

специализированный медицинский журнал

главный ⁺ВРАЧ

№1 (38) 2014

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU

HELICOBACTER PYLORI? GIARDIA INTESINALIS?



СДЕЛАЙ UBT-NH₃
SINTANA.RU

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ НОМЕРА:

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| • Гинекология (стр. 47, 49) | • Инфекционные болезни (стр. 13) |
| • Терапия (стр. 40, 43) | • Онкология (стр. 30) |
| • Ангиохирургия (стр. 24) | • Эпидемиология (стр. 32) |
| • Кардиология (стр. 20, 21) | • Физиотерапия (стр. 63) |



ЗОМЗ

Традиции качества с 1935 года
Ведущий разработчик и производитель медтехники в России

ОАО «Загорский оптико-механический завод»

- Сертифицированная система менеджмента качества
- Развитая производственная база
- Собственное конструкторское бюро
- Комплексное проведение НИОКР
- Сотрудничество с ведущими медицинскими НИИ
- География продаж: Россия, СНГ, страны ЕС

Офтальмологические приборы:

- Щелевые лампы SL-P-00, SL-P-04 (опции – с тонометром /видеоадаптером)
- Офтальмоскопы налобные бинокулярные НБО-3-01
- Офтальмоскопы ручные универсальные ОР-3Б
- Монобиноскопы МБС-02
- Анализаторы поля зрения АППЗ-01
- Диоптриметры ДО-3

Лабораторные приборы:

- Фотометры КФК-3 «ЗОМЗ»
- Фотометры пламенные ФПА-2-01
- Колориметры фотоэлектрические КФК-5М
- Поляриметры круговые СМ-3



*Приборы разрешены Росздравнадзором
к применению на территории РФ*

КФК-3 «ЗОМЗ»

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

Тел.: (496) 542-72-25, 546-04-66, факс: (495) 728-77-98 e-mail: info@zomz.ru, www.zomz.ru

РЕКЛАМА



СИНТАВЕТ-200

стерильные системы забора капиллярной крови

Один прокол пальца – 2 анализа: гематология и СОЭ по Вестергрену

194223, г. Санкт-Петербург, пр. М. Тореца, д. 44,
тел. (812) 552-32-37, 552-99-32, 552-31-05
info@syntacon.spb.ru, www.syntacon.spb.ru

РЕКЛАМА

Matoprat

многолетний опыт,
европейское качество

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

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

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

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

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



Время схватывания: 3–3,5 минуты.

Бинт GIPSET может быть использован для:

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



GIPSET

LONGETA —

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

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

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

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

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

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

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

Время схватывания бинта: 6 минут.

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

ПОДСТИЛКИ ПОД ГИПС

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

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



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

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



Более подробную информацию можно получить в ООО «Белла-ДОН» по тел.: (863) 203-74-74

или у медицинского представителя по моб. тел. 8-918-555-12-26



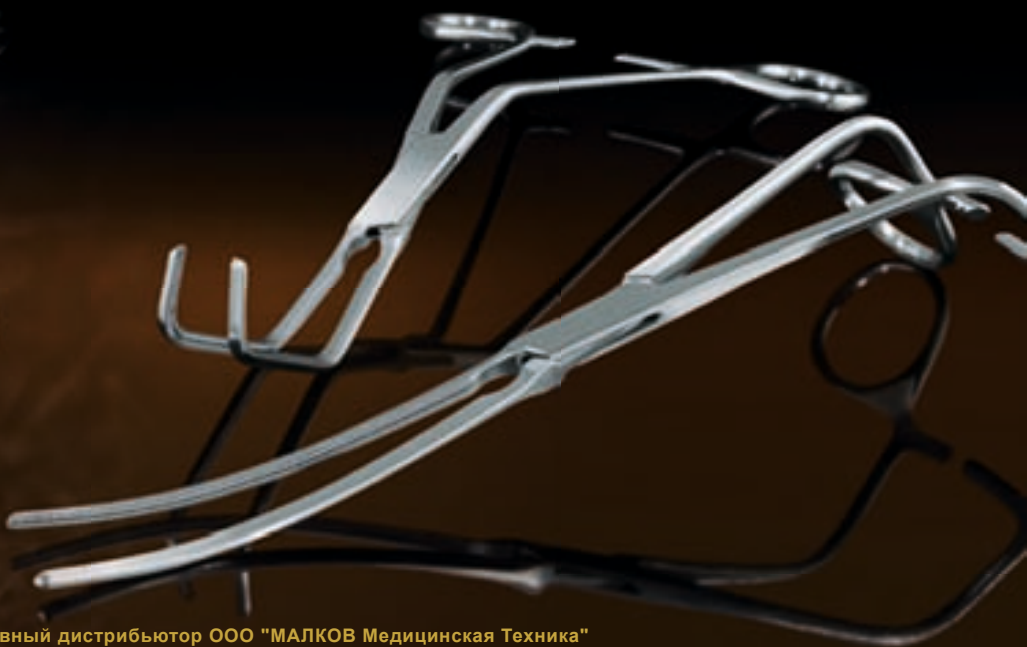
MALKOV MEDIZINTECHNIK



Инструменты для жизни



Рождены для нежности



Эксклюзивный дистрибьютор ООО "МАЛКОВ Медицинская Техника"
109377, г. Москва, ул. 1-я Новокузьминская, д. 22, корп. 3
тел. (495) 709-87-30, факс: (495) 709-87-32 info@malkovmt.ru, www.malkovmt.ru

**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

Ибрагимов Т. И. — министр
здравоохранения Республики Дагестан

Квятковский И. Е. — министр
здравоохранения Астраханской области

Крайнюков П. Е. — начальник ФГКУ
«1602 ВКГ» МО РФ

Мажаров В. Н. — министр
здравоохранения Ставропольского края

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

Филиппов Е. Ф. — 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, 116

Тираж 6000 экз. Заказ №2158

Подписано в печать 23.12.2013 г.

Дата выхода: 30.12.2013 г.

Зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых
коммуникаций

Регистрационный номер
ПИ № ФС 77-55311 от 11.09.2013 г.

Распространяется бесплатно по линии МЗ

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

Новости юга России	4
Итоги модернизации здравоохранения в разрезе районных больниц.....	10
Медицинские выставки.....	12
Формирование комплексного подхода при создании модели социального партнерства в сфере борьбы с ВИЧ-инфекцией. Опыт создания и внедрения здоровьесберегающих технологий на рабочих местах в Ростовской области.....	13
Об организации надзора за внутрибольничными инфекциями в Ростовской области.....	15
Быстрая диагностика острого инфаркта миокарда — путь к повышению выживаемости пациентов	20
Влияние приверженности к терапии пациентов с пятилетним анамнезом перенесенного инфаркта миокарда на прогноз течения ишемической болезни сердца	21
Варикозная болезнь — основная патология сосудов.....	24
Главная задача здравоохранения города — профилактика	29
Новый опыт в здравоохранении: могут ли воронежцы рассчитывать на бесплатную медицинскую помощь в частном онкоцентре?	30
Опыт взаимодействия специализированной противоэпидемической бригады (СПЭБ) Ростовского-на-Дону противочумного института с органами и учреждениями Роспотребнадзора.....	32
Программный модуль «Профосмотры несовершеннолетних»	39
Применение «Виросепта» и «Мукофитина» как средств профилактики ОРВИ и лечения осложнений респираторно-вирусных инфекций (внебольничная пневмония, обострения ХОБЛ, бронхиальной астмы)	40
Клинический эффект применения препаратов Виферон® у беременных с острой респираторной инфекцией.....	43
Жидкостная цитология как метод повышения чувствительности и специфичности скрининга рака шейки матки	47
Медикаментозный аборт. Мифепристон-200 — выбор, основанный на доказательствах.....	49
В России открыто производство генно-инженерного инсулина человека по принципу полного цикла.....	56
Медицинские выставки.....	61
Эффективность применения ДЭНС-терапии в лечении острых фарингитов и острых ларингитов	63
Современные тенденции правоотношений медицинских организаций и пациентов	66

Министерство здравоохранения Ростовской области

Пресс-служба Министерства здравоохранения Ростовской области

В донской столице прошел Региональный форум по развитию донорства

Форум, организованный общественной организацией «Молодые медики Дона» и поддержанный министерством здравоохранения и министерством внутренней и информационной политики, собрал около 200 участников, которые в ходе открытой дискуссии обсудили и внесли предложения, направленные на развитие Службы крови, добровольного донорства.

Открывая форум, министр здравоохранения области Т. Ю. Быковская подчеркнула значимость общественной встречи: «Общественная организация «Молодые медики Дона» собрала представителей всех структур гражданского общества, способных аккумулировать предложения, направленные на развитие важнейшей сферы жизнеобеспечения — Службы крови. На Дону система добровольного донорства сложилась давно, что постоянно подтверждается количеством безвозмездных кроводач — на сегодня они составляют 99,7% от общего числа донаций. Вместе с тем, необходима постоянная работа по поддержке и развитию ответственного донорства крови среди населения региона, в первую очередь, среди молодежи. Поэтому особенно ценно то, что за организацию этого важного социального движения взялись мои молодые коллеги».

На форуме были представлены итоги работы за год регионального движения «Доноры Дона»: запущена разработанная инновационная информационная система (donordona.ru), осуществляющая поиск доноров крови из числа участников движения, привлечено около 1000 доноров, проведено четыре донорских акции, более десяти информационных встреч в учебных заведениях, торжественный прием Почетных доноров России, Школа волонтеров — организаторов донорского движения.

Ключевым событием форума стала открытая общественная дискуссия, в ходе которой были обсуждены медико-социальные вопросы донорства крови, информационного сопровождения развития донорского движения, поддержки донорства в студенческой среде.

Форум аккумулировал все точки зрения и обобщил все высказанные предложения в резолюции, которая будет направлена в соответствующие органы исполнительной и законодательной власти, в общественные институты, такие как Совет ректоров вузов, Союз работодателей области. Форум признал, что формирование донорства как нормы жизни каждого человека и создание на этой основе постоянно функционирующей донорской сети требует участия общества в целом, его гражданских институтов, бизнеса, инициативы частных лиц.

СПРАВКА. На счету общественной организации «Молодые медики Дона» несколько значимых проектов. Руководитель НКО Р. Поликарпов подчеркивает, что все они являются партнерскими: «Вместе с министерством здравоохранения, кроме проекта «Доноры Дона», мы участвуем в реализации комплекса мероприятий «Молодые кадры — будущее здравоохранения», социальной инициативе по профилактике туберкулеза «Просветись!». В партнерстве с Центром по профилактике и борьбе со СПИДом, Областным центром репродукции человека

и планирования семьи, Областным наркологическим диспансером мы участвуем в международном проекте «Танцуй ради жизни», в программе формирования навыков здорового образа жизни у подростков «Все, что тебя касается», в волонтерском проекте «Здоровое начало», в акции «Молодежь против наркотиков». Совместно с Областным противотуберкулезным диспансером в течение трех лет реализуется комплекс информационно-профилактических мероприятий для учащейся молодежи: интерактивные уроки по профилактике туберкулеза, выездные обследования студентов, информационная компания для населения, фотопроjekt «Твое здоровье в твоих руках».

Для вовлечения молодых специалистов и студентов-медиков в социально-значимую деятельность в регионе развивается сеть филиалов организации на базе медицинских колледжей и училищ, подведомственных Минздраву области.

VIII Общероссийский форум «Медицина за качество жизни» рассмотрел актуальные вопросы охраны здоровья

22 ноября медицинское сообщество провело в донской столице форум по приоритетным направлениям отечественного здравоохранения — профилактической медицине, социально-значимым заболеваниям, паллиативной медицинской помощи.

В работе форума приняли участие ведущие специалисты и признанные эксперты в этих областях медицины, а также представители законодательной и исполнительной власти, руководители медицинских вузов и НИИ, главные специалисты основных направлений клинической медицины, специалисты в области медицинского права, представители общественных медицинских и пациентских организаций.

Основная цель форума — консолидация всех структур гражданского общества для внедрения в практическое здравоохранение оптимальных организационных форм, новых высоких технологий, призванных улучшить качество медицинской помощи населению Российской Федерации.

«Тема социального партнерства ради здоровья в качестве основной включается в повестки дня практически во все проходящие на Дону мероприятия, — подчеркивает министр здравоохранения области Т. Ю. Быковская. — Большой круглый стол по данному вопросу прошел на гражданском форуме «Здравоохранение Дона: доступность, качество, солидарная ответственность». Эта тема главенствовала на недавно прошедшем всероссийском форуме «Социальное партнерство — эффективная модель профилактики и лечения социально-значимых заболеваний». Без партнерства невозможно отладить и механизм оказания паллиативной помощи, порядок которой утвержден Министерством здравоохранения России и обсуждается на сегодняшнем большом собрании партнеров».

СПРАВКА. В настоящее время в Ростовской области функционируют 1105 коек сестринского ухода в 35 муниципальных образованиях, которые выполняют, в том числе, функции по оказанию паллиативной помощи.

В Ростовской области в ближайшие три года будут организованы 280 паллиативных коек, в том числе: в Ростове-на-Дону — 50, в Новочеркасске, Таганроге, Волгодонске — по 35 коек, в Цимлянском, Усть-Донецком, Сальском районах — по 30 коек.

Всероссийский форум по социальному партнерству прошел на Дону

Место проведения Всероссийского форума было выбрано не случайно: на общественных слушаниях Комиссии Общественной палаты России по охране здоровья нации, развитию спорта и туризма, посвященных профилактике и перспективам борьбы с сахарным диабетом, модель социального партнерства, выработанная в Ростовской области, была предложена российским регионам в качестве эффективной системы противостояния социально-значимым заболеваниям.

«Объединение усилий в борьбе за жизнь людей с сахарным диабетом, за ее продолжительность и полноценность, началось в Ростовской области уже в начале 90-х годов. Взаимодействие медиков, диабетической общественности, бизнеса сразу нашло поддержку исполнительной власти, — отметил в своем выступлении на Всероссийском форуме заместитель Губернатора С. Бондарев. — С 1995 года на Дону отмечается Всемирный день борьбы с диабетом, превратившийся с годами в развернутую комплексную программу медико-социальных, спортивных, культурно-образовательных

мероприятий, утверждаемых Правительством области и проводимых во всех территориях области».

Общей точкой зрения донских врачей и больных на проблему диабета является твердая установка на использование для лечения высококачественных препаратов инсулина и сахароснижающих лекарств, проведение постоянного контроля уровня сахара в крови. Этим принципом руководствуется и Правительство области.

Потенциал эндокринологической службы Дона достаточно высок: область располагает двумя эндокринологическими центрами, шестью стационарными специализированными отделениями, оснащенными современным оборудованием. Средства бюджета области, предусмотренные на лечение и лекарственное обеспечение больных, неуклонно возрастают.

В нашем регионе первым в России заработал мобильный диабет-центр. Передвижной модуль максимально приблизил специализированную эндокринологическую помощь к нуждающимся в ней из самых отдаленных территорий области.

Итогом Всероссийского форума «Социальное партнерство — эффективная модель профилактики и лечения социально-значимых заболеваний» стала резолюция, которая ляжет в основу межрегиональной программы дальнейшего взаимодействия представителей всех ветвей гражданского общества, направленного на профилактику и лечение социально-значимых заболеваний.

Министерство здравоохранения Волгоградской области

Пресс-служба Министерства здравоохранения Волгоградской области

В Волгоградском регионе открылся первый высокотехнологичный нейроцентр

Первый в Волгоградском регионе уникальный высокотехнологичный нейроцентр открылся и уже работает в полную мощность на базе областной клинической больницы №1. Здесь шанс на спасение получают люди, страдающие тяжелыми заболеваниями головного и спинного мозга. Для проведения ремонта, оснащения палат и операционных, закупку новейшей аппаратуры правительство региона выделило более 170 млн рублей.

Суперсовременному оборудованию операционных аналогов на юге России пока нет. Эта аппаратура позволяет хирургам с ювелирной точностью проводить даже микроманипуляции, причем техника в автоматическом режиме подсказывает врачу необходимую «навигацию». Раньше такие сложнейшие операции приходилось делать буквально «на ощупь», теперь волгоградская медицина вышла на новый уровень развития. Уникальное оборудование и высокий профессионализм врачей позволили в пять раз увеличить объемы оказания высокотехнологичной помощи жителям региона. На базе нового центра хирургии проведено уже более 200 операций.

Пациентов сюда привозят со всей области. За счет бюджетных квот врачи бесплатно оказывают хирургическую помощь, которая раньше была доступна только в столичных клиниках. Чтобы организовать такой нейроцентр, были выделены средства из областного и федерального бюджетов. Всего было закуплено 45 единиц современной техники, в том числе 64-срезовый компьютерный томограф, который за несколько секунд дает высокоточное изображение внутренних органов.

Госдума приняла закон о прививках для детей от пневмококковой инфекции

В настоящее время Национальный календарь профилактических прививок включает в себя вакцинации против гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, эпидемического паротита, гемофильной инфекции и гриппа. С 1 января 2014 года в Национальный календарь прививок будет добавлена прививка против пневмококковой инфекции. «В мире от пневмококковой инфекции ежегодно умирают около 1,6 миллиона человек. Показатель летальности колеблется от 20% до 50%. Национальный календарь профилактических прививок более 70 стран мира уже включает прививки против пневмококковой инфекции», — сказала заместитель министра здравоохранения РФ Т. Яковлева на заседании Госдумы. Она отметила, что в 2012 году в РФ от пневмонии,

вызванной пневмококком, умерло около 25 тысяч детей. «Для прекращения циркуляции инфекции среди населения страны необходима массовая иммунизация против пневмококковой инфекции всех детей первого года жизни, которая позволит добиться существенного снижения детской смертности», — добавила Яковлева. Реализация закона будет осуществляться за счет бюджетных ассигнований в размере 4,08 млрд руб. в 2014 году, а начиная с 2015 года — в размере 6,12 млрд руб. Пневмококковая инфекция признается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) ведущей причиной заболеваемости и смертности среди детей во всех регионах мира. По данным российского Минздрава, пневмококк занимает первое место в причинах возникновения пневмонии и бактериальных отитов у детей первых пяти лет жизни, третье место по заболеваемости среди гнойных бактериальных менингитов и первое место по летальности среди бактериальных менингитов у детей.

Областное правительство обеспечивает детские больницы и перинатальные центры новым оборудованием

Более 1 млрд руб. направило правительство Волгоградской области на закупку новейшего медицинского оборудования для педиатрической службы региона. На выделенные средства в этом году было приобретено около 300 единиц современной техники для детских больниц и отделений новорожденных. В этом году при закупке техники особое внимание уделялось неонатальному оборудованию, которое помогает выхаживать детей с экстремально низкой массой тела. Подобная аппаратура появилась в перинатальных центрах Волгограда и Волжского, а также в стационарах Михайловки,

Камышина, Урюпинска, Новоаннинска, которые обслуживают жителей сразу нескольких территорий. Одним из таких медучреждений является Волжская городская детская больница, где квалифицированную помощь врачей получают не только маленькие пациенты из города-спутника, но и дети из четырех сельских районов: Ленинского, Николаевского, Быковского и Среднеахтубинского. Для больницы также было приобретено новое оборудование для лаборатории, передвижной рентген-аппарат, техника для отделения реанимации новорожденных.

В этом году в волгоградских медучреждениях обновился и состав аппаратов УЗИ: было приобретено 35 современных приборов с программным обеспечением, ориентированным на детскую диагностику, и новое рентген-оборудование. Общая сумма этих затрат превысила 300 млн руб.

Значительно расширились в Волгоградском регионе и возможности оказания высокотехнологичной помощи, в том числе детям. За последние два года ее финансирование выросло в несколько раз, благодаря чему удалось сохранить жизнь и здоровье почти 10 тысячам взрослых и маленьких пациентов.

В этом году в Волгоградской области впервые появился хирургический эндоскопический операционный модуль — его открыли на базе 7-й больницы Волгограда. На эти цели правительство региона выделило более 220 млн руб. Новая уникальная аппаратура позволяет проводить самые сложные операции даже новорожденным. Кроме того, еще 35 млн руб. направлено на оснащение специальной детской операционной на базе кардиоцентра — теперь здесь врачи могут спасать жизни малышей, которые появились на свет с тяжелыми сердечными пороками.

Министерство здравоохранения Краснодарского края

Пресс-служба Министерства здравоохранения Краснодарского края

Кубанскими хирургами выполнена уже четвертая трансплантация искусственной трахеи

Высокотехнологичная операция проведена 14 декабря 2013 года в Центре грудной хирургии краевой клинической больницы №1 имени профессора С. В. Очаповского. Эта операция является частью проекта, выполняемого в рамках мегагранта Правительства РФ на осуществление исследовательского, клинического и образовательного проекта в области регенерации дыхательных путей и легкого.

Пациент 3., 30 лет, после перенесенной несколько лет назад травмы и ряда безуспешных операций не мог нормально дышать и говорить. В связи с этим он стал одним из двух пациентов, которым в июне 2012 года в ККБ №1 были проведены первые в России пересадки биоинженерной трахеи с частью гортани. Первая операция прошла успешно — уже на следующий день пациент мог свободно говорить, однако по прошествии полутора лет возникла необходимость в повторной трансплантации.

Новая операция позволила пересадить больному биопротез, выполненный на усовершенствованном каркасе,

который прослужит многие годы. Каркас для будущего органа сконструировали в американской и шведской лабораториях из нанокompозитного материала, а весь процесс «засеивания» каркаса собственными клетками пациента выполнен российской стороной.

Повторную трансплантацию провели профессор регенеративной медицины Каролинского Института (Швеция), ведущий ученый мегагранта Правительства РФ П. Маккиарини, главный врач ККБ №1, член-корреспондент РАМН, профессор В. Порханов, зам. главного врача, торакальный хирург, к. м. н. И. Поляков вместе с медицинской бригадой ККБ №1.

Операция, которая длилась пять с половиной часов, прошла успешно. Состояние пациента стабильное, он уже может свободно говорить.

П. Маккиарини подчеркивает то, что первые в России операции с помощью технологий регенеративной медицины проведены именно в ККБ №1, не случайность: «Эта клиника — одна из лучших, которые я видел в Европе. Здесь накоплен огромный опыт трансплантаций донорских органов, и работают очень квалифицированные торакальные хирурги».

По словам самого автора методики по пересадке искусственно выращенной трахеи, профессора

П. Макиарини, уже в будущем году планируется реализация второго этапа мегагранта — создание искусственной трахеи в России.

Более 100 трансплантаций органов выполнили кубанские хирурги в Год здоровья

17 декабря 2013 года по поручению министра здравоохранения Краснодарского края Е. Ф. Филиппова замминистра Т. А. Солоненко приняла участие в совещании Минздрава России по проекту Федерального закона «О донорстве и трансплантации органов (частей органов) человека», которое состоялось в Москве под председательством Министра здравоохранения Российской Федерации В. И. Скворцовой.

Ныне действующий Федеральный закон, принятый в 1992 году, регулирует, в основном, вопросы трансплантации органов и тканей. В новом документе впервые дано понятие и отрегулированы вопросы донорства органов человека. Кроме того, новым проектом закона определяются процедуры донорства и трансплантации органов у детей. Новый закон вводит понятие регистра доноров, реципиентов и последующих потенциальных доноров.

В Краснодарском крае трансплантология стремительно развивается. Менее чем за 4 года кубанские хирурги выполнили 422 операции по трансплантации органов. Более сотни человек в год получают шанс на новую жизнь. Только в этом году выполнено 104 операции

по пересадке донорских органов: почки (62), сердца (21), печени (21). В настоящее время трансплантация органов в крае проводится регулярно, для жителей Кубани бесплатно.

Около 30 000 благодарностей от пациентов медикам Кубани

В 2013 году, объявленном губернатором Краснодарского края А. Н. Ткачевым «Годом здоровья на Кубани», по инициативе вице-губернатора Г. Д. Золиной стартовала народная акция «Спасибо, доктор!»

В каждом ЛПУ Кубани с момента старта акции были размещены ящики для отзывов, а также магнитно-маркерные доски, на которых пациенты могут оставить свой отзыв о работе врачей. На досках акции и в ящиках кубанских больниц и поликлиник оставлено уже около 30 тысяч благодарственных отзывов пациентов. В основном, пациенты и родственники пишут добрые слова в адрес тех врачей и медсестер, которые помогли вылечиться, дали ценный совет или просто поддержали в трудную минуту.

Доски или флипчарты для отзывов пациентов никогда не бывают пустыми. Врачи и медсестры признаются, что каждый раз, приходя утром на работу, они получают вдохновение и заряд положительных эмоций, глядя на трогательные отзывы пациентов. Это как собрание всех совместных побед в одной книге, написанной людьми, ради которых они работают, и это вдохновляет.

Министерство здравоохранения Ставропольского края

Пресс-служба Министерства здравоохранения Ставропольского края

Личный прием в День Конституции

Министр здравоохранения Ставропольского края В. Мажаров проводит личный прием граждан каждый второй четверг месяца. 12 декабря (это первый общероссийский день приема граждан, который, в соответствии с поручением Президента России, будет ежегодно проводиться в День Конституции) по характеру обращений прием ничем не отличался от прежних.

Традиционно преобладали вопросы, касающиеся направления для получения высокотехнологичной медицинской помощи за пределы края, госпитализации, протезирования, лекарственного обеспечения и т. д.

Что же касается «географии», то среди почти трех десятков пришедших на прием к министру — жители не только Ставрополя, но и других городов: Георгиевска, Ессентуков, Минеральных Вод, Невинномысска, а также Александровского, Андроповского, Красногвардейского, Кочубеевского и Шпаковского районов. При этом на десять обращений исчерпывающие ответы были даны сразу, остальные взяты на контроль с целью незамедлительного поиска, выработки и принятия оптимального управленческого решения. Ни одно обращение, как подчеркнул В. Мажаров, не останется без принятия по нему такого решения. Это могут подтвердить и те, кто приходил на личный прием ранее, а их немало: в нынешнем году министр здравоохранения принял лично около 200 человек.

Диспансеризация определенных групп взрослого населения

В соответствии с приказом МЗ РФ от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», приказом МЗ Ставропольского края от 13.02.2013 №01—05/163 «О проведении в 2013 году диспансеризации определенных групп населения в Ставропольском крае» с марта 2013 года в медицинских организациях муниципальной и государственной системы здравоохранения Ставропольского края проводится диспансеризация определенных групп взрослого населения.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования. Диспансерный осмотр проводится гражданам с 21 года один раз в три года при наличии добровольного информированного согласия на безвозмездной основе. Исключение составляют лица, для которых законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ установлен иной порядок проведения диспансерного осмотра. Возрастные периоды, объем исследований, условия и порядок проведения диспансеризации утверждены приказом МЗ РФ от 03.12.2012 №1006н.

По состоянию на 31.10.2013 г. на территории Ставропольского края первый этап диспансеризации прошли

307329 человек, второй этап — 41887 человек. Полностью завершили диспансеризацию 305719 человек, что составляет 75,4% от годового плана (405577 человек) и 107,9% от плана-графика (283337 человек). Из них:

- 1 группа здоровья определена 115280 гражданам, что составляет 37,7% от числа граждан, полностью завершивших диспансеризацию;

- 2 группа здоровья определена 63111 гражданам (20,6%);
- 3 группа здоровья определена 127328 гражданам (41,6%).

Все пациенты, нуждающиеся в регулярном динамическом наблюдении, взяты на диспансерный учет в поликлиниках по месту жительства. Согласно плану им проводятся лечебные и реабилитационные мероприятия.

Министерство здравоохранения Республики Дагестан

Пресс-служба Министерства здравоохранения Республики Дагестан

Информация ко Всемирному дню борьбы со СПИДом

Четверть века назад Генеральная Ассамблея ООН объявила, что распространение СПИДа приняло масштабы глобальной пандемии. Резолюцией ООН 43/15 1 декабря был официально объявлен Всемирным днем борьбы со СПИДом.

Под лозунгом «Объединим мир против СПИДа» в десятках стран мира проводилась широкомасштабная кампания по информированию населения об угрозах, связанных с появлением новой болезни. Как стало ясно впоследствии, реальная угроза развития эпидемии ВИЧ-инфекции и связанные с ней последствия оказались значительно разрушительней, чем прогнозируемые.

В настоящее время, по оценке ООН, ВИЧ/СПИД занимает 5-е место среди причин смертности в мире. Число людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, составляет, по оценкам ООН, 35,3 миллиона человек. За 2012 год в мире заразились ВИЧ-инфекцией 2,3 миллиона человек, 1,6 миллиона человек умерли от болезней, связанных с ВИЧ-инфекцией. Вместе с тем, благодаря усилиям, предпринимаемым мировым сообществом по расширению доступа к антиретровирусной терапии (АРВТ), в 2012 году число новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей уменьшилось до 260 тысяч, что на 52% меньше, чем в 2001 году. Число смертей, обусловленных СПИДом, уменьшилось на 30% по сравнению с пиковым показателем в 2005 году.

С 2011 года Всемирный день борьбы со СПИДом проводится под девизом: «В направлении к цели «ноль», сформулированным ЮНЭЙДС: «Ноль новых случаев инфицирования. Ноль дискриминации. Ноль числа смертей вследствие СПИДа». В целях реализации этой стратегической задачи программой ЮНЭЙДС выдвинута новая инициатива: «Лечение-2015». В рамках инициативы к 2015 году предполагается охватить АРВТ 15 миллионов инфицированных ВИЧ. Странам и партнерам предлагаются как практические, так и новаторские методы увеличения числа людей, получающих доступ к АРВТ-препаратам.

В Российской Федерации за 9 месяцев 2013 года медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию прошли 19 851 348 человек, что составляет 82,2% от запланированного годового объема. АРВТ получают 145 709 ВИЧ-инфицированных (95,5% от числа нуждающихся в лечении). Количество больных, взятых на АРВТ, выросло в 2012 году на 21,9% по сравнению с предыдущим годом. За период с 1 октября 2012 года по настоящее время взяты на терапию 32 475 новых пациентов.

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в республике расценивается как неблагоприятная. Число

больных дагестанцев, живущих с ВИЧ/СПИД, по состоянию на 1 октября 2013 года составило 2151 человек, что соответствует показателю пораженности 73,4 на 100 тысяч населения. Несмотря на относительно низкий уровень пораженности населения республики ВИЧ-инфекцией в сравнении с СКФО (154,4) и РФ (433,8), развитие эпидпроцесса сопровождается стабильным выявлением новых случаев ВИЧ-инфекции. За 9 месяцев 2013 года вновь выявлено 139 новых случаев ВИЧ-инфекции (за аналогичный период 2012 года — 159). Показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 4,7. Умер 61 ВИЧ-инфицированный, в том числе от СПИДа — 6.

Отмечается улучшение результативности эпидемиологических исследований вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфекции. Удельный вес лиц с установленными факторами заражения возрос с 87% за 9 месяцев 2012 года до 99% за аналогичный период 2013 года. Основные тенденции эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в республике не претерпели заметных изменений.

Ведущим фактором эпидемиологического риска заражения ВИЧ-инфекцией за весь период наблюдения продолжает оставаться немедицинское употребление наркотиков путем внутривенного введения (48,3%). Но в последние годы активизировалась передача ВИЧ-инфекции от групп риска в основное население половым путем и достигла в 2012 году 62% (в 2011 — 59%), тогда как наркотический путь передачи в 2012 году установлен у 27,4% (в 2011 — 23,5%). Аналогичная тенденция прослеживается и в 2013 году: за 9 месяцев 2013 года половой путь инфицирования установлен у 60,4% впервые выявленных ВИЧ-инфицированных, наркотический путь инфицирования — у 37,4%.

Таким образом, в отличие от РФ в целом, на территории республики отмечается преобладание «незащищенных» гетеросексуальных контактов в качестве фактора риска заражения по сравнению с внутривенным введением наркотиков. Дополнительными факторами риска инфицирования, имеющими социальные предпосылки, являются миграционная активность населения, а также рискованное сексуальное поведение.

В связи с активизацией полового пути передачи инфекции увеличивается количество женщин, вовлеченных в эпидемический процесс. Несмотря на то, что в структуре выявленных ВИЧ-инфицированных в республике сохранено некоторое преобладание мужчин, доля ВИЧ-инфицированных женщин детородного возраста ежегодно возрастает. Всего за период наблюдения взяты на кумулятивный учет 588 ВИЧ-инфицированных женщин, в том числе 47 (34%) — за 9 месяцев 2013 года. Удельный вес женщин, заразившихся при «незащищенных»

гетеросексуальных контактах с ВИЧ-инфицированным партнером, составил 96% (45 человек) от общего количества всех ВИЧ-инфицированных женщин.

При парентеральном потреблении наркотических средств заразились 4% (2 человека). Зарегистрировано 310 семейных пар, где оба супруга ВИЧ-инфицированы, в том числе за 9 месяцев 2013 года — 57. Дискордантных пар (где инфицирован один из супругов) всего 445, в том числе за 9 месяцев 2013 года — 52. Неинфицированные супруги состоят на «Д» учете по контакту и обследуются ежеквартально. Кроме того, с ними проводится разъяснительная работа по соблюдению мер профилактики.

Ежегодное увеличение количества ВИЧ-инфицированных женщин ведет к росту числа детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. За весь период от ВИЧ-инфицированных матерей родился 191 ребенок, в том числе за 9 месяцев 2013 года — 27, с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» — 15 детей. Все дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей, получили трехэтапную химиопрофилактику перинатальной передачи ВИЧ и находятся на серологическом контроле. Следует отметить, что количество женщин, планирующих беременность при имеющемся стаже носительства ВИЧ-инфекции, увеличивается. Это, несомненно, связано с успехами современной химиопрофилактики, проводимой во время беременности и родов, позволяющей снизить риск передачи ВИЧ от матери к ребенку, а также мерами, предпринимаемыми государством для улучшения демографической политики России.

