

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

№ 3 (11) 2007

ЮГА РОССИИ www.akvarel2002.ru

ПЕТРОСПИРТ



НОВИНКИ – 2007

WWW.PETROSPIRT.RU

ЗАО «ПЕТРОСПИРТ»

198099, г. Санкт-Петербург, ул. Калинина, 13
факс: (812) 786-24-25, тел.: 786-96-33, 786-33-95

реклама

В НОМЕРЕ:

- Многоцелевая монотерапия (стр. 17)
- Комплексная автоматизация работы (стр. 25, 26)
- Следы наркотика – спустя 4 месяца (стр. 34)
- Эндозкологическая реабилитация (стр. 44)
- Российские реагенты выгоднее зарубежных (стр. 38)
- Проблемы современной гинекологии (стр. 41)

УПАКОВКИ И МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ – ВОМ

Понимание значения гигиены и стерильности в больничной среде является первым шагом во избежание угрозы для жизни и здоровья человека. Знание этого может также предупредить серьезные правовые и финансовые последствия для лечебно-профилактического учреждения, связанные с инфицированием пациентов. Основным профилактическим действием с целью избежания инфицирования является использование соответствующих упаковок для медицинских инструментов и материалов.

Торуньский завод перевязочных материалов (TZMO S.A., Польша) предлагает ряд упаковок для стерилизации.

- Бумажно-пленочные пакеты и рулоны (плоские и со складкой) предназначены для стерилизации водяным паром под давлением, оксидом этилена и формальдегидом. Данные группы изделий мы предлагаем в вариантах:
- Пакеты и рулоны с тремя индикаторами стерилизации водяным паром, оксидом этилена и формальдегидом, причем индикатор стерилизации формальдегидом напечатан на бумаге, под пленкой, на шве. Во всех видах пакетов и рукавов химические индикаторы стерилизации водяным паром и оксидом этилена находятся между слоями пленки.
- Пакеты и рулоны с двумя индикаторами стерилизации водяным паром и оксидом этилена. Данный тип упаковки, при условии применения дополнительного индикатора, может использоваться также в случае стерилизации формальдегидом.

Высокая прочность упаковок достигается благодаря применению ламината из пленки повышенной прочности с точки зрения разрыва и 60-граммовой бумаги повышенной влагостойкости. Пленка отделяется от бумаги легко, не образуя пыли, благодаря чему во время открытия повреждается меньшее количество упаковок, что уменьшает их расход.

Благодаря складке возможна упаковка крупных предметов.

Прозрачная ламинированная пленка облегчает идентификацию содержимого.

Широкий ассортимент размеров рулонов и пакетов облегчает выбор соответствующей упаковки.

Бумажно-пленочные самоклеящиеся пакеты обладают всеми вышеперечисленными достоинствами, а также очень удобны в использовании, так как имеют самоклеящееся закрытие.



В нашем предложении присутствуют машины для сварки, предназначенные для плотного закрытия перед стерилизацией бумажно-пленочных упаковок.

Сварочная машина типа ZFR-25 – данный тип машины по причине ограниченной длины шва – до 280 мм – рекомендуется для использования в частных кабинетах или в учреждениях здравоохранения с небольшим расходом стерильных материалов.

Машина для непрерывной спайки ZFR-15 с ленточным конвейером дает возможность качественной и непрерывной сварки упаковок с автоматическим их перемещением, длина шва ничем не ограничена. Скорость перемещения упаковки 4 м/мин. Рекомендуется для использования в больницах.



Согласно инструкции по применению медицинских стерилизационных комбинированных упаковочных материалов ВОМ, допустимый срок хранения изделий, простерилизованных в упаковках, при соблюдении условий хранения составляет:

в одинарной упаковке, запечатанной с помощью термосварочного аппарата – 1 год, в самоклеящихся пакетах – 6 месяцев.

Простерилизованные изделия/материалы извлекают из упаковок и выкладывают на стерильный стол или сразу используют по назначению.



ИНДИКАТОРЫ СТЕРИЛИЗАЦИИ НА УПАКОВКАХ

Стерилизация паром – после стерилизации розовый прямоугольник меняется на коричневый



перед стерилизацией

после стерилизации

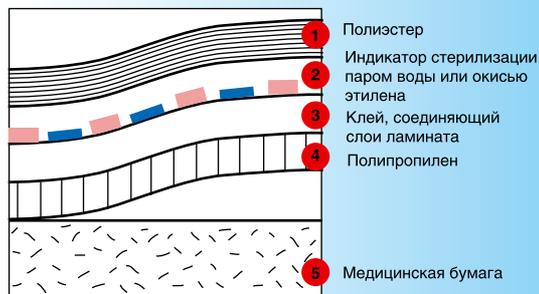
Стерилизация окисью этилена – после стерилизации розовый прямоугольник меняется на желтый



перед стерилизацией

после стерилизации

ИНДИКАТОРЫ СТЕРИЛИЗАЦИИ НА ПОЛИЭТИЛЕНОВАБУМАЖНЫХ УПАКОВКАХ



Специализированный медицинский журнал «Главный врач Юга России»
Выходит 1 раз в квартал

Крылова О.В. – учредитель и издатель
Прошенко Е.А. – редактор
Савина Т.В. – реклама

Редакционный совет:

Алексеев С.Н. – руководитель
Департамента здравоохранения
Краснодарского края
Анищенко Е.А. – председатель
Комитета по здравоохранению
Волгоградской области
Алиханов М.А. – министр
здравоохранения Республики Ингушетия
Борсов М.Х. – министр
здравоохранения Республики Адыгея
Быковская Т.Ю. – министр
здравоохранения Ростовской области
Вардосанидзе С.Л. – министр
здравоохранения Ставропольского края
Галимзянов Х.М. – зам. министра
здравоохранения Астраханской области
Мамаев И.А. – министр
здравоохранения Республики Дагестан
Бадма-Гаряев М.С. – министр
здравоохранения Республики Калмыкия
Фиров Р.Б. – министр курортов и
туризма Кабардино-Балкарской
Республики
Хабчаев У.М. – министр
здравоохранения и курортов
Карачаево-Черкесской Республики
Цидаева Т.И. – зам. министра
здравоохранения Республики
Северная Осетия-Алания

Адрес редакции:

344064, г. Ростов-на-Дону,
ул. Вавилова, 54
т. (863) 223-23-26, т./ф. (863) 273-25-16
www.akvarel2002.ru,
e-mail: info@akvarel2002.ru

Отпечатано в ООО «Медиа-Полис»,
г. Ростов-на-Дону,
e-mail: mediapolis@aaanet.ru
Тираж 5000 экз., Заказ № 124
Подписано в печать 20.09.2007 г.

Зарегистрирован Управлением
Росохранкультуры по Южному
Федеральному округу

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

Распространяется бесплатно по линии МЗ

Изменения в программе медико-социальной реабилитации инвалидов	2
Общероссийская конференция «Безопасная больничная среда – безопасность пациента»	3
Реализация национального проекта «Здоровье» в Ставропольском крае в амбулаторно-поликлиническом звене по итогам 2006 г.	4
Здравоохранение как приоритет развития социальной сферы	6
Эхокардиографическое исследование в кардиохирургии	9
Опыт проведения трехуровневой сочетанной анестезии при операциях на органах грудной полости в 1602 ОВКГ	12
Критерии оценки качества сестринской помощи в военном госпитале	13
Опыт применения цитофлавина при лечении больных в первые часы острой цереброваскулярной ишемии в практике скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга	14
Грипп. Рациональный подход к терапии	17
Лепра на Юге России	21
Программное обеспечение комплексной автоматизации работы врачей	25
Концепция комплексной автоматизации управления лекарственным обеспечением населения субъекта Российской Федерации	26
Синдром Марфана	29
Медицинские выставки	33
Новый подход в диагностике наркомании	34
Новые предложения НПИФ «Гиперион»	37
Особенности реагентного обеспечения гематологических анализаторов в рамках национального проекта «Здоровье»	38
Диодный лазер АЛОД-01 в гинекологии	41
Клинико-фармакологическая характеристика и содержание макро- и микроэлементов в лекарственных растениях Дагестана	42
Гирудотерапия и эндоэкологическая реабилитация как методы нормализации вегетативного баланса у больных ИБС среднего и пожилого возраста	44
Препараты для дезинфекции, в том числе совмещенной с предстерилизационной очисткой, выпускаемые ЗАО «Петроспирт»	47

Изменения в программе медико-социальной реабилитации инвалидов

9 августа в информационном агентстве «Интерфакс» (г. Ростов-на-Дону) был проведен «круглый стол», посвященный изменениям в программе медико-социальной реабилитации инвалидов.

В работе круглого стола приняли участие: Быковская Т.Ю. – министр здравоохранения Ростовской области, Рагель Т.М. – зам. управляющего Ростовского регионального отделения Фонда социального страхования, Дарымова Н.В. – зам. руководителя ФГУ Главное бюро МСЭ по РО, Галичаев М.П. – президент Южной межрегиональной диабетической ассоциации и Ростовского областного диабетического общества, член рабочей группы по реализации национального проекта «Здоровье» при АРО.

