специализированный медицинский журнал

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ

№2 (33) 2013

WWW.AKVAREL2002.RU

ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ – ЧЕРЕЗ РЕДАКЦИЮ

ВИФЕРОН®

Бережная защита от вирусов

КОМПЛЕКСНЫЙ ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ

15 лет клинической практики

STOP Блокирует размножение вируса

Защищает здоровые клетки от заражения

Восстанавливает баланс иммунной системы

ферон | viferon.su

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ НОМЕРА:

- Диагностика (стр. 9, 48, 54)
- Эндокринология (стр. 13)
- Гематология (стр. 24)
- Профилактика, реабилитация (стр. 26, 63, 66)
- Неврология (стр. 28, 38)
- Спортивная медицина (стр. 33)
- Эндохирургия (стр. 44)
- Редкие болезни (стр. 55)

От новых технологий –
к высоким стандартам!

Определяем ФИБРИНОГЕН по-новому

ТОЧНО, БЫСТРО, В ШИРОКОМ ДИАПАЗОНЕ,

ДЛЯ АВТОМАТИЧЕСКИХ
И ПОЛУАВТОМАТИЧЕСКИХ КОАГУЛОМЕТРОВ

ТЕХНОЛОГИЯ СТАНДАРТ

656037, Россия, г. Барнаул, а/я 1351, ООО фирма «ТЕХНОЛОГИЯ-СТАНДАРТ». Тел./факс: (3852) 22-99-39, 27-13-00.
E-mail: mail@tehnologia-standart.ru, http://www.tehnologia-standart.ru
Офис в Москве: 109548, г. Москва, ул. Шоссейная, д.1, корп. 2.
Тел./факс: (495) 730-18-09, (495) 730-41-69, (499) 179-88-14. E-mail: tech-standart@yandex.ru

РЕКЛАМА

Хирургическое лечение стрессового недержания мочи у женщин

Стрессовое недержание мочи (СНМ) у женщин является распространенной проблемой, которая усугубляется с возрастом. Точной оценки распространенности заболевания нет, поскольку большая часть пациентов не обращается за медицинской помощью и скрывает эту проблему. Существует несколько методов лечения СНМ. Их эффективность и клиническое применение различны. Консервативные методы лечения (медикаментозное лечение, физиотерапия, упражнения) применяются на начальном этапе и приносят улучшение при более легких формах заболевания. Оперативное (хирургическое) лечение применяется в тех случаях, когда не помогают консервативные методы, и в более тяжелых случаях СНМ. Среди методов оперативного лечения в последние годы популярностью пользуется метод имплантации урологических лент. Операция заключается в помещении ленты (из синтетических материалов) в зоне средней части уретры. При возникновении нагрузки петля поддерживает уретру и шейку мочевого пузыря в правильном положении (как бы подвешивает их) и позволяет избежать непроизвольного мочеиспускания. Эти операции дают высокий положительный эффект и, что немаловажно для женщин, оставляют на поверхности кожи едва заметные следы.

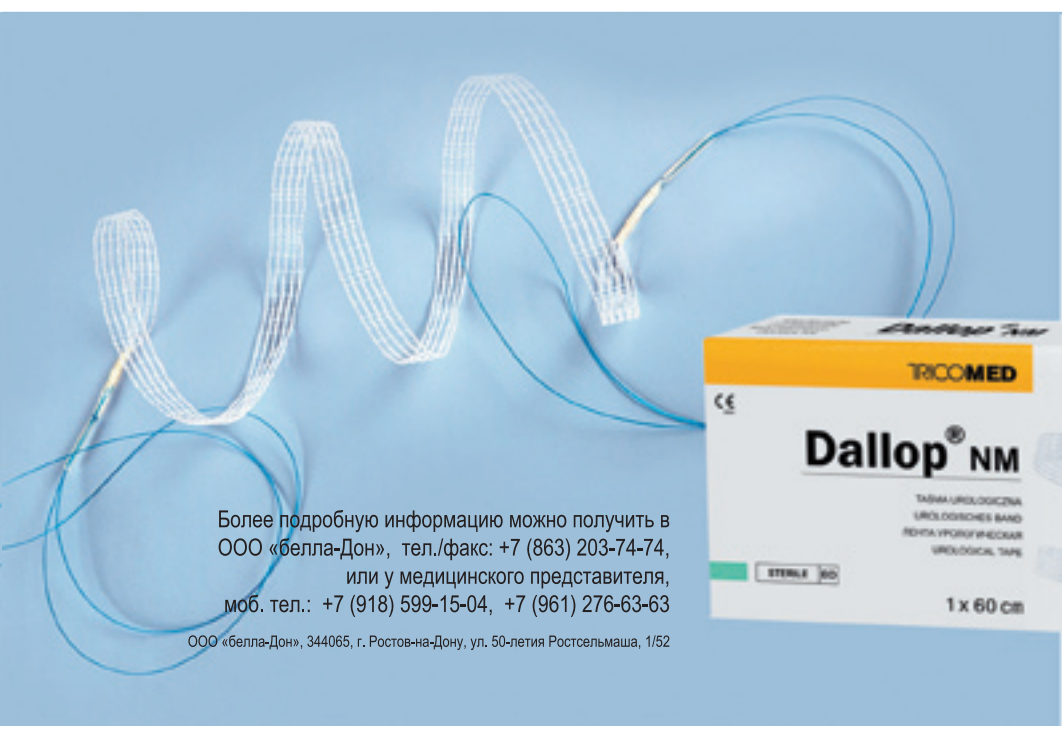
Операции при лечении стрессового недержания мочи

Урологическая лента заменяет ослабленные мышцы дна малого таза, которые не в состоянии обеспечить нужный угол наклона мочеиспускательного канала, что приводит к недержанию мочи. Образуя опору под мочеиспускательным каналом, лента возвращает его в естественное положение, тем самым ликвидируя НМ, приводя к улучшению состояния здоровья пациентки.

Самыми распространенными и эффективными на сегодняшний день являются слинговые операции синтетической полипропиленовой лентой. В зависимости от доступа различают TVT (trans vaginal tape) – подвешивание средней трети уретры или шейки мочевого пузыря позадилонным доступом свободной синтетической лентой, TVT-O (trans vaginal tape obturate) – фиксация средней или проксимальной трети уретры трансвагинально-трансобтураторным доступом, ТОТ (trans obturate tape) - фиксация средней трети уретры трансобтураторным доступом

Преимуществом этих операций является то, что они могут выполняться пациенткам любого возраста при СНМ.

Сегодня на медицинском рынке представлена урологическая лента «DALLOP® NM» из монофиламентной полипропиленовой нити. Лента длиной 45 см или 60 см и шириной 1,0 см, стерильная, изготовлена из 100% полипропилена особого плетения, обладающего максимальной эластичностью, характеризуется низкой линейной массой, безопасными атравматическими краями, биологической стабильностью, благодаря чему лента не утрачивает своих физических свойств даже при длительном контакте с агрессивными средами, тканями и жидкостями организма, оптимально разработанной пространственной структурой, где размер пор делает возможным быстрое прорастание соединительной ткани, отсутствием раздражающего и аллергенного воздействия, цито- и генотоксичности, минимальной реакцией тканей организма на инородный материал.



Dallop® NM

Лента DALLOP® NM предназначена для хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин методом ТОТ или TVT.

Более подробную информацию можно получить в ООО «белла-Дон», тел./факс: +7 (863) 203-74-74, или у медицинского представителя, моб. тел.: +7 (918) 599-15-04, +7 (961) 276-63-63

ООО «белла-Дон», 344065, г. Ростов-на-Дону, ул. 50-летия Ростсельмаша, 1/52

Реклама. Соответствие подтверждено.

ТЮМЕНЬ ООО "МИМ"

ПРОИЗВОДСТВО МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ ОДНОКРАТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

ООО «МИМ» – одно из ведущих предприятий России в области разработки и производства полимерных медицинских изделий однократного применения. Основанное в 1991 году предприятие динамично развивается, ежегодно расширяя ассортимент продукции, наращивает производственные мощности. В 2012 году завершено строительство цеха газовой стерилизации и лаборатории биологических исследований.

Сегодня ООО «МИМ» предлагает ЛПУ современные полимерные однократные медицинские изделия для гинекологии, хирургии, проктологии, оториноларингологии и косметологии.

Это, прежде всего, шприцы Жане (150 мл) с наконечником для катетерной насадки и наконечником типа «Луер», зеркала гинекологические матовые и прозрачные различных исполнений, наборы для гинекологических обследований, полимерный с анатомическим изгибом шпатель для языка, наконечники для кружки Эсмарха и микроклизм, устройства для ирригоскопии и кишечных промываний, оливы для промывания носа и продувания слуховых труб, ректальные наборы для колоногидротерапии, аноскопы.

ПРОДУКЦИЯ, ОСВОЕННАЯ В 2012 ГОДУ

НАБОР РЕКТАЛЬНЫЙ

цена 1 набора – 170 руб. с НДС,
скидка до 155 руб. после покупки 105 шт.

- для проведения процедуры колоногидротерапии в лечебных и оздоровительных учреждениях на аппаратах типа TRANSCOM или его аналогах.

В состав набора входят:

- ректальный наконечник с обтуратором (проводником) в отдельной стерильной упаковке;
- полимерная гофрированная отводящая трубка с внутренним диаметром 22 мм длиной 1200 мм для эвакуации экскрементов;
- полимерная подводящая трубка с внутренним диаметром 6 мм длиной 1200 мм для подачи воды или лекарственных растворов.

Набор выпускается в двух исполнениях: №1 (малый размер) – наружный диаметр 18 мм; №2 (большой размер) – наружный диаметр 22 мм. Наконечник и обтуратор (проводник) стерильны, апирогенны и нетоксичны, подводящая и отводящая трубки нетоксичны. Срок годности набора – 5 лет.

Индивидуальная упаковка – герметичный полиэтиленовый пакет. Транспортная упаковка – гофроящик 570х253х235 мм. Количество наборов в транспортной упаковке – 15 шт. Вес транспортной упаковки – 3,0 кг.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ИРРИГОСКОПИИ И КИШЕЧНЫХ ПРОМЫВАНИЙ

цена 1 устройства – 52,5 руб. с НДС

- для введения рентгеноконтрастной жидкости при рентгенологических исследованиях толстой кишки, промываний и лекарственных орошений.

Устройство, состоящее из специального полимерного наконечника, соединительного шланга и зажима, используется совместно с нагнетательными аппаратами, а также аппаратами для вливаний и ирригации.

Устройство выпускается в двух исполнениях: №1 (для детей) – с диаметром наконечника 16 мм; №2 (для взрослых) – с диаметром наконечника 23 мм. Наконечники собраны со шлангом из ПВХ длиной 1500 мм. Изделия стерильны, апирогенны, нетоксичны. Срок годности – 3 года.

Индивидуальная упаковка – блистер. Транспортная упаковка – гофроящик 570х253х235 мм. Количество наборов в транспортной упаковке – 40 шт. Вес транспортной упаковки – 4,5 кг.

ОЛИВЫ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ НОСА И ПРОДУВАНИЯ СЛУХОВЫХ ТРУБ

цена 1 оливы – 9,96 руб. с НДС

- для профилактики и лечения ринита, гайморита, аденоидита путем промывания полостей носа лекарственными растворами, а также для продувания слуховых (евстахиевых) труб.

Изготовлены из полимерного материала и представляют собой наконечник, имеющий с одной стороны утолщение (для плотного прилегания к ноздре пациента), с другой – штуцер (для подающего шланга), а также канал внутри, по которому в полость носа из кружки Эсмарха или другого устройства подается лекарственный раствор, минеральная вода или другие препараты.

Оливы выпускаются в двух исполнениях: №1 (для детей) – диаметром 14 мм; №2 (для взрослых) – диаметром 16 мм.

Изделия стерильны, апирогенны и нетоксичны. Срок годности – 3 года.

Индивидуальная упаковка – блистер. Транспортная упаковка – гофроящик 455х206х304 мм. Групповая упаковка (картонная коробка): олива взрослая – 70 шт., олива детская – 80 шт. Вес транспортный упаковки – 3,6 кг.

Все изделия, выпускаемые ООО «МИМ», зарегистрированы в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ, их качество подтверждено сертификатами соответствия.

Подробнее о продукции, выпускаемой ООО «МИМ», и прайс-лист можно узнать на сайте предприятия www.ooo-mim.ru, или позвонив по телефонам: (3452) 62-17-71, 22-93-63

РЕКЛАМА

главный ВРАЧ ЮГА РОССИИ
№2(33) 2013

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 ОВКГ» Минобороны России

Мажаров В. Н. — министр здравоохранения Ставропольского края

Мамаев И. А. — министр здравоохранения Республики Дагестан

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

Редько Е. Н. — министр здравоохранения Краснодарского края

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

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, 11б

Тираж 6000 экз. Заказ №397

Подписано в печать 21.03.2013 г.

Дата выхода: 30.03.2013 г.

Зарегистрирован
Управлением Росохранкультуры
по Южному федеральному округу

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

Распространяется бесплатно по линии МЗ

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

СОДЕРЖАНИЕ

Итоги программы модернизации здравоохранения и задачи отрасли в текущем году 4

Профилактика онкологических заболеваний — дело за первичным звеном здравоохранения 7

Старение и здоровье 7

Оценочные испытания иммуноферментной тест-системы «DIA-HIV-Ag/Ab» 9

Оценка эффективности различных схем инсулинотерапии у больных сахарным диабетом 2 типа и ишемической болезнью сердца 13

Владикавказскому военному госпиталю 205 лет! Очерки истории о военной медицине Южного военного округа 16

Опыт использования геля Виферон® в топической терапии хронического тонзиллита 23

Преимущества нового отечественного набора для определения концентрации фибриногена 24

Тракционная терапия на аппаратах «ОРМЕД». Лечебное воздействие при вытяжении позвоночника 26

Способы коррекции астенического синдрома в амбулаторной практике 28

Особенности адаптации сердечно-сосудистой системы юных спортсменов в годичном тренировочном цикле 33

Инновационный инструментарий для повышения экономических показателей медицинской организации 37

Опыт работы неврологического отделения МУЗ «Городская больница №1» г. Волгодонска Ростовской области 38

Казанский центр обучения 43

Роль лапароскопии в лечении острого дивертикулита 44

К дифференциальной диагностике эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки ишемического (атеросклеротического) генеза 48

О тестировании обучающихся общеобразовательных школ Ростовской области в 2012 году 54

Орфанные заболевания: вчера, сегодня, завтра. Тирозинемия 1-го типа у детей 55

Интеграция методов физиотерапевтического лечения и ортобиотического подхода в коррекции и реабилитации детей с тяжелыми нарушениями речи 63

Совершенствование гигиенического воспитания подрастающего поколения, пропаганда здорового образа жизни в общеобразовательных учреждениях 66

Некоторые вопросы экспертизы временной утраты трудоспособности 69

Медицинские выставки 71

Итоги программы модернизации здравоохранения и задачи отрасли в текущем году

Пресс-служба Министерства здравоохранения Ростовской области

Инвестиции в здравоохранение области в 2012 году составили 24 736,5 млн рублей. Исполнение областного бюджета в части расходов на здравоохранение составило 99,5%, а с учетом программы модернизации и средств федерального бюджета — 96,1%. Процент исполнения в 2011 году — 94,1%.

Значительные усилия были направлены на совершенствование инфраструктуры здравоохранения области. Закончено формирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи, которая выстроена от пунктов первичной помощи (центральная районная больница с ее подразделениями: районная больница, врачебная амбулатория, фельдшерско-акушерский пункт) к пунктам специализированной помощи (межрайцентры) и, при необходимости, к третьему уровню — областным стационарным учреждениям и консультативно-диагностическим центрам, оказывающим специализированную, в том числе высокотехнологическую медицинскую помощь. При этом акцент сделан на лечебно-профилактические учреждения, являющиеся межрайцентрами. В 2012 году увеличилось с 7 до 30 количество отделений по направлениям: кардиология, неврология, акушерство и гинекология, оказывающих помощь по межтерриториальному принципу.

В области одной из первых в России создана трехуровневая система родовспоможения. Выхаживанием глубоко недоношенных новорожденных неонатальные центры стали заниматься с 2004 года. Благодаря этому с января 2012 года все профильные медицинские учреждения перешли на выхаживание недоношенных детей, рожденных с массой от 500 граммов. Для выхаживания новорожденных развернуто дополнительно 32 реанимационные койки, их общее количество возросло до 144. Из них 92 реанимационные койки первого этапа выхаживания (в акушерских стационарах) и 52 реанимационные койки второго этапа выхаживания в детских и многопрофильных больницах. Это позволило за прошедший год спасти жизнь более чем 2,5 тысячам новорожденных и недоношенных детей, рожденных в тяжелом состоянии, из них 51 ребенку, рожденному с массой от 500 до 999 граммов.

В целях совершенствования акушерской помощи при Областном центре планирования семьи и репродукции человека создан Центр кризисной беременности — для женщин, попавших в трудную жизненную ситуацию, с сетью кабинетов в муниципальных лечебных учреждениях.

В целом в области в 2012 году проделана большая работа по оптимизации коечной сети. Акцент сделан на развитии стационар-замещающей помощи — увеличении коек дневного пребывания, которых в области более 4500, созданы дополнительные койки сестринского ухода — всего их 1150. В целях рационального использования дорогостоящих круглосуточных коек проведена работа по организации кабинетов неотложной помощи при поликлиниках.

Оптимизация коечной сети осуществлена и в службе детства и родовспоможения: закрылись 7 маломощных акушерских стационаров, не имеющих возможности и квалифицированных специалистов оказывать помощь в соответствии с утвержденными стандартами. При этом в этих медицинских учреждениях сохранена возможность оказания экстренной акушерской помощи.

За прошедший год значительно обновилась ресурсная база учреждений отрасли. Из 180 объектов здравоохранения, нуждающихся в капитальном ремонте, отремонтирован и введен в эксплуатацию 141. Впервые лечебные учреждения приведены в соответствие с действующими противопожарными нормами и санитарными правилами. В 2012 году закуплено и установлено 100 модульных фельдшерско-акушерских пунктов, в том числе в отдаленные сельские труднодоступные и малочисленные территории. 178 учреждений здравоохранения области получили около 18 тысяч единиц самого современного медицинского оборудования. За счет средств областного бюджета значительно обновился санитарный автопарк муниципальных учреждений здравоохранения, в первую очередь — служб скорой помощи: приобретено 180 санитарных машин, в том числе 18 реанимобилей.

Параллельно с оснащением больниц современным оборудованием велось интенсивное укрепление кадрового потенциала здравоохранения. В целях привлечения медицинских специалистов в сельские районы области в 2012 году 145 медицинских работников (вместо 35 первоначально запланированных) получили единовременные компенсационные выплаты в размере одного миллиона рублей. Более половины из них — специалисты узкого профиля. В рамках программы модернизации в прошедшем году проучено в интернатуре и ординатуре 55 специалистов на сумму 22 млн рублей. За счет средств софинансирования повысили квалификацию более 11 тысяч врачей.

В 2012 году произведены единовременные выплаты подъемных в размере 50 тыс. рублей 20 выпускникам медицинских вузов и в размере 200 тыс. рублей 15 выпускникам интернатуры и ординатуры, трудоустраиваемым в города и районы области с низкой обеспеченностью врачами.

В результате удалось стабилизировать ситуацию: в целом по области укомплектованность врачами достигла 71,0%, средними медицинским работниками — 72,5%. Количество молодых специалистов, работающих в системе здравоохранения, возросло в сравнении с 2007 годом на 16,4%, в том числе около 8% прироста показателя приходится на сельские районы.

Выполнены мероприятия медицинского районирования. В целях концентрации кадровых и материально-технических ресурсов, исключения неоправданного дублирования, заключены соглашения по оказанию неотложной медицинской помощи между лечебными учреждениями городов Гуково, Зверево и Красносулинского района, а также Азова и Азовского района.

В отрасли продолжалось развитие инновационных технологий. Сегодня высокотехнологичная медицинская помощь оказывается по 14 профилям. В 2012 году

ее получили 9789 пациентов и специализированную медицинскую помощь — 14222. Если в 2011 году ВМП оказывалась в двух областных медицинских учреждениях — Областной детской больнице и Областной клинической больнице, то с 2012 года она оказывается также в Областном клинико-диагностическом центре и Областном перинатальном центре.

2012 год был годом активного внедрения современных информационных и телекоммуникационных технологий, позволяющих повысить качество и доступность получаемой медицинской помощи, особенно для жителей отдаленных территорий. В практике лечебных учреждений всех муниципальных образований области широко используется телемедицина. Ее востребованность выросла с 592 телемедицинских консультаций в 2009 году до 1200 — в 2012 году.

Для обеспечения бесперебойной работы службы скорой медицинской помощи санитарный автотранспорт оснащен системой спутниковой навигации ГЛОНАСС: в прошедшем году оборудовано 495 автомобилей и 57 дежурно-диспетчерских пунктов.

В 2012 году начато создание Регионального сегмента Единой государственной системы в здравоохранении. С этой целью 70% медицинских учреждений подключены к высокоскоростным каналам связи, обновлен компьютерный парк, созданы новые локально-вычислительные сети и осуществлена защита конфиденциальной информации. Все это позволит создать электронный документооборот и предоставить большему количеству пациентов возможность электронной записи на прием к врачу. Сегодня жители 21 муниципального образования области могут воспользоваться этой возможностью.

В Ростовской области создана инфраструктура льготного лекарственного обеспечения жителей Дона, включающая в себя 128 медицинских организаций; 117 пунктов отпуска, в том числе 45 находящихся в сельской местности; 5 635 врачей (фельдшеров), осуществляющих выписку рецептов льготным категориям граждан, и разработан инновационный программный продукт, интегрирующий оказание лекарственной помощи всеми участниками процесса. На Всероссийской конференции «ФармМедОбращение-2012» организация лекарственной помощи на территории области была признана лучшей и рекомендована регионам для внедрения.

В 2012 году для повышения доступности и улучшения качества оказываемой медицинской помощи по социально-значимым заболеваниям дальнейшее развитие получили институты стандартизации медицинской услуги, государственно-частного и социального партнерства.

Для обеспечения населения области диализной помощью в рамках государственно-частного партнерства на базе муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница скорой медицинской помощи» г. Волгодонска начал свою работу центр амбулаторного гемодиализа на шесть аппаратов «искусственная почка» для пациентов с хронической почечной недостаточностью из Волгодонска и прилегающих районов.

В прошедшем году на основе государственно-частного партнерства министерства здравоохранения и союза работодателей области реализовывался инновационный проект «Сохраним здоровье на рабочих местах», направленный на профилактику ВИЧ/СПИДа в трудовых коллективах крупных промышленных предприятий и рекомендован для внесения в коллективные договоры учреждений всех форм собственности. Ростовская область входит в число 15 территорий, лидирующих в стране по внедрению инновационных методов профилактики ВИЧ/СПИДа.

В 2012 году модель социального партнерства медиков, общественности, социально ориентированного бизнеса, СМИ по профилактике и лечению самого массового и дорогостоящего заболевания — сахарного диабета, реализуемая на Дону более 20 лет, получила высшую оценку Комиссии по здоровью, спорту и туризму Общественной палаты России и рекомендована регионам в качестве оригинальной и эффективной модели.

В октябре 2012 года при министерстве здравоохранения области создан Общественный совет, в составе которого представители авторитетных пациентских и медицинских общественных организаций, лечебных учреждений, законодателей.

Дальнейшее развитие получили инициативные проекты. Была продолжена реализация инициативы губернатора о проведении добровольного тестирования учащихся на употребление наркотических средств: в 2012 году было протестировано 32360 из 34197 обучающихся в образовательных учреждениях области.

В 2012 году инициативный проект донских медиков «Тихий Дон — здоровье в каждый дом!» реализовывался под лозунгом «75-летию области — 75-летнюю среднюю продолжительность жизни!». Площадки здоровья посетило более 90 тысяч дончан.

Ориентир на пять «И» в прошедшем году позволил достигнуть заданных индикаторов здоровья. В регионе удалось снизить показатели материнских потерь и младенческой смертности, увеличить пятилетнюю выживаемость онкобольных. Наметилось снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с отработанным механизмом взаимодействия всех служб при оказании медицинской помощи пострадавшим при ДТП уменьшается число умерших на различных этапах оказания медицинской помощи. Стабильно отсутствуют пострадавшие в ДТП, умершие во время транспортировки бригадами скорой медицинской помощи. Улучшилась выявляемость социально-значимых заболеваний, снизилась заболеваемость туберкулезом, снижается общая смертность населения, в том числе и людей трудоспособного возраста.

Рождаемость впервые с 1991 года превысила 50-тысячную отметку, а главный показатель эффективности отрасли — средняя продолжительность жизни — на Дону составляет 71,3 года, это на год больше, чем в среднем по России.

Задачи

2013 год ставит перед областным здравоохранением не менее высокие профессиональные планки: создание «дорожной карты» развития системы здравоохранения, нацеленной на оптимальное использование имеющихся ресурсов для достижения установленных качественных показателей работы отрасли в условиях жесткого одноканального финансирования. Многие опорные пункты «дорожной карты» наличествуют в системе здравоохранения области — и, в первую очередь, созданная трехуровневая система оказания медицинской помощи. Имеются серьезные заделы и по всем остальным отраслевым направлениям.

Тем не менее, в связи с введением «дорожной карты» на министерство возложен ряд новых полномочий. Поставлена задача обеспечить темпы роста заработной платы, определенные Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №597, что потребует системного контроля за формированием и расходованием средств на оплату труда в подведомственных учреждениях с учетом максимального использования внутренних резервов за счет структурных преобразований, оптимизации расходов по всем направлениям, внедрением «эффективного контракта», устанавливающего зависимость размера оплаты труда работников от полученных результатов.

Кроме того, в соответствии с Постановлением Правительства РФ №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» на министерство возложен контроль ценообразования при оказании платных медицинских и образовательных услуг подведомственными учреждениями, который направлен на сдерживание цен при оказании платных услуг населению и недопустимость замены бесплатной помощи на платную. Исполнение данного полномочия также влечет за собой значительное увеличение объемов работ.

Нормативные документы можно скачать на сайте: http://minzdrav.donland.ru/Default.aspx?pageid=52199

В 2013 году будет продолжено инфраструктурное реформирование, направленное на оптимизацию коечной сети. Акцент будет сделан так же, как и в предыдущие годы, на развитии стационар-замещающей помощи — увеличении коек дневного пребывания и с учетом региональных особенностей: в частности, с учетом феномена «восточных территорий» — с очень низкой плотностью населения и значительной удаленностью как друг от друга, так и от центров оказания специализированной помощи. В связи с этим одни лечебные учреждения области дотируют содержание других — по экономическим меркам «неэффективных».

Будет продолжено медицинское районирование в целях приближения квалифицированной медицинской помощи к жителям области. В начавшемся году в этот процесс включатся г. Волгодонск, Волгодонской и Цимлянский районы, а также ряд других районов области, прилегающих к межрайонным центрам: Каменску-Шахтинскому, Миллерово, Сальску, Аксаю и Шахтам.

Для повышения доступности лекарственной помощи гражданам льготной категории получит дальнейшее распространение новая форма доставки медикаментов на дом людям пожилого возраста и с ограниченной мобильностью, разработанная Минздравом совместно с Минтрудом.

На сегодня сложной проблемой является лекарственное обеспечение жителей области, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями. Финансовые обязательства по обеспечению данных пациентов в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ возложены на регион, что становится непомерной нагрузкой на областной бюджет. К примеру, лекарственное обеспечение только для двоих детей с диагнозом мукополисахаридоз составило сумму в 35,5 млн рублей. В прошлом году из областного бюджета на лекарственное обеспечение льготных категорий граждан дополнительно было выделено около 54,7 млн рублей, нам удалось справиться с поставленной задачей: всем 9 пациентам, из которых 7 детей, была оказана качественная лекарственная помощь современными дорогостоящими препаратами. Разрешение данного весьма сложного вопроса, особенно с учетом роста количества таких больных (2011 год — 4 пациента, 2012 — 9 пациентов) видится нам в обращении к федеральным органам власти об отнесении финансовых обязательств по обеспечению пациентов с орфанными заболеваниями к полномочиям Федерации.

Несмотря на проделанную серьезную работу по укреплению кадрового потенциала лечебно-профилактических учреждений области, полностью закрыть этот вопрос не удалось. В 2013 году в целях привлечения медицинских кадров в сельские районы области запланированы единовременные компенсационные выплаты в размере 1 миллиона для 50 молодых сельских врачей. Изменения, внесенные в Федеральный закон №326 «Об обязательном медицинском страховании», позволят осуществлять выплаты молодым специалистам до 35 лет и в рабочих поселках.

Специалисты Минздрава активно включились в реализацию возможности строительства регионального инновационного онкоцентра: комиссионно детально изучены структура и оснащение, представленные для рассмотрения компанией ACD Research, опыт работы Самарского онкоцентра — все это вместе легло в основу подготовленных замечаний и предложений в инвестиционный проект.

Стратегическим ориентиром развития здравоохранения на ближайшую перспективу становятся реабилитационное и профилактическое направления. В связи с этим будут продолжены разработки оптимальных вариантов организации системы восстановительного лечения, повышения эффективности и качества медико-реабилитационных услуг, новаторских методик, способствующих активному долголетию.

Большое внимание будет уделено развитию института государственно-частного партнерства, в частности, для создания сети диализных отделений. В настоящее время в Ростовской области 271 пациент получает лечение программным гемодиализом, что составляет 57 пациентов на 1 млн или 50% среднероссийского показателя. Лист ожидания составляет порядка 250 человек. В конце I квартала 2013 года планируется открытие отделения на 10 аппаратов в г. Таганроге. Ведутся также подготовительные работы по проектировке центра амбулаторного диализа в г. Ростове-на-Дону на базе Областной клинической больницы №2 и в г. Шахты. Здесь в амбулаторном режиме диализную помощь будут получать 120 человек. Таким образом, мы планируем снизить социальную напряженность в данном направлении и достичь обеспеченности 87,2 пациентов на 1 млн населения, при среднероссийской — 101,2.

Не менее актуальной является задача совершенствования институтов социального партнерства медиков с общественными организациями, социально-ориентированным бизнесом, средствами массовой информации по продвижению здорового образа жизни, борьбе с социально-значимыми заболеваниями, развитию профилактического направления.

Профилактика онкологических заболеваний — дело за первичным звеном здравоохранения

Пресс-служба Министерства здравоохранения Астраханской области

В Астраханском областном онкологическом диспансере состоялась конференция на тему «Актуальные вопросы в профилактике онкологических заболеваний на современном уровне в деятельности учреждений здравоохранения». Ее главными адресатами стали представители среднего медицинского персонала со всех районов Астраханской области.

Своим видением проблемы с собравшимися поделились главный врач ГБУЗ АО «Центр медицинской профилактики» Куандыков Габит Бисенович, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Астраханской области Галина Андреевна Набиуллина, президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация» Валентина Петровна Анопко и другие специалисты.

Одним из основных факторов успешной профилактики онкозаболеваний названа правильная позиция медицинских работников первичного звена. Специалисты лечебных учреждений должны вооружать пациентов необходимой информацией об основных причинах развития опухолей, о влиянии вредных привычек и о формировании здорового образа жизни.

Все это требует соответствующей квалификации и от самих работников учреждений здравоохранения. Вот уже на протяжении нескольких лет на базе ГБУЗ АО «Центр медицинской профилактики» проводятся специальные обучающие занятия.

Но, как отметили участники конференции, до недавнего времени работа по профилактике финансировалась государством крайне скудно. От общего объема средств, направляемых в систему здравоохранения, на эту статью предусматривалось не более 6%. При этом, по данным медицинской профилактики, в 50% случаев возникновение онкозаболеваний можно предотвратить. Для этого необходимо проводить комплексную работу.

Прийти к здоровому образу жизни невозможно, не отказавшись от вредных привычек. Несбалансированное питание, низкая физическая активность, курение, употребление алкоголя и других веществ — в числе наиболее распространенных «слабостей» среднестатистического россиянина. Но бороться с этими нездоровыми наклонностями самостоятельно не всегда удается.

На сегодня астраханцы могут получить соответствующую помощь в городских Центрах здоровья. По результатам комплексного обследования на выявление факторов риска развития заболеваний для каждого пациента разрабатывается индивидуальная программа оздоровления. На базе Центров можно получить консультацию врачей различного профиля. Впоследствии формируется карта здорового образа жизни пациента с персональными рекомендациями.

В ближайшем будущем на базе Центра медицинской профилактики планируется проведение цикла тренингов и лекций по отказу от табакокурения и уменьшению табачной зависимости именно для работников первичного звена регионального здравоохранения.

Центром медицинской профилактики совместно с Областным онкологическим диспансером проводятся «Дни онкологической безопасности» в районах области. Сельские жители могут получить консультации врачей-онкологов, посетить лекции. По данным ООД, в 2012 году около 50% всех случаев онкологических заболеваний выявлено в ходе таких выездных приемов.

В формировании здорового образа жизни среди населения медицинские специалисты должны начинать с себя. В подтверждение этой мысли во время конференции в актовом зале Областного онкологического диспансера организован мобильный пункт диагностики. Врачи Центра медицинской профилактики с помощью портативных аппаратов исследовали уровень глюкозы и холестерина в крови, определяли количество углекислого газа в легких, давали необходимые консультации.

Старение и здоровье

Н. А. Цымлова, главный внештатный специалист — гериатр Комитета по здравоохранению Администрации Волгоградской области, заместитель главного врача по лечебной работе ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №3», г. Волгоград

Старение есть неизбежный биологический процесс, приводящий к постепенному снижению адаптационных возможностей организма. Он характеризуется развитием так называемой возрастной патологии, изучением которой занимается гериатрия. Вследствие старения организм становится менее приспособленным к условиям окружающей среды, уменьшается его способность противостоять болезням и травмам.

Однако, время наступления старости довольно условно. По официально принятой медицинской градации мужчин и женщин в возрасте от 55—60 до 75 лет считают пожилыми, с 75 лет — старыми, с 90 лет — долгожителями. Предполагается, что видовая продолжительность жизни человека равна 92—95 годам.

Одна из важнейших демографических особенностей XX и XXI столетия состоит в прогрессировании старения населения многих стран мира, то есть в увеличении как относительной, так и абсолютной численности людей старших возрастов.

Видовая и индивидуальная продолжительность жизни определяется сложным взаимоотношением процесса старения и процесса, направленного на сохранение жизнеспособности организма, увеличение продолжительности жизни, получившего название «витаукт» (*лат. vita* — жизнь, *auctus* — увеличение, прирост).

Нужно понимать, что календарный и биологический возраст — не тождественные понятия.

Так называемый календарный возраст берет отсчет от даты рождения человека, и он не всегда сопоставим с возрастом биологическим.

Биологический возраст определяется совокупностью обменных, структурных, функциональных, регуляторных особенностей и приспособительных возможностей организма. По биологическим процессам, как считают геронтологи, женщины стареют медленнее и живут дольше на 6—8 лет. Большая жизнеспособность женщин сохраняется на протяжении всей жизни. Также существует ряд психосоциальных причин, по-разному влияющих на продолжительность жизни разных полов. Для женщин социальными факторами долголетия являются удовлетворенность сексуальной жизнью, наличие семьи и детей. Для мужчин — удовлетворенность карьерой.

Оценка состояния здоровья методом определения биологического возраста отражает влияние на организм внешних условий и наличие (отсутствие) патологических изменений. Все составляющие здорового образа жизни влияют на биологический возраст. Уменьшение его, стабилизация или замедление — это замедление старения. Важно знать вклад отдельных факторов в этот процесс. Наиболее решающим является психологический фактор — желание тратить на это силы, время и средства. Не просто заставлять себя регулярно и скрупулезно придерживаться принципов здорового образа жизни: избегать стрессов, отказаться от табакокурения, приема алкогольных напитков, соблюдать диету и т. п.

Каждый желающий может пройти определение биологического возраста для взрослых лиц, посетив Центр здоровья. Необходимыми для определения возрастными параметрами являются:

- *кардиопульмональный (сердечно-легочный) аппарат (систолическое артериальное давление (САД), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), артериальное парциальное давление кислорода);*
- *тестирование органов чувств (осмотр офтальмологом и оториноларингологом);*
- *тестирование опорно-двигательного аппарата (определение эластической способности сухожилий, мышечной массы);*
- *состояние зубов (количество здоровых зубов).*

Темпы старения, как и развития, в определенной степени зависят и от конституции человека. Поэтому при определении «возрастных норм» и биологического возраста человека обязательно учитывается пол, индивидуальные и конституциональные особенности, а также принадлежность к определенной эколого-популяционной группе, влияние социальных факторов и другие обстоятельства.

Риторическим является вопрос: «Какова цена человеческой жизни?» Но нужно помнить, что она бесценна прежде всего для самого человека, его родных и друзей. Не стоит забывать, что наиважнейшее место занимает такой аспект, как качество жизни. Оно напрямую зависит от состояния здоровья, коммуникаций в социуме, психологического и социального статуса, свободы деятельности и выбора, от стрессов и чрезмерной озабоченности, организованности досуга, доступа к культурному наследию, социальному, психологическому и профессиональному самоутверждению, адекватности коммуникаций и взаимоотношений.