Как и в прошлые годы, в эпидемический процесс ВИЧ-инфекции наиболее активно вовлекалась трудоспособная молодежь в репродуктивном возрасте. За весь период наблюдения у 67% ВИЧ-инфекция была диагностирована в возрасте до 38 лет. Вместе с тем, наблюдается устойчивая тенденция уменьшения доли молодежи среди впервые выявленных инфицированных ВИЧ. Так, удельный вес ВИЧ-инфицированных в возрастной группе 21—30 лет снизился с 30,0% за 9 месяцев 2012 года до 25% за аналогичный период 2013 года. Вместе с тем, удельный вес ВИЧ-инфицированных в возрастной группе 31—40 лет возрос с 32% за 9 месяцев 2012 года до 41% за аналогичный период 2013 года.

Все ВИЧ-инфицированные, согласно стандартам обследования, в обязательном порядке проходят полное лабораторно-клиническое обследование на базе лаборатории ГБУ РД «РЦ СПИД МЗ РД». По данным на 1 октября 2013 года, на диспансерном учете состоят 1253 ВИЧ-инфицированных, в том числе 14 детей. Продолжают регистрироваться случаи сочетанной инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов.

На диспансерном учете в РЦ СПИД состояло 195 ВИЧ-инфицированных с сочетанной инфекцией (ВИЧ/туберкулез), в том числе 16 пациентов, находящихся в местах лишения свободы. За 9 месяцев 2013 года на учет поставлено еще 27 пациентов с сочетанной патологией (ВИЧ/туберкулез). По состоянию на 1 октября 2013 года, АРВТ получают 285 пациентов, в том числе детей — 8, по системе ФСИН — 15. Кроме высокоинтенсивной терапии, проводится лечение сопутствующих заболеваний. Для лечения сопутствующих заболеваний ВИЧ-инфицированные пациенты госпитализируются в профильные стационары лечебных учреждений.

На достаточно высоком уровне у ВИЧ-инфицированных остается регистрация парентеральных гепатитов с преобладанием вирусного гепатита С (ВГС). За 9 месяцев 2013 года зарегистрировано 23 ВИЧ-инфицированных

пациента, в крови которых выявлены маркеры ВГС. Антивирусную терапию хронического гепатита С получают 55 ВИЧ-инфицированных пациентов. За 9 месяцев 2013 года выполнено 96 исследований вирусной нагрузки по хроническим гепатитам С и 65 исследований генотипа ВГС.

Диспансерное обследование на базе ГБУ РД «РЦ СПИД МЗ РД» за 9 месяцев 2013 года прошли 988 пациентов. Выполнено 1868 исследований иммунного статуса 967 пациентам и проведено 1728 исследований вирусной нагрузки 918 пациентам. В настоящее время отбывают различные сроки наказания в пенитенциарной системе 123 ВИЧ-инфицированных, 13 из них получают АРВТ. После освобождения все они будут продолжать лечение на базе ГБУ РД «РЦ СПИД МЗ РД». С профилактической целью проконсультировано 10581 обратившихся, в том числе 473 — анонимно.

По приказу Минздрава РД от 06.07.05 №277-Л «О мерах по совершенствованию профилактики заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека», ежегодно в республике на ВИЧ-инфекцию обследуются 15—16% от общего населения. Финансирование республиканской целевой программы «Анти ВИЧ/СПИД» и выделение субсидий из федерального бюджета позволили не только проводить бесперебойное обследование населения на ВИЧ-инфекцию, но и увеличивать количество обследуемых. За 9 месяцев 2013 года обследование населения на ВИЧ-инфекцию увеличилось на 1,4% в сравнении с аналогичным периодом 2012 года. За 9 месяцев текущего года обследовано на ВИЧ-инфекцию уже 308 504 человека (11,4% от общего количества населения) против 303 643 (10,0%) за аналогичный период 2012 года.

В профилактической работе основной акцент делается на формирование у подрастающего поколения мотивации здорового образа жизни, комплексный подход к решению воспитательно-нравственных, психологических и медико-педагогических задач во всех основных сферах жизнедеятельности подростков и молодежи. В этой важной работе для достижения цели и эффективности проведенных мероприятий осуществляется совместная работа с республиканскими учреждениями, заинтересованными ведомствами, а также негосударственными учреждениями. Совместно с республиканскими учреждениями проводятся встречи с учащейся молодежью и студентами высших и средних специальных учебных заведений с демонстрацией видеороликов, раздачей информационной литературы и проведением анкетирования по вопросам ВИЧ/СПИД.

ВИЧ-инфекция в республике поражает преимущественно молодое трудоспособное население. Вместе с тем, наблюдается устойчивая тенденция к уменьшению доли молодежи среди впервые выявленных инфицированных ВИЧ. Эти данные, в определенной степени, являются индикатором эффективности проводимой профилактической работы среди молодежи. Увеличение числа ВИЧ-инфицированных в зрелой возрастной группе в последние годы определило приоритеты по усилению профилактической работы среди основного населения репродуктивного возраста. Стало очевидным, что назрела необходимость проведения активных профилактических мероприятий в трудовых коллективах республики, причем независимо от форм собственности предприятий.

Итоги модернизации здравоохранения в разрезе районных больниц

*Р. В. Кучма, главный врач; С. Е. Костючук, врач УЗИ;
МБУЗ «ЦРБ» Егорлыкского района Ростовской области*

Одним из факторов, влияющих на качество медицинской помощи, является наличие высокотехнологичного медицинского оборудования. И если городские муниципальные и частные медицинские учреждения могут позволить себе аппаратуру высокого уровня, то в районных сельских больницах ситуация иная.

Каждый пациент желает иметь такую медицину, которая была бы «под рукой» и давала мгновенный результат. Сельский врач хочет оказывать полноценную помощь больным, но не всегда может, так как даже при самом высоком уровне квалификации он нуждается в дополнительных современных методах обследования для правильного установления диагноза того или иного заболевания.

Благодаря национальным проектам ситуация в сельских медицинских учреждениях меняется в лучшую сторону. Положительную динамику можно отметить на примере МБУЗ «ЦРБ» Егорлыкского района Ростовской области.

В 2005 году в Егорлыкской ЦРБ врач УЗИ-диагностики имел на вооружении аппараты эходиагностики и ЭТС-ЭЛ-С (SLE-101PC) с относительно небольшими возможностями. Проводился осмотр органов брюшной полости, в том числе при беременности, и органов поверхностных локализаций. Общее количество исследований за 2005 год составило 11108.

В 2006 году в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения были получены аппараты Philips HD3, Toshiba, Famio5. Это прогресс! В районной больнице появился аппарат с возможностью выполнять УЗИ сердца, хотя и не в самом идеальном варианте. Количество исследований за год выросло до 12220.

Проблема оставалась в нехватке кадров, как и во многих районных больницах. Один врач при всем своем желании не сможет осмотреть все население района. Тем не менее, в 2007 году было выполнено 326 эхокардиографий, общее количество исследований выросло до 12789. Уровень обследования пациентов, благодаря современной аппаратуре и старанию врачей, постепенно стал приближаться к областному.



Р. В. Кучма, врач УЗИ, главный врач МБУЗ «ЦРБ» Егорлыкского района Ростовской области

В 2008 году, в связи с увеличением кадрового состава и, опять же, благодаря получению новой аппаратуры, выполнялись не только исследования органов брюшной полости, но и исследования магистральных сосудов верхних и нижних конечностей, экстракраниальных артерий.

С 2009 года возрастает и количество, и качество исследований; за 2012 год проведено 19403 исследования, а только за I полугодие 2013 года — 10383. На сегодняшний день, благодаря финансированию в рамках модернизации и обучению врачебного персонала, в МБУЗ «ЦРБ» Егорлыкского района выполняется — дополнительно к вышеуказанному объему — доплерография сосудов плаценты, что, конечно, значительно улучшает качество диагностики на местном уровне.

Забота о состоянии здоровья будущих маленьких пациентов всегда была одним из приоритетов здравоохранения. Особенно важно выявление врожденных пороков развития плода на возможно более ранних сроках, а также оценка состояния плода в течение всей беременности. В частности, в 2012 году были выявлены относительно редкие пороки развития — расщелина верхней

губы, тератома в копчиковом отделе; в 2013 году в 16 недель беременности выявлено омфалоцеле. В 2013 году по программе модернизации здравоохранения МБУЗ «ЦРБ» Егорлыкского района приобрела УЗИ-аппарат экспертного плана SonoScape 5500.

Национальные проекты дают возможность оказывать медицинскую помощь в значительно большем объеме и улучшать качество обследования. В настоящее время УЗИ-обследование в районной больнице может быть выполнено практически при любой патологии; в сложных ситуациях пациенты направляются в областные учреждения.

Итак, в Ростовской области успешно осуществляются меры по модернизации здравоохранения.

В течение последних лет значительно укреплялась материально-техническая база Егорлыкской ЦРБ. Поступление новой аппаратуры кардинально меняет ситуацию в районной больнице, дает возможность доступно и качественно обеспечить население квалифицированной медицинской помощью. Следовательно, национальным проектам по линии здравоохранения в области — зеленый свет.

КАЧЕСТВО И ТЕХНОЛОГИИ,
ГАРАНТИРОВАННЫЕ SAMSUNG

SAMSUNG
SAMSUNG MEDISON

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ



ACCUVIX A30



ACCUVIX X9



SONOACE R7



SONOACE X6



UGEO H60



EKO 7



SONOACE R5



SONOACE R3



MySono U6

XGEO GC80



XGEO GU60/60A



XGEO GR40W



ЦИФРОВЫЕ
РЕНТГЕНОВСКИЕ АППАРАТЫ

ЗАО «МЕДИЭЙС»
официальный дистрибьютор Самсунг Медисон
127422, Москва, ул. Тимирязевская, д.1, стр.3
Тел.: (495) 921 3981, 785 7220 (21),
www.medison.ru, e-mail: info@medison.ru



Быстрое и качественное обследование современными методиками с использованием импортного оборудования, включая ДНК-диагностику!

Консультативная и лечебная помощь при инфекционных и паразитарных заболеваниях

- Обследование на ВИЧ-инфекцию и заболевания, передаваемые половым путем.
- Диагностика гепатитов В, С, D, выявление энтеровирусов, ротавирусов и других возбудителей инфекционных и паразитарных болезней
- Исследование иммунного статуса (иммунограмма II уровня).
- Бактериологические и паразитологические исследования.

Производство иммунобиологических препаратов

Лептоспирозная вакцина, лактоглобулин против условно-патогенных бактерий и сальмонелл, диагностические тест-системы «Рота-тест», «Адено-тест», питательные среды и пр.



**г. Ростов-на-Дону,
пер. Газетный, 119**

**ТЕЛЕФОН ДЛЯ СПРАВОК
(863) 234-62-47**

**ЧАСЫ ПРИЕМА
АНАЛИЗОВ:
понедельник – пятница
с 8-00 до 12-00**

Лицензия федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития на осуществление медицинской деятельности № ФС-61-01-000955 от 11.07.2008 г.

РЕКЛАМА

XII СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА - ФОРУМ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

25-27

**марта
2014**



ЮГА РОССИИ

АПТЕКА - 2014

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



ФАРМА+

КРЕСТЬЯНИН

организаторы:



Министерство
Здравоохранения РФ



ВФ Дазлком

тел.: (863) 263-02-70, 263-02-68

Формирование комплексного подхода при создании модели социального партнерства в сфере борьбы с ВИЧ-инфекцией. Опыт создания и внедрения здоровьесберегающих технологий на рабочих местах в Ростовской области

Е. В. Бекетова, д.м.н., заслуженный врач РФ, главный врач ГБУ РО «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», г. Ростов-на-Дону

С того времени, когда в мире впервые был поставлен диагноз «синдром приобретенного иммунодефицита — СПИД», прошло более 30 лет. За это время проблема распространения ВИЧ/СПИДа выросла до масштабов глобального кризиса и сейчас представляет собой одну из самых серьезных угроз развитию и социально-экономическому прогрессу человечества. Так, в странах Восточной Европы и Центральной Азии число людей, живущих с ВИЧ, за последние 10 лет увеличилось в 20 раз. При этом темпы роста вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в России и Украине являются самыми высокими в мире.

По оценкам Международной организации труда (МОТ), 80% ВИЧ-инфицированных, живущих сегодня в странах СНГ, относятся к трудоспособному населению. Сегодня совершенно очевидно — и это признано мировым сообществом, — что проблема ВИЧ-инфекции перестала быть только медицинской: ее эффективное решение лежит в сфере социальных и трудовых отношений.

Эпидемиологические особенности распространения этого заболевания в нашем регионе, в общем, соответствуют характеру развития эпидемической ситуации в России в целом. Основная часть зарегистрированных инфицированных ВИЧ — это люди трудоспособного возраста (25—45 лет), занятые во всех сферах деятельности, в том числе на промышленных предприятиях. Среди профессий лидируют рабочие специальности (в последние годы — от 45% до 53%). Более 80% вновь выявленных пациентов заняты в разных сферах труда.

Начиная с 2005 года, в нашей области доминирующим является половой путь передачи ВИЧ, при незащищенных гетеросексуальных контактах. С этого года мы констатируем выход эпидемии ВИЧ-инфекции за пределы групп рискованного поведения

Е. В. Бекетова, д.м.н.,
заслуженный врач РФ



в широкие слои работоспособного населения.

К настоящему времени в регионе достигнут значительный прогресс в достижении поставленных целей. Темпы роста числа новых случаев инфицирования сокращены с 44% в 2007 году и 35,6% в 2009 году до 1,5% в 2013 году. Только за прошлый год от заражения ВИЧ были спасены 89 новорожденных, благодаря успешному внедрению необходимых

методов лечения в сфере охраны репродуктивного здоровья и здоровья матери и ребенка; более 1300 человек получали антиретровирусную терапию (АРВТ); среди инфицированных ВИЧ снизилась заболеваемость туберкулезом; 97% пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулез получили необходимую специфическую терапию.

Вместе с тем, основной причиной распространения заболевания

во всем мире является рискованное поведение населения в отношении заражения ВИЧ и недостаток информации о путях возможного инфицирования, а единственной мерой предотвращения распространения вируса иммунодефицита человека — знания о ВИЧ.

Смещение эпицентра эпидемии в старшие возрастные группы населения нашего региона потребовало расширения профилактических программ для работающего населения. Поэтому для достижения максимального охвата населения среднего и старшего возрастов мы решили организовать массовое обучение работающих граждан непосредственно на рабочих местах. Разработка методов работы с общим населением базировалась на позитивном эффекте профилактических мероприятий, проводимых нами среди молодежи (в нашем регионе регистрируются лишь единичные случаи ВИЧ-инфекции среди молодых людей 15–20 лет).

Сфера труда дает ценную возможность охватить программы профилактики работников там, где они проводят большую часть своей жизни, там, где они доступны для этих мер — на предприятии, в учреждении. Этот постулат, коррелирующий с Национальной Рекомендацией по продвижению Рекомендации МОТ о ВИЧ/СПИДе в сфере труда и Генеральным соглашением между общероссийскими объединениями профсоюзов, работодателей и Правительством РФ на 2011–2013 годы (включившие в себя вопросы профилактики ВИЧ-инфекции на рабочих местах), лег в основу областной стратегии противодействия ВИЧ-инфекции среди работающего населения.

В 2011–2012 годах на ряде крупных промышленных предприятий региона был апробирован инновационный пилотный проект «Сохраним здоровье на рабочих местах», созданный специалистами Центра СПИД совместно с Министерством здравоохранения Ростовской области. В проекте приняли участие такие предприятия, как «Роствертол», «Атлантис-ПАК», Таганрогский котлостроительный завод «Красный котельщик», Новочеркасский электровозостроительный завод «НЭВЗ», завод концерна «Кока-Кола».

Основными целями проекта были:

- охват информацией о вирусе и путях его передачи каждого работника предприятия;

- вовлечение в неформальный диалог всех — от генерального директора до рабочего;
- организация постоянного информирования сотрудников после окончания проекта, для чего следовало научить менеджеров по персоналу, специалистов по охране труда, профсоюзных активистов методике продолжения работы.

Коротко о сути проекта. Проект включает в себя три этапа:

- подготовительный (срок 2 недели, проводится самим предприятием), включающий в себя массовую информационную кампанию на предприятии (размещение информационных материалов на радио, видеозаписях, в газетах; раздача каждому сотруднику буклетов и брошюр с информацией о способах профилактики ВИЧ-инфекции);
- основной этап (срок 1–2 дня, проводится предприятием с участием специалистов Центра), включающий в себя информирование руководства (презентация на планерке руководителя), обучение менеджеров по персоналу (обучающий семинар-тренинг, направленный на формирование навыков практического применения и дальнейшего обучения сотрудников предприятия) и большую акцию с участием 100–200 сотрудников предприятия, сопровождающуюся раздачей материалов, презервативов;
- заключительный этап (срок 2 недели, проводится предприятием) включает в себя организацию добровольного обследования сотрудников предприятия на ВИЧ-инфекцию и оценку эффективности проведенных мероприятий.

Информационные проекты на рабочих местах сопровождались рекламой на транспорте, работой волонтеров, игровыми обучающими компьютерными программами в сети Интернет, раздачей информационной продукции, рекламой на уличных экранах.

На всех предприятиях, где проводился проект, его цели были достигнуты. Результаты анкетирования показали повышение уровня знаний слушателей до 95%, при этом около 53% участников проекта изъявили готовность изменить модель поведения в сторону здорового образа жизни.

Самый главный эффект от проекта — отсутствие новых случаев заболевания. К примеру, на предприятии «Атлантис-ПАК» с октября 2010 года до настоящего времени нашим Центром СПИД не зарегистрировано ни одного случая ВИЧ-инфекции.

Вместе с тем, в Ростовской области насчитывается более 82 тысяч предприятий. А еще существуют силовые структуры, учреждения образования, науки, сельского хозяйства, служба занятости. Понятно, что точечными или периодически информационными вливаниями не изменить общего низкого уровня информированности и низкой доступности целевых контингентов для обучения. Очевидно, что меры по просвещению на рабочих местах должны носить системный и непрерывный характер. И управление этими мерами возможно только силами работодателей и профсоюзов.

В 2012 году на областном межведомственном совете по вопросам борьбы с ВИЧ-инфекцией при Правительстве Ростовской области было принято решение о внедрении модели социального партнерства в борьбе с ВИЧ-инфекцией. Механизмы реализации модели социального партнерства и социальной ответственности за здоровье граждан со стороны работодателей, а также самих работников и их организаций (профсоюзов), были разработаны на областной трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

Итогом работы по разработке модели частно-государственного социального партнерства по борьбе с социально значимыми заболеваниями стало внесение в трехстороннее соглашение региона пунктов о начале реализации программ по внедрению здоровьесберегающих технологий, в том числе по профилактике ВИЧ-инфекции на рабочих местах, и об организации обучения руководителей и специалистов организаций вопросам противодействия ВИЧ/СПИДу на рабочих местах, интегрированного в существующие программы обучения по охране труда; включение в типовую проект коллективного договора, рекомендуемого организациям для использования при заключении коллективных договоров, пунктов о проведении профилактических мероприятий на рабочих местах.

Таким образом, с 2012 года в нашем регионе было регламентировано системное обучение на обучающих

курсах руководителей, инспекторов по технике безопасности по вопросам ВИЧ-инфекции.

С нового года планируется проведение лекционного цикла и практических занятий с использованием разработанных специалистами Центра практических пособий, видео- и аудиоматериалов, компьютерных технологий, тестированием изменения уровня знаний и практических навыков обучающихся, работающего населения на рабочих местах. Обучение планируется обеспечить с помощью игровой компьютерной программы

(модуля), идея которой также разработана специалистами Центра СПИД. Модуль будет использоваться в рамках обучения технике безопасности на рабочих местах. Весь материал создан в формате компьютерной программы и расположен на одном диске, удобном для размножения.

Инновация модуля состоит в том, что в ходе опроса программа проводит не только обучение и оценку уровня знаний, но и оценку поведенческого риска участника программы в отношении инфицирования его ВИЧ.

Внедрение модели социального партнерства в борьбе с ВИЧ-инфекцией в Ростовской области представляется важным дополнительным ресурсом улучшения социально-экономической и демографической ситуации в регионе. Вопросы профилактики ВИЧ-инфекции должны быть отражены как в стандарте здорового образа жизни, так и в системе охраны труда.

Считаем, что меры противодействия распространению ВИЧ-инфекции на рабочих местах должны стать частью национальной политики Российской Федерации в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции.



ООО «Компания НЕОТОН»,
г. Москва
8-800-700-24-55 (бесплатно),
(495) 972-29-77,
(495) 978-87-53
<http://www.neoton.su>,
neoton-grodno@mail.ru

ООО «Компания Неотон»

**эксклюзивный дилер завода ОАО «ГродТоргМаш»,
г. Гродно, Республика Беларусь**

Коробки стерилизационные круглые с фильтрами КСКФ предназначены для стерилизации материалов и предметов медицинского назначения в паровых медицинских стерилизаторах и дальнейшей их транспортировки и хранения в течение 20 суток. Изготовлены из медицинской европейской нержавеющей стали. Фильтры сохраняют свои фильтрующие свойства до 60 циклов стерилизации.

- Область применения — лечебные учреждения всех профилей
- Быстроразъемный, удобный фиксатор прижима фильтров
- Не требуется резиновое уплотнение
- Коробки стерилизационные обеспечивают сохранность стерильности материалов не менее трех суток
- Комплекты фильтров можно приобрести отдельно
- Отправка ТК в любой регион России.



Об организации надзора за внутрибольничными инфекциями в Ростовской области

М. Ю. Соловьев, Е. В. Ковалев, С. А. Ненадская, Т. А. Фильченкова, С. Р. Якубова;
Управление Роспотребнадзора по Ростовской области

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, являются серьезной проблемой современного здравоохранения. В настоящее время активно изучаются механизмы формирования патогенных свойств бактерий, связанные с передачей бактериофагами генетической информации. Госпитальные штаммы возбудителей инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, приобретая высокую вирулентность и множественную резистентность к химиопрепаратам, антибиотикам, антисептикам и дезинфектантам, получают способность к паразитическому существованию у пациентов различных стационаров [4].

Отличительной особенностью эпидемического процесса внутрибольничных инфекций является прямая зависимость от применяемых медицинских технологий, которые с одной стороны позволяют повысить эффективность медицинской помощи, влияют на продолжительность жизни, а с другой — приводят к появлению других, не менее значимых, последствий, в том числе к росту инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее — ИСМП), возникновению эпидемических очагов с групповыми заболеваниями [7].

В ноябре 2011 года утверждена новая Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Поставлено 13 задач по совершенствованию всех аспектов проблемы внутрибольничного инфицирования, в том числе лабораторной диагностики и мониторинга возбудителей ИСМП [1].

В настоящее время в научной литературе, в публикациях ВОЗ, нормативных документах большинства стран мира используется термин «инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи» (Healthcare-associated infection — HAI) [1]. Этот термин считается более точным, нежели «внутрибольничная инфекция», так как к нему относят случаи инфекции, не только присоединяющиеся к основному заболеванию у госпитализированных пациентов, но и связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др.), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, поражают 5—10% пациентов, находящихся в стационарах, и занимают десятое место в ряду причин смертности населения [1].

Пациенты с ИСМП находятся в стационаре в 2—3 раза дольше, чем аналогичные пациенты без признаков инфекции. Летальность при различных нозологических формах ВБИ колеблется от 35 до 60% [1].

В 3—4 раза возрастает стоимость лечения; экономический ущерб, причиняемый ИСМП [1], значителен: в Российской Федерации эта цифра, по самым скромным подсчетам, может достигать 10—15 млрд рублей в год [2].

В России, по данным официальной статистики, ежегодно регистрируется примерно 30 тысяч случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, однако эксперты считают, что их истинное число составляет не менее 2—2,5 млн человек [1].

В зависимости от действия различных факторов, частота возникновения ИСМП колеблется. Некоторые группы пациентов особенно уязвимы: новорожденные дети, пожилые люди, пациенты с тяжелым течением основной патологии и множественными сопутствующими заболеваниями, пациенты, подвергающиеся агрессивным и инвазивным медицинским манипуляциям, трансплантации органов и т. п. В этих группах показатели инфицирования значительно выше [1].

В Ростовской области за последние 18 лет регистрировалось от 1066 до 59 случаев внутрибольничного инфицирования. Максимум регистрировался в 1995 году, минимум — в 2012 [5]. С 1995 года ежегодно, за исключением 2000 и 2011 годов, заболеваемость ВБИ по сравнению с предыдущим годом снижалась, и за весь анализируемый период отмечено снижение в 18 раз.

В этиологической структуре внутрибольничных инфекций Ростовской области основной удельный вес составляют гнойно-септические инфекции (ГСИ) — 64—97%. На острые кишечные инфекции в различные годы приходится от 0 до 10%, на парентеральные гепатиты — от 0 до 5%, другие инфекционные заболевания не превышали 6%, за исключением 2011 года (29%). Практически не регистрируются заболевания мочеполовой сферы и внутрибольничные пневмонии, хотя за рубежом инфекции мочевыводящих путей занимают ведущее место в структуре гнойно-септической патологии. В Ростовской области с 2003 года отмечено 5 случаев инфекций мочевыводящих путей, в 2011 году — 2 внутрибольничных пневмонии.

Ежегодно в Ростовской области регистрируются случаи ИСМП на спорадическом уровне и единичные случаи групповой заболеваемости. В период 2000—2010 гг. это были гнойно-септические инфекции, острые кишечные инфекции, гемоконтактные (парентеральные) инфекции. Особенностью эпидситуации 2011 года явилась регистрация групповой заболеваемости, вызванной различными этиологическими агентами, в том числе кори (воздушно-капельным путем передачи), Крымской геморрагической лихорадки с аспирационным (редчайшим для этой инфекции механизмом) и парентеральным путем передачи, в том числе среди медицинского персонала лечебно-профилактических организаций различного уровня Ростовской области [3].

В структуру внутрибольничных гнойно-септических инфекций Ростовской области входят: ГСИ новорожденных и родильниц, послеоперационные, постинъекционные инфекции и другие. В различные годы преобладают ГСИ новорожденных либо постинъекционные инфекции.

На ГСИ родильниц приходится от 2 до 16%, послеоперационные инфекции составляют 6—12%.

Гнойно-септические заболевания новорожденных — одна из наиболее сложных проблем здравоохранения. В неонатальном периоде течение любого инфекционного процесса, даже локального, опасно своими осложнениями и генерализацией.

В Ростовской области за последние 10 лет из генерализованных форм регистрировался только сепсис, из легких — омфалиты, пиодермия, конъюнктивиты. Сепсис практически ежегодно поражает новорожденных, максимальное количество случаев отмечено в 2007 и 2008 годах.

В структуре легких форм ГСИ конъюнктивиты занимали лидирующее положение до 2009 года — на них приходилось более половины случаев (53—68%). Последние 4 года преобладают пиодермии — их удельный вес составляет от 46 до 82%. Процент омфалитов колебался от 0 до 23%.

Внутриутробные инфекции (ВУИ) в статистических формах отнесены к внутрибольничным заболеваниям. ВУИ плода на современном этапе является одной из наиболее важных проблем акушерства и перинатологии, его частота колеблется от 6 до 53%, достигая 70% среди недоношенных детей [6].

В структуре перинатальной смертности удельный вес ВУИ составляет от 2 до 66%. Такие разноречивые показатели объясняются трудностями диагностики данной патологии, которая часто скрывается за такими диагнозами, как «внутриутробная гипоксия», «асфиксия», «родовая травма». Проблема лабораторной диагностики ВУИ требует решения, однако отсутствует законодательная база, не обеспечено финансирование этих исследований.

В свою очередь, под маской диагноза «ВУИ» может скрываться внутрибольничное инфицирование, поэтому принято расценивать рост числа ВУИ как предвестник эпидемиологического неблагополучия в акушерских стационарах.

С 2006 года в стране и области проводится регистрация случаев ВУИ. В последние годы регистрируется около 400 случаев, в среднем, 10% детей с диагнозом «ВУИ» умирают.

Соотношение числа внутрибольничных случаев гнойно-септических инфекций у новорожденных к числу случаев ВУИ с момента регистрации постепенно нарастало до 1:18 в 2010 году. В последние 2 года соотношение резко снизилось и составило соответственно 1:8, 1:10.

На сегодняшний день в проблеме внутрибольничного инфицирования остаются актуальными инфекции с парентеральным механизмом передачи.

В течение 20 лет в области не регистрировали случаев внутрибольничного инфицирования ВИЧ. Однако в 2010 году был выявлен нозокомиальный очаг ВИЧ-инфекции в акушерско-обсервационном отделении больницы г. Ростова-на-Дону пятилетней давности. Общее число ВИЧ-инфицированных составило 4 человека, из которых у двух детей нельзя исключить заражение ВИЧ при проведении парентеральных вмешательств.

В ходе эпидрасследования было установлено, что наиболее вероятной манипуляцией, при которой могла произойти передача вируса, явилась проба на фенилкетонурию — при ее постановке выделяется наибольший объем крови, руки медсестры находятся «ближе всего к ране», возможность контаминирования максимальная. В ходе эпидрасследования рассматривалось

несколько версий, одна из которых не исключала заражение через грудное молоко. Эпидемиологическая версия формирования данного нозокомиального очага была подтверждена молекулярно-генетическими исследованиями.

Внедрение методов иммуноферментного анализа, разработка чувствительных тест-систем и ограничение показаний к переливанию крови и препаратов крови позволили добиться снижения доли лиц, заражение которых гепатитом В связано с переливаниями препаратов крови — с 1,5% в 1998 году до 0% в 2004 году и до настоящего времени. Аналогичным образом изменилась и ситуация по гепатиту С: с 2004 года не зарегистрировано ни одного случая посттрансфузионного гепатита С, в 1997 году таковой составлял 2,6%.

В структуре путей передачи вирусов парентеральных гепатитов резко снизилась внутрибольничная заболеваемость: на долю инфицирования гепатитом В в ЛПО Ростовской области приходилось 35% в 1992 году, в 2012 эта цифра составила 1,7%. Аналогичная динамика по гепатиту С: в 1994 году — 39%, в 2011-м — 0%.

Случаи профессионального инфицирования медицинских работников области не регистрировались с 2003 по 2010 годы и в 2012 году.

В соответствии с Положением о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 №322 в рамках Федерального закона от 26.12.2008 №294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», Управление Роспотребнадзора по РО осуществляет надзор и контроль за исполнением обязательных требований законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, предупреждения возникновения внутрибольничных инфекций и профессиональных заболеваний персонала, в том числе при оказании медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях, расположенных в г. Ростове-на-Дону.

За текущий период 2013 года были проведены плановые проверки в отношении ЛПО федерального, областного, муниципального подчинения.

В большей части проверенных медицинских организаций и ЛПУ выявлены следующие нарушения санитарного законодательства, которые способствуют возникновению ИСМП или создают условия для распространения инфекции:

- *набор и площади помещений ЛПО недостаточны/ не предусмотрены (или мало приспособлены): кладовые для хранения чистого и грязного белья (грязное белье хранится в душевых, туалетах); кладовые хранения предметов уборки (хранятся в шкафах в коридорах или лечебных кабинетах); гардеробные для верхней одежды персонала (персонал раздевается в лечебных кабинетах, не организовано раздельное хранение верхней, личной и санитарной одежды); помещения для хранения запаса постельных принадлежностей (матрасов, подушек, одеял), недостаточен их обменный фонд, в связи с чем дезкамерная обработка их проводится не в полном объеме;*
- *архитектурно-планировочные решения лечебных организаций, в том числе*

оперблоков, не исключают возможность перекрещивания потоков с различной степенью эпидемиологической опасности: отсутствуют санпропускники для персонала при входе в оперблок; недостаточен набор помещений, в связи с чем невозможно их строгое зонирование (не предусмотрены комнаты для хранения стерильных растворов и инструментов и т. п., шлюзы, наркозные и другие вспомогательные помещения);

- *здания медицинских организаций, в том числе имеющие в своем составе операционные блоки, не оборудованы приточно-вытяжной вентиляцией с механическим побуждением, что не позволяет обеспечить нормируемую кратность воздухообмена;*
- *в отделениях входы в отделения не оборудованы шлюзами, архитектурно-планировочные решения отделений не исключают перенос инфекций из палатных отделений и других помещений в операционные блоки и другие помещения, требующие особой чистоты воздуха. В ряде учреждений отсутствует территориальное деление отделений (отделения имеют общие помещения, палаты расположены в одном коридоре и т. п.);*
- *занижена площадь на 1 койку (2,5—6 кв.м. при нормируемой — 7—13 кв.м.);*
- *допускается установка в палатах стационаров более 4-х коек;*
- *не предусмотрено резервное горячее водоснабжение, в том числе в лечебных учреждениях хирургического, инфекционного, акушерского профиля;*
- *в помещениях, требующих соблюдения особого режима и чистоты рук персонала (манипуляционные, перевязочные, процедурные), раковины не оборудованы локтевыми кранами и локтевыми дозаторами с жидким мылом и растворами антисептиков;*
- *не решены вопросы обеспечения достаточного запаса санитарной одежды персонала и ее централизованной стирки. Не соблюдается кратность смены санитарной одежды, санитарная одежда сотрудников стирается на дому;*
- *внутренняя отделка помещений не соответствует гигиеническим нормативам;*
- *нарушения в обращении с отходами ЛПО. При этом встречались такие нарушения, как: повторное использование одноразовых расходных материалов (пакетов, контейнеров для сбора колющего инструментария) или несоблюдение кратности и сроков их использования (емкости для сбора игл должны использоваться не более трех суток, в операционных смена их должна осуществляться после каждой операции); надевание колпачков на иглы после инъекций и капельниц, дезинфекция игл в колпачках, что фактически не обеспечивает их дезинфекцию; сброс отходов класса Б в контейнеры для сбора отходов от населения без изменения их внешнего вида; смешивание отходов различных классов, их пересыпание, и др.*

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

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

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

В ряде лечебно-профилактических организаций отсутствуют централизованные стерилизационные отделения. Стерилизация материала и инструментария проводится в автоклавных и стерилизационных, оборудованных стерилизаторами, конструкция которых не позволяет исключить переключивания стерильных и нестерильных потоков (с односторонней загрузкой и выгрузкой).

