодня остается одним из самых практичных и удобных материалов с превосходными косметическими свойствами. Современные офтальмологические протезы изготавливаются из особого стекла, сваренного по оригинальной технологии, разработанной и запатентованной сотрудниками Центра. Они устойчивы к механическому воздействию частичек пыли, дезинфицирующих средств, сохраняют живой блеск и хорошо смачиваются слезой, что облегчает скольжение века. Уникальные специалисты-стеклодувы расплавленными стеклянными нитями с фотографической точностью воспроизводят индивидуальный рисунок радужки, кровеносной системы, копируют цвет и форму глазного яблока. Сочетание новейших технологий и ручного труда позволяет достичь результата, при котором только наметанный глаз врача может отличить протез от живого глаза. Каждое изделие – произведение искусства. Люди, делающие эту работу, посвятили главному протезированию не один десяток лет своей жизни, только пять из них уходит на обучение такого специалиста.

Центр производит и реализует протезы стандартных форм. В отличие от индивидуальных такие протезы закупаются (партиями от 50 до 1000 штук) офтальмологическими клиниками, больницами, кабинетами глазного протезирования в регионах для подбора протеза пациенту на месте, потому что далеко не везде есть квалифицированные мастера по изготовлению индивидуальных протезов.



Мастера по производству протезов из пластика работают как художники – кистью и красками. Внимательно глядя Вам в глаза, они пишут портрет «зеркала души». Пластмассовые протезы немного тяжелее стеклянных, но менее подвержены температурным воздействиям и имеют более долгий срок использования. Подходящий именно для Вас материал поможет выбрать врач-офтальмолог.

**105203, г. Москва,
ул. 14-я Парковая, д.1 А, стр.1
секретариат: (499) 461-33-72
e-mail: centr-gp@uamail.ru
www.centrglaz.ru**



ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО **НЕОТАБС**

Таблетки для дезинфекции БЕЗ ХЛОРА
1 таблетка на 10 л воды



Научно-производственная фирма "Геникс"