Быковская Т.Ю. сообщила об изменениях в системе медицинской реабилитации инвалидов, в частности, системе дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). На прошедшем недавно в МЗ РФ совещании предложено делегировать полномочия и ответственность за лекарственное обеспечение федеральных льготников регионам, оставляя при этом финансирование ДЛО из федерального бюджета. Таким образом будет удовлетворено неоднократно звучащее требование не разделять льготников на федеральных и региональных. На совещании в Москве участников проинформировали о предстоящей уже осенью большой работе органов управления здравоохранения субъектов РФ в связи с делегированием полномочий по проведению аукционов или конкурсов на поставку лекарственных средств в 2008 г. в регионы.

В Ростовской области на 1 июля 2007 г. 476095 человек имеют право на льготное лекарственное обеспечение, в том числе 222476 – федеральные льготники и 253619 – региональные. Средняя стоимость лекарственного обеспечения одного федерального льготника составила 2032 руб. и по сравнению с аналогичным периодом прошлого года уменьшилась в 2,3 раза, в то время как средняя стоимость лекарственного обеспечения одного регионального льготника за тот же период увеличилась на 19,7% и составила 968 руб. Стоимость социального пакета будет пересмотрена и со второго квартала 2008 г. доля лекарств в нем составит 424 руб.

Обеспечение лекарственными средствами больных по 7 наиболее дорогостоящим нозологиям будет выведено в отдельную федеральную программу. Больные с этими заболеваниями будут обеспечиваться лекарствами в соответствии с утвержденными стандартами лечения. Перечень лекарственных средств для льготных категорий больных на 2008 г. теперь превратится в два документа: обычный перечень и отдельный список дорогостоящих ЛС, которыми государс-

тво будет бесплатно обеспечивать больных тяжелыми хроническими заболеваниями. Для четкой организации поставок дорогих лекарств необходимо владеть точной и выверенной информацией о количестве больных.

Таким образом, финансовое обеспечение реализации программы ДЛО должно полностью соответствовать потребностям по стабильному обеспечению инвалидов всеми необходимыми ЛС. Ежегодное финансирование программы значительно и может быть сопоставлено с финансированием строительства 15 федеральных центров высоких медицинских технологий.

Быковская Т.Ю. также отметила, что работа по повышению качества медицинской помощи и лекарственного обеспечения ведется при активном участии социальных партнеров – некоммерческих общественных организаций.

Галичаев М.П. в своем выступлении сообщил, что диабетическая общественность Юга России одобряет наметившиеся изменения в системе ДЛО. На форуме диабетических общественных организаций Юга России в мае этого года приняли обращение к руководству страны. В обращении предлагалось создать совет общественного сопровождения реализации федеральных целевых профильных программ, состав которого формировать из региональных представителей общественности. Диабетическая общественность Ростовской области готова участвовать в этих социально-значимых процессах. Именно в Ростовской области накоплен значительный опыт партнерства исполнительной власти, органов здравоохранения и общественных организаций инвалидов по улучшению качества жизни людей с ограниченными физическими возможностями.

«Изменения в программе медико-социальной реабилитации инвалидов требуют активного участия средств массовой информации, – акцентировала внимание журналистов министр здравоохранения РО. – Необходимо постоянно разъяснять людям механизм функционирования системы ДЛО по принципу страхования. В прошлом году мы столкнулись с проблемой отказа значительной части льготников от социального пакета, что повлекло не только отток средств, выделяемых федеральным бюджетом на лекарственное обеспечение льготников РО, но и огромное количество обращений «отказников» в течение года с просьбой восстановить их льготы. Мы не можем запретить федеральным льготникам выход из системы ДЛО. Однако выбор делается на год, поэтому нужно разъяснять людям, что, отказываясь от социального пакета, они теряют право на получение гарантированного государством дополнительного лекарственного обеспечения».

Общероссийская конференция «Безопасная больничная среда – безопасность пациента»

В Ростове-на-Дону 5-6 сентября 2007 г. на базе Центра восстановительной медицины и реабилитации №1 состоялась Общероссийская научно-практическая конференция «Безопасная больничная среда – безопасность пациента», организаторами которой выступили Общероссийская ассоциация медицинских сестер (АМС) и Национальная организация дезинфекционистов при поддержке Территориального управления Роспотребнадзора по Ростовской области. Возросший уровень решаемых задач требует сегодня большего объема знаний не только от врачей, но и от среднего медицинского персонала. Проведенное мероприятие ставило своей задачей восполнение информационного вакуума, возникшего сегодня между регионами.

В работе конференции приняли участие более 300 человек, в их числе 25 директоров и представителей заводов дезинфекционных средств, 50 президентов и представителей сестринских ассоциаций других регионов, Президент Общероссийской АМС Саркисова В.А., исполнительный директор Региональной АМС Комиссарова О.П.

С вводным докладом «Роль Ассоциации медицинских сестер России в профилактике ВБИ» выступила Саркисова В.А. В своем выступлении она отметила, что внутрибольничные инфекции (ВБИ) представляют собой одну из наиболее актуальных проблем здравоохранения всех стран мира. Наносимый ими социально-экономический ущерб огромен и трудно поддается определению. ВБИ являются в настоящее время одной из основных причин заболеваемости и смертности госпитализированных пациентов и приводят (прямо или косвенно) к резкому увеличению стоимости больничного лечения. По данным ВОЗ, ежемоментно в мире 1,4 млн людей страдают от инфекций, связанных с госпитализацией. В развитых странах 5-10% госпитализированных пациентов во время пребывания в госпиталях приобретают одну или несколько инфекций. В развивающихся странах риск возникновения ВБИ в 20 раз выше. В отделениях интенсивной терапии ВБИ поражают около 30% пациентов, а смертность может достигать 44%. К ВБИ относятся также инфекционные заболевания сотрудников ЛПУ, заразившихся вследствие профессиональной деятельности. В различных госпиталях мира во время пандемий заражения медработников составляли 20-60%.

В заключение Саркисова В.А. еще раз обратила внимание на то, что от уровня профессиональной дисциплины, ответственности и знаний медсестер зависит успешное выполнение ими всех мероприятий, необходимых для предупреждения ВБИ в стационаре. Профилактика ВБИ требует комплексного подхода, подразумевающего: оптимизацию системы эпиднадзора, совершенствование лабораторной службы, повышение эффективности

дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, разработку новых регламентирующих приказов и методических указаний МЗ по профилактике ВБИ, внедрение системы утилизации биологически опасных медицинских отходов в каждом ЛПУ.

С докладом «Эпидемиология и профилактика внутрибольничных инфекций в Ставропольском краевом клиническом центре специализированных видов медицинской помощи» выступила Комаревцева Н.Б. – зам. гл. врача по работе с сестринским персоналом ГУЗ «Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи». На основе обобщения опыта работы самого крупного ЛПУ Ставропольского края предложена индустриальная модель повышения качества оказываемых медицинских услуг населению. Деятельность центра в этом направлении признана и уже отмечена высокими наградами не только на региональном уровне, но и за рубежом.

В докладе «Современные сестринские технологии как контроль профилактики ВБИ» Комиссарова О.П. подчеркнула, что уровень инфекционной заболеваемости – один из компонентов, характеризующих «индекс здоровья» нации. Среди факторов, влияющих на ВБИ, необходимо отметить такие, которые связаны непосредственно с сестринской деятельностью, это – увеличение числа инвазивных лабораторных исследований и лечебно-диагностических манипуляций, недостаточная обеспеченность ЛПУ современными дезсредствами и стерилантами, изделиями медицинского назначения одноразового применения.

Предупреждение ВБИ пациентов при проведении инвазивных лечебно-диагностических манипуляций можно добиться при:

- соблюдении правил и технологии предстерилизационной обработки и стерилизации изделий медицинского назначения;
- соблюдении медицинским персоналом требований противозаразительного режима при выполнении инвазивных лечебно-диагностических манипуляций;
- максимальном использовании в деятельности ЛПУ изделий медицинского назначения одноразового применения;
- совершенствовании и повышении надежности методов дезинфекции и стерилизации сложной лечебной и диагностической аппаратуры;
- соблюдении медицинским персоналом алгоритма выполнения инвазивных лечебно-диагностических манипуляций.

Всего за время конференции заслушаны и обсуждены 25 докладов участников, основными направлениями работы были: профилактика ВБИ, эффективная дезинфекция, современные клинические технологии, обращение с отходами.

В рамках конференции состоялась выставка современных дезинфицирующих средств.

Реализация национального проекта «Здоровье» в Ставропольском крае в амбулаторно-поликлиническом звене по итогам 2006 г.

Вардосанидзе С.Л., министр здравоохранения Ставропольского края, засл. врач РФ, д.м.н., проф.; Шикина И.Б., к.м.н., гл. врач КП №6; Девяткина Е.И., гл. врач Левокумской ЦРБ, г. Ставрополь

Ставропольский край одним из первых приступил к реализации Федерального закона №131 «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (06.10.2003), который не просто закрепил разделение функций государственной и муниципальной власти, но и существенно изменил саму систему власти, ее территориальную и организационную структуру, определил полномочия и ответственность, в т.ч. в сфере здравоохранения. При этом основная нагрузка по оказанию первичной медико-санитарной помощи легла именно на муниципальные учреждения здравоохранения. Это потребовало при подготовке к реализации национального проекта «Здоровье» (далее Проект) разработки нормативно-правовой базы, регламентирующей взаимодействие краевых и муниципальных органов власти, федеральных фондов, с одной стороны, и лечебно-профилактических учреждений – с другой. В Министерстве здравоохранения края было подготовлено более 20 правовых актов в области реализации Проекта, заключены соглашения с органами местного самоуправления о взаимодействии в этой сфере, согласованы изменения бюджетов муниципальных образований.