За выявленные нарушения в ходе проверок медицинских организаций привлечено к административной ответственности 234 должностных и юридических лица по ст. 6.3, 6.4, 14.4 ч. 2, 8.2 КоАП РФ на сумму 1821 тыс. руб. По результатам проверок в адрес руководителей лечебных учреждений направлены предписания для устранения нарушений, которые находятся на контроле Управления Роспотребнадзора по Ростовской области.

Следовательно, причинами возникновения и распространения внутрибольничных инфекций явились нарушения санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов. В целях недопущения формирования эпидемических очагов руководителям лечебно-профилактических организаций необходимо взять на строгий контроль соблюдение нормативно-методических документов, регламентирующих

организацию и порядок противоэпидемического режима стационара, повысить ответственность специалистов. Улучшению качества профилактических и противоэпидемических мероприятий в лечебно-профилактических организациях будет способствовать разработанная Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Литература

1. Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 06.11.2011).
2. Асланов Б. И., Зуева Л. П., Долгий А. А., Любимова А. В., Хорошилов В. Ю. Перспективы фаготерапии госпитальных инфекций в условиях формирования антибиотикорезистентности // Инфекция и иммунитет. — 2012. — №1—2. — С. 471.
3. Шемшур О. П., Ковалев Е. В., Ненадская С. А., Гончарова О. В., Воротникова И. С., Фильченкова Т. А. Внутрибольничная заболеваемость среди медработников лечебно-профилактических организаций Ростовской области // Инфекция и иммунитет. — 2012. — №1—2. — С. 500.
4. Асланов Б. И., Зуева Л. П., Долгий А. А., Гончаров А. Е., Архангельский А. И. Эволюция госпитальных штаммов — роль бактериофагов // Материалы II Международного Конгресса по внутрибольничным инфекциям, 23—24 ноября 2011 года.
5. Государственный доклад по Ростовской области за периоды 1995—2000 гг., 2001—2005 гг., 2006—2010 гг.
6. О регистрации инфекционных болезней // Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 22.02.2006 №0100/1979-06-32.
7. Заргарьянц А. И., Демина Ю. В. Групповые заболевания внутрибольничными инфекциями в лечебно-профилактических организациях Российской Федерации (2007—2010 гг.) // Материалы II Международного Конгресса по внутрибольничным инфекциям, 23—24 ноября 2011 г.



АВТОМАТИЧЕСКИЙ ПОРТАТИВНЫЙ АСПИРАТОР ПУ-15

- Отбор проб биологических аэрозолей на чашки Петри при борьбе с ВБИ в лечебных и лечебно-профилактических учреждениях, при контроле производственного и атмосферного воздуха.
- Светодиодная индикация (объем проб 50, 100, 250, 500, 1000 дм³, объемный расход — 150 дм³/мин.), питание — 220В и от встроенного аккумулятора.



ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: ЗАО «ХИМКО»

129226, г. Москва,

ул. Сельскохозяйственная, д. 12А, стр. 1

тел.: (499) 181-35-38, 181-00-19, тел./факс (499) 181-21-20

www.ximko.ru

e-mail: petrik@ximko.ru

Лампа щелевая ЛС-01- «ЗЕНИТ»

с оптической системой Грену для комфортного обследования пациентов в офтальмологии. Комплектуется механическим столом и цифровой фото- и видео системой.



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

обеспечивает максимальное снижение рисков внутрибольничного инфицирования медицинского персонала и пациентов.



Светильники смотровые ССп-02-«ЗЕНИТ»

за счет оптимального LED освещения обеспечивают врачу максимальный комфорт при осмотрах и проведении операций.



Лупы бинокулярные

оптимально подходят для использования в хирургии, стоматологии, офтальмологии, косметологии со стереоскопическим увеличением рабочего стола.



Кольпоскопы напольные

бинокулярные с LED-осветителем и холодным светом, с цифровой фото- и видеосистемой для обследования пациентов в гинекологии и проктологии.



Система для тотального эндопротезирования тазобедренных суставов «ЗЕНИТ-ЭПРО»

использование новейших материалов: высоколегированного кобальто-хром-молибденового и титанового сплавов, сверхвысокомолекулярного полиэтилена Cherufen.



Кресла медицинские электрохимические

для обследования пациентов в гинекологии и проктологии.



Быстрая диагностика острого инфаркта миокарда — путь к повышению выживаемости пациентов

А. Н. Шибанов, Генеральный секретарь Российской Ассоциации медицинской лабораторной диагностики, г. Москва

Инфаркт миокарда (ИМ) является одной из основных причин смертности в цивилизованных странах. По данным Федеральной службы государственной статистики, ишемическая болезнь сердца в 2012 году явилась причиной смерти 29,5% взрослого населения России.

За последние 20 лет мировая медицина достигла больших успехов в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе инфаркта миокарда. Такие методы, как тромболитическая терапия, реперфузия сердечной мышцы, баллонная ангиопластика во многих случаях позволяют восстановить кровообращение в сердечной мышце и спасти жизнь больного. Эффективность этих методов решающим образом зависит от времени между моментом возникновения острой сердечной недостаточности и началом проведения лечебных мероприятий. Каждый час задержки значительно снижает вероятность положительного исхода. Поэтому большую роль в успешном лечении ИМ играет своевременная постановка диагноза.

Диагностика ИМ основывается на трех группах критериев:

- анамнез и физикальное обследование;
- данные инструментальных исследований;
- определение в крови кардиомаркеров — белков, специфичных для инфаркта миокарда.

При любом клиническом варианте инфаркта миокарда данные физикального обследования имеют только вспомогательное диагностическое значение.

Ключевым методом инструментальной диагностики является электрокардиография (ЭКГ). Наиболее надежными электрокардиографическими признаками ИМ являются динамика сегмента ST и изменения зубца T. Однако до 25% всех ИМ не вызывают никаких изменений на ЭКГ, а от 20% до 30% всех случаев ИМ протекают без болевого приступа, особенно у пожилых, а также у больных диабетом и гипертонической болезнью.

ТРЕХКОМПОНЕНТНЫЙ КАРДИОТЕСТ «ИммунТех»

НАДЕЖНЫЙ ПОМОЩНИК ВРАЧА

В ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА!

- **Высокая диагностическая ценность исследования** - одновременное определение трех маркеров инфаркта миокарда (тропонина I, миоглобина и креатинкиназы МВ)
- **Быстрота получения результата** - время от взятия крови до получения результата - 15 минут
- **Простота и удобство в использовании** - анализ может выполняться даже у постели больного (никакое оборудование не требуется)



А/О Юнимед, 129301, г. Москва, ул. Касаткина, 3а
тел. (495) 734-91-31, факс (495) 229-91-31
e-mail: office@yunimed.ru; www.yunimed.ru

Следовательно, определение биохимических маркеров некроза миокарда — необходимый компонент комплексной диагностики ИМ.

Опыт многолетнего использования таких тест-систем в диагностике ИМ в зарубежных странах четко демонстрирует их клиническую эффективность и экономическую целесообразность: время постановки диагноза сокращается с 76 минут (при проведении ИФА-анализа) до 19,5 минут, что позволяет раньше начать тромболитическую терапию, в результате чего снизить общие затраты на лечение пациента на 25% и повысить выживаемость пациентов с ИМ. Использование экспресс-тестов в условиях скорой помощи позволяет существенно увеличить эффективность использования специализированных бригад скорой помощи и значительно сократить количество непрофильных госпитализаций.

А/О Юнимед с 2009 года эксклюзивно представляет в РФ экспресс-тест для одновременного определения трех маркеров инфаркта (тропонина-I, креатинкиназы-МВ и миоглобина) — трехкомпонентный кардиотест «ИммунТех» производства ведущего мирового производителя — южнокорейской компании YD Diagnostics. С помощью данного

теста анализ проводится без использования приборов, для исследования может быть использована венозная кровь, сыворотка, плазма и капиллярная кровь, что позволяет выполнять исследование не только в лаборатории, но и у постели больного, в машине скорой помощи, при посещении пациента на дому. Результат готов в течение 15 минут.

Трехкомпонентный кардиотест «ИммунТех» прошел клинические испытания в НИИ СП им. Н. В. Склифосовского и в отделении кардиологии ГКБ №20, в результате которых рекомендован к широкому применению в ЛПУ России в качестве метода скринингового обследования у пациентов с подозрением на острый коронарный синдром.

В настоящее время данный диагностикум применяется уже более чем в 800 лечебно-профилактических учреждениях нашей страны, в том числе во многих ЛПУ Ставропольского края, Республики Дагестан, Северной Осетии-Алании, Краснодарского края, Ростовской и Волгоградской областей.

Приобрести трехкомпонентный кардиотест «ИммунТех» Вы можете как непосредственно в компании «А/О Юнимед», так и у фирм-поставщиков в Вашем регионе.

Влияние приверженности к терапии пациентов с пятилетним анамнезом перенесенного инфаркта миокарда на прогноз течения ишемической болезни сердца

В. А. Сафроненко, А. И. Чесникова, А. В. Хрипун; Кафедра внутренних болезней с основами общей физиотерапии №1 ГБОУ ВПО «РостГМУ» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону

Патология системы кровообращения в течение многих лет возглавляет статистику смертности населения как в России, так и во всем мире [1]. Следует отметить, что наибольший вклад как в структуру болезней системы кровообращения, так и в структуру смертности населения вносит, безусловно, ишемическая болезнь сердца (ИБС). Продолжает расти и заболеваемость инфарктом миокарда (ИМ), при этом пациенты с ИМ в анамнезе составляют одну из наиболее проблемных категорий среди всех больных ИБС. У выживших сохраняется высокий риск повторной сосудистой катастрофы: 18% мужчин и 35% женщин в течение последующих шести лет переносят второй ИМ [2]. В России ежегодно регистрируется около 860 смертей от ИБС на 10 тысяч населения, и самая распространенная причина — острый инфаркт миокарда (ОИМ) [3]. Именно поэтому одной из важнейших задач на сегодняшний день является разработка эффективных методов вторичной профилактики ИБС и повышения приверженности пациентов к терапии [4].

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 164 пациента с пятилетним анамнезом перенесенного ИМ, 77,9% из них составляли мужчины. Средний возраст больных — $55,23 \pm 1,65$ лет. Все пациенты, включенные в исследование, в 2005—2006 годах находились на лечении в Областном сосудистом центре ГБУ РО «РОКБ» по поводу ИМ. Анализ архива историй болезней показал, что в 69,6% случаев выявляли первичный ИМ, в 24,4% — повторный ИМ, у 6% пациентов во время стационарного лечения развился рецидивирующий ИМ. В 36,3% случаев регистрировали ИМ без Q-зубца, в 63,7% — крупноочаговый ИМ.

Коронароангиографию выполнили 71,4% пациентов. Реперфузионная терапия проводилась в 72,3% случаев. При этом в 67,5% случаев было выполнено чрескожное коронарное вмешательство, в 4,8% случаев — системная тромболитическая терапия. Всем пациентам при выписке из стационара была назначена оптимальная медикаментозная терапия, включавшая антиагрегантную терапию, бета-адреноблокаторы, статины и блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) — схема «ABCD». Согласно современным рекомендациям, препараты этих групп способствуют снижению риска развития повторного ИМ и улучшению прогноза у больных, перенесших ИМ [5].

Для анализа течения ИБС и оценки приверженности к терапии была разработана специальная анкета. Отвечая на ее вопросы, пациенты сообщали о факторах риска, сопутствующей патологии, произошедших с ними сердечно-сосудистых событиях в период с 2005—2006 по 2010—2011 годы, а также указывали регулярность приема лекарственных препаратов после перенесенного ИМ и их дозы. К 2010—2011 годам в связи со сменой

места жительства из исследования выбыло 2,4% пациентов. В зависимости от приверженности к терапии все пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты, приверженные в течение пяти лет к терапии, включавшей антиагреганты, бета-адреноблокаторы, статины и блокаторы РААС, составили 1-ю группу ($n=76$; 46,3%). Пациенты, не приверженные к данной терапии, составили 2-ю группу ($n=88$; 53,7%).

Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с использованием программы Statistica 8.0. Описание изучаемых параметров производили путем расчета средних выборочных значений и стандартного отклонения $M \pm SD$. При сравнении долей (%) применяли критерий χ^2 Пирсона. Достоверность различий между группами оценивали с помощью непараметрических критериев Вилкоксона и Манна-Уитни. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования показали, что пятилетняя летальность в исследуемой группе составила 22,1%, в том числе в течение первых двух лет после перенесенного ИМ умерли 37,8% пациентов, а наибольшая смертность (62,2%) приходилась на период от трех до пяти лет после ИМ ($p=0,036$). Следует отметить, что достоверно больший процент смертельных исходов выявлен в группе пациентов, не приверженных к терапии: в 1-й группе — 14,5%, во 2-й группе — 29,5% ($p=0,007$). Фатальный ИМ явился ведущей причиной смерти (30,8%) в группе пациентов, не приверженных к терапии «ABCD», что на 12,6% больше по сравнению с группой пациентов, регулярно принимавших данную терапию. У 23,1% пациентов, не получавших адекватной медикаментозной терапии, причиной смерти являлся инсульт, в 15,4% случаев — внезапная смерть. Необходимо отметить, что в группе пациентов, приверженных к терапии «ABCD», фатальный инсульт и внезапная сердечная смерть регистрировались в одинаковом количестве случаев (18,2%), что достоверно не отличалось от частоты встречаемости у пациентов, не приверженных к терапии.

Особый интерес вызвал анализ частоты развития повторных сердечно-сосудистых событий в течение пятилетнего наблюдения. Так, было отмечено, что в группе пациентов, не приверженных к терапии, повторный ИМ развивался на 3,1% чаще — по сравнению с группой пациентов, приверженных к терапии «ABCD». Следует отметить, что у пациентов, нерегулярно принимавших комбинированную терапию, в 2/3 случаев развитие повторного ИМ и инсульта заканчивалось летальным исходом, в то время как в группе пациентов, регулярно принимавших данную терапию, фатальный инсульт развивался в 1/3 случаев, а фатальный ИМ — в 1/4 случаев.

Кроме того, анализ течения ИБС показал, что в группе пациентов, не приверженных к терапии, к концу исследования достоверно увеличился процент встречаемости пациентов со стабильной стенокардией (на 31,8%), чего не было отмечено в группе пациентов, регулярно принимавших рекомендованные препараты. Данный факт, безусловно, объясняется прогрессированием атеросклеротического поражения коронарных артерий у больных, нерегулярно принимавших четырехкомпонентную терапию.

Частота развития гемодинамически значимых нарушений ритма за пять лет наблюдения в обеих группах была сопоставима.

Важно отметить, что в течение пяти лет после перенесенного ИМ 12,1% пациентов была проведена коронароангиография и 14,5% пациентов в отдаленном периоде выполнены чрескожные коронарные вмешательства. Следует подчеркнуть, что достоверной разницы между группами по количеству проведенной коронароангиографии и последующей реваскуляризации выявлено не было.

Большое внимание было уделено динамике встречаемости факторов риска за пятилетний период наблюдения

(табл. 1). Так, отмечено достоверное увеличение (на 19,3%; $p=0,003$) случаев выявления артериальной гипертензии у пациентов, не приверженных к терапии в течение пяти лет. Согласно патогенетическим механизмам развития АГ, данная ситуация может быть объяснима отсутствием должного медикаментозного влияния на симпато-адреналовую систему и РААС, повышенная активность которых, безусловно, приводит к развитию и прогрессированию АГ.

Заслуживает внимания тот факт, что независимо от приверженности к терапии в обеих группах пациентов к 2010–2011 годам наблюдения гиперхолестеринемия встречалась в 100% случаев ($p_1=0,042$, $p_2=0,012$), что может быть обусловлено, с одной стороны, нерегулярным приемом статинов (или полным его отсутствием), а с другой стороны — приемом препаратов в недостаточной терапевтической дозе.

Следует отметить, что к пятому году наблюдения выявлено достоверное прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) в группе пациентов, не приверженных к четырехкомпонентной терапии. Так, увеличилась частота встречаемости ХСН IIA стадии на 21% ($p=0,041$) и уменьшилась частота выявления

Таблица 1

Сравнительная характеристика пациентов с пятилетним анамнезом перенесенного ИМ в зависимости от приверженности к терапии

Показатели, %	1 группа: приверженные к терапии «ABCD» (n=76)			2 группа: не приверженные к терапии «ABCD» (n=88)			p ₃
	2005–2006 гг., %	2010–2011 гг., %	p ₁	2005–2006 гг., %	2010–2011 гг., %	p ₂	
Наследственность	60,8			39,2			0,295
СД	17,1	23,7	0,461	12,5	20,46	0,263	0,854
АГ	80,3	90,8	0,065	63,6	82,9*	0,003	0,118
Гиперхолестеринемия	94,7	100*	0,042	93,2	100*	0,012	1,0
Стабильная стенокардия	38,15	50	0,141	40,9	72,7*°	0,000	0,002
ХСН I стадии	23,7	9,2*	0,016	28,4	2,3*	0,000	0,066
ХСН IIA стадии	53,9	67,1	0,097	48,9	69*°	0,041	0,037
ХСН IIB стадии	13,15	15,8	0,644	13,6	23	0,092	0,129
ХСН III стадии	5,3	7,9	0,512	3,4	7	0,749	0,503
ХСН I ФК	10,5	2,6*	0,049	11,4	0	-	0,455
ХСН II ФК	50	64,5	0,071	30,6	13,6*°	0,006	0,042
ХСН III ФК	43,4	50	0,329	38,6	57,9*°	0,010	0,035
ХСН IV ФК	5,3	7,9	0,731	2,3	7	0,147	0,230
Нет ХСН	6,6	-	-	7,95	-	-	1,0
Нестабильная стенокардия, %	6,6			12,5			0,202
Повторный ИМ, %	10,5			13,64			0,543
Инсульт, %	7,9			9,09			0,784
Гемодинамически значимые нарушения ритма, %	18,4			18,2			0,968
КАГ, %	1,3			2,3			0,627
ЧКВ, %	2,6			4,6			0,515
АКШ, %	2,6			1,14			0,476

Примечание: p₁, p₂ – достоверность различий внутри группы; * – p₁, p₂ < 0,05; p₃ – достоверность различий между группами, ° – p₃ < 0,05.

ХСН I стадии на 26,1% ($p=0,000$). Кроме того, в данной группе достоверно реже встречались пациенты с ХСН I ФК и II ФК (на 11,4% и 17% соответственно) и чаще — больные с ХСН III ФК (на 19,3%, $p=0,010$). При анализе течения ХСН в группе пациентов, приверженных к терапии «ABCD», к концу периода наблюдения отмечены лишь достоверное уменьшение количества пациентов с ХСН I стадии в 2,5 раза ($p=0,016$) и тенденция к увеличению числа пациентов с ХСН IIA стадии на 13,2% ($p=0,097$), а также достоверное уменьшение частоты встречаемости ХСН I ФК в 4 раза ($p=0,049$) и тенденция к увеличению числа больных с II ФК на 14,5% ($p=0,071$). По всей вероятности, более выраженное прогрессирование ХСН у больных, не приверженных к терапии, обусловлено прогрессированием ишемии миокарда, артериальной гипертензии и, как следствие, более выраженными структурно-функциональными изменениями сердца в условиях повышенной активности ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпат-адреналовой систем.

Выводы

По результатам проведенного исследования выявлена низкая приверженность пациентов с пятилетним анамнезом инфаркта миокарда к терапии, включавшей антиагреганты, бета-адреноблокаторы, статины и блокаторы РААС, которая рекомендована для улучшения прогноза (46,3%). В группе пациентов, не приверженных к данной комбинированной терапии, отмечался достоверно более высокий процент летальности,

в том числе в связи с повторным инфарктом миокарда, а также наблюдалось увеличение количества пациентов с артериальной гипертензией, стабильной стенокардией и прогрессированием хронической сердечной недостаточности по сравнению с соответствующими показателями у пациентов, приверженных к терапии в течение пятилетнего периода наблюдения.

Литература

1. Савченко А. П., Руденко Б. А. Клиническая эффективность эндоваскулярных технологий при лечении ишемической болезни сердца // Кардиологический вестник. — 2008. — Т. 3 (XV). — №1. — С. 5—11.
2. Бубнова М. Г. Предупреждение сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с факторами риска с позиции доказательной медицины // Кардиосоматика. — 2011. — №1. — С. 44—51.
3. Воробьева И. И., Васильева Е. Ю., Шпектр А. В. Оптимальная тактика амбулаторного ведения больных после перенесенного инфаркта миокарда // Креативная кардиология. — 2010. — №2. — С. 40—51.
4. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов / под ред. А. Д. Кэмма, Т. Ф. Люшера, П. В. Серриуса; пер. с англ. под ред. Е. В. Шляхто. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 1480 с.
5. Рекомендации Европейского общества кардиологов «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике» (пересмотр 2012 г.). — 84 с.

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 — 450x240x260 мм; ФМ-5 — 360x215x230 мм; ФМ-7 — 380x140x250 мм

СУМКА СПАСАТЕЛЯ-САНИТАРА (САНДРУЖИННИКА): СМ-1, СМ-1м

Материал — водоотталкивающая ткань

СМ-1 — 380x2160x260 мм; СМ-1м — 300x125x200 мм

СУМКА ДЛЯ МЕДКОМПЛЕКТА СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДПЕРСОНАЛА: СМ-2, СМ-3

Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка; 330x190x190 мм

СМ-2 с планшетами для хирургических инструментов и вкладыш-ампульница на 16 гнезд; СМ-3 с ампулярием на 40 гнезд и планшетом для режущих инструментов

СУМКА ВРАЧА ДЛЯ НАБОРА 1-й ПОМОЩИ: СМ-4, СМ-5

Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка; 285x100x215 мм

СМ-4 — 2 сменных планшета на 28 ампул; СМ-5 — 3 сменных планшета на 45 ампул

СУМКА ПОД ШТАТИВЫ ДЛЯ ПРОБ КРОВИ И БАКАНАЛИЗОВ: СПШ-1, СПШ-2, СПШ-3, СПШ-4, СЛС

Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка

СПШ-1 — на 80 гнезд, 280x255x150 мм; СПШ-2 — на 30 гнезд, 230x155x175 мм; СПШ-3 — на 120 гнезд, 500x240x200 мм; СПШ-4 — на 80 гнезд, пробирки высокие 290x260x220 мм; СЛС — на 10 гнезд, 160x110x230 мм

СУМКА ДЛЯ ПЕРЕНОСИ ЛАБОРАТОРНОГО ИНВЕНТАРЯ: СЛ-1, СЛ-2, СЛ-3

Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка

СЛ-1 со сменным вкладышем, 410x185x280 мм; СЛ-2 — 320x150x300; СЛ-3 с плечевым ремнем, 410x185x320

РЮКЗАК СПАСАТЕЛЯ-ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА): РМ-2 с вкладышем, РМ-3 без вкладыша

Материал — водоотталкивающая ткань, 370x250x470 мм

ФУТЛЯР-УКЛАДКА ДЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

УМСП-01-Пм, УМСП-01-П, УМСП-01-Пм/2, УМСП-01-М

Материал — высокопрочный холо- и теплоустойчивый пищевой пластик

УМСП-01-Пм — 440x252x330 мм; УМСП-01-П — 520x310x390 мм; УМСП-01-Пм/2 — 440x252x340 мм

УМСП-01-М — материал — алюминиевый сплав, масса 3,9 кг, 441x220x295 мм

АМПУЛЯРИЙ: АМ-72 (на 72 ампулы); АМ-120 (на 120 ампул)

Материал — водоотталкивающая ткань, 215x155x75 мм; 330x130x70 мм

ПАПКА-УКЛАДКА: ПУ-х (для хирурга), ПУ-в (для врача), ПУ-мс (для медсестры)

Материал — водоотталкивающая ткань

ПУ-х — 235x125x40 мм; ПУ-в — 255x185x60 мм; ПУ-мс — 235x125x40 мм

СУМКА ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА) СВ, СУМКА ВЫЕЗДНОГО ВРАЧА СВВ, СУМКА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ СВОП

Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка

СВ — 420x190x230 мм; СВВ — 430x215x260 мм; СВОПб — 440x205x220 мм и СВОПм — 375x205x205 мм

СУМКА ДЛЯ ПРОЧЕГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАБОРА СЛ-4 — 410x185x320 мм



Варикозная болезнь — основная патология сосудов

*П. Е. Крайнюков, д.м.н., начальник госпиталя; К. Ю. Минин, начальник отделения
сосудистой хирургии; ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ*

Военный клинический госпиталь — это учреждение, предназначенное для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи раненым и больным, проведения их обследования, лечения, медицинской реабилитации и военно-врачебной экспертизы. В госпитале осуществляется оказание обслуживаемым контингентам стационарной медицинской помощи при наиболее тяжелых ранениях и заболеваниях, требующих комплексного подхода в применении наиболее сложных и дорогостоящих методов обследования и лечения, в том числе оперативных вмешательств, постоянного врачебного наблюдения и интенсивного ухода за больными.

Сосудистая хирургия в Ростовском военном госпитале ранее была сферой деятельности общих хирургов, основным методом хирургического лечения ангиохирургической патологии являлись ампутации нижних конечностей на терминальных стадиях травм, ранений и сосудистых заболеваний.

Отделение сосудистой хирургии на 20 коек организовано в феврале 1992 года. Предпосылками для создания отделения явился значительный рост числа больных с патологией сосудистой системы, в основном за счет облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей, флебопатологии, а также улучшения диагностических методов, в том числе на уровне поликлинического звена, позволяющих выявить сосудистую патологию на ранних стадиях и направить больных для соответствующего лечения. Своевременность образования отделения подтвердили результаты лечения раненых с боевыми травмами сосудов, составлявших в период 1994—2009 гг. от 3 до 7% от общего числа раненых.

За 20 лет в отделении пролечилось около 5700 больных, из них оперировано около 4000 человек. В общей структуре заболеваемости в военном округе болезни сосудистой системы составляют 2,5—3%. Основной патологией сосудов являются варикозная болезнь

и различная флебопатология (51%), облитерирующие заболевания артерий (35%). Оперируемость по поводу варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) составляет 97%. Серьезность проблемы хирургических болезней вен связана с потерей трудоспособности и значительными экономическими затратами, необходимыми для лечения этой категории больных.

ВБНК единодушно признается самой распространенной патологией периферических сосудов. Известное с древнейших времен, это заболевание постоянно находится в центре внимания всех современных врачей. Самый известный след в истории диагностики и лечения ВБНК оставили Гиппократ и Авиценна, Амбруаз Парэ и Парацельс, Теодор Бильрот и Федор Рейн. Невзирая на очевидный значительный прогресс, достигнутый с момента появления первых античных описаний самого заболевания и методов его лечения до настоящих дней, проблему ВБНК нельзя назвать решенной.

Прежде всего, обращает на себя внимание растущая частота выявления ВБНК. Если исследователи 20—60-х годов прошлого века находили варикозную болезнь у 14—26% взрослого населения, то сегодняшние научные работы указывают на поражение поверхностной венозной системы уже у 25—65% мужчин и женщин. Возможным объяснением этого могут послужить совершенствование методов диагностики хронических заболеваний вен, возросшее качество медицинской помощи населению и увеличение продолжительности жизни. Эти причины, безусловно, играют свою роль, но признание их доминирования послужит лишь отражением поверхностного взгляда на ситуацию с распространенностью патологии вен нижних конечностей. Увеличение числа пациентов с ВБНК, вероятнее всего, связано с постоянным действием тех факторов риска, которые наиболее активно стали проявлять себя в последние десятилетия.

Если еще полвека назад флебологи обсуждали наследственные, эндокринные, дисгормональные

теории возникновения варикоза, то в наше время многие специалисты склонны к признанию ведущей роли изменений в образе жизни современного человека. Гиподинамия, нахождение в неподвижном ортостазе (работа стоя, сидя) в течение большей части дня приводят к перегрузке венозной системы, стагнации деятельности основного механизма — мышечно-венозной помпы — и, как следствие, к развитию патологических структурных изменений в венах конечностей. Уменьшение физической активности, нарушения режима и характера питания приводят к формированию хронических запоров, регулярному длительному повышению внутрибрюшного давления при акте дефекации, что также способствует нарушению венозного оттока. Еще одним фактором риска, значение которого возрастает в последние годы, является увеличение числа женщин, принимающих эстроген-гестагенные препараты для контрацепции или в климактерическом периоде. Сохраняются и наследственные факторы, связанные с женским полом, влияние беременности и родов на вероятность возникновения и прогрессирование варикоза.

В хирургической практике отделение сосудистой хирургии Ростовского военного госпиталя использует несколько современных методов лечения варикозной болезни.

Короткий и длинный стриппинг

Стриппинг представляет собой малоинвазивное хирургическое вмешательство, предназначенное для удаления целых вен или их отдельных участков, которые утратили свою функциональную активность вследствие расширения или непроходимости. Различают длинный стриппинг, применяемый для удаления большой подкожной вены, и короткий стриппинг, используемый для устранения строго определенных участков большой или малой подкожной вены, имеющих небольшую протяженность.

Техника выполнения длинного и короткого стриппинга одинакова. Удаление вены или ее фрагмента

осуществляют при помощи зонда. Мы используем современный набор Venostrip для стриппинга фирмы B.Braun Aescular. Для введения зонда в оперируемую вену делают два маленьких надреза, соответствующих началу и окончанию вены. В местах надрезов вену, подвергшуюся патологическим изменениям, обнажают и пересекают. Затем в вену вводят зонд, головку которого закрепляют на одном конце вены при помощи специальной нити. Как только головка закреплена, зонд извлекают, а вместе с ним удаляют и большую вену.

Длинный и короткий стриппинги гарантируют хороший эстетический результат операции по удалению вены, так как не требуют для своего проведения выполнения длинных разрезов. Восстановительный период после операции стриппинга занимает непродолжительное время и не подразумевает применения большого количества обезболивающих препаратов.

Эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК)

Это внутрисосудистая методика лечения варикозных измененных поверхностных вен нижних конечностей, основным механизмом которой является тепловое воздействие лазерного излучения на внутренние стенки вены, вследствие чего происходит закрытие просвета вены с последующим спазмом и замещением просвета вены соединительной тканью. Манипуляция проводится под местной анестезией и ультразвуковым контролем. После выполнения процедуры надеваются эластические компрессионные чулки, и пациент самостоятельно ходит. Также за последние два-три года внедрен и широко применяется метод эндовенозной и чрескожной лазерной абляции подкожных вен и телеангиэктазий установленным в отделении в 2011 году диодным лазером типа Dornier Medilas UltraBeam с криоохлаждением зоны вмешательства.

Склеротерапия

Это методика лечения ретикулярной формы варикозной болезни, основанная на введении в патологически измененные вены препаратов, вызывающих их склерозирование (то есть склеивание просвета вследствие внутрисосудистого повреждения склерозантом и сращения стенок), что приводит к исчезновению видимого венозного рисунка.

Существует несколько разновидностей методик склеротерапии: эхосклеротерапия, микропенная склеротерапия (foam-form), микросклеротерапия.

Эхосклеротерапия

Это метод склеротерапии с использованием ультразвукового контроля в дуплексном режиме для введения склерозирующего препарата в варикозно измененные вены, перфорантные вены, глубоко расположенные сосуды, пораженные варикозом. Визуальный контроль во время процедуры позволяет избежать паравазального (внесосудистого) введения препарата, что значительно снижает риск возникновения осложнений. Этот метод позволяет склерозировать сосуды более крупного диаметра и у пациентов с более выраженной подкожной клетчаткой.

Микропенная склеротерапия (foam-form)

Это эффективный метод склеротерапии. В отличие от классической склеротерапии, склерозирующие препараты вводятся в сосуд не в жидком виде, а в виде мелкодисперсной пены. Лечение подобным методом позволяет повысить эффективность воздействия препарата на венозную стенку. Пена более быстро продвигается по сосудам и вытесняет из просвета кровь. Комбинация двух методик — эхосклеротерапии с микропенной (foam-form) — позволяет проводить склерозирование поверхностных вен нижних конечностей практически любого диаметра.

Микросклеротерапия

Данный метод применяется для удаления небольших венозных сеток, «сосудистых звездочек» диаметром до 2 мм и является косметической процедурой. Часто встречаемой косметической проблемой у женщин являются «сосудистые звездочки». Лечение лучше проводить в прохладное время года, так как для устранения венозной сетки может потребоваться несколько сеансов склеротерапии. Через неделю после первого проведенного сеанса пациент встречается с флебологом для осмотра и определения необходимости дополнительных процедур. Во время лечения необходимо носить компрессионные чулки. Максимальный косметический эффект

от проведенного лечения наступает через 1—2 месяца.

Минифлебэктомия по Варади

Это малотравматичный хирургический метод лечения варикозной болезни с использованием крючковой техники, осуществляемый через микропрокол кожи над варикозной веной, без хирургических разрезов. Проводится местное обезболивание маркированных вен, и с помощью специальных флебологических крючков (Варади) через микропрокол кожи удаляется варикозно измененная вена. Диаметр прокола кожи не требует наложения косметических швов. Следы на месте прокола исчезают в течение месяца. Основной целью этой методики является значительное снижение хирургического воздействия на кожные покровы, по сравнению с традиционной флебэктомией. Данная процедура способствует высокому косметическому эффекту.

При необходимости после оперативного лечения рекомендовано выполнять склеротерапию ретикулярных вен и телеангиоэктазий.

Несмотря на стесненные условия размещения отделения сосудистой хирургии, показатели его диагностической и лечебной работы неуклонно улучшаются: в 1998 году был установлен УЗИ-аппарат для «слепого» исследования сосудов, на смену которому в 2009 году пришли современные аппараты для УЗИ триплексного ангиосканирования артерий нижних и верхних конечностей, магистральных артерий головы (МАГ), компьютерный томограф с возможностью трехмерной ангиографии.