ООО «ФЛАКС»

ФУТЛЯР ДЛЯ МЕДКОМПЛЕКТА ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ: ФМ-3, ФМ-5, ФМ-7
Материал — кожа искусственная или натуральная; масса 1,8—2,5 кг
ФМ-3 — 450х240х260 мм; ФМ-5 — 360х215х230 мм; ФМ-7 — 380х140х250 мм

СУМКА СПАСАТЕЛЯ-САНИТАРА (САНДРУЖИННИКА): СМ-1, СМ-1м
Материал — водоотталкивающая ткань
СМ-1 — 380х2160х260 мм; СМ-1м — 300х125х200 мм

СУМКА ДЛЯ МЕДКОМПЛЕКТА СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДПЕРСОНАЛА: СМ-2, СМ-3
Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка; 330х190х190 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; 285х100х215 мм
СМ-4 — 2 съемных планшета на 28 ампул; СМ-5 — 3 съемных планшета на 45 ампул

СУМКА ПОД ШТАТИВЫ ДЛЯ ПРОБ КРОВИ И БАКАНАЛИЗОВ: СПШ-1, СПШ-2, СПШ-3, СПШ-4, СЛС
Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка
СПШ-1 — на 80 гнезд, 280х255х150 мм; СПШ-2 — на 30 гнезд, 230х155х175 мм; СПШ-3 — на 120 гнезд, 500х240х200 мм; СПШ-4 — на 80 гнезд, пробирки высокие 290х260х220 мм; СЛС — на 10 гнезд, 160х110х230 мм

СУМКА ДЛЯ ПЕРЕНОСКИ ЛАБОРАТОРНОГО ИНВЕНТАРЯ: СЛ-1, СЛ-2, СЛ-3
Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка
СЛ-1 со сменным вкладышем, 410х185х280 мм; СЛ-2 — 320х150х300; СЛ-3 с плечевым ремнем, 410х185х320

РЮКЗАК СПАСАТЕЛЯ-ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА): РМ-2 с вкладышем, РМ-3 без вкладыша
Материал — водоотталкивающая ткань, 370х250х470 мм

ФУТЛЯР-УКЛАДКА ДЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: УМСП-01-Пм, УМСП-01-П, УМСП-01-Пм/2, УМСП-01-М
Материал — высокопрочный хладо- и теплостойкий пищевой пластик
УМСП-01-Пм — 440х252х330 мм; УМСП-01-П — 520х310х390 мм; УМСП-01-Пм/2 — 440х252х340 мм
УМСП-01-М — материал — алюминиевый сплав, масса 3,9 кг, 441х220х295 мм

АМПУЛЯРИЙ: АМ-72 (на 72 ампулы); АМ-120 (на 120 ампул)
Материал — водоотталкивающая ткань, 215х155х75 мм; 330х130х70 мм

ПАПКА-УКЛАДКА: ПУ-х (для хирурга), ПУ-в (для врача), ПУ-мс (для медсестры)
Материал — водоотталкивающая ткань
ПУ-х — 235х125х40 мм; ПУв — 255х185х60 мм; ПУ-мс — 235х125х40 мм

СУМКА ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА) СВ, СУМКА ВЫЕЗДНОГО ВРАЧА СВВ, СУМКА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ СВОП
Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка
СВ — 420х190х230 мм; СВВ — 430х215х260 мм; СВОПб — 440х205х220 мм и СВОПм — 375х205х205 мм

СУМКА ДЛЯ ПРОЧЕГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАБОРА СЛ-4 — 410х185х320 мм

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

РЕКЛАМА

Оценочные испытания иммуноферментной тест-системы «DIA-HIV-Ag/Ab»

Т. Ю. Трохимчук, научный сотрудник лаборатории иммунохимии; Л. А. Ганова, к.б.н., зав. лабораторией иммунохимии; Н. В. Иванская, д.м.н., научный сотрудник лаборатории иммунохимии; Ю. И. Горлов, директор по качеству; С. В. Михалап, к.б.н., директор по науке; ЧАО «НПК «Диапроф-Мед», г. Киев
В. А. Шевчук, научный сотрудник отдела интерферона и других иммуномодуляторов, Институт микробиологии и вирусологии им. Д. К. Заболотного, НАН Украины, г. Киев
И. А. Шепелин, генеральный директор; К. А. Шепелин, директор по развитию; ООО «Эпидбиомед-диагностика», г. Москва

Я верю, что когда-нибудь мы будем жить в «нулевом» обществе: «ноль» — новых случаев ВИЧ-инфекции; «ноль» — дискриминации; «ноль» — смертей, обусловленных СПИДом.

Исполнительный директор ЮНЭЙДС М. Сидибе, из письма к партнерам, 2011 год

В мае 2011 года на 64-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения государства-члены ВОЗ приняли «Глобальную стратегию сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2011—2015 годы», призванную к 2015 году остановить распространение ВИЧ/СПИД и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости. Одной из стратегических директив, которыми ВОЗ и страны будут руководствоваться в своей деятельности в ближайшие пять лет, является оптимизация результатов профилактики, диагностики, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции. Среди мер по предотвращению распространения ВИЧ-инфекции особое внимание уделяется улучшению качества средств диагностики ВИЧ/СПИД.

Проблема ранней диагностики ВИЧ-инфекции остается актуальной и может быть решена внедрением в лабораторную практику высокочувствительных диагностических иммуноферментных тест-систем 4-го поколения. Преимуществом данного комбинированного анализа является возможность одновременного определения в сыворотке или плазме крови антигена р24 ВИЧ-1 и суммарных ВИЧ-1/2-специфических антител, что позволяет сократить период диагностического окна и выявлять ВИЧ-инфекцию на ранних сроках.

Разработанная на предприятии Частное акционерное общество «Научно-производственная компания “Диапроф-Мед”» тест-система 4-го поколения для диагностики ВИЧ-инфекции сконструирована в «сэндвич» варианте твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с двухэтапным внесением конъюгатов и введением мощной системы биотин-стрептавидинового усиления специфического сигнала. Значительное увеличение чувствительности анализа достигнуто применением в составе конъюгатов, выявляющих иммунные комплексы, смеси биотинилированных коротких рекомбинантных и синтетических аналогов вирусных антигенов, а также биотинилированных высокоаффинных моноклональных антител, распознающих антиген р24 ВИЧ-1.

В настоящей работе с использованием международного стандарта антигена р24 ВИЧ-1 и коммерческих панелей сывороток исследованы качественные характеристики и диагностические показатели данной тест-системы.

Материалы и методы

Иммуноферментный анализ

Тест-система иммуноферментная 4-го поколения «DIA-HIV-Ag/Ab».

В составе иммуносорбента тест-системы использованы рекомбинантные антигены Env-1 ВИЧ-1 и Env-2 ВИЧ-2, а также моноклональные антитела (МКАТ), распознающие антиген р24 ВИЧ-1. Конъюгат №1 состоит из смеси биотинилированных конъюгатов на основе МКАТ, распознающих антиген р24 ВИЧ-1, и аналогов вирусных антигенов Env-1 и Env-2. При внесении в лунки планшета образцов ВИЧ-инфицированной крови и конъюгата №1 антиген р24 ВИЧ-1 связывается с МКАТ в составе иммуносорбента и биотинилированного конъюгата. Специфические антитела взаимодействуют одновременно с антигенами Env-1 и Env-2 в составе иммуносорбента и биотинилированного конъюгата. Образовавшиеся комплексы выявляются конъюгатом стрептавидина с пероксидазой хрена. Специфические антитела, не связавшиеся с биотинилированным конъюгатом, выявляются пероксидазными конъюгатами антигенов Env-1 и Env-2 в составе конъюгата №2 (для предотвращения «хук-эффекта»). После отмывания несвязанных компонентов в лунки добавляют раствор проявителя. Пероксидазную реакцию останавливают, добавляя стоп-реагент. Учет результатов проводят на спектрофотометре в двуволновом режиме при длине волны 450/620 нм.

Панели, стандарты, образцы сывороток

Аналитическую чувствительность тест-системы на антиген р24 ВИЧ-1 определяли с использованием 1-го Международного стандарта ВОЗ HIV p24 (NIBSC code 90/636).

Способность тест-системы диагностировать раннюю ВИЧ-инфекцию исследовали на 9 сероконверсионных панелях сывороток: HIV6240, HIV6243, HIV6247, HIV6248, HIV9012, HIV9017, HIV12007 (ZeptoMetrix Corp., США) и PRB 965, PRB 966 (SeraCare Life Sciences, США).

Таблица 1

Результаты определения аналитической чувствительности тест-системы «DIA-HIV-Ag/Ab» по выявлению антигена р24 ВИЧ-1

Концентрация р24 ВИЧ-1 (NIBSC) МЕ/мл	Результаты ИФА в трех дублях (ОП/cut off)		
	1	2	3
25,00	18,64	18,21	18,42
12,50	10,64	10,90	10,77
6,25	6,03	6,15	6,09
3,25	3,35	3,21	3,28
1,56	1,88	1,82	1,85
0,78	1,07	1,29	1,18
0,39	0,64	0,64	0,64
0,19	0,46	0,63	0,55
0,09	0,48	0,46	0,47
0,04	0,33	0,33	0,33
Отрицательная сыворотка для разведения стандарта	**0,24**	**0,25**	**0,25**

Таблица 2

Результаты тестирования сероконверсионных панелей сывороток производства ZeptoMetrix в тест-системе «DIA-HIV-Ag/Ab»

Название панели (№ образцов)	Срок забора крови (дни)	Тест-системы			
		Genetic Sistems HIV-1 Ag EIA	Тест-система сравнения HIV Ag/Ab	DIA-HIV Ag/Ab	Иммуноблот
		Результат анализа			
HIV6240 (1—6)	0—16	отр	отр	отр	отр
HIV6240 (7)	21	+	отр	отр	отр
HIV6240 (8—9)	23—28	+	+	+	отр
HIV6240 (10—12)	30—45	+	+	+	± gp41
HIV6240 (13)	53	отр	+	+	p24, p17, p55, gp120, gp160
HIV6243 (1—6)	0—20	отр	отр	отр	отр
HIV6243 (7—8)	25—28	+	+	+	отр
HIV6243 (9—10)	33—35	+	+	+	± gp41
HIV6247 (1—7)	0—16	отр	отр	отр	отр
HIV6247 (8—10)	23—30	+	+	+	отр
HIV6248 (1—5)	0—14	отр	отр	отр	отр
HIV6248 (6—7)	18—25	+	+	+	отр
HIV9018 (1—7)	0—21	отр	отр	отр	отр
HIV9018 (8)	25	+	отр	отр	отр
HIV9018 (9—10)	28—32	+	+	+	отр
HIV9018 (11)	35	+	+	+	± gp41
HIV9017 (1—3)	0—54	отр	отр	отр	отр
HIV9017 (4—5)	117—119	+	+	+	отр
HIV9017 (6—9)	124—133	+	+	+	+ gp41, p24/p26
HIV12007 (1—3)	0—54	отр	отр	отр	отр
HIV12007 (4—5)	117—119	+	+	+	отр

Таблица 3

Результаты тестирования сероконверсионных панелей сывороток производства SeraCare Life Sciences в тест-системе «DIA-HIV-Ag/Ab»

Название панели (№ образцов)	Срок забора крови (дни)	Тест-системы			
		Genetic Sistems HIV-1 Ag EIA	Тест-система сравнения HIV Ag/Ab	DIA-HIV Ag/Ab	Иммуноблот
		Результат анализа			
PRB 965 (1)	0	отр	отр	отр	отр
PRB 965 (2—3)	5—7	+	+	+	отр
PRB 965 (4—5)	12—14	+	+	+	± gp160
PRB 965 (6)	21	отр	+	+	± gp160
PRB 966 (1—7)	0—37	отр	отр	отр	отр
PRB 966 (8—10)	44—51	+	+	+	отр

Диагностическую эффективность тест-системы определяли при тестировании 72 сывороток крови ВИЧ-инфицированных, содержащих специфические антитела в различных концентрациях, из них 32 образца с антителами к ВИЧ-1 и 41 — к ВИЧ-2.

Результаты и обсуждение

Исследование параметра чувствительности тест-системы «DIA-HIV-Ag/Ab» по выявлению антигена p24 ВИЧ-1 проводили с использованием 1-го Международного стандарта ВОЗ HIV p24 (NIBSC), последовательно разведенного, согласно прилагаемой инструкции, отрицательной сывороткой от 25 до 0,04 МЕ/мл. По результатам тестирования данных образцов в трех повторах (табл. 1), порог чувствительности тест-системы по антигену p24 ВИЧ-1 составил 0,78 МЕ/мл.

Определение способности тест-системы «DIA-HIV-Ag/Ab» выявлять раннюю ВИЧ-инфекцию проводили с использованием 9 сероконверсионных панелей сывороток. Каждая панель сывороток состояла из образцов от ВИЧ-инфицированного пациента, отобранных в различные сроки и исследованных с использованием коммерческих диагностикумов: ИФА-тест для определения антигена p24 ВИЧ-1, иммуноблот и иммуноферментная тест-система 4-го поколения с СЕ-маркировкой (тест-система сравнения). Результаты проведенных испытаний тест-системы на 7 панелях сывороток производства ZeptoMetrix представлены в таблице 2.

Согласно паспортным данным к панели HIV 6240, образцы №№7—12 (21—45 день от первой донации крови) содержат антиген p24 ВИЧ-1, в образце №13 он уже не выявляется, иммуноблот диагностирует антитела с 10-го образца. Тест-система «DIA-HIV-Ag/Ab» и ее коммерческий аналог определяют положительными все сыворотки, начиная с 8-го образца (23 день от первого забора крови у пациента). При тестировании панелей HIV6243, HIV6248, HIV9017, HIV12007 данные тест-системы 4-го поколения определяли положительными сыворотки с первого образца, в котором обнаружен антиген p24 ВИЧ-1. При тестировании панели HIV9018 указанные тест-системы определяли положительными образцы №№9—11 (28—35 день от первой донации крови), в то время как тест-система, предназначенная только для выявления антигена p24 ВИЧ-1, выявила его на 3 дня раньше (в образце №7). В панели HIV6247 тест-система сравнения и «DIA-HIV-Ag/Ab» определяли положительными все сыворотки, начиная с образца №8.

Результаты тестирования 2 сероконверсионных панелей производства SeraCare Life Sciences представлены в таблице 3. Согласно полученным данным, тест-система «DIA-HIV-Ag/Ab», как и ее аналог 4-го поколения, выявляли положительные сыворотки одновременно с тест-системой, предназначенной для определения антигена p24 ВИЧ-1, и в более ранние сроки, чем иммуноблот.

Для определения параметра чувствительности тест-системы «DIA-HIV-Ag/Ab» протестированы сыворотки больных ВИЧ, которые содержали антитела к ВИЧ-1 (32 образца) и ВИЧ-2 (41 образец). Все сыворотки определены положительными с высокими значениями ОП/cut off (данные не представлены).

Таким образом, исследования диагностической способности тест-системы «DIA-HIV-Ag/Ab» показали, что она имеет высокий показатель чувствительности как по антигену p24 ВИЧ-1, так и специфическим антителам, что позволяет ей выявлять ВИЧ в ранние сроки на уровне лучших коммерческих аналогов, имеющих СЕ-маркировку.

По вопросам ифа-тест систем обращаться по тел. 8 (495) 7-999-000, Шепелин Константин Анатольевич

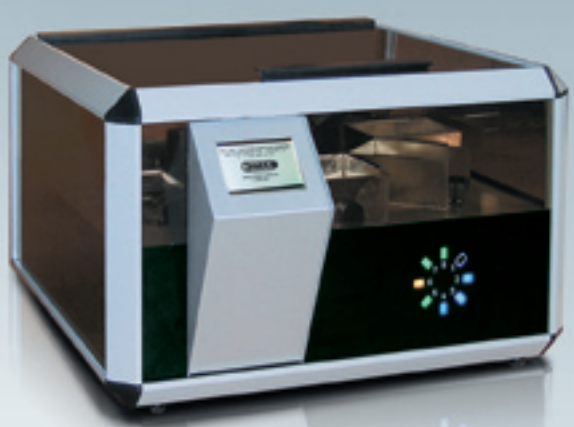
ГРУППА КОМПАНИЙ ТЕХНОМЕДИКА

АНАЛИЗАТОРЫ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ БИЛИТЕСТ и БИЛИТЕСТ 2000

БИЛИТЕСТ и БИЛИТЕСТ 2000 - миниатюрные автоматические приборы для объективной оценки степени гипербилирубинемии новорожденных неинвазивным транскутанным методом.

ГЕМОГЛОБИНОМЕТРЫ МиниГЕМ С АВТОКАЛИБРОВКОЙ

МиниГЕМ 540 – гемиглобинцианидный метод
МиниГЕМ 523 – модифицированный метод Дервиза-Воробьёва
МиниГЕМ+ - гемиглобинцианидный, гемихромный и другие методы



АНАЛИЗАТОР БИЛИРУБИНА БИЛИМЕТ К

Билимет К - безреагентный микроанализатор общего билирубина в крови новорожденных (капиллярной или венозной) с автоматической калибровкой.

АНАЛИЗАТОРЫ БИОХИМИЧЕСКИЕ БиАн и микроБиАн

Программируемые биохимические анализаторы БиАн и микроБиАн - измерения по конечной точке, в кинетике, в режиме двухточечной кинетики.
Калибровки - линейная (по фактору и по стандарту) и многоточечная.

КОАГУЛОМЕТРЫ и реагенты для скринига гемостаза

АПГ2-02 – двухканальный
АПГ2-02-П – двухканальный с принтером
АПГ4-02-П – четырехканальный с принтером

АВТОМАТЫ ОКРАСКИ МАЗКОВ (СЕРИЯ АФОМК)

- ГЕМАТОЛОГИЯ
- ЦИТОЛОГИЯ
- МИКРОБИОЛОГИЯ
- ГИСТОЛОГИЯ

Линейка приборов разной производительности
Широкий спектр методик окраски
Низкая себестоимость окраски.

ГРУППА КОМПАНИЙ "ТЕХНОМЕДИКА"
(ЗАО НПП "ТЕХНОМЕДИКА", ООО "ЭМКО")

127081, г. Москва, а/я. 1. 129301, г. Москва, ул. Касаткина д. 11, стр. 1, 3-й этаж
Телефон: (495) 287-81-00. Факс: (495) 287-84-00.
www.technomedica.com, www.coagulometer.ru, www.stainer.ru, www.emco.ru

РЕКЛАМА

afinion™

AXIS-SHIELD

Норвегия

АВТОМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗАТОР HBA1C, МИКРОАЛЬБУМИН/КРЕАТИНИН, СРБ

Новая концепция в экспресс диагностике

Основные преимущества:

- Простой в управлении
- Время исследования 3-5 минут
  Объем исследуемого образца 1.5 - 15 µL
- Стандартизированные методики:
  -HbA1c (сертификат **NGSP, cV<3%**)
- Тест картридж с интегрированной системой забора пробы
- Большой срок годности реагентов
- Внутренняя система индикации ошибок
- Возможность использования и в лаборатории и в кабинете врача
- Расширение панели тестов:
  -протромбиновое время
  -липидный профиль

ГРУППА КОМПАНИЙ BCM БИОХИММАК

ЗАО БиоХимМак / 119991, г. Москва, Ленинские Горы,
МГУ имени М.В. Ломоносова, д. 1, строение 11
тел.: (495) 647-27-40, 939-10-60 / факс (495) 939-09-97
e-mail: info@biochemmack.ru / www.biochemmack.ru

Региональный представитель ООО «Вита Рос»
344018, г. Ростов-на-Дону, пер. Семашко, д. 117 Б
тел.: (863) 234-04-31, 234-03-63, 234-06-48, 234-04-74, 234-04-79, 234-02-13

РЕКЛАМА

Оценка эффективности различных схем инсулинотерапии у больных сахарным диабетом 2 типа и ишемической болезнью сердца

В. И. Кудинов, М. С. Ничитенко; ГОУ ВПО РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Заболеваемость сахарным диабетом носит характер нарастающей пандемии [1]. Как и во всем мире, в России число больных в основном увеличивается за счет сахарного диабета 2 типа (СД-2). Именно этот тип диабета и определяет наибольшую медико-социальную значимость, которая характеризуется ранней инвалидизацией и высокой смертностью, прежде всего из-за сердечно-сосудистых осложнений. Известно, что причиной такого выраженного поражения сосудистого русла является хроническая декомпенсация углеводного обмена [2]. Поэтому достижение нормогликемии — необходимое условие профилактики и предупреждения прогрессирования сосудистых осложнений СД-2. При этом следует учитывать, что не менее серьезную проблему для развития и прогрессирования сосудистых осложнений могут создавать и гипогликемические состояния [3]. Риск развития сердечно-сосудистых событий во многом зависит от выбора сахароснижающей терапии [4] и может быть напрямую связан с дозой препарата. Как правило, с целью улучшения показателей углеводного обмена, достижения целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) практикующие врачи вынуждены наращивать дозу сахароснижающих средств, используя при этом препараты с высоким риском гипогликемических состояний, что приводит к появлению или увеличению частоты гипогликемических эпизодов. По данным исследования VADT, именно гипогликемические состояния являются самым значимым фактором риска смерти у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) [5].

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния комбинации аналогов инсулина человека (инсулин детемир и инсулин аспарт) в сравнении с воздействием человеческих генно-инженерных инсулинов (растворимого инсулина и изофан-инсулина) на состояние углеводного обмена, инсулинорезистентность, течение ишемической болезни сердца (ИБС) у больных с гипогликемическими состояниями на фоне СД-2 и ИБС.

Материал и методы

В исследование вошли 54 больных СД-2 и ИБС, средний возраст составил 61,2±0,7 года, длительность СД-2 — 12,7±4,1 года. Течение заболевания характеризовалось частыми гипогликемическими состояниями (более 5 раз в неделю). До начала исследования пациенты получали инсулинотерапию с использованием растворимых и изофан-инсулинов человеческих генно-инженерных. Следует подчеркнуть, что характерной особенностью назначения инсулинотерапии в Ростовской области является неадекватно высокая доля базального инсулина в сравнении с растворимым инсулином, что, возможно, усугубляет частоту и выраженность гипогликемических состояний и приводит к хронической передозировке. Учитывая это, у всех пациентов общая суточная доза была уменьшена на 25% и проведена коррекция в сторону уменьшения доли изофан-инсулинов. После этого все пациенты были разделены на 2 группы и рандомизированы методом случайной выборки.

Больные 1-й группы (21 человек) после соответствующей коррекции продолжили получать базис-болюсную инсулинотерапию с использованием растворимого человеческого генно-инженерного инсулина Актрапид НМ (Novo Nordisk, A/S, Дания) в режиме прандиальных инъекций и человеческого изофан-инсулина Протафан НМ (Novo Nordisk, Дания) в режиме однократной инъекции в 22 часа.

Больные 2-й группы (33 пациента) были переведены на аналоги инсулина человека в соотношении 1:1 с учетом проведенной коррекции: инсулин аспарт (НовоРапид®, Novo Nordisk, Дания) в режиме трехкратных инъекций и инсулин детемир (Левемир®, Novo Nordisk, Дания) в режиме однократной инъекции в 22 часа.

Для больных обеих групп разработан индивидуальный режим питания с подсчетом хлебных единиц, рекомендованы ежедневные дозированные пешие прогулки в течение 30 минут — 1 часа. В ходе дальнейшего наблюдения в обеих группах 1 раз в месяц проводилась индивидуальная коррекция дозы инсулина на основании результатов самоконтроля. С целью воздействия на инсулинорезистентность в обеих группах использовался метформин в индивидуально подобранной дозе, но не более 2000 мг/сут.

Для оценки клинической симптоматики гипогликемий применяли специально разработанную анкету, которая позволяла определять количество эпизодов гипогликемии. Критерием развития гипогликемии являлось появление типичной симптоматики или содержание глюкозы плазмы натощак менее 3,1 ммоль/л.

Длительность течения ИБС у больных, включенных в исследование, составляла 8,2±0,24 года. Все пациенты получали лечение, рекомендованное кардиологом. Коррекция лечения ИБС в процессе наблюдения нами не проводилась. Анализ клинического течения ИБС показал, что 37,4% больных имели стенокардию напряжения: ИБС II функционального класса (ФК) выявлена у 67,6% пациентов, III ФК — в 32,4% случаев. Безболевой вариант ишемии установлен у 62,6% пациентов. Следует отметить, что у 88,9% больных в анамнезе были указания на перенесенный инфаркт миокарда. Важно указать, что у пациентов, включенных в исследование, в 75,9% случаев выявлены различные нарушения ритма сердца (НРС) и проводимости. Наибольшее количество больных имели сложные НРС (70,4%), среди всех вариантов преобладала желудочковая экстрасистолия ЖЭ (68,5%). Кроме того, регистрировались пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия (14,3%), пароксизмы фибрилляции предсердий (7,1%), атриовентрикулярная блокада I степени

(3,6%) и II степени (7,1%). У 48,1% пациентов регистрировались ишемические изменения миокарда кратностью до 4—8 раз в сутки, что характеризовалось депрессией сегмента ST продолжительностью 13,94±1,91 мин.

В исследование не включались лица с иными гипогликемиями (органический гиперинсулинизм), с инфарктом миокарда или инсультом менее 3 месяцев назад, клапанными пороками сердца, выраженной патологией печени и почек (уровни креатинина, АСТ, АЛТ, превышающие верхнюю границу нормы в 2 раза), а также с онкологическими заболеваниями. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

Исходно и через 6 месяцев лечения у больных были исследованы показатели глюкозы плазмы натощак (ГПН) и через 2 часа после еды (ППГ). С помощью прибора OLYMPUS AU 400 определяли HbA1c, исследование С-пептида проводили с помощью радиоиммунологических наборов на гамма-счетчике РИГ-12 «ПРОГРЕСС-РИА», иммунореактивный инсулин (ИРИ) определяли иммуноферментным методом. Индекс инсулинорезистентности HOMA (Homeostasis Model Assessment) вычисляли по формуле:

ИР HOMA = глюкоза натощак х ИРИ (мкМЕ/мл) / 22,5

Значения ИР HOMA более 2,27 расценивали как наличие ИР. Расчет индекса массы тела (ИМТ) проводили по формуле:

ИМТ = вес (кг) / рост ($м^2$)

Кроме того, определяли показатели липидного спектра крови — общий холестерин (ОХ), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ) (OLYMPUS AU 400). Холтеровское ЭКГ-мониторирование с использованием носимого трехканального кардиомонитора «Валента» (НПП «Нео», г. Санкт-Петербург) проводили с целью выявления различных нарушений ритма, ишемических изменений в условиях, максимально приближенных к повседневным. Анализировались следующие показатели: среднее количество ишемических эпизодов, средняя продолжительность и степень депрессии и/или элевации сегмента ST в сутки, а также значение циркадного индекса (ЦИ), частоту встречаемости различных нарушений ритма сердца (НРС) и проводимости [6]. Анализ желудочковой экстрасистолии проводили по классификации B. Lown (по градации тяжести).

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета программ Statistica for Windows 6.0 (StatSoft Inc, США). В ходе исследования определяли основные статистические критерии: среднее (M), ошибка среднего (m), при этом количественные значения представляли в виде M±m. Достоверность различий средних величин в независимых выборках оценивали с помощью параметрического критерия Стьюдента. Достоверность различий показателей до и после лечения оценивали с помощью парного критерия Вилкоксона. При сравнении долей, выраженных в процентах, использовался критерий согласия χ^2 Пирсона. Различия средних величин признавались достоверными при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Несмотря на большую исходную дозу человеческих инсулинов как в 1-й группе (71,48±1,99 ЕД), так и во 2-й группе (73,69±2,11 ЕД), все больные были декомпенсированы, испытывали гипогликемии и отмечали увеличение массы тела больных СД-2 в течение последнего года. ИМТ больных составлял 34,95±0,52 кг/$м^2$, большинство пациентов (55,6%) имели I степень ожирения. Отражением выраженности инсулинорезистентности являлся значимо превышающий нормативные показатели индекс ИР HOMA 9,59±0,49. Кроме того, у всех больных выявлены нарушения в липидном спектре крови, ИА составлял 5,39±0,25, преобладал IIб-фенотип гиперлипидемии (62,9%).

Анализ результатов через 6 месяцев лечения больных показал, что статистически значимое снижение уровня ГПН и ППГ ($p_2=0,000001$) наблюдалось только во 2-й группе, получавшей инсулиновые аналоги (табл. 1). В 1-й группе больных, в схему лечения которых включались растворимый инсулин и изофан-инсулин человеческий, удалось добиться достоверного снижения ППГ ($p_1=0,00006$), однако существенного снижения ГПН не произошло. Следует отметить динамику уровня HbA1c, который снизился во 2-й группе с 9,65±0,18% до 8,06±0,16% ($p_2=0,000001$), в то время как в 1-й группе он снизился только до 9,71±0,14% ($p_1=0,067$). Для достижения компенсации углеводного обмена у больных 2-й группы не потребовалось значительного увеличения суточной дозы инсулина от исходного уровня, и к окончанию исследования она составляла 62,24±1,67 ЕД/сут. ($p_2=0,2$). В то же время в 1-й группе к окончанию исследования суточная доза инсулина существенно увеличилась ($p_1=0,00001$).

В обеих группах больных отмечено достоверное снижение частоты гипогликемических состояний, однако достоверно более выраженные положительные результаты достигнуты у пациентов 2-й группы, которым были назначены аналоги инсулина человека.

В 1-й группе больных, получавших растворимый и изофан-инсулин человеческий, уменьшилась частота эпизодов гипогликемий на 40,5% ($p_1=0,0007$), однако их продолжали отмечать 76,2% пациентов. Следует подчеркнуть, что статистически значимое снижение количества легких гипогликемических состояний произошло только в дневное время на 56,5% ($p_1=0,0007$). Количество эпизодов ночной гипогликемии у больных 1-й группы достоверно не изменилось ($p_1=0,094$). Вероятно это обусловлено неадекватным временным профилем действия изофан-инсулина, имеющего нежелательный пик действия в ночные часы, что может провоцировать развитие гипогликемических состояний.

Необходимо отметить, что у больных 2-й группы, которым были назначены инсулиновые аналоги, через 6 месяцев лечения эпизоды гипогликемии выявлялись значительно реже и наблюдались только у 12,1% пациентов против 76,2% в 1-й группе, носили только легкий характер с частотой достоверно ниже, чем в 1-й группе (2,71±0,35 против 9,75±0,99). Важно подчеркнуть, что эпизоды гипогликемий во 2-й группе регистрировались только в дневное время.

Через 6 месяцев наблюдения отмечено уменьшение ИР HOMA только во 2-й группе, находившейся на лечении

аналогами инсулина человека, с 10,32±0,69 до 7,28±0,37 (p_2=0,0002). Следует отметить, что какой-либо существенной динамики ИМТ, ИРИ, С-пептида в обеих группах получено не было.

Особый интерес представляли через 6 месяцев результаты холтеровского ЭКГ-мониторирования. В обеих группах больных СД-2 значительно уменьшилась частота НРС. Однако наиболее выраженная положительная динамика анализируемых показателей отмечалась у больных, в схему лечения которых были включены аналоги инсулина человека.

Так, к концу 6-го месяца лечения в 1-й группе увеличилось количество больных с ЖЭ на 4,8%, а во 2-й группе пациентов их количество, напротив, достоверно уменьшилось на 36,4%. Кроме того, у 57% больных 1-й группы, в схему лечения которых были включены растворимый инсулин и изофан-инсулин человеческий, по-прежнему регистрировались варианты ЖЭ высоких градаций по B. Lown, что не наблюдалось в группе больных, получавших аналоги инсулина.

Важно отметить, что к концу периода наблюдения на фоне проводимой терапии частота возникновения эпизодов ишемии достоверно уменьшилась только у больных во 2-й группе, получающих аналоги инсулина человека, с 48,5% до 24,2% случаев (p_2=0,004). Следует подчеркнуть, что у больных 1-й группы, в схему лечения которых входили растворимый инсулин и изофан-инсулин человеческий, напротив, наблюдалось увеличение частоты развития эпизодов ишемии на 4,8%. Анализ средней продолжительности депрессии сегмента ST показал, что в 1-й группе этот показатель снизился недостоверно (p_1=0,107), более значимо уменьшилась продолжительность ишемии во 2-й группе — с 13,47±2,62 до 4,25±1,51 мин. (p_2=0,012).

Заключение

Использование аналогов инсулина человека детемир и аспарт у больных с СД-2 позволило добиться улучшения состояния углеводного обмена: снижения глюкозы крови натощак и через 2 часа после еды, уменьшения уровня HbA1c в среднем на 1,6%.

На фоне лечения аналогами инсулина детемир и аспарт, по сравнению с растворимым и изофан-инсулином человеческим, значительно реже регистрируются эпизоды гипогликемии (на 72,2%), а также требуется существенно меньшая суточная доза инсулина.

Уменьшение частоты возникновения гипогликемических состояний сопровождалось существенным уменьшением количества и продолжительности эпизодов

Таблица 1

Результаты исследования углеводного обмена, частоты гипогликемии и показателей ЭКГ-мониторирования

Исследуемые показатели	1-я группа, n = 21		p_1	2-я группа, n = 33		p_2
	Исходно	Через 6 мес.		Исходно	Через 6 мес.	
ГПН, ммоль/л	10,06±0,34	9,36±0,15	0,099	10,47±0,57	7,37±0,17*	**0,000001**
ППГ, ммоль/л	13,89±0,78	10,95±0,40*	**0,00006**	13,25±0,58	9,34±0,22*	**0,000001**
HbA1c, %	10,00±0,19	9,71±0,14	0,067	9,65±0,18	8,06 ±0,16*	**0,000001**
С-пептид, пмоль/л	1109,5±76,7	1111,6±71,5	0,687	1194,8±65,37	1192,9±71,79	0,781
ИРИ, мкМЕ/мл	21,64±1,29	22,08±1,11	0,244	22,62±1,20	22,38±1,09	0,977
ИР HOMA	9,50±0,65	9,20±0,51	0,931	10,32±0,69	7,28±0,37*	**0,0002**
ИМТ, кг/м^2	35,29±0,83	34,46±0,79	0,486	34,73±0,68	33,80±0,66	0,076
Гипогликемии, эпизодов/мес.	16,38±0,81	9,75±0,99*	**0,0007**	17,48±0,63	2,71±0,35*	**0,0003**
Доза инсулина, ЕД/сут.	58,42±1,41	70,19±1,39*	**0,00001**	59,86±1,72	62,24±1,67	0,2
Кол-во пациентов с депрессией ST, абс. (%)	10 (47,6)	11 (52,4)	0,631	16 (48,5)	8 (24,2)*	**0,004**
Длительность депрессии ST, мин.	14,70±2,79	10,70±1,73	0,107	13,47±2,62	4,25±1,51*	**0,012**
НЖЭ, абс. (%)	13 (61,9)	12 (57,1)	0,659	15 (45,5)	6 (18,2)*	**0,0006**
ЖЭ, абс. (%)	17 (80,9)	18 (85,7)	0,709	20 (60,6)	8 (24,2)*	**0,00008**

Примечание: * — достоверность различия величины с соответствующим показателем до начала лечения, p<0,05

ишемии, в том числе безболевой, а также снижением частоты развития нарушений ритма сердца по данным холтеровского ЭКГ-мониторирования.

Литература

1. Дедов И. И., Шестакова М. В., Аметов А. С., Анциферов М. Б., Галстян Г. Р., Майоров А. Ю., Мкртумян А. М., Петунина Н. А., Сухарева О. Ю. Проект «Консенсус совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ) по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии сахарного диабета 2 типа» // Сахарный диабет (Репринт). — 2011. — №1. — С. 98—108.

2. Недосугова Л. В., Балаболкин М. И. Алгоритм лечения сахарного диабета 2 типа: учебное пособие для врачей. — М: МедЭкспертПресс, 2008. — С. 62.

3. Мохорт Т. В. Гипогликемии и сахарный диабет 2-го типа: влияние на прогноз // Медицинские новости. — 2011. — №3.

4. Cryer P. E., Davis S. N., Shamoon H. Hypoglycemia in diabetes // Diabetes Care. — 2003. — 26. — P. 1902—1912.

5. Radermecker R. P., Philips J. C., Jandrain B., Paquot N., Scheen A. J. Blood glucose control and cardiovascular disease in patiens with type 2 diabetes. Results of ACCORD ADVANCE and VA-Diabetes trials. Rev Med Liege. — 2008. — Jul-Aug. — 63(7—8): 511—8.

6. Бокерия Л. А., Голухова Е. З., Адамян М. Г., Бокерия О. Л., Клямин А. И. Клинико-функциональные особенности желудочковых аритмий у больных ишемической болезнью сердца // Кардиология. — 1998. — №10. — С. 17—24.

Владикавказскому военному госпиталю 205 лет! Очерки истории о военной медицине Южного военного округа

П. Е. Крайнюков, к.м.н.; Р. В. Пак; К. Д. Павлиди;
Филиал №3 ФГКУ «1602 Военный клинический госпиталь» МО РФ

Одним из старейших медицинских учреждений Вооруженных сил Российской Федерации является Владикавказский военный госпиталь. 15 июня 2013 года ему исполняется 205 лет со дня образования.