При наличии развитой системы учреждений здравоохранения края в течение длительного времени до конца нерешенной оставалась кадровая проблема, но в 2006 г. наметились ощутимые перемены к лучшему. Впервые численность принятых на должность врачей первичного звена и работающих с ними медсестер значительно превысила количество уволившихся, за счет чего удалось добиться снижения коэффициента совместительства с 1,3 до 1,1 (табл. 1).

Таблица 1

Численность медработников первичного звена в 2006 г.

	Принято на работу, чел.	Уволено, чел.
Врачи	162	18
Медсестры	217	49

С целью закрепления достигнутых результатов и привлечения для работы в сельской местности молодежи Правительством Ставропольского края в 2006 г. были выделены 8 млн руб. бюджетам муниципальных образований на покупку жилья для медицинских работников.

Следует также отметить, что специалисты первичного звена получили реальную возможность повысить свой профессиональный уровень, познакомиться с последними достижениями медицинской науки. Так, в 2006 г. в рамках реализации Проекта прошли обучение на курсах повышения квалификации 42 врача общей практики, 52 участковых терапевта и 38 участковых педиатров. Кроме того, по утвержденному в Министерстве здравоохранения края учебно-производственному плану в ГОУ ВПО «СтавГМА Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» обучено 230 врачей общей практики, 125 участковых терапевтов и 137 участковых педиатров.

Эти позитивные изменения происходят на фоне существенного роста заработной платы медиков: заработная плата врачей выросла в 3,2 раза, медсестер – в 2,2 раза (табл. 2).

Таблица 2

Средняя заработная плата медицинских работников первичного звена

	2005 г., руб.	2006 г., руб.
Врачи	4387	13902
Средний медицинский персонал	3468	7660

Всего же на денежные выплаты врачам общей практики, участковым терапевтам, участковым педиатрам и работающим с ними медсестрам были получены дотации из федерального бюджета на общую сумму 246 млн 653 тыс. руб.

В рамках Проекта амбулаторно-поликлиническим учреждениям муниципального

здравоохранения поставлено 472 единицы диагностического оборудования на сумму 339 млн 977 тыс. руб., в т.ч. (2006 г.):

- аппараты УЗИ – 44 единицы;
- эндоскопическое оборудование – 14 единиц;
- передвижные кабинеты ФЛГ – 13 единиц;
- рентгенологическое оборудование – 32 единицы;
- лабораторное оборудование – 42 единицы.

Кроме того, за счет средств краевого бюджета приобретено медицинское оборудование на сумму 13 млн 210 тыс. руб.

Поставка диагностического оборудования в рамках Проекта в 2006 г. осуществлена в полном объеме, подготовлены помещения, оборудование установлено, введено в эксплуатацию, а работающий на нем персонал прошел обучение и имеет соответствующую квалификацию.

В 2007 г. в рамках Проекта планируется получить 623 единицы диагностического оборудования. Немаловажен тот факт, что в 2007 г. в муниципальные бюджеты включены расходы на содержание и обслуживание уже поставленного оборудования, а также на подготовку помещений для установки аппаратуры, поставка которой будет осуществлена в размере 35 млн 100 тыс. руб.

В результате переоснащения ЛПУ удалось снизить средний срок ожидания плановых консультаций специалистов с 6-10 до 4 дней.

На особом контроле в МЗ края находится ситуация с реализацией раздела Проекта «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ».

По итогам 2006 г. план иммунизации населения в рамках Проекта в крае выполнен в достаточном объеме. Против гепатита В вакцинировано 97,5%, против краснухи – 99,6%, против гриппа – 100% от подлежащих иммунизации.

В целях обеспечения безопасной иммунизации населения из средств муниципальных бюджетов были выделены 3 млн 300 тыс. руб. на приобретение холодильного оборудования и термоконтейнеров.

Дополнительную диспансеризацию прошли 56,8 тыс. работников бюджетной сферы, что составило 91% от плана. Практически здоровыми оказались только 19,6% осмотренных, впервые выявлено свыше 28 тыс. заболеваний. Наряду с этим проведены дополнительные медицинские осмотры 41,4 тыс. работников с вредными и опасными условиями труда. При этом практически здоровыми

признаны 34,4%, выявлено свыше 13 тыс. заболеваний (табл. 3).

Таблица 3

Результаты дополнительной диспансеризации (в %)

	Работники бюджетной сферы	Работники с вредными и опасными условиями труда
Практически здоровы	19,6	34,4
Имеют риск заболевания	19,5	18,0
Нуждаются в обследовании и лечении в АПУ	55,5	44,0
Нуждаются в дополнительном обследовании и лечении в стационаре	5,4	3,6

Следующим приоритетом, обозначенным в Проекте, стало оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов. В истекшем году в крае родовые сертификаты получили 25575 женщин, а сумма средств, оплаченных фондом социального страхования лечебным учреждениям, превысила 175 млн 600 тыс. руб.

Не остался без внимания на Ставрополье и такой приоритет, как информационная поддержка и управление Проектом. В марте и сентябре 2006 г. были организованы совместные совещания с заместителями глав администраций муниципальных образований края, курирующих социальные вопросы. Этой же теме были посвящены 4 расширенных заседания коллегии МЗ края и 171 выступление в средствах массовой информации. Руководство МЗ регулярно проводит встречи с коллективами медицинских учреждений края, что позволяет не только информировать медицинскую общественность о ходе реализации Проекта, но и своевременно выявлять возникающие проблемы, совместно определять пути их решения.

Таким образом, можно констатировать, что впервые за долгие годы реально обозначены проблемы отрасли здравоохранения, намечены пути их решения и целенаправленно выделены адекватные финансовые средства. Ставропольский край имеет все шансы улучшить качество оказания медицинской помощи и материально-техническую оснащенность лечебных учреждений.

Здравоохранение как приоритет развития социальной сферы

Гаджиев Д.П., к.м.н., засл. врач РД, гл. врач РУЦ;
Гасанов М.А., проф. ИСЭИ ДНЦ РАН; г. Махачкала

Одной из важнейших составляющих социальной сферы является здравоохранение, которое играет особую роль в развитии экономики Республики Дагестан (РД). Совершенствованию деятельности социальной отрасли уделено особое внимание в Послании Президента республики Народному Собранию Дагестана, в Программе экономического и социального развития РД на период до 2010 г. Здравоохранение относится к приоритетным направлениям развития социальной сферы. Для реализации проекта «Здоровье», названного Президентом страны национальным, разработаны конкретные меры, направленные на развитие медицинской науки и здравоохранения.

В последние годы в РД проводится значительная работа по реструктуризации сети медицинских учреждений, развитию и совершенствованию специализированных и высокотехнологичных видов медицинской помощи, укреплению материально-технической базы здравоохранения, строительству и вводу в эксплуатацию новых ЛПУ.

В функционировании системы здравоохранения важное значение имеет урологическая служба, поэтому ее развитию уделяется большое внимание. Деятельность урологической службы в

Республике Дагестан осуществляется в соответствии с комплексными планами работы МЗ РД и Республиканского урологического центра (РУЦ). РУЦ является организационно-методическим и лечебно-консультационным центром по оказанию специализированной помощи населению Дагестана. Его работа направлена на улучшение качества медицинской помощи населению, повышение профессионального уровня медицинских работников, расширение организационно-методической помощи городам и районам. В связи с этим регулярно проводятся выезды специалистов-урологов в города и районы для оказания организационно-методической и практической помощи на местах, в т.ч. и для оказания срочной помощи. Результаты таких поездок, а также выездных научно-практических конференций обсуждаются на медсоветах.

Урологическая служба РД имеет сегодня развитую структуру, о чем свидетельствует наличие коек в лечебных учреждениях. Всего в городах республики развернуто более 360 специализированных коек, в том числе 104 – в РУЦ. Данные о стационарной помощи на начало соответствующего года приведены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика стационарной помощи

	Районы			Города			Всего		
	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Мочекаменная болезнь	866	629	773	1472	1655	1691	2338	2289	2464
Заболевания простаты	611	326	433	1637	1454	1205	2248	1847	1638
Всего урологических больных	2787	2745	3173	6375	7388	7256	9462	10169	10429

В республике имеется 62 уролога. В 2005 г. 32 хирурга из районов прошли специализацию на рабочем месте в РУЦ по вопросам оказания экстренной урологической помощи. За 2005 г. стационарную урологическую помощь в РД получили более 10429 больных, из них с мочекаменной болезнью и с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) – 2464. Прооперирован 4531 урологический больной.

Как показал анализ госпитализации больных с урологической патологией, наибольшее число госпитализированных с мочекаменной болезнью поступило из Акушинского, Бабаюртовского, Ботлихского, Буйнакского, Гергебильского, Дахадаевского, Казбековского, Каякентского, Кизилюртовского, Магарамкентского, Хунзахского районов. Высокий уровень госпитализированных с ДГПЖ в РУЦ из следующих районов: Акушинского, Ахтынского, Каякентского, Кизилюртовского, Левашинского, Рутульского, Цумадинского. Заболеваемость среди взрослого населения с

мочекаменной болезнью, по данным госпитализации, в 2005 г. составила 1,3; заболеваемость ДГПЖ по РД – 0,9.