В отделении функциональной диагностики активно используются не только стационарные аппараты экспертного класса УЗИ триплексного ангиосканирования нижних и верхних конечностей, магистральных артерий головы (МАГ), но и полученный переносной аппарат триплексного сканирования и картирования, позволяющий мобильно провести диагностику у нетранспортабельного больного в кожном отделении или в отделении хирургической или терапевтической реанимации, а также интраоперационно. В связи с возросшей достоверностью исследований значительно увеличилась доля оперативных вмешательств на магистральных венах при флотирующем тромбозе:



Фото 1. Флотирующий тромб, удаленный из бедренной вены пациента

- при «низких» тромбозах (ниже паховой складки) мы используем методику открытой тробэктомии и венопликации,
- при «высоких» тромбозах (подвздошных вен и нижней полой вены), связанных с высокой травматичностью открытых операций, в повседневную практику введена имплантация кава-фильтра.

В связи со значительным техническим улучшением оснащения функционального отделения госпиталя многократно увеличилась частота выявления флеботромбозов глубоких вен, осложненных флотацией свободного края тромба, что

ранее приводило к смерти больных от массивных тромбоэмболий. На фото 1 представлен удаленный из бедренной вены пациента флотирующий тромб длиной более 10 см. Обращает на себя внимание утолщенный, похожий на голову змеи, край дистальной части флота, что свидетельствует о том, что на свободной, флотирующей, части тромба стал нарастать дополнительный слой.

В 2011 году в госпитале установлен современный ангиорентгенографический комплекс фирмы Philips. Спектр ангиохирургической помощи расширился также за счет внедренных в практику оперативных вмешательств на магистральных артериях

головы, реконструктивных вмешательств на подколенно-берцовом артериальном сегменте с применением методики *in situ* с использованием вальвулотомы фирмы Le Maitre. Значительно возросло количество дистальных реконструктивных вмешательств на артериальном русле нижних конечностей.

Внедрение современного оборудования значительно улучшило диагностические возможности и дало толчок развитию рентген-эндоваскулярной хирургии как наиболее прогрессивному методу лечения заболеваний магистральных и коронарных артерий, а также реконструктивных вмешательств на магистральных артериях головы.

Компания ООО «РиоМедика»

Поставка изделий медицинского назначения

Поставляем во все регионы России

- французский костный цемент *Synicet* высокой и низкой вязкости
- системы для введения костного цемента
- бразильские эндопротезы тазобедренного сустава

Подробную информацию можно узнать на наших сайтах: <http://riomedica.ru>, <http://253878.ru.all.biz> или по тел.: (812) 464-62-77, 464-62-78, 464-91-30

PM
РиоМедика



TONUS ELAST

+7 (495) 389 21 77

+7 (495) 312 71 57

+7 (495) 316 48 16

tonus@tonuselast.ru

www.tonuselast.ru

МЕДИЦИНСКИЕ КОМПРЕССИОННЫЕ ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ И КРАСОТЫ!

от ведущего латвийского производителя

- Компрессионные гольфы, чулки и колготки
- Госпитальный трикотаж
- Компрессионные рукава
- Эластичные бинты низкой, высокой и средней растяжимости



Имеет сертификат.
Производство в Латвии, ООО "ТОНУС ЭЛАСТ"

www.tonus.lv

РЕКЛАМА

РЕДУКТОРЫ БАЛЛОНЫЕ

N_2O

N_2O

O_2

Ar_2

ЗАО "ПО ДЖЕТ"

O_2

CO_2

H_2

He

Воздух

г. Ижевск, тел. (3412) 60-15-35, 97-01-61 www.promjet.ru

РЕКЛАМА

ЭКСПРЕСС-АНАЛИЗАТОР SD LipidoCare®

Для самоконтроля и профессионального использования



- Определяемые параметры:**
- Тест-полоски комплексные «Общий холестерин – Липопротеины высокой плотности»
 - Тест-полоски «Липопротеины высокой плотности»
 - Тест-полоски комплексные «Липидный профиль»
 - Тест-полоски «Общий холестерин»
 - Тест-полоски «Триглицериды»
 - Тест-полоски «Глюкоза»
 - Сделано в Корее



**БЫСТРО
ТОЧНО
УДОБНО
КАЧЕСТВЕННО**



Технические характеристики

- Компактность (помещается в ладони и кармане медицинского халата)
- Высокая точность исследования, сопоставимая с эталонным методом
 - Автоматическое включение при введении тест-полоски
 - Одновременное использование двух тест-полосок
 - Подключаемый термопринтер, модель SPP-R200
 - Время проведения анализа – от 5 до 180 секунд
 - Простота в эксплуатации (не требует обучения)
 - Диагностика по одной капле крови из пальца
 - Объем капли крови – от 0,5 до 10 мкл
 - Метод измерения – сухая химия
 - Работает от 4-х батареек AAA
 - Контрольная тест-полоска
 - Передача данных на ПК
 - Не требует калибровки

РУ ФСЗ 2012/13550 от 29.12.2012
РУ ФСЗ 2012/13370 от 29.12.2012

**Официальный представитель в России: ООО «Компания «Эталон»
123592, г. Москва, ул. Кулакова, 20 тел.: (495) 781-85-94, 781-85-95**

**Бесплатная горячая линия по всем регионам России: 8-800-555-48-00
all@company-etalon.ru, www.company-etalon.ru, www.lipidocare.ru**

Перед использованием прибора ознакомьтесь с инструкцией!

Главная задача здравоохранения города — профилактика

С. Г. Пискунова, к.м.н., врач высшей категории, главный врач ЦРБ г. Каменска-Шахтинского

В настоящее время стратегия развития здравоохранения страны направлена на профилактику заболеваний среди населения. Формирование здорового образа жизни становится основой, универсальным средством первичной профилактики и базой стратегии охраны и укрепления здоровья.

Сегодня в России особое внимание уделяется диспансеризации населения. Теперь диспансеризация взрослых будет проводиться каждые 3 года. Такая масштабная задача перед здравоохранением поставлена, по сути, впервые. Как сказала министр здравоохранения Российской Федерации В. И. Скворцова, «... мы изменили качественную структуру этих профилактических осмотров, ввели двухэтапную диспансеризацию. Все это делается бесплатно и неформально. Самая главная задача — выявить группы населения, которые нуждаются в профилактическом лечении, и обеспечить высокую степень приверженности к лечению — не менее 60 процентов».

В нынешнем году в Каменске-Шахтинском в рамках данной программы на первом этапе осмотрено и проконсультировано 14700 человек.

Результаты обследования первого этапа:

- у 28% обследованных патологии не выявлено (I группа здоровья);
- у 31% — выявлена патология (II группа здоровья);
- у 41% обследованных — хроническая патология (III группа здоровья).

Пациенты со II и III группами здоровья направляются на второй этап диспансеризации для дальнейшего обследования и лечения.

Следует отметить, что диспансеризация проводится не только среди взрослых — не меньшее внимание уделяется подрастающему поколению. С 2008 года проводится диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В 2013 году диспансерное обследование прошли 703 ребенка. Кроме того, в 2011 году начата диспансеризация 14-летних подростков. В 2013 году обследован 601 подросток.

Проблемы со здоровьем зачастую зависят от жизненных принципов пациентов. Поэтому одним из приоритетных



Координатор здравоохранения г. Каменска-Шахтинского
Пискунова Светлана Геннадьевна

направлений в нашей деятельности можно назвать мероприятия, направленные на воспитание бережного отношения населения к собственному здоровью.

Мы стараемся участвовать во всех направлениях, способствующих сохранению и поддержанию здоровья нашего населения. В медицинских организациях города работают школы здоровья для пациентов с сахарным диабетом, гипертонической болезнью, для перенесших инсульт, инфаркт миокарда и др. Занятия в школах здоровья, проводимые на регулярной основе, позволяют пациентам значительно улучшить качество жизни.

В городе регулярно проводятся публичные встречи, посвященные дню борьбы с диабетом, хронической сердечной недостаточностью, профилактике инсульта, инфаркта миокарда, СПИДа.

В течение трех лет здравоохранение Каменска-Шахтинского принимает активное участие в областной акции «Тихий Дон — здоровье в каждый дом!». Высокую оценку организации этой акции в нашем городе дал Губернатор области В. Ю. Голубев.

В августе 2013 года при координаторе здравоохранения города создан

общественный совет. Задачами работы общественного совета являются:

- инициирование предложений по совершенствованию защиты прав потребителей,
- рассмотрение и поддержка инициатив общественных объединений в сфере здравоохранения,
- развитие взаимодействия учреждений здравоохранения города с общественными объединениями.

В состав общественного совета вошли руководители учреждений здравоохранения и общественных организаций нашего города. Возглавил общественный совет главный врач МБУЗ «Городская больница №1» В. О. Сабинин. Проведено три заседания общественного совета, выполнена независимая рейтинговая оценка учреждений здравоохранения города.

Сегодня работники здравоохранения продолжают работу среди жителей Каменска-Шахтинского по пропаганде здорового образа жизни, от которого напрямую зависит здоровье не только нынешнего поколения, но и будущего поколения нашей страны!

Новый опыт в здравоохранении: могут ли воронежцы рассчитывать на бесплатную медицинскую помощь в частном онкоцентре?

Партнерство между системой государственного здравоохранения в лице Областного онкологического диспансера и частным Межрегиональным медицинским центром ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний начало свою работу.

Как идет этот процесс, ведь дело абсолютно новое даже в масштабах страны?

Государственный подход

Понимая важность решения проблемы обеспечения высокотехнологичной специализированной медицинской помощью онкологических пациентов и учитывая отсутствие соответствующего технического оснащения в имеющихся медучреждениях, в 2013 году правительством Воронежской области целенаправленно выделены дополнительные финансовые средства для закупки необходимых медицинских услуг.

По словам главного врача Межрегионального медицинского центра ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний Ларисы Толстых, подобное партнерство в здравоохранении России формируется в числе первых. До этого момента государственные и коммерческие лечебные учреждения не решались совместно осваивать сферу онкологии. Поэтому доклады воронежских специалистов в области онкологии по данной теме и вызывают повышенный интерес на профессиональных конференциях и форумах.

В том, что процесс сотрудничества начался только благодаря личной инициативе главы региона Алексея Гордеева, убеждены все участники государственно-частного партнерства. По признанию медиков, Алексей Васильевич лично курирует онкологическую службу в регионе. Фактически он сейчас взял на себя еще одну сложнейшую задачу по строительству современного государственного онкодиспансера в регионе.

К сожалению, опыт других регионов показывает: такие проекты очень



дороги, да и реализуются довольно долго. А ведь пациенты будут нуждаться в современной диагностике и лечении онкологических заболеваний и до момента окончания строительства. Поэтому понятна и озабоченность главы региона, и практические шаги в решении проблем онкологической службы, в том числе путем государственно-частного партнерства.

Как подчеркивает Лариса Толстых, сегодня направления из онкодиспансера в Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний на ПЭТ/КТ-исследования и лечение с помощью системы «КиберНож» бесплатно получают те пациенты Воронежской области, кому это необходимо по медицинским показаниям. На данном этапе на выделенные областными бюджетом средства в Межрегиональном медицинском центре ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний уже проведено более 433 ПЭТ/КТ-исследований, и 36 жителей Воронежской области получают высокотехнологичную медпомощь с использованием системы «КиберНож».

ПЭТ/КТ, установленный в частном центре, позволяет значительно сократить эту «марафонскую дистанцию» за счет обследования практически всего организма в процессе одного исследования. Это особенно важно потому, что чем быстрее начнется лечение онкологического больного, тем благоприятнее будет результат.

Лечебный «нож»

В частном центре готовы к большим объемам работы. Его возможности рассчитаны на проведение 9600 ПЭТ/КТ-исследований и 1200 радиохирургических процедур на системе «КиберНож» в год. Заведующая радиологическим отделением центра Анна Панова отмечает, что с начала сотрудничества по квотам с использованием системы «КиберНож» уже пролечено 29 пациентов. Эта система хороша тем, что для ее применения не требуется госпитализация. В процессе использования «КиберНожа» не будет разрезов и трепанации, а значит, не нужна и анестезия. Все это обуславливает минимальный восстановительный период после операции: повседневная деятельность может быть возобновлена сразу после нее. Еще одно преимущество методики: опухоли, которые получили максимально допустимую дозу облучения на традиционных аппаратах лучевой терапии, также можно лечить с помощью «КиберНожа».

— Большинство пациентов, принятых по квотам, были направлены в наш центр с «онкологией» в головном мозге, — говорит Анна Панова. Кроме того, на лечение в центр могут быть направлены пациенты с онкопатологиями



Роботизированная радиохирургическая система «КиберНож»



Молекулярный компьютерный томограф Biograph mCT 20



Магнитно-резонансный томограф Siemens Magnetom Symphony 1,5 T

(как злокачественными, так и доброкачественными) в легких, печени, почках, предстательной железе, костях, позвоночнике. Стоит ли им смотреть в будущее с оптимизмом? Похоже, большинству — да.

— По тем пациентам, которые были пролечены у нас в частном порядке с начала работы центра (а их более 100, большинство — иногородние и жители стран СНГ), уже накоплена определенная статистика, — отмечает Анна Панова. — По результатам наших наблюдений, у трети больных наблюдается положительная динамика, а у двух третей — стабилизация процесса (то есть прекращение роста опухолей).

«ПЭТриоты» своего дела

По словам Ларисы Толстых, ПЭТ/КТ только начинает использоваться в нашей стране, так что не все врачи-онкологи имеют полное представление о возможностях метода. Поэтому на базе центра постоянно проводятся научно-практические семинары, конференции, совещания с коллегами из других регионов и нашего областного

государственного онкодиспансера, а также разрабатываются современные программы профильного обучения.

— Центр обладает всеми большими возможностями в области диагностики и лечения. Мы надеемся, что сотрудничество со специалистами государственного областного онкологического диспансера позволит нам оказать помощь всем нуждающимся жителям региона, — говорит она.

Диагностические и лечебные возможности в частном центре будут только расти. Так, к настоящему времени введен в эксплуатацию второй ПЭТ/КТ-сканер; кроме того, в ближайшем будущем в совместной работе государственного онкодиспансера и частного центра может возникнуть еще одно направление.

В частном центре открылся дневной стационар для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, которая пока не попадает под квотирование. А ведь не секрет, что в диспансере сегодня существует очередь на «химию», а для многих пациентов ожидание просто

недопустимо. Безусловно, о совместной работе в области химиотерапии можно будет говорить после того, как будет полностью отработан и налажен механизм направления пациентов по квотам на бесплатное лечение.

Личный опыт

— Я считаю, что мне очень повезло, — рассказывает свою историю Ольга (она просила не называть фамилию), которая одной из первых получила квоту на ПЭТ/КТ-диагностику. — Дело в том, что после лечения рака груди меня обследовали на компьютерном томографе и нашли в печени какие-то очаги. Подозревали метастаз, но уверенности у моего врача не было. Буквально месяц назад комиссия приняла решение отправить меня на позитронно-эмиссионную томографию в частный центр. Бесплатно, что меня тогда поразило, поскольку я не слышала о квотах. Снимок показал, что ничего страшного нет — очаги в печени оказались доброкачественными. Операцию отменили. Впечатление от коммерческого центра: красота, никаких

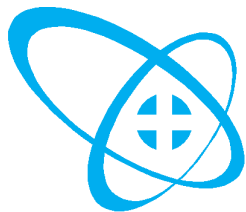
нервов, все улыбаются. Я записалась на удобное для меня время. Честно говоря, время пребывания здесь и сама процедура ПЭТ/КТ пролетели незаметно. Хочу сказать, что условия приема очень много значат в онкологии, где мрачное настроение — это норма из прошлого. Мне кажется, это хорошо, что у нас в городе появилось такое медучреждение!

Памятка «Как получить квоту?»

— обратиться к лечащему врачу в поликлинику по месту жительства или напрямую в частный центр, где первичная консультация онколога проводится бесплатно;

— при подозрении на онкологию лечащий врач обязан выдать направление в областной государственный онкологический диспансер;

— специалисты онкодиспансера комиссионно принимают решение о направлении в частный онкоцентр на бесплатную ПЭТ/КТ-диагностику, либо на бесплатное радиохирургическое лечение в рамках выделенного количества квот.



МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

ранней диагностики и лечения
онкологических заболеваний

Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний

г. Воронеж, ул. Остужева, 31. Запись по тел. +7 (473) 200-22-33.
Задать вопросы вы можете, написав нам по адресу: office@oncoclinic.su.

Кабинеты МРТ

г. Краснодар, ул. Красная, 103 / ул. Длинная, 123.
Запись по тел. +7 (861) 255-92-42.

г. Сочи, ул. Дагомысская, 42. Запись по тел. +7 (8622) 25-85-48.

г. Новороссийск. Запись по тел.: +7 (8617) 67-80-07, 65-75-75.

Ростовская обл., г. Таганрог, ул. Ломакина, 57.

Запись по тел. +7 (8634) 36-97-34.

Лицензии: ЛО-36-01-001000, ЛО-23-01-001711, ЛО-23-01-002764, ЛО-23-01-001710, ЛО-61-01-000624

Опыт взаимодействия специализированной противоэпидемической бригады (СПЭБ) Ростовского-на-Дону противочумного института с органами и учреждениями Роспотребнадзора

*Н. Л. Пичурина, А. Б. Мазрухо, С. А. Иванов, К. К. Рожков, С. В. Титова;
ФКУЗ «Ростовский-на-Дону противочумный институт»;
Г. В. Айдинов, Б. Х. Джансейидов; ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области»;
М. Ю. Соловьев; Управление Роспотребнадзора по Ростовской области*

В Ростовской области, крупнейшем на юге России регионе, риск биолого-социальных чрезвычайных ситуаций вполне вероятен. Развитая транспортная инфраструктура, широкие возможности международных контактов и торговых связей, индустрия туризма и не всегда контролируемые миграционные процессы определяют реальность завоза на территорию области особо опасных бактериальных и вирусных инфекционных болезней. Наличие крупных многоотраслевых предприятий, в том числе атомной и химической промышленности, несет в себе угрозу техногенных катастроф, а криминальными и дестабилизирующими элементами может расцениваться как объект для осуществления террористических актов.

Высокая степень антропогенизации природных очагов туляремии, Крымской геморрагической лихорадки, лихорадки Западного Нила, лептоспироза и других опасных инфекций, с их вовлечением в сферу хозяйственной деятельности человека, в том числе в периоды циклической активизации, создает возможность «выноса» инфекционных агентов на уровень человеческой популяции. Это определяет наличие потенциального риска инфицирования, с эпидемическими проявлениями различной интенсивности.

Комплекс перечисленных условий свидетельствует о возможности возникновения ЧС в Ростовской области, с последующим развитием нескольких сценариев событий эпидемического характера, которые произойдут на фоне ухудшения среды обитания людей, будут сопровождаться экономическим ущербом и частичной дестабилизацией системы медицинских и противоэпидемических учреждений.

Важность задач по минимизации последствий ЧС для санитарно-эпидемиологического благополучия населения страны очень велика, и это определяет их решение на государственном уровне в рамках единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, куда входят различные формирования Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Одним из таких формирований является созданная в 1964 году как невоенизированное формирование медицинской службы при противочумных учреждениях «Специализированная противоэпидемическая бригада (СПЭБ)».

Несмотря на строгую специфичность функций, выполняемых противочумными институтами, идеология развития научной составляющей СПЭБ всегда была ориентирована на нужды и потребности

противоэпидемического обеспечения населения нашей страны. Это во многом определило уникальность теории оперативного реагирования на чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия. Практическая деятельность СПЭБ на сегодняшний день не имеет аналогов в международной практике. Эффективность работы СПЭБ отработана и проверена опытом по ликвидации ЧС различного характера, а пятидесятилетняя история убедительно доказала целесообразность и важность задач, решаемых специалистами бригад в подобных ситуациях в разных регионах СССР и Российской Федерации. СПЭБ, группы специалистов из состава бригад, оперативные группы из сотрудников противочумных учреждений привлекались для работы более чем в 100 очагах холеры, чумы, туляремии, сибирской язвы, брюшного тифа, вирусного гепатита А и острых кишечных инфекций при чрезвычайных ситуациях природного характера (землетрясения, наводнения), военных и социально-политических конфликтах.

Непосредственно после выхода приказа МЗ СССР, определяющего функции СПЭБ как выполнение специфической индикации бактериальных средств поражения, с последующим лабораторным контролем объектов окружающей среды, специалисты Ростовского-на-Дону научно-исследовательского противочумного института начали комплекс работ по практическому использованию бригад. Проработка вопросов штатно-организационной структуры, табельного оснащения, дифференциация функциональных обязанностей личного состава бригады в мирное и военное время позволила не только успешно провести противохолерные мероприятия, но и значительно расширить возможности по оказанию практической помощи здравоохранению страны.

Реализацией мощного научного, технологического и кадрового потенциала СПЭБ Ростовского-на-Дону научно-исследовательского противочумного института явились мероприятия по локализации и ликвидации очагов холеры в 1970—1980 гг. в различных регионах СССР. Несмотря на значительные отличия эпидемиологических событий в республиках Средней Азии и Закавказья от событий в европейской части СССР, все проводимые мероприятия были успешны. При выполнении любой поставленной перед бригадой задачи ее специалисты находили эффективное решение, показав себя действенным и адекватным формированием. Это нашло убедительное подтверждение в результатах мероприятий при выездах СПЭБ в природные очаги чумы (Туркмения, Казахстан, Азербайджан, Дагестан), туляремии

(Ростовская область, Ставропольский край, Дагестан, Армения, Грузия) и на вспышку сибирской язвы в Узбекистане (Сурхандарьинская область).

Широкий спектр выполняемых функциональных нагрузок послужил основанием для использования этих формирований в зонах других по происхождению ЧС. Опыт СПЭБ Ростовского-на-Дону научно-исследовательского противочумного института был необходим при осуществлении работ по ликвидации медико-санитарных последствий землетрясения на территории Армении в 1988—1989 гг., где специалисты бригады продемонстрировали блестящий образец взаимодействия и взаимопомощи, взяв на себя исполнение функций санитарно-эпидемиологической службы в условиях разрушенной инфраструктуры.

Основополагающими были принципы взаимодействия с органами и учреждениями здравоохранения, администрацией территорий, различными ведомствами и службами при работе ростовских СПЭБ во время вооруженного конфликта в Чеченской Республике. Специалисты бригад успешно осуществили эпидемиологический надзор, проведя временное кадровое замещение сотрудников местных органов здравоохранения и санитарно-эпидемиологических учреждений в условиях кризиса местной системы здравоохранения. Выполнение этих, ранее не возлагавшихся на формирования, функций реально предотвратили многие возможные медико-санитарные последствия вооруженного конфликта.

Кроме того, уникальный опыт работы в тяжелых условиях как в летний, так и в зимний период года обогатил научный багаж бригады пониманием базовых принципов работы СПЭБ при чрезвычайных ситуациях: оперативность, мобильность, автономность. Это, в свою очередь, нашло действенную поддержку в инициативах Российской Федерации на Санкт-Петербургском саммите «Группы восьми» (2006) в области борьбы с инфекционными болезнями, а также в разработке и реализации концепции финансового обеспечения, что позволило, оптимизировав нормативную и организационно-методическую базы деятельности СПЭБ, провести модернизацию бригад на принципиально ином уровне — с комплектацией автономными системами жизнеобеспечения, а также модулями на базе пневмокаркасных систем и автомобильного шасси для размещения лабораторий и хозяйственно-бытовой инфраструктуры.

Такая комплектация и техническое оснащение бригады, усилив фундамент научно-технологического потенциала и уникального практического опыта, позволили современным СПЭБ, сохранив базовые принципы работы: мобильность, автономность, многопрофильность, высокую технологичность, модульность, биологическую безопасность и универсальность подготовки специалистов, обеспечить реализацию нескольких новых направлений. На сегодняшний день можно уверенно констатировать, что СПЭБ Ростовского-на-Дону научно-исследовательского противочумного института способна вести работу как в уже возникших эпидемических очагах инфекционных болезней (холера, чума, сибирская язва и другие), так и в зонах природных, техногенных и военных чрезвычайных ситуаций.

СПЭБ Ростовского-на-Дону научно-исследовательского противочумного института может:

- организовать и провести в зоне ЧС весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение и снижение инфекционной заболеваемости населения;
- оценить и спрогнозировать санитарно-гигиеническую обстановку;
- обеспечить кадровое замещение в условиях возможного кризиса структур здравоохранения;
- выполнить необходимую лабораторную диагностику возбудителей заболеваний неясной этиологии и индикацию патогенных биологических агентов в объектах окружающей среды;
- многое другое, необходимое в зонах чрезвычайных ситуаций или при угрозе их возникновения.

Требованием времени, в соответствии с потребностями здравоохранения, и логическим продолжением научно-практической деятельности в области организации работы СПЭБ явилась отработка мероприятий по взаимодействию с органами и учреждениями Роспотребнадзора.

Важным во взаимодействии СПЭБ с органами и учреждениями Роспотребнадзора в Ростовской области является организация и проведение консультативно-методической и практической помощи в виде теоретических лекций, кузовых семинаров, мероприятий по оценке готовности к ликвидации возможных последствий чрезвычайных ситуаций различного характера и совместных тактико-специальных и командно-штабных учений. Это позволяет, с одной стороны, поддержать высокую профессиональную компетенцию и ответственность специалистов заинтересованных учреждений, с другой — обеспечить современный уровень подготовки, необходимый для оперативного реагирования на ЧС.

В 2012—2013 годах специалисты СПЭБ Ростовского-на-Дону научно-исследовательского противочумного института принимали участие в мероприятиях по обеспечению эпидемиологического благополучия населения Ростовской области по холере. В этой работе основными были мероприятия по консультативно-методической помощи и оценке готовности ЛПУ и ФБУЗ «ЦГиЭ в Ростовской области» по предупреждению заноса, распространению, диагностике и лечению этой болезни.

Неформальность и эффективность в оценке готовности учреждений определялась тем, что члены бригад, глубоко вникнув в местные особенности, не только констатировали возможность технологических ошибок и недостатков, но и совместно со специалистами оптимизировали процесс с усилением режима биологической безопасности проводимых работ. В бактериологических лабораториях филиалов ФБУЗ «ЦГиЭ в Ростовской области» и ЛПУ была уточнена готовность к проведению расширенного объема исследований на холеру.

Высокая репутация и научно-практический опыт СПЭБ Ростовского-на-Дону научно-исследовательского противочумного института позволил оказывать консультативно-методическую помощь в дистанционном режиме, в том числе специалистам Центров гигиены и эпидемиологии и Управлений Роспотребнадзора в различных регионах страны.

Совместно с Министерством здравоохранения Ростовской области, Управлением Роспотребнадзора по Ростовской области и Центром гигиены и эпидемиологии в Ростовской области в учреждениях области проводили кустовые семинары по актуальным проблемам особо опасных инфекционных болезней, в том числе холеры. На семинарах активно работали специалисты скорой медицинской помощи, поликлиник и ЛПУ, обсуждая вопросы состояния и тенденции распространения особо опасных инфекций, проведения профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий, а также первичных мероприятий при обнаружении больного с подозрением на холеру.

Интересной новинкой в комплексе работ по обеспечению эпидемиологического благополучия населения Ростовской области явились семинары о противодействии завозам холеры для менеджеров и руководства туристических фирм, работающих со странами, неблагополучными по холере.

Тактико-специальные и командно-штабные учения, проводимые СПЭБ Ростовского-на-Дону противочумного института во взаимодействии с органами и учреждениями Роспотребнадзора и другими ведомствами Ростовской области стали хорошей традицией и развитием ранее выполненных мероприятий. Практической реализацией поставленных задач стало проведение в летнее время 2012 года опытно-исследовательского тактико-специального учения и в зимнее время 2013 года — командно-штабного учения.

Легенды, разработанные по оригинальной авторской методике, отражали высокую вероятность завоза холеры в регион, учитывали развитие нескольких сценариев событий эпидемиологического характера и моделировали возможность развития эпидемических осложнений ЧС с учетом природно-климатических, демографических, социальных, транспортных и других особенностей конкретного города. По сценарию учений, работа предполагалась в условиях последствий погодной аномалии, штормового ветра, нарушения систем канализации, водо- и электроснабжения и затопления домов частного сектора, расположенных в непосредственной близости от реки.

Штаб СПЭБ Ростовского-на-Дону противочумного института в тесном взаимодействии со специалистами Управления Роспотребнадзора по Ростовской области, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» с филиалом в г. Зернограде и отделением в г. Азове; ФКУЗ «Северо-Кавказская противочумная станция» Роспотребнадзора, Министерства здравоохранения Ростовской области, определил и согласовал цели и задачи учения. Был подготовлен пакет организационно-распорядительных документов, имеющих нормативно-методическую основу в части обеспечения работ специализированных противоэпидемических бригад Роспотребнадзора; проведены необходимые согласования с Правительством области, Южным региональным центром МЧС, администрацией г. Азова, Государственной инспекцией безопасности дорожного движения.

План подготовки включал не только традиционные расчеты сил и средств, привлекаемых к проведению учений, прокладку маршрутов движения автотранспортной колонны при проведении маршей, уточнение схемы размещения модулей в зоне временного развертывания

СПЭБ, но и предусматривал научные задачи. В ходе учений были апробированы новые диагностические препараты, питательные среды и технологические приемы, а также отработаны и хронометрированы алгоритмы отдельных важнейших этапов мероприятий работы бригады, с подробнейшей кино- и фотосъемкой, что позволило проанализировать проведенную работу, а также создать учебные фильмы.

Согласно нормативным требованиям, к моменту начала действий СПЭБ была реализована схема оповещения и развертывания медицинских учреждений специального назначения, включая холерный госпиталь, провизорный госпиталь, изолятор и лабораторную базу, а также проведены заседания медицинского штаба и заседание комиссии по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения города.

Участники учения и личный состав бригады прибыли на место сбора в течение одного часа, после чего колонна автотранспорта в составе шести единиц: трех спецавтомобилей (модули «Универсальный жилой штабной модуль», «Бактериологическая лаборатория», «Блок поддержки бактериологических исследований» на базе автошасси КАМАЗ модели 43118) и трех автомобилей повышенной проходимости в сопровождении машины ДПС прибыли в пункт временной дислокации СПЭБ (территория филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» в г. Азове) в установленное время.

По прибытии на место быстро и уверенно была проведена расстановка модулей, выгружены и запущены дизельные электрогенераторы, развернуты рабочие места в модулях и в стационарной базе филиала. Готовность к работе всех подразделений СПЭБ соответствовала разработанному времени, иногда опережая нормативы.

Сложность проводимых учений усугубилась реально сложившейся климатической ситуацией. Последняя декада марта 2013 года в Азовском районе запомнилась серьезными климатическими аномалиями, в том числе подтоплением паводковыми водами территорий, примыкающих к рекам Дон и Азовка. Тем не менее, медицинский штаб принял решение о выдвигении в зону обводнения эпидемиологического отделения СПЭБ, усиленного специалистами Центра гигиены и эпидемиологии в Ростовской области.

Пробы, отобранные в ходе выезда эпидемиологического отделения, строго в соответствии с требованиями биологической безопасности и правилами отбора, доставлены в лабораторию филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» в г. Азове.

Усиленное эпидемиологическое отделение разработало комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий согласно действующим нормативным документам и «Комплексному плану мероприятий по профилактике заноса и распространения холеры на территории Ростовской области», тем самым убедительно показав работоспособность механизма взаимодействия, внедренного в Ростовской области.

Высокий уровень профессиональной компетенции личного состава бригады и специалистов органов и учреждений Роспотребнадзора позволяет успешно решать поставленные задачи по проведению комплекса мероприятий противоэпидемического и санитарно-гигиенического обеспечения населения.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЭБ С ОРГАНАМИ И УЧРЕЖДЕНИЯМИ РОСПОТРЕБНАДЗОРА



На марше колонны.
Координатор учений А. Б. Мазрухо



Бактериологическое отделение СПЭБ



Запуск дизельного генератора МК СПЭБ 2013 г.



Занятие с интернами-эпидемиологами
медицинского университета



ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЭБ С ОРГАНАМИ И УЧРЕЖДЕНИЯМИ РОСПОТРЕБНАДЗОРА



Мобильные лаборатории СПЭБ



Модуль к работе готов!



В учении приняли участие все формирования Роспотребнадзора Ростовской области



Начальник штаба СПЭБ Пичурина Н. Л.



Постановка задач предстоящего.
Начальник СПЭБ 1 Водопьянов С. О.,
координатор учений Мазрухо А. Б.,
начальник штаба СПЭБ
Пичурина Н. Л.



Полевой лагерь СПЭБ развернут

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЭБ С ОРГАНАМИ И УЧРЕЖДЕНИЯМИ РОСПОТРЕБНАДЗОРА



Построение личного состава СПЭБ



Начальник штаба СПЭБ Пичурина Н. Л. в модуле «Лаборатория особо опасных инфекций»



Проведение совместных семинаров с представителями Роспотребнадзора и Минздрава Ростовской области

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЭБ С ОРГАНАМИ И УЧРЕЖДЕНИЯМИ РОСПОТРЕБНАДЗОРА



Работа усиленного эпидемиологического отделения СПЭБ в экстремальных условиях природно-климатического ЧП в Азовском районе



Слаженная команда. Врач-бактериолог СПЭБ Агафонова В. В. (на фото справа) и врач-эпидемиолог Центра гигиены и эпидемиологии в Ростовской области Гайбарян К. С.



Специалисты СПЭБ и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» в г. Азове



Специалисты бригады на фоне пневмокаркасных модулей СПЭБ



Работа в модуле «Лаборатория особо опасных инфекций»

Программный модуль «Профосмотры несовершеннолетних»

С. М. Щербаков; ООО «Электронная медицина», г. Ростов-на-Дону

ООО «Электронная медицина» разработан программный модуль «Профосмотры несовершеннолетних», предназначенный для автоматизации обработки информации по прохождению несовершеннолетними медицинских осмотров (профилактических, предварительных, периодических) в соответствии с приказом МЗ РФ от 21.12.2012 №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

Основные функции модуля

1. Формирование и печать маршрутной карты в соответствии с перечнем исследований при проведении медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение №1 к приказу МЗ РФ от 21.12.2012 №1346н).