История военного госпиталя тесно связана с историей города Владикавказа, возникшего на месте военной крепости, заложенной в 1784 году по указу императрицы Екатерины II.

Временный военный госпиталь на 300 коек при Владикавказской крепости был развернут 15 июня 1808 г. С этого времени начинается исторический отсчет его деятельности. В деятельности учреждения прослеживается пять периодов.

Первый период — образование временного военного госпиталя при Владикавказской крепости. Важнейшим событием первого периода является посещение Владикавказского лазарета великим русским хирургом Н. И. Пироговым, который провел здесь несколько операций и впервые в истории медицины применил эфирный наркоз при оказании помощи раненым на поле боя. В 1851 году врач владикавказского военного госпиталя Лазарев впервые в истории медицины предложил шприц для подкожных инъекций, опередив на четыре года англичанина Вуда.

Второй период охватывает деятельность окружного госпиталя Терской области.

В 1871 году для окружного госпиталя Терской области строится новый корпус и выделяется территория в районе бывшей Госпитальной улицы, ныне улица Титова. Врачи активно внедряли достижения современной медицины, особенно

Памятная доска основоположнику отечественной военно-полевой хирургии Николаю Ивановичу Пирогову

Н. И. Пирогов оказывает помощь больным

Сестра милосердия военного госпиталя конца XIX века

в борьбе с инфекционными заболеваниями — холерой, дифтерией, проводили профилактическую работу по предупреждению чумы. В госпитале были развернуты заразное, хроническое, женское, грудное, офицерское, венерическое, лихорадочное, главное и арестантское отделения.

С 1883 года госпиталь насчитывает 600 коек. Оказывая медицинскую помощь военнослужащим, врачи проводили также лечение больных и раненых горцев, постоянно помогали бедным.

Об активной общественной деятельности военных врачей говорит такой факт: старший ординатор госпиталя Н. В. Яшин организовал в 1885 году приют для престарелых и душевнобольных на 50 мест и был его бессменным попечителем до 1919 года. По штатам того времени работой госпиталя руководили офицеры, а медицинской частью заведовали главные врачи. История сохранила фамилии некоторых из них. Это Н. Рубец, М. Рудков, Ф. Текутьев, В. Шиманский. Врачей в госпитале насчитывалось 25 человек.

Во время эпидемий холеры (1892, 1910) военные врачи активно проводили противоэпидемические мероприятия.

В годы Первой мировой войны в госпитале лечилось много раненых с нейрохирургическими повреждениями. В тот период впервые во Владикавказе и одними из первых в истории военной медицины России военные врачи госпиталя Восторгов и Салтыков проводили нейрохирургические операции. Широко применялось физиотерапевтическое лечение. В 1893 году было открыто отделение для психиатрических больных, в котором работали ученики В. М. Бехтерева — Солодко и Соболевский.

19 декабря 1914 года госпиталь посетил Император Николай II.

Третий период — преобразование окружного госпиталя Терской области в военный госпиталь Владикавказского гарнизона. В 1920 году госпиталь вошел в состав медицинских учреждений Красной Армии. В годы Гражданской войны основное внимание врачей было направлено на борьбу с инфекционными заболеваниями — сыпным и возвратным тифом. Самоотверженно работали врачи госпиталя, оказывая помощь бойцам Красной Армии, часто подвергая свою жизнь опасности. При лечении больных сыпным тифом заболели врачи Г. Антиох-Вербицкий и Л. Савальский. Савальский умер, а у Антиох-Вербицкого сыпной тиф вызвал тяжелые осложнения.

В конце 20-х годов XX века учреждение реорганизовали в гарнизонный госпиталь, и в этом качестве его застала Великая Отечественная война. Коллектив госпиталя, выполняя основную задачу, подготовил и отправил на фронт несколько полевых госпиталей. С июля 1941 по апрель 1942 года госпиталь находился в г. Орджоникидзе, оказывая помощь раненым, прибывающим с фронта. В 1942 году госпиталь начал боевой путь от Кавказа до предгорий Карпат, преодолев более трех тысяч километров. Этапы пути: Дербент, Грозный, Краснодар, станица Варениковская, Черновцы.

Четвертый период — директивой штаба Ставропольского военного округа №0598 от 07.09.1945 г. для медицинского обслуживания частей Орджоникидзевского гарнизона сформирован лазарет на 50 коек в г. Дзауджикау Северо-Осетинской АССР. Приказом №0409 от 01.07.1947 г. лазарет реорганизован в Гарнизонный госпиталь №12 на 100 коек.

В июле 1948 года военный госпиталь №12 согласно приказу Командующего СКВО №0520 переименован в 236-й военный госпиталь. Одновременно госпиталь вышел из состава войск СКВО и вошел в состав частей ЗакВО. Приказом Командующего ЗакВО №005 от 08.07.1949 г. установлена численность госпиталя — 150 коек. 26 июля 1949 года госпиталь вновь вошел в состав Северо-Кавказского военного округа. Приказом СКВО №0014

Царь Николай II во Владикавказском госпитале, 1914 год

Оказание медицинской помощи раненому на поле боя в годы ВОВ

от 17.03.1952 г. госпиталь реорганизован на 200 коек.

С января 1961 года приказом СКВО №0115 от 23.11.1960 г. госпиталю присвоено условное наименование — Войсковая часть 41567.

С 2009 года начался **пятый период** — реорганизация — один из наиболее сложных периодов в истории Владикавказского военного госпиталя.

Директивой МО РФ от 04.08.2009 г. №Д-67 ДСП, директивой Командующего войсками СКВО от 09.10.2009 г. №ДКВВО-53 Войсковая часть 41567 (236-й военный госпиталь) переформирована в структурное подразделение «1602 ОВКГ» и сокращена с 530 до 300 коек. Условные наименования: «Войсковая часть 41567», «Войсковая часть — полевая почта 41567», индекс части и общевойсковой номер аннулированы с 1 декабря 2009 года.

Приказом МО РФ №120 от 26.02.2010 г. ФГУ «236-й военный госпиталь СКВО» Минобороны России реорганизован в Филиал №3 «1602 ОВКГ» МО РФ.

В период войны в Афганистане многие военнослужащие выполняли интернациональный долг в составе ОКСВ и были награждены орденами и медалями.

Большие нагрузки на госпиталь выпали в период осетино-ингушского конфликта в 1992 году и во время контртеррористических операций в Чеченской Республике. В 1995 году госпиталь развернули до 400 коек, он фактически стал фронтовым. За эти годы через руки военных врачей и медицинских сестер прошли тысячи раненых.

За период боевых действий было принято на лечение 24 808 человек, эвакуировано 14 521 человек, произведено 7330 операций, перелито 426,2 л крови. В госпитале работали бригады прикомандированных хирургов из Санкт-Петербурга, из многих военных округов и флотов. Военный госпиталь и сегодня является ведущим в Южном Федеральном округе.

В настоящее время в госпитале трудятся квалифицированные врачи и медицинские сестры, которые профессионально и оперативно оказывают помощь больным и раненым из разных субъектов РФ, в том числе из республик Северного Кавказа. Возможности для этого у госпиталя есть, его структура включает все необходимые отделения для оказания квалифицированной с элементами специализированной помощи: хирургия, урология, травматология, офтальмология, стоматология, отоларингология, кардиология, терапия, пульмонология, неврология, психиатрия, гинекология, кожно-венерологическое и инфекционное отделения.

Гордость госпиталя — его сотрудники. В госпитале трудятся 125 врачей, 221 медицинская сестра; 50 врачей и 104 медицинские сестры имеют высшую квалификационную категорию, двум сотрудникам присвоено почетное звание «Заслуженный врач России», восьми сотрудникам присвоено почетное звание «Заслуженный врач Республики Северная Осетия—Алания». За мужество и героизм, проявленные при выполнении воинского долга в период боевых действий в Чеченской Республике, Указом Президента РФ награждены орденами и медалями 11 сотрудников госпиталя. С момента основания и по сегодняшний день госпиталь продолжает оказывать помощь больным и раненым из разных субъектов

Владикавказ. Здание построено в 1890 году. Дворец начальника Терской области. Приемное и хирургическое отделения

Личный состав с пенсионерами Министерства обороны, а также ветераны ВОВ, трудящиеся в филиале №3

Российской Федерации, а также принимает непосредственное участие в ликвидации последствий террористических актов и техногенных катастроф.

Не остался Владикавказский госпиталь в стороне и во время террористического акта в Беслане. Врачебные бригады в числе первых прибыли на место трагедии после начала штурма, развернули палатки, где принимали всех пострадавших.

В 2008 году во время операции по принуждению Грузии к миру через опытные руки специалистов госпиталя прошли 367 раненых и больных из зоны конфликта, обращает на себя внимание тот факт, что из всего количества выбывших не было ни одного летального исхода.

Нельзя не отметить, что на протяжении всего существования госпиталя, даже в самые трудные времена, сотрудники тыловых подразделений совместно с медиками стойко и самоотверженно несли службу, бесперебойно выполняя возложенные на них задачи.

С декабря 2009 года госпиталь стал филиалом 1602 ОВКГ. Был отработан единый подход к решению проблем заболеваемости в войсках, организованы врачебно-сестринские бригады, налажено оптимальное централизованное медицинское снабжение филиалов. При новой организационной структуре врачи госпиталя особенно активно стали сотрудничать с главными специалистами «1602 ОВКГ». Тесная связь между филиалом и окружным госпиталем позволяет в сложных диагностических ситуациях проводить консультации ведущих специалистов, в том числе консилиумы, добиваясь тем самым максимально эффективных результатов лечения.

В декабре 2012 года завершена реорганизация Филиала №3 ФГКУ «1602 Военный клинический госпиталь» Минобороны России. Госпиталь в соответствии с единой системой территориального медицинского обеспечения воинских частей оказывает медицинскую помощь личному составу, дислоцированному на территории республик: Ингушетия, Северная Осетия—Алания и Южная Осетия. Численность прикрепленного контингента — 47093 человека, из военнослужащих — 17950 человек. В 2012 году в госпитале пролечено 8676 пациентов. Ежегодно в госпитале выполняется не менее 1000 хирургических вмешательств, из них более 35% — сложные. В хирургической практике совершенствуется эндовидеохирургическое направление.

Глубокое и всестороннее обобщение опыта, поиск оптимальных путей деятельности многопрофильного лечебного учреждения в условиях военной и экономической реформ позволяют командованию госпиталя успешно решать поставленные задачи.

Отмечая 205 лет со дня основания госпиталя, его сотрудники с оптимизмом смотрят в будущее, приумножая достижения предшественников, повышают качество медицинской помощи путем проведения ее стандартизации, внедрения в практику системы контроля качества, совершенствования и укрепления материально-технической базы учреждения.

В настоящее время коллектив госпиталя достойно несет благородную миссию по сохранению и укреплению здоровья военнослужащих, пенсионеров МО РФ и членов их семей, продолжает с честью выполнять возложенные задачи Главного военно-медицинского управления по дальнейшему совершенствованию лечебно-профилактических мероприятий в войсках, сохранению гарантированного уровня оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи всему контингенту Министерства обороны.

РОССТАНДАРТ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ТЕХНИЧЕСКОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ И МЕТРОЛОГИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СТАНДАРТИЗАЦИИ, МЕТРОЛОГИИ И ИСПЫТАНИЙ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ»

(ФБУ «РОСТОВСКИЙ ЦСМ»)

ФБУ «Ростовский ЦСМ» имеет многолетний опыт метрологического обслуживания медицинских учреждений разного уровня

Основные виды услуг, предлагаемые центром:

- *поверка средств измерений медицинского назначения (аттестат аккредитации по поверке средств измерений от 02.08.11);*
- *техническое обслуживание и ремонт медицинской техники (лицензия №ФС-99-03-003129 от 28.08.12), в том числе проведение инструментального контроля технических характеристик медицинского оборудования: стерилизационного, лабораторного, аппаратов физиотерапевтических, ультразвуковой диагностики, рентгенодиагностических;*
- *проведение испытаний по контролю эксплуатационных параметров рентгеновских аппаратов, в том числе и компьютерных томографов (аттестат аккредитации испытательной лаборатории радиационного контроля от 11.13.11).*

Метрологический и технический потенциал центра, позволяющий высокоэффективно обеспечить

проведение этих работ, составляют обученные и аттестованные специалисты с высшим образованием, новейшее оборудование и приборы для поверки и технического обслуживания, постоянно актуализирующийся фонд методической, нормативной и технической документации.

Мы готовы к сотрудничеству с любыми медицинскими организациями, к оказанию любой технической, методической, консультативной помощи.

Обратившись к нам однажды, организации остаются работать с нами, становятся нашими постоянными клиентами

344000, г. Ростов-на-Дону, пр. Соколова, 58

тел.: (863) 264-41-77, 290-44-43,
факс (863) 200-83-92, e-mail: rostov_csm_06@mail.ru

Начальник отдела — Букурова Татьяна Михайловна
Начальник сектора — Павловская Анна Сергеевна

РЕКЛАМА

ЛайфКО2р
Интернешнл

Эксклюзивный представитель компании AirSep (США), официальный дистрибьютор компаний Rix (США), Haug (Швейцария) в России и странах СНГ

МЕДИЦИНСКИЕ КИСЛОРОДНЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ

ВижнЭйр

уникальный 5-литровый терапевтический кислородный концентратор, компактный и экономичный, для пациентов в домашних условиях и ЛПУ.

НьюЛайф

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.

Релайент

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

MZ-30

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

MZ

завод любой производительности для любой больницы

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

ЛайфКО2р
Интернешнл

Эксклюзивный представитель компании AirSep (США), официальный дистрибьютор компаний Rix (США), Haug (Швейцария) в России и странах СНГ

125480, г. Москва, ул. Героев Панфиловцев д. 13, корп. 3
Для корреспонденции: 125459, г. Москва, а/я 37
Тел./факс: (495) 944-06-66, 495-40-00, 495-50-00
E-mail: lifecore@lifecore.ru | www.lifecore.ru

РЕКЛАМА

СПЕЦИАЛЬНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ЛИЦ С ВЫСШИМ И СРЕДНИМ СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Кисловодский институт экономики и права

Кисловодский институт экономики и права реализует эксклюзивные образовательные программы по направлениям:

Юриспруденция в сфере здравоохранения

Образовательная программа предусматривает изучение специфичных для медицины проблем в области уголовного, государственного и гражданского права.

Особое внимание уделяется вопросам досудебного и судебного урегулирования правовых коллизий, связанных с ответственностью медицинского работника или учреждения.

В учебном процессе активно используются учебные фильмы видеотеки института по медицинскому праву, составленные на материалах реальных судебных разбирательств с участием медицинских работников.

Менеджмент в здравоохранении

Программа привлекательна для врачей и медицинских сестер, претендующих на руководящие должности в системе управления здравоохранением, в том числе в учреждениях медицинского страхования. В процессе обучения приобретаются базовые знания в области управления персоналом, менеджмента, маркетинга, финансов, бухгалтерского учета.

Экономика в здравоохранении

Программа ориентирована на глубокое изучение экономических и финансовых вопросов, связанных с рыночной трансформацией системы здравоохранения.

Для лиц с высшим медицинским образованием – срок обучения 3 года, для лиц со средним профессиональным медицинским образованием – срок обучения 4 года. Формы обучения: заочная и заочно-дистанционная.

Сегодня в КИЭП обучаются более 1000 медиков из 50 субъектов Российской Федерации. В последние годы в жизни института произошли достаточно значимые события. Прежде всего, это выразилось в трансформации КИЭП в образовательно-научно-производственный комплекс с развитой современной инфраструктурой. Предпосылкой для осуществления этих позитивных перемен стало учреждение дочерних организаций КИЭП:

- Южный медицинский институт (реализация программ последипломного медицинского образования);
- Научно-исследовательский институт здоровья (реализация программ послевузовского образования);
- Санаторий «Элита»;
- Завод изделий для здравоохранения.

Студентам института предоставляется возможность сотрудничества с дочерними организациями в рамках направления их деятельности.

Выпускникам института выдается диплом государственного образца. Кисловодский институт экономики и права – динамично развивающееся учебное заведение нового поколения. За 19 лет существования института создан инновационный инфраструктурный ресурс, позволивший вузу заявить о себе в российском научно-образовательном сообществе.

357700, Ставропольский край, г. Кисловодск, ул. Розы Люксембург, 42
Телефон для справок: 8 (87937) 6-29-84

* *Государственная лицензия №1411 от 15.06.11, серия ААА 001463; Свидетельство о государственной аккредитации №1284 до 23.12.17, серия ВВ 001297*

РЕКЛАМА

Опыт использования геля Виферон® в топической терапии хронического тонзиллита

С. Н. Размоскина, Некоммерческая организация «Фонд развития и оказания специализированной помощи “МЕДСАНЧАСТЬ-168”», г. Новосибирск

В структуре заболеваний верхних дыхательных путей на хронический тонзиллит приходится 23,7% случаев заболевания. По данным И. Б. Солдатова (1990), 15% взрослого и 30% детского населения страдают хроническим воспалением миндалин, а с патологией миндалин связано более 80 заболеваний и осложнений, которые заметно снижают качество жизни пациентов. В связи с этим все отоларингологи поликлинического звена пытаются найти оптимальные схемы санации небных миндалин: ультразвуковое лечение на аппарате «Тонзиллор» озонированными растворами, использование бактериофагов.

Применяли гель Виферон® для нанесения на небные миндалины после каждой процедуры «Тонзиллор».

Виферон® интерферон альфа-2b обладает иммуномодулирующим, противовирусным и антипролиферативным свойствами. Усиливая фагоцитарную активность макрофагов, увеличивая специфическую цитотоксичность лимфоцитов к клеткам-мишеням, обусловливает свою опосредованную антибактериальную активность. Препарат способствует увеличению локально образующихся антител класса секреторных IgA, препятствующих фиксации и размножению патогенных микроорганизмов на слизистых оболочках, что обеспечивает профилактический эффект препарата. Антиоксиданты, входящие в состав геля (альфа-токоферола ацетат, лимонная и бензойная кислоты) обладают противовоспалительным, мембраностабилизирующим, регенерирующим свойствами.

Цель исследования: оценить эффективность использования геля Виферон® в лечении компенсированной формы хронического тонзиллита.

Материалы и методы

Для проведения исследования была сформирована группа из 15 пациентов с хроническим тонзиллитом компенсированной формы, которым проводилось профилактическое лечение на аппарате «Тонзиллор» с применением геля Виферон®. Группу контроля составили 15 человек с тем же диагнозом и профилактическим лечением, но без комбинации с Вифероном.

Перед началом терапии и по окончании лечения всем 30 пациентам проведено бактериологическое исследование слизистой небных миндалин.

Анализировались:

- *изменение микрофлоры,*
- *изменение состояния небных миндалин (гиперемия дужек и миндалин, рыхлость миндалин, скорость исчезновения казеозного детрита из лакун),*
- *состояние зачелюстных лимфоузлов,*
- *субъективное ощущение пациентов.*

Всем пациентам в 1-й, 5-й и 10-й (последний) день лечения проводилось промывание небных миндалин по Белоголовому 0,1%-раствором озонированной перекиси водорода для оценки скорости исчезновения казеозного детрита. Во время лечения на аппарате «Тонзиллор» для промывания миндалин использовался 0,1%-раствор озонированной перекиси водорода, во время фонофореза — 1%-раствор Диоксидина и 2%-масляный раствор хлорфиллипта. Пациентам из исследуемой группы после каждого сеанса «Тонзиллор» небные миндалины обрабатывались гелем Виферон®, и дома пациенты однократно обрабатывали миндалины гелем через 30 минут после еды.

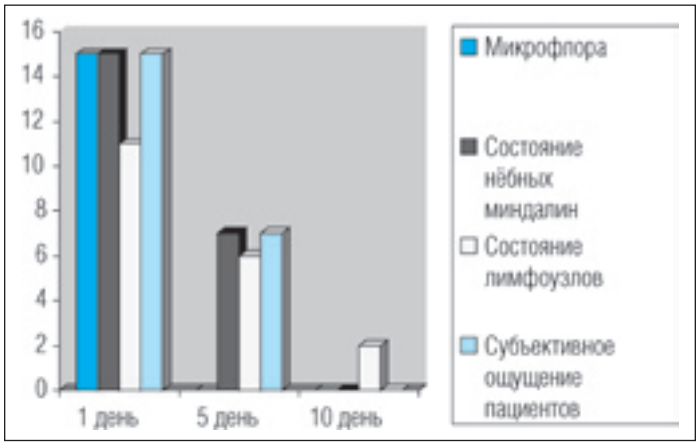


Рис. 1. Группа исследования

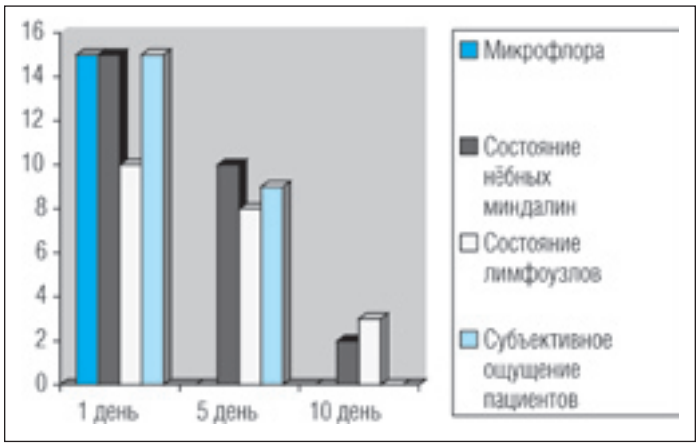


Рис. 2. Контрольная группа

Клиническое, бактериологическое обследование и лечение проводилось в поликлиническом отделении Фонда «МЕДСАНЧАСТЬ-168».

Результаты

У большинства пациентов выделился *Staphylococcus aureus*, по окончании лечения микрофлора не выделилась. Четырех пациентов, у которых выделился *Streptococcus pyogenes* (умеренный рост), лечили на аппарате «Тонзиллор» под прикрытием антибактериальной терапии.

У всех пациентов обеих групп с хроническим тонзиллитом наблюдалось клиническое улучшение (рис. 1, 2), только у двух пациентов остались гиперемия и валикообразное утолщение небных дужек, лакуны очистились у всех пациентов, но быстрее у применявших гель Виферон®, у пяти пациентов остались пальпируемые зачелюстные лимфоузлы 1 см в диаметре.

Выводы

Анализ динамики микробиоценоза глотки, состояния небных миндалин, лимфоузлов и субъективных ощущений пациентов свидетельствует об эффективном антипролиферативном и противовоспалительном эффекте интерферона альфа-2b и антиоксидантов, входящих в состав геля, и результативном использовании геля Виферон® при санации небных миндалин.

Преимущества нового отечественного набора для определения концентрации фибриногена

А. Г. Золовкина; А. П. Момот; А. Н. Мамаев;
Алтайский филиал ФГБУ «Гематологический научный центр» Минздрава России;
ГБОУ ВПО «Алтайский ГМУ» Минздрава России

Определение концентрации фибриногена (КФ) в клинической практике проводят для оценки системы гемостаза, острофазного ответа и риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Референтный диапазон его концентрации составляет 2,0—4,0 г/л и практически не зависит от пола и возраста, а при тяжелых бактериальных инфекциях, травмах его концентрация может превышать 10 г/л.

Для количественного определения концентрации фибриногена в условиях клинико-диагностических лабораторий наиболее применим метод Клаусса, в основе которого лежит логарифмическая зависимость концентрации фибриногена в разведенной исследуемой плазме от lg времени образования сгустка после добавления к плазме тромбина высокой активности.

Перед регистрацией времени образования фибринового сгустка исследуемую плазму первоначально разводят буферным раствором в 10 раз, поскольку только в условиях высокой активности тромбина и низких концентраций фибриногена наблюдается линейная зависимость концентрации от времени образования фибрина. Такое разведение плазмы крови позволяет определять концентрацию фибриногена ориентировочно в диапазоне до 5,0 г/л. Этап разведения образца плазмы может отрицательно влиять на воспроизводимость метода.

Исключение этапа предварительного разведения пробы представляется целесообразным с позиции контроля качества исследований и реализовано в модифицированном методе Клаусса, используемого **новой тест-системой «МультиТех-Фибриноген» производства фирмы «Технология-Стандарт» (г. Барнаул, Россия).** Модифицированный метод Клаусса позволяет исследовать концентрацию фибриногена в более широком диапазоне и исключить влияние этапа разведения пробы на правильность и воспроизводимость.

Метод может быть применен для определения концентрации фибриногена на коагулометрах с оптическим, оптико-механическим и механическим принципами регистрации образования сгустка.

Ниже приводятся результаты апробации и сравнения новой тест-системы с наборами реагентов для определения концентрации фибриногена других производителей.

Принцип метода

Принцип метода заключается в определении времени свертывания цитратной плазмы избытком тромбина. Концентрация фибриногена определяется по калибровочной кривой, построенной в билогарифмической системе координат.

Подготовка реагентов к работе и проведение исследования приведены в инструкции к набору реагентов «МультиТех-Фибриноген».

Оценка результатов

Время свертывания исследуемого образца плазмы составляет от 5 до 100 с, в зависимости от концентрации фибриногена и типа коагулометра.

Диапазон определения концентрации фибриногена без дополнительного разведения составляет 0,9—10,0 г/л. Если результаты определения близки к 0,9 г/л или меньше (отсутствие регистрации сгустка), концентрацию фибриногена следует определить классическим методом Clauss набором реагентов «Тех-Фибриноген-тест» (кат. №094 или кат. №324) или аналогичным с разведением плазмы 1:5. Концентрация фибриногена у здоровых людей находится в диапазоне 2,0—4,0 г/л.

Результаты сравнительного тестирования набора реагентов «МультиТех-Фибриноген» с близкими по назначению наборами, а также на различных коагулометрах

Калибровка тест-системы «МультиТех-Фибриноген» выполнена на коагулометрах с разным принципом регистрации времени образования сгустка с использованием набора «МультиТех-Калибратор», состоящего из 5 лиофилизированных образцов калибровочных плазм с концентрацией фибриногена 1,25; 2,2; 3,2;

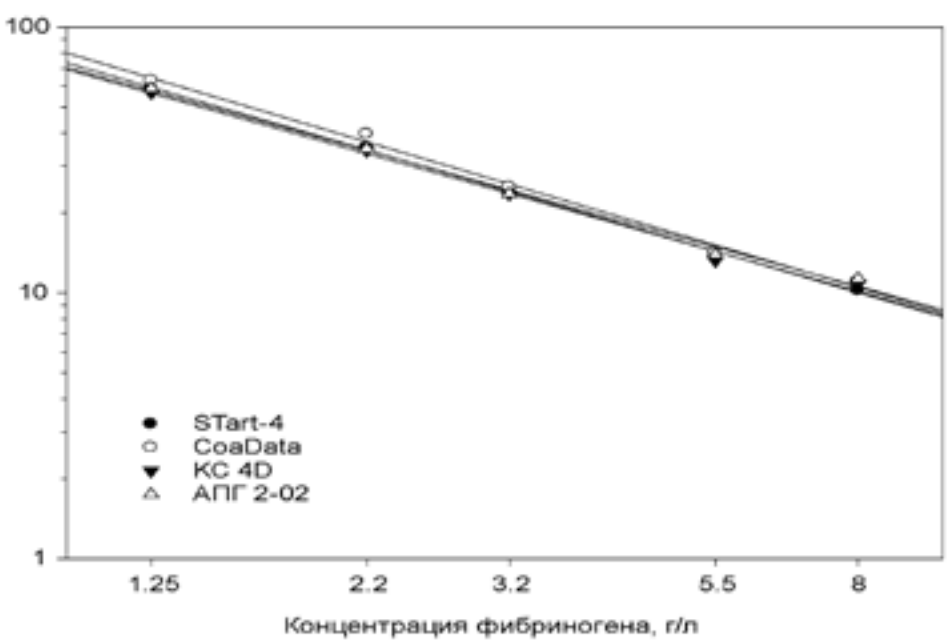


Рис. 1. Калибровочные кривые, полученные при использовании набора «МультиТех-Фибриноген» на разных коагулометрах

Таблица 1

Результаты определения КФ тест-системами разных производителей

г/л	Fibrinogen Assay	Fibrinogen Reagent	Опти-Фибриноген	Фибриноген-тест	Тех-Фибрино-ген-тест	Multifibren U	МультиТех-Фибриноген
	Разведение плазмы 1:10					Цельная плазма	
0,6	+	±	-	±	±	±	±
1,1	+	+	+	+	+	+	+
2,3	+	+	+	+	+	+	+
3,4	+	+	+	+	+	+	+
5,6	+	+	+	+	+	+	+
8,4	-	-	-	-	-	+	+

Примечание:
± – время образования фибринового сгустка зафиксировано не всеми приборами;
+ – определено время образования фибринового сгустка на разных приборах;
- – время образования фибринового сгустка не зафиксировано всеми приборами

5,5; 8,0 г/л. Калибровочные кривые, построенные для разных приборов, представлены на рисунке 1. Зависимость концентрации фибриногена от времени образования сгустка в билогарифмической системе координат приближается к прямой линии на всей области тестирования.

Сравнение разных тест-систем проведено с использованием контрольной плазмы с концентрациями фибриногена 0,6; 1,1; 2,3; 3,4; 5,6; 8,4 г/л. В таблице 1 приведены данные по стабильности определения КФ в плазме крови наборами реагентов разных фирм при проведении исследования по методу Клаусса с предварительным разведением плазмы 1:10 и использовании цельной плазмы, при проведении исследования по модифицированному методу.

ВАЖНО! Применение модифицированного метода Клаусса позволяет расширить диапазон уверенного определения КФ для разных типов коагулометров, особенно в области высоких концентраций, требующих дополнительного разведения пробы при классическом варианте метода.

Проведено сравнение существующих тест-систем для определения концентрации фибриногена без предварительной плазмодилюции «Multifibren U» и «МультиТех-Фибриногена» в диапазоне заявленной линейности метода.

Для этого использовали контрольные аттестованные плазмы с концентрацией фибриногена 0,6—8,4 г/л (табл. 2). Установлено, что определение КФ в образцах с концентрацией 0,6 г/л, не входящей в диапазон линейности методов, было доступно тест-системе «Multifibren U» только на коагулометре STart 4, в то время как использование набора «МультиТех-Фибриноген» позволило надежно определить концентрацию фибриногена в этом образце на трех приборах.

Полученные результаты входят в определенный производителем контрольных материалов диапазон аттестованных значений на всех используемых приборах. Значения концентрации фибриногена в плазмах, полученные на различных коагулометрах с использованием наборов реагентов «МультиТех-Фибриноген» и «Multifibren U» на всей области линейности теста были оценены с помощью корреляционного анализа. Коэффициент корреляции Пирсона составил для разных приборов от p=0,993 до p=0,998, то есть значимых различий между результатами, полученными с использованием этих наборов реагентов, в зависимости от вида коагулометра не выявлено.

Полученные данные свидетельствуют о высокой информативности НОВОГО набора реагентов «МультиТех-Фибриноген» для определения концентрации фибриногена в широком диапазоне его концентраций в плазме крови на разных типах полуавтоматических коагулометров.

Таблица 2

Сравнительная характеристика тест-систем по способности определять КФ в широком диапазоне

Концентрация фибриногена, г/л								
Аттестованное значение	Multifibren U				МультиТех-Фибриноген			
	Start 4	АПГ 2-02	CoaData	KC4D	Start 4	АПГ 2-02	CoaData	KC4D
0,6 (0,3–0,9)	0,87	-	-	-	0,44	-	0,48	0,62
1,1 (0,8–1,4)	1,16	0,86	0,91	0,94	0,9	1,26	1,01	1,27
2,3 (2,0–2,6)	2,63	2,23	2,21	1,98	2,42	2,11	2,63	2,24
3,4 (2,9–3,9)	3,08	3,37	4,01	3,66	3,88	3,17	3,9	3,17
5,6 (5,0–6,2)	6,07	5,96	6,03	5,59	5,82	5,30	5,90	5,66
8,4 (7,6–9,2)	8,9	7,87	9,05	8,46	8,8	8,3	7,74	8,79

Тракционная терапия на аппаратах «ОРМЕД» Лечебное воздействие при вытяжении позвоночника

Ю. Федорова, собственный корреспондент «МГ», г. Москва

Кому не знакома ситуация, когда немеет рука или нога, отнимается поясница, напряжена и болит спина? Остеохондроз — болезнь практически всех людей, — говорит Виктор Мамонтов, д.м.н., травматолог-ортопед высшей категории, профессор Научно-клинического Центра травматологии и ортопедии (г. Санкт-Петербург), и с ним нельзя не согласиться. Пациентов с острыми болями из-за обострений поясничного остеохондроза корешковой симптоматики в Центре травматологии и ортопедии видели немало, а скольким помогли — тысячам и тысячам! В комплексном лечении, как правило, обязательны 10 сеансов на аппарате «ОРМЕД-профессионал». Семь лет назад Центр приобрел первый «ОРМЕД-профессионал», позже — второй, потом еще и еще — и сегодня они работают уже во всех филиалах этого медучреждения в различных городах. Почему же «ОРМЕД»?

— С помощью этого аппарата возможно проведение тракционной терапии, которая сегодня является патогенетически обоснованным методом лечения различных дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, — объясняет Наиль Ибатович Гиниятуллин, академик Российской академии медико-технических наук, профессор, создатель декомпрессионных аппаратов серии «ОРМЕД». Дозированное по силе и по времени натяжения и ослабления вытяжение (тракция) позвоночника — высокоэффективный метод лечения, оказывающий как немедленное обезболивающее, так и профилактическое действие на длительный срок. Основной механизм действия вытяжения заключается в декомпрессии анатомических структур позвоночного столба. Опыт использования этого метода подтверждает его высокую эффективность, а тенденции развития медицинских технологий указывают на перспективность широкого внедрения в лечебную практику методов и режимов вытяжения позвоночника, проводимых на аппаратах серии «ОРМЕД-профессионал» и «ОРМЕД-тракцион».

Купировать болевой синдром и неврологические расстройства действительно удается уже с первой процедуры, которая включает лечебную блокаду и вытяжение позвоночника на «ОРМЕДе», подтверждает В. Мамонтов.

Вытяжения позвоночника подразделяются на:

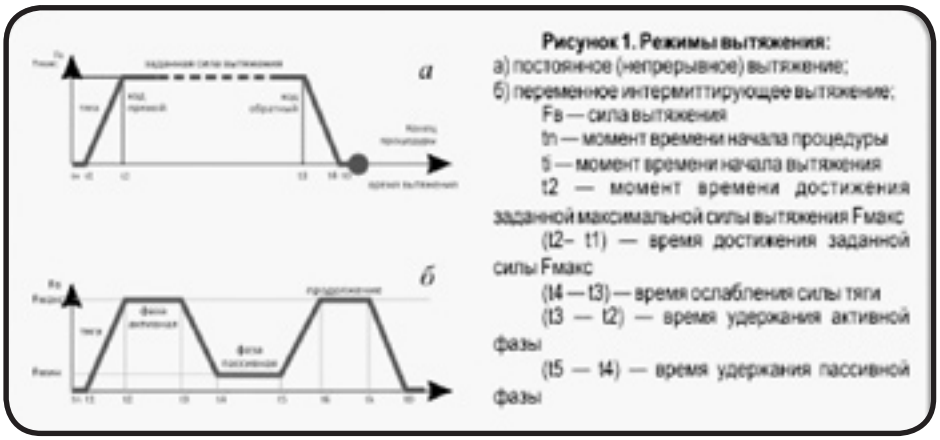


Рисунок 1. Режимы вытяжения:
а) постоянное (непрерывное) вытяжение;
б) переменное интермиттирующее вытяжение;
Fв — сила вытяжения
tn — момент времени начала процедуры
t1 — момент времени начала вытяжения
t2 — момент времени достижения заданной максимальной силы вытяжения Fмакс
(t2– t1) — время достижения заданной силы Fмакс
(t4 — t3) — время ослабления силы тяги
(t3 — t2) — время удержания активной фазы
(t5 — t4) — время удержания пассивной фазы

- *«сухое» (может осуществляться с помощью аппаратов «ОРМЕД-профессионал» и «ОРМЕД-тракцион») и подводное (может осуществляться в ваннах подводного вытяжения «Акватракцион»);*
- *горизонтальное и вертикальное, а также вытяжение на наклонной плоскости;*
- *шейное, грудное и поясничное;*
- *а также зависимые от ритма воздействия — непрерывные (постоянные) и прерывистые, интермиттирующие (циклические) тракции (с помощью различных аппаратов «ОРМЕД» возможны все виды указанных тракций).*

При этом непрерывные (постоянные) тракции оказывают в основном декомпрессионное воздействие. Прерывистые тракции характеризуются постепенно увеличивающейся тягой, максимальный уровень которой удерживается в течение нескольких минут, затем тяга постепенно уменьшается, вплоть до полного расслабления (рис. 1). Прерывистая тракция более эффективна, чем непрерывная, воздействие на больного при этом менее резкое и интенсивное.