Важное значение должно придаваться диспансеризации как методу систематического врачебного наблюдения в ЛПУ за состоянием здоровья определенных групп населения, в т.ч. с хроническими урологическими болезнями, с целью предупреждения и раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики обострений. Показатели диспансеризации населения РД приведены в таблице 2.

Слабо поставлена работа урологической службы в Гергебильском, Гумбетовском, Докузпаринском, Кумторкалинском, Кизлярском, Ботлихском, Цунтинском районах, в городах Дагестанские Огни, Каспийске. Недостаточно организована работа по раннему выявлению урологической патологии, диспансеризации и своевременному направлению в урологические отделения больных, в результате – высокие цифры по первичному вы-

Таблица 2

Количественные показатели диспансеризации урологических больных по РД (на начало 2006 г.)

Нозология	Города	Районы	Всего
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	1126	2261	3381
Аномалии	270	339	609
Мочекаменная болезнь	1142	3071	4213
Нефроптозы	555	1076	1631
Травмы МПС	35	57	92
Стриктуры уретры	67	103	170
Гидронефрозы	148	384	532
Пиелонефрит	443	3353	3796
Прочие	727	2182	2909
Итого	4513	12826	17339

ходу на инвалидность в Бабаюртовском, Казбековском, Левашинском, Табасаранском районах.

Особая роль в совершенствовании урологической службы отводится техническому перевооружению и повышению эффективности функционирования подотраслей социальной сферы. По этой причине улучшение сферы социального развития является важным шагом в становлении рыночной экономики. Проведенный анализ показывает наличие сложных проблем, к числу которых относится существенное отставание развития материально-технической базы от потребностей урологической службы. Через все каналы реализации на начало 2005 г. населению оказано услуг на 5971,7 млн руб., что на 7,7% выше уровня 2004 г. Прирост объемов достигнут фактически по всем составляющим платных услуг. В результате выполненного анализа можно сделать вывод о том, что, начиная с 1998 г., сохраняется ежегодный рост объема услуг населению, при этом темпы прироста выше, чем в среднем по РФ.

В целях реализации национального проекта необходимо активизировать работу по развитию здравоохранения, особенно в сельской местности, по профилактике социальных заболеваний, совершенствованию профилактического направления в охране здоровья населения, в т.ч. путем укрепления первичного (амбулаторно-поликлинического) звена. Особого внимания требует развитие урологической службы как важного звена отечественного здравоохранения.

Для дальнейшего улучшения урологической помощи населению необходимо:

- продолжить курсы повышения квалификации врачей на кафедре урологии на базе РУЦ;
- организовать в районах работу по активному выявлению урологической патологии;
- активизировать работу диспансерной группы путем направления нуждающихся на стационарное лечение для проведения противоречивых курсов лечения.

РУЦ Дагестана принадлежит важная роль в оказании специализированной помощи населению. В РУЦ функционируют 4 отделения.

- В урологическом отделении №1 (50 коек, 13 палат) работают врачи, доценты кафедры уро-

логии. Укомплектованность штата составляет 100%. За 2005 г. пролечено 1417 больных (общее количество койко/дней – 17491, выполнение плана койко/дней – 112%), прооперировано 944 больных, в т.ч. экстренно – 142. Среднее количество дней до операции – 4, после операции – 9,9, среднее пребывание на койке – 12,4. Занятость койки составляет 350 дней. Из этого следует, что количественные показатели работы удовлетворительные.

- В урологическом отделении №2 (50 коек, 14 палат) работают 6 врачей-урологов, 1 доцент кафедры урологии. Укомплектованность штата – 100%. За 2005 г. пролечено 1582 больных (общее количество койко/дней – 17112), прооперировано 1087 больных. Среднее количество дней до операции – 3,4; после операции – 8,9, среднее пребывание на койке – 10,8. Занятость койки составляет 342 дня.
- В состав отделения анестезиологии-реанимации и операционного блока входят две операционные и реанимация на 4 койки. Круглосуточно дежурит реанимационная бригада и операционная медицинская сестра. Отделение полностью укомплектовано штатами.
- Отделение литотрипсии рассчитано на 4 койки дневного стационара, но данные койки не функционируют, так как не финансируются Минфином. В отделении имеются 2 установки для ДЛТ камней мочеполовой системы: «УРАТ-П» российского производства (подлежит списанию) и «Медолит» (приобретен и установлен в 2005 г., хорошо себя зарекомендовал). С внедрением современного аппарата расширились показания к ДЛТ, отмечены хорошие результаты. Для более эффективной работы данного отделения необходимо иметь 12 коек дневного стационара для обслуживания больных с ближних населенных пунктов.

Говоря о клинико-экспертной работе РУЦ, следует отметить, что за 2005 г. при поступлении на госпитализацию выявлено 22 онкозаболевания. В 2005 г. на медсоветах РУЦ обсуждались состояние клинико-экспертной работы в РУЦ, пути улучшения качества оказания медпомощи урологическим больным РД, проводился анализ про-

филактики внутрибольничной инфекции в РУЦ, а также анализ деятельности диагностических служб РУЦ. На медсовет РУЦ, где обсуждались деятельность и качество оказания помощи урологическим больным, были приглашены урологи межрайонных отделений из Каспийска, Дербента, Кизляра, Хасавюрта, Дагестанских Огней, Махачкалы. Установлено, что контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима проводится ежедневно. Жалоб от пациентов не поступало. Занятость койки составила 318 дней, средняя длительность пребывания на койке – 11,4, выполнение программы ОМС по койко-дням – 31802 (106%), хирургическая активность – 68,6%.

В работе поликлинического звена принимают участие врач-уролог (по скользящему графику), медицинская сестра, санитарка. Госпитализация плановых и экстренных больных осуществляется через кабинет в результате предварительного обследования.

Сравнительные показатели работы поликлиники за 2002-2005 гг.: в 2002 г. всего принято 2636 больных, в 2003 г. – 2156, в 2004 г. – 2711, в 2005 г. – 2732, в т.ч. сельских жителей соответственно 1612, 1025, 1580, 1602. Госпитализировано (по годам, соответственно) 2542, 2300, 2689, 3017. В 2005 г. на 39% увеличилось количество ультразвуковых исследований по сравнению с 2004 г., на 29% – по сравнению с 2003 г. Рентгенкабинет укомплектован полностью в 2005 г., увеличен штат лаборанток, в связи с чем стала

возможной работа в две смены. В кабинете ЭКГ выделенной штатной единицы нет, в связи с чем ЭКГ проводится в приемном покое.

В 2005 г. отмечен значительный рост выпитых больных – на 13% по сравнению с 2004 г. Количество оперативных вмешательств выросло на 19%, количество экстренных оперативных вмешательств – на 3%. Хирургическая активность выросла на 5%, среднее пребывание на койке до операции снизилось. В результате проведенного анализа можно отметить положительные тенденции развития урологической службы в РУЦ.

Вместе с тем в целях нормального функционирования и совершенствования урологической помощи населению необходимо улучшить работу по диагностике ряда заболеваний, реанимационной и эндоскопической службы. Это, в свою очередь, позволит снизить среднее пребывание на койке. Для удобства в обслуживании больных с мочекаменной болезнью в отделении литотрипсии следует увеличить количество коек дневного стационара.

Урологическая служба в РД нуждается в усилении организационно-методической помощи городам и районам, активизации санитарно-просветительской работы среди населения. Анализ развития структуры урологической службы выявил существенные различия в организации ее работы в различных районах Дагестана и регионах России. Этим обусловлена важность дальнейшего исследования функционирования данной сферы.

ООО «ФЛАКС»

ФУТЛЯР ДЛЯ МЕДКОМПЛЕКТА ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ: ФМ-2, ФМ-3, ФМ-7

Материал - кожа искусственная или натуральная. Масса, кг: 1,8-2,5
ФМ-2 - 385x210x250 мм; ФМ-3 - 450x240x260 мм; ФМ-7 - 380x140x250 мм с плечевым ремнем и без ремня

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

Материал - ткань капроновая рюкзачная с водостойкой отделкой
СМ-1 - 380x160x260 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 планшетом для режущих инструментов; СМ-3 - с ампулярием на 40 гнезд и планшетом для режущих инструментов

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

Материал - водоотталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка, 285x100x215 мм
СМ-4 - 2 съемных планшета на 28 ампул; СМ-5 - 3 съемных планшета на 45 ампул

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

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; СПС - на 10 гнезд, 160x110x230 мм

СУМКА ДЛЯ ПЕРЕНОСКИ ЛАБОРАТОРНОГО ИНВЕНТАРЯ: СЛ-1, СЛ-2

Материал - водоотталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка
СЛ-1 - со съемным вкладышем, 410x185x280 мм; СЛ-2 - 320x150x300

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

Материал - ткань капроновая рюкзачная с водостойкой отделкой, 370x250x470 мм

ФУТЛЯР-УПАКОВКА ДЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: УМСП-01-Пм, УМСП-01-П, УМСП-01-М

Материал - высокопрочный гладкий и теллостойкий лицевой пластик
УМСП-01-Пм - 440x252x330 мм; УМСП-01-П - 520x310x390 мм
УМСП-01-М - материал алюминиевый сплав. Масса, кг: 3,9, 441x220x295 мм

АМПУЛЯРИЙ: АМ-100 (на 100 ампул), АМ-127 (на 127 ампул)