- Для каждого вида осмотра в разрезе пола и возраста имеется свой перечень посещений специалистов и проведения исследований, что закреплено в приказе №1346н. Модуль имеет механизм настройки, позволяющий задать объем необходимых работ по осмотру. Для этого требуется указать: вид осмотра, пол, возраст (число полных лет и месяцев), тип образовательного учреждения (детский сад, школа, коррекционное образовательное учреждение и т. д.).

2. Ввод данных о проведенных осмотрах и исследованиях, о показателях развития ребенка, о поставленных ребенку диагнозах.

Программный модуль позволяет:

- находить в единой базе данных медицинской организации или ввести личную карточку пациента;
- автоматически формировать перечень необходимых осмотров специалистов и исследований;
- фиксировать проведенные работы, их исполнителей (врачей или диагностические подразделения) и результаты (выявленные заболевания, подозрения на заболевания, группу здоровья, медицинскую группу для занятий физкультурой и т. д.).

3. Учет информации для электронного мониторинга прохождения профосмотров:

- **Диагнозы несовершеннолетнего.** При этом учитываются как заболевания, имевшиеся ранее, так и те, которые остаются у него после прохождения осмотра и те, которые были обнаружены непосредственно в ходе осмотра. Имеется возможность гибко управлять диагнозами — собирать диагнозы

после осмотров специалистов, искать ранее установленные ребенку диагнозы. По каждому диагнозу учитываются факты назначения и проведения лечения, дополнительных консультаций, санаторно-курортного лечения и т. д., с указанием вида медицинского учреждения и формы медицинской помощи (амбулаторно, стационар, дневной стационар).

- **Показатели развития ребенка, в том числе его психическое, физическое развитие, половая формула и т. д.** При этом состав показателей определяется возрастом и полом ребенка.
- **Инвалидность, прививки и др.**

4. Печать (при необходимости) заполненной учетной формы №030-ПО/у-12 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» (приложение №2 к Приказу МЗ РФ от 21.12.2012 №1346н).

5. Формирование статистической отчетности по введенным данным за выбранные интервалы времени:

- **Результаты профосмотров (по врачам, по исследованиям).**
- **Анализ патологии, дневник учета врачебных посещений и др.**

6. Формирование и печать отчетной формы №030-ПО/о-12 «Сведения о профилактических осмотрах несовершеннолетних» (Приложение №3 к Приказу МЗ РФ от 21.12.2012 №1346н) за выбранные интервалы времени.

Если в медицинской организации установлена система «Электронная медицинская карта» ООО «Электронная медицина», имеется возможность ее интеграции с программным модулем «Профосмотры несовершеннолетних», что позволит облегчить и ускорить работу сотрудников:

- **ответственный за проведение осмотра специалист-педиатр** автоматически собирает карту профосмотра из осмотров врачей и результатов исследований;
- **добавив собственные необходимые отметки (установленную группу здоровья, направления на дополнительные исследования и т. д.), он может вывести карту на печать;**
- **если в учреждении установлен модуль «Вакцинация»,** имеется возможность загрузки статуса пациента и перечня необходимых ему прививок.

Использование программного модуля «Профосмотры несовершеннолетних» ООО «Электронная медицина» позволяет сократить затраты труда врачей и ошибки при заполнении медицинской документации, автоматически формировать документы и отчеты.

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

ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА
информационные технологии для медицинских учреждений

Применение «Виросепта» и «Мукофитина» как средств профилактики ОРВИ и лечения осложнений респираторно-вирусных инфекций (внебольничная пневмония, обострения ХОБЛ, бронхиальной астмы)

Н. А. Алиханова, Н. В. Ефремова, О. И. Рыжова, Д. В. Семенов;
ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская) УДП РФ;
А. В. Панченко, к.м.н.; ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ; г. Москва

Холодная сырая погода, постоянный контакт с большим количеством людей на работе, в транспорте, школе, детском саду способствует легкой передаче вирусных инфекций, распространяющихся воздушно-капельным путем. Это грипп, парагрипп, адено- и риновирусные инфекции, объединяемые общим названием «ОРВИ». Ежегодно их эпидемии вызывают временную нетрудоспособность у 30–38 миллионов жителей России (2/3 из них — дети), приводят к осложнениям со стороны органов дыхания и кровообращения. В пожилом возрасте, при наличии заболеваний сердца и сосудов, интоксикация, вызванная вирусной инфекцией, может привести к летальному исходу. Эпидемии отнимают больше половины рабочего времени участковых терапевтов.

В настоящее время постоянно ведется работа по созданию противогриппозных вакцин. Их применение играет огромную роль в ограничении эпидемий гриппа. Однако в связи с необходимостью посещать врача, а также противопоказаниями к введению вакцины у некоторых пациентов, вакцинация против гриппа имеет ограничения.

Как известно практикующим врачам в поликлиниках, несмотря на вакцинацию, количество заболевших в периоды эпидемий не уменьшается. В последние годы происходит подмена термина «острая заболеваемость» термином «эпидемия гриппа». В структуре острой заболеваемости грипп занимает не более 20% случаев. Остальные 80%

приходится на другие вирусные и бактериальные инфекции (известно около 300 возбудителей и штаммов), влиять на которые с помощью вакцинации невозможно. В связи с этим мы считаем необходимым приложить максимальные усилия для поиска способов снижения острой заболеваемости.

Целью исследования явилось изучение влияния применения крема «Виросепт» на острую заболеваемость учащихся средних школ в осенне-зимний и весенний периоды по сравнению с аналогичными периодами предшествующего года. Помимо этого, изучались оптимальные методики применения крема «Виросепт».

Для оценки эффективности «Виросепта» как средства снижения острой заболеваемости оценивались: частота заболеваний, средняя продолжительность болезни, длительность нетрудоспособного периода, индекс здоровья.

Сравнительный анализ острой заболеваемости проводился среди учащихся 3-х и 5-х классов Глуховской школы-интерната №2 и школы-интерната №7 г. Ногинска. Дети имели контакт с одноклассниками и учащимися других классов, живущих дома. Период наблюдения: с ноября 2003 г. по март 2005 г.

«Виросепт» при наружном применении оказывает антисептическое действие, блокирует репликацию вируса, предотвращает внедрение вирусов и бактерий в организм человека при нанесении на наружную часть носовых ходов,

обладает подсушивающим и регенерирующим эффектом. В его состав входят: окись цинка, салициловая кислота, йодид калия, метилурацил, масло облепиховое, L-лизин, экстракт травы чистотела, эфиры параоксибензойной кислоты.

Крем «Виросепт» наносился ежедневно утром (один раз в день) на наружную часть носовых ходов в осенне-зимний период. Крем применялся как средство профилактики ОРВИ и гриппа и в период болезни. Применение крема не вызвало раздражений кожи, предотвращало обветривание кожи лица под воздействием низких температур и ветра. Сравнение показателей острой заболеваемости среди детей показало, что в результате применения крема «Виросепт» отмечено заметное уменьшение случаев острых заболеваний — с 21 до 15 (на 28,6%) (рис. 1).

Средняя продолжительность болезни среди учащихся 3-х и 5-х классов после применения крема «Виросепт» уменьшилась на 18,15% (5,62 дня в 2003–2004 гг. и 4,6 дня в 2004–2005 гг.). В итоге общее количество пропусков по болезни в 2004–2005 гг. в 3-х и 5-х классах сократилось на 41,53% (118 дней в 2003–2004 гг. и 69 дней в 2004–2005 гг.). В период применения крема «Виросепт» значительно возрос индекс здоровья (количество ни разу не заболевших детей, умноженное на 100% и деленное на среднесписочный состав). Среднее увеличение индекса здоровья составило 61,11%.

В школе-интернате №7 г. Ногинска наблюдения проводились у 170 детей 1–11 классов. Из них 60 детей находились в интернате на постоянном пребывании. Период наблюдения — с сентября 2003 г. по май 2005 г.

Методика применения крема «Виросепт» в школе-интернате №7 отличалась от методики, использованной в Глуховской школе-интернате. В школе №7 наносили крем «Виросепт» предлагали всем учащимся. Детям, находящимся на постоянном пребывании, крем предлагали применять 2 раза в день.

После оценки результатов исследования выявлено, что если до применения крема



«Виросепт» в 2003–2004 гг. количество случаев ОРВИ составило 332, а количество случаев герпеса — 52, то после применения крема в 2004–2005 гг. количество случаев ОРВИ сократилось до 101, а герпеса — до 12 (рис. 2).

Выводы

- Профилактическое применение крема «Виросепт» достоверно снижает такие показатели острой заболеваемости, как число случаев болезни, среднюю продолжительность болезни и общее количество дней нетрудоспособности.
- Применение крема «Виросепт» значительно увеличило индекс здоровья.
- Увеличение частоты применения «Виросепта» в два раза (до двух раз в день) и использование его в качестве профилактики всеми членами коллектива позволяет более чем в десять раз увеличить эффективность в отношении снижения острой заболеваемости.
- Благодаря удобству применения и безопасности «Виросепт» может использоваться для профилактики эпидемий респираторно-вирусных инфекций и гриппа.

К сожалению, далеко не всегда респираторно-вирусные инфекции протекают без осложнений. В ряде случаев через 3–5 дней после начала заболевания вновь повышается температура, начинают нарастать признаки интоксикации,

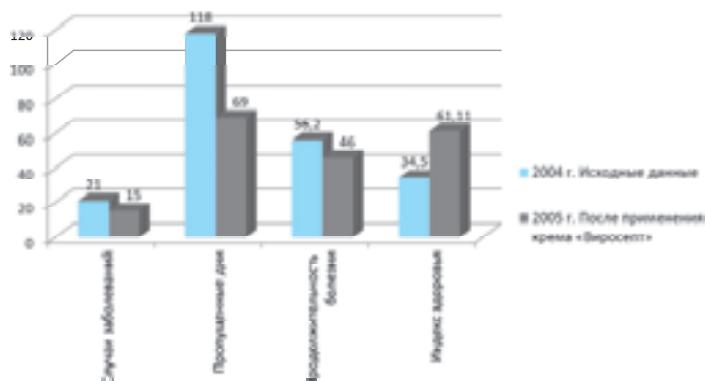


Рис. 1. Динамика показателей острой заболеваемости в результате профилактического применения крема «Виросепт» один раз в день



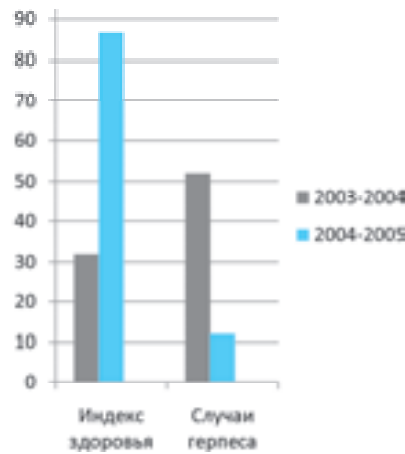
Рис. 2. Сравнение острой заболеваемости до и после применения крема «Виросепт» два раза в день (школа №7 г. Ногинска)

дыхательной недостаточности. Появляется кашель с выделением слизисто-гноной мокроты, могут появляться приступы экспираторного удушья.

Инфекционные осложнения со стороны нижних дыхательных путей (бронхит, внебольничная пневмония, обострения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы) распознаются легко и довольно успешно лечатся антибактериальными препаратами, отхаркивающими средствами, муколитиками, бронхолитиками и т. д. Они быстро снижают температуру, улучшают общее состояние больного. Гораздо труднее бороться с кашлем. Как правило, под действием антибиотиков отхождение мокроты уменьшается, и кашель становится сухим, надсадным, мучительным. Бороться с ним очень трудно, иногда он продолжается долгие месяцы. Наиболее мучителен кашель с трудно отделяемой мокротой, когда он не приносит облегчения и сопровождается приступами удушья. Это связано со сложностью кашлевого рефлекса, который вызван не только воспалением, но и бронхоспазмом, а также наличием и состоянием мокроты в бронхиальном дереве и воздействием на слизистую бронха факторов внешней среды. Кроме того, отхаркивающие и противокашлевые средства,

принимаемые внутрь, в большой степени разлагаются в ЖКТ и печени (до 80%). Они, как правило, оказывают воздействие только на одно из звеньев патогенеза кашля (муколитическое, отхаркивающее или бронхолитическое воздействие). Применяемые противокашлевые средства не оказывают антисептического воздействия и не способствуют улучшению кровообращения в легких. Именно этим можно объяснить то, что более 90% больных, пролеченных в стационаре по поводу внебольничной пневмонии, обострения ХОБЛ, бронхиальной астмы, продолжают предъявлять жалобы на кашель. Для эффективной борьбы с кашлем необходимо воздействовать на все вышеперечисленные факторы.

Для борьбы с осложнениями респираторно-вирусных инфекций (обструктивный бронхит, бронхопневмония, ХОБЛ) нами разработан и с успехом применяется крем «Мукофитин». «Мукофитин» обладает бронхорасширяющим действием, предупреждает развитие бронхоспазма, оказывает антисептическое (камфара, пихта, алоэ, эвкалипт) и муколитическое (йодид калия) действие, ускоряет нормализацию показателей микроциркуляции. Для оценки эффективности применения «Мукофитина» у больных



с внебольничной пневмонией, обострением ХОБЛ и бронхиальной астмы оценивалась динамика основных клинических симптомов, динамика показателей спирометрии и признаков воспалительного процесса, продолжительность пребывания в стационаре.

В состав «Мукофитина» входят: камфара, масло пихтовое, алоэ вера, масло эвкалипта, витамин РР, 1—3 диметилксантин, йодид калия, цитрат натрия,

ЭДТА. Крем наносят 2 раза в день на заднюю, боковую и переднюю поверхности грудной клетки, стопы. Первые 2—3 дня рекомендуется нанесение крема на спину и стопы. При нанесении крема возможно появление чувства тепла и покраснение кожи передней поверхности грудной клетки за счет сосудорасширяющего действия витамина РР.

Как мы уже говорили, кашель является наиболее устойчивым симптомом, присутствующим у всех обследованных больных с вышеуказанными заболеваниями. После выписки из стационара кашель был полностью купирован только у 7,7% пациентов, в то время как у больных, применявших «Мукофитин», частота полного купирования кашля достигала 27,7% (рис. 3).

В результате оценки изменений показателей функции внешнего дыхания под действием «Мукофитина» было выявлено, что наибольшие изменения выявлены при измерении жизненной емкости легких, резервного объема выдоха, форсированной жизненной емкости легких, форсированного объема выдоха за 1 секунду (ОФВ1), максимальной скорости форсированного выдоха и максимальной объемной скорости в точках 25, 50 и 75% ФЖЕЛ.

Так, прирост жизненной емкости легких у больных, получавших стандартную терапию, составил 9,12%, в то время как у больных, применявших «Мукофитин» с первого дня лечения на фоне стандартной терапии, составил 31,47%. Еще большим был прирост резервного объема выдоха. Так, при стандартной терапии он составил 18,95%, в то время как у больных, применявших «Мукофитин», — 91,29% (рис. 4).

Применение «Мукофитина» привело к росту форсированной жизненной емкости легких (FVC), максимальной скорости форсированного выдоха (PEF) и объема форсированного выдоха за 1 секунду (FEV1). Так, прирост ФЖЕЛ у больных, применявших «Мукофитин», составил 28,05% по сравнению с 17,29% у больных, получавших стандартную терапию. Прирост максимальной

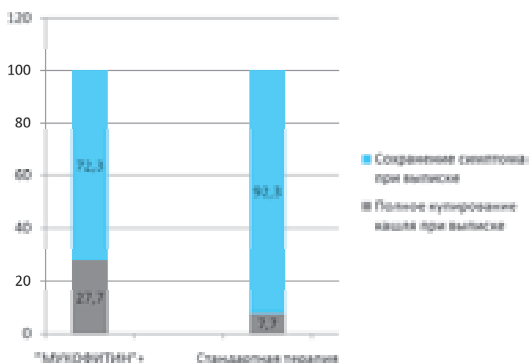


Рис. 3. Влияние применения «Мукофитина» на кашель как клинический симптом

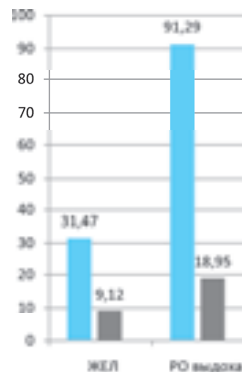


Рис. 4. Динамика жизненной емкости легких и резервного объема выдоха у больных, применявших «Мукофитин», по сравнению с контрольной группой (%)

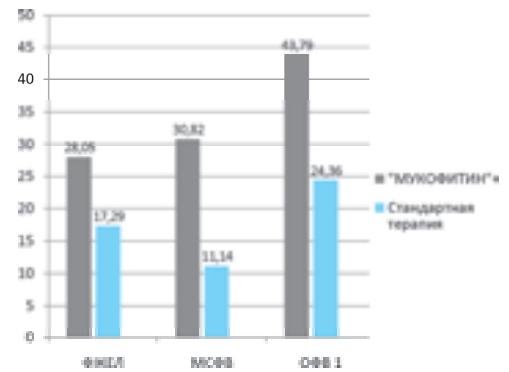


Рис. 5. Динамика ФЖЕЛ (FVC), максимальной скорости форсированного выдоха (PEF), ОФВ1 (FEV1) у больных, получавших «Мукофитин», по сравнению со стандартной терапией (%)

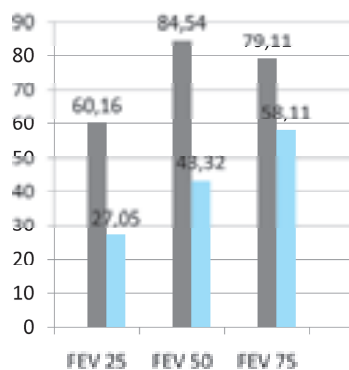


Рис. 6. Прирост максимальной объемной скорости в точках 25, 50 и 75% ФЖЕЛ (FEV 25, 50, 75) у больных, применявших «Мукофитин», по сравнению со стандартной терапией

скорости форсированного выдоха у больных, применявших «Мукофитин», составил 30,82% по сравнению с 11,14% при обычной терапии. Наибольшим был прирост ОФВ1: у больных, применявших «Мукофитин», он составил 43,79%; у больных, получавших стандартную терапию, — 24,36% (рис. 5).

Очень значительным оказался прирост максимальной объемной скорости в точках 25, 50 и 75% ФЖЕЛ. Так, в точке 25% прирост у больных, применявших «Мукофитин» на фоне обычной терапии, составил 60,16% при 27,05% на фоне стандартной

терапии, в точке 50% — 84,54% при 43,32% на фоне стандартной терапии. В точке 75% прирост на фоне применения «Мукофитина» составил 79,11% при 58,11% на фоне стандартной терапии (рис. 6).

Как видно из полученных данных, наибольшее влияние применение «Мукофитина» оказывает на бронхи меньшего и среднего калибра. Увеличение просвета крупных бронхов связано с уменьшением воспалительного отека слизистой оболочки бронхов.

Применение «Мукофитина» оказало значительное влияние и на динамику уровня лейкоцитов периферической крови. Так, у больных, применявших

«Мукофитин», уровень лейкоцитов снизился, в среднем, на 30,93% по сравнению с исходным уровнем, а у больных, получавших стандартную терапию, — только на 9,99%. Отмечено также некоторое уменьшение продолжительности пребывания в стационаре больных, получавших «Мукофитин» (рис. 7).

Таким образом, можно говорить, что применение «Мукофитина» способно существенно влиять на основные показатели функции внешнего дыхания, уменьшать проявления бронхиальной обструкции, в первую очередь, на уровне мелких и средних бронхов, улучшать проходимость бронхов крупного калибра за счет уменьшения

воспалительного отека слизистой оболочки бронха, восстанавливать эластические свойства легких, что, в свою очередь, ведет к уменьшению кашля. Применение «Мукофитина» повышает эффективность стандартной терапии внебольничных пневмоний, обострений ХОБЛ, бронхиальной астмы, что проявляется снижением уровня лейкоцитов крови при выписке, уменьшением продолжительности пребывания в стационаре, ускорением регресса некоторых клинических симптомов заболевания.

Консультации по применению «Виросепта» и «Мукофитина» можно получить по тел. (495) 729-49-55 или на сайте www.lnpharma2000.ru.

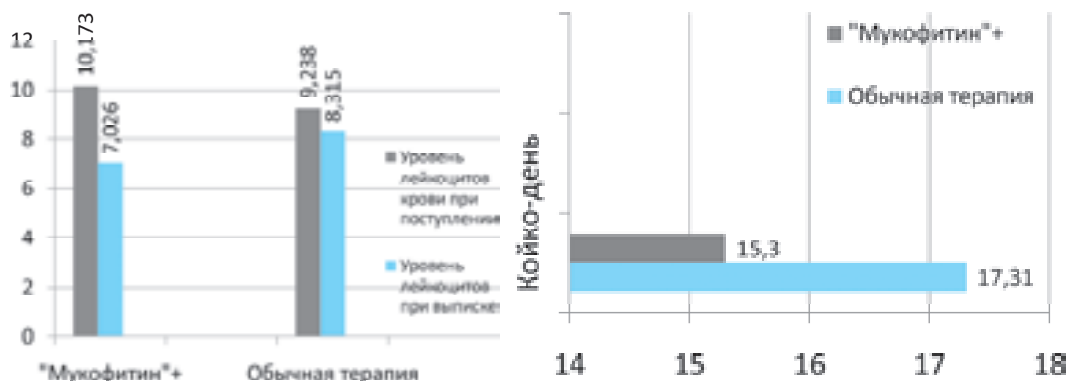


Рис. 7. Влияние применения «Мукофитина» на некоторые показатели воспалительного процесса (уровень лейкоцитов периферической крови) и продолжительность пребывания больных в стационаре



Прессотерапия (лимфодренаж)
Lympha Press, Unix Air Relax, Unix
Lympha Pro от компаний Mego Afek
(Израиль), Maxstar (Юж.Корея).

Также в ассортименте косметологическое оборудование, бальнеологические ванны, ударно-волновая терапия, массажные кровати, массажные столы, оборудование для физиотерапии.



www.vgsgroup.ru, www.intershop.su

Тел./факс: +7 (495) 545-11-71/580-54-18. E-mail: sales@vgsgroup.ru

Приглашаем региональных дилеров!

Клинический эффект применения препаратов Виферон® у беременных с острой респираторной инфекцией

*А. К. Мещерякова; М. П. Костинов, д.м.н., профессор, зав. лабораторией вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний;
О. В. Кытько, к.м.н.; ФГБУ «НМИИВС им. И. И. Мечникова» РАМН МЗ РФ;
В. В. Малиновская, д.б.н., профессор, академик МАИ, зав. лабораторией онтогенеза и коррекции системы интерферона ГУ «НИИЭМ им. Н. Ф. Гамалеи» МЗ РФ;
Е. Б. Файзулов, к.б.н., зав. лабораторией молекулярной вирусологии;
А. А. Никонова, к.б.н.; ФГБУ «НМИИВС им. И. И. Мечникова» РАМН МЗ РФ;
Д. А. Тарбаева, м.н.с., ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «ЧГМА» МЗ РФ;
А. П. Черданцев, к.м.н., доцент кафедры педиатрии ФГБОУ ВПО «УлГУ»*

Актуальность проблемы острых респираторных заболеваний вирусной природы определяется их распространенностью, неуправляемостью, высокой контагиозностью, развитием транзиторных иммунодефицитных состояний после перенесенной болезни. При наличии транзиторных иммунодефицитов имеется тенденция к развитию рецидивирующих или хронических воспалительных заболеваний лор-органов. Среди осложнений острых респираторных инфекций (ОРИ) у взрослых первое место занимают параназальные синуситы [1]. За последние 20 лет количество больных параназальными синуситами увеличилось в три раза, а удельный вес госпитализированных по поводу заболеваний околоносовых пазух ежегодно возрастает на 1,5–2% [2].

Группу риска по заболеваемости ОРИ составляют дети, люди пожилого возраста и лица с нарушениями в состоянии здоровья, а также беременные женщины [3].

При беременности развивается перевес Th2-лимфоцитов, частично за счет индукции синтеза ИЛ-4 прогестероном. Клеточно опосредованный иммунный ответ угнетен. Иммуносупрессия, как системная, так и локальная, реализуется за счет ряда гормонов и цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10 и ТФР-бета). В процессе беременности активность естественных киллерных клеток прогрессивно снижается и восстанавливается на 6–10 сутки после родов [4].

Таким образом, изменения, возникшие в различных звеньях иммунной системы, являются одним из основных факторов реализации вирусной инфекции у беременных и, как следствие, приводят к развитию бактериальных осложнений, которые создают серьезную проблему из-за невозможности полноценной диагностики и медикаментозного лечения.

Цель работы — оценить клинические особенности течения острой респираторной инфекции у беременных на сроке гестации 14–26 недель, а также выявить частоту развития бактериальной инфекции лор-органов на фоне перенесенного респираторного заболевания у данной категории пациентов. Определить клиническую эффективность препарата Виферон® Гель, содержащего 36 000 МЕ/г интерферона альфа-2 человеческого рекомбинантного, при применении в ранние сроки развития острой респираторной инфекции у беременных женщин (в первые 24 часа заболевания), а также определить клиническую эффективность препаратов Виферон® Гель и Виферон® Суппозитории ректальные, содержащего 500 000 МЕ интерферона альфа-2 человеческого

рекомбинантного при более позднем применении (через 48–72 часа от момента заболевания).

Материалы и методы

В период с декабря 2009 года по март 2010 года было обследовано 49 беременных на сроке гестации 14–26 недель, перенесших острую респираторную инфекцию на этапе амбулаторного лечения под наблюдением отоларинголога, терапевта и акушера-гинеколога. В зависимости от давности начала заболевания все беременные были разделены на 3 группы.

Первую группу составили 24 беременные, поступившие в первые сутки заболевания и получавшие при ОРИ базисную терапию в сочетании с интраназальным введением препарата Виферон® Гель, который назначался в первые 24 часа от начала заболевания 3 раза в сутки в течение 10 дней. Предлагалось втягивать носом с поверхности шпателя полоску геля не более 0,5 см. В течение 10 минут, при положении пациента лежа на спине, гель распространялся на слизистую оболочку полости носа, носоглотки и задней стенки глотки.

Во вторую группу вошли 10 беременных, обратившихся через 48–72 часа от начала ОРИ, получавших базисную терапию в сочетании с препаратом Виферон® Гель интраназально (по схеме, указанной выше) и дополнительно 3 раза в сутки в течение 10 дней Виферон® Суппозитории ректальные по 500 000 МЕ, затем 2 раза в сутки в течение 7 дней, далее по 500 000 МЕ 2 раза в сутки через день (6 свечей).

Третью (контрольную) группу составили 15 женщин, получавших только базисную терапию:

- промывание полости носа натуральной стерильной изотонической морской водой 3–4 раза в день в течение 7–10 дней;
- обработка полости носа и зева раствором мирамистина 3–4 раза в сутки в течение 7–10 дней;
- 0,05% сосудосуживающие капли в нос (по показаниям) 2–3 раза в день в течение 5 дней;
- полоскание глотки отваром ромашки, календулы, стерильной изотонической морской водой или мирамистином 4–5 раз в день в течение 5–7 дней;
- системные антибактериальные препараты пенициллинового ряда — в случае развития бактериальных осложнений лор-органов.

В данных группах пациенток сравнивались степень выраженности интоксикационного и катарального синдромов с момента обращения до выздоровления на основании жалоб и данных инструментального осмотра

отоларинголога. Лор-осмотр включал переднюю риноскопию, мезофарингоскопию, непрямую ларингоскопию. При обследовании регионарных лимфоузлов фиксировались их размер, консистенция, болезненность, изменение цвета кожи над лимфатическими узлами. По данным объективного и субъективного осмотров степень тяжести течения ОРИ оценивалась как легкая, средней тяжести и тяжелая.

Диагностика проводилась методом ПЦР в первые 72 часа с момента появления клинических симптомов. Забор образцов для диагностики осуществлялся гибким вelloуровым тампоном со слизистой оболочки носоглотки, после предварительного освобождения полости носа от слизи, с целью получения слущенных клеток эпителия слизистой оболочки носоглотки. Образцы замораживались и транспортировались для дальнейшего выявления и идентификации респираторных вирусов методом мультиплексной ПЦР с детекцией в режиме реального времени (ПЦР-РВ). Данная ПЦР-тест-система с детекцией в режиме реального времени позволяет одновременно выявить в клинических образцах основных возбудителей респираторных вирусных инфекций человека — вирусы гриппа А и В (ВГА и ВГВ), вирусы парагриппа 1, 2, 3, 4 типов (ВПГ 1, 2, 3, 4), аденовирусы (АДВ), респираторно-синцициальный вирус (РСВ), риновирусы (РВ), энтеровирусы (ЭВ) и коронавирусы.

Бактериальные осложнения со стороны верхних дыхательных путей и лор-органов, возникшие в результате перенесенной ОРИ, диагностировались на основании объективного обследования и инструментального осмотра. В связи с невозможностью проведения во время беременности рентгенологического исследования околоносовых пазух, диагноз «острый гнойный синусит» ставился при наличии гнойного отделяемого в среднем носовом ходе и/или гнойного отделяемого, полученного в результате диагностической пункции верхнечелюстных пазух.

Результаты

В клинической картине течения ОРИ у большинства беременных наблюдались следующие симптомы интоксикации:

- повышение температуры не выше 37,6°C (у 87,7%);
- озноб (у 12,2%);
- потливость (у 57%);
- пульсирующая боль в височной области (у 18,4%);
- увеличение лимфоузлов (у 26,5%).

Во время ОРИ у беременных всех групп отмечались следующие жалобы:

- ощущение сухости, жжения в носоглотке в первые сутки заболевания (у 79,6%);
- серозные выделения из носа на 2–3 сутки заболевания (у 26,5%, из них у 22,4% — выраженная ринорея);
- затруднение носового дыхания (у 81,6%);
- чувство першения, боль в глотке при глотании (у 79,6%);
- сухой кашель в течение 1–2 суток заболевания (у 8,3% беременных).

При передней риноскопии определялись: отек слизистой носовых раковин — у 81,6%, гиперемия слизистой полости носа — у 67,3%, слизистое отделяемое в среднем носовом ходе — у 26,5%.

При фарингоскопии выявлялись: инъекция сосудов мягкого неба — у 81,6%, гиперемия зева — у 100% беременных.

По данным ПЦР, респираторная инфекция вирусной этиологии определялась в 40,8% наблюдаемых случаев. При этом определялись коронавирусы в 35% положительных образцов, риновирусы составили 10%, РСВ — 10%, ВПГ 2 — 5%, ВГА — 5%.

У пациенток первой группы установлена легкая степень течения острого респираторного заболевания, симптомы которого купировались к концу третьих суток. Параназальные синуситы диагностированы у 16,7% беременных с отрицательными ПЦР-тестами на вирусную этиологию ОРИ.

У беременных второй группы отмечалось среднетяжелое течение острой респираторной инфекции, симптомы которой исчезли к концу 5 суток. У 40% беременных на 5 сутки от начала заболевания диагностирован острый гнойный синусит, в половине случаев сопровождавшийся острым гнойным средним отитом. У беременных данной группы бактериальные осложнения встречались наиболее часто среди пациенток, перенесших ОРИ с неподтвержденной вирусной этиологией (75%), относительно 25% пациенток с выявленным возбудителем респираторной вирусной инфекции.

В третьей (контрольной) группе больных, получавших только базисную терапию без препаратов Виферон®, отмечалось среднетяжелое течение острой респираторной инфекции, симптомы которой также купировались к концу 5 суток. Однако осложнения в виде острого гнойного синусита диагностированы на 5 сутки от начала заболевания у 53,3%. В данной группе бактериальные осложнения возникали в равной степени как у пациенток, перенесших ОРИ вирусной этиологии, так и у пациенток с ОРИ, вызванной другими возбудителями.

Выводы

На основании проведенных исследований можно установить, что применение препарата Виферон® Гель в первые 24 часа от начала острой респираторной инфекции способствует уменьшению развития бактериальных осложнений со стороны верхних дыхательных путей, а также более легкому клиническому течению заболевания.

При обращении беременных позднее 48 часов от начала острой респираторной инфекции при назначении препаратов Виферон® Гель и Виферон® Суппозитории ректальные осложнения со стороны верхних дыхательных путей зарегистрированы в пределах 30%, в то время как у беременных, получавших только базисную терапию, осложнения острых респираторных инфекций регистрировались в 46,7% случаев. Следовательно, назначение препарата Виферон® Гель, в том числе и в комплексе с препаратом Виферон® Суппозитории ректальные, является перспективным при лечении острых респираторных инфекций различной степени тяжести у беременных женщин.

Литература

1. Волков А. Г., Трофименко С. Л. Клинические проявления вторичного иммунодефицита при заболеваниях лор-органов. — М, 2007. — С. 174.
2. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. — М, 2002. — 309 с.
3. Ершов Ф. И., Касьянова Н. В., Полонский В. О. Возможна ли рациональная фармакотерапия гриппа и других ОРВИ? // Consilium Medicum. Инфекция и антимикробная терапия. — 2003. — Т. 5. — №6. — С. 129–134.
4. Алешкин В. А., Ложкина А. Н., Загородняя Э. Д. Иммунология репродукции. Пособие для врачей, ординаторов и научных работников. — Чита, 2004. — 79 с.

ВИФЕРОН®

Бережная защита от вирусов

реклама



Лечение и профилактика широкого спектра вирусных и вирусно-бактериальных инфекций (ОРИ, в том числе грипп, герпесвирусные и уrogenитальные инфекции, вирусные гепатиты В, С и D).