Интермиттирующее вытяжение состоит в том, что быстрая тракция, выполняемая на протяжении различного периода времени (сила тракции также варьирует), сменяется быстрой релаксацией, то есть выполняется вытяжение в заданном ритме. Наряду с воздействием на костно-суставно-связочный аппарат интермиттирующая тракция избирательно воздействует на уровне мягких тканей (глубокие мышцы и т. д.) наподобие насоса, что способствует улучшению кровообращения. При этом продолжительность вытяжения нарастает в активной фазе (продолжительность — 10-20-30 секунд) и снижается в пассивной фазе (продолжительность — 15-10-5 секунд). Возможны и другие режимы интермиттирующего вытяжения, что в тракционных аппаратах серии «ОРМЕД» задается программно. Прерывистые и интермиттирующие (циклические) режимы вытяжения достаточно часто сочетаются.

Какие же возможны виды и режимы вытяжения, методики и особенности проведения тракции на аппаратах «ОРМЕД»?

Обычное недифференцированное вытяжение показано при диффузном поражении межпозвонкового диска шейного отдела позвоночника (рис. 2). При этом длина тяговых ремней 1 с той и другой стороны равны, следовательно, силы вытяжения P_1 и P_2 также равны: $P_1 = P_2$.

При дифференцированном вытяжении во фронтальной плоскости силы вытяжения с правой и левой сторон не равны, что достигается за счет разности длин тяговых ремней. При этом на больной стороне длина больше, чем на здоровой, что приводит к неравенству сил: $P_1 \neq P_2$ и появлению изгибающего момента силы, приложенного к шейному отделу позвоночника на уровне патологического участка межпозвонкового диска (наклону головы влево или вправо).

При дифференцированном вытяжении в сагиттальной плоскости спереди и сзади дифференцированное вытяжение достигается путем изменения угла тракции $\beta_{тр}$ по отношению к горизонту, то есть к осевой линии позвоночного столба. Изменение угла тракции сводится к физическому изменению высоты Н тягового рычага путем его подъема или опускания. В данном случае угол $\beta_{тр}$ является векторным углом вытяжения. При этом вектор-направление под углом $\beta_{тр}$ является определяющим в дости-

жении лечебного эффекта в процессе лечения больных с сосудисто-мозговой недостаточностью, обусловленной патологией шейного отдела позвоночника. Угол $\beta_{тр}$ (вектор тяги) может быть направлен как вперед (вверх, до 25°), так и назад (вниз, до 5—10°) или быть нулевым.

Метод векторного вытяжения приводит к увеличению пульсового притока крови по интракраниальному отделу вертебрально-базилярной ситемы и может быть рассмотрен как патогенетический метод коррекции вертебрально-базилярной сосудистой недостаточности, что очень актуально для людей, перенесших мозговой ишемический инсульт.

Дифференцированные методы вытяжения применяются тогда, когда клиническая картина больного представляет одностороннюю симптоматику (справа или слева, спереди или сзади).

Таким же образом можно добиться локального воздействия тракционного усилия на определенный межпозвонковый диск путем изменения угла тракции $\beta_{тр}$ по отношению к горизонту.

При этом вытяжение на аппаратах серии «ОРМЕД» («ОРМЕД-профессионал», «ОРМЕД-профилактик») успешно сочетается с процедурами механического роликового вибромассажа и теплового воздействия. Такой сочетанный метод позволяет расслабить околопозвоночные мышцы и значительно усилить лечебный эффект тракции (рис. 3).

Какие заболевания можно вылечить методом тракций, используемых на аппаратах «ОРМЕД»? «Остеохондрозы позвоночника с корешковым синдромом, деформирующие артрозы тазобедренных, коленных, голеностопных, плечевых суставов, контрактуры суставов после травм, у детей с раннего возраста — нарушения осанки, сколиозы. Отличный стол, всем рекомендую!» (В. Мамонтов). Остеохондрозы позвоночника с дегенеративно-дистрофическими изменениями, протрузии и грыжи

Рис. 2. Схема вытяжения шейного отдела позвоночника

дисков — когда есть патобиомеханические изменения в позвоночнике, особенно в дисках позвонков, — рассказывает главный врач медицинских центров «Доктор Середа», д.м.н., мануальный терапевт Владимир Андреевич Середа (г. Калуга). В медицинских центрах доктора работают два «ОРМЕД-профессионала», и, по скромным подсчетам, с их помощью удалось поправить здоровье около 5 тысячам человек — с подросткового возраста до пожилого. Хорошо поддаются лечению сколиозы, спондилоартрозы, нарушения осанки. Важно комплексное обследование пациента перед процедурой и исключение противопоказаний, к примеру, таких как туберкулез позвоночника и онкология, — говорит В. Середа. — В лечении также важны комплексная терапия и системный подход. Если в большинстве случаев протрузии уходят за один курс лечения (это, как правило, 10—12 сеансов), то для полного исчезновения грыжи необходимо минимум 2 курса, с перерывом между ними в 3—4 недели (после 1-го курса грыжа уменьшается до размеров протрузии). Но уже при первом курсе клинически устраняются все боли, и не беспокоят пациентов годами, отмечает он.

«ОРМЕД» действительно избавляет от грыж межпозвонковых дисков позвоночника — во время процедуры происходит механическое локальное воздействие на проблемный участок позвоночника, способствующее дозированному раздвижению двух сопряженных позвонков. При этом создается вакуум-эффект, «всасывающий» грыжевое выпячивание, при котором помимо «вправления» грыжевого выпячивания в плоскость диска поступает жидкость, диффузно питающая диск.

Методику лечения межпозвонковых грыж с помощью «ОРМЕД-тракциона» разработали в медицинском центре «Долголетие» (г. Сыктывкар), рассказал невролог, мануальный терапевт Константин Сусоров. Успешно поддаются лечению в этом Центре (пролечено более 250 человек), кроме поясничного остеохондроза, шейный остеохондроз, головные боли напряжения, вертеброгенные головокружения, плече-лопаточный периартроз и др. Уникальный случай практически 100%-го излечения произошел с пациентом Х., 27 лет. Больной страдал ежедневными изнуряющими частыми и продолжительными приступами головокружений (до 10 приступов в день длительностью до часа каждый). В ходе комплексного лечения с применением короткого курса мануальной терапии, гирудотерапии, тракционной терапии шейного отдела позвоночника на «ОРМЕД-тракционе» в переменном режиме с постепенным повышением нагрузки наблюдалась четкая положительная динамика. После нескольких курсов тракционной терапии (в общей сложности 40 сеансов) больной полностью излечился. Результат подтвержден допплерографическим сканированием брахиоцефальных артерий.

Подробную информацию обо всех аппаратах НВП «Орбита», методиках тракционной терапии и заключения специалистов вы можете получить на сайте WWW.ORMED.RU.

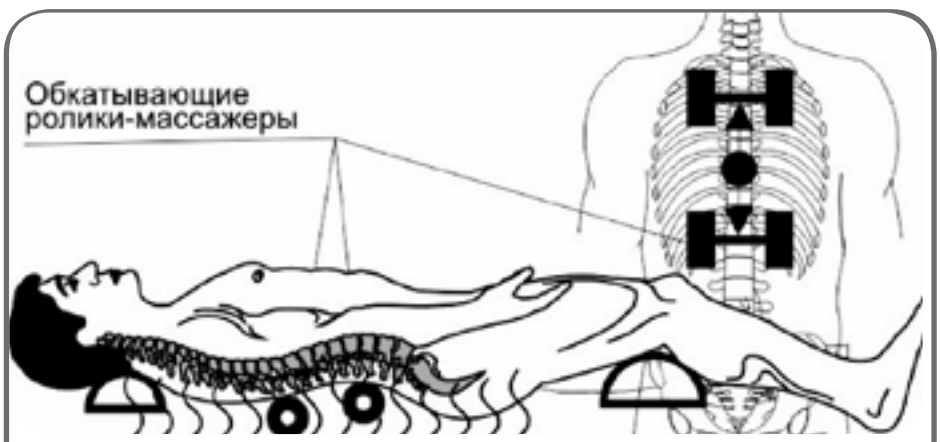


Рис. 3. Схема сочетанного метода лечения

НВП «Орбита», 450024, г. Уфа, ул. Центральная, 53/3, т./ф.: (347) 227-54-00, 281-45-13, e-mail: ormed@ormed.ru

Способы коррекции астенического синдрома в амбулаторной практике

Е. Б. Грищенко, к.м.н.

Астения или так называемый астенический синдром (АС) является одним из наиболее частых синдромов, с которыми сталкиваются врачи общей практики. Ведь одними из наиболее распространенных жалоб, с которыми пациенты обращаются к врачу, являются снижение физической активности и повышенная утомляемость. А понятие «астения» с греческого языка переводится как «бессилие» или «отсутствие сил». Но несмотря на широкую распространенность, до сих пор не существует четких определений этого синдрома, общепринятых классификаций, нет четкой концепции патогенеза астении.

Астения — полиморфный синдром, патологическое состояние организма, характеризующееся качественными изменениями функционального состояния, вызванными чрезмерным расходованием энергетических веществ и медиаторов центральной нервной системы.

Существует ряд заболеваний, когда синдром астении является одним из ведущих. В соответствии с МКБ-10 эти заболевания классифицируются как органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство или неврастения. Кроме того, в последние годы все чаще говорят о синдроме хронической усталости, который пока не выделен как самостоятельная нозологическая единица.

В общетерапевтической практике астеническое состояние обычно обозначается одним из нижеперечисленных диагнозов: «астенодепрессивный синдром», «астеноневротический синдром», «психовегетативный синдром», «ипохондрический синдром». При этом указанные синдромы сами по себе становятся причиной снижения работоспособности и социальной активности пациента. Более того, если не принимать мер, то возможно развитие затяжных депрессивных состояний. На фоне имеющегося астеноневротического синдрома легко возникают алкогольная и наркотическая зависимости. Вместе с тем, лечение таких пациентов — задача довольно непростая, так как в основе астеноневротического синдрома лежит повышенная истощаемость головного мозга на биохимическом уровне, и излишняя стимуляция высших психических функций может дать обратный эффект и усугубить астенизацию.

Клинические формы астении

АС может быть соматогенным (вторичным, или симптоматическим, органическим) или психогенным (первичным, или «ядерным»).

Соматогенные (вторичные, симптоматические) астении являются одним из проявлений различных соматических, токсических и психических заболеваний:

- *инфекционных, соматических, эндокринных и метаболических расстройств;*
- *гематологических и соединительнотканных заболеваний;*
- *онкологических и неврологических заболеваний;*
- *ятрогенных воздействий;*
- *профессиональных вредностей;*
- *эндогенных психических заболеваний (шизофрения, депрессия).*

Психогенные астении. Психогенные (первичные, или «ядерные») астении являются самостоятельной клинической единицей, генез которой напрямую не удается связать с конкретными органическими или токсическими факторами.

Реактивные астении возникают у исходно здоровых лиц при воздействии различных факторов, вызывающих резкую дезадаптацию. Это астении после перенесенных тяжелых инфекций, соматических заболеваний (инфаркт миокарда), тяжелых операций, родов, при значительных нагрузках у пожилых людей, сезонных авитаминозах, при значительных умственных либо физических нагрузках в условиях стресса и эмоциональной напряженности.

Чаще всего психогенная астения является проявлением невротических расстройств (депрессивный невроз или дистимия), соматоформных расстройств (истерический невроз), ипохондрии, панических расстройств (невроз тревоги или беспокойства), навязчивых страхов.

Принципы лечения АС

Терапия астенических состояний представляет непростую задачу. На сегодня ни один из существующих подходов к лечению не дает достаточно устойчивого терапевтического эффекта. Лечение астении в значительной степени зависит от факторов, ее вызывающих, и клинических проявлений. В стратегии лечения можно выделить три базовых направления:

- *этиопатогенетическое лечение;*
- *неспецифическая, общеукрепляющая и иммунокорригирующая терапия;*
- *симптоматическая терапия.*

Традиционно используются препараты различных фармакотерапевтических групп: витаминно-минеральные комплексы, антидепрессанты, ноотропные средства, транквилизаторы и нейролептики.

Этиопатогенетическая терапия

При соматогенных астениях тактика врача должна быть направлена прежде всего на лечение основного заболевания или купирование токсико-метаболических расстройств, которые обусловливают развитие астении.

В случае реактивных АС необходима коррекция факторов, приведших к срыву. Целесообразно объяснить пациенту механизмы возникновения его астении. Благодаря этой беседе, во-первых, развеиваются опасения больного о наличии у него какого-то тяжкого и неизлечимого заболевания, а во-вторых, появляется настроенность на сотрудничество с врачом. Реальная терапия — это прежде всего изменение жизненного стереотипа: смена деятельности, нормализация режима труда и отдыха, сна и бодрствования. Хороший эффект наблюдают при введении в жизнь пациентов специальных групп социальной поддержки, систематических психологических тренингов с включением различных методов.

В лечении психогенных астений ключевую роль играет терапия, направленная на адаптацию личности и коррекцию эмоционально-психопатологических расстройств. Терапевтические стратегии могут включать как психотерапию, так и психофармакотерапию, либо их сочетание.

Психотерапевтические подходы к лечению АС условно делят на три раздела:

- *симптоматическая психотерапия;*
- *патогенетическая психотерапия;*
- *личностно-ориентированная психотерапия.*

Целью **симптоматической психотерапии** является воздействие на невротические симптомы и общее состояние пациента. Этот раздел лечения пациента включает аутотренинг (в индивидуальном и групповом режимах); гипноз; внушение и самовнушение. Комплекс мероприятий приводит к снятию тревожного напряжения, повышению уверенности пациента в себе.

К **патогенетической психотерапии** относят методики, основной целью которых является переучивание больного; снятие патологически зафиксированных форм поведения, ошибочных, искаженных оценок; формирование санирующих стереотипов поведения; создание предпосылок для адекватного отреагирования бессознательно подавленных, вытесненных, социально неприемлемых эмоций и аффектов.

Личностно-ориентированная психотерапия включает методы, направленные на реконструкцию базовых мотиваций личности. Их целью является осознание больным взаимосвязи феномена астении с нарушением в «системах отношений личности» и искаженных паттернах поведения. Данные методики направлены на вскрытие ранних детских конфликтов или на актуальные проблемы личности. К этой группе методов можно отнести психодинамическую терапию, семейную психотерапию.

Психофармакологическая терапия включает препараты трех групп, в зависимости от характера эмоционально-мотивационных нарушений, лежащих в основе астении:

- *антидепрессанты;*
- *транквилизаторы;*
- *нейролептики.*

Ведущими препаратами в терапии астений являются антидепрессанты (АД). Применяются следующие группы АД: производные лекарственных трав; обратимые и необратимые ингибиторы моноаминооксидазы (МАО); трициклические АД; четырехциклические и атипичные АД; избирательные блокаторы обратного захвата серотонина (СИОЗС); избирательный стимулятор обратного захвата серотонина — тианептин.

Необходимо отметить, что выраженные побочные эффекты у ряда АД, в частности необратимых ингибиторов МАО, классических трициклических АД (имипрамина, амитриптилина), существенно снижают возможности их применения, особенно в амбулаторной практике. В настоящее время чаще используются препараты СИОЗС, тианептин, либо обратимые ингибиторы МАО. Нередко приходится сочетать АД с транквилизаторами, особенно если астения сопровождается симптомами внутренней напряженности, тревоги, паническими расстройствами, в случае выраженных нарушений сна, либо на первых этапах лечения АД.

Спектр седативных и противотревожных препаратов включает:

- *седативные средства преимущественно растительного происхождения (экстракт валерианы, Ново-Пассит, Персен);*
- *транквилизаторы небензодиазепинового ряда (дикалия клоразепат, тофизопам, гидроксизин);*
- *транквилизаторы бензодиазепинового ряда: типичные (диазепам, хлордиазепоксид, оксазепам, медазепам) и атипичные (клоназепам и алпразолам).*

При сочетании астении с очевидными истерическими, фобическими или сенсоипохондрическими проявлениями в качестве базовой фармакотерапии используют антидепрессанты, при этом дополнительно в схему лечения включают небольшие дозы малых нейролептиков — тиоридазин, алимемазин, сульпирид, хлорпротиксен, перфеназин.

Неспецифическая общеукрепляющая терапия

Значительную роль в терапии любой астении, независимо от ее этиологии, занимает неспецифическая общеукрепляющая терапия, которая включает как физические, так и медикаментозные методы.

Физические методы. Тренировки с дозированной физической нагрузкой значительно повышают толерантность к нагрузкам, хороший эффект дает гидротерапия (плавание, контрастный душ, душ Шарко). Пациентам при отсутствии противопоказаний со стороны сопутствующей соматической патологии — лечебная гимнастика и массаж, физиотерапия, иглорефлексотерапия. В случае депрессивных расстройств хороший эффект дает фототерапия.

Неспецифическая медикаментозная терапия включает препараты, оказывающие антистрессовый и адаптогенный эффект, улучшающие энергетические процессы, оказывающие антиоксидантное действие.

При иммунной недостаточности целесообразно включение в схему лечения веществ, повышающих резистентность организма и стимулирующих иммунные механизмы защиты.

Наконец, к этой же группе следует отнести **ряд препаратов, улучшающих и стимулирующих общий обмен веществ и метаболизм мозга.** При реактивных астениях, возникающих после интенсивной физической либо умственной деятельности, после тяжелых заболеваний, операций, инфекций либо стрессовых состояний потребность в витаминах и минералах значительно возрастает. При астенических состояниях показано назначение витаминов, макро- и микроминералов. Так, повышенная потребность в витамине С возникает после оперативных вмешательств, тяжелых заболеваний и стрессовых ситуаций. Дефицит витаминов группы В нередко развивается при соматогенных астениях. В этих случаях показано введение комплекса витаминов группы В. Защитное действие при физических стрессах оказывает витамин B_5, или пантотеновая кислота, так называемый антистрессовый витамин. Рибофлавин (витамин B_2) участвует в энергетическом обмене; для нормального функционирования ферментов, участвующих в энергетических процессах, необходимы также железо и фосфор. Антиоксидантный эффект отмечен при приеме витаминов А и Е. Существенную роль в лечении АС играют кальций и магний.

При АС, сопровождающемся вялостью, дневной сонливостью, тенденцией к артериальной гипотензии, склонностью к частым инфекциям, могут быть рекомендованы препараты животного и растительного происхождения, стимулирующие обмен веществ в организме и повышающие неспецифическую реактивность.

В случае АС, возникающего на фоне черепно-мозговой травмы, недостаточности мозгового кровообращения, последствий нейроинфекций и интоксикаций, при конституциональной астении, у ослабленных и пожилых пациентов положительный эффект отмечается при применении препаратов, улучшающих мозговой метаболизм, — ноотропов. В последние годы расширился арсенал ноотропных лекарственных средств, появились

новые классы препаратов, обладающие разнообразным влиянием на нервную систему. Большинство современных нейрофармакологических препаратов обладают как нейромедиаторным, так и вазомоторным типами действия с влиянием на структурно-функциональные характеристики нейрональных систем, ионный транспорт, процессы метаболизма в нейроне.

Благодаря развитию фармации и технологий производства появились ноотропы, в состав которых входят растительные компоненты. Эти препараты соответствуют мировым стандартам качества и разработаны по технологии «фитониринг» (от *phyto* — растение и *engineering* — прикладная наука, инженерное искусство). Фитопрепараты, соответствующие стандарту фитониринга, обладают высоким терапевтическим эффектом. Поэтому лекарства растительного происхождения все чаще составляют конкуренцию многим синтетическим и химическим препаратам.

К этой группе ноотропных лекарственных средств можно отнести препарат Интеллан компании «Хербион Интернейшнл Инк.». Это многокомпонентный фитопрепарат, который включает экстракты 6 лекарственных растений, в 1 капсуле содержатся экстракты из:

- *гинкго двулопастного (50 мг);*
- *щитолистника азиатского (120 мг);*
- *герпестиса моньера (30 мг);*
- *кориандра посевного (50 мг);*
- *кардамона бенгальского (50 мг);*
- *филлантуса лекарственного (100 мг).*

Активные компоненты, которые улучшают мозговое и периферическое кровообращение, стимулируют питание нервных клеток и метаболизм коры головного мозга, нормализуют медиаторные процессы в центральной нервной системе, обладают высокой антиоксидантной активностью, тем самым повышая умственную активность и оказывая нормализующее действие на психоэмоциональный фон при повышенной тревожности и стрессе.

Гинкго билоба — источник флавонгликозидов и терпенолактонов. Группа терпенолактонов состоит из билобалидов и гинкголидов. Билобалиды повышают эластичность стенок кровеносных сосудов, обладают сосудорасширяющими свойствами, ингибируют фактор агрегации тромбоцитов, тем самым улучшают циркуляцию крови в тканях головного мозга, приводя к уменьшению гипоксии и нормализации обменных процессов в клетках головного мозга. Нормализуют медиаторные процессы в центральной нервной системе, что выражается в антидепрессивном и ноотропном действии. Три флавонгликозида гинкго — кверцитин, кемпферол и изорамнетин обладают мощным антиоксидантным действием и высокой противовоспалительной активностью.

Готу Кола (щитолистник азиатский, или центелла азиатская) содержит биологически активные группы: сапонины, фитостеролы, эфирные масла, витамины В и С, танины, микроэлементы (кальций, магний и натрий). За счет действия тритерпеновых сапонинов, стимулирующих работу холинергических медиаторных систем, способствует поддержанию устойчивости внимания и долговременного запоминания, снижает усталость и облегчает депрессивное состояние, улучшает микроциркуляцию тканей головного мозга и сердечной мышцы.

Герпестис моньера является источником незаменимых аминокислот для нормальной работы головного мозга (аспарагиновой, глютаминовой, глицина и т. д.).

Так, глицин нормализует и активирует процессы защитного торможения в ЦНС, тем самым уменьшает психоэмоциональное напряжение, повышает умственную работоспособность. Также он обладает ноотропными свойствами, улучшает память и способность к обучению.

Аспарагиновая кислота — нейромедиатор возбуждающего действия, обладает психостимулирующей активностью, а также обладает гипоаммониемическим действием.

Глютаминовая кислота способствует синаптической активности и передаче нервного импульса в NMDA-рецепторах, которые отвечают за процессы запоминания. Стимулирует окислительно-восстановительные процессы в головном мозге, тем самым оказывая ноотропное действие.

Филлантус лекарственный (эмблика лекарственная) является источником витамина С, витаминов B_1 и B_2, никотиновой кислоты и микроэлементов (кальций, фосфор, железо) и содержит супероксиддисмутазу. Имеет выраженные антиоксидантные и вазопротекторные свойства.

Кардамон бенгальский — источник эфирных масел, витамина С и микроэлементов (кальций, железо, фосфор). Способствует повышению общего тонуса организма.

Кориандр посевной является источником микро- и макроэлементов (калия, кальция, магния и в том числе селена, обладающего способностью связывать свободные радикалы).

При проведении клинических исследований на базах филиала «Клиническая фармакология» ГУ «Научный центр биометрических технологий РАМН» и ЛПМУ «Центральная городская больница» (г. Королев Московской области) по препарату Интеллан (капсулы) было клинически доказано, что Интеллан в капсулах способствует снижению основных психопатологических проявлений астеноневротической симптоматики на фоне соматических заболеваний. При оценке результатов исследования у пациентов с курабельными соматическими заболеваниями на фоне приема препарата Интеллан отмечалось усиление функции памяти, активизация умственной деятельности, подавление беспокойства и депрессии. Полученные результаты исследования препарата Интеллан (капсулы) позволили сделать заключение о целесообразности его применения у пациентов с астеноневротической симптоматикой на фоне соматических заболеваний.

Симптоматическая терапия

Среди множества симптомов, сопровождающих АС, можно выделить особо часто встречающиеся, такие как мышечная усталость, не проходящая после сна, отдыха. Основные причины утомления мышц — накопление аммиака (гипераммониемия) и отклонение энергетического метаболизма в сторону избыточного накопления лактата. Метаболическое направление в лечении астении включает два момента: выведение аммиака и ограничение накопления молочной кислоты.

При выявленной у пациента выраженной артериальной гипотонии можно рекомендовать прием стимулирующих препаратов. А в случае вестибулярных расстройств применяют препараты, снижающие вестибулярную возбудимость.

Заключение

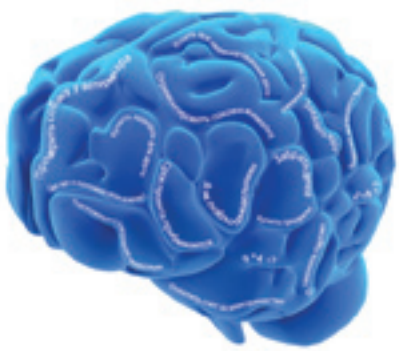
Основной принцип помощи пациентам с АС заключается в комплексной терапии с использованием физических, психотерапевтических и медикаментозных методов лечения. В лечении АС растительные препараты наиболее эффективны при сочетании с немедикаментозными методами воздействия. Подобный рациональный подход способствует улучшению качества жизни пациентов и возвращению их к полноценной жизни.

Журнал «Медицинский совет», №6, 2012

ЯСНОСТЬ УМА

БЫСТРОТА ВОСПРИЯТИЯ

КОНТРОЛЬ НАД ЭМОЦИЯМИ



ИНТЕЛЛАН®

капсулы

НОВАЯ ФОРМУЛА
ГИНКГО БИЛОБА + ГОТУ КОЛА
И
4 ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЯ

Оригинальный растительный лекарственный препарат для улучшения памяти, умственной деятельности и психоэмоционального состояния

Реклама. Представительство компании «Хербион Интернейшнл Инк.»,
117198, г.Москва, ул.Миклухо-Маклая, влад.8,стр.3, тел. 8 (495) 781-46-43 РУ ЛП 000259 от 16.02.2011

Имеются противопоказания. Перед применением ознакомиться с инструкцией.

РЕКЛАМА

Лучшие решения для ингаляционной терапии

ЛАДОГАНЕБ®

ПАРИ ЮниорБОЙ® SX

ПАРИ БОЙ® SX

ПАРИ СИНУС®

Специалисты в эффективной ингаляции

PARI

ООО«ПАРИ синергия в медицине»
117418, г. Москва, а/я 16
тел./факс : +7 (495) 981-88-60
e-mail: pari-synergy@mail.ru
www.pari.de

РЕКЛАМА

Особенности адаптации сердечно-сосудистой системы юных спортсменов в годичном тренировочном цикле

А. М. Щекинова, С. В. Ходарев, Е. С. Тертышная; ГБУ РО «Центр восстановительной медицины и реабилитации №1», г. Ростов-на-Дону

Для оптимальной результативности в современном спорте наряду с технической подготовленностью юный спортсмен должен иметь высокий уровень по целому ряду параметров функциональной подготовленности: аэробной и анаэробной мощности, силе мышц, гибкости, способности к изменению направленности движения [1]. Физическая работоспособность во многом определяется адаптационными возможностями организма юного спортсмена, формируясь в процессе рационального физического воспитания [2], то есть регулярных спортивных тренировок [3]. У подростков иначе, чем у взрослых, происходит энергетическое обеспечение работы мышц, на одну и ту же нагрузку у них используется значительно больше энергии, чем у взрослых, но при этом восстановительные процессы идут значительно быстрее [4, 5, 6]. В связи с этим актуальным является подбор информативных параметров, отражающих адаптивно-функциональные возможности физиологических систем, обеспечивающих работоспособность юных спортсменов с учетом специфики вида спорта. Не менее актуальным является выбор методов текущего контроля, позволяющих объективно оценить функциональное состоянием спортсменов, качество их подготовки [6].

Вместе с тем в детском спорте необходимо соблюдать принцип адекватности: нагрузка должна дозироваться с учетом возрастных функциональных возможностей организма [6, 7]. Решающую роль на всех иерархических уровнях адаптации играет сердечно-сосудистая система [7, 8]. Благодаря высокой лабильности физиологических механизмов ее регуляции, она одной из первых включается в компенсаторно-приспособительную деятельность, направленную на адекватное обеспечение тканей кислородом, поэтому изучение особенностей адаптационных перестроек структур управления и функционирования этой системы организма, ее адаптивных резервов представляется также одной из актуальных проблем. Задачей педагогов-тренеров является постановка тренировочного режима в соответствии с индивидуальными особенностями каждого ребенка с учетом возрастных возможностей, углубленный анализ влияния избранного вида спорта на функциональное состояние отдельных органов и систем организма юного спортсмена.

Целью данной работы являлось исследование функционального потенциала и закономерностей формирования адаптационного резерва организма в раннем подростковом возрасте в игровых и сложнокоординационных видах спорта.

Материал и методы

Исследования были проведены в начале и конце тренировочного периода 2012 года. Всего было обследовано 120 человек в возрасте 10—13 лет со спортивным стажем 4—5 лет и более.

Дети подразделялись на группы по видам спорта: гандбол и прыжки на батуте. Спортивная квалификация гандбол — юношеские разряды; прыжки на батуте — 1-й взрослый, КМС, МС. В первой контрольной (гандбол, n=30) и второй контрольной (батут, n=30) группах тренировки проходили 3 раза в неделю по 1,5 часа. В первой основной (гандбол, n=30) и второй основной (батут, n=30) группах дополнительно был предложен специально разработанный индивидуальный комплекс упражнений, направленный на развитие силы, ловкости и выносливости, а также занятия на тренажерах.

Всем юным спортсменам основных групп (n=60) проводилась диагностика состояния мышц спины, брюшного пресса, косых мышц живота с индивидуальным подбором нагрузки (вес, число и скорость повторений и подходов, комплекс упражнений на растяжку, аэробные нагрузки) 1 раз в неделю по 1 часу на комплексе David back concept (комплекс тренажеров с программным обеспечением, биологически-обратной связью, с помощью которых проводятся диагностика и тренировка). Кроме этого, спортсменам игровых видов спорта (гандбол) на каждой тренировке были включены упражнения (по 15—20 минут) для развития силы ног (приседания, приседания с нагрузкой, прыжки, подскоки); упражнения для развития силы верхних конечностей (отжимания, в том числе с отягощением, с сопротивлением и без). Для спортсменов, занимающихся сложнокоординационными видами спорта (прыжки на батуте), на каждой тренировке применяли дополнительные упражнения (по 15—20 минут) со скакалкой, челночный бег, приседания с отягощением, прыжки и движения с закрытыми глазами, кувырки, перевороты, упражнения на повышенной опоре, упражнения в равновесии.

Для оценки функционально-адаптивного состояния были исследованы показатели физической работоспособности (PWC170), характеризующиеся рядом факторов: максимальным потреблением кислорода, типом гемодинамики, частотой сердечных сокращений (ЧСС) и артериальным давлением (АД), которые характеризуют мощность, емкость и уровень функционирования организма, в первую очередь — его сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Оценка функционального состояния проводилась на основании показателя общей физической работоспособности, вычисляемого по результатам пробы на велотренажере с непрерывной ступенчато возрастающей нагрузкой. Использовалось три уровня нагрузки из расчета 300, 450, 600 кгм/мин., длительность каждого уровня составляла три минуты. Во время пробы проводился постоянный клинический контроль за состоянием обследуемого, непрерывное мониторирование ЧСС и измерение АД в конце каждой ступени нагрузки, выполнялась ЭКГ. Условия проведения пробы соответствовали общепринятым требованиям. Поскольку

Таблица 1

Показатели физической работоспособности и аэробной производительности организма юных спортсменов игровых и сложнокоординационных видов спорта (M±m)

Группы, n=30	PWC170 кгм/мин./кг		МПК мл/мин./кг	
	начало года	конец года	начало года	конец года
Контрольная (гандбол)	11,4±0,2*	12,1±0,13*	38,9±0,3*	42,3±0,4*
Основная (гандбол)	12,0±0,18	15,2±0,11	42,4±0,1	47,8±0,1
Контрольная (батут)	12,5±0,31*	11,3±0,12*	39,4±0,21*	39,6±0,14*
Основная (батут)	14,3±0,2	15,4±0,12	44,6±0.14	48,8±0,11

Примечание: * — различия достоверно значимы между контрольной и основной группами.

между потреблением кислорода и ЧСС имеется тесная зависимость, то увеличение нагрузки в тесте производилось до уровня ЧСС, соответствующего 75% от МПК. Мощность работы, показанная при этой величине ЧСС, и считалась максимальной для данного испытуемого.

Результаты проведенных обследований обрабатывали методом вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Показатели физической работоспособности, удельные значения PWC170, рассчитанные на 1 кг веса спортсмена и значения МПК в начале и конце тренировочного года показаны в таблице 1. Следует отметить, что только к концу года, после проведения заявленной тренировочной программы, значения PWC170 в обеих основных группах достоверно превышали значения в контрольных группах, и эти значения существенно не отличались друг от друга, то есть не зависели от вида спорта. Аналогичные результаты получены

Таблица 2

Показатели работы сердечно-сосудистой системы организма юных спортсменов игровых видов спорта (гандбол) (M±m)

Показатели	Начало года		Конец года	
	Контроль, n=30	Основная группа, n=30	Контроль, n=30	Основная группа, n=30
ЧСС исх., уд./мин.	60±2,2	75±3,3*	70±6,4	85±2,3*
ЧСС мак., уд./мин.	164±4,1	162±8,2	164±3,8	164±2,6
ЧСС нагр., уд./мин.	168±3,8	166±5,2	162±9,1	157±9,8
АДс, мм рт. ст.	105±3,1	108±3,7	108±2,8	115±11,2
АДд, мм рт. ст.	73±3,4	72±2,8	73±3,3	72±4,0
Частота дыхания, ЧД/мин.	16±2,8	16±1,8	16±4,1	16±5,3
ЧСС/ЧД	3,75±1,2	4,6±1,1	4,4±1,8	5,3±0,8

Примечание: * – различия достоверно значимы между контрольной и основной группами.

Таблица 3

Показатели работы сердечно-сосудистой системы организма юных спортсменов сложнокоординационных видов спорта (прыжки на батуте) (M±m)

Показатели	Начало года		Конец года	
	Контроль, n=30	Основная группа, n=30	Контроль, n=30	Основная группа, n=30
ЧСС исх., уд./мин.	60±1,2	60±5,6	60±6,4	75±2,3
ЧСС мак., уд./мин.	162±2,4	162±3,3	164±3,8	160±2,6
ЧСС нагр., уд./мин.	164±4,7	160±5,2	162±3,1	150±2,8*
АДс, мм рт. ст.	106±6,3	108±3,7	108±2,6	120±2,2*
АДд, мм рт. ст.	72±3,0	70±2,8	73±3,3	70±4,0
Частота дыхания, ЧД/мин.	16±4,1	16±1,8	16±4,1	16±0,9
ЧСС/ЧД	3,75±0,2	3,75±1,1	4,4±1,8	4,6±0,8

Примечание: * – различия достоверно значимы между контрольной и основной группами.

и по величине МПК. Это свидетельствовало о повышении уровня физической работоспособности после окончания тренировочного периода в основных группах юных спортсменов, как у занимающихся гандболом, так и на батуте. Сравнительное постоянство величин PWC170 и МПК в контрольных группах можно объяснить относительной «консервативностью» возрастного развития и слабой тренированностью энергетических (аэробных) механизмов повышения работоспособности у юных спортсменов исследуемой возрастной группы.

В таблицах 2 и 3 представлены данные о состоянии сердечно-сосудистой системы у юных спортсменов — гандболистов и занимающихся прыжками на батуте (соответственно).

Исследование динамики уровня артериального давления (АД) показало, что по окончании тренировочного процесса 2012 года достоверно отмечался нормотонический тип реакции, что свидетельствовало об адекватной реакции на индивидуально подобранную тренировочную нагрузку. Результаты анализа показателей частоты дыхания (ЧД) не выявили зависимости их урежения от видов спорта и этапов тренировочного процесса. Анализ ритмограмм, характеризующих сердечную деятельность, показал стабильность значений ЧСС, статические характеристики сердечного ритма оставались практически на одном уровне. Наши данные согласуются с литературными данными исследования у юных спортсменов, в которых авторы также не обнаружили прироста изученных показателей в связи с тренировками [8]. В то же время нами была отмечена положительная динамика прироста значений коэффициента ЧСС/ЧД к концу тренировочного года только в основной группе спортсменов-гандболистов, что можно характеризовать как повышение уровня тренированности функционально-адаптивных резервов у этих спортсменов.