Материал - капрононитрилка, 215x155x75 мм

ПАПКА-УПАКОВКА: ПУ-х, ПУ-в, ПУ-мс

Материал - водоотталкивающая ткань
ПУ-х (для хирурга) - 235x125x40 мм; ПУ-в (для врача) - 255x185x60 мм; ПУ-мс (для медсестры) - 235x125x40 мм

СУМКА ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА): СВ (с ампулярием на 48 гнезд, карманами под медикаменты и планшетом под инструменты)

Материал - водоотталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка, 420*190*230 мм



реклама



Лабораторное, диагностическое, реанимационное, эндоскопическое и другое медицинское оборудование



УЗИ-СКАНЕРЫ
(Aloka, SIUI, Fukuda)

ТОМОГРАФЫ
(Siemens, Toshiba)

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФЫ
(BTL, Fukuda, SCHILLERAG)



г. МОСКВА

тел.: (495) 965-99-97, 644-04-28

e-mail: din-med@din-med.ru



АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
УТЕС
УЛЬЯНОВСК

**ПРОИЗВОДИТЕЛЬ
МЕДТЕХНИКИ**

Россия, 432071, г. Ульяновск, ул. Крымова, 14.
Тел./факс: (8422) 41-66-51, 79-44-36, 42-63-75
www.utyos.ru, e-mail: market@utyos.ru

реклама

Отсасыватель
медицинский "ОМ-1"



Дозатор шприцевой
"ДШВ-1"



"Вулкан-3"



НОВИНКА

Стоматологический
комплекс "УТЕС"



НОВИНКА

Кресло донорско-диализное
"ККМФ"



Ультразвуковые
ингаляторы



"Вулкан-1"

Кровать функциональная "КФПЭ"



Ультразвуковые ингаляторы "Вулкан-1,2,3"
Дозатор 2-х шприцевой "ДШВ-1"
Отсасыватель медицинский "ОМ-1"
Тонмометр курковый "ИАД-2"
Весы электронные медицинские "ВЭНМ-15Д-23"

Стоматологический комплекс "УТЕС"
Кровать общебольничная "КОРП"
Кровать функциональная "КФПЭ"
Кресло донорско-диализное "ККМФ"
Установка "ВЕНЕЦ" (люстра Чижевского)



UF-850XTD, Fukuda стационарная ультразвуковая система

Ультразвуковой диагностический сканер серьезного уровня функциональной диагностики.

Режимы

B; B-B; B-M; B-CFD-PW и B-CFD-CW (Triplex) режимы; CFD (картирование кровотока); PW (импульсно волновой) доплер; CW (постоянно волной) доплер; PD (энергетический) доплер; Глубина сканирования 2–24 см с (шагом 1 см); TFT LCD монитор – диагональ 15"; Два USB порта; CR-Rom – более 10000 кадров; HDD (жесткий диск) – создание базы данных клиентов; Блок биологических сигналов-ЭКГ; Одновременное подключение 3 датчиков; Передача/прием изображений в формате DICOM, JPEG, BMP;

Применение

Абдоминальная область, кардиология, акушерство, гинекология, неонатология, педиатрия, урология, исследования сосудов, поверхностные органы и структуры, транскраниальные исследования.



UF-750XT, Fukuda портативная ультразвуковая система

Портативный, полностью цифровой, простой в эксплуатации и, одновременно, многофункциональный сканер. Большой выбор мультисистотных датчиков.

Режимы

B; B-B; B-M; B-CFD; CFD-PW режимы; CFD (картирование кровотока); PW (импульсно волновой) доплер; PD (энергетический) доплер; TFT дисплей (800x600 SVGA) – диагональ 10,4"; Два USB порта; MOD (дискета 350мб) – 6000 кадров; HDD (жесткий диск) – опция; Блок биологических сигналов-ЭКГ – опция; Блок подключения 2 датчиков – опция; Стойка и тележка – опция.

Применение

Акушерство, гинекология, абдоминальные исследования, педиатрии, исследование молочной и щитовидной желез, а также кардио-сосудистые исследования.



PU-2200Plus, HTI портативная черно-белая система

Портативный ультразвуковой сканер для исследования в акушерстве и гинекологии.

Режимы

B; B-B; B-M; M. Частоты датчиков: 2–10 МГц. Блок подключения 2 датчиков – опция; мобильная тележка – опция.

Применение

Создан для исследований в акушерстве и гинекологии. Имеет специальные программы обстега с формированием протокола.

Эхокардиографическое исследование в кардиохирургии

*Можаева Н.Н., к.м.н., Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии
ГУЗ РОКБ, г. Ростов-на-Дону*

Успехи, достигнутые в последние годы в лечении заболеваний сердца и сосудов, выдвигают перед клиницистами новые требования в отношении точности диагностики этих заболеваний, правильного выбора и своевременного проведения соответствующего вида лечения. Особенно жесткие требования предъявляются к объему и точности информации о состоянии больных, перенесших операцию на сердце. По мере накопления клинического опыта и с появлением новых технологий наметилась тенденция к приоритетному использованию неинвазивных методов обследования. Среди этих методик особое место занимает эхокардиография (ЭхоКГ) благодаря безопасности, относительной простоте, доступности и большой информативности. Она позволяет не только изучать анатомические особенности и сократительную способность миокарда, но и исследовать морфологию и функцию отдельных структур сердца.

Благодаря развитию современной аппаратуры выявились богатые возможности метода ЭхоКГ. В настоящее время мы говорим не об УЗИ сердца вообще, а о комплексном УЗИ при помощи 6 методов, которые дополняют друг друга (одно-, двухмерная, доплер-ЭхоКГ, контрастная ЭхоКГ, тканевая доплерография и трехмерная реконструкция сердца в реальном масштабе времени). Большим преимуществом методов ЭхоКГ является не только высокая информативность, но и возможность повторного применения как до и после оперативного вмешательства, так и на этапах с открытым сердцем.

В ЦКиССХ ГУЗ РОКБ под руководством д.м.н., профессора Дюжикова А.А. активно функционируют несколько отделений: неотложная кардиология, отделение врожденных и приобретенных пороков сердца, нарушений ритма сердца, хирургического лечения ИБС, сосудистой патологии. Использование стандартных ультразвуковых методик в условиях кардиохирургического центра не может удовлетворить потребности клиницистов в объеме информации. Доплер-ЭхоКГ у нашей категории пациентов должна включать в себя оценку внутрисердечной гемодинамики, большого и малого кругов кровообращения, то есть является кардиосовместимой доплерографией с оценкой кровотока по всем сосудистым бассейнам. Стандартный протокол ЭхоКГ с учетом

клинической картины является в нашем центре лишь начальным методом исследования для определения необходимости проведения высокотехнологичных методик, таких, как стресс-ЭхоКГ, чреспищеводная ЭхоКГ, трехмерная реконструкция сердца в реальном масштабе времени. Поэтому в каждом из отделений существует свой, разработанный сотрудниками центра, диагностический алгоритм УЗИ сердечно-сосудистой системы, направленный на получение достаточно полной информации в кратчайший срок.

Прошло более 25 лет с того момента, когда по инициативе Дюжикова А.А. совместно с академиками Бураковским В.И. и Подзолковым В.П. в ОКБ Ростова-на-Дону была выполнена первая операция ребенку с врожденным пороком сердца (ВПС) в условиях искусственного кровообращения. На сегодняшний день уровень оказания кардиохирургической помощи детям с ВПС в нашей клинике позволяет выполнять коррекцию не только простых, но и сложных ВПС, таких, как тетрада Фалло, двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка, транспозиция магистральных сосудов, атрезия клапана легочной артерии. В связи с этим трудно переоценить роль ЭхоКГ у пациентов с ВПС. Применение комплексной ЭхоКГ у этой группы пациентов позволяет значительно сократить количество сложных внутрисердечных исследований, сделать их целенаправленными, а в ряде случаев – избежать их применения.

Одним из приоритетных направлений современной внутриутробной диагностики является исследование кардиальной патологии, в частности, ВПС. По данным статистики, к концу 1-й недели умирают 29% новорожденных, к концу месяца – 42%, года – 87% детей, рожденных с данной патологией. Антенатальное выявление ВПС и сосудов позволяет квалифицированно подходить к решению вопроса о тактике ведения больных детей, что крайне важно, особенно в аспекте снижения младенческой смертности по причине ВПС. Именно поэтому в нашем центре был разработан методологический алгоритм исследования плода методом доплер-ЭхоКГ, определены оптимальные сроки проведения пренатальной ЭхоКГ, которые позволяют всесторонне исследовать гемодинамику плода в норме и при наличии кардиальной патологии,

а также оценивать нарушения гемодинамики в единой функциональной системе «мать-плацента-плод».

Хирургическое лечение клапанных пороков сердца остается важной проблемой кардиохирургии. Как правило, пациенты имеют поражение нескольких клапанов сердца, что требует двух-, а иногда и трехклапанного протезирования. Это ведет к длительному времени пережатия аорты и искусственного кровообращения, что на фоне исходно тяжелого состояния пациентов обуславливает достаточно высокий уровень осложнений и летальности. По информативности диагностики поражения клапанного аппарата, степени нарушения внутрисердечной гемодинамики, линейным и объемным характеристикам отделов сердца, сократительной способности миокарда ЭхоКГ является основным неинвазивным методом диагностики приобретенных пороков сердца. На основании этих данных определяется как объем, так и характер оперативного вмешательства. В нашем центре с успехом применяется ряд индексированных показателей внутрисердечной гемодинамики, позволяющих стратифицировать риск развития послеоперационных осложнений и процент летальных исходов.