- ✓ Разрешен детям с первых дней жизни и будущим мамам — с 14 недели беременности
- ✓ Сочетается с другими противовирусными и антибактериальными препаратами

- ✓ Высокая терапевтическая эффективность, обусловленная оригинальной формулой препарата, сочетающей интерферон-α2b и антиоксиданты*



P N000017/01**

P N001142/02

P N001142/01



**Блокирует
размножение
вируса**



**Защищает
здоровые клетки
от заражения**



**Восстанавливает
баланс иммунной
системы**

* «Современная интерферонотерапия гриппа и острых респираторных инфекций у детей», Чеботарева Т.А., Выхлова Е.Н. 2013 год, журнал «Лечащий врач», №4.

** ВИФЕРОН® Мазь — детям с 1 года.

● Виферон Суппозитории, Гель



ферон

(499) 193 30 60

viferon.ru

TM “Иволга”

– это комфорт, надёжность, защита



Мы предлагаем:

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

С использованием инновационного материала



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

Подробную информацию можно получить в наших филиалах:

г. Краснодар, ул. Бородинская, 150/11, тел. (861) 266-57-86

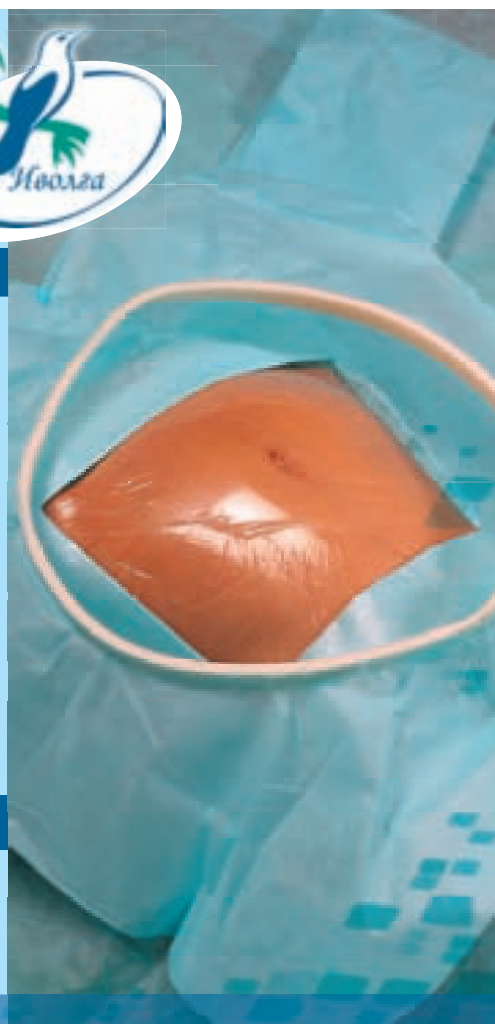
г. Ростов-на-Дону, ул. Доватора, 158/5, тел. (863) 223-05-66

г. Волжский, ул. Карбышева, 1а, тел. (8443) 31-66-72

г. Астрахань, ул. Рыбинская, 11, тел./факс (8512) 36-50-09



www.ivolga.gexa.ru



РЕКЛАМА



УРАЛЬСКИЙ ОПТИКО-МЕХАНИЧЕСКИЙ ЗАВОД

Представительство в Ростове-на-Дону:

344002, г. Ростов-на-Дону, пер. Малый, 19
тел./факс: (863) 269-86-78, 269-76-86, 269-80-35, 269-86-91
e-mail: rostov@uomz.com

Представительство в Краснодаре:

350010, г. Краснодар, ул. Зиповская, 5в
тел.: (861) 257-13-62
сайт: www.uomz.net, e-mail: rostov@uomz.com

Производство неонатального оборудования: инкубаторы интенсивной терапии, транспортные инкубаторы для новорожденных, реанимационные столы, обогреватели неонатальные, облучатели фототерапевтические на светодиодах, аппараты ИВЛ неонатальные, аппараты СРАР

а также: дефибрилляторы бифазные, наборы пробных очковых линз

Поставка оборудования. Пуско-наладочные работы. Обучение медицинского персонала. Гарантийные обязательства. Постгарантийное обслуживание



РЕКЛАМА

Жидкостная цитология как метод повышения чувствительности и специфичности скрининга рака шейки матки

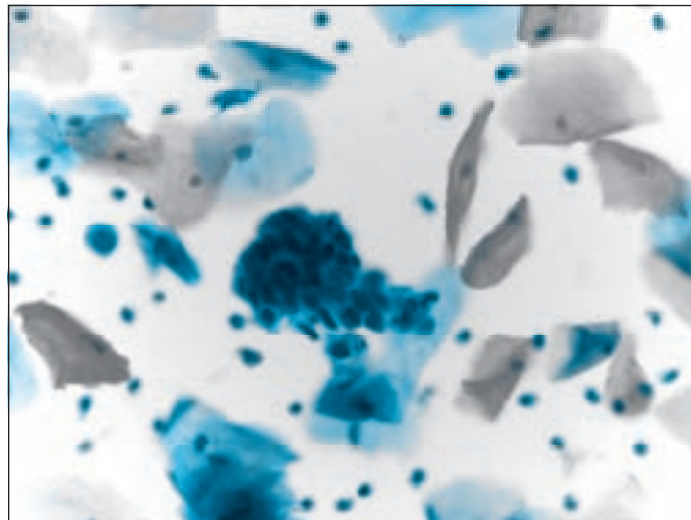
И. Ю. Червонная, к.м.н., акушер-гинеколог, ООО «ПЦР-индустрия»;

М. Ю. Тимошкова, акушер-гинеколог высшей категории, г. Краснодар

Актуальность вопросов своевременной диагностики и комплексного лечения рака шейки матки (РШМ) обусловлена тревожной статистикой данной нозологической формы. В настоящий момент РШМ занимает 7-е место среди злокачественных новообразований и 3-е место по заболеваемости раком среди женщин (после рака молочной железы и рака толстой кишки). Отмечается значительная вариабельность в заболеваемости и смертности не только по странам мира, но и по разным регионам и областям в пределах каждой страны. Это обусловлено многими причинами, в частности, разными социально-экономическими условиями, образовательным уровнем, национальными традициями, степенью развитости системы здравоохранения, программ скрининга и общей грамотности медицинского персонала [1].

О неблагоприятной динамике свидетельствуют данные Международного агентства по изучению рака: ежегодно в мире регистрируется 371 тысяча новых случаев РШМ, из них 190 тысяч заканчивается смертельным исходом [2]. Не менее остро стоит вопрос и в России. Из общего числа женщин, обращающихся в гинекологические консультации и стационары, у 44,3% обнаруживается папилломавирусная инфекция (ПВИ) [3]. Чаще всего вирус папилломы человека (ВПЧ) выявляется у молодых (16–25 лет), сексуально активных женщин: 10–40% ПВИ. Это обусловлено высокой вероятностью инфицирования ВПЧ при половом контакте — 60–67% [4]. Поскольку доказана прямая корреляция ПВИ с раком шейки матки (ассоциация с ВПЧ подтверждена в 99,7% случаев РШМ), высокий процент выявления ПВИ свидетельствует о неблагоприятной эпидемиологической обстановке по РШМ в нашей стране.

В целом, открытие немецким вирусологом Х. Хаузенom в 1983 году ВПЧ и доказательство его роли в развитии РШМ сыграло позитивную роль, поскольку привело не только к пониманию основных механизмов происхождения РШМ, но и позволило разработать новые современные подходы к диагностике, лечению и эпидемиологическому мониторингу этого заболевания. Преобладание ВПЧ-инфицирования среди подростков и женщин молодого возраста обусловлено ранним началом половой жизни при незрелости эпителия шейки матки и несостоятельности местного, в том числе специфического, иммунитета [5, 6, 7]. Однако и сейчас многие вопросы, касающиеся ВПЧ, остаются остро дискуссионными. Это, прежде всего, связано с возможностью самопроизвольной элиминации вируса, а также с тем фактом, что онкогенную трансформацию клеток в подавляющем большинстве случаев вызывают два типа вирусов: ВПЧ 16 и 18 типов. О важности ранней диагностики и начала лечения неоплазии и преинвазивного рака свидетельствуют результаты Я. В. Бохмана и У. К. Лютра (1991): при своевременной диагностике тяжелых неоплазий и верно выбранной тактике лечения пятилетняя выживаемость пациентов — 100%, в случае



обнаружения рака *in situ* этот показатель составляет 99,1% и для микроинвазивного рака — 96,8% [8].

Основными проблемами ведения женщин с заболеваниями шейки матки, ассоциированными с ВПЧ, являются несвоевременная либо некачественная диагностика и отсутствие четко прописанных схем лечения. Профилактические осмотры с активным скринингом, направленным на выявление патологии шейки матки, остаются одним из главных методов, позволяющих снизить заболеваемость РШМ. Основными диагностическими методами при проведении профилактического осмотра являются: цитологическое исследование, кольпоскопия и определение ВПЧ.

С учетом высокой эффективности ранней диагностики особую значимость приобретает развитый скрининг, позволяющий выявлять и мониторировать субклинические и латентные формы ПВИ. Однако в настоящее время в России действует система «пассивного скрининга», которая не соответствует ни моральным, ни технологическим, ни международным стандартам. Основной проблемой существующей системы является отсутствие специальных современных средств получения и транспортировки материала, в результате чего от 40 до 60% образцов оказываются непригодными для исследования, а чувствительность традиционного теста составляет лишь около 66%.

Одним из критериев оценки эффективности скрининга является изменение структуры патологии шейки матки за счет увеличения выявляемости ранних предраковых состояний эпителия и уменьшения числа раков *in situ* и инвазивных раков. Согласно требованиям ВОЗ (2010): «Скрининговые мероприятия эффективны только в том случае, если существует хорошо организованная система наблюдения и лечения. Независимо от используемого метода, основной принцип эффективной программы скрининга — охват целевой аудитории (не менее 80%)». При соблюдении этого требования частота встречаемости рака в обследуемой популяции

Сравнение чувствительности скрининга методами «традиционного» мазка и жидкостной цитологии по технологии BD SurePath™

Диагностируемая нозология	«Традиционный» метод изготовления препаратов (756 исследований)	Жидкостная цитология в автоматизированной системе скрининга BD FocalPoint GS (780 исследований)
Гиперкератоз многослойного плоского эпителия	4,2%	29,3%
Плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени (LSIL)	0,4%	28,3%
Из них клетки многослойного плоского эпителия с признаками ПВИ	8,4%	27,0%
Плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени (HSIL)	0,4%	1 %

снижается в 5 раз, а смертность — в 10 раз [9]. Однако в настоящее время в России даже существующая программа скрининга не является обязательной, поэтому ее фактический охват составляет менее 30% женщин.

Другими причинами неэффективного скрининга могут быть неправильный забор материала или недостаточная квалификация врача-цитолога. Эти факторы приводят к большому количеству ложноотрицательных ответов, требующих дополнительных уточняющих методик. Вместе с тем, цитологический скрининг является самодостаточным методом, применяемым во всех европейских странах. О необходимости внедрения новых технологий жидкостной цитологии в сочетании с автоматизированным анализом наглядно свидетельствуют научные исследования, проведенные на базе клиники «Екатерининская» г. Краснодара.

В исследовании принимали участие 1536 женщин в возрасте от 21 до 49 лет (средний возраст $33,4 \pm 0,2$ года), разделенные на две референсные группы. В первой группе диагностика проводилась «традиционным» методом — с нанесением забранного материала на стекло и последующей отправкой в лабораторию. Во второй группе забор осуществлялся специализированными щетками Cervics-Brush® в консервирующую среду и доставлялся в лабораторию, где по технологии BD SurePath™ стандартизованная система изготовления и окраски мазков делала цитологические препараты. Затем они загружались в полностью автоматизированную систему анализа и компьютеризированного просмотра BD FocalPoint™, ранжирующую просматриваемые препараты по степени опасности: от нормальной группы (NILM) до РШМ. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таким образом, из представленной таблицы следует, что метод жидкостной цитологии по технологии BD SurePath™ обладает более высокой чувствительностью: в диагностике гиперкератоза — в 7 раз, в диагностике LSIL — в 70 раз, в определении койлоцитов (ВПЧ-ассоциированных изменений эпителиоцитов) — в 3 раза, в диагностике HSIL — в 2,5 раза.

Однако чувствительность метода можно поднять еще на порядок, если использовать иммуноцитохимические методы окрашивания мазков. Для этого часть препаратов, полученных по методике BD SurePath™, не окрашивают по Папаниколау, а используют специфические антитела для связывания с белками P16ink4a

(маркером злокачественно-трансформированных клеток) и Ki-67 (маркером пролиферативной активности). Использование иммуноцитохимического метода резко снижает число как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов. Иммуноцитохимическое тестирование предоставляет возможность выбора консервативной или оперативной тактики лечения при постановке диагноза LSIL, а также определить тактику ведения женщин с ВПЧ высокого онкогенного риска и отсутствием изменений в цитологическом исследовании. Несомненным дополнительным преимуществом метода жидкостной цитологии по технологии BD SurePath™ является возможность использования материала из той же вials для ПЦР-диагностики и типирования ВПЧ.

Литература

1. Cancer Incidence in Five Continents / Ed. by D. M. Parkin, S. L. Whelan, J. Ferlay et al. // IARC Sci Publ. — 1997. — Vol. VII. — №143.
2. Parkin D. M., Pisani P., Ferlay J. Global Cancer Statistics // Cancer J. Clin. — 1999. — Vol. 49. — №1. — P. 33—64.
3. Прилепская В. Н., Роговская С. И. Возможности Изопринозина в лечении хронических цервицитов и вагинитов // РМЖ. — 2007. — 16 (3). — С. 14.
4. Кулаков В. И., Паавонен Й., Прилепская В. Н. Профилактика рака шейки матки. Руководство для врачей. — М, 2008.
5. Киселев В. И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. — М: Компания «Димитрейд График Групп», 2004. — 180 с.
6. Кондриков Н. И. Патология матки. — М: Практическая медицина, 2008.
7. Краснопольский В. И. и соавт. Папилломавирусная инфекция у девочек. Информационно-методическое письмо. — М, 2011. — 31 с.
8. Бохман Я. В., Лютра У. К. Рак шейки матки. — Кишинев: Штиинца, 1991.
9. Gilles C., Manigart Y., Konopnicki D. et al. Management and outcome of cervical intraepithelial neoplasia lesions: a study of matched cases according to HIV status // Gynecol. Oncol. — 2005. — 96 (1). — P. 112—118.

Медикаментозный аборт. Мифепристон-200 — выбор, основанный на доказательствах

**Г. Б. Дикке, д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников
ФГБОУ ВПО «РУДН», международный тренер-консультант ООН/ЮНФПА/ВОЗ,
медицинский директор ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА», г. Санкт-Петербург**

Искусственное прерывание беременности по-прежнему остается наиболее часто выполняемым вмешательством в акушерстве и гинекологии как во всем мире (по оценкам экспертов, 46 млн вмешательств в год), так и в России (около 1 млн). До сих пор в мире 22 млн абортов выполняется небезопасными способами; при этом погибают 47 000 женщин и остаются инвалидами еще 5 млн. И это при том, что еще в 1988 году в руках у акушеров-гинекологов оказался метод, на который возлагаются большие надежды по снижению показателя материнской смертности, — медикаментозный аборт с применением мифепристона и простагландина (мизопростола). Сегодня уже более сорока стран используют эту методику [1]. Что касается России, то в нашей стране медикаментозный аборт применяют с 1998 года, но до сих пор его доля в общем количестве случаев прерывания нежелательной беременности составляет не более 10%.

Учитывая особую значимость препаратов для прерывания нежелательной беременности в связи с их высокой востребованностью, эффективностью и безопасностью, в 2004 году ВОЗ включила мифепристон и мизопростол в Перечень основных лекарственных средств [2].

Научные исследования и клинический опыт, накопленный в течение 25 лет, дали возможность пересмотреть взгляды относительно режимов применения препаратов, оптимальных сроков беременности, а также касательно ведения пациенток в восстановительный период. В 2011–2012 годах эксперты ВОЗ, Королевской коллегии акушеров и гинекологов Великобритании (RCOG) и Американского общества акушеров-гинекологов (ACOG) разработали обновленные клинические протоколы медикаментозного прерывания нежелательной беременности (табл. 1).

Учитывая высокий и, в первую очередь, практический интерес российских специалистов к этому вопросу, предлагаем вниманию наших читателей дайджест наиболее значимых зарубежных публикаций, составивших доказательную базу для такого пересмотра.

Первые клинические исследования по выбору дозировки мифепристона проводились с использованием доз от 200 до 800 мг. Эффективность метода без использования простагландинов была определена в диапазоне 63–87%. При дозировке выше 600 мг или при введении повторных доз увеличения эффективности не наблюдалось [3, 4, 5].

Согласно некоторым исследованиям, сочетание мифепристона с мизопростолом показывает большую эффективность, чем применение одного мифепристона (ОР 3,76; 95% ДИ 2,3–6,15) [6]. В связи с этим для достижения приемлемого клинического результата была разработана комбинированная схема: к разовой дозе мифепристона (600 мг) добавили простагландин. Именно по такому сценарию стали работать специалисты всех стран, в которых мифепристон был разрешен

для медикаментозного аборта (например, Франция, США), за исключением Китая.

Низкие дозы мифепристона, применяемые дробно (по 50 мг, суммарная доза — 150 мг), также показали достаточную эффективность. Именно в такой модификации метод применяют в Китае. Кроме того, исследователи выявили некоторые преимущества одной дозы (концентрации кортизола и пролактина быстрее восстанавливались у женщин, получивших меньшую дозу мифепристона) [7, 8].

Тем не менее, в обзоре С. Fiala было справедливо отмечено, что «...первоначальной основной задачей при введении медикаментозного аборта в клиническую практику был поиск определенного эффективного режима, а значит, дозы мифепристона и простагландинов, возможно, были выше, чем необходимо» [9]. Именно поэтому дальнейшие исследования были сосредоточены на двух аспектах: сокращении дозы мифепристона и уменьшении побочных эффектов метода.

Метаанализ 2009 года, охвативший четыре рандомизированных клинических испытания (общее количество пациенток — 3482, беременность в сроках до 63 дней), подвел итог 15-летнему изучению различных схем назначения мифепристона для медикаментозного аборта. Именно в этом масштабном метаанализе было показано отсутствие достоверной разницы частоты неудач при сравнении доз 200 и 600 мг (ОР 0,4%; 95% ДИ 0,3–1%) [10]. Увеличение частоты продолжающейся беременности (но не более 1%) в этих исследованиях было обусловлено только разницей в сроках беременности у пациенток, а не дозой мифепристона. И вот что интересно: замена орального пути введения препарата на сублингвальный, буккальный или вагинальный уравнивает результаты эффективности на этих сроках.

Продолжим тему доказательности. В базе Кокрейна можно найти результаты нескольких рандомизированных клинических испытаний (последнее из них было проведено в 2011 году) и метаанализов за несколько лет, где четко показано, что результативность метода составляет 96–98% независимо от введенной дозы мифепристона (ОР 1,07; 95% ДИ 0,87–1,32) [11]. Именно это послужило основанием для пересмотра рекомендаций по выбору минимально необходимой эффективной дозы, и она оказалась равна 200 мг. В настоящее время такая доза рекомендована к использованию в клинической практике всех стран Европы и США [12, 13], а сравнительные исследования эффективности доз 200 и 600 мг больше не проводят ввиду неоспоримости полученных доказательств.

В отличие от мифепристона, дозы и пути введения мизопростола не признаны константой и зависят от срока прерываемой беременности. В период регистрации медикаментозного аборта и препаратов для его выполнения максимальным сроком прерывания беременности считается 7 недель (до 49 дней аменореи); при этом

*Помощь женщинам, обратившимся для прерывания нежелательной беременности
(фрагменты материалов Evidence-based Clinical Guideline; RCOG №7, 2011)*

Рекомендации	Настоятельность
Организационные вопросы медицинской помощи при аборте	
Доступ к медицинским услугам не должен предполагать задержек	B
Медицинская помощь по вопросу прерывания беременности должна предоставляться женщинам без ограничений по возрасту, этнической принадлежности, религиозным взглядам, инвалидности или сексуальной ориентации	C
Перед выполнением аборта женщине должна быть в письменной форме предоставлена объективная информация, основанная на доказательствах	C
Женщина должна знать: аборт безопасен; тяжелые осложнения или смерть крайне редки	
Риск разрыва матки — менее одного случая на 1000 медикаментозных абортов в поздних сроках гестации	B
Сильное кровотечение, требующее гемотрансфузии, — один случай на 1000 вмешательств в ранних сроках и четыре на 1000 — в поздних (20 недель)	B
Индукционный аборт не повышает риска рака молочной железы	A
Индукционный аборт не повышает в дальнейшем риска внематочной беременности, предлежания плаценты и бесплодия	B
Женщина должна знать: риск необходимости хирургического вмешательства после медикаментозного аборта низок	
Беременность продолжает развиваться у 1% женщин, что может потребовать хирургического завершения аборта	B
Хирургическое вмешательство может потребоваться в связи с другими осложнениями примерно у 5% женщин	C
Решение об аборте	
Медицинским работникам, оказывающим помощь женщинам, желающим прервать нежеланную беременность, следует выявлять тех из них, кто нуждается в помощи при принятии решения	C
Женщины, уверенные в своем решении сделать аборт, не должны быть подвергнуты обязательной консультации по вопросу принятия решения	C
УЗИ перед абортом	
Рутинное выполнение УЗИ перед абортом всем женщинам не рекомендовано	B
Выполнение УЗИ должно быть доступно во всех медицинских центрах, проводящих аборты	C
Демонстрация женщине плодного яйца может быть предложена и выполнена только с ее согласия	C
Скрининг на инфекции, передаваемые половым путем	
Все женщины должны иметь возможность пройти обследование на хламидийную инфекцию и на другие инфекции, передаваемые половым путем (ВИЧ, гонорея, сифилис)	B
Уменьшение боли	
Всем женщинам во время медикаментозного аборта должны быть предложены обезболивающие средства, в первую очередь НПВС	B
Использование парацетамола не рекомендовано, так как не было выявлено разницы с плацебо	B
Некоторым женщинам могут потребоваться наркотические обезболивающие препараты, особенно в сроке после 13 недель	B
Гистологическое исследование	
Рутинное морфологическое исследование тканей, полученных при абортах, не рекомендовано	C
Рутинное обследование на наличие трофобластической неоплазии показано только при симптомах заболевания	C
Наблюдение после аборта	
После медикаментозного аборта или вакуум-аспирации нет необходимости для рутинного наблюдения	B
Профилактика резус-сенсibilизации	
IgG анти-D следует вводить инъекционно в дельтовидную мышцу всем несенсибилизированным RhD-отрицательным женщинам в течение 72 ч после любого артифициального аборта	B
Ультразвуковое исследование	
Не следует регулярно проводить УЗИ для выявления неполного аборта	C
Решение об эвакуации содержимого полости матки при неполном аборте должно быть основано на клинических симптомах, а не на УЗИ	C
Профилактика инфекционных осложнений	
При хирургическом аборте — всем женщинам	A
При медикаментозном аборте — при наличии факторов риска	C
Рекомендуемые схемы	
Для женщин, не обследованных на хламидийную инфекцию: доксициклин 100 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней, начиная со дня аборта, а также метронидазол 1 г ректально или 800 мг перорально до или во время аборта ИЛИ азитромицин 1 г внутрь в день аборта, а также метронидазол 1 г ректально или 800 мг внутрь до или во время аборта	C
Женщинам, у которых не выявлено хламидийной инфекции: метронидазол 1 г ректально или 800 мг внутрь до или во время аборта	C
Контрацепция	
Всем женщинам должны быть предложены все методы контрацепции, в том числе пролонгированные, для применения сразу после аборта	B
Женщина должна быть проинформирована о высокой эффективности обратимых методов контрацепции длительного действия (ВМК, импланты)	B
Обсудить и выбрать будущий метод контрацепции следует еще до процедуры	B
Выбранный метод контрацепции следует начать использовать сразу же после аборта	B
ВМК может быть установлен непосредственно после медикаментозного или хирургического аборта, выполненных на всех сроках беременности	B

Примечание:

A — в числе прочих тематических данных литературы с общим хорошим качеством имеется хотя бы одно рандомизированное контролируемое испытание с конкретными рекомендациями (доказательность Ia, Ib);
B — наличие хорошо проведенных, но не рандомизированных клинических исследований (доказательность IIa, IIb, III);
C — доказательства, полученные от комитета экспертов, приведенные в докладах и заключениях авторитетных специалистов; указывает на отсутствие клинических исследований хорошего качества (доказательность IV).

доза мизопростала, вводимого внутрь, составляет 400 мкг. Попытки применить тот же режим для прерывания беременности на больших сроках продемонстрировали меньшую действенность метода. Об этом говорят, например, данные Европейского медицинского агентства — ЕМЕА (2007) [14], подтверждающие снижение эффекта от приема мизопростала внутрь на сроках гестации 50—63 дня. Это обусловлено особенностями фармакокинетики препарата: пиковая концентрация достигается через 12 минут, период полувыведения составляет 20—40 минут; следовательно, клиническое действие мизопростала длится недолго.

Следующим шагом вполне обоснованно стало изучение способов пролонгирования сроков действия мизопростала. Выяснилось, что сублингвальный прием увеличивает пиковую концентрацию действующего вещества в крови, а вагинальный — способствует более медленному ее снижению; соответственно, оба пути введения увеличивают результативность методики.

Проведенные исследования показали, что пероральный прием мизопростала менее действенен, чем вагинальный (ОР 3,0; 95% ДИ 1,44—6,24), а сублингвальное и трансбуккальное введение обладают одинаковым клиническим эффектом по сравнению с вагинальным [6].

Во время перорального приема мизопростала побочные действия в виде тошноты и диареи отмечались чаще, чем при внутривлагалищном введении (согласно результатам двух исследований: ОР 1,13; 95% ДИ 1,0—1,25 и ОР 1,80; 95% ДИ 1,49—2,18 соответственно) [6]. Для повышения действенности метода в поздние сроки гестации оказалось успешным введение повторной дозы мизопростала через 3 часа (эффективность метода 95,4—98,5%, снижение числа пролонгированных беременностей — с 1,5 до 0,1% по сравнению со стандартной разовой дозой мизопростала) [15]. Преимущество использования метода повторных доз в I триместре беременности не выявлено.

Таким образом, изучение различных типов простагландинов, а также доз, кратности и путей введения мизопростала привело к разработке новых схем медикаментозного аборта в зависимости от сроков беременности. Результаты проведенной работы отражены в клинических рекомендациях RCOG (2011), ACOG (2011) и ВОЗ (2012) [1, 11, 12].

В настоящее время медикаментозный аборт доступен на всех сроках беременности, разрешенных законом в тех странах, где зарегистрированы мифепристон и мизопростол, а единственной рекомендованной дозой мифепристона на всех сроках (до 22 недель) считают 200 мг (табл. 2). Кратность применяемой дозы простагландина (мизопростала) варьирует в зависимости от срока беременности.

Эффективность медикаментозного аборта с использованием рекомендованных схем достигает 98,9%, что отмечено в Руководстве ВОЗ 2012 года. При анализе ранее опубликованных литературных источников следует учитывать, что разница приводимых в них сведений о результативности метода зависит от многих факторов: вида простагландина, режима его использования, а также сроков прерываемой беременности.

Медикаментозный аборт с применением мифепристона и мизопростала отличается высоким уровнем безопасности, что доказано клиническими испытаниями. Комплексное изучение токсичности, проведенное

на лабораторных животных еще до утверждения мифепристона, не выявило ближайших или отсроченных побочных эффектов в течение первых шести месяцев после введения препарата. Безопасность однократного использования мифепристона у женщин была подтверждена в большом исследовании на примере 16 173 случаев медикаментозного аборта. Отсутствие рисков при долгосрочном применении препарата подтверждено целым рядом исследований, в которых препарат назначался в рамках терапии других состояний, включая миому матки, эндометриоз, рак молочной железы и менингиому [17—21].

И все же основным критерием оценки безопасности аборта служит уровень материнской смертности. Так, в США Агентством FDA зарегистрировано 14 случаев материнской смертности после медикаментозного аборта из 1,52 млн выполненных к 2011 году прерываний беременности этим методом в США, что составило 0,0009% (или 0,9 случая на 100 000 вмешательств) [22]. Это достаточно низкий показатель, если учесть, что при использовании дилатации и кюретажа он в 3,3 раза выше (3 случая на 100 000 вмешательств).

Частота осложнений после медикаментозного аборта составляет, в среднем, 5% (0,2—7,2%); из них примерно 3% требуют в дальнейшем вакуумной аспирации. С другой стороны, этот метод не ассоциирован с травматическим повреждением матки, ее шейки и эндометрия, с риском анестезиологического пособия, а также с инфекционными осложнениями (0,5%).

При использовании медикаментозного аборта, независимо от гестационного срока, в последующем отсутствует риск внематочной беременности (ОР 1,04; 95% ДИ 0,76—1,41), спонтанного аборта (ОР 0,87; 95% ДИ 0,72—1,05), преждевременных родов (ОР 0,88; 95% ДИ 0,66—1,18) или маловесности новорожденного (ОР 0,82; 95% ДИ 0,61—1,11) [23].

В настоящее время не существует также достоверных статистических данных о связи аборта с бесплодием, раком молочной железы и шейки матки. В 2004 году авторитетный журнал The Lancet опубликовал результаты метаанализа 53 эпидемиологических исследований, в которых приняли участие 83 000 женщин с раком груди из 16 стран мира. Исследователи не нашли подтверждения взаимосвязи аборта с раком груди (ОР 0,93; 95% ДИ 0,89—0,96) [24]. Что касается вторичного бесплодия, то оно возникает лишь вследствие тяжелых инфекций, в том числе передаваемых половым путем (например, хламидийной). Прерывание беременности в условиях клиники не приводит к утрате фертильности (эти выводы справедливы как для медикаментозного, так и для хирургических методов) [25].

Что касается инфекционно-воспалительных осложнений в постабортный период, то относительно хирургического аборта имеются вполне четкие данные: инфицирование верхних половых путей, в том числе матки и маточных труб, возникает у 3,5—7,5% женщин, а при антибиотикопрофилактике, согласно данным 19 рандомизированных клинических исследований, риск постабортных инфекций половых путей снижается на 59%.

Напротив, не доказано, что вагинальное применение мизопростала сопровождается увеличением риска септических осложнений. Для снижения риска инфекционных осложнений при хирургических абортах RCOG рекомендует профилактическое назначение антибиотиков во всех случаях (степень достоверности А) и по показаниям — при медикаментозном прерывании

беременности (степень настоятельности С, см. табл. 1) [22].

Еще один важный аспект прерывания беременности, который нельзя не учитывать при обсуждении вопросов безопасности, — так называемый «гипоталамический стресс». Доказательные данные о влиянии аборта на гормональный статус отсутствуют, равно как и рекомендации относительно «гормональной реабилитации». Однако это не исключает необходимости как можно раньше консультировать женщин по вопросам выбора наиболее подходящего метода контрацепции, в том числе гормональной.

В России доказательной базы по медикаментозному аборту не существует, так как испытания, соответствующие требованиям доказательной медицины, не проводились ни с одним из зарегистрированных на ее территории брендов мифепристона и мизопростала. Отдельные исследования, выполненные в рамках предрегистрационных испытаний, носят, к сожалению, лишь формальный характер.

Особенности российского законодательства не позволяют в полной мере воспользоваться научными данными и практическими рекомендациями зарубежных профессиональных сообществ. Так, согласно федеральному закону от 21.11.2011 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказу Минздрава РФ от 01.11.2012 №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», медикаментозное прерывание беременности можно выполнять только согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного средства, зарегистрированного Росздравнадзором, а значит, только в срок до 42 дней аменореи. И здесь врачи сталкиваются с разночтениями. Инструкции ко всем торговым наименованиям мифепристона, кроме одного, регламентируют использование трех таблеток препарата. Поэтому для реализации современных схем врач может воспользоваться лишь одним препаратом — мифепристоном 200 мг №1.

Препарат «Мифепристон» с дозой в 200 мг был зарегистрирован в России только в 2012 году. В официальной инструкции к нему рекомендованная доза составляет 200 мг, что в 3 раза меньше ранее используемой (600 мг). Это позволяет снизить фармакологическую нагрузку без ущерба для эффективности метода.

В 2005 году в России количество медикаментозных абортов составляло всего 1,5% от общего количества

используемых методов прерывания беременности. К 2011 году этот показатель поднялся до 6,2%. Прогресс налицо, хотя он и незначительный. Для сравнения: в Великобритании и Швеции доля медикаментозных прерываний беременности — более 60%, так что нам еще расти и расти.

Что касается дилатации и кюретажа, то от них следует полностью отказаться по примеру развитых стран, которые сделали это еще в 60-х годах прошлого столетия. К тому же, теперь медикаментозный аборт стоит дешевле хирургического. В ряде регионов России (Кемеровская, Саратовская, Тюменская области, Республика Башкортостан) медикаментозный аборт уже введен в программу госгарантий — начало положено. Мы призываем организаторов здравоохранения обратиться к опыту коллег из этих регионов и последовать их примеру. При этом желательно сделать медикаментозный аборт доступным для всех категорий пациенток.

Данные социологических исследований до сих пор демонстрируют высокую «приверженность» россиянок к аборту как методу регулирования рождаемости. Их консервативность в этом вопросе обусловлена высокой частотой нежелательных беременностей из-за неудовлетворенной потребности в современных методах контрацепции (около 40%). Более 30 лет тому назад системы здравоохранения большинства развитых стран перешли на использование медикаментозных и вакуумных методов прерывания беременности. В нашей же стране лишь малое количество медицинских учреждений (кроме частных) предлагает щадящие методы прерывания беременности — большинство из них все еще широко использует метод кюретажа. Сейчас, когда в арсенале клиницистов есть все инструменты для предотвращения нежелательной беременности, а в случае контрацептивных неудач — безопасные методы прерывания беременности, нам следует с большим вниманием отнестись к опыту наших зарубежных коллег — опыту, основанному на доказательствах.