Значения ЭКГ были проанализированы у всех юных спортсменов, вне зависимости от вида спорта, и получены следующие данные: в начале года у 42 человек (35%) — без отклонений, у 36 человек (30%) была обнаружена неполная блокада

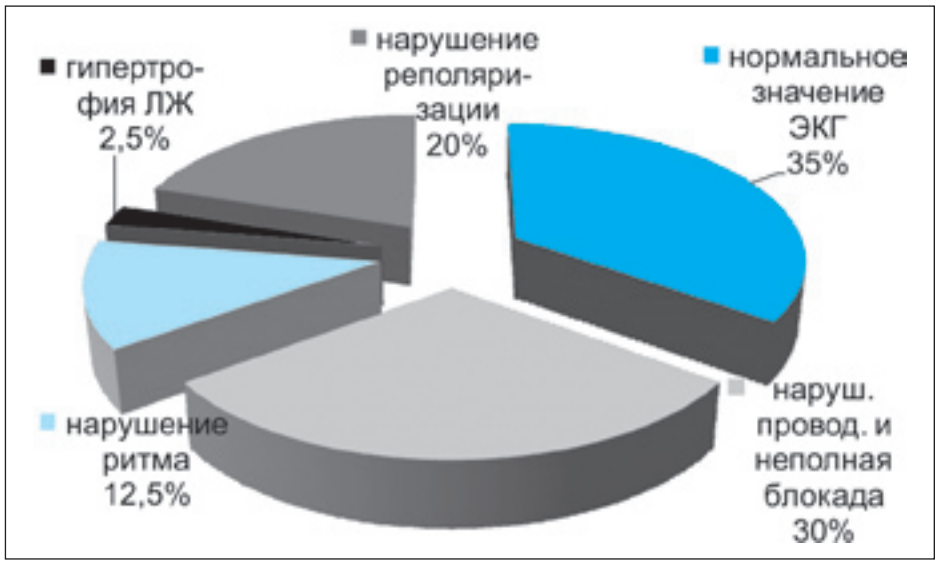


Рис. 1. Характер ЭКГ в начале тренировочного цикла.

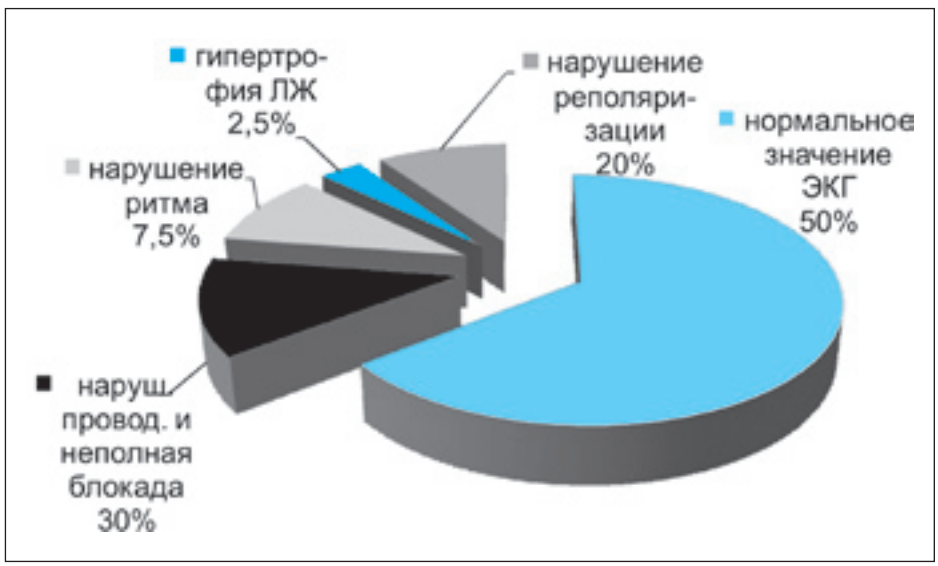


Рис. 2. Характер ЭКГ в конце тренировочного цикла.

правой ножки пучка Гиса и нарушение проводимости.

У 24 человек (20%) были отмечены нарушения процессов реполяризации передней стенки миокарда левого желудочка, нижнебоковых отделов и межжелудочковой перегородки, у 15 человек (12,5%) — нарушение ритма, в 2,5% (3 спортсменов) случаев отмечалась гипертрофия левого желудочка (рис. 1).

К концу тренировочного года число юных спортсменов с нормальной ЭКГ достоверно ($P<0,05$) увеличилось на 15% (всего их 50%, 60 человек). Отмечалось достоверное ($P<0,05$) снижение на 20% (24 человека) числа юных спортсменов с нарушениями проводимости. Улучшение процессов реполяризации отмечено у 12,5% детей. Ритм восстановился у 5% спортсменов (6 человек) (рис. 2).

Полученные результаты указывают на повышение функциональной адаптивности организма юного спортсмена к концу тренировочного года. Увеличение адаптивных резервов происходит за счет регулярной дозированной нагрузки, в том числе на кардиореспираторную систему.

Таким образом, полученные данные характеризуют положительное влияние индивидуально подобранных тренировочных и физических нагрузок как у гандболистов, так и у детей, занимающихся прыжками на батуте, повышение уровня физического здоровья и физической работоспособности, что свидетельствует об увеличении адаптационных резервов организма юных спортсменов.

Заключение

- *Регулярность и интенсивность физической нагрузки*

в подростковом возрасте способствуют увеличению физической работоспособности, повышению максимального потребления кислорода.

- *Для успешного достижения спортивных результатов назначение физических нагрузок должно проводиться с учетом оценки адаптационных особенностей юного спортсмена.*
- *Необходим врачебный контроль с использованием функциональных методов исследования для расчета адекватности необходимой тренировочной нагрузки.*

Литература

1. Псеунок А. А., Абрамович М. П. Адаптивные возможности юных спортсменов, занимающихся ациклическими и циклическими видами спорта. — Майкоп: Изд-во АГУ, 2012. — 130 с.

2. Гуревич К. Г., Платонов В. Н. Индивидуальная адаптация школьников к физической нагрузке // Спортивная медицина: наука и практика. — 2011. — №4. — С. 29—32.

3. Денисенко Ю. П. Стратегия долговременной адаптации к физическим нагрузкам и их влияние на эффективность спортивной деятельности // Теория и практика физической культуры. — 2012. — №8. — С. 27—30.

4. Кузьмин А. А. Характеристика функционально-адаптивного состояния организма юных футболистов и баскетболистов 10—15 лет в динамике тренировочного процесса // Валеология. — 2009. — №1. — С. 29—36.

5. Двоеносов В. Г. Особенности адаптационных реакций кардиореспираторной системы спортсменов-гребцов разного возраста в условиях напряженных физических нагрузок // Теория и практика физической культуры. — 2008. — №8. — С. 27—30.

6. Ванюшин М. Ю., Ванюшин Ю. С., Копясов Р. Р. Комплексная оценка кардиореспираторной системы спортсменов при нагрузках повышающейся мощности // Теория и практика физической культуры. — 2012. — №9. — С. 27—30.

7. Прусков П. К. Показатели экспоненциального уравнения в оценке восстановления частоты пульса у юных спортсменов после выполнения возрастающих по мощности, прерывистых велоэргометрических нагрузок до отказа // Спортивная медицина: наука и практика. — 2012. — №1. — С. 12—19.

8. Иорданская Ф. А., Юфимцева М. С. Мониторинг здоровья и функциональной подготовленности высококвалифицированных спортсменов в процессе учебно-тренировочной работы и соревновательной деятельности. — М: Сов. спорт, 2006. — 183 с.

9. Камский Ю. Г., Фролов А. Ф., Автухович А. И., Щетинкина Л. П. Особенности механизмов адаптации юных спортсменов в ациклических видах спорта // Теория и практика физической культуры. — 2007. — №10. — С. 29—33.

ЭКО medical
+ технологии чистоты

+7 (473) 261-15-49
+7 (473) 262-29-01
Звоните и заказывайте
http://www.eco-medical.ru
e-mail: info@eco-medical.ru

Компания «ЭкоМедикал+» — российский производитель аппаратов для одевания бахил «СтЭко».

Приобретя машину «СтЭко», вы сделаете правильный выбор: благодаря данному устройству вам больше никогда не придется думать о грязи, оставленной обувью на полу!

«СтЭко» удобна и безопасна в применении

Вам больше не нужно нагибаться, чтобы надеть бахилы, мы заботимся о вашем комфорте!

РЕКЛАМА

Инновационный инструментарий для повышения экономических показателей медицинской организации

Ю. Б. Подлубный, А. С. Сизова;
ООО «Электронная медицина», г. Ростов-на-Дону

При работе в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) медицинские организации (МО) сталкиваются с рядом проблем, одна из которых — снятие финансовых средств по результатам проверок, проводимых территориальным фондом ОМС и страховыми медицинскими организациями. Если счет был снят на этапе медико-экономического контроля, есть возможность повторного выставления, в остальных случаях такой возможности нет. Кроме того, помимо снятых средств накладываются штрафы, что уменьшает доходы МО.

Программный модуль разработан для расширения функциональных возможностей подсистемы «Экономико-статистический учет», используемой в медицинских организациях.

Возможности программного модуля можно условно разделить на три основные категории:

- *учет выставленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь в рамках системы ОМС;*
- *контроль гарантированных объемов медицинской помощи;*
- *инструментарий для анализа индивидуальных счетов, снятых по результатам медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экономического контроля медицинской помощи (ЭКМП), проведенных территориальным фондом обязательного медицинского страхования (ТФОМС) и/или страховой медицинской организацией (СМО).*

Учет выставленных счетов обеспечивает возможность детализации индивидуальных счетов реестра, их обработки и хранения за любой промежуток времени с учетом тарифов, действующих в момент отчетного периода. Предусмотрены функции добавления, изменения, удаления и оперативной обработки данных с возможностью формирования произвольных отчетных форм в зависимости от нужд учреждения, использующего программный модуль. Детализация стоимости медицинской помощи реализована по статьям расходов.

Контроль гарантированных объемов оказания медицинской помощи предполагает их ввод и распределение по отделению, профилю и врачу. Предусмотрена возможность хранения и обработки данных по запланированным объемам по всем периодам, в которых они были использованы, анализа выполненных объемов за любой выбранный период и вывода промежуточных или конечных результатов выполнения по различным критериям.

Для анализа снятых индивидуальных счетов разработан инструментарий, который включает в себя нормативно-справочную информацию по контролю и экспертизе, форму ввода актов, полученных от ТФОМС и/или СМО. На основании информации по оплаченным и снятым счетам формируются комплексные отчеты для проведения анализа нарушений при оказании медицинской помощи. При необходимости отчетная документация может формироваться в разрезе врачебного профиля и сотрудников медицинской организации. Информативная часть отчетов включает в себя разбивку по виду экспертизы, в результате которой был снят индивидуальный счет и процент дефекта, относительно всего случая оказания медицинской помощи.

Совместное использование описанных функций позволяет осуществлять контроль и анализ качества работы учреждения в целом, его подразделений и сотрудников в частности.

На основе данных, полученных при формировании отчетов по контролю качества, возможно проведение анализа, целью которого является выявление ошибок, с дальнейшим уменьшением и устранением их в медицинской организации. При своевременном анализе и принятии соответствующих решений возможно добиться повышения экономических показателей.

Контроль случаев оказания медицинской помощи обеспечивает динамическое наблюдение и перераспределение запланированных объемов с целью достижения плановых показателей. На основании статистических данных появляется возможность рационализации планирования показателей гарантированных объемов на будущие периоды.

Заложенный функциональный потенциал программного средства позволяет его адаптировать для нужд любой медицинской организации, использующей компоненты МИС «ЛПУ-ЭМ».

ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА
информационные технологии для медицинских учреждений
344019, г. Ростов-на-Дону, ул. 14-я Линия, 55. Т. (863) 264-50-75, elmed@aanet.ru

Опыт работы неврологического отделения МУЗ «Городская больница №1» г. Волгодонска Ростовской области

В. А. Жуков, Л. Н. Баранникова, Л. А. Довгань, С. В. Лысенко, К. П. Надолинский, С. И. Воронин, Е. В. Базиль; МУЗ «ГБ №1», г. Волгодонск Ростовской области

Актуальность изучения коморбидности хронического вертеброгенного болевого синдрома и аффективных нарушений депрессивного спектра

Актуальность изучения аффективных расстройств депрессивного спектра у пациентов с соматической патологией возрастает с каждым днем. По данным разных авторов, доля гипотимических расстройств у больных, обращающихся за помощью в общемедицинские учреждения, на сегодняшний день составляет от 10% до 33%. По данным А. Б. Смулевича (1999), обследование пациентов территориальной поликлиники выявило депрессивные расстройства в 21,5% случаев, а у пациентов крупной многопрофильной больницы — в 20,5%. Депрессия значительно ухудшает и видоизменяет клиническую картину, усугубляет боль и страдания больного, снижает качество жизни пациента и вместе с тем ведет к повышению частоты обращений за медицинской помощью. С одной стороны, депрессия верифицируется более чем у трети больных с хронической болью. С другой стороны, более половины больных с депрессивными расстройствами жалуются на хронические боли. Некоторые авторы считают, что во всех случаях хронического болевого синдрома имеет место депрессия, основываясь на том факте, что боль всегда сопровождается отрицательно-эмоциональными переживаниями и блокирует возможность человека получать радость и удовлетворение. Наибольшие споры вызывает не сам факт сосуществования хронической боли с депрессией, а причинно-следственные отношения между ними. С одной стороны, долго существующая боль ограничивает профессиональные и личные возможности человека, заставляет его отказываться от привычных жизненных стереотипов, нарушает его жизненные планы и т. д. С другой стороны, депрессия может быть первопричиной боли или основным механизмом хронификации болевого синдрома. Так, атипичные депрессии могут проявляться под различными масками, в том числе и под маской хронической боли.

Нельзя забывать, что аффективные нарушения патогенетически тесно связаны с хроническим болевым синдромом, в том числе вертеброгенными болями. В последнее время в патогенезе депрессии существенная роль отводится дефицитарности серотонинэргической церебральной медиации. Антиноцицептивные системы в своей значительной части являются серотонинэргическими. Исходя из этого, возможно предположить, что патогенетическая общность депрессии и хронической боли связана с недостаточностью церебральных серотонинэргических систем. Поэтому лечение хронического болевого синдрома предполагает обязательное включение антидепрессантов.

В данной статье мы не ставим задачи дифференцировать вид депрессии при всех вариантах хронических болевых синдромов. Наша цель — акцентировать внимание врача на несомненной родственности этих двух патологических синдромов, частой их сочетаемости, подчеркнуть необходимость поиска депрессии при любой хронической боли. Все перечисленное необходимо для полноценной помощи больному, так как депрессия, вне зависимости от ее происхождения, первичности или вторичности по отношению к хроническому болевому синдрому, всегда требует адекватной терапии. Депрессия формирует у больного состояние беспомощности и полной зависимости от болевого синдрома, порождает чувство бесперспективности лечения, приводит к своеобразной «катастрофизации» собственного состояния. Образно говоря, между болью и депрессией образуется своеобразный порочный круг, при котором одно состояние усугубляет другое. Часто в этот порочный круг встраиваются также явления локального или более обширного мышечного спазма.

Целью настоящего сообщения явилось психологическое и клиническое изучение больных с хронической вертеброгенной болью и определение необходимости и обоснованности назначения антидепрессантов в комплексной медикаментозной терапии хронического болевого синдрома.

Использовались методики: исследование уровня тревоги по Спилбергеру, исследование уровня депрессии по Зунгу.

Нами обследовано 46 пациентов территориальной поликлиники и неврологического отделения многопрофильной больницы в возрасте от 18 до 65 лет, страдающих хроническим вертеброгенным болевым синдромом в рамках заболеваний, классифицируемых в рубрике М42 по МКБ-10, в том числе 15 мужчин (32,7%) и 31 женщина (67,3%).

Депрессивные нарушения в субклинической и клинической стадии выявлены у 11 человек (23,8%), в том числе 7 человек (15%) находились на амбулаторном лечении и 5 (8,8%) — проходили лечение в неврологическом отделении. Тревожные расстройства умеренной и выраженной степени тяжести в данной группе выявлены у 15 человек (32,4%), в том числе у трех амбулаторных больных (6,5%) и двенадцати пациентов неврологического отделения (25,9%). Причем удельный вес тревожных пациентов превалировал в амбулаторной практике (10 человек, 21%) в сравнении с больными неврологического отделения (5 человек, 11,4%).

Полученные нами данные принципиально не отличаются от данных других авторов и позволяют сделать следующие выводы:

- *Лечение и диагностика хронической боли вообще, а в сочетании с патологией периферической нервной системы в частности, представляет серьезную и актуальную проблему, требующую дальнейшего пристального изучения.*

- *Высокий удельный вес больных с аффективными нарушениями в рамках неврологической патологии предполагает обязательное назначение антидепрессантов, усиливающих серотонинэргическую медиаторную активность и обладающих антиноцицептивными свойствами, в комплексной медикаментозной терапии хронических болевых синдромов.*
- *Более низкая частота встречаемости аффективных нарушений у пациентов с хроническим болевым синдромом в стационаре позволяет говорить о более тщательном и адекватном подборе комплексной медикаментозной терапии.*

Особенности течения отогенного рецидивирующего менингита

Наиболее часто в клинической практике встречается рецидивирующий бактериальный менингит при наличии анатомического дефекта черепа после черепно-мозговой травмы, когда возбудитель, обычно пневмококк, попадает в подпаутинное пространство. Особенную настороженность надо иметь при наличии ликвореи. Для обнаружения места истечения цереброспинальной жидкости используют МРТ. Радикальное лечение при этом — закрытие ликворного свища. Иногда бактериальный менингит имитирует не бактериальные рецидивирующие менингиты (доброкачественный рецидивирующий серозный менингит Молларе и менингит при синдроме Бехчета).

Однако мы в своей клинической практике столкнулись с рецидивирующим бактериальным менингитом отогенной природы.

Больная К., 1945 г. р., находилась на лечении у лор-врача по поводу острого двухстороннего среднего отита с 27.02.2012 г. Через два дня отмечала ухудшение самочувствия. Объективно: появились симптомы интоксикации (температура 38,5°С, головные боли, боли в пояснице, катаральные явления со стороны зева) и менингеальные знаки (болезненность глазных яблок при движении, светобоязнь, тошнота, рвота), 02.03.2012 г. в связи с резким ухудшением состояния бригадой скорой помощи доставлена в лор-отделение, где осмотрена отоларингологом, данных за лор-патологию не выявлено. В связи с наличием менингеальных симптомов осмотрена неврологом и направлена на лечение в инфекционное отделение с диагнозом: «менингит неясной этиологии». С целью уточнения диагноза рекомендована люмбальная пункция после осмотра окулиста.

В инфекционном отделении 02.03.2012 г. состояние больной тяжелое, на вопросы отвечает не по существу, заторможена. Ригидность затылочных мышц 3 поперечных пальца, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Идет нарастание признаков интоксикации (сухость языка, учащенное дыхание, ЧСС до 90 уд./мин.). Люмбальную пункцию провести не удалось из-за выраженного психомоторного возбуждения. Назначена дезинтоксикационная терапия и антибиотики пенициллинового ряда по обычной схеме.

03.03.2012 г. состояние больной тяжелое: ЧСС 90 уд./мин., тоны сердца приглушены. АД 90/60 мм рт. ст., резко выражен менингеальный синдром. Произведена люмбальная пункция, получен мутный ликвор. На цитограмме — клеточно-белковая диссоциация (цитоз — 1050,0х10^6/л, нейтрофилы 76%, лимфоциты 24%, белок 0,66 г/л, реакция Панди резко положительная), анализ крови: Le — 9,5х10^9/л, СОЭ — 48 мм/ч. Больная получает антибиотики пенициллинового ряда, дезинтоксикационную и симптоматическую терапию. В течение 7-дневного лечения отмечена положительная динамика с регрессом менингеальных знаков, уменьшением признаков интоксикации.

11.03.2012 г. произведена контрольная люмбальная пункция. В ликворе: белок 0,165 г/л, цитоз — 11,6х10^6/л, реакция Панди++. Общий анализ крови: Le — 11,2х10^9/л, СОЭ — 21 мм/ч.

Осмотрена лор-врачом 12.03.2012 г. Данных за острый отит на момент осмотра не отмечается. С учетом улучшения состояния, исчезновения менингеальных знаков и санации ликвора пенициллин и глюкокортикостероиды отменены.

13.03.2012 г. у больной вторая волна лихорадки с нарастанием менингеальных знаков. Осмотрена неврологом. В статусе ригидность затылочных мышц 1 поперечный палец, слабоположительный верхний симптом Брудзинского. Диагноз: «острый гнойный менингит». Назначена дезинтоксикационная терапия, подключены антибиотики цефалоспоринового ряда. Анализ крови от 14.03.2012 г.: Le — 14,5х10^9/л, СОЭ — 31 мм/ч. С 14.03.2012 г. по 17.03.2012 г. у больной состояние без положительной динамики, средней степени тяжести. 17.03.2012 г. произведена контрольная люмбальная пункция. В ликворе цитоз 51х10^6/л, лимфоциты 62%, нейтрофилы 37%, белок 0,33 г/л, реакция Панди++. В связи с отсутствием положительной динамики в состоянии больной, нарастанием менингеальных знаков, нарастанием клеточно-белковой диссоциации в ликворе от 17.03.2012 г., рекомендован совместный осмотр лор-врачом, неврологом и инфекционистом.

17.03.2012 г. консилиум. **Соматический статус:** общее состояние средней степени тяжести, лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, ЧСС 96 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст., живот мягкий б/б, стул и диурез в норме. **Неврологический статус:** ориентирована, критична. Зрачки D=S, фотореакция удовлетворительная. Парез конвергенции слева. Горизонтальный нистагмоид. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Глотание, фонация, артикуляция сохранны. Вкус, обоняние не нарушены. Ригидность затылочных мышц 2 поперечных пальца, положительный верхний симптом Брудзинского. СХР D=S. Положительный симптом Бабинского с двух сторон. Парезов, нарушения чувствительности нет. **Лор-статус:** нос и глотка без особенностей. В левом ухе сухо, барабанная перепонка натянута. В правом ухе: барабанная перепонка в верхних отделах несколько гиперемирована, в нижних отделах серая, тусклая. Учитывая клиническую картину, произведен разрез барабанной перепонки — гноя не получено. Диагноз: «острый гнойный менингит».

Назначено дообследование: рентгенограмма височной кости по Шуллеру справа, рентгенограмма черепа в двух проекциях, эхо-ЭС, рентгенограмма органов грудной клетки, глазное дно в динамике, повторный осмотр лор-врача.

Рентгенограмма височной кости по Шуллеру справа №1280 от 17.03.2012 г.: в области сосцевидного отростка определяется участок деструкции неправильной овальной формы размером 1,5х1,0 см.

Заключение: деструктивные изменения сосцевидного отростка правой височной кости.

Рентгенограмма черепа в двух проекциях и рентгенограмма грудной клетки от 17.03.2012 г. без особенностей.

Эхо-ЭС от 17.03.2012 г.: смещения срединных структур нет.

Повторная консультация лор-врача от 18.03.2012 г.: учитывая возврат менингеальной симптоматики, ухудшение анализа крови, наличие патологического очага в сосцевидном отростке справа, не исключается отогенная природа менингита.

18.03.2012 г. больная переведена в лор-отделение, где прооперирована по поводу гнойного мастоидита справа. С учетом сохранения неврологического дефицита больная направлена на дообследование в ОКБ города Ростова-на-Дону.

На МРТ головного и спинного мозга от 04.04.2012 г.: МРТ-признаки мультифокального поражения головного и спинного мозга демиелинизирующего характера (энцефаломиелит?). С 7.04.2012 г. по 26.04.2012 г. находилась на лечении в неврологическом отделении ОКБ с диагнозом: «рассеянный энцефаломиелит». При выписке у больной в неврологическом статусе: Парез конвергенции слева. Периферический парез VII ЧМН справа. Горизонтальный и вертикальный нистагмоид. Бульбарный синдром. СХР живые, D>S, высокие. Положительный симптом Бабинского с двух сторон.

С 26.04.2012 г. по 16.05.2012 г. проходила курс восстановительного лечения в неврологическом отделении по месту жительства. Выписана с диагнозом: «рассеянный энцефаломиелит. Правосторонний гемипарез. Нарушения функции тазовых органов по центральному типу». Больная со стойкими признаками утраты трудоспособности оформлена на вторую группу инвалидности.

Таким образом, данный опыт интересен тем, что, несмотря на эффективный курс лечения с подбором антибиотикотерапии на чувствительность и видимое клиническое улучшение, мы получили вторую волну интоксикационной и менингеальной симптоматики, пока не был найден и санирован очаг гнойной инфекции. С учетом того, что у больной несвоевременно был найден очаг инфекции, развился гнойный менингит, что впоследствии привело к выраженному неврологическому дефициту и инвалидизации больной.

Надеемся, что данный опыт будет интересен врачам-неврологам, инфекционистам и отоларингологам, встречающимся в своей практике с рецидивирующими бактериальными менингитами, в плане отогенной настороженности.

Неврологические проявления при тромбозе нижней полой вены

Больной Б., 17 лет, находился на лечении и обследовании в неврологическом отделении №2 МУЗ «ГБ №1» г. Волгодонска РО с 03.09.2012 г. по 09.09.2012 г. с диагнозом: «дифференциальный диагноз между посттравматической гематомиелией и тромбозом нижней полой вены с нижним спастическим парапарезом».

Больной жалуется на слабость в ногах, нарастающую в течение 4 дней на фоне субфебрильной температуры. В анамнезе несколько дней назад падал с дерева. В неврологическом статусе у больного: ЧМН без особенностей. СХР с верхних конечностей живые D=S. СХР с н/конечностей оживлены, D=S, клонус стоп. Мышечный тонус в нижних конечностях повышен по спастическому типу. (+) симптом Бабинского справа. Сила в нижних конечностях 4 балла. Функцию тазовых органов контролирует.

Обращает на себя внимание симптом «головы Медузы», больше выраженный справа.

На рентгенограммах пояснично-крестцового отдела позвоночника №13375 от 30.08.2012 г.: продавлены замыкательные пластинки L3-L4-L5, особенно L5 на 0,5 см, spina bifida S1. Заключение: Пояснично-крестцовый остеохондроз I степени.

На рентгенограммах шейного и грудного отдела позвоночника №№3501, 3502 от 06.09.2012 г. патологических изменений не выявлено.

ОАК от 08.09.2012 г.: L — 8,2x10^9/л, СОЭ — 56 мм/час. L-формула без сдвига в стороны. Биохимические показатели крови (фибриноген, мочевина, глюкоза) в пределах нормы.

ОАМ и ЭКГ без патологии.

От проведения диагностической спинномозговой пункции родители пациента отказались.

УЗИ органов брюшной полости от 08.09.2012 г.: патологии со стороны печени, желчного пузыря, поджелудочной железы не выявлено. Брюшная аорта — супраренальный отдел 13 мм. Кровоток в норме, без особенностей. NPV 10 мм, в супраренальном отделе кровоток снижен. Гипоплазия нижней полой вены. Илеофеморальный венозный тромбоз с двух сторон.

Проводимое лечение: эуфиллин 2,4% 10,0 + анальгин 50% 2,0 + димедрол 1% 1,0 + новокаин 0,5% 30,0 + дексаметазон 4 мг в/в на 200,0 физраствора капельно ч/день, реополиглюкин 400,0 кап. №3 ч/день, мильгамма в/м ежедневно, трентал 5,0 в/в капельно на физрастворе, детралекс 1 таб. х 2 раза у/в, мидокалм 1,0 в/м, пироцетам в/в.

Консультирован нейротравматологом 07.09.2012 г., исключена травма грудного отдела позвоночника. Подозрение на тромбоз нижней полой вены. Рекомендована консультация сосудистого хирурга. 08.09.2012 г. осмотрен сосудистым хирургом; учитывая клинику, анамнез, данные клинических и инструментальных обследований (рентгенограммы шейного, грудного, пояснично-крестцового отделов позвоночника, УЗИ органов брюшной полости — прицельно нижней полой вены), выставлен заключительный диагноз: «сосудистая миелопатия на фоне гипоплазии нижней полой вены, илеофеморального венозного тромбоза с двух сторон. Нижний спастический парапарез».

Учитывая, что нижняя полая вена проходима от ренального сегмента до впадения в правое предсердие, показаний к экстренной госпитализации больного в сосудистое хирургическое отделение Областной клинической больницы г. Ростова-на-Дону не было. Больного перевели в общехирургическое отделение для динамического наблюдения и лечения. Рекомендована консультация сосудистого хирурга в плановом порядке через 3 недели.

Рассмотренный случай интересен тем, что при врожденной гипоплазии нижней полой вены на первое место вышли неврологические проявления в виде нижнего спастического парапареза. Данный опыт будет интересен неврологам, сосудистым хирургам.

SOPRO COMEG

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

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ

SOPRO

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 Geyser и начало производства инсуффляторов

COMEG

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

SOPRO COMEG

2006
COMEG присоединяется к SOPRO
2007
Площадь завода расширяется до 3200 м².
Начало производства артроскопических ирригаторов
2009
Запущены в производство:
• Автоклавируемые видеолапароскопы 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.

РЕКЛАМА

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 ° К
- **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

Инвестиционно-финансовая группа
МЕДИАНА

www.medianamed.ru Тел/факс. (495) 649-82-27

РЕКЛАМА

КАЗАНСКИЙ ЦЕНТР ОБУЧЕНИЯ

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ, ГИНЕКОЛОГИИ И УРОЛОГИИ
ПЛАСТИЧЕСКОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ
УЗИ, РКТ и МРТ

Приглашает Вас в Казань для повышения квалификации в Вашей любимой специальности

Об**учение специальности «из рук в руки»**
Ежедневное участие в операциях, муляжи, тренажёры
Опыт подготовки более 3500 **врачей за** 19 **лет практики**

Руководитель Центра — Профессор Казанской государственной медицинской академии, Фёдоров Игорь Владимирович

ХИРУРГИЯ

- *Эндоскопическая хирургия (144 часа)
- *Эндохирургия – продолженное обучение (144 часа)
- *Лапароскопическая гинекология для хирурга (144 часа)
- *Торакоскопическая хирургия (144 часа)
- Эндохирургия и гинекология для операционных сестёр (2 недели)
- Навигационная (пункционная) хирургия под контролем УЗИ (2 недели)

ГИНЕКОЛОГИЯ

- *Эндохирургия в гинекологии (144 часа)
- *Гистероскопия. гистерорезектоскопия, кольпоскопия (144 часа)
- Влагалищные операции в гинекологии (5 дней)

ЛУЧЕВАЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА — УЗИ, РКТ, МРТ

- Лучевая диагностика в неврологии и нейрохирургии (РКТ+МРТ)
- Лучевая диагностика заболеваний опорно-двигательного аппарата (РКТ+МРТ)
- Лучевая диагностика заболеваний внутренних органов (РКТ+МРТ)
- Специализация для рентгенлаборантов по РКТ И МРТ
- УЗИ в акушерстве-гинекологии
- УЗИ в ангиологии
- УЗИ сердца

СМЕЖНЫЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

- Эндоскопическая риносинусохирургия (2 недели)
- *Оперативная артроскопия (144 часа)
- *Эндохирургия в урологии (144 часа)
- Пункционная урология под контролем УЗИ. Литотрипсия (2 недели)

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

- Пластическая и эстетическая хирургия (2 недели)
- Эндоскопическая пластическая хирургия лица (2 недели)

ЭНДОСКОПИЯ

- Стентирование при заболеваниях пищевода и трахеи (3 дня)

На каждый цикл мы принимаем не более 8 курсантов. Ежедневное участие в обследовании, операциях, тренажеры, видеотека, книги, инструменты и оборудование. Лекции и семинары.

СЕРТИФИКАЦИЯ — государственные документы установленного образца — Свидетельство 144 часа — (для циклов, помеченных звёздочкой *). Всем врачам — Сертификат Центра обучения.

Возможна организация выездных циклов в Вашем регионе по любой из вышеперечисленных специальностей, или по программе, специально разработанной по Вашему заказу (например, совмещение хирургических и гинекологических циклов). По Вашему желанию возможно индивидуальное обучение врачей.

Контакты :

Тел. 8(843) 5-54-36-08 (круглосуточно); 89172343190 (резервный). **Пискунова Ирина Николаевна** .

Тел. 8(843) 2-60-40-05 моб., **Руководитель Центра Обучения профессор Фёдоров Игорь Владимирович**.

E-mail: fiv-endosur@yandex.ru

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

РЕКЛАМА

Роль лапароскопии в лечении острого дивертикулита

И. В. Федоров, д.м.н., профессор, Казанская ГМА, г. Казань

Частота дивертикулеза в последние годы возрастает главным образом среди лиц молодого возраста [1]. Тяжесть заболевания колеблется от легких форм до перфоративного дивертикулита. С течением лет риск перфорации и других осложнений возрастает с каждым новым рецидивом. В связи с этим Европейская ассоциация эндоскопических хирургов (EAES) на конференции 1999 года предложила выполнять плановую резекцию сигмовидной кишки после двух эпизодов острого дивертикулита, или после одного эпизода у молодых больных, у пациентов, страдающих иммунодефицитом, либо при наличии таких осложнений, как стеноз или свищ [2].

Однако новейшие углубленные исследования природы дивертикулярной болезни диктуют более щадящий подход в тактике лечения. Острый осложненный дивертикулит, лидирующий в ургентной хирургии, — наиболее частое первичное проявление болезни [3]. Последние исследования показывают, что эпизоды рецидива дивертикулита имеют низкую частоту осложнений у пациентов, леченных ранее консервативно по поводу острых приступов воспаления [3, 4]. Соответственно плановая, профилактическая резекция сигмовидной кишки после нескольких эпизодов острого воспаления не всегда показана. Новые диагностические и терапевтические методы улучшают результаты лечения дивертикулярной болезни. Возможность лечения абсцессов чрескожным дренированием под контролем компьютерной томографии (КТ) показывает, что экстренная операция во многих случаях может быть отложена, а плановая резекция — выполнена по показаниям [5]. Взлет лапароскопической хирургии в 90-х годах прошлого столетия снизил смертность и частоту осложнений в сравнении с открытым доступом при выполнении плановых резекций толстой кишки [6].

Вопрос: применима ли лапароскопия у больных с перфоративным дивертикулитом и разлитым перитонитом — остается дискутабельным. Лапароскопическая резекция сигмовидной кишки не всегда может быть выполнена из-за выраженного воспалительного инфильтрата, каловой или гнойной контаминации брюшной полости, тяжелого состояния больного или сопутствующих заболеваний. Операция Хартмана остается процедурой выбора для многих хирургов. Однако несколько исследований показывают, что первичный анастомоз с разгрузочной стомой или без нее может быть с успехом выполнен даже при таких обстоятельствах [4]. Лапароскопический лаваж и дренирование могут быть успешной альтернативой процедуре Хартмана в случаях перфоративного гнойного дивертикулита, если эндохирургический доступ не противопоказан [7].

Больным, поступившим с острым дивертикулитом, показано КТ (с водорастворимым контрастом). Ценность КТ-сканирования при остром дивертикулите состоит в возможности подтвердить диагноз и классифицировать тяжесть болезни, дифференцируя мягкое локальное воспаление от воспаления тяжелого, с формированием абсцесса и/или диффузного перитонита [5]. До наступления эпохи КТ контрастная клизма была первичным исследованием в диагностике дивертикулеза толстой кишки. Сегодня КТ во многом заменила бариевую клизму как техника, дающая предпочтительное изображение у больных с подозрением на дивертикулит.

Наиболее новое крупное проспективное исследование, проведенное в Швейцарии, включало 423 пациента, обследованных за 10-летний период [38]. Чувствительность компьютерной томографии была великолепной (97%). Более того, выявление тяжелой степени заболевания (наличие абсцесса или внепросветно расположенного воздуха/контраста) было очень полезным в прогностическом плане и позволяло точно предсказывать безуспешность медикаментозной терапии и риск вторичных осложнений. В общем, учитывая вопрос стоимости, доступности и местного опыта, представленные данные показывают: если пациент в тяжелом состоянии, диагноз под сомнением или наблюдается клиническое ухудшение, то компьютерная томография становится наиболее приемлемым первичным методом обследования.

Эффективность КТ подтверждена во многих работах, демонстрируя высокую чувствительность (97%) и специфичность (100%) при дивертикулите [5]. Контрастная клизма в этой ситуации чувствительна только в 82% случаев, а специфична — в 81% [10]. Больной после госпитализации должен быть определен по тяжести и распространенности заболевания, опираясь на клинические данные и классификацию Ambrosetti, основанную на результатах КТ [2, 5].

Hinchey и соавторы предложили классификацию величины перфорации кишки по степеням [40]:

- *Hinchey 1 характеризует преколитический абсцесс;*
- *Hinchey 2a указывает на отдаленный (например, тазовый) абсцесс, требующий чрескожного дренирования; Hinchey 2b свидетельствует о сложном абсцессе с наличием или отсутствием свища.*
- *Диффузный перитонит классифицируют, как Hinchey 3 (гнойный) или 4 (каловый) [2, 11].*

Классификация Hinchey может быть использована только по ходу операции, когда будет понятна стадия процесса деструкции (каловый или гнойный перитонит).

В неотложной хирургии при Hinchey 3 и 4 нужно крайне осторожно подходить к отбору больных для лапароскопического доступа (соответствие, стабильность, отсутствие иммунодефицита и септического шока), выявляя группу, требующую операции лапаротомным доступом (множественные сопутствующие заболевания, нестабильность, септический шок), этим больным предпочтительна операция Хартмана.

Плановая лапароскопическая хирургия — разумная альтернатива чревосечению при стадии Hinchey 1 с абсцессом до 5 см и Hinchey 2a, после чрескожного дренирования абсцесса [23].