Особую группу составляют пациенты с аортальным стенозом и сочетанным поражением коронарных артерий. С одной стороны, тяжелый стеноз вызывает значительное угнетение систолической функции миокарда левого желудочка (ЛЖ), что сопровождается снижением трансортального градиента давления, с другой – основным фактором, определяющим незначительный трансортальный градиент, может быть собственно систолическая дисфункция, связанная не с аортальным стенозом, а с поражением коронарных артерий. На сегодняшний день в центре ведется работа по оценке выраженности аортального стеноза у больных с дисфункцией ЛЖ методом стресс-ЭхоКГ, на основании которой определяется обоснованность протезирования аортального клапана и шунтирования коронарных артерий у этой категории больных.

Коллектив нашего центра имеет огромный опыт диагностики, лечения и реабилитации больных с ИБС. Используется применение сочетанных методов одномоментной коррекции ИБС и клапанной патологии, ИБС и аритмий сердца, а в некоторых случаях – радикальной коррекции аневризмы сердца, клапанной патологии, шунтирования коронарных артерий. Особое место в диагностике ИБС занимает стресс-ЭхоКГ, новая ультразвуковая технология – тканевая доплер-ЭхоКГ. Стресс-ЭхоКГ представляет собой слияние двухмерной ЭхоКГ и нагрузочного теста. Этот метод позволяет детализировать ишемию миокарда, опре-

делять бассейн стенозированной коронарной артерии, выявлять жизнеспособность миокарда в зоне постинфарктного поражения, оценивать инотропный резерв сократимости ЛЖ. Стресс-ЭхоКГ является привратником перед коронарографией, фильтром, отсылающим к катетеризации сердца только при условии возможности злокачественного течения заболевания и наличия данных в пользу успешности реваскуляризации.

Одним из общепризнанных вариантов устранения дефицита кровотока в бассейне суженных артерий является баллонная ангиопластика, стентирование коронарных артерий, наложение аорто-маммарокоронарных шунтов, что приводит к улучшению метаболизма и сократительной функции миокарда. В настоящее время золотым стандартом, позволяющим судить о проходимости шунтов в послеоперационном периоде, является шунтография. Однако это исследование, несмотря на высокую достоверность результатов, не находит широкого применения из-за невозможности многократного и динамического исследования, наличия ионизирующего излучения, инвазивного характера и высокой стоимости. Поэтому противоишемический эффект различных лечебных мероприятий и, в частности, результатов хирургической реваскуляризации миокарда у больных с ИБС в нашей клинике осуществляется при динамическом наблюдении за состоянием региональной систолической и диастолической функции ЛЖ методом тканевой доплерографии, стресс-ЭхоКГ. Разработаны и успешно применяются критерии оценки проходимости маммарокоронарного шунта с помощью доплер-ЭхоКГ.

Аневризма ЛЖ является одним из наиболее частых и грозных осложнений трансмурального инфаркта миокарда. Одной из основных проблем хирургического лечения аневризм ЛЖ остается высокая госпитальная летальность (2-9%), тяжелая диастолическая дисфункция ЛЖ и сердечная недостаточность (13-20%). Причиной этих осложнений наряду с исходной тяжестью поражения миокарда считается неадекватное уменьшение и деформация полости ЛЖ после различных методов реконструкции. Несомненным вкладом в развитие современных технологий хирургического лечения ИБС является метод предоперационного моделирования адекватного послеоперационного объема ЛЖ на основе компьютерного анализа данных ЭхоКГ-исследования сердца, на основе которого рассчитывают допустимую площадь выключения ЛЖ по разнице исходной площади ЛЖ и площади планируемого ЛЖ. Этот метод позволяет прогнозировать как опасность развития острой сердечной недостаточности у этой тяжелой категории больных и предотвращать синдром малого выброса в ближайшем

послеоперационном периоде, так и делать выбор в пользу той или иной пластики ЛЖ при хирургическом лечении постинфарктных аневризм сердца.

Именно Дюжиков А.А. на этапах становления кардиохирургии выступил инициатором ЭхоКГ-обследования больных в динамике раннего операционного периода. Сейчас эта методика является обязательной процедурой в комплексе мероприятий, проводимых в условиях реанимационного отделения. Гемодинамический мониторинг у больных в ранние сроки после операций на сердце позволяет всесторонне изучать особенности функционального состояния миокарда на фоне гладкого или осложненного течения послеоперационного периода. С помощью ЭхоКГ можно рассчитать до 50 гемодинамических параметров, к которым относятся: индекс периферического сопротивления, индекс доставки кислорода к тканям, минутный индекс работы ЛЖ, пульсовой индекс работы ЛЖ и многие другие. Уникальность этой информации заключается в том, что она получена неинвазивным путем, отражает метрические параметры работающего сердца, косвенно характеризует энергетические и метаболические возможности миокарда, а также позволяет оценить его резервные возможности и степень реструктуризации, ремоделирования сердца. При помощи данного метода возможна не только ранняя диагностика, но и прогнозирование послеоперационных осложнений у кардиохирургических больных.

Удивительным образом сложилось так, что хирургия сердца аккумулирует и использует опыт и достижения других областей науки и техники, и, в свою очередь, оказывает значительное влияние на развитие не только клинической медицины, но и других сфер знания. Зачастую новейшие технологии впервые применяются именно в хирургии сердца. К новейшим технологиям относится и метод «живой» трехмерной реконструкции сердца в реальном масштабе времени (4D-ЭхоКГ) – революционное научно-техническое изобретение XX в. в сфере диагностики заболеваний сердца. Именно в нашем центре одним из первых в России появился ультразвуковой аппарат экспертного класса Sonos 7500 (Philips) с методикой 4D-ЭхоКГ, позволяющей сканировать сердечные структуры в трехмерном объеме по типу МРТ, получать неограниченное количество срезов, архивировать их и восстанавливать до первоначального объема. С помощью 4D-ЭхоКГ возможно получение проекций сердечных структур, недоступных традиционной ЭхоКГ, что позволяет определиться при врожденных пороках сердца с формой септальных дефектов и их размером, объемом шунтируемой крови через дефект, патоморфологией порока;

при приобретенных пороках сердца – со степенью поражения клапанного и подклапанного аппарата. Это, в свою очередь, влияет на выбор хирургической тактики и объема хирургического вмешательства. Трехмерное изображение позволяет очень точно установить степень митральной недостаточности. Величина, гемодинамическая значимость и анатомические причины митральной регургитации всегда были ключевыми вопросами в определении показаний к оперативной коррекции. 4D-ЭхоКГ позволяет получить соответствующее статическое и динамическое изображение митрального клапана – вид со стороны левого предсердия, ЛЖ. С помощью этой информации можно более точно судить о локализации и механизме регургитации. Отмечено, что при пролапсе передней или задней створок могут возникать потоки сложной трехмерной конфигурации, которые практически невозможно описать с помощью двумерного исследования. При опухолях сердца и тромбозах сердечных полостей 4D-ЭхоКГ является одной из неинвазивных методик, позволяющей поставить окончательный диагноз и определиться с местом локализации, морфологией опухолевого образования (рост опухоли, наличие ножки, капсулы).

Подводя итог современных диагностических возможностей в кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, можно с уверенностью охарактеризовать ЭхоКГ-исследование как сложную многоуровневую систему различных ультразвуковых и доплерометрических методик и отнести ее к числу величайших достижений кардиологии XX в.



Опыт проведения трехуровневой сочетанной анестезии при операциях на органах грудной полости в 1602 ОВКГ

Костюченко А.И., к.м.н.; Слукa К.А.; Ланин И.Н.; Ширенко А.Л.;
Ширенко О.Е.; 1602 ОВКГ СКВО, г. Ростов-на-Дону

Торакальная хирургия включает в себя различные по характеру оперативные вмешательства на легких, сердце, кровеносных сосудах, органах средостения. Внутригрудные операции связаны с неизбежным вскрытием одной или обеих плевральных полостей. При этом возникают нарушения дыхания и кровообращения, обусловленные повреждением дыхательной мускулатуры, обструкцией дыхательных путей слизью, кровью, а в некоторых ситуациях и гноем, коллапсом легкого, парадоксальным дыханием, флотацией средостения, кровопотерей, синдромом малого сердечного выброса, раздражением обширных рефлексогенных зон, шокогенными реакциями на травму сердца и легких.

Вышеуказанные особенности требуют от анестезиологического обеспечения управляемости, безопасности, адекватной антиноцицептивной и вегетативной защиты, хорошего технического оснащения дыхательными аппаратами современного класса (FABIUS, FABIUS-GS, Draeger SAVINA, Servo 990). Мониторинг проводится с помощью следящей аппаратуры: DASH 4000 (монитор), FAMOS (газоанализатор).

Современное оснащение позволяет проводить адекватную респираторную поддержку, мониторинг деятельности сердечно-сосудистой системы, мониторинг газов крови косвенными и прямыми методами (капнография, пульсоксиметрия, напряжение CO_2 и O_2 крови), кислотно-основное состояние крови.

Анестезия, проводимая при торакальных операциях, является многокомпонентной и предполагает:

- трехуровневую аналгезию: центральную – фентанилом и местную – на двух уровнях (инфильтрация корня легкого и эпидуральная анестезия местными анестетиками);
- медикаментозный сон (кетамин, закись азота);
- нейровегетативную защиту;
- миоплегию (ардуан, тракриум);
- органную протекцию (в 30% случаев требуется кардиостимулирующая поддержка дофамином на время максимального действия эпидурального блока при использовании в качестве местного анестетика наропина).