Итак, обратимся к основным положениям международных рекомендаций по прерыванию нежелательной беременности медикаментозным методом или методом вакуумной аспирации, которые вполне могут быть применимы в российских условиях (см. табл. 1, 2).

Список использованной литературы находится в редакции.

Полностью статья опубликована в №4 (15) 09/2013/StatusPraesens

Таблица 2

Современные схемы медикаментозного аборта (до 22 недель беременности), имеющие доказанную эффективность (Рекомендации ВОЗ, 2012)

Режимы	Сроки	Настоятельность
Мифепристон 200 мг per os, мизопростол 400 мкг per os (вагинально, трансбуккально, сублингвально) через 24—48 ч	до 49 дней	A
Мифепристон 200 мг per os, мизопростол 800 мкг вагинально (сублингвально, трансбуккально) через 36—48 ч	50—63 дня	A
Мифепристон 200 мг per os, мизопростол 800 мкг вагинально через 36—48 ч и далее по 400 мкг вагинально или сублингвально каждые 3 ч, до четырех доз	64—84 дня	B
Мифепристон 200 мг per os, мизопростол 800 мкг вагинально или 400 мкг внутрь через 36—48 ч и далее по 400 мкг вагинально или сублингвально каждые 3 ч, до четырех доз	12—22 недель	B

* Расшифровку степеней настоятельности рекомендаций см. выше, в подписи к табл. 1



АКЦИЯ!

Уважаемые коллеги!

ЗАО «Пенткрофт Фарма» спешит предложить Вам

антикризисные цены

на комплекты для проведения
медикаментозного аборта.



425**

рублей/комплект от 500 шт.

450**

рублей/комплект от 100 шт.

550**

рублей/комплект от 50 шт.

650**

рублей/комплект до 50 шт.

**Доставка в указанную цену не включена и будет добавлена при необходимости

Заказать комплекты препаратов и задать интересующие Вас вопросы Вы можете у менеджеров ЗАО «Пенткрофт Фарма» по многоканальному телефону

(495) 788-77-46

а также получить предварительную информацию на сайтах:

www.ru486.ru, www.misoprostol.ru

предлагает кислородные концентраторы от ведущей американской компании

AIRSEP



ЗАВОДЫ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА КИСЛОРОДА

Компания AirSep (США) выпускает стационарные медицинские установки серии MZ (ASM), которые позволяют автономно производить необходимый кислород концентрацией 93±3% производительностью от 50 до 2500 куб.м в сутки и более. Такие установки устраняют все проблемы, связанные с транспортировкой и перебоями в поставках кислорода, обеспечивают наиболее безопасный процесс получения медицинского кислорода. Мини-заводы могут использоваться в любой отрасли народного хозяйства, где требуется кислород. Дополнительно наша компания предлагает размещение мини-завода по производству кислорода в блок-контейнере, который имеет все необходимое для автономной работы. Блок-контейнер может устанавливаться в любом удобном месте на территории ЛПУ.

FOCUS (Фокус)



НОВИНКА

Самая новейшая и самая маленькая модель портативного кислородного концентратора в мире.
Вес: 0,8 кг
Производительность: 2 л/мин.
Концентрация кислорода: 93±3%
Электропитание: 220 В/ 50 Гц, 12В (от розетки автомобиля или катера)
Потребляемая мощность: не более 26Вт.
Уровень шума: не более 40 дБ
Размеры, см: 16,4х12,2х6,1
Время работы: до 1,5 часов при работе от аккумулятора, до 4-х часов при работе от дополнительного пояса-аккумулятора AirBelt.

VISIONAIR (ВижнЭйр)



Самый легкий, практически бесшумный и компактный концентратор, удобный для использования в домашних условиях.
Производительность: 1—5 л/мин.
Давление кислорода на выходе: 0,6 атм.
Потребляемая мощность: 290 Вт
Уровень шума: 40дБ. Размеры, см: 52,8х35,8х29,2. Вес: 13,6 кг
Концентрация: 93±3%

FREESTYLE (Фристайл)



НОВИНКА
5 л

Миниатюрный и легкий кислородный концентратор для пациентов, которым необходим кислород, но не нужны ограничения.
2 модификации: 3 л/мин., 5 л/мин.
Концентрация: 90—95%.
Поток кислорода: 1—3 л/мин.
Поток кислорода: 1—5 л/мин.
Вес: 2 кг/2,8 кг.
Время работы: до 2-х часов при работе от аккумулятора, до 8 часов при работе от дополнительного пояса-аккумулятора AirBelt.

LIFESTYLE (ЛайфСтайл)



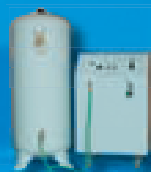
Портативный кислородный концентратор для индивидуального использования.
Вес: 4 кг (доп. опция: тележка для перемещения).
Электропитание: 220 В/ 50 Гц, 12 В, возможность подключения в автомобиле.
Автономная работа от внутреннего аккумулятора: 50 минут
Концентрация: 93±3%.
Производительность: 1—5 л/мин.
Потребляемая мощность: 120 Вт.
Уровень шума: 55 дБ.

NEWLIFE (НьюЛайф)



Терапевтические кислородные концентраторы, применяются при легочных и сердечно-сосудистых заболеваниях. Линейка NEWLIFE включает 6 моделей. Базовая модель. Производительность: 5 л/мин., давление кислорода: 0,6 атм. Модель с повышенной производительностью: 8 л/мин. и 10 л/мин. с давлением 1,4 атм. Модели могут иметь 2 выхода для двух пациентов. Концентрация: 93±3%.

Кислородный концентратор RELIANT (Релайент)



Обеспечивает работу одного наркозного аппарата. Производительность: 8 л/мин. Давление кислорода на выходе: до 3,4 атм. Концентрация кислорода на выходе: 93±3%. Электропитание: 220 В/50 Гц. Потребляемая мощность: 0,73 кВт/час. Внешний накопитель кислорода объемом 227 л.

Универсальный кислородный концентратор MZ-30



Обеспечивает одновременную работу двух наркозных аппаратов или двух аппаратов ИВЛ. Производительность: 15 л/мин. Давление кислорода на выходе: до 3,4 атм. Концентрация кислорода на выходе: 93±3%. Электропитание: 220 В/50 Гц. Потребляемая мощность: 1,1 кВт/час. Внешний накопитель кислорода объемом 227 литров.

ОПЕРАЦИОННО-РЕАНИМАЦИОННЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ

ЛУЧШИЕ АППАРАТЫ

для восстановления
Мужского здоровья!

АЭЛТИС-синхро-02 АМВЛ - 01

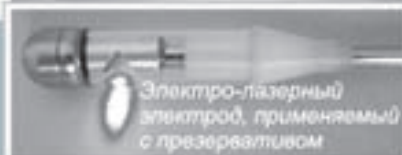
с управлением от персонального
компьютера и автономным
(с лицевой панели аппарата)



Выносной
пульт
управления

Электрофицированная
аппаратная стойка
на колёсах

Виды воздействия
синхронизированы по пульсовой
волне кровотока в области ПЖ.



Электро-лазерный
электрод, применяемый
с презервативом



На фото - массаж

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



Ферментационный зал

В России открыто производство генно-инженерного инсулина человека по принципу полного цикла

Е. А. Прошенко, редактор журнала «Главный врач Юга России»

2 октября 2013 года состоялось торжественное открытие современного высокотехнологичного комплекса ОАО «ГЕРОФАРМ-Био» — первого в России производства генно-инженерного инсулина человека по принципу полного цикла: от синтеза субстанции до выпуска готовой лекарственной формы. Предприятие входит в группу компаний «ГЕРОФАРМ».

По данным ВОЗ, сахарный диабет охарактеризован как «неинфекционная эпидемия» и занимает третье место среди причин преждевременной смертности — после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Именно поэтому инсулин относится к жизненно важным лекарственным средствам, которые ВОЗ рекомендует самостоятельно производить тем странам, население которых превышает 50 млн человек.

В России количество официально зарегистрированных диабетиков резко выросло за последние 5 лет и на сегодняшний день составляет 3,5 млн пациентов, из которых 1 млн получают лечение инсулином. По оценке экспертов, реальное количество больных сахарным диабетом в России — примерно 12 млн. В связи с этим обеспечение пациентов инсулином и организация отечественного производства этого жизненно важного препарата ста-



новятся стратегически важными мероприятиями и, в прямом смысле слова, гарантируют национальную безопасность.

Относительно истории производства инсулина в России, следует отметить, что в СССР существовало собственное производство, способное выпускать до 60 кг субстанции инсулина, однако это был инсулин животного происхождения с высоким содержанием различных примесей. Применение такого инсулина обуславливало многочисленные

негативные побочные эффекты. С приходом в 1990 году на российский рынок западных производителей нового генно-инженерного инсулина человека, производство отечественного инсулина животного происхождения было прекращено.

В период с 1990 по 1996 годы были предприняты попытки создания отечественного производства готовой лекарственной формы генно-инженерного инсулина человека, ориентированного на использование импортной субстанции. Многие

проекты так и не были реализованы, а строительство заводов по производству готовых лекарственных форм с применением импортной субстанции не позволяло стране добиться «инсулиновой независимости». Жизнь больных сахарным диабетом напрямую зависела от импортных поставок.

В 1996 году была разработана и утверждена федеральная целевая программа «Сахарный диабет», в рамках которой предусматривалось создание отечественной технологии производства субстанции генно-инженерного инсулина человека и строительство предприятия, способного обеспечить потребности страны.

4 декабря 1998 года — образовано ОАО «Национальные биотехнологии». Изначально компания создавалась для выполнения государственной задачи — создания технологии производства субстанции генно-инженерного инсулина человека в рамках программы «Сахарный диабет». Ключевой аспект — полный цикл производства, включая биосинтез субстанции, что обуславливало стратегическую независимость производства от иностранных поставщиков сырья.



Помещение приготовления растворов

1996—2000 годы — создан генно-инженерный штамм и технология получения субстанции генно-инженерного инсулина.

2000—2006 годы — проведены клинические исследования, подтвердившие эффективность и безопасность отечественной субстанции инсулина.

2006 год — зарегистрированы готовые лекарственные формы: Ринсулин Р 100 МЕ/мл — короткого действия и Ринсулин НПХ 100 МЕ/мл — средней продолжительности действия.

2009 год — три независимые европейские лаборатории — ProteomeFactory AG Berlin, Prolytic



Ферментационный зал



Помещение приготовления растворов

GmbH Frankfurt am Main, Labor L+S A — подтвердили соответствие выпускаемой субстанции инсулина американской, британской и европейской фармакопеем. В этот период ОАО «Национальные биотехнологии» становится стратегическим партнером компании «ГЕРОФАРМ», которая начинает осуществлять дистрибуцию препаратов Ринсулин. Препараты проходят апробации в ведущих ЛПУ России. География применения Ринсулинов расширяется и охватывает более 30 регионов РФ.

2011 год — в рамках федеральной стратегии «ФАРМА-2020» на базе предприятия ОАО «Национальные биотехнологии», расположенного в п. Оболенск Серпуховского района Московской области, началось строительство производственного комплекса.

2012 год — для формирования единой концепции стратегического развития компания «Национальные биотехнологии» входит в группу компаний «ГЕРОФАРМ» как предприятие, занимающееся разработкой и производством биотехнологических препаратов, и получает название «ГЕРОФАРМ-Био».

2013 год — завершение работ по строительству современного производственного комплекса, соответствующего международным стандартам GMP. Проект был выполнен за 2 года. Объем инвестиций в проект составил более 1,5 млрд рублей. Общая площадь территории завода — 2,5 га. Площадь производственных помещений — более 10 тыс. кв. м. Большую часть технологических операций на заводе выполняют автоматизированные производственные системы, аналогов которым в России сегодня нет. Проект реализован при поддержке ряда крупных финансовых структур: Сбербанк России, Европейского банка реконструкции и развития, а также компании «ВТБ Лизинг».

Завод позволил значительно увеличить существующее производство генно-инженерного инсулина человека, запустить полностью автоматизированную промышленную линию, выпускающую препарат в картриджах и флаконах, а также наладить выпуск новых современных препаратов для лечения социально значимых заболеваний, в том числе сахарного диабета. Объем производства составит 25 млн флаконов и 5 млн картриджей в год.

Выпуск этих препаратов обеспечит укрепление лекарственной безопасности страны и будет способствовать реализации федеральной стратегии «ФАРМА-2020» в части импортозамещения.

Сегодня «ГЕРОФАРМ-Био» производит готовые лекарственные формы генно-инженерного инсулина человека: короткой продолжительности действия под торговой маркой Ринсулин Р (раствор) и средней продолжительности действия — Ринсулин НРХ (суспензия), которые выпускаются по собственной запатентованной технологии. Препараты прошли регистрацию в Украине и Киргизии, идет регистрация в Казахстане и Вьетнаме. До конца текущего года компания планирует пройти три международных GMP-аудита, что позволит значительно расширить направление и объемы экспорта Ринсулинов.

Интерес к российским инсулинам за рубежом велик: это подтверждает участие группы компаний «ГЕРОФАРМ» в крупнейших международных фармацевтических выставках и конгрессах, таких как: CPhI South East Asia (Джакарта, Индонезия), BIO International Convention (Чикаго, США). По итогам данных мероприятий достигнуты соглашения

о дальнейшем сотрудничестве с рядом компаний из стран Юго-Восточной Азии, Латинской Америки и Северной Африки.

В ближайшие несколько лет компания предполагает расширить линейку препаратов в сегменте диабетологии. В настоящее время «ГЕРОФАРМ» ведет разработку препаратов для лечения сахарного диабета, в том числе аналоговых инсулинов, в собственном R&D центре, расположенном в Особой экономической зоне «Нойдорф» в Санкт-Петербурге.

Ввод в эксплуатацию завода ОАО «ГЕРОФАРМ-Био» включен в План деятельности Министерства промышленности и торговли Российской Федерации на 2013—2018 годы. Предприятие является уникальным для России, так как создает условия для обеспечения лекарственной безопасности, впервые локализуя все этапы производства социально значимого препарата на территории страны и обеспечивая независимость от иностранных поставщиков сырья.

Церемония открытия завода состоялась на территории производственного комплекса компании в пос. Оболенск (Серпуховский район Московской области). Торжественную церемонию открыл губернатор Московской области А. Ю. Воробьев. В символической процедуре запуска завода приняли участие помощник министра здравоохранения РФ



Помещение водоподготовки

Е. А. Максимкина, директор Департамента химико-технологического комплекса и биоинженерных технологий Министерства промышленности и торговли РФ С. А. Цыб, начальник Управления контроля социальной сферы и торговли ФАС РФ Т. В. Нижегородцев, исполнительный директор Ассоциации инновационных регионов РФ, председатель Наблюдательного совета Фонда содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере И. М. Бортник.

Е. А. Максимкина в своем обращении подчеркнула значимость

предприятия для обеспечения населения лекарственными препаратами.

Т. В. Нижегородцев отметил, что для нового предприятия «... задача заключается в том, чтобы система здравоохранения получила преимущества от конкуренции: это снижение цены, освобождение дополнительных средств в бюджете, которые могут быть направлены на улучшение качества жизни людей».

Директор Института диабета, заместитель директора ФГБУ «Эндокринологический научный центр» МЗ РФ по научной работе М. В. Шестакова отметила, что завод «ГЕРОФАРМ-Био» — первый в России завод с производством своей субстанции: потребности страны в инсулине колоссальные.

Глава Серпуховского района А. В. Шестун также подчеркнул исключительную важность открытия в регионе уникальных высокотехнологичных производств, в том числе с точки зрения создания новых рабочих мест — на заводе будут трудиться до 260 высококвалифицированных специалистов.

Генеральный директор группы компаний «ГЕРОФАРМ» П. П. Родионов отметил: «Открытие завода — это только начало пути. С будущего года мы начнем поставки наших препаратов в одноразовых шприц-ручках. Параллельно мы работаем над созданием самых современных инсулинов и в ближайшее время начнем регистрацию на территории РФ новых инсулинов — тех, в которых нуждаются пациенты».



Помещение водоподготовки



Майне Базе®

Принципиально новый подход к сохранению красоты и здоровья – трехступенчатая система очищения

Система «МайнеБазе» успешно применяется на бальнеологических курортах Европы – в Германии, Австрии, Швейцарии. Она предполагает подготовку к выведению кислот и токсинов: диету и уход за телом.

«МайнеБазе» успешно применяется в оздоровительных программах в санаториях КМВ, Алтайского края, Ленинградской и Московской областей. Процедуры проводятся по уникальным немецким методикам: массажи, обертывания, щеточные курсы. В санатории «Горячий Ключ» (г. Пятигорск) проводится орошение лица и десен с использованием «МайнеБазе». В специализированной дерматологической клинике «Шлосс Фриденсбург» («Schloss Friedensburg») товары ТД «МайнеБазе» используются в терапии дерматологических заболеваний (нейродермит, крапивница и др.). Вся система основана на регуляции кислотно-щелочного, водного и минерального балансов в организме человека.

В состав соли «МайнеБазе» входят: гидрокарбонат натрия, морская соль, карбонаты натрия, естественные минералы (агат, карнеол, цитрин, хризопраз, халцедон, сапфир, горный хрусталь, оникс).

«МайнеБазе» также успешно используется для борьбы с метаболическим синдромом. Эффективность применения «МайнеБазе» в комплексе с традиционными курортными методами лечения больных с метаболическим синдромом была определена в результате исследований. Лечебный эффект от применения ванн с солью «МайнеБазе» в комплексе с санаторно-курортным лечением можно считать одним из вариантов лечения этого заболевания. Данный метод эффективен как для лечения больных с метаболическим синдромом, так и для профилактики сахарного диабета 2-го типа, гипертонической болезни и атеросклероза.

На подготовительном этапе кожа освобождается от вредных веществ и чувствует себя «окутанной в шелка и бархат». После нескольких дней подготовки начинается растворение накопленных отложений.

I ступень – растворение отложений травяным чаем «KrauterTee 7x7» (49 трав). Прием чая начинают с 1-2 чашек в день, постепенно увеличивая объем до 0,5-1 литра в день. Параллельно употребляют негазированную воду – это разбавляет концентрацию растворенных вредных веществ и помогает вывести их через кожу и почки.

II ступень – нейтрализация растворенных кислот и токсинов. Начинать необходимо одновременно с I ступенью. Следует увеличить потребление щелочеобразующих продуктов. Употребляя минеральные вещества, микроэлементы и витамины из растений, можно нейтрализовать кислоты и яды, циркулирующие в организме. Для этого употребляют омнимолекулярные продукты, «ВурцельКрафт». Организм значительно разгружается и укрепляется.

III ступень – выведение конечных продуктов обмена, кислот и ядов через кожу, слизистые оболочки, кишечник, печень и почки. Начинают с ежедневных получасовых щелочных ванн для ног (37-38°C) и надевания на ночь щелочных чулок. В натуропатии ступни считаются «вспомогательными почками», потому что через подошвы ног можно вывести много токсинов. При «болезнях выведения» (акне, сильные раздражения на коже) необходимо отказаться от щелочных процедур на коже лица. В этом случае очищение необходимо осуществлять с помощью щелочных общих и ножных ванн.

Вся продукция производится в Германии в соответствии с международным стандартом ИСО 9001:2008. Безопасность, качество и эффективность – главные условия при производстве наших товаров.

Официальный дистрибьютор в России и странах СНГ – ООО ТД «МайнеБазе»
г. Ростов-на-Дону, пр. Семашко, 51
тел. (863) 269-90-45, факс (863) 240-73-19, www.meinebase.ru

**Оздоровление внутри,
красота снаружи!**



**19-21 марта
Воронеж 2014**

36-я межрегиональная специализированная выставка
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

пл. Детей, 1,
Дворец творчества
детей и молодежи

тел.: (473) 251-20-12

сайт: www.veta.ru

Организаторы:



Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Всесоюзная
академия

Поддержка:

Техническая поддержка
Система РИ

Система оценки
качества услуг в здравоохранении

Официальный партнер

выставки:

Всероссийская Государственная
Исследовательская Академия им. Н.И. Пирогова

Вместе мы сможем

**Интеграция.
Жизнь.**

Общество. 2014

4-я выставка реабилитационного
оборудования и технологий

ИНТЕГРАЦИЯ



**ЖИЗНЬ
ОБЩЕСТВО**
INTEGRATION.RU

23-25 апреля 2014
Москва, ЦВК «ЭКСПОЦЕНТР»

0+

23-24.04
VI Международная Конференция
правительства Москвы

23-24.04
Программа для специалистов

25.04
День семьи

Реабилитация / Интеграция / Профилактика / Забота / Уход / Спорт / Стиль жизни



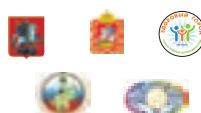
Мобильность / Доступность / Инклюзивность / Универсальность

www.integration.ru

+7 (495) 955-91-99

integration@messe-duesseldorf.ru

При поддержке:



Партнеры:



Организаторы:



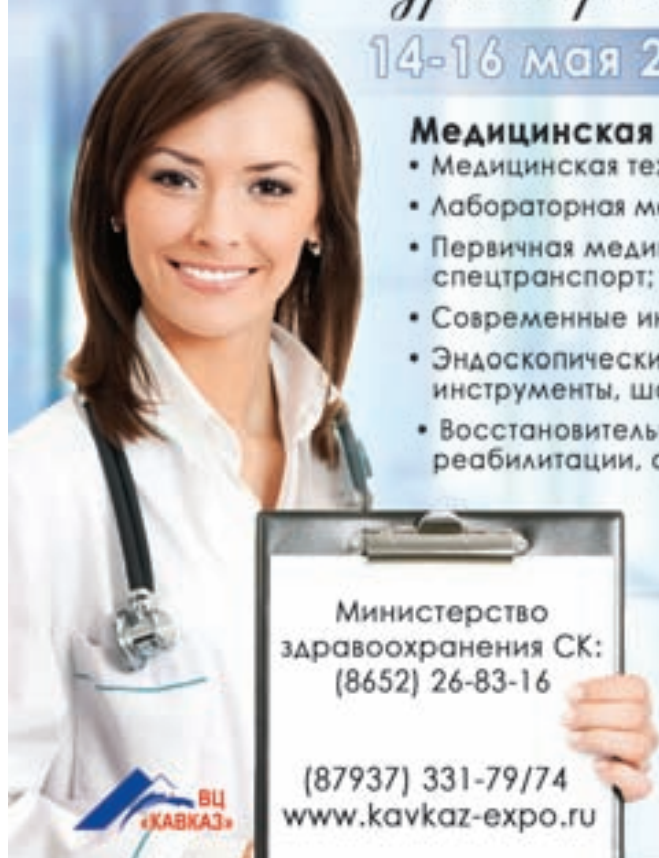


ЕЖЕГОДНЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ



Здравоохранение. Курортная медицина.

14-16 мая 2014, Кисловодск, ВЦ «Кавказ»



Медицинская выставка:

- Медицинская техника, оборудование, диагностика;
- Лабораторная медицина (тест-системы, оборудование, диагностика)
- Первичная медицинская помощь, экстренная медицина, спецтранспорт; Анестезия и реанимация;
- Современные информационные технологии в медицине;
- Эндоскопические инструменты и оборудование; Хирургические инструменты, шовный материал;
- Восстановительная медицина, приборы и устройства для реабилитации, физиотерапевтическое оборудование;
- Комплексное оснащение оборудованием больниц, врачебных кабинетов, АПУ, санаториев;

Министерство
здравоохранения СК:
(8652) 26-83-16

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

В программе: научно-практические конференции для врачей и руководителей лечебных и реабилитационных центров, санаторно-курортных комплексов КМВ

Генеральный информационный партнер:



Официальный информационный партнер:



СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ



СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА-2014

ЮгMEDexpo. PHARMAюг. Салон MEDclinic



2 - 4 апреля 2014г.

РОСТОВ-на-ДОНУ, ВЦ "ВертолЭкспо"

пр. М.Нагибина, 30

PHARMA

ЮГ

- ✿ ВЫСТАВКА
- ✿ КОНФЕРЕНЦИЯ

ЮГ

MED

EXPO

www.plaza-expo.ru

При содействии:



Министерство здравоохранения
Ростовской области



Тел.: (863) 262-70-57
262-70-56

Эффективность применения ДЭНС-терапии в лечении острых фарингитов и острых ларингитов

М. А. Крупнова, зав. лор-кабинетом КДП; И. Ф. Шмакова, врач-оториноларинголог КДП; Ю. В. Богаченко, зав. физиотерапевтическим отделением КДП

ЛАРИНГИТ — воспаление слизистой оболочки гортани, проявляется ощущением сухости, першения в горле, затем присоединяется сухой хриплый кашель. Наступает нарушение голосообразования (дисфония), неполное смыкание истинных голосовых связок. Процесс может перейти на слизистую оболочку носа и глотки или на трахею и бронхи. Ларингит чаще всего возникает при респираторных заболеваниях, в частности, при парагриппозной инфекции и при гриппе.

Лечение острого ларингита

В начале заболевания, когда больного беспокоят сухость, першение, кашель, применяют средства, оказывающие противовоспалительное, смягчающее и обволакивающее действия. В этот период для местного лечения острого ларингита можно воспользоваться лекарственными растениями (для ингаляций или ингаляций). Рекомендуются масляные ингаляции, в состав которых входят эфирные масла из мяты, чабреца, эвкалипта и других душистых лекарственных растений.

Больным с острым ларингитом необходим голосовой покой. Рекомендуется щадящая диета, исключающая газированные напитки. Показано проведение в домашних условиях паровых ингаляций, вдыхание фитонцидов из мелко нарезанного лука или чеснока. Для уменьшения отека слизистой оболочки и осиплости рекомендуется принимать теплые травянистые настои или ингаляции из них.

Важной составляющей в лечении ларингита являются физиотерапевтические методы воздействия.

ФАРИНГИТ — острое или хроническое воспаление слизистой оболочки глотки. Нередко воспалительный процесс распространяется на глотку из полости носа и его придаточных пазух (насморк, синусит). Острый фарингит редко бывает изолированным — чаще он сочетается с острым



Рис. 1

воспалением верхних дыхательных путей (грипп, катар дыхательных путей, различные инфекционные заболевания). Изолированное поражение слизистой оболочки глотки может наблюдаться при непосредственном воздействии на нее раздражителей, таких как длительное дыхание через рот и разговор на холоде, курение, алкоголь, горячая и холодная пища и др. (рис. 1).

Симптомы фарингита

При фарингите наблюдаются сухость в глотке, ощущение жжения, царапания («першения»), болезненность при глотании, особенно при «пустом глотке», кашель, потребность в частом отхаркивании слизи. Температура тела нормальная или повышена до 37,5°C. Общее состояние, как правило, страдает мало. При фарингоскопии слизистая оболочка глотки, включая небные миндалины, гиперемирована, местами на ней заметны слизисто-гнойные налеты; иногда на задней стенке глотки выступают отдельные фолликулы в виде красных зерен, язычок отечный. У детей младшего возраста (до двух лет) заболевание протекает более тяжело, чем у взрослых.

Оно часто сочетается с воспалением слизистой оболочки носоглотки и острым катаральным ринитом. Нарушается носовое дыхание. Острый фарингит следует дифференцировать с катаральной ангиной.

Динамическая электро-нейростимуляция

Динамическая электронейростимуляция (ДЭНС) — это новый общедоступный метод рефлексотерапии, при котором осуществляется абсолютно безвредное воздействие на кожную проекцию жалобы (боли, нездорового органа), зоны, соответствующей сегменту спинного мозга, активные и латентные рефлексогенные зоны, классические и «новые» акупунктурные точки.

Цель ДЭНС — смягчить кашель, способствовать лучшему отхождению мокроты и восстановлению голоса, уменьшению боли.

Эффективное лечебное воздействие проводится аппаратами семейства ДЭНАС, которые генерируют специальные электрические

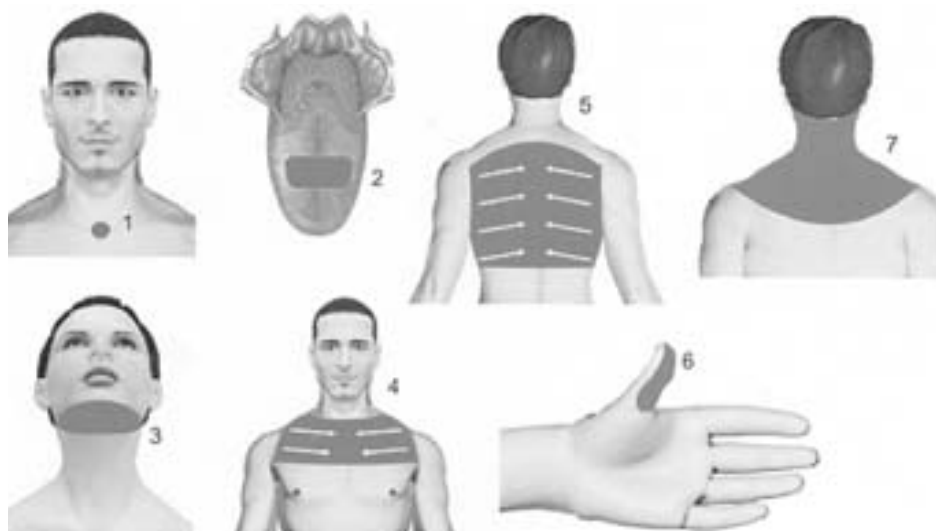


Рис. 2. ДЭНС-терапия острого ларингита и фарингита

импульсы, динамически изменяющие свою характеристику в зависимости от результатов мониторинга поверхностного импеданса кожи (биологическая обратная связь).

Лечебный фактор в аппаратах семейства ДЭНАС — это нейроподобные энергоинформационные импульсы, которые являются естественным физиологическим раздражителем для нервных окончаний на поверхности кожи и не проникают через кожные покровы вглубь тела. Параметры лечебных импульсов изменяются в зависимости от изменений состояния кожи в зоне, которая отражает заболевание того или иного органа, что приводит к быстрому лечебному эффекту. Динамическое изменение формы импульсов, которое происходит в ответ на изменение поверхностного импеданса в подэлектродной зоне, не позволяет организму привыкнуть к ДЭНС, как к любому другому методу физиотерапии. Отсюда следующее эксклюзивное преимущество ДЭНС — отсутствие привыкания организма к импульсу и полное сохранение высокой эффективности при использовании аппаратов несколько раз в сутки или при длительном курсе ДЭНС.

В основе лечебных эффектов ДЭНС лежит физиологическая оздоровительная ответная реакция организма на аппаратную обработку специальных кожных зон, которые «соединяются» нервными путями с внутренними органами. ДЭНС-терапия сначала «включает» особые «спящие до поры до времени» адаптационные механизмы любого живого человеческого организма, а дальнейшая ДЭНС-регуляция приводит к максимально возможной гармонизации деятельности внутренних органов и систем.

ДЭНС-терапия обеспечивает качественное улучшение кровообращения и лимфообращения, нормализацию сосудистого тонуса, артериального давления, выраженный противовоспалительный и противоотечный эффект.

В результате работы с аппаратом регуляторная система мобилизует защитные силы организма на борьбу с вирусами, бактериями и другими возбудителями, вызвавшими воспаление без общих симптомов интоксикации или с ними. Этому способствует улучшение кровообращения в очаге воспаления, за счет чего резко увеличивается количество необходимых там клеточных элементов

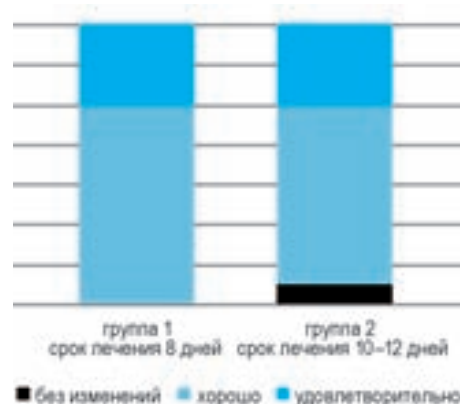


Рис. 3. Сравнение результатов лечения

крови, осуществляющих фагоцитоз (пожирание специальными клетками возбудителей инфекции). Усиление венозного оттока от очага воспаления приводит к быстрейшему «вымыванию» из межклеточного пространства и клеток пораженных тканей ядов (токсинов), которые выделяются вирусами и бактериями, отравляя больного.

Методика ДЭНС при острых и хронических ларингитах и фарингитах

При остром заболевании и во время обострения хронических ларингитов и фарингитов процедуру ДЭНС следует проводить по потребности, несколько раз в день. В первые сутки процедуры проводятся по желанию — до исчезновения лающего и сухого кашля и появления влажного кашля, до исчезновения безголосия или хриплого голоса, до стабильного улучшения состояния. Максимальный интервал между процедурами должен составлять не более 1,5 часов. Обычно для купирования острого воспалительного процесса достаточно от нескольких процедур в течение первых суток до трех суток. Дополнительно рекомендуется

Таблица 1

Сравнительные результаты лечения двух групп

Группа	Кол-во человек	Полученные результаты			Сроки лечения
		хорошо	удовлетворительно	без изменений	
I группа (стандартное лечение + ДЭНС-терапия)	14	10	4	-	8 дней
II группа (стандартное лечение)	14	9	4	1	10–12 дней

обильное теплое щелочное питье (например, молоко, минеральная вода и пр.) и, если возможно, паровые ингаляции.