B. Franzato и соавторы сообщили о 1348 лапароскопических колэктомиях, выполненных за 16 лет [39]. Из них 286 — по поводу дивертикулярной болезни, причем 83 (29,02%) имели осложненное заболевание, остальные

203 (70,98%) — не осложненное. Больных по классификации Hinchey 4 исключили, так как операция сразу выполнялась лапаротомным доступом или с переходом на лапаротомию. Все больные, поступившие с подозрением на дивертикулит, перенесли КТ с внутривенным введением контраста. Все плановые больные после диагностического исследования были подвергнуты малоинвазивной операции. Неотложных пациентов лечили лапароскопически, за исключением тех, кому процедура не подходила — гемодинамически нестабильных и не переносящих пневмоперитонеум или имеющих кардиопульмонарные противопоказания к лапароскопическому доступу. В исследование были включены все больные, страдающие дивертикулярной болезнью, включая дивертикулез, острый дивертикулит, хронический дивертикулит. Все больные перенесли лапароскопическую колэктомию с незащищенным первичным анастомозом или лапароскопический лаваж-дренирование. Все колэктомии выполнены авторами непосредственно лапароскопически. Руку помощи не применяли. Мочеточниковый стент не использовали рутинно. Неосложненные случаи были определены как простой симптоматический дивертикулит, резистентный к медикаментозному лечению, рецидивирующий или хронический дивертикулит, а также невоспалительные осложнения дивертикулеза. Показанием для планового лапароскопического лечения были рецидивы тяжелого дивертикулита (два и более) с рентгенологически доказанными изменениями в толстой кишке (асимметрия, утолщение стенки, стеноз) и/или осложнения заболевания после предшествующего консервативного лечения. Показанием для ургентного лапароскопического лечения были больные с клиническими и КТ-данными перитонита, подходящими, стабильными и без признаков септического шока. Девять больных (3,14%) перенесли ургентный лапароскопический лаваж и дренирование по поводу гнойного перитонита (Hinchey 3), пять из них были оперированы спустя 4—6 недель — им выполнена плановая резекция сигмовидной кишки. Остальным четверым эта операция произведена позже.

B. Franzato и соавторы выполнили 247 левосторонних колэктомий, 28 сигмоидэктомий, 1 субтотальную колэктомию, 1 илеоцекальную резекцию и 9 процедур лапароскопического лаважа и дренирования. Всем больным накладывали незащищенный первичный анастомоз, за исключением четырех случаев разгрузочной илеостомы. Закрытый аспирационный дренаж использовали только в особо сложных случаях или при сомнениях в качестве анастомоза. Среднее время операции составило 160,57 минуты (80—330) при левосторонней колэктомии и 143,79 минуты (80—247) при сигмоидэктомии. Время операции стабилизируется после завершения кривой обучения. Частота конверсии составила 1,75% (5/286) как результат стандартизации техники и соответствующего подбора больных на лапароскопию. Причина конверсии, как правило, состояла в распространенности заболевания (1 — Hinchey 4, 2 — выраженное воспаление, 2 — трудности в экспозиции операционного поля). Средняя длина резецированной кишки составила 28 см (16—40). Гистологическое исследование выявило 3 карциномы (1,04%). Не было интраоперационной летальности и лишь одна смерть на 4-й день после операции от эмболии легочной артерии. Послеоперационные осложнения имели место у 37 (12,97%) больных. У одного больного наблюдалось кровотечение из линии шва анастомоза, сформированного сшивающим аппаратом, что потребовало трансанальной ревизии. У этого больного в последующем развился стеноз соустья, что потребовало эндоскопической дилатации. Еще у одного больного развился перитонит на 7-й день после операции из-за прикрытой перфорации подвздошной кишки, что потребовало реоперации. И у одного больного развилось послеоперационное внутрибрюшное кровотечение, которое излечили консервативно переливанием эритромассы. У шестнадцати больных (5,59%) развилось нагноение минилапаротомной раны. У шести больных (2,09%) возникла несостоятельность анастомоза, которую излечили лапароскопической реоперацией, перитонеальным лаважом, дренированием и илеостомией. Средний койко-день составил 6,74 (5—22). Обследование на отдаленных сроках (в среднем через 48 месяцев) не выявило рецидива дивертикулита, стриктуры анастомоза, мочевой или репродуктивной дисфункции [39].

Лапароскопическая хирургия получает все большее распространение в плановом лечении дивертикулеза сигмовидной кишки. Несколько исследований подтверждают выполнимость и безопасность лапароскопического доступа при данной патологии [12—15]. Лапароскопическая сигмэктомия сокращает время выздоровления, восстановления функции кишечника, продолжительность госпитализации [16—18], стоимость [18, 19] в сравнении с открытой операцией. Опытные хирурги сообщают о частоте конверсии в 2,8% и продолжительности госпитализации в 4 дня [15]. Число таких серьезных осложнений, как внутрибрюшные абсцессы, несостоятельность анастомозов, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии также ниже [6].

В случаях Hinchey 2b, не подлежащих чрескожному дренированию, или Hinchey 3 любой локализации, либо при наличии гноя в свободной брюшной полости, лапароскопическая процедура должна быть ограничена промыванием и дренированием без резекции кишки и формирования стомы [20]. При этом нет необходимости в выполнении широкой лапаротомии. Достаточно санационной лапароскопии и назначения антибиотиков широкого спектра действия [21—23]. Через некоторое время этим больным выполняют плановую лапароскопическую резекцию кишки и все лечение целиком становится малоинвазивным. Кроме отказа от лапаротомии и стомы такая тактика позволяет выполнить резекцию кишки в наиболее благоприятной плановой ситуации [1, 24].

Тотально малоинвазивный доступ служит хорошей альтернативой при стадии Hinchey 3 у тщательно подобранной группы пациентов. Однако существует риск ранней реоперации в случае, когда персистирующая фистулизация препятствует закрытию дивертикулярного дефекта [24].

По этой причине важно иметь строгие критерии для получения хороших результатов: больные, у которых место перфорации четко визуализируется при лапароскопии, или подлежащие включению в группу Hinchey 4, должны быть исключены из группы лаваж-дренирование [7, 21, 25—27]. Этим пациентам можно вывести кишку с зоной перфорации наружу или выполнить резекцию с разгрузочной стомой либо без нее [26]. Некоторые авторы в такой ситуации предлагают ушивать перфорационное

отверстие и/или укрывать его прядью сальника, либо фибриновым клеем [26], что дает хорошие результаты, низкое число осложнений и немедленное улучшение состояния больного [22, 23]. Пациентам, у которых полноценное обследование брюшной полости невозможно из-за спаек или обструкции, или когда при обследовании обнаруживают каловый перитонит, показана конверсия и стандартная резекция (операция Хартмана или резекция с анастомозом с наложением разгрузочной стомы либо без нее) [21, 22, 26].

После перитонеального лаважа и дренирования плановая резекция сигмовидной кишки может быть выполнена через 3—6 месяцев. Такая тактика весьма перспективна в плане снижения смертности и частоты осложнений [21]. Некоторые авторы пишут о том, что лаваж и дренирование могут стать окончательным методом в лечении дивертикулита. Так, Myers и соавторы [7] обнаружили рецидив дивертикулита сигмы лишь у 4 из 92 пациентов, никому из них через 36 месяцев (в среднем) не потребовалась реоперация. Такая информация приходит из разных хирургических центров [28, 29], лапароскопический лаваж у подобранных больных может стать определяющим методом в лечении перфоративного дивертикулита [3]. Тем не менее число таких работ ограниченно и в основном базируется на малых группах пациентов, то есть проблема требует дальнейшего изучения.

Альтернативой лапароскопическому лаважу при Hinchey 3—4 может быть лапароскопическая резекция у тщательно отобранных больных. Выбор между процедурой Хартмана и резекцией с анастомозом с наложением разгрузочной стомы и без нее решается в каждом случае индивидуально [30], в зависимости от состояния пациента и навыков оператора, помня, что процедура Хартмана предпочтительна у больных с сопутствующей патологией, а также когда качество воспаленных тканей не гарантирует безопасность анастомоза. Пока нет достаточных данных, позволяющих рекомендовать лапароскопическую резекцию у больных групп Hinchey 3—4. Даже у специально подобранных пациентов и в опытных руках эффективность и безопасность вмешательства не могут быть гарантированы полностью [3].

Смертность и число осложнений у пациентов с анастомозом сходны с таковыми у больных, перенесших операцию Хартмана [4]. Этот факт подтверждает, что у специально подобранных пациентов операция с анастомозом при остром дивертикулите вполне безопасна даже на фоне калового перитонита. Однако число таких наблюдений невелико [31—34], а частота дополнительных радиологических вмешательств высока, как и частота конверсий [27]. Пока не накоплено достаточно данных, чтобы рекомендовать лапароскопический доступ для рутинного лечения дивертикулярной болезни, осложненной перфорацией. Поэтому благоразумие диктует исключить лапароскопический доступ у заведомо неподходящих, нестабильных пациентов с симптомами септического шока или относящихся к классам 3—4 по классификации ASA. Данных больных следует сразу отправлять на лапаротомию.

Заключение

При поступлении больного с острым дивертикулитом нужно немедленно выполнить КТ-сканирование для отбора пациентов с мягким течением заболевания, отличив их от тяжелых больных (классификация Ambrosetti). Этот первый шаг очень помогает лучшему определению показаний к экстренной или плановой операции, или к консервативному лечению с чрескожным дренированием абсцессов или без оного.

Если необходимо, такое дренирование абсцессов может быть выполнено с последующей плановой резекцией кишки и первичным анастомозом — после стихания острого воспаления. Если чрескожное дренирование не удается, лапароскопический лаваж и дренирование брюшной полости — хорошая альтернатива ургентной резекции кишки у отобранных больных с возможной последующей плановой лапароскопической резекцией кишки. Лучший способ избежать интра- и послеоперационных осложнений — не выполнять операции на фоне острого воспаления, за исключением больных групп Hinchey 3—4, а также пациентов, резистентных к консервативной терапии. Следует помнить, что лапароскопическая плановая резекция — лучший выбор для лечения хронической дивертикулярной болезни [33, 35, 36].

Лапароскопический лаваж и дренирование вполне правомерны в лечении стабильных подходящих пациентов Hinchey 3 при отсутствии видимой и значительной по размерам перфорации со свежим перитонитом, с прицелом на окончательную плановую резекцию кишки. Если таких условий нет или если лапароскопическое обследование выявляет Hinchey 4, показан переход к лапаротомии для выполнения резекции кишки. В отобранных случаях такую резекцию можно выполнить лапароскопически [31—34], однако рекомендации должны быть крайне осторожными.

При Hinchey 3—4 выбор между операцией Хартмана и первичной резекцией с анастомозом (с разгрузочной стомой или без нее) в каждом случае решается индивидуально, в зависимости от состояния пациента и мастерства хирурга. Отказ от анастомоза в пользу операции Хартмана показан нестабильным больным с множественными сопутствующими заболеваниями, страдающим иммунодефицитом, или тем, у которых качество воспаленных тканей не гарантирует безопасности анастомоза [37].

Что касается хирургической техники, показано наложение анастомоза без натяжения, что достигается полноценной мобилизацией селезеночного угла ободочной кишки. Дистальная диссекция продолжается до ректосигмоидного перехода, что предотвращает низкий рецидив дивертикулита в последующем. Лапароскопическая резекция с удалением пораженного воспалением сегмента толстой кишки (но не всех дивертикулов) может быть рекомендована [8, 9].

На основании данных литературы можно считать, что лапароскопическое лечение осложненных форм дивертикулярной болезни дает хорошие результаты с низкой летальностью и небольшим числом осложнений. Лапароскопия нуждается в специфической хирургической стратегии, особенно в осложненных случаях (абсцесс, свищ). Хирургическая команда должна быть опытна как в лапароскопической, так и в колоректальной хирургии, технику операции необходимо стандартизировать, чтобы частота осложнений, время операции и число конверсий были минимальными.

Литература

1. Stocchi L. Current indications and role of surgery in the management of sigmoid diverticulitis // World J. Gastroenterol. — 2010. — 16:4—17.

2. EAES Consensus Statement — Diagnosis and treatment of diverticular disease // Surg. Endosc. — 1999. — 13:430—436.

3. Chapman J. R., Dozois E. J., Wolff B. G. et al. Diverticulitis: a progressive disease? Do multiple recurrences predict less favourable outcomes? // Ann. Surg. — 2006. — 243:876—880.

4. Salem L., Flum D. R. Primary anastomosis or Hartmann's procedure for patients with diverticular peritonitis? A systematic review // Dis. Colon. Rectum. — 2004. — 47:1953—1964.

5. Ambrosetti P., Jenny A., Becker C. et al. Acute left colonic diverticulitis compared performance of computed tomography and water-soluble contrast enema: prospective evaluation of 420 patients // Dis. Colon. Rectum. — 2000. — 43:1363—1367.

6. Klarenbeek B. R., Veenhof A. A., Bergamaschi R. et al. Laparoscopic sigmoid resection for diverticulitis decreases major morbidity rates: a randomized controlled trial: shortterm results of the Sigma Trial // Ann. Surg. — 2009. — 249:39—44.

7. Myers E., Kavanagh D., Hurley M. et al. Laparoscopic peritoneal lavage for generalized peritonitis due to perforated diverticulitis — A feasible alternative // Dis. Colon. Rectum. — 2008. — 51:13.

8. Sartori C. A., Balduino M., Dal Pozzo A. et al. Laparoscopic colonic resections for diverticular disease. Results of a single center series of 105 patients. Surgical strategy and technique // Osp. Ital. Chir. — 2003. — 9:111—120.

9. Sartori C. A. Trattato di tecnica chirurgica laparoscopica del colon e del retto. SVP press, Padua. — 2007.

10. Lawrimore T., Rhea J. Computed tomography evaluation of diverticulitis // J. Intensive Care Med. — 2004. — 19:194—204.

11. Hinchey E. J., Schaal P., Richards G. K. Treatment of perforated diverticular disease of the colon // Adv. Surg. — 1978. — 12:85—109.

12. Pugliese R., Di Lernia S., Sansonna F. et al. Laparoscopic treatment of sigmoid diverticulitis: a retrospective review of 103 cases // Surg. Endosc. — 2004. — 18:1344—1348.

13. Schwandner O., Farke S., Fischer F. et al. Laparoscopic colectomy for recurrent and complicated diverticulitis: a prospective study of 396 patients // Langenbecks Arch. Surg. — 2004. — 389:97—103.

14. Garrett K. A., Champagne B. J., Valerian B. T. et al. A single training center's experience with 200 consecutive cases of diverticulitis: can all patients be approached laparoscopically? // Surg. Endosc. — 2008. — 22:2503—2508.

15. Jones O. M., Stevenson A. R., Clark D. et al. Laparoscopic resection for diverticular disease: follow-up of 500 consecutive patients // Ann. Surg. — 2008. — 248:1092—1097.

16. Faynsod M., Stamos M. J., Arnell T. et al. A case-control study of laparoscopic versus open sigmoid colectomy for diverticulitis // Am. Surg. — 2000. — 66:841—843.

17. Dwivedi A., Chahin F., Agrawal S. et al. Laparoscopic colectomy vs. open colectomy for sigmoid diverticular disease // Dis. Colon. Rectum. — 2002. — 45:1309—1315.

18. Lawrence D. M., Pasquale M. D., Wasser T. E. Laparoscopic versus open sigmoid colectomy for diverticulitis // Am. Surg. — 2003. — 69:499—504.

19. Senagore A. J., Duepree H. J., Delaney C. P. et al. Cost structure of laparoscopic and open sigmoid colectomy for diverticular disease: similarities and differences // Dis. Colon. Rectum. — 2002. — 45:485—490.

20. Mutch M. G. Complicated diverticulitis: are there indications for laparoscopic lavage and drainage? // Dis. Colon. Rectum. — 2010. — 53:1465—1466.

21. O'Sullivan G. C., Murphy D., O'Brien M. G., Ireland A. Laparoscopic management of generalized peritonitis due to perforated colonic diverticula // Am. J. Surg. — 1996. — 171:432—434.

22. Franklin M. E. Jr., Dorman J. P., Jacobs M., Plasencia G. Is laparoscopic surgery applicable to complicated colonic diverticular disease? // Surg. Endosc. — 1997. — 11:1021—1025.

23. Da Rold A. R., Guerriero S., Fiamingo P. et al. Laparoscopic colorrhaphy, irrigation and drainage in the treatment of complicated acute diverticulitis: initial experience // Chir. Ital. — 2004. — 56:95—98.

24. Toorenvliet B. R., Swank H., Schoones J. W. et al. Laparoscopic peritoneal lavage for perforated colonic diverticulitis: a systematic review // Colorectal. Dis. — 2010. — 12:862—867.

25. Bretagnol F., Pautrat K., Mor C. et al. Emergency laparoscopic management of perforated sigmoid diverticulitis: a promising alternative to more radical procedures // J. Am. Coll. Surg. — 2008. — 206:654—657.

26. Faranda C., Barrat C., Catherine J. M., Champault G. G. Two stage laparoscopic management of generalized peritonitis due to perforated sigmoid diverticula: eighteen cases // Surg. La-parosc. Endosc. Percutan. Tech. — 2000. — 10:135—141.

27. Taylor C. J., Layani L., Ghusn M. A., White S. I. Perforated diverticulitis managed by laparoscopic lavage // ANZ J. Surg. — 2006. — 76:962—965.

28. Karoui M., Champault A., Pautrat K. Laparoscopic peritoneal lavage or primary anastomosis with defunctioning stoma for Hinchey 3 complicated diverticulitis: results of a comparative study // Dis. Colon. Rectum. — 2009. — 52:609—615.

29. Favuzza J., Friel J., Kelly J. J. et al. Benefits of laparoscopic peritoneal lavage for complicated sigmoid diverticulitis // Int. J. Colorectal. Dis. — 2009. — 24:797—801.

30. Rafferty J., Shellito P., Hyman N. H., Buie W. D. Practice parameters for sigmoid diverticulitis // Dis. Colon. Rectum. — 2006. — 49:939—944.

31. Agaba E. A., Zaidi R. M., Ramzy P. et al. Laparoscopic Hartmann's procedure: a viable option for treatment of acutely perforated diverticulitis // Surg. Endosc. — 2009. — 23:1483—1486.

32. Martel G., Bouchard A., Soto C. M. et al. Laparoscopic colectomy for complex diverticular disease: a justifiable choice? // Surg. Endosc. — 2010. — 24:2273—2280.

33. Scheidbach H., Schneider C., Rose J. et al. Laparoscopic approach to treatment of sigmoid diverticulitis: changes

in the spectrum of indications and results of a prospective, multicenter study on 1,545 patients // Dis. Colon. Rectum. — 2004. — 47:1883—1888.

34. Zdichavsky M., Granderath F. A., Blumenstock G. et al. Acute laparoscopic intervention for diverticular disease: a feasible approach // Langenbecks Arch. Surg. — 2010. — 395:41—48.

35. Gervaz P., Inan I., Perneger T. et al. A prospective, randomized, single-blind comparison of laparoscopic versus open sigmoid colectomy for diverticulitis // Ann. Surg. — 2010. — 252:3—8.

36. Pavlidis T. E., Pavlidis E. T., Sakantamis A. K. Current management of diverticular disease of the colon // Tech. Coloproctol. — 2010. — 14:79—81.

37. Tonelli F., Di Carlo V., Liscia G., Serventi A. La malattia diverticolare del colon: quan-do e come trattarla. Consensus Conference 5 Congresso Nazionale della Societa Italiana dei Chirurghi Universitari (SICU) // Ann. Ital. Chir. — 2009. — 80:3—8.

38. Ambrosetti P., Grossholz M., Becker C. et al. Computed tomography in acute left colonic diverticulitis // Br. J. Surg. — 1997. — 84:532—4.

39. Franzato B., Mandala S., Fusco G., Sartori C. The Role of Laparoscopy in Emergency Abdominal Surgery // Springer-Verlag, Italia. — 2012. — P. 77—87.

40. Hinchey E. J., Schaal P. H., Richards M. B. Treatment of perforated diverticular disease of the colon // Adv. Surg. — 1978. — 12:85—109.

СТАВРОПОЛЬСКИЙ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ СЕРВИСА
(ФИЛИАЛ) ФГБОУ ВПО «ЮРГУЭС»

проводит занятия по повышению квалификации по программе «Ремонт и техническое обслуживание медицинской техники» для специалистов, ответственных за техническое обслуживание медицинской техники в лечебно-профилактических учреждениях на территории Российской Федерации

Общий объем занятий по учебному плану – 112 часов. Лица, окончившие курсы повышения квалификации, получают Свидетельство государственного образца, которое принимается к зачету Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития при лицензировании деятельности по техническому обслуживанию медицинской техники.

Форма занятий — с использованием дистанционных образовательных технологий, без отрыва специалиста от основной работы. Начало занятий по мере подачи заявлений.

ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ИНФОРМАЦИЮ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ПО ТЕЛЕФОНАМ: (8652) 39-69-85, ДОБ. 136; 8-928-925-67-26, ИЛИ ПО E-MAIL: LEDSTIS@MAIL.RU

РЕКЛАМА

К дифференциальной диагностике эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки ишемического (атеросклеротического) генеза

В. Г. Богатырев; А. Т. Маринчук; РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Актуальность проблемы ишемических поражений органов брюшной полости определяется следующими положениями:

- *высокой распространенностью,*
- *сложностью диагностики,*
- *высокой летальностью при окклюзионных формах,*
- *манифестацией масками других заболеваний органов пищеварения и кровообращения.*

По данным многочисленных литературных источников, среди всех этиологических факторов стенозирования висцеральных ветвей брюшной аорты наиболее частой причиной является атеросклероз (70—80%), а ишемические гастродуоденопатии встречаются примерно в 50% случаев [1, 4, 5, 11].

Развитие эрозивно-язвенных зон повреждения желудка обусловлено гемодинамическими нарушениями слизистой оболочки желудка (СОЖ) в связи с атеросклеротическими, чаще всего, или, реже, экстравазальными факторами, приводящими к стенозированию чревного ствола (ЧС) и верхней брыжеечной артерии (ВБА), и уменьшением капиллярной сети в пожилом возрасте. Установлена также корреляционная связь между ишемическими эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки и дислипидемией. Расстройства микроциркуляции в артериях стенки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с дислипидемией развиваются в результате нарушений реологических свойств и свертывающей системы крови, даже при отсутствии гемодинамических значимых ограничений висцерального кровотока по магистральным артериям. Активация системы гемостаза у больных с ишемическими поражениями СОЖ во многом обусловлена гиперлипидемией [1, 2, 3, 6, 7]. Гиперлипидемия ведет к повышению агрегационной способности эритроцитов и тромбоцитов. Скопления агрегатов из эритроцитов и тромбоцитов наряду с генерализованным спазмом артериол приводят к образованию микротромбов и развитию гипоксии СОЖ. Помимо расстройств реологических свойств крови развивается гиперкоагуляция, обусловленная увеличением синтеза факторов свертывания

крови с одновременным снижением ее фибринолитической активности. Таким образом, у больных с ишемическими поражениями гастродуоденальной зоны расстройство микроциркуляции обусловлено двумя взаимообусловленными причинами: синдромом гемореологических расстройств и гиперкоагуляцией.

Помимо дислипидемии, другим важным патогенетическим механизмом повреждения клеточных структур СОЖ является накопление свободнорадикальных и перекисных соединений, которые приводят к нарушению целостности эндотелия сосудов и развитию безболевой ишемии [1, 4, 8, 9].

Наиболее частой локализацией ишемических поражений желудка являются малая кривизна и антральный отдел, иногда субкардиальный. В клинической картине обращает внимание атипичный болевой синдром. Боли возникают после приема пищи на высоте пищеварения, вначале через 20—40 минут, а потом временной промежуток между приемом пищи и появлением боли укорачивается, по мере прогрессирования чревно-

Таблица 1

Основные дифференциально-диагностические критерии ишемических эрозивно-язвенных поражений и язвенной болезни обычного течения

Признаки	Ишемические эрозивно-язвенные поражения	Язвенная болезнь обычного течения
Возраст	Старше 50 лет	Моложе 50 лет
Анамнез	ССЗ атеросклеротического генеза, СД, МС и др. заболевания с дислипидемией. Нет язвенного анамнеза	Не характерны ССЗ и др. проявления атеросклероза. Присутствует язвенный анамнез
Характер болевого синдрома	Атипичный	Типичный
Зависимость боли от количества или качества пищи	От количества	От качества
Характер стула	Запоры, сменяющиеся неустойчивым стулом	Запоры возможны
Метеоризм	Выраженный	Не характерен
Снижение массы тела	Прогрессирующее похудение	Возможно в периоде обострения
Реакция на нитроглицерин	Положительная	Отрицательная
Аппетит	Снижен	Сохранен
Кислотность желудочного сока	Снижена	Повышена
Влияние сезонности	Отсутствует	Характерна
Характер течения	Частые рецидивы	Иногда сезонные обострения
Кровотечения	Часто	Редко
Связь с перепадами АД и стенокардией	Четкая	Отсутствует
Систолический шум в эпигастрии	Часто	Отсутствует
Степень обсемененности H.P.	Низкая	Высокая
Эффективность лечения	Низкая	Высокая
Дислипидемия	Гиперлипидемия	Не характерна
Гематокрит	Повышение	В пределах нормы
ЭФГДС	Множественные язвы больших размеров, длительные сроки рубцевания. Атрофия СОЖ	Чаще одиночные язвы небольших размеров, быстрая динамика заживления
Локализация поражения	Малая кривизна, антральный отдел, иногда субкардиальный	Луковица двенадцатиперстной кишки
УЗДГ	Участки стенозирования ЧС, ВБА, ограничение и нарушение висцерального кровотока	Нет изменений
Ангиография чревно-мезентериального бассейна	Высоко информативна	Не имеет значения

Таблица 2

Дифференциальная диагностика доброкачественной (ишемической) и злокачественной язвы желудка

Признаки	Доброкачественная язва желудка ишемического генеза	Злокачественная язва желудка
Наличие ССР атеросклеротического генеза, ДС, МС и дислипидемии	Характерно	Возможно, но не закономерно
Продолжительность анамнеза заболевания	Длительный	Не превышает 2 лет
Характер болевого синдрома	Атипичный. Интенсивные боли, связанные с приемом пищи, успокаиваются по мере снижения интенсивности пищеварения	Постоянные ноющие боли
Локальная болезненность в эпигастрии при пальпации (симптом Менделя)	Характерна	Не характерна, болезненность диффузная
Аппетит	Сохранен или снижен, но присуща ситофобия – боязнь приема пищи из-за болей	Снижен, извращен, «капризен», часто отсутствует
Характер стула	Чаще запоры	Неустойчивый
Метеоризм	Выраженный	Умеренный
Реакция на нитроглицерин	Положительная	Отрицательная
Связь с перепадами АД и стенокардией	Имеется	Отсутствует
Систолический шум в эпигастрии	Часто	Возможен при экстравазальной компрессии ЧС или ВБА
Эмоциональный статус больного, жизненный тонус	Незначительное снижение в периоде обострения заболевания	Прогрессирующее снижение тонуса, интереса к жизни, работоспособности, общая слабость, утомляемость
Анемия	Не характерна (при отсутствии кровотечения из язвы)	Постоянная, прогрессивно нарастающая
СОЭ	Не увеличена	Постоянно увеличена
Реакция Грегерсена	Положительная лишь в периоде обострения	Постоянно положительная
Дислипидемия	Гиперлипидемия	Не закономерна
Кислотность желудочного сока	Тенденция к снижению, но повышается после стимуляции гистамином, пентагастрином	Прогрессирующее снижение вплоть до ахлоргидрии, которая сохраняется даже при максимальной стимуляции гистамином или пентагастрином
ФЭГДС	Множественные язвы округлые, края не подраты, не кровоточат при дотрагивании гастроскопом. Язвы уменьшаются и заживают после лечения	Язва неправильной формы, края неровные, нечеткие, бугристые, «подратые», ригидные, кровоточат при дотрагивании гастроскопом. После лечения размеры язвы не уменьшаются, язвы не заживают или положительная динамика очень незначительная
Гистология биоптатов СОЖ	Атрофические и дистрофические изменения	Атипические клетки
УЗДГ	Часто нарушение висцерального кровотока	Возможно, если развилась экстравазальная компрессия

мезентериальной недостаточности и ограничения кровоснабжения желудка боли начинают беспокоить сразу после приема пищи, а иногда приобретают постоянный характер. Усиление болевого синдрома наблюдается после проведения пробы с пищевой нагрузкой. Если для язвенной болезни, ассоциированной с Helicobacter pilori (Н. Р.), характерна цикличность болевых ощущений: голод — боль, прием пищи — уменьшение боли, и вновь появление ее через некоторое время, в зависимости от локализации язвы, то для ишемической язвы характерна противоположная направленность проявле-

Окончание на стр. 53

ТМ “Иволга”
– это комфорт, надёжность, защита

Мы предлагаем одноразовое операционное белье
с использованием
инновационного материала

многослойный
материал с высокими
барьерными свойствами Tutami

Комплект белья одноразового из нетканого материала для ограничения операционного поля КБО-3

1. Простыня 200х150 см (Tutami leve 65 г/м²) — 1 шт.
2. Салфетка 40х20 см (спанлейс 40 г/м²) — 4 шт.
3. Чехол на стол Мейо 140х80 см (с укрепленной впитывающей зоной) — 1 шт.
4. Простыня на инструментальный стол — 150х180 см (Tutami leve 65 г/м²) — 1 шт.
5. Простыня 150х180 см с липким краем (Tutami adsorb 85 г/м²)
6. Большая простыня 150х240 см с липким краем (Tutami adsorb 85 г/м²)
7. Малая простыня 90х70 см с липким краем (Tutami adsorb 85 г/м²) — 2 шт.

Подробную информацию можно получить в наших филиалах:

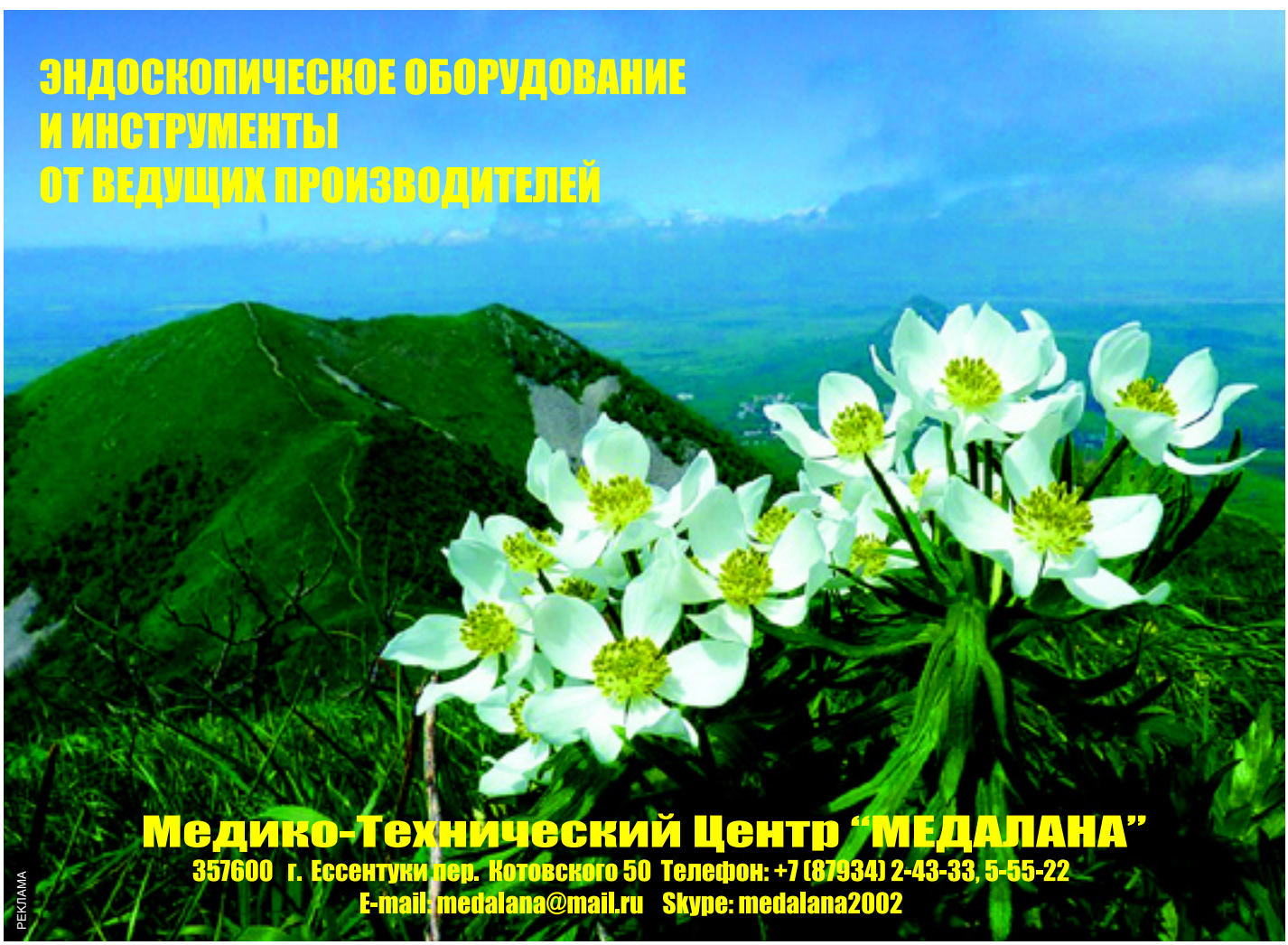
ГЕКСА

г. Краснодар, ул. Бородинская, 150/11, тел. (861) 266-57-86
г. Ростов-на-Дону, ул. Доватора, 158/5, тел. (863) 223-05-66
г. Волжский, ул. Карбышева, 1а, тел. (8443) 31-66-72
г. Астрахань, ул. Рыбинская, 11, тел. (8512) 20-10-66

www.ivolga.gexa.ru

РЕКЛАМА

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ
И ИНСТРУМЕНТЫ
ОТ ВЕДУЩИХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ



Медико-Технический Центр “МЕДАЛАНА”
357600 г. Ессентуки пер. Котовского 50 Телефон: +7 (87934) 2-43-33, 5-55-22
E-mail: medalana@mail.ru Skype: medalana2002

РЕКЛАМА

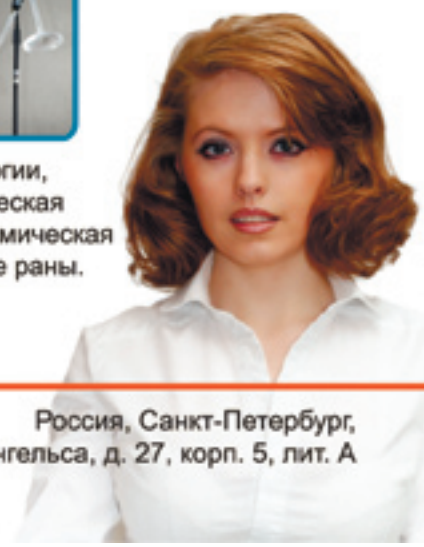
Аткус
ЛАЗЕРНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРИБОРЫ

Медицинские лазерные аппараты Латус

Современные компактные лазеры с широким спектром применения.

Мощность	0,1 - 60 Вт
Режим работы	импульсный/непрерывный
Длина волны	661, 810, 940, 1400 нм

Области применения: косметология, дерматология и сосудистые патологии, флебология, онкология, гинекология, урология, ЛОР, общая и эндоскопическая хирургия, нейрохирургия, бронхопульмонология, стоматология, фотодинамическая терапия, фотомодификация крови, стоматология, ФДТ, долго заживающие раны.



www.atcus.ru

Тел.: 8 (812) 294-25-32
E-mail: sales@atcsd.ru

Россия, Санкт-Петербург,
пр. Энгельса, д. 27, корп. 5, лит. А

РЕКЛАМА

СКМК

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: office@skmk-group.ru

РЕКЛАМА

Окончание. Начало на стр. 48—50

ния боли: прием пищи — нарастающая боль, снижение интенсивности пищеварения — уменьшение боли через 1—2 часа, голод — боли нет. Как правило, боли сопровождаются диспепсическими расстройствами: снижением аппетита, отрыжкой, изжогой. Частыми симптомами являются запоры и метеоризм, которые наблюдаются у большинства больных. Для больных ишемическими эрозивно-язвенными поражениями не характерна сезонность обострений, свойственная язвенной болезни обычного течения, и возникновение боли зависит от количества пищи, а не от ее качества. Обострение заболевания у больных с ишемическими гастродуоденопатиями часто сочетается по времени с перепадами артериального давления (АД) и обострением ишемической болезни сердца (ИБС). Особенностью гастродуоденальных эрозивно-язвенных поражений ишемического генеза являются также желудочно-кишечные кровотечения без предшествующей клинической симптоматики, возникающие гораздо чаще, чем при обычном течении язвенной болезни [1, 10]. Для большинства больных характерна атрофия СОЖ и тенденция к снижению кислотообразующей функции желудка. При эндоскопических исследованиях чаще выявляется несколько язв больших размеров, характерны длительные сроки заживления дефектов СОЖ на фоне противоязвенной терапии до 4—12 недель. Обсемененность Н. Р. выявляется реже, чем при обычном течении язвенной болезни. Патогенетическую основу язвообразования у большинства таких больных составляют нарушения микроциркуляции, в то время как эрозивно-язвенные поражения, ассоциированные с Н. Р., наблюдаются у 10—25% больных [1, 2, 3, 4].