Мы придерживаемся следующего алгоритма анестезиологического обеспечения:

- предоперационная подготовка с акцентом на коррекцию терапевтических заболеваний у больных с возрастной патологией, в первую очередь, сердечно-сосудистой системы (начинаясь в поликлиническом звене – 629 КДП);

- премедикация на операционном столе;
- катетеризация периферической вены;
- катетеризация эпидурального пространства на уровне Т3–Т7;
- вводная анестезия с интубацией трахеи;
- катетеризация подключичной вены на стороне операции;
- введение тест-дозы местного анестетика эпидурально (1/2 от основной – 3-3,5 мл);
- проведение основной анестезии;
- по возможности ранняя экстубация.

Премедикация:

Накануне операции в 22 ч: феназепам 0,01 внутрь, димедрол 1 таб. внутрь.

В день операции в 7 ч: феназепам 0,01 внутрь.

За 30 мин. до операции: реланиум 10 мг в/м, дроперидол 5 мг в/м.

На операционном столе: атропин 0,3 мг, хлористый калий 0,5 г, глюкоза 20% 15 мл в/в медленно.

Вводная анестезия:

Реланиум 10 мг или дормикум 15 мг, фентанил 0,2-0,3 мг, тракриум 50 мг (ардуан 4-6 мг), кетамин 100-150 мг, интубация трахеи и перевод больного на ИВЛ.

Поддержание анестезии:

- медикаментозный сон и минимальный уровень центральной аналгезии с помощью в/в непрерывной инфузии кетамина в средней дозе 1,4 мг/кг/ч и фентанил 0,1-0,2 мг/ч через дозатор лекарственных веществ;
- внутриэпидуральное введение местного анестетика болюсно до общей дозы 6-7 мл, последующие введения местного анестетика составляют 80% от исходной (наропин 0,75%, анекаин 0,5%, лидокаин 2%);
- местная инфильтрационная анестезия корня легкого новокаином в количестве 20-40 мл 1% р-ра;
- введение миорелаксанта по необходимости (как правило, не требуется);
- проведение программируемой санации трахеобронхиального дерева анестезиологом (при необходимости) и обязательная фибробронхоскопия врачом отделения эндоскопии в конце операции.
- сразу после операции внутриэпидурально вводится морфин в дозе 0,3-0,4 мг (длительность аналгезии составляет 24-36 ч).

Структура операций, выполненных под сочетанной анестезией (2004-2006 гг.): пульмонэктомия – 16, резекция легкого – 25, лобэктомия – 22, операции по поводу эмпиемы плевры – 8, операции на органах средостения – 17, видеоторакоскопическая симпатэктомия – 5.

Результаты

Среднее время до экстубации больного после операции с сочетанной анестезией составило 37 мин., в то время как с общей – 108 мин.

Интенсивность боли исследовалась по 5-балльной шкале и составила 1,4 балла при проведении сочетанной анестезии и 3,7 – при общей анестезии в ближайшем послеоперационном периоде.

Время нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии после операции также было меньше при использовании сочетанной анестезии и составило в среднем 27 ч, тогда как при общей – 33,6 ч.

Преимущества проведения трехуровневой сочетанной анестезии:

- Значительное уменьшение патологической афферентной ноцицептивной и нейровегетативной импульсации в ходе операции.
- Более раннее выведение больного из анестезии.
- Более ранняя экстубация.
- Практически полное отсутствие боли в послеоперационном периоде.
- Более ранняя активация больного.
- Сокращение сроков нахождения больного в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Критерии оценки качества сестринской помощи в военном госпитале

Костюченко А.И., к.м.н., 1602 ОВКГ СКВО, г. Ростов-на-Дону

Качество сестринской помощи (КСП) в военных лечебных учреждениях (ВЛУ) приобрело новое значение в последние 10 лет в связи с внедрением и непрерывной модернизацией на территории РФ технологий сестринского процесса. Актуальность проблемы состоит в том, что около 75% всех медицинских манипуляций выполняется средним медицинским персоналом.

Требования к повышению качества медицинской помощи у пациентов, врачебного состава и управления лечебным учреждением различны. Приоритетным для пациента является функциональное улучшение состояния, облегчение симптомов заболевания, вежливость и приятный внешний вид персонала. До 1997 г. деятельность медицинских сестер в ВЛУ сводилась лишь к выполнению врачебных назначений. КСП тесно связано с развитием на государственном уровне стандартизации, внедрением принципов TQM (всеобщего управления на основе качества), что означает: ориентацию на потребителя, главенствующую роль руководителя ВЛУ, вовлечение в процесс всего сестринского персонала, процессный подход, системный подход к менеджменту, подход к принятию решений, основанный на фактах.

Основная цель стандартизации – повышение качества медицинской помощи для обеспечения безопасного ведения пациента путем выбора наиболее эффективных подходов к лечению, снижения числа дефектов в оказании помощи, обеспечения ресурсосбережения на всех этапах лечебно-диагностического процесса.

Критериями оценки КСП являются:

- правильность выполнения процедур (своевременность, полнота, адекватность);
- соблюдение санитарных и этических норм;
- ведение медицинской документации;
- соответствие квалификации персонала уровню занимаемой должности;
- соответствие требований к выполняемой работе уровню оплаты труда;

- оптимальная нагрузка на персонал.

Определяющим элементом КСП в госпитале является комиссия по качеству медицинской помощи, которая анализирует и контролирует технологии сестринского процесса, вносит изменения в нормы экспертной оценки сестринской помощи, анализирует подготовку сестринского персонала с целью обучения и повышения квалификации по отдельным специальностям.

С появлением специальности «Сестринское дело» с 2005 г. (приказ Министерства образования и науки №4 от 12.01.05) расширились функциональные обязанности медицинской сестры. Теперь медицинская сестра имеет право организовывать и проводить профилактические и оздоровительные мероприятия, диагностировать экстренные и неотложные состояния, оказывать самостоятельно неотложную помощь, проводить научно-практические исследования, преподавать сестринское дело.

Для реализации вышесказанного в госпитале создан учебно-методический отдел со штатом преподавателей, занимающийся разработкой циклов повышения квалификации по всем необходимым специальностям. Этот отдел стал научно-методическим центром по реализации развития сестринского процесса. В 2006 г. ОВКГ получена лицензия преподавания «Сестринского дела», созданы аттестационная и сертификационная комиссии.

В учебно-методическом отделе разрабатываются методические программы создания школ сестринского ухода. Уже созданы школы Бронхиальной астмы, ИБС, Гипертонической болезни, Сахарного диабета, отработаны темы для проведения занятий с больными и средним медперсоналом. Анализ оценки КСП нашел отражение в картах экспертной оценки (5 видов).

Разработанные критерии и показатели оценки КСП помогли решить проблему управления качеством сестринской помощи в нашем госпитале.

Опыт применения цитофлавина при лечении больных в первые часы острой цереброваскулярной ишемии в практике скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга

Юденкова О.А.; Жуков В.А., к.м.н.; нейрореанимационная бригада
15 ПСП ГУЗ ГССМП, г. Санкт-Петербург

Можно с уверенностью сказать, что цереброваскулярные болезни (ЦВБ) и их грозные осложнения – острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) – являются самой актуальной тематикой исследований современной неврологии. Несмотря на предпринимаемые под эгидой ВОЗ в течение последних десятилетий усилия, в большинстве регионов планеты, в т.ч. в России, наблюдается тенденция к росту заболеваемости ЦВБ. В связи с демографически отмечаемым старением населения нашей страны и широким распространением среди жителей основных факторов риска развития сосудистых поражений головного мозга профилактика и лечение инсультов давно стали для России общегосударственной медико-социальной задачей. В стране ежедневно фиксируется до 2000 случаев ОНМК, заболеваемость в среднем составляет 3,5 промили. Причем 10-15% – люди моложе 45 лет, и летальность среди заболевших к концу года достигает 45-50%. ЦВБ прочно обосновались на первом месте среди всех причин инвалидности, при этом треть всех перенесших ОНМК – люди трудоспособного возраста. Важность данной проблемы реально оценивается ведущими неврологическими центрами России, с 1999 г. активно действует Национальная ассоциация борьбы с инсультом. Уже имеются определенные достижения по снижению заболеваемости геморрагическими формами ОНМК. В первую очередь это достигнуто благодаря лечению артериальной гипертензии и профилактическим мероприятиям в зоне влияния факторов риска. Нужно признать, что профилактика и лечение ЦВБ и их осложнений проводятся пока недостаточно и не повсеместно.

Основную часть инсультов (до 75%) составляют ишемические инфаркты мозга. Кроме того, развитию даже геморрагических форм ОНМК предшествуют процессы ишемии и как следствие этого – гипоксия, нарушение метаболизма клеток головного мозга с расстройством электролитно-энергетического обмена и явления эндоинтоксикации продуктами распада клеточных мембран, перекисного окисления липидов, свободными радикалами. Нарушаются механизмы синоптической передачи и баланс синтеза нейромедиаторов (дофамина-серотонина). Все это приводит к расстройству саморегуляции мозгового кровотока, дальнейшему

развитию вазоспазма и внутрисосудистому стазу, т.е. к усугублению ишемии. Исходя из данной патофизиологической картины, основными принципами лечения острых цереброваскулярных ишемических поражений (ОЦВИ) головного мозга являются экстренность, интенсивность и комплексность.