Зоны обработки

- ППЖ — зона яремной ямки. Режим «ТЕРАПИЯ» на частоте 77 Гц при ЭД-2 (у маленьких детей — ЭД-1), стабильный способ воздействия в течение 3—5 минут.
- Подчелюстная зона. Режим «ТЕРАПИЯ» на частоте 77 Гц при ЭД-2 (у маленьких детей — ЭД-1) стабильным способом. При выраженной боли — по формуле выбора частот: 200 Гц — 77 Гц — 10 Гц. Продолжительность воздействия — до существенного уменьшения хрипоты, появления влажного кашля; при выраженной боли — до ее ликвидации.
- Зона проекции верхних долей легких спереди (зона «слюнявчик»). Режим «ТЕРАПИЯ» на частоте 77 Гц при ЭД-2 лабильным способом, от периферии к центру, в течение 10—15 минут.
- Шейное кольцо (сегментарная зона). Режим «ТЕРАПИЯ» на частоте 10 Гц при ЭД-2. Продолжительность воздействия — 5—7 минут.
- При необходимости подключается 1—2 из следующих зон: зона языка при частоте 10 Гц в течение 1 минуты, 7 ШП при частоте 77 Гц в течение 3—5 минут, зона прямой проекции

надпочечников при частоте 1 Гц в течение 3—5 минут, икроножные зоны (задняя поверхность голени) в режиме «ТЕРАПИЯ» на частоте 77 Гц при ЭД-2.

- АТ 13, АТ 15, АТ 55, АТ 71, АТ 73, АТ 74, АТ 75.

Процедуру необходимо проводить по потребности, несколько раз в день, до появления влажного кашля и нормализации голоса. Курс ДЭНС — 5 дней (рис. 2).

После ликвидации симптомов обострения хронического фарингита следует провести курсовое лечение для стабилизации эффекта и исцеления.

Цель курсового лечения — достигнуть полного отсутствия латентных триггерных зон на теле пациента. Средняя продолжительность курса — от 5 до 15 дней. При необходимости курс повторяется.

Под наблюдением находились 28 человек. Все больные были условно разделены на две группы. В 1-й группе (14 человек) проводилось стандартное лечение и применялась ДЭНС-терапия, во 2-й группе (14 человек) — только стандартное лечение.

Результаты лечения приведены в таблице 1 и на рисунке 3.

Выводы

В результате проведенного лечения выздоровление при остром фарингите и остром ларингите наступило в 1-й группе у 14 пациентов (полное выздоровление — у 10, улучшение состояния — у 4). Сроки лечения сократились до 8 дней; уменьшилась дозировка АБ-средств. В контрольной группе, соответствен-

но, 9 и 4 человека, у одного пациента состояние осталось без изменений, он был направлен в стационар. Сроки лечения во 2-й группе составили 10—12 дней.

Учитывая небольшое количество исследуемых, статистически значимой достоверной разницы в группах не выявлено. В связи с этим планируется продолжить исследование с набором пациентов для определения эффективности данной методики.

Литература

1. Семенов В. М., Дмитраченко Т. И., Зенькова С. К. и др. Острые инфекционные поражения дыхательной системы. — М, 2006. — 151 с.
2. Балясинская Г. Л. Осложнение ОРВИ — острый ларингит // Consilium medicum. — 2002. — Т. 5 — №10. — С. 5—6.
3. Павлихин О. Г., Крюков А. И. Острый ларингит и его осложнения // Справочник поликлинического врача. — 2006. — №7. — С. 42—43.
4. Солдатов И. Б. Лекции по оториноларингологии: Учебное пособие. — М, 1990. — 288 с.
5. Руководство по оториноларингологии / Под ред. И. Б. Солдатова. — М: Медицина, 1997. — 608 с.
6. Руководство по динамической электронеомодулирующей терапии аппаратами ДЭНАС / В. В. Чернышев, В. В. Малахов, А. А. Власов, О. И. Рубцова, Н. И. Иванова — Екатеринбург, 2002. — 248 с.
7. Зарайская С. М., Иванова Т. В., Мейзеров Е. Е. и др. Электростимуляционные методы рефлексотерапии // МРЖ. — 1988. — Разд. IX. — №4. — С. 40—46.

ООО «МИРТА-ФАРМ»

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

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

Современные тенденции правоотношений медицинских организаций и пациентов

Ю. М. Нестеренко, член Ростовской палаты адвокатов, ст. преподаватель кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКуППС РостГМУ, ст. преподаватель кафедры медицинского права КИЭП

В условиях развития современного общества проблема охраны здоровья граждан приобретает особое значение. Здоровье становится не просто медицинской, а социально-экономической проблемой, имеющей важное государственное значение. По определению ВОЗ, здоровье — это не просто отсутствие болезни, а «...полное физическое, физиологическое и социальное благополучие при максимальной продолжительности жизни».

Объективные процессы, происходящие в стране, обусловили и конкретизировали вопросы правовой регламентации деятельности медицинских учреждений и их работников. При этом возросла роль средств массовой информации по формированию активной позиции пациентов по защите в суде своих прав при неблагоприятном исходе оказанной медицинской помощи. И, как следствие, — устойчивый рост судебной практики рассмотрения гражданских дел по искам пациентов, предъявляемым в связи с неблагоприятным исходом оказанной медицинской помощи, с требованиями возмещения причиненного им материального ущерба и компенсации морального вреда.

Частота удовлетворения исковых требований в ряде случаев в полном объеме свидетельствует о том, что в суде пациенты эффективно используют защиту прав и законных интересов. Можно с уверенностью утверждать, что судебная практика по данной категории гражданских дел в общих чертах сформировалась и обрела определенные процессуальные черты и тенденции.

Проблемы здравоохранения

В середине 90-х годов прошлого века много говорили о наличии кризиса системы здравоохранения, главный признак которого — ухудшение здоровья населения. При этом четко наметились его основные проявления:

- ухудшение качества лечебно-профилактической помощи;
- падение жизненного уровня медицинского работника;
- отсутствие реальной возможности повышения своего профессионального уровня;
- растущее недовольство населения уровнем здоровья и меньшей доступностью медицинской помощи;
- дороговизна импортных препаратов и медицинской техники.

В последующем указанные проблемы находили отражение в Государственных докладах о состоянии здоровья населения Российской Федерации, которые Минздрав РФ ежегодно представлял Правительству РФ.

Так, в Государственном докладе о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005 году было отмечено: «В сфере здравоохранения на сегодняшний день накопилось множество серьезных проблем. Среди них: ограниченность государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и их несбалансированность с финансовыми ресурсами; недостаточная

доступность медицинской помощи, особенно для наименее обеспеченных слоев населения; неравенство регионов в обеспеченности средствами; неэффективное использование ресурсов в системе здравоохранения и недостаточный контроль за этим со стороны ОМС; слабая материально-техническая оснащенность многих медицинских учреждений; низкая оплата труда медицинских работников и др.».

В настоящее время не все из указанных проблем удалось решить. Об этом в своей речи на Первом национальном съезде врачей говорила министр здравоохранения РФ В. Скворцова: «Среднемесячная заработная плата работников государственного здравоохранения в текущем году составила менее 18 тыс. руб., или 73,5% от средней зарплаты по стране. Среднемесячная зарплата работников муниципальных учреждений здравоохранения, которые составляют 45,7% от всех медиков, составила всего 14,6 тыс. руб., то есть 62,7% от средней зарплаты по стране».

Кроме того, в одном из интервью министр отметила: «Очень важный момент — доступность врачебной помощи. Но сегодня далеко не все россияне имеют возможность получить адекватные медуслуги: у нас огромная страна и разная плотность населения. При этом до 30% выпускников медицинских вузов не приходят работать в нашу отрасль из-за отсутствия распределения».

Демография

Великий русский ученый Д. И. Менделеев в своих «Заветных мыслях» писал, что «...сила страны определяется числом жителей, ее населяющих». В России депопуляция (сокращение населения) как процесс окончательно сформировалась к 1995 году. Специалисты, оценивая перспективы улучшения демографических показателей, считают, что депопуляцию можно остановить преимущественно снижением показателей смертности населения. Если бы сейчас умирало столько же, сколько в 1980-е годы, то естественная убыль населения в стране сменилась бы естественным приростом, а повышение рождаемости лишь незначительно отразится на процессе сокращения численности населения.

Средняя продолжительность жизни в России в 1965 г. составляла 69,6 года, а в 2005 г. — 65,3 года. Сегодня наметилась положительная тенденция улучшения ряда показателей. Комплекс проводимых в стране мер уже привел к существенным позитивным изменениям: за шесть лет продолжительность жизни россиян увеличилась почти на четыре года, общая смертность снизилась на 16%, младенческая — на 33%, материнская — на 36%. В результате средняя продолжительность жизни россиян в 2011 году составила 70,3 года, у мужчин — 64,3 года, у женщин — 76,1 года. При этом в рейтинге агентства Bloomberg, по состоянию здоровья населения 145 стран мира, в которых проживают более миллиона человек, Россия заняла 97-е место. Ее обогнали не только страны Евросоюза, но и многие бывшие

республики СССР: Эстония (57-е место), Грузия (71-е), Армения и Латвия (79-е), Литва (81-е), Таджикистан (84-е), Узбекистан (85-е), Азербайджан (87-е), Белоруссия (91-е).

Оказание медицинской помощи населению

В Материалах Первого национального конгресса терапевтов (2006, г. Москва) была представлена следующая информация:

- *каждый третий диагноз, который ставят российские доктора своим пациентам, впоследствии признается ошибочным;*
- *практически каждый четвертый диагноз злокачественного новообразования в России ставится неверно;*
- *из-за недостатка медицинских знаний врачи выявляют лишь около 30% больных, нуждающихся в высокотехнологичной помощи;*
- *из-за неправильного или несвоевременно поставленного диагноза в России умирают 12% больных пневмонией;*
- *в каждом пятом случае имеется расхождение клинического диагноза, установленного в стационаре, и патологоанатомического диагноза.*

При опросе Фонда общественного мнения на вопрос: «Верите ли вы медикам?» опрошенные отвечали: «когда как» — 49%, «нет» — 38%, «да» — 13%. При этом 45% респондентов полагают, что современные российские врачи обладают низким уровнем профессиональных знаний и недостаточной квалификацией. Кроме того, население недовольно уровнем здоровья и меньшей доступностью медицинской помощи.

В одном из своих выступлений министр здравоохранения В. Скворцова отмечала, что проведенный скрининг говорит о том, что знания большинства медработников сегодня не соответствуют требованиям времени. За редким исключением, уровень знаний студентов ограничивается серединой 80-х годов. Требуется коррекция и образовательный уровень преподавателей. В сложившейся ситуации, как отмечают специалисты, одной из значимых причин является отсутствие у врачей возможности оперативного доступа к справочной информации.

На II Всемирном деонтологическом конгрессе в Париже (1967) в обязательства, изложенные еще Гиппократом, было введено единственное дополнение: «Клянусь обучаться всю жизнь». Это дополнение действительно назрело, ибо обязанность учиться всегда подчеркивалась крупными учеными и признана практиками. Русский профессор Ф. И. Остроумов писал: «Учиться всю жизнь для пользы общества — таково призвание врача».

В настоящее время состояние отечественного здравоохранения во многом определяет общее снижение профессиональной подготовки врачей и среднего персонала, что напрямую связано со снижением качества подготовки студентов.

На I Национальном съезде врачей выступающие отмечали, что современные выпускники медвузов зачастую не способны оказать первую медицинскую помощь, определить группу крови, остановить кровотечение. У врачей не хватает мануальных навыков. При этом они владеют академическими знаниями по фундаментальным дисциплинам.

Если принять во внимание положение отечественного здравоохранения, общее снижение профессиональной

подготовки врачей, увеличение количества случаев нарушения врачами определенных этических и правовых норм, то не вызывает сомнения, что проблема некачественного лечения и ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи в последующие годы будет стоять еще более остро.

Сами специалисты-медики говорят, что их сейчас спасает лишь юридическая неграмотность пациентов и неразвитость судебной системы в стране. В противном случае, до 70% врачей можно было бы привлечь к различного рода ответственности за разного рода правонарушения.

Сейчас в рейтинге ВОЗ по расходам на здравоохранение Россия занимает 115-е место. К 2015 году госрасходы на здравоохранение в стране снизятся почти на 22% по сравнению с уровнем текущего года (Минфин РФ, «Основные направления бюджетной политики на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов»). Предусмотренное бюджетом включение расходов на высокотехнологичные виды медпомощи в систему ОМС отрицательно скажется на пациентах и приведет к снижению доступности этих видов медуслуг. Определяется «снижение прозрачности» расходов бюджетных средств фондом ОМС.

Доля расходов на здравоохранение в России постоянно снижается, тогда как в других странах, напротив, растет. Согласно данным ОЭСР, в 2010 году больше всего средств на охрану здоровья граждан выделили США (17,6% ВВП), на втором месте — Франция и Германия (по 11,6% ВВП). Эстония, которая занимает последнее место в списке развитых стран мира по финансированию здравоохранения, выделяет этой отрасли 6,3% ВВП. По официальным данным, затраты государства на медицину с каждым годом растут: в 2008 году программа государственных гарантий стоила 1,18 трлн руб., в 2009 году — 1,37 трлн, в 2010 году — 1,45 трлн, в 2011 году — 1,62 трлн руб. Несмотря на это, процент людей, неудовлетворенных медицинской помощью, практически не меняется: все эти годы здравоохранением недовольны около двух третей населения страны.

В 72-х российских регионах зафиксирован дефицит финансирования всех видов бесплатной медицинской помощи, а медучреждений, оказывающих бесплатные услуги, становится все меньше. В 2009 году в рамках ОМС их было 11,5 тысячи, в 2010 году — 11,3 тысячи, в 2011 году — 11 тысяч.

По данным Росстата, за десятилетие — с 2000 по 2010 год — количество больниц в стране уменьшилось на 40%, а поликлиник — на 20%. При этом население России за этот период уменьшилось лишь на 2%.

Кадровое обеспечение отрасли

По данным ВОЗ, Россия занимает четвертое место в мире по общему числу лиц с высшим медицинским образованием, уступая лишь Китаю, Индии и США. По количеству врачей на душу населения Россия занимает пятое место — на каждые 10 тысяч россиян приходится 42 медика с высшим образованием. Для сравнения: на каждые 10 тысяч населения в Англии — 16 врачей, в Канаде — 18 врачей, в США — 25 врачей.

В то же время, еще экс-министр здравоохранения и социального развития Т. Голикова заявляла об остром дефиците кадров в отрасли. Весной 2012 года она сообщила, что в стране не хватает почти 153 тысячи врачей

различных клинических специальностей и 800 тысяч человек среднего медицинского персонала.

По данным МЗ РФ, динамика обеспеченности средними медицинскими работниками на протяжении десяти лет носит отрицательный характер. Согласно данным ведомства, обеспеченность средним медперсоналом в 2008 году составила 94,2 на 10 тысяч человек, в 2010 году — 93,6, в 2011 году — 92,6. В то время как в Великобритании на 10 тысяч населения приходится 128 медсестер, в Канаде — 101 медсестра, в США — 94 медсестры.

У нас в стране 90 «основных врачебных специальностей», в США — только 35, а в Европе их в 2 раза меньше.

Каждый четвертый врач в России не имеет квалификационной категории, что напрямую связано с качеством оказания медицинской помощи.

Созданный в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» федеральный регистр медработников позволил установить, что из 600 тысяч врачей, внесенных в регистр, более 200 тысяч не повышали квалификацию пять и более лет. По данным опроса Фонда общественного мнения, основные причины этого следующие: 41% опрошенных не могут ее пройти, поскольку их некому заменить на работе, у 38% на нее не хватает средств.

В процессе формирования федерального регистра медработников выяснилось, что около 30% врачей и медсестер являются людьми пенсионного возраста, около 60% врачей и медсестер — люди в возрасте от 30 до 55—60 лет, и лишь примерно 10% медперсонала первичного звена составляют специалисты в возрасте до 30 лет.

По данным МЗ РФ, за период с 2000 по 2010 год доля работников здравоохранения до 45 лет сократилась на 12%.

Законодательство РФ об охране здоровья

Проблема правовой регламентации медицинской деятельности имеет важное значение. Медицина — сложная наука и еще более сложная профессия. Именно поэтому медицину следует рассматривать в трех ипостасях: медицина как наука, медицина как искусство и медицина как ремесло.

Несмотря на то, что процесс оказания медицинской помощи имеет важное значение для жизни человека, законодательное обеспечение, определяющее профессиональную деятельность врача, было крайне низким. В истории его эволюции можно выделить несколько периодов.

Так, в 20—30 годы XX века оно было представлено Декретом ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 года «О профессиональной работе и правах медицинских работников» и Постановлением СНК СССР от 15 сентября 1937 года «О порядке проведения медицинских операций». В более поздний период существования нашей страны в 1969 году были приняты «Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении».

Если до формирования современного законодательства в области охраны здоровья населения профессиональная врачебная деятельность, в основном, регламентировалась ведомственными приказами, практическими рекомендациями, методическими указаниями, письмами, распоряжениями, инструкциями,

которые не всегда хорошо знали врачи и абсолютно не знали пациенты, то с начала 90-х годов происходит рост законодательства, регулирующего основные права и обязанности медицинских работников, их ответственность, а также гарантии и права пациентов. При этом формированию современного законодательства способствовало развитие новых экономических отношений; наличие разных форм собственности в здравоохранении; активизация идей по защите прав потребителей; наличие частной практики; увеличение объема платных медицинских услуг. В его основе был заложен принцип: если невозможно регламентировать все отношения, которые могут возникнуть между врачом и пациентом, то наиболее типичные и часто встречающиеся должны быть по максимуму отражены в законодательстве.

В настоящее время в России федеральный уровень медицинского законодательства представлен системой нормативных правовых актов, объединенных в самостоятельную отрасль российского законодательства, именуемую «Законодательство об охране здоровья граждан».

Возглавляет систему законодательства в этой сфере Конституция Российской Федерации. Первый уровень медицинского законодательства, после Конституции РФ, составляет федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который был принят в 2011 году. Второй уровень законодательства об охране здоровья граждан — специальные федеральные законы, непосредственно регулирующие важнейшие направления в этой сфере. Третий уровень образуют законы, принимаемые субъектами Российской Федерации.

В последнее десятилетие в российском здравоохранении сформировалось такое понятие, как «право в медицине». Этому предшествовало признание на IV Международной правовой конференции в Праге (1977) медицинского права как самостоятельной отрасли права. Сегодня оно существует практически во всех развитых странах, но до сих пор не получило признания в России.

Медицинское право — система нормативно-правовых актов, определяющих нормы и регулирующих организационные, имущественные, личные отношения, возникающие в связи с оказанием медицинской помощи гражданам.

Субъектами медицинского права являются: медицинское учреждение, медицинский работник, пациент и страховая медицинская организация.

Юридическое обоснование существующей системы прав пациентов представлено тремя источниками:

- **позитивное право** — представляет собой нормативные акты (законы, указы Президента, постановления Правительства, ведомственные положения);
- **договорное право** — договоры между медицинскими организациями, фондами ОМС, СМО и пациентом, которые детализируют законы;
- **прецедентное право** — решения различных судебных, арбитражных органов по решению конкретных ситуаций, которые становятся образцом для принятия последующих решений.

В последние годы рост научного и практического интереса к вопросам медицинского права обусловлен значительным увеличением законодательства, регламентирующего профессиональную медицинскую

деятельность, о чем свидетельствует рост числа публикаций, посвященных исследованию данной проблемы. При этом необходимо отметить, что трудности при разработке и изучении вопросов медицинского права обусловлены, прежде всего, крайне низким законодательным, информационным и кадровым обеспечением.

В частности, специалистов в области медицинского права юридические вузы России пока не готовят. Поэтому медицинские работники вынуждены сами «изобретать» формы правового обеспечения своей деятельности. Именно по этой причине многие организаторы здравоохранения и клиницисты вынуждены осваивать юриспруденцию, чтобы предпринимать самостоятельные попытки решать назревшие медико-правовые проблемы.

Необходимо признать, что для надлежащего оказания медицинской помощи оптимальными являются условия, когда врач лечит, руководитель медицинской организации обеспечивает лечебный процесс, а специалисты в вопросах медицинского права формируют правовое обеспечение этого процесса.

По оценкам как зарубежных, так и наших специалистов, количество жалоб и исков пациентов с каждым годом будет увеличиваться, что обусловлено процессом развития науки, совершенствованием медицинских технологий, созданием высокоэффективных и в то же время довольно агрессивных лекарственных препаратов, внедрением в медицинскую практику новых методов диагностики и лечения. Все это представляет определенный риск для профессиональной деятельности врача и в процессе оказания медицинской помощи создает условия возможного причинения вреда пациенту.

Необходимо отметить, что мерами по снижению профессионального врачебного риска может служить наличие объективных и субъективных факторов. К объективным факторам следует отнести наличие стандартов оказания медицинской помощи и страхование профессиональной ответственности врача, а к субъективным — уровень знаний врачом современной медицинской науки и практики, возможность его профессионального роста и знание врачом правовых основ своей профессиональной деятельности.

Вместе с тем, наличие указанных факторов не в полной мере способно исключить возможность причинения вреда здоровью пациента и предотвратить подачу пациентом претензии.

Мы должны понимать, что в настоящее время практическая медицинская деятельность осуществляется в условиях значительно расширенного правового пространства. Рост числа претензий пациентов к медицинским организациям большей частью обусловлен современным законодательством, которое ввело в практику правовые нормы, позволяющие реализовать обоснованную претензию пациента к медицинской организации. При этом за последние два года были приняты Федеральный закон, Постановление Правительства РФ, Постановления Пленума ВС РФ, которые существенно изменили порядок, условия, а также ответственность медицинских работников за ненадлежащее оказание медицинской помощи.

Так, в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 №1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина» указано:

«11. По общему правилу, установленному п. 1 и п. 2 ст. 1064 Гражданского кодекса РФ, ответственность за причинение вреда возлагается на лицо, причинившее вред, если оно не докажет отсутствие своей вины».

Это означает, что при рассмотрении дела о причинении вреда при оказании медицинской помощи законодательно закреплена презумпция вины ответчика (ст. 1064 ГК РФ), которая изначально предполагает виновной медицинскую организацию. При этом она несет бремя доказывания своей невиновности, и если не предоставит суду доказательств отсутствия своей вины, то вина признается установленной в силу указанной доказательной презумпции. Истец при рассмотрении дела в суде представляет только доказательства, подтверждающие факт повреждения здоровья, размер причиненного вреда и освобождается от необходимости доказывать вину причинителя вреда.

Важное обстоятельство: если до принятия указанного постановления истцу приходилось доказывать, как основание иска, моральный вред в виде нравственных и физических страданий, так же, как и более «овеществленные», «материальные» факты, то принятое Постановление определило:

«32. Учитывая, что причинение вреда жизни или здоровью гражданина умаляет его личные нематериальные блага, влечет физические или нравственные страдания, потерпевший, наряду с возмещением причиненного ему имущественного вреда, имеет право на компенсацию морального вреда при условии наличия вины причинителя вреда. При этом суду следует иметь в виду, что, поскольку потерпевший в связи с причинением вреда его здоровью во всех случаях испытывает физические или нравственные страдания, факт причинения ему морального вреда предполагается. Установлению в данном случае подлежит лишь размер компенсации морального вреда».

Федеральный закон от 21.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предоставил значительные полномочия законному представителю, который может представлять интересы пациента по доверенности:

«3. К нотариально удостоверенным доверенностям приравниваются:

1) доверенности военнослужащих и других лиц, находящихся на излечении в госпиталях, санаториях и других военно-лечебных учреждениях, удостоверенные начальником такого учреждения, его заместителем по медицинской части, старшим или дежурным врачом;

2) доверенности военнослужащих, а в пунктах дислокации воинских частей, соединений, учреждений и военно-учебных заведений, где нет нотариальных контор и других органов, совершающих нотариальные действия, — также доверенности рабочих и служащих, членов их семей и членов семей военнослужащих, удостоверенные командиром (начальником) этих частей, соединения, учреждения или заведения;

3) доверенности лиц, находящихся в местах лишения свободы, удостоверенные начальником соответствующего места лишения свободы;

4) доверенности совершеннолетних дееспособных граждан, находящихся в учреждениях социальной защиты населения, удостоверенные администрацией

этого учреждения или руководителем (его заместителем) соответствующего органа социальной защиты населения).

Доверенность от имени юридического лица выдается за подписью его руководителя или иного лица, уполномоченного на это его учредительными документами, с приложением печати этой организации».

Гражданский процессуальный кодекс значительно расширил перечень организаций, в которых доверитель может удостоверить полномочия своего представителя:

«2. Доверенности, выдаваемые гражданами, могут быть удостоверены в нотариальном порядке либо организацией, в которой работает или учится доверитель, товариществом собственников жилья, жилищным, жилищно-строительным или иным специализированным потребительским кооперативом, осуществляющим управление многоквартирным домом, управляющей организацией по месту жительства доверителя, администрацией учреждения социальной защиты населения, в котором находится доверитель, а также стационарного лечебного учреждения, в котором доверитель находится на излечении, командиром (начальником) соответствующих воинских части, соединения, учреждения, военно-учебного заведения, если доверенности выдаются военнослужащими, работниками этих части, соединения, учреждения, военно-учебного заведения или членами их семей. Доверенности лиц, находящихся в местах лишения свободы, удостоверяются начальником соответствующего места лишения свободы.

3. Доверенность от имени организации выдается за подписью ее руководителя или иного уполномоченного на это ее учредительными документами лица, скрепленной печатью этой организации».

При этом необходимо подчеркнуть, что определяющим в изменении правоотношений в системе «врач — пациент» явилось Постановление Пленума Верховного суда РФ от 28.06.2012 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей», определившее:

«9. К отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей...

45. При решении судом вопроса о компенсации потребителю морального вреда достаточным условием для удовлетворения иска является установленный факт нарушения прав потребителя».

Таким образом, в настоящее время при оказании медицинской помощи по полису ОМС особенностью является то, что для возмещения вреда здоровью пациенту наличие вины врача не требуется. В случае подачи пациентом гражданского иска суд будет его рассматривать, исходя из так называемого «усеченного» состава правонарушения, включающего: причинение вреда пациенту, противоправность поведения причинителя вреда, причинную связь между этими элементами.

Также необходимо обратить внимание на Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», кото-

рое существенно изменило правила оказания платных медицинских услуг:

«15. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя...

29. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

— о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

— об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

30. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления».

Выводы

Таким образом, вышеизложенное позволяет сделать следующие выводы.

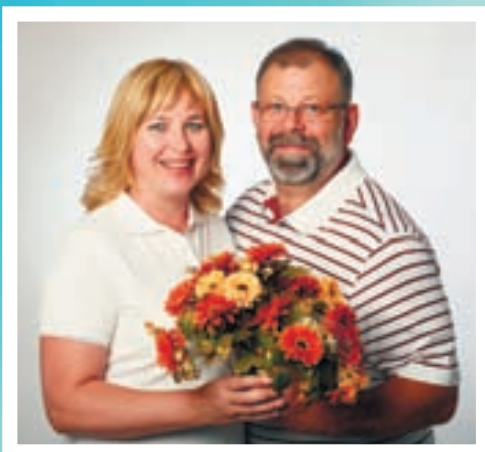
- Существующее законодательство выделило сформировавшуюся на практике самостоятельную отрасль — медицинское право.
- Практическая медицинская деятельность осуществляется в условиях значительно расширенного правового пространства.
- Количество нормативно-правовых актов, регулирующих профессиональную деятельность медицинских работников, определяет необходимость их знания и безусловного исполнения.
- Планомерная и целенаправленная подготовка медицинских работников, направленная на повышение уровня правовых знаний, становится обязательной и принципиально значимой.
- Руководитель медицинской организации обязан иметь оптимальный уровень медико-правовых знаний, что позволит своевременно предупредить случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи, сохранить материальное и моральное благополучие в трудовых коллективах.
- Практический врач должен обладать определенным объемом медико-правовых знаний, уметь их практически реализовать. Его компетентность в юридических вопросах, связанных с медицинской практикой, является характеристикой его практической зрелости.
- Судебная практика по рассмотрению исков пациентов к медицинским организациям — реальность, имеющая тенденцию к расширению.



Хотите, чтобы

- ✓ Ваш организм работал как швейцарские часы,
- ✓ Вы стали выглядеть моложе Ваших сверстников на 10-20 лет,
- ✓ Боль и недомогания стали Вашим вчерашним днем?

Клиника восстановительной и антивозрастной медицины профессора Картавенко В.В. с успехом уже решила такие проблемы своих клиентов.



Татьяна и Виктор Картавенко - основатели клиники

Присоединяйтесь к нам и будьте здоровы и молоды вместе с нами!

Тел. для клиентов: +7-918-61-000-17

Наши программы на сайте:

www.Доктор-Картавенко.рф

45 полезных видео на нашем канале Ютуб «Доктор-Желчь»

Наши технологии «под ключ» для санаториев и оздоровительных центров:

Тел. (863) 2-704-702, e-mail: doktor-kartavenko@mail.ru

Адрес: Краснодарский край, Туапсинский район, п. Майский, ГУ санаторий "Белая Русь", каб.55

РЕКЛАМА

Вышел в свет очередной выпуск справочника

«Донская медицина. Ростов и область» 2013/2014



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

Тираж:
5000 экземпляров

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.

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**



Хемилэйн

Разработка и производство профессиональных
и бытовых дезинфицирующих средств

ЛАЙНА®

супер Эко

все виды дезинфекции в ЛПУ

Тестировано на
Mycobacterium terrae

дезинфектант широкого спектра действия

Действующие вещества:

додecilдипропилентриамин 6%,
алкилдиметилбензиламмоний хлорид 12%,
полигексаметиленгуанидина гидрохлорид 2%.

Антимикробная активность: в отношении грамотрицательных и грамположительных (включая микобактерии туберкулеза) микроорганизмов, вирусов (в отношении всех известных вирусов-патогенов человека, в том числе вирусов энтеральных и парентеральных гепатитов (в т.ч. гепатита А, В и С), ВИЧ, полиомиелита, аденовирусов, вирусов «атипичной пневмонии» (SARS), «птичьего» гриппа H5N1, «свиного» гриппа, гриппа человека, герпеса и др.), грибов рода Кандида, Трихофитон и плесневых грибов, возбудителей внутрибольничных инфекций, анаэробной инфекции; средство обладает овоцидными свойствами в отношении возбудителей паразитарных болезней (цист и ооцист простейших, яиц и личинок гельминтов, остриций).

Режимы дезинфекции

- ✓ Поверхности в помещениях
 - при бактериальных инфекциях 0,05% - 30 мин.
 - при вирусных инфекциях 0,25% - 30 мин.
 - при поражении плесневыми грибами 0,1% - 30 мин.
 - при туберкулезе (*Mycobacterium terrae*) 0,5% - 30 мин.
- ✓ Кувезы; датчики к аппаратам УЗИ от 0,05% - 30 мин.
- ✓ Жидкие отходы, кровь, выделения больного (мокрота, моча, фекалии, рвотные массы) 2,0% - 30 мин.
- ✓ Дезинфекция изделий медицинского назначения 0,25% - 30 мин.
- ✓ Обработка воздуха помещений при вирусных инфекциях 0,5% - 30 мин.

Срок годности

средства - 5 лет

рабочих растворов - 35 суток



без хлора,
спиртов и
альдегидов

www.dezinfekt.ru

ООО «Хемилэйн» 125459, Москва, ул. Новопоселковая, 6
(495) 782-5996, email: info@hemilain.ru



ЦЕНТР ГЛАЗНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Центр – старейшее в России предприятие, занимающееся протезированием самого сложного и хрупкого человеческого органа – глаза. Его история началась в июне 1943 года, когда по распоряжению Совета народных комиссаров была основана Московская фабрика глазных протезов, которая стала родоначальником отрасли в Советском Союзе. В то время глазные протезы изготавливались из «стекла молочного, стекла цветного и стекла бесцветного».



Изготовление индивидуального глазного протеза – это самый короткий и эффективный путь возвращения пациента к нормальной активной жизни. При индивидуальном протезировании достигается максимально возможный косметический эффект, учитываются особенности строения глазной полости конкретного человека, протез не приносит дискомфорта, что обеспечивает отсутствие психологической напряженности человека в социальной жизни, в процессе общения с другими людьми.

Стекло и сегодня остается одним из самых практичных и удобных материалов с превосходными косметическими свойствами. Современные офтальмологические протезы изготавливаются из особого стекла, сваренного по оригинальной технологии, разработанной и запатентованной сотрудниками Центра. Они устойчивы к механическому воздействию частичек пыли, дезинфицирующих средств, сохраняют живой блеск и хорошо смачиваются слезой, что облегчает скольжение века. Уникальные специалисты-стеклодувы расплавленными стеклянными нитями с фотографической точностью воспроизводят индивидуальный рисунок радужки, кровеносной системы, копируют цвет и форму глазного яблока. Сочетание новейших технологий и ручного труда позволяет достичь результата, при котором только наметанный глаз врача может отличить протез от живого глаза. Каждое изделие – произведение искусства. Люди, делающие эту работу, посвятили главному протезированию не один десяток лет своей жизни, только пять из них уходит на обучение такого специалиста.

Центр производит и реализует протезы стандартных форм. В отличие от индивидуальных такие протезы закупаются (партиями от 50 до 1000 штук) офтальмологическими клиниками, больницами, кабинетами глазного протезирования в регионах для подбора протеза пациенту на месте, потому что далеко не везде есть квалифицированные мастера по изготовлению индивидуальных протезов.



Мастера по производству протезов из пластика работают как художники – кистью и красками. Внимательно глядя Вам в глаза, они пишут портрет «зеркала души». Пластмассовые протезы немного тяжелее стеклянных, но менее подвержены температурным воздействиям и имеют более долгий срок использования. Подходящий именно для Вас материал поможет выбрать врач-офтальмолог.

**105203, г. Москва,
ул. 14-я Парковая, д.1 А, стр.1
секретариат: (499) 461-33-72
e-mail: centr-gp@umail.ru
www.centrglaz.ru**

ЭНТЕРОСГЕЛЬ

**ПРИМЕНЯЕТСЯ С ПЕРВЫХ
ДНЕЙ ЖИЗНИ ПРИ:**

- поносе
- диатезе
- аллергии



** легко смешивается с грудным
молоком или любимым
напитком, сиропом;*

** устраняет симптомы
токсикоза беременных.*

ОТПУСКАЕТСЯ БЕЗ РЕЦЕПТА

+ 7 (495) 646 14 33,

e-mail: contact@enterosgel.ru

www.enterosgel.ru

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