По данным ЦНИИГ, можно выделить три стадии эндоскопических изменений эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны ХАИ.

1-я стадия: признаки атрофического гастрита и дуоденита. Слизистая оболочка истончена, просвечиваются сосуды (феномен контурной карты).

2-я стадия: на фоне атрофии слизистой оболочки антрального отдела желудка и по малой кривизне обнаруживаются эрозии. При ультразвуковой допплерографии (УЗДГ) выявляются выраженные признаки снижения висцерального кровотока более чем на 40%.

3-я стадия характеризуется образованием язв преимущественно по малой кривизне и антральному отделу желудка. При УЗДГ — признаки гемодинамических значимых стенозов ЧС, ВБА с ограничением висцерального кровотока более чем на 50%. В этой стадии клинические признаки выраженные: боли в эпигастрии, запоры, метеоризм, похудение.

Основные дифференциально-диагностические критерии ишемических эрозивно-язвенных поражений и язвенной болезни обычного течения представлены в таблице 1.

При обнаружении у больных желудочной локализации язв важным диагностическим фактором является установление доброкачественного характера ишемических поражений. Особого внимания требуют впервые выявленные язвы желудка, предполагающие обязательное проведение дифференциальной диагностики с инфильтративно-язвенной формой рака. Необходимо проводить повторные рентгенологические и, при отсутствии противопоказаний, эндоскопические исследования с многократной прицельной биопсией из различных участков краев и дна язвы с последующим гистологическим и цитологическим исследованиями (табл. 2).

Прогноз гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста оказывается более серьезным, чем у больных других возрастных групп, что вызывает необходимость своевременного и тщательного обследования этой категории пациентов.

Литература

1. Лазебник Л. Б., Звенигородская Л. А. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения. — М: Анахарсис, 2003. — 136 с.

2. Логинов А. С., Звенигородская Л. А. Особенности течения и лечения язвенной болезни у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца // Терапевтический архив. — 1992. — №2. — С. 3—6.

3. Логинов А. С., Тутульян А. В., Звенигородская Л. А., Шубина Е. Н., Лебедева В. В. Эффективность применения нового пептидного препарата Имунован в терапии длительно незаживающих язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных ишемической болезнью сердца // Практикующий врач. — 1998. — №13. — С. 18—19.

4. Богатырев В. Г., Маринчук А. Т. Атеросклероз и ишемические поражения органов брюшной полости. — Ростов-на-Дону, 2010. — 78 с.

5. Поташов Л. В., Князев М. Д. , Игнашов А. М. Ишемическая болезнь органов пищеварения. — Ленинград: Медицина, 1985. — 216 с.

6. Савельев В. С., Петухов В. А., Бычков С. Г. и др. Особенности висцерального кровообращения при хронической ишемической болезни органов пищеварения и дислипопротеидемии // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 1999. — №4. — С. 40—45.

7. Шабашова Н. И. Реологические свойства крови при факторах риска атеросклероза и пути их коррекции // Автореф. дисс. … к.м.н. — М, 1984. — 24 с.

8. Ивашкин В. Т. Метаболическая организация функций желудка. — Ленинград: Наука, 1981. — 246 с.

9. Кузнецов М. Р., Петухов В. А. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 1997. — №3. — С. 61—66.

10. Логинов А. С., Звенигородская Л. А., Потапова В. Б. и др. Особенности язвенной болезни у лиц с сопутствующей ишемической болезнью сердца // Терапевтический архив. — 1998. — Т. 70. — №2. — С. 9—13.

11. Ойноткинова О. Ш. Многоликий атеросклероз: абдоминальная ишемическая болезнь — симптом или синдром // Архив газеты «Медицинский вестник». — 2007. — №42 medvestnik.ru/archive/2007/42/965/html.

О тестировании обучающихся общеобразовательных школ Ростовской области в 2012 году

Е. В. Малышко, главный врач; И. И. Денисова; ГБУ Ростовской области «Наркологический диспансер», г. Ростов-на-Дону

Противодействие злоупотреблению наркотическими средствами — важнейшая задача любого государства, так как является предпосылкой формирования здорового общества, снижения многих видов преступности, улучшения демографической обстановки, положительно воздействует на морально-нравственную и духовную сферы жизни.

Мы прекрасно знаем, что будущее любой страны определяется ее молодежью, а отношение к молодежи, к ее интересам, запросам, потребностям — отношение к будущему.

При этом в условиях демократического общества, одним из признаков которого является открытый доступ к общественно-значимой информации, мы можем наблюдать в последнее время явления, называемые рядом экспертов «формированием наркокультуры». В нашей стране развернута агрессивная, направленная на молодежную среду, реклама потребительского образа жизни, культивирующего инфантильные и эгоистические мотивы деятельности личности и, как следствие, повышение вероятности появления различных форм аддиктивного (отклоняющегося) поведения, включающего и потребление психоактивных веществ.

В начале года Государственной Думой в первом чтении принят проект Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ».

Предполагается, что тестирование будет проходить в два приема: сначала — серия социально-психологических тестов для определения группы риска, затем — собственно медицинский анализ для подростков из этой группы.

В Ростовской области тестирование ведется уже два года. Эта достаточно смелая инициатива в отсутствие федерального законодательства была поддержана медицинским сообществом Ростовской области, проводилась разъяснительная работа с родителями и детьми в учебных заведениях, на Днях большой профилактики, родительских собраниях, демонстрировался специально снятый фильм о безопасности тестирования и пагубности употребления наркотиков. Главным для нас было доверие детей и их родителей, их понимание, что тестирование необходимо, важно и, безусловно, анонимно.

Тестирование проходило в этом году по достаточно сложной схеме. Его проводили 64 врача психиатра-нарколога амбулаторного приема по 1130 (!) адресам Ростовской области. Всего в списках Министерства образования первично в мае 2012 года было подано 34197 человек. Добровольное информированное согласие дали 33172 человека, это 97% от числа подлежащих тестированию. Тем не менее, тестирование прошло большее количество учащихся. В 2012 году в школах протестировано 32297 человек и непосредственно в наркологической службе 1241, то есть 33538 человек (98%).

В отличие от 2011 года, когда использовались тест-полоски для определения трех наркотических веществ (опий, марихуана, амфетамин), в 2012 году мы тестировали подростков на пять веществ: добавились тест-полоски на дезоморфин и котинин. С целью определения вовлечения подрастающего поколения в табакокурение было протестировано на наличие никотина 23015 человек, из них у 5271 получен положительный результат (23% от общего количества протестированных). МЗ РО разработана анкета для детей по злоупотреблению табаком. В ее основу легла работа европейского проекта школьных исследований с участием 35 стран Европы, не менее 3000 школьников 14—16 лет от каждой страны, с общим количеством участников не менее 110000 человек. Данное исследование носит аббревиатуру ESPAD, и подобное анкетирование — самый авторитетный мониторинг ситуации с вовлечением школьников в употребление психоактивных веществ. Что же у нас получилось? В Ростовской области по результатам тестирования 2012 года курят 23% респондентов. В Российской Федерации по данным ESPAD 2011 года — 31%, по данным ESPAD 2007 года — 36%.

Таким образом, на проблему вовлечения школьников в табакокурение в нашем регионе обратили внимание вовремя, особенно в свете принятия Федерального закона от 23.02.2013 №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», вступающего в силу с 1 июня 2013 года. Необходимо работать с детьми и в этом направлении, тем более что, по данным статистики, вероятность обращения подростков к наркотикам при отсутствии потребления алкоголя и табака составляет 0,6% у мальчиков и 0,4% у девочек.

В ходе массового тестирования в учебных заведениях предварительными методами всего выявлено 155 положительных результатов, из них в 126 случаях определены опиаты, в 22 — марихуана, в 5 — амфетамины, в 2 — дезоморфин. Все 155 предварительных положительных анализа прошли через химико-токсикологическую лабораторию ГБУ Ростовской области «Наркологический диспансер». Положительно подтверждены 53 результата (34,2%). Использование подтверждающих методик было необходимо для полной легитимности и соблюдения утвержденного стандарта исследования. Из подтвержденных анализов на наличие наркотических средств в биологической жидкости обнаружены: в 37 случаях — опиаты, в 14 — марихуана, в 2 — дезоморфин. Со всеми обучающимися в условиях конфиденциальности врачами психиатрами-наркологами проводились профилактические беседы, направленные на выработку мотивации дальнейшего консультирования у нарколога по месту жительства в случаях получения положительного результата теста на содержание в организме наркотического вещества. В наркологических учреждениях профилактическое наблюдение установлено трем несовершеннолетним из числа прошедших тестирование.

Состоялась встреча с представителями СМИ, включая электронные СМИ в Интерфаксе по подведению итогов уже второго этапа тестирования. Благодарственными письмами Минздрава награждены руководители учебных заведений, врачи-наркологи, медсестры и фельдшеры, представители общественности и бизнеса, помогающие нам в этой работе.

На состоявшемся 6 марта 2013 года совместном совещании представителей Минздрава и Минобразования области в аппарате антинаркотической комиссии Ростовской области поддержано решение губернатора о необходимости продолжения тестирования на предмет употребления наркотических средств и в 2013 году среди контингентов, обучающихся в вузах.

Орфанные заболевания: вчера, сегодня, завтра. Тирозинемия 1-го типа у детей

Г. Р. Сагитова, д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования ГБОУ ВПО «АГМА» МЗ РФ, член-корр. РАЕ, внештатный эксперт МЗ АО, г. Астрахань

2012 год в России ознаменован новаторскими введениями в части орфанных заболеваний, а именно:

- *вступил в силу Федеральный закон от 21.11.11 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;*
- *издано Постановление Правительства РФ от 26.04.2012 №403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента»;*
- *в России отмечался Международный день редких заболеваний (по инициативе европейской организации по изучению редких болезней EURORDIS самый редкий день в году — 29 февраля — официально получил статус Международного дня редких заболеваний, Rare Disease Day);*
- *впервые вышел в свет журнал «Редкие болезни в России».*

В Астрахани по распоряжению министра здравоохранения в ноябре прошлого года был организован и проведен обучающий семинар с международным участием. Это мероприятие получило достаточно широкий резонанс, предложения участников по оптимизации медико-генетической службы региона были переданы министру. Этой статьей мы хотели бы начать разговор об орфанных заболеваниях.

В статье 44 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указано, что **редкими (орфанными) заболеваниями являются заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения.**

В Постановлении Правительства РФ от 26.04.12 №403:

- *приведены утвержденные правила ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента;*
- *представлен перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности (таблица 1);*
- *установлено, что ведение Федерального регистра осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации, а ведение региональных сегментов осуществляется министерствами здравоохранения регионов.*

Диагностика наследственной тирозинемии 1-го типа

Наследственная тирозинемия 1-го типа (НТ-1) — редкое врожденное метаболическое заболевание с аутосомно-рецессивным наследованием, вызванное мутациями гена, отвечающего за фермент фумарилацетоацетат гидролазу (ФАГ). «Виновный» ген локализован на 15-й хромосоме 15q23-q25. То есть это заболевание связанно с врожденным нарушением метаболизма аминокислоты тирозин. Откуда берется эта аминокислота и зачем она нужна нашему организму? Тирозин в организме образуется в результате катаболизма белков и синтезируется из фенилаланина. Тирозин — это предшественник адреногормонов/нейротрансмиттеров (адреналина и норадреналина, дофамина), тиреоидных гормонов, меланина (кожный и волосяной пигмент).

К настоящему времени выявлено более 40 мутаций гена для данного заболевания, но до сих пор не установлено четкой корреляции между генотипом и фенотипом. Даже внутри генетически относительно однородной популяции (провинция Квебек, Канада) встречаются случаи разнообразных клинических проявлений внутри одной семьи.

Патогмоничным признаком для диагностики НТ-1 является повышение концентрации сукцинилацетона в крови и моче больного. Сукцинилацетон является продуктом декарбоксилирования сукцинил ацетоацетата, который является производным промежуточных продуктов катаболизма тирозина — фумарилацетоацетата и малеилацетоацетата. Данные метаболиты накапливаются вследствие дефицита фумарилацетоацетата гидролазы, которая в норме участвует в образовании фумаровой кислоты и ацетоацетата. Все эти продукты обмена в избытке являются токсическими метаболитами.

Таблица 1

Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности

№	Заболевание	Код по МКБ 10
1	Гемолитико-уремический синдром	D59.3
2	Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели)	D59.5
3	Апластическая анемия неуточненная	D61.9
4	Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра)	D68.2
5	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса)	D69.3
6	Дефект в системе комплемента	D84.1
7	Преждевременная половая зрелость центрального происхождения	E22.8
8	Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии)	E70.0, E70.1
9	Тирозинемия	E70.2
10	Болезнь «кленового сиропа»	E71.0
11	Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия)	E71.1
12	Нарушения обмена жирных кислот	E71.3
13	Гомоцистинурия	E72.1
14	Глютарикацидурия	E72.3
15	Галактоземия	E74.2
16	Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Нимана-Пика	E75.2
17	Мукополисахаридоз, тип I	E76.0
18	Мукополисахаридоз, тип II	E76.1
19	Мукополисахаридоз, тип VI	E76.2
20	Острая перемежающая (печеночная) порфирия	E80.2
21	Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона)	E83.0
22	Незавершенный остеогенез	Q78.0
23	Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная)	I27.0
24	Юношеский артрит с системным началом	M08.2

Возраст начала заболевания колеблется от раннего неонатального периода (в этом случае — наиболее быстрое прогрессирование заболевания) до школьного (подросткового) возраста (обычно такой вариант соответствует медленно прогрессирующему поражению печени и почек). До первых проявлений заболевания развитие ребенка не выходит за рамки возрастных показателей.

Наибольшая частота встречаемости НТ-1 зарегистрирована в Квебеке (Канада), где чаще всего заболевание манифестирует прогрессирующей печеночной недостаточностью с первых месяцев, а иногда и дней жизни. В странах Европы течение заболевания чаще приобретает хронический характер с прогрессирующим поражением печени, приводящим к циррозу, и внепеченочными проявлениями, такими как нарушение функции

Таблица 2

Дифференциальная диагностика тирозинемии 1-го типа у детей в зависимости от симптомов

Болезни печени – наследственные заболевания (распределены по частоте встречаемости в популяции)	Митохондриальные цитопатии 9/100 000 Галактоземия 6,6/100 000 Болезнь Вильсона 5,84/100 000 Наследственная непереносимость фруктозы 5/100 000 Наследственные болезни гликозилирования тип А 1/20 000 (700 больных в мире) Болезнь Ниманна–Пика тип С 2,5/100 000 Дефицит фруктозо-1,6-дифосфатазы 2,5/100 000 Гемафагоцитарный лимфогистиоцитоз 1/50 000 Болезнь накопления гликогена тип 1 1/100 000 Тирозинемия тип 1 1/100 000 Гемахроматоз новорожденных (100 случаев) Ацетаминофеновая токсичность Бактериальные инфекции (сепсис, сальмонеллез, ТВ) Вирусные инфекции (ЦМВ, гепатиты А, В) Идиосинкратическая реакция на препарат, токсин, сосудистый/ишемический или инфильтративный процесс Гепатит новорожденных Некоторые лактатацидозы
Почечный синдром	Синдром Лоу Цистиноз Почечный канальцевый ацидоз Синдром Фанкони
Рахит	Гипофосфатазия Дефицит витамина Д (пищевой/генетический) Гипофосфатемический рахит Витамин-Д-зависимый рахит Синдром Фанкони
Неврологический криз	Отек мозга/кровоизлияние Бактериальный/вирусный менингит Гипернатриемическая дегидратация Острая интермиттирующая порфирия

почек, поражение нервной системы, рахит и кардиомиопатия. Однако данное разделение на острую и хроническую формы может вводить в заблуждение, так как в некоторых случаях дети, у которых наблюдалась острая печеночная недостаточность на первом году жизни, демонстрируют переход в хроническую стадию (выживаемость более двух лет на фоне лечения), а также у некоторых детей с хронической формой заболевания могут возникнуть печеночная недостаточность и неврологические кризы.

Клиническая картина НТ-1 является вариабельной и неспецифичной, что заставляет при постановке диагноза опираться на комплекс симптомов, клинических признаков и лабораторных анализов (табл. 2). Практически в каждом случае развития НТ-1 имеется: увеличение печени (иногда в сочетании с увеличением селезенки), коагулопатия, дисфункция почечных канальцев и рахит.

Классификация НТ-I основана на возрасте появления первых симптомов (возраст начала заболевания коррелирует с его тяжестью):

- *острая форма — манифестация до 6 месяцев (острая печеночная недостаточность);*
- *подострая форма — возникает у детей от 6 месяцев до 1 года (болезнь печени, отставание в физическом развитии, коагулопатия, гепатоспленомегалия, рахит и гипотония);*
- *хроническая форма — первые клинические признаки появляются после года (хроническое заболевание печени, болезни почек, рахит, кардиомиопатия и/или подобный порфирии синдром).*

Изменения лабораторных показателей при НТ-1

Наиболее специфичные признаки НТ-1

Сукцинилацетон (СА) является наиболее специфичным и чувствительным маркером НТ-1. Оценку уровня СА необходимо проводить, когда клиническая картина и данные обследований свидетельствуют о вероятном наличии НТ-1. Поскольку данный показатель является специфичным только для НТ-1, то оценка СА не должна быть единственным методом обследования при подозрении на НТ-1.

Повышенный уровень альфа-фетопротеина наблюдается в подавляющем большинстве случаев при НТ-1. В случае острого начала болезни в первые месяцы жизни альфа-фетопротеин повышается в сотни и даже тысячи раз выше верхней границы нормального значения. Однако повышение альфа-фетопротеина не является специфичным для НТ-1. Он является чувствительным показателем при нарушении функции печени, особенно когда уровень трансаминаз в пределах нормы. Характерной особенностью поражения печени при НТ-1 является повреждение синтетической функции печени, что проявляется значительным **удлинением протромбинового времени и частичного тромбопластинового времени,** что не поддается коррекции препаратами витамина К. Коагулопатия присутствует почти во всех случаях болезни, даже в отсутствии геморрагического синдрома. Первоначальная структура печеночной функции при НТ-1 характеризуется следующим: при выраженном удлинении протромбинового времени и частичного тромбопластинового времени печеночные трансферазы могут быть только слегка повышены, а билирубин может оставаться

в пределах нормы или быть незначительно повышенным. Это отличает НТ-1 от других болезней с поражением печени, при которых выраженное повышение трансаминаз и билирубина сопровождается тяжелой коагулопатией. Однако в тяжелых случаях может наблюдаться прогрессирующая желтуха, что является очень плохим прогностическим признаком.

В случае острого начала заболевания в первые месяцы жизни может присутствовать специфический запах мочи — запах «вареной капусты».

Признаки НТ-1 с высокой чувствительностью, но низкой специфичностью

- *В анализах мочи выявляется нарушение функции канальцев почек (синдром Фанкони), который проявляется гиперфосфатурией, аминоацидурией и почечным канальцевым ацидозом.*
- *В случае острой формы НТ-1 может быть обнаружена гипогликемия вследствие печеночной недостаточности или гиперинсулинизма (диета в данном случае неэффективна).*
- *В случае острой формы заболевания с преимущественным поражением печени наиболее характерными изменениями в общем анализе крови являются анемия (нормоциты) и лейкоцитоз.*
- *Несмотря на геморрагический синдром, показатели коагуляции остаются без изменений.*
- *Тромбоцитопения обычно является признаком хронической формы НТ-1 с прогрессирующим хроническим поражением печени.*

Инструментальная диагностика

По результатам УЗИ выявляется увеличение печени при любой форме заболевания, а также увеличение селезенки, если заболевание имеет хроническое течение. Также можно выявить симметричное увеличение почек с признаками кальциноза.

Клинические варианты развития НТ-1

Острая печеночная недостаточность в период новорожденности позволяет заподозрить НТ-1. Состояние больных тяжелое, в клинической картине могут наблюдаться любые перечисленные симптомы: **неврологические/мозговые симптомы** (высокая температура, повышенная возбудимость, нарушение уровня сознания, возможно развитие комы), а также **симптомы поражения печени** (увеличение печени, иногда с увеличением селезенки, асцит или желтуха, хотя это наблюдается редко и является признаком плохого жизненного прогноза), **гастроинтестинальный синдром** (срыгивания после каждого кормления), тяжелый геморрагический синдром (мелена, кровавая рвота, гематурия, экхимозы, петехии, носовые кровотечения), **специфический запах мочи** (запах «вареной капусты»).

При наблюдении больного с таким комплексом симптомов следует провести дифференциальную диагностику с учетом НТ-1. В данном случае требуется оказание срочной медицинской помощи, так как болезнь имеет обычно фульминантное течение с быстрым прогрессированием до терминальной стадии печеночной недостаточности при отсутствии специфического лечения.

На первом году жизни, а также вплоть до подросткового возраста, НТ-1 может манифестировать в различных формах: печеночные кризы, острая печеночная недостаточность, острое заболевание печени, хроническое нарушение функции почек. Дети первого года жизни могут поступить в педиатрическое отделение больницы и отделение скорой помощи с симптомами печеночного криза: раздражительность, повышение температуры, увеличение печени, асцит, анасарка (генерализованный тяжелый отек), геморрагический синдром (гастроинтестинальное кровотечение). Может присутствовать запах «вареной капусты» от мочи. Криз развивается от нескольких часов до нескольких дней. Провокацией криза может служить инфекционное заболевание. Криз может завершиться печеночной недостаточностью или печеночной энцефалопатией. Таким образом, у детей первого года жизни при возникновении печеночных кризов с геморрагическим синдромом и почти нормальным уровнем трансаминаз следует заподозрить тирозинемию 1-го типа.

У детей первого года жизни поражение печени при тирозинемии 1-го типа может манифестировать развитием острой печеночной недостаточности (чаще данная форма заболевания развивается до 6 месяцев). Такие дети обычно госпитализируются в педиатрическое отделение со следующими симптомами: начало болезни обычно с продромального периода (недомогание, температура, сонливость), за которым следует развитие гастроинтестинального синдрома (рвота, диарея и т. д.), признаков поражения печени (увеличение печени, асцит, желтуха), геморрагического синдрома (носовые кровотечения, мелена, кровавая рвота, гематурия, экхимозы и т. д.), может быть специфический запах мочи (запах «вареной капусты»).

Необходимо как можно скорее установить причину печеночной недостаточности, так как в случае НТ-1 симптомы прогрессируют быстро в отсутствии специфического лечения, которое может спасти жизнь больного.

Часто встречаются симптомы поражения канальцев почек. У больных с НТ-1 часто имеет место остановка прибавки в весе. Изменения в анализах крови и мочи неспецифичны.

Таким образом, клиника острой печеночной недостаточности неспецифична у больных тирозинемией 1-го типа, однако развитие острой печеночной недостаточности у детей до 1 года позволяет заподозрить тирозинемию 1-го типа.

У детей первого года жизни заболевание может развиваться постепенно на фоне физического развития, соответствующего возрасту.

Первыми признаками, которые мотивируют обращение к педиатру (чаще всего между 6 и 12 неделями), являются вздутие живота, выделение необычного запаха от мочи (запах «вареной капусты»), геморрагические симптомы (мелена, носовое кровотечение, гематурия), желудочно-кишечные (рвота, диарея) или симптомы общего характера (температура, раздражительность, вялость). Каждый симптом или все сразу могут присутствовать изначально, таким образом, необходимо сохранять высокую степень подозрения на НТ-1.

Во второй половине первого года жизни симптомы печеночной недостаточности могут развиваться исподволь, совместно с поражением почечных канальцев.

Нарастание симптоматики происходит более плавно, чем при острой форме.

Наличие характерного запаха мочи является следствием повышенного выделения метионина, эта находка может служить показанием для проведения специальных тестов на выявление болезней обмена аминокислот.

Если симптомы заболевания неуклонно прогрессируют, несмотря на симптоматическую терапию, присоединяются все новые симптомы поражения органов и систем (в первую очередь печень и почки), причина их не выявлена путем использования рутинных инструментальных исследований, а в анализах крови и мочи обнаруживаются неспецифические изменения (см. выше), то следует заподозрить НТ-1.

Дети первого года жизни, а также дети других возрастов, вплоть до школьного, могут поступать для обследования и установления диагноза в педиатрическое отделение, а иногда и в инфекционное отделение (подозрение на гепатит) в случае увеличения размеров печени (при пальпации — твердая болезненная печень), выявленного при рутинном обследовании.

Дети должны быть обследованы с целью выявления признаков поражения печени, таких как стойкая или атипичная гепатомегалия, спленомегалия или асцит, паукообразные невусы или утолщения концевых фаланг пальцев. Обследования должны включать оценку традиционных параметров функции печени и параметры коагуляции. Ультразвуковое обследование брюшной полости следует провести с целью выявления гетерогенных (узелковых) изменений структуры печени и/или наличия спленомегалии и портальной гипертензии. Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта может быть назначена при наличии портальной гипертензии. При выявлении клинических признаков и соответствующих результатов обследований, свидетельствующих о хроническом заболевании печени, необходимо установить причину патологии. В случае НТ-1 изменения в лабораторных анализах неспецифичны (см. выше), показатели функции печени обычно в норме или близки к норме. В постановке диагноза помогает сочетание с патологией почек. При НТ-1 наблюдается дисфункция почечных канальцев — синдром Фанкони. В пользу НТ-1 будут свидетельствовать признаки рахита (гипофосфатемический рахит, Д-резистентный). Проявления рахита, как правило, присутствуют у пациентов с НТ-1, но как первичное проявление болезни встречается редко. Могут наблюдаться следующие симптомы и признаки: позднее начало ходьбы, изменение формы ног, отставание в росте, расширение запястных суставов, генерализованные боли в костях и суставах. Следует проводить систематическое радиологическое обследование соответственно возрасту ребенка. Часто сопутствующие инфекционные заболевания могут значительно ухудшить состояние пациента. При выявлении у ребенка любого возраста Д-резистентного рахита необходимо оценить функцию почек. Может быть выявлена нефромегалия. У больных с НТ-1 могут быть выявлены признаки нарушения клубочковой фильтрации. При наличии рахита неустановленной этиологии важно провести клиническую и лабораторную диагностику на предмет выявления поражения печени.

Тирозинемия 1-го типа должна быть заподозрена у любого ребенка в случае цирроза неясной этиологии совместно с изменением параметров коагуляции и особенно в сочетании с нарушением функции почек и/или рахитом.

Дети разного возраста могут быть госпитализированы в педиатрическое или специализированное нефрологическое отделение и с подозрением на поражение почек. Возраст таких детей преимущественно старше года. В клинической картине на первый план выступают симптомы, характерные для синдрома Фанкони: снижение веса или отставание в наборе массы тела, рвота, полиурия, жажда (потеря воды, электролитов), мышечная гипотония (гипокалиемия), запоры. В лабораторных анализах присутствуют характерные изменения — наиболее значимыми являются гипофосфатемия с повышенным уровнем бикарбоната и аминокислот в моче. Важно оценить уровень клубочковой фильтрации. В случае подтверждения синдрома Фанкони следует провести клиническую и лабораторную оценку функции печени. Признаки гипофосфатемического рахита свидетельствуют в пользу НТ-1. Соответствующие симптомы и признаки включают в себя: задержку начала ходьбы, изменение формы ног, отставание в росте, рахитические расширения запястных суставов или генерализованные боли в костях и суставах. Ультразвуковое обследование брюшной полости следует провести на предмет выявления симметричной нефромегалии или кальцификатов в почках или признаков поражения печени.

НТ-1 должна быть заподозрена во всех случаях дисфункции почечных канальцев, особенно в сочетании с признаками печеночной недостаточности и рахитом.

В любом возрасте дети могут быть госпитализированы и с неврологическими кризами по типу порфирии. Первые симптомы могут появиться начиная с первых недель жизни и до дошкольного возраста. Состояния протекают по типу кризов длительностью от нескольких часов до нескольких дней, между которыми восстанавливается нормальная функция. Возникновение криза часто провоцирует легкая инфекция. В клинической картине часто наблюдается продромальный период, когда ребенок становится менее активным и раздражительным. Затем у ребенка развиваются симптомы, напоминающие порфирию — сильная боль, чаще в ногах. Пациенты с сильным болевым синдромом принимают вынужденную позу в виде переразгибания в мышцах туловища и шеи (напоминает опистотоническую позу), это часто сопровождается гипертензией, тахикардией. Также может наблюдаться неспецифическая боль в животе. Рвота возникает очень часто, и может развиться паралитическая кишечная непроходимость. Мышечная слабость дыхательных мышц, представляющая угрозу для жизни, может вызвать дыхательную недостаточность и необходимость в проведении искусственной вентиляции легких. Может наблюдаться причинение вреда самому себе. Обычно во время криза регистрируется гипонатриемия. Интеллект у детей с НТ-1 не нарушается. Исследование нервной проводимости и электромиография могут выявить аксональную дегенерацию. При таком развитии событий рахит и плохое прибавление в весе свидетельствуют в пользу НТ-1. В случае внезапного развития поражения периферических нервов без четкой этиологии важно провести клиническую и лабораторную диагностику на предмет выявления поражения печени. **Неврологические кризы по типу порфирии или внезапная периферическая**

полинейропатия в сочетании со специфическим нарушением функции печени у детей старше 1 года свидетельствуют в пользу НТ-1.

Пациенты с НТ-1 также могут быть госпитализированы в педиатрическое или специализированное гематологическое отделение с **геморрагическим синдромом.** Выраженный геморрагический синдром при НТ-1 чаще наблюдается у детей до 1 года. Родители обращают внимание на наличие гематом или повышенную кровоточивость после медицинских вмешательств (пункция вены, операция и т. д.). В лабораторных анализах у таких больных будут неспецифические изменения функции печени. В случае наличия НТ-1 терапия витамином К неэффективна. Если не установлена причина коагулопатии, важно провести клиническую и лабораторную диагностику на предмет выявления поражения печени. **Тирозинемия 1-го типа должна быть заподозрена в каждом случае коагулопатии с неустановленной причиной, когда терапия витамином К неэффективна, независимо от изменений со стороны печени, особенно при повышении альфа-фетопротеина.**

Остановка прибавки в весе часто встречается у пациентов с НТ-1. В пользу диагноза ТН-1 свидетельствует наличие неврологических симптомов по типу периферической полинейропатии. У ребенка любого возраста при выявлении рахита с гипофосфатемией в сочетании с нарушением функции почек и/или периферической нейропатией должна быть заподозрена тирозинемия 1 типа.

Важно помнить, что у детей первого года жизни задержка физического развития может быть первым проявлением НТ-1. Дети с остановкой прибавки в весе должны быть обследованы педиатром на предмет нарушения функции печени. При выявлении сопутствующего увеличения печени или отклонения показателей печеночной функции следует заподозрить НТ-1. У пациентов с НТ-1 часто обнаруживается снижение количества принимаемой пищи и анорексия. У больных с НТ-1 может развиться полинейропатия и болевые неврологические кризы по типу порфирии. В пользу диагноза НТ-1 будет служить выявление симптомов рахита. Таким образом, при наличии остановки прибавки в весе у детей первого года жизни важно провести клиническую и лабораторную диагностику на предмет выявления поражения печени, а в случае ее наличия — своевременное диагностическое обследование на предмет НТ-1.

Клинически значимая гипертрофическая кардиомиопатия может быть обнаружена у детей с НТ-1, но только лишь гипертрофическая кардиомиопатия редко может явиться клиническим проявлением заболевания. Когда помимо кардиомиопатии наблюдаются признаки поражения функции печени, нарушение функции почечных канальцев или рахит, должны быть проведены соответствующие обследования с целью исключения НТ-1.

Диагностика по оценке активности фермента или анализа мутаций гена

- *оценить активность FAH можно в биоптате печени, фибробластах, лимфоцитах или сухих пятнах крови;*
- *специфичный генетический анализ может выявить мутантные аллели гена FAH.*

Неонатальный скрининг (ННС)

Во время перинатального периода НТ-I, как правило, не проявляется. Только после рождения и накопления токсических метаболитов НТ-1 манифестирует клинически. ННС позволяет обнаружить заболевание с первых дней жизни и дает возможность начать лечение немедленно и, соответственно, избежать осложнения данного заболевания впоследствии. В Евросоюзе (EU) некоторые центры в последние годы начали проводить ННС на НТ-I, обычно измеряя SA в сухих пятнах крови методом тандем-масс-спектрометрии (MS/MS). Созданы центры в Испании, Нидерландах, Португалии, Венгрии, Швеции. А что в России? В Свердловской области с конца 2011 года проводится скрининг на НТ-1, в ближайший год планируется проводить его и в Москве.

Антенатально диагноз можно поставить по генному анализу (на мутации в гене FAH) образца ворсинок хориона (ВХ) или амниоцитах (но очень сложно убедить родителей на эти необходимые исследования), измерению активности FAH на образце ворсинок хориона или амниоцитах (но результаты данных исследований довольно сложны для интерпретации), определению уровня SA в амниотической жидкости (довольно надежный анализ).

Раньше, до того как был создан «орфанный препарат» Орфадин, используемый пожизненно в лечении детей с тирозинемией 1-го типа, пациенты погибали от печеночной недостаточности и повторяющихся кровотечений (67%), от гепатоцеллюлярной карциномы (18—37%), от дыхательной недостаточности и осложнений неврологических кризов (10%).

Лечение пациентов

В случае подтверждения диагноза наследственной тирозинемии 1-го типа (НТ-1) решающее значение имеет комбинация диетотерапии и назначение препарата Орфадин (нитизинон). На сегодняшний день применение нитизинона (Орфадина) — агента, подавляющего фермент 4-гидроксифенилпируватдиоксигеназу — считается эффективным лечением. Острые печеночные кризы и неврологические кризы не возникают у пациентов, находящихся на лечении нитизиноном. Главное в диете — уменьшить потребление белка, тирозина и фенилаланина. В меню больных входят продукты преимущественно растительного происхождения с низким содержанием белка. Для предупреждения дефицита белка и незаменимых аминокислот детям назначают специальный полусинтетический продукт, лишенный фенилаланина, тирозина и с низким содержанием метионина (XPHEN TYR Analog, XPHEN TYR Maxamaid, XPHEN TYR Maxamum, XPHEN TYR Tyrosidon). Таким образом, общее количество белка в рационе доводят до минимальной физиологической нормы: 2,5—3 г/кг у детей первого года жизни, 2 г/кг у детей более старшего возраста. Уровень тирозина в крови не должен превышать 400—600 мкмоль/л. Как симптоматические средства можно назначить к диете холин, цистин, АТФ, витамин B_6.

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

РЕКЛАМА

СРЦН «Горизонт»

Аппарат «Амплипульс»

Магнитотерапия

ОЛМ-терапия

Настрой «солнышко»

Уголок «Жемчужина Здоровья»: работы детей

Интеграция методов физиотерапевтического лечения и ортобиотического подхода в коррекции и реабилитации детей с тяжелыми нарушениями речи

С. А. Былинкина, заведующая отделением медико-социальной реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями; Д. Б. Юматова, заведующая отделением психолого-педагогической помощи; ГКУСО МО «Железнодорожный СРЦН "Горизонт"», г. Железнодорожный Московской области

Дети с ограниченными возможностями здоровья — это дети, которым требуется больше внимания со стороны взрослых, нестандартных подходов в лечении и реабилитации. Наш реабилитационный центр посещают дети с различными нарушениями речи, в том числе и при ее полном отсутствии (ДЦП, синдром Дауна, РДА, краниостеноз, ПЦНС, ММД, логоневроз, ЗПРР, ЗРР и др.).

Специалистами Центра разработана и успешно реализуется программа «Физиотерапевтические методы в коррекции нарушений речи». В 2008 году программа стала лауреатом конкурса реабилитационных программ государственных бюджетных учреждений социального обслуживания Московской области для детей с ограниченными возможностями.

Мы не останавливаемся на достигнутом. Уже более четырех лет все реабилитационные мероприятия в Центре проводятся с учетом основного принципа ортобиотики, когда ребенок собственными усилиями эффективно задействует внутренние ресурсы организма и ресурсы внешней среды.

Ортобиотика — наука, в основе которой лежит учение лауреата Нобелевской премии И. И. Мечникова об **ортобиозе** (*с лат.* — исправление дисгармонии человеческой природы).

Ортобиотический подход позволяет эффективно сбалансировать все три аспекта здоровья: физическое, психическое и нравственное. На наш взгляд, нам удалось гармонично интегрировать в процесс лечения и реабилитации наших пациентов методы физиотерапии в сочетании с ортобиотическим подходом. За эти годы программа «Физиотерапевтические методы в коррекции нарушений речи» дополнилась новыми, интересными находками наших специалистов с учетом подобной интеграции.

Как известно, понятие «интеграция» предполагает восстановление, восполнение целого, синтез, результатом чего является получение целостной системы. В нашем Центре интеграция методов физиотерапевтического лечения и ортобиотического подхода в коррекции и реабилитации детей с тяжелыми нарушениями речи позволила выстроить систему, формирующую у детей начальные представления о здоровом образе жизни, стимулирующую внутренние резервы организма ребенка на преодоление речевых расстройств.

Сотрудники нашего Центра, подобно альпинистам в горах, всегда идут в связке, чувствуя поддержку друг друга. Так объединились усилия логопеда, невролога, физиотерапевта и заведующих отделениями медико-социальной реабилитации и психолого-педагогической помощи.

Мы нашли в литературе материал об интересном опыте работы детского психоневрологического санатория «Огонек» (г. Челябинск) по вопросам логопедической помощи детям с ДЦП с применением физиотерапевтических процедур в комплексе реабилитационных мероприятий и использовали его в своей работе.

Успех применения физиотерапевтического лечения обусловлен тем, что в результате у детей с тяжелыми нарушениями речи нормализуется функциональное состояние нервной системы и трофика тканей, устраняется или уменьшается спастичность, укрепляются слабые мышцы при парезе, вырабатываются активные движения языка.

Методы физиотерапевтического лечения

Амплипульстерапия

Используется аппарат низкочастотной физиотерапии «Амплипульс-7» (фото на стр. 62), предназначенный для лечебного воздействия синусоидальными модулированными токами низкой частоты, которые снижают спастичность артикуляционных мышц; улучшают речь, особенно звукопроизносительную сторону; увеличивают силу голоса. В зависимости от расположения электродов выделяют ряд методик. При логоневрозе, ЗПРР проводится электростимуляция активных точек.

Магнитотерапия

Воздействие магнитопунктуры на организм идентично действию иглорефлексотерапии, в результате улучшается мозговая гемодинамика, снижается тонус мышц речевого аппарата. Используется аппарат «Магнитер АМТ-02», предназначенный для оказания терапевтического воздействия пульсирующим магнитным полем и переменным магнитным полем (фото на стр. 62).

Активационная терапия

Проводится с применением лечебного многослойного одеяла ОЛМ-1, воздействие которого повышает адаптационные возможности организма и «работоспособность» собственных механизмов регуляции, ограждает ребенка от внешних раздражителей. В результате уменьшается мышечный гипертонус и спастичность, наступает состояние мышечной релаксации, улучшается психоэмоциональное состояние.

Мы выбрали методику полного обертывания (фото на стр. 62). Рекомендуемая длительность процедур при полном обертывании — 10 минут. Продолжительность курса обычно составляет 10 дней, но для восстановления после однократных стрессовых нагрузок возможно проведение единичных сеансов.

Терапия средой

Ортобиотический подход позволяет, помимо непосредственного воздействия на тело ребенка посредством физиотерапевтических методов, использовать терапию средой, которая включает в процесс лечения и реабилитации все анализаторы (вижу-слышу-ощущаю), делая основой элемент интереса, игры и позитивный настрой. Наш практический опыт показал, что взаимосвязь воображения, слуховых, зрительных, телесных и тактильных ощущений необходима детям с речевой патологией и значительно усиливает физиотерапевтическое воздействие.

Терапия средой — это создание комфортного психологического состояния ребенка во время проведения физиопроцедур:

- Фоновая музыка. Учитывая особенность влияния музыки на ритм дыхания, работу сердца и на работу мышц, многие физиотерапевтические сеансы проводятся с музыкальным сопровождением (звучащим как фон). С помощью специально подобранных музыкальных программ и аранжировок для детей («Малыш в лесу», «Малыш у реки», «Малыш у моря», «Детский альбом» и т. д.) задается нужный эмоциональный настрой, что усиливает оздоровительный эффект процедур.
- Иллюстративный материал на стендах в физиокабинете. 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».

Для создания у ребенка интереса перед началом процедуры предлагаем поздороваться с солнышком (настрой):
Здравствуй, солнышко, здравствуй, мое хорошее,
Здравствуй, мое нежное, здравствуй, мое щедрое,
Здравствуй, мое любимое, здравствуй, мое лучистое,
Здравствуй, мое ликующее, здравствуй, мое золотое,
Здравствуй, мое радужное! (фото на стр. 62).

- Волшебные истории о Царстве Здоровья помогают установить доброжелательный контакт с ребенком во время проведения процедур.

Мы активно подключаем к этому родителей наших пациентов. Во время проведения процедур родители читают детям волшебные истории о Царстве Здоровья, специально разработанные нашими специалистами: «Жемчужное ожерелье Здоровья», «Школа Мойдодыра», «Что такое вирус гриппа?», «Я знакомлюсь сам с собой», «Мое дерево» и др. Помимо этого, дома они могут обсудить с ребенком содержание этих сказочных историй (нравственный аспект).

- Арт-терапевтическая рефлексия. Чтобы закрепить эффект физиопроцедур, мы просим детей нарисовать наиболее запомнившиеся им моменты сказочных историй, с которыми они познакомились в Царстве Здоровья. На это натолкнули нас сами дети, когда стали приносить свои работы по окончании физиотерапевтического курса лечения. Так в нашем кабинете физиотерапии появился свой уголок «Жемчужина Здоровья» (фото на стр. 62).
- Оздоровительный настрой завершает курс физиотерапии. Очень полезно использовать тонизирующее влияние мыслей на организм. Тонус — это интегральный уровень проявления мускульно-нервных процессов. Оздоровительные настрои помогают ребенку вырабатывать в себе положительные качества поведения, настрой на здоровье, радость жизни, счастье. Подобные настрои рекомендуют М. Гогулан, Г. Сытин, К. Динейка, М. Тоненкова, В. Шепель.

«…Ты побывал в Царстве Здоровья. Ты так хорошо трудился, играл и помогал себе стать здоровее и сильнее. Поэтому ты заслужил вот такую «Волшебную Грамоту Здоровья»:

Каждый день мне легко, я дышу глубоко!
Сердце, легкие — в порядке, как морковка я на грядке!
Мозг работает отлично, мочевой пузырь — прилично!
Мои почки, как цветочки, бодрствуют в труде все ночки!
Все сосуды, мышцы, кожа стали чище и, похоже,
Клетка каждая моя здоровеет, как и я!
Кровь прозрачна и чиста, и здорова, и густа!
Радость льется из меня, с каждым днем умнею я!
У меня прекрасный сон, все болезни вышли вон!
Я хочу стать здоровым! Я буду здоровым!»

Примечание: Текст этого настроя красочно оформляется и дарится ребенку. Желательно мотивировать родителей на то, чтобы они научили ребенка ежедневно пользоваться этим настроем.

Есть еще один очень важный фактор. Хозяйка кабинета физиотерапии — не просто медсестра, проводящая процедуры, а настоящая добрая фея. Она всегда найдет нужное доброе слово для ребенка, да и для родителей тоже, вовремя придет на помощь, объяснит и покажет все, что непонятно. Поэтому дети с огромным удовольствием посещают кабинет физиотерапии.

Взаимодействие специалистов Центра в рамках подобной интеграции сложилось следующим образом.

I. Диагностика и составление программы комплексной реабилитации ребенка

1. Логопед в результате осмотра ребенка оценивает состояние артикуляционного аппарата, объем словарного запаса, поведенческие реакции и, при необходимости, рекомендует консультацию врача-физиотерапевта и невролога с целью назначения курса физиотерапии.
2. Медики при отсутствии противопоказаний определяют вид воздействия, дозировку и длительность курса.
3. Педагоги в соответствии с особенностями ребенка составляют релаксационную программу, включающую музыкальные произведения успокаивающей направленности или волшебные истории о Царстве Здоровья («Жемчужное ожерелье Здоровья», «Я знакомлюсь сам с собой», «Мое дерево», «Путешествие улыбки по моему чудо-дереву», «Поиграем-помечтаем» и др.), а также рекомендации родителям.

II. Проведение реабилитационных мероприятий

1. Проведение комплекса физиотерапевтических процедур в сочетании с релаксационной программой.
2. Арт-терапевтическая рефлексия посредством художественной деятельности ребенка с целью закрепления своего состояния (как в условиях Центра, так и дома).

III. Контрольно-аналитический этап

Теми же специалистами отслеживается динамика, определяется дальнейшая тактика сопровождения ребенка.

При таком подходе каждое посещение физиокабинета становится для ребенка не унылым утомительным пребыванием на процедуре, а увлекательным путешествием в Царство Здоровья, где живут волшебные истории и фантазии. Именно в этом наше главное отличие от обычной традиционной физиотерапии, проводимой в учреждениях здравоохранения.

Преимущества интеграции физиотерапевтических методов и ортобиотического подхода

- *доступность для использования родителями, врачами, педагогами, воспитателями;*
- *методы могут применяться в разнообразных сочетаниях в работе с детьми;*
- *даже при отсутствии видимого терапевтического эффекта полезны для познавательного и эмоционального развития ребенка;*
- *применение этих методов не формирует у детей зависимость от внешней помощи: взрослый дает лишь общие ориентиры, основная работа производится самим ребенком.*

Эффективность коррекционной логопедической работы значительно возрастает благодаря продуманной, целенаправленной интеграции физиотерапевтических методов с учетом индивидуальных особенностей речевого дефекта, возраста ребенка в комплексе с психолого-логопедической работой, медикаментозным воздействием и ортобиотическим подходом к проведению физиотерапевтического лечения.

ООО «НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ФИРМА «ПУЛЬС»

предлагает лечебно-профилактическим учреждениям, спортивным командам, санаториям, детским домам уникальные физиотерапевтические аппараты

«Градиент-4М»

аппарат магнитотерапевтический низкочастотный программируемый с режимом сканирования

С 2011 года в г. Ростове-на-Дону начат выпуск нового аппарата IV поколения, предназначенного для локального воздействия на пациента низкочастотными магнитными полями в широком диапазоне частот с возможностью определения оптимального режима воздействия **«Градиент-4М» (модернизированный).**

Он может применяться в оториноларингологии, офтальмологии, стоматологии, проктологии, гинекологии, при лечении переломов костей, вялозаживающих гнойных ран, ожогов, келоидных рубцов, заболеваний периферической нервной системы, хронических воспалительных заболеваний внутренних органов, артрозов и др.

Пространственная неоднородность магнитных полей способствует восстановлению кровообращения, микроциркуляции крови и лимфы в тканях, улучшает реологические свойства крови, оказывает анальгезирующее, противовоспалительное и релаксическое действие, ускоряет регенерацию поврежденных тканей.

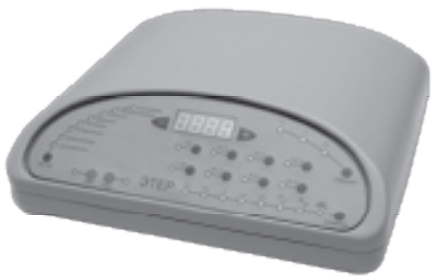
Сканирующий режим позволяет определить резонансную частоту, на которую субъективно реагирует пациент, и на этой частоте проводить лечение.

Аппарат комплектуется набором индукторов различного диаметра: в основной поставке — 130, 90 и 28 мм; по заказу — 18 мм (ректальный), 28 мм (вагинальный).

ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:

Класс безопасности 2а
Семь форм сигналов
Магнитная индукция ..... 0,05—50,0 мТл
Частота тока в индукторах ..... 0,01—150 Гц
Длительность процедуры ..... 1—95 мин.
Габаритные размеры ..... 310х280х110 мм
Масса ..... 2,5 кг

«Градиент-4М» удостоен золотой медали и специального приза жюри на Международном салоне изобретений в Женеве, золотой медали и диплома Нижегородской международной ярмарки, золотой медали на X Московском международном салоне инноваций и инвестиций, а также золотой медали на 63-й Международной выставке «Идеи-Изобретения-Новые Продукты» IENA-2011, г. Нюрнберг.



«Этер»

аппарат электротерапии, электростимуляции, электрофореза

Предназначен для лечения постоянным и низкочастотным током, создает все виды традиционных терапевтических токов: электростимулирующие, гальванические, синусоидальные, интерференционные, флюктуационные токи, электросон, диадинамик, амплипульс.

Применяют «Этер» при лечении травм, заболеваний периферийной нервной системы, гипертонии, атеросклероза, невралгии, неврозов, мышечных болей, остеохондроза, ишемии, гастрита, язвенной болезни желудка и др.

Аппарат малогабаритный, весит всего 2,5 кг, не требует заземления и позволяет проводить до 35 процедур за смену.

«Градиент-3»

аппарат одноканальный локального сочетанного воздействия электро-магнито-светотерапии двухрежимный программируемый

Предназначен для локального воздействия на пациента одним или несколькими физическими факторами:

- *магнитным полем в широком диапазоне частот 0,01—100 Гц,*
- *постоянным и низкочастотным электрическим током (амплипульс, диадинамик, гальванический, синусоидальный, флюктуационный и импульсный (электросон, электростимуляция),*
- *цветом (инфракрасный, красный, синий, зеленый и желтый).*

Преимущество аппарата — использование микропроцессорного управления, дающего возможность выбора лечащим врачом любого сочетанного воздействия. Возможность запоминания 50 видов комбинаций лечения.

Аппарат может использоваться врачами спортивных команд в качестве мобильного «физиотерапевтического кабинета», так как он позволяет в кратчайшие сроки вылечить растяжения, воспаления, гематомы, заболевания дыхательных путей, сердечно-сосудистые и неврологические заболевания, а также применяется в стоматологии, хирургии, урологии, офтальмологии, гинекологии, эндокринологии, дерматологии.

344022, г. Ростов-на-Дону, ул. М. Горького, 245/26, оф. 900
тел./факс: (863) 250-66-80
250-66-81
250-66-82
e-mail: npf_puls@aaanet.ru
www.npfpuls.ru

РЕКЛАМА

Совершенствование гигиенического воспитания подрастающего поколения, пропаганда здорового образа жизни в общеобразовательных учреждениях

М. Ю. Соловьев, к. м. н., руководитель Управления; Л. И. Стасенко, начальник отдела надзора за условиями воспитания и обучения; Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

В формировании санитарной культуры подрастающего поколения ведущая роль принадлежит комплексу мероприятий по гигиеническому воспитанию и обучению. Гигиеническое воспитание и обучение детей в общеобразовательных учреждениях складывается из классной, внеклассной и внешкольной работы, осуществляемой преподавателями, медицинскими работниками, а также специалистами Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Гигиеническое воспитание детей и подростков — комплексная и многоплановая деятельность. При выполнении настоящей работы акценты по гигиеническому обучению были расставлены с учетом наиболее актуальных проблем: относительно высокой заболеваемости детей и подростков, организацией нерационального питания учащихся общеобразовательных учреждений, высокой распространенностью среди подростков вредных привычек и др.

Из года в год одной из важнейших проблем остается проблема адаптации ребенка к условиям учебной деятельности. Неблагоприятное влияние учебных нагрузок, психоэмоциональной обстановки, стрессов приводит к истощению и даже срыву адаптационных механизмов ребенка.

Режим образовательного процесса является одним из факторов внутришкольной среды, влияющих на здоровье детского населения. При оценке расписания уроков уделяется большое внимание соответствию нагрузок возрастным показателям и сохранению работоспособности детей на высоком уровне в течение дня, недели, четверти, учебного года.

Использование компьютеров в обучении и воспитании детей, внедрение новых информационных технологий коренным образом изменяет привычные формы их учебной и досуговой деятельности. При работе с компьютером возрастает не только психоэмоциональное напряжение, но и доля статистических нагрузок на фоне значительного увеличения объема предъявляемой школьникам информации.

Регламентированным фактором является соответствие уровня электромагнитных полей гигиеническим нормативам. В ходе надзора достигнуто снижение удельного веса замеров уровней электромагнитных полей, не отвечающих гигиеническим нормативам, с 2,6% в 2010 году до 0,4% в 2012 году.

Длительная статическая нагрузка за время учебных занятий с использованием неподходящей по росту учебной мебели может привести к нарушению осанки у школьников. По итогам 2012 года не соответствует росто-возрастным данным обучающихся мебель в 30,9% обследованных учреждений, вместе с тем отмечается снижение этого показателя на 6,5% в сравнении с 2011 годом.

Сравнительный анализ профилактических осмотров детей за 2010—2012 годы свидетельствует об увеличении числа детей в конце учебного года в сравнении с показателями при поступлении их в школу с пониженной остротой зрения в 1,5 раза, с нарушением осанки — в 1,4 раза, что на уровне среднероссийских показателей.

В настоящее время продолжает оставаться на высоком уровне распространенность употребления алкоголя и курения среди подростков. По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, по-прежнему число девушек, употребляющих алкоголь, больше (80—85%), чем юношей (68—70%). Отмечается значительное увеличение числа лиц, злоупотребляющих алкоголем (пять раз в неделю и чаще): среди юношей в 2,6 раза, среди девушек — в 2,2 раза.

Сложившаяся ситуация легла в основу активизации деятельности по проведению гигиенического воспитания среди детей и подростков образовательных учреждений.

Вопросы пропаганды основ рационального питания, предупреждения алкоголизма, наркомании, табакокурения, ВИЧ-инфекции и другие были включены в региональные программы и комплексные планы, реализуемые на территории Ростовской области.

Установлено взаимодействие с Правительством Ростовской области и администрациями территорий, управлениями и отделами образования, руководителями общеобразовательных учреждений по вопросам гигиенического воспитания и обучения в целях формирования мотивации здорового образа жизни среди детей и подростков.

Специалистами Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ростовской области используются различные формы и методы гигиенического воспитания. Особое внимание уделяется информационно-методической работе. Традиционно обсуждаются актуальные вопросы состояния здоровья детей и подростков по результатам социально-гигиенического мониторинга и профилактических медицинских осмотров на санэпидсоветах, коллегиях, комиссиях по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Материалы санитарно-эпидемиологического надзора за условиями воспитания и обучения свидетельствуют о том, что материально-техническая база детских и подростковых учреждений остается стабильной. Наблюдается положительная динамика уровня санитарно-гигиенического благополучия объектов: процент объектов, отнесенных к третьей группе санитарно-гигиенического благополучия, составил 1,1% в 2012 году в сравнении с 1,6% в 2010 году.

Целенаправленная деятельность по надзору за организацией питания способствовала увеличению охвата школьников горячим питанием: процент охвата обучающихся горячим питанием возрос с 78,3% в 2010 году до 85,5% в 2012 году. Проделана определенная работа по реализации комплекса мер по модернизации общего образования и совершенствования организации и улучшения качества питания обучающихся. Выполняются ме-

роприятия по техническому переоснащению объектов общественного питания общеобразовательных учреждений: за период 2010—2012 гг. переоборудовано и оснащено современным технологическим оборудованием 237 школьных столовых, за отчетный год — 164 пищеблока на 53 территориях области. Особое внимание уделено расширению форм его организации: организация комплексных завтраков и обедов с заблаговременной сервировкой столов, самообслуживание по индивидуальным талонам, свободная продажа горячих завтраков и обедов. Получило распространение питание по типу «шведский стол», «чайный стол», «школьный бар», экспресс-завтраков. Внедряются новые технологии приготовления горячих завтраков и транспортировки их в школьные столовые.

С целью улучшения организации питания учащихся определен комплекс мер по его оптимизации, включающий: углубленный анализ состояния питания учащихся общеобразовательных учреждений, изучение ассортимента используемых продуктов, рационов питания, согласование ассортимента горячих блюд, завтраков и обедов, ассортимента буфетной продукции с учетом рекомендуемых среднесуточных наборов продуктов питания, дополнительно организована реализация буфетной продукции.

На особом контроле — организация питания и профилактика микронутриентной недостаточности у детей и подростков. Вопросы предупреждения инфекционных и неинфекционных заболеваний являются предметом рассмотрения на семинарах и совещаниях с руководителями образовательных учреждений. На общешкольных родительских конференциях практикуются выступления с информацией об организации питания детей с презентацией блюд школьного питания.

Пристальное внимание при проведении мероприятий по надзору за образовательными учреждениями уделяется наличию условий для соблюдения личной гигиены обучающимися, соблюдения режима дня и учебной нагрузки, поддержания необходимого санитарно-гигиенического режима.

В ходе реализации программы «Профилактика правонарушений в Ростовской области на 2011—2013 гг.» особое внимание уделено вопросам предупреждения алкоголизма, профилактики табакокурения и наркомании среди детей и подростков.

С участием специалистов Роспотребнадзора по Ростовской области и его территориальных отделов организованы выступления в детских и подростковых учреждениях на темы: «Здоровый образ жизни», «Алкоголизм и подростки», «Пагубные привычки», «О вреде курения», «О вреде энергетических напитков», «О профилактике алкоголизма и табакокурения» и др. В целом за 2012 год проведено 547 лекций и 2238 бесед по вопросам формирования здорового образа жизни, борьбы с вредными привычками и др. В общеобразовательных учреждениях среди детей и педагогов распространена 321 памятка на различные темы, в том числе: «Хочешь быть здоровым?», «О вреде табака, алкоголя, энергетических напитков и пива» и др.

В рамках мероприятий, посвященных празднованию Всемирного дня здоровья, в Ростовской области проведены следующие мероприятия:

- *обеспечено размещение информации «О вреде табака» в доступном для детей месте в каждом образовательном учреждении;*
- *распространены 1635 памяток и листовок «О вреде курения», «Алкоголь — враг растущего организма»;*
- *проведены уроки-тренинги, классные часы и групповые обсуждения с учащимися 1—11 классов по темам: «Быть здоровым — это здорово», «Если ты попал в сложную ситуацию», «Несколько советов подросткам», «Виды психологической помощи зависимым от табака», «Ценности в моей жизни», «Мое здоровье», «Вред табака» «Открой глаза на курение», в мероприятиях приняли участие 12852 обучающихся;*
- *организованы конкурсы рисунков «Землянам — чистую планету!», в которых участвовало 1537 обучающихся;*
- *проведены спортивно-оздоровительные мероприятия «Папа, мама и я — спортивная семья», охвачено более 5800 школьников;*
- *организованы конкурсы плакатов «О вреде курения на детей», в мероприятиях приняли участие 3008 обучающихся;*
- *на муниципальном уровне проведено 34 мероприятия, в том числе конференции, круглые столы, 2 тематических дня «Всемирный День здоровья», «Всемирный День защиты детей»;*
- *организовано и проведено 9 радиовыступлений и выступлений на телевидении по вопросам организации режима дня, питания школьников, вредного влияния на организм детей энергетических напитков и др., принято участие в днях открытых дверей 4 общеобразовательных учреждений. Проведено 20 радиобесед по вопросам формирования здорового образа жизни, о вредных привычках, о вреде слабоалкогольных энергетических напитков;*
- *подготовлено 15 информаций на сайт о проведении и о ходе оздоровительной кампании, о проведении Всемирного Дня здоровья, о проведении семинара-совещания с организаторами питания общеобразовательных учреждений, школ-интернатов, приютов, детских домов; о надзоре за организацией питания, об организации санитарно-эпидемиологического надзора за соблюдением температурного режима; о нарушениях требования санитарного законодательства в детских садах ухода и присмотра и др.*

Таким образом, учитывая особую значимость сохранения и укрепления здоровья детей и подростков в современных условиях, положительную динамику и результативность деятельности в ходе санитарно-эпидемиологического надзора за образовательными учреждениями, считаем необходимым продолжение деятельности по совершенствованию гигиенического воспитания и обучения с целью реализации следующих задач:

- *продолжить целенаправленную деятельность по надзору за созданием надлежащих условий для усвоения и совершенствования гигиенических навыков в области личной гигиены детей и подростков;*
- *принять участие в проведении профилактических акций в образовательных учреждениях, направленных на формирование здорового образа жизни, отказа от вредных привычек, в частности табакокурения и употребление алкоголя;*
- *осуществлять работу по созданию мотивации на здоровое питание у детей и подростков с целью увеличения охвата горячим питанием и улучшения его качества.*

ЛУЧШИЕ АППАРАТЫ для восстановления мужского здоровья!

Виды воздействия **синхронизированы** по пульсовой волне кровотока в области ПЖ.

АЭЛТИС-синхро-02
АМВЛ - 01

с управлением от персонального компьютера и автономным (с лицевой панели аппарата)

ФАКТОРЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ

АЭЛТИС-синхро-02 Объемная двухканальная многочастотная внутриполостная электрическая стимуляция нейро-мышечных структур малого таза (ректально, уретрально); Синхронизированное с импульсами электростимуляции излучение лазера четырех длин волн (синий, красный, два инфракрасных) с набором оптических насадок; Постоянное магнитное поле.

АМВЛ-01 Регулируемое разрежение воздуха в колбе в виде пневмоимпульсов различной длительности и уровня разрежения (от -0,15 до -0,4 кгс/кв.см) по разработанным программам; Излучение красного (0,65 мкм) диапазона светодиодной матрицы, помещённой на колбу (плотность мощности светового излучения - 3 мВт/кв.см); Эротические и снимающие возбуждение аудио- и видеоматериалы, интегрированные в управляющую компьютерную программу.

Весовой датчик для урофлоуметрии в комплекте

для измерения и регистрации параметров мочеиспускания:
- объема, - максимальной и средней скоростей, - времени до максимальной скорости,
- времени течения; - времени опорожнения.

Управление - проводное и от удалённого компьютера через Wi-Fi или Интернет.

В комплекте - обучающий DVD - диск

ООО "Яровит-Ярь" - разработчик аппаратов

Россия, Москва, Шмитовский проезд, 11 "Б"

www.yarovit-med.ru E-mail: yarovit1@mail.ru

Тел./факс: + 7- 499 -256-84-55, тел. +7-495-772-30-58

РЕКЛАМА

Некоторые вопросы экспертизы временной утраты трудоспособности

С. С. Меметов, д.м.н, зам. начальника госпиталя по клинико-экспертной работе;
Л. Ю. Балека, зам. начальника госпиталя по организационно-методической работе;
В. Н. Петрова; ГБУ РО «Госпиталь для ветеранов войн», г. Ростов-на-Дону

Медицинской экспертизой является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установление причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

На сегодняшний день в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» существуют следующие виды медицинских экспертиз:

- *экспертиза временной нетрудоспособности;*
- *медико-социальная экспертиза;*
- *военно-врачебная экспертиза;*
- *судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза;*
- *экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией;*
- *экспертиза качества медицинской помощи.*

Наиболее распространенным видом медицинской экспертизы является экспертиза временной нетрудоспособности граждан в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности, долечиванием в санаторно-курортных организациях, при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантином, на время протезирования в стационарных условиях, в связи с беременностью и родами, при усыновлении ребенка проводится в целях определения способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника на другую работу, а также принятие решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится лечащим врачом, который единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком до пятнадцати календарных дней включительно. Продление листка нетрудоспособности на больший срок (но не более чем на пятнадцать календарных дней единовременно) осуществляется по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации из числа врачей, прошедших обучение по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

Сроки длительности временной нетрудоспособности напрямую зависят от прогноза течения заболевания. В соответствии с п. 4 ст. 59 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, а в случае отказа от медико-социальной экспертизы листок нетрудоспособности закрывается. При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее десяти месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состояниях после травм и реконструктивных операций и не позднее двенадцати месяцев при лечении туберкулеза пациент либо выписывается к занятию трудовой деятельностью, либо направляется на медико-социальную экспертизу.

Таким образом, в соответствии с вышеизложенным, вопросы длительности сроков временной нетрудоспособности входят в компетенцию врачебной комиссии медицинской организации.

В соответствии со ст. 48 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», врачебная комиссия состоит из врачей и возглавляется руководителем медицинской организации или одним из его заместителей.

Врачебная комиссия создается в медицинской организации в целях совершенствования организации медицинской помощи, принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях. Дальнейшее развитие деятельности врачебной комиссии отражено в приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5.05.2011 №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации». В соответствии с вышеуказанными нормативными актами врачебная комиссия наряду с другими вопросами решает вопросы определения трудоспособности граждан, продления листков нетрудоспособности и принятия решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу.

Таким образом, вопросы сроков временной нетрудоспособности и направления пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством Российской Федерации — это исключительная компетенция врачебной комиссии медицинской организации.

Кроме того, необходимо отметить, что в состав врачебной комиссии включаются заведующие структурными подразделениями медицинской организации, а также врачи-специалисты из числа наиболее опытных работников медицинской организации. Важным условием также является необходимость наличия лицензии не только на тот или иной вид медицинской деятельности, но и по экспертизе временной нетрудоспособности.

Что касается медико-социальной экспертизы, то в соответствии со ст. 60 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медико-социальная экспертиза проводится в целях определения потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, федеральными

учреждениями медико-социальной экспертизы на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Понятие социальной защиты определено ст. 2 гл. I Федерального закона Российской Федерации от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Социальная защита инвалидов — система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Порядок же организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы определен Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11.10.2012 №310н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы», в соответствии с которым основными задачами их являются:

- *установление структуры и степени ограничения жизнедеятельности и определение потребности освидетельствуемого лица в различных мерах социальной защиты, включая реабилитацию;*
- *изучение причин, факторов и условий, влияющих на возникновение, развитие и исход инвалидности, анализ распространенности и структуры инвалидности.*

Как видно из задач, стоящих перед службой МСЭ, в их обязанности абсолютно не входят функции по контролю за деятельностью врачебных комиссий медицинских организаций, контролю сроков временной нетрудоспособности и сроков оформления направления на медико-социальную экспертизу, качества оформления направления на медико-социальную экспертизу. Все эти вопросы, как уже было сказано выше, являются исключительной компетенцией врачебной комиссии медицинской организации. Поэтому попытки некоторых специалистов бюро МСЭ «делать замечания» или не принимать к исполнению направления на медико-социальную экспертизу, утвержденные врачебной комиссией, являются по меньшей мере не корректными и не имеют под собой юридической базы.

В соответствии с п. 24 Правил признания лица инвалидом, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 №95, медико-социальная экспертиза проводится по заявлению гражданина (его законного представителя). Заявление подается в бюро в письменной форме с приложением направления на медико-социальную экспертизу и медицинских документов, подтверждающих нарушение здоровья. Следовательно, при наличии вышеуказанных документов специалисты бюро МСЭ не имеют права отказать гражданину в освидетельствовании. А в случае, если они считают, что в направлении на медико-социальную экспертизу недостаточно информации, необходимой для вынесения экспертного решения, то в соответствии с п. 31 вышеуказанного Постановления они обязаны составить программу дополнительного обследования, которая должна быть доведена до освидетельствуемого лица и утверждена руководителем соответствующего бюро. Кроме того следует отметить, что в соответствии с п. 33 того же Постановления, гражданин имеет право отказаться от программы дополнительного обследования, и в этом случае специалисты бюро обязаны провести освидетельствование по имеющимся документам, сделав соответствующую запись в акте освидетельствования.

Но самым существенным недостатком, на наш взгляд, является нелицензированная деятельность медико-социальной экспертизы, что не позволяет специалистам, работающим в службе, осуществлять какие-либо медицинские обследования, устанавливать или изменять диагнозы заболеваний. Диагноз, установленный врачами медицинской организации, имеющей лицензию на тот или иной вид медицинской деятельности, не может быть отвергнут или изменен специалистами бюро МСЭ.

Более того, наметившаяся тенденция (в связи с вступлением в силу приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11.10.2012 №310н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы») к снижению количества специалистов, входящих в состав бюро, предполагающая в итоге наличие в составе бюро одного врача по медико-социальной экспертизе, сводит практически на нет решение каких-либо медицинских вопросов, в том числе сроков временной утраты трудоспособности.

Тогда как в состав врачебных комиссий медицинской организации входит, как правило, не менее 5—6 ведущих врачей — специалистов различного профиля медицинской организации, имеющих высшие квалификационные категории, соответствующие сертификаты специалистов, ученые степени и лицензию на соответствующий вид медицинской деятельности.

Выводы

1. Принятие решения о сроке и времени направления больного на медико-социальную экспертизу — исключительная компетенция врачебной комиссии медицинской организации.

2. Порядок оформления направления на медико-социальную экспертизу определяет врачебная комиссия медицинской организации, в том числе — по объему входящей в него информации. Именно медицинская организация несет ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3. В случае если специалисты бюро МСЭ считают, что имеющаяся в направлении информация недостаточна для вынесения экспертного решения, они обязаны составить программу дополнительного обследования пациента.

4. При наличии у пациента направления на медико-социальную экспертизу и заявления специалисты бюро МСЭ обязаны провести ему освидетельствование.

5. Никаких контрольных и надзорных функций у службы медико-социальной экспертизы по отношению к медицинским организациям нет и быть не может.

6. Медицинские организации осуществляют свою деятельность в строгом соответствии с лицензией на соответствующий вид деятельности.

ЕЖЕГОДНЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ

Здравоохранение. Курортная медицина

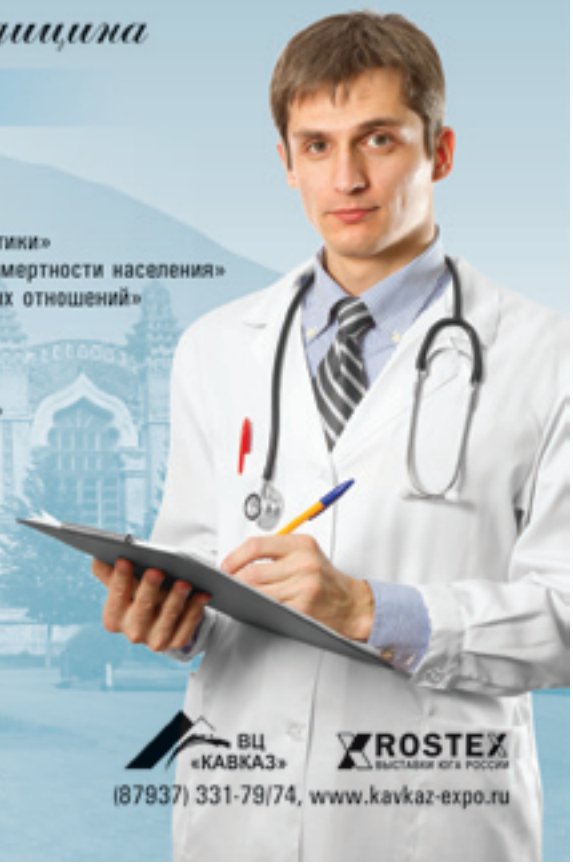
25–27 апреля 2013, Кисловодск

В программе научно-практические конференции:

- «Инновационное развитие службы Скорой медицинской помощи»
- «Охрана репродуктивного здоровья как фактор демографической политики»
- «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – путь к снижению смертности населения»
- «Медико-психологические аспекты позитивного развития межличностных отношений»
- «Год семьи и благополучия ребенка на Ставрополье»
- «Актуальные вопросы практической хирургии и травматологии»
- «Актуальные вопросы фармакологического рынка России»
- «Сахарный диабет – эпидемия XXI века. Многофакторное воздействие»
- «Здоровое питание в профилактике неинфекционных заболеваний»
- Международная конференция врачей стоматологов

Медицинская выставка:

- оборудование для оснащения медицинских учреждений
- оборудование для санаториев, центров реабилитации и восстановления
- оборудование для служб скорой помощи
- хирургические инструменты, расходные материалы
- фармацевтика и гомеопатия
- средства дезинфекции
- услуги лечебно-профилактических учреждений



Генеральный информационный спонсор «Медицина»

Официальный информационный партнер «Здоровый ВРАЧ»

ВЦ «КАВКАЗ» ROSTEX ВЫСТАВКИ ЮГА РОССИИ

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

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.

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.

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

Тираж:
5000 экземпляров

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

12-я специализированная медицинская выставка

29 – 31 мая
2013

VIA VITAE

Медима

г. Краснодар,
ул. Зиповская, 5

Основные разделы выставки

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

Организатор

Поддержка и содействие
Администрация Краснодарского края
Администрации муниципального образования город Краснодар
Министерство здравоохранения Краснодарского края

Управление здравоохранения администрации
муниципального образования город Краснодар
МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова

Генеральный информационный партнер

Генеральный интернет-партнер

Информационные партнеры

По вопросам участия обращаться в дирекцию выставки:

Габекадзе Элла
+7 (861) 200 12 40

Максимова Екатерина
+7 (861) 200 12 51

Рудый Оксана
+ 7 (861) 200 12 58
medima@kasnodarexpo.ru

www.medima.su

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
«ЗДОРОВЬЕ РОССИИ. СОЧИ-2013»

19-22 ИЮНЯ 2013

«МЕДИЦИНА - СЕГОДНЯ И ЗАВТРА»

XIV международная специализированная **ВЫСТАВКА**

«СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА»

IV международная специализированная **ВЫСТАВКА**

IV Всероссийская с международным участием научно-практическая **КОНФЕРЕНЦИЯ** «Спортивная медицина. Сочи-2013»

СОЧИЭКСПО

Тел.: (862) **264-75-55**, (495) **745-77-09 доб. 105**;
моб. тел.: 8-918-201-70-80
m.pisarenko@sochi-expo.ru; www.sochi-expo.ru

СОЧИ

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 глазному 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@umail.ru
www.centrglaz.ru

ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО

НЕОТАБС

Таблетки для дезинфекции БЕЗ ХЛОРА

1 таблетка на 10 л воды

ГЕНИКС

Научно-производственная фирма "Геникс"

ООО «НПФ «Геникс», 424006, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, ул. Крылова, 26. Тел./факс: (8362) 64-00-38
www.geniks.ru, E-mail: sbit@geniks.ru