В настоящее время в ведущих клиниках Санкт-Петербурга для терапии инсульта в острой фазе используется довольно широкий спектр лекарственных средств: антикоагулянты, антиагреганты, антигипоксанты, вазоактивные препараты, нейропротекторы, ноотропы и др. Однако на догоспитальном этапе, особенно в первые часы развития заболевания, медикаментозная помощь, как правило, сводится к базовой симптоматической терапии (стабилизация показателей гемодинамики, коррекция нарушений дыхания и сердечного ритма, купирование общемозговых синдромов – боль, судороги, рвота и т.д.). Проведение профильного лечения отсрочено до помещения больных в стационар и комплексного обследования. Естественные при этом потери времени могут быть прогностически значимыми из-за необратимости поражения структур головного мозга. Диагностические и лечебно-тактические возможности нейрореанимационных бригад городской службы скорой медицинской помощи шире и позволяют существенно раньше начать проведение патогенетически оправданной терапии. Поэтому появление отечественного церебропротектора цитофлавина (ЦФ) представляло интерес для применения в условиях нейрореанимационных бригад уже в первые часы развития сосудистой ишемии головного мозга.

Состав препарата: 2 естественных метаболита организма (янтарная кислота и рибоксин) и два катализатора ферментов, участвующих в окислительно-восстановительных реакциях (никотинамид и рибофлавин). Таким образом, ЦФ способствует нормализации обменных процессов в головном мозге, являясь антигипоксантом, антиоксидантом, энергокорректором и цитопротектором. ЦФ обладает и таким метаболическим эффектом, как снижение уровня сахара в крови.

Целью исследования стало изучение эффективности применения этого лекарственного средства в первые часы ОЦВИ (ОНМК, транзи-

торные ишемические атаки либо инсультподобные декомпенсации ЦВБ при различной степени тяжести состояния пациентов).

Эффективность действия данного препарата оценивалась по следующим показателям:

- Летальность и отклик на терапию препаратом соматических «витальных» функций: гемодинамики и дыхания.
- Перемены в уровне депрессии сознания.
- Динамика неврологической очаговой и общемозговой симптоматики.
- Учитывая сахаропонижающий эффект действия ЦФ, отдельно отслежено его применение у больных с сопутствующим сахарным диабетом или впервые выявленной гипергликемией более 7,5 ммоль/л.

Материал и методы

Методикой применения на догоспитальном этапе выбраны внутривенные капельные инфузии (в течение 45-60 мин.) 10 мл препарата в разведении на 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида, в зависимости от уровня сахара в крови пациента. Для определения этого показателя производился экспресс-анализ с помощью глюкометра SmartScan. При параметрах сахара крови выше 6,5 ммоль/л использовали физиологический раствор, ниже 6,5 ммоль/л – 5% раствор глюкозы. Всем пролеченным больным было рекомендовано продолжать инфузии в той же дозе в последующие 10 дней.

ЦФ применялся на фоне базовой неотложной терапии, рекомендованной в остром периоде ишемических инсультов. Эффективность лечения данным лекарственным средством оценивалась при сопоставлении с результатами, полученными при применении только стандартной терапии в контрольной группе больных со сходными антропометрическими и клинико-диагностическими признаками. В последующем были проанализированы результаты однократного применения ЦФ в первые часы заболевания и 10-дневной курсовой терапии. Большинство пациентов продолжали лечение препаратом в условиях стационара, но фактически каждому четвертому в исследуемой группе препарат вводили в амбулаторных условиях. Информация о состоянии больных в результате проведения лечения ЦФ анализировалась не ранее 21 дня с начала ОНМК и была получена как от ЛПУ, так и при телефонном опросе родственников больных.

Исследование проводилось в течение 5 месяцев (июнь-октябрь 2005 г.), в него были включены 99 пациентов (25 мужчин и 74 женщины), к которым выезжали нейрореанимационные бригады.

Медикаментозно терапию ЦФ получили 49 человек (13 мужчин и 36 женщин). В контрольную группу больных, у которых ОНМК развилось

в этот же период, вошли 50 человек (12 мужчин и 38 женщин) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение всех больных по полу и возрасту

Группы больных	Возраст	До 40 лет	41-50 лет	51-60 лет	Старше 60 лет
	Пол				
Получавшие цитофлавин	Мужчины	-	1	5	7
	Женщины	1	4	6	25
Контрольная группа	Мужчины	-	1	6	5
	Женщины	-	4	3	31

Полный 10-дневный курс лечения ЦФ в стационарных либо в амбулаторных условиях прошли 37 пациентов (75,5%).

По уровню депрессии сознания все пациенты распределились следующим образом:

- в коматозном состоянии были 6 человек (12,2%) среди получивших ЦФ и 5 (10,5%) – в контрольной группе;
- в сопоре, соответственно, 17 (33,2%) и 20 (40%);
- сомнолencia – 13 (26,5%) и 16 (32%);
- легкое оглушение – 14 (27,6%) и 9 (18%).

Распределение обследованных пациентов по видам сосудистого ишемического поражения головного мозга (по заключительным диагнозам), в т.ч. с сопутствующим сахарным диабетом, представлено в таблице 2.

Таблица 2

Виды ишемических сосудистых поражений ЦНС	Пол	Пролеченные цитофлавином	Контрольная группа
Ишемический инсульт	М	3 (3)	6 (2)
	Ж	24	24 (3)
Транзиторная ишемическая атака	М	3	1
	Ж	6 (2)	2
Декомпенсация ЦВБ на фоне энцефалопатии	М	7 (1)	5
	Ж	6 (1)	12 (2)
Всего пациентов		49 (7)	50 (8)

Примечание: в скобках приведено количество больных с ранее диагностированным сахарным диабетом

Кроме вышеуказанных больных с сахарным диабетом (7 (14,3%) в исследуемой группе и 8 (16,0%) – в контрольной), показатели сахара в крови выше 7,5 ммоль/л (вероятно, латентный сахарный диабет) были выявлены у 10 (20,4%) пациентов среди пролеченных ЦФ и у 16 (32,0%) больных с ОЦВИ в контрольной группе. Всего гипергликемия исходно была зафиксирована у 41 из 99 наблюдаемых пациентов (41,4%).

Результаты и обсуждение

● Летальность. К 21 дню наблюдения умерли 13 пациентов (26,5%) в группе получавших ЦФ и 20 пациентов (40,0%) в контрольной группе. При этом в первые трое суток заболевания летальность в этих группах составила соответственно 3 и 8 случаев. Среди пролеченных ЦФ 11 (84,6%) умерших были старше 60 лет. Аналогичная тенденция возрастной летальности наблюдалась и в контрольной группе – 19 (95,0%) человек. Кроме того, подавляющее большинство среди умерших в обеих группах составляли женщины, соответственно 11 (30,6%) и 14 (50,0%) от общего числа заболевших этого пола. У мужчин эти показатели ниже – 2 (15,4%) и 1 (8,3%). Вероятно, это обусловлено парамедицинскими причинами: лучшими возможностями ухода за мужчинами и опекой со стороны родственников противоположного пола.

Кроме самого инсульта, причинами смерти наблюдаемых больных были пневмония, острая и хроническая сердечно-сосудистая недостаточность. При этом среди страдавших сахарным диабетом в контрольной группе умерли все пациенты, в то время как среди получавших ЦФ – только 3 из 7 больных.

Из 49 пациентов с ОНМК, в лечении которых был применен ЦФ, состояние только 9 (18,4%) можно было расценить как критическое по степени угнетения жизненно важных функций и сознания (6 больных в коме и 3 – в сопоре). Какого-либо принципиального улучшения в их соматическом статусе после первого введения препарата отмечено не было, как, впрочем, не было и ухудшения состояния. Все больные данной группы были госпитализированы; 3 из 9, впоследствии прошедшие 10-дневный курс, выжили. В контрольной группе данным параметрам тяжести состояния соответствовали 11 (22%) пациентов (в коме – 5, в сопоре – 6), выжил к 21 дню инсульта 1 мужчина.

● Влияние терапии ЦФ на изменение уровня угнетения сознания было отмечено уже при первом его введении только у пациентов со степенью депрессии от сопора до оглушения – отмечался «пробуждающий» эффект. Находившиеся в сопоре лучше реагировали на внешние раздражители, изменение положения тела. При оглушении или сомноленции можно говорить о «прояснении» сознания (достоверное улучшение вербального контакта и двигательной активности). Больные, продолжившие курсовую терапию, со слов ухаживающих родственников, более заинтересованно контактировали с родными и участвовали в реабилитационных мероприятиях. Пациенты контрольной группы объективно и субъективно воспринимались как более апатичные и астенизированные.

● Непосредственного влияния применения ЦФ на регресс очаговой неврологической симптоматики выявлено не было. Однако сопутствующие ОНМК по ишемическому типу вследствие внутричерепной гипертензии жалобы на головную боль, тошноту, несистемное головокруже-

ние существенно уменьшились или даже купировались уже после первого введения препарата.

● Как было указано в методике применения ЦФ в данном исследовании, нами с практической точки зрения учитывалось гипогликемическое действие препарата. Как правило, при сочетании ОЦВИ с сахарным диабетом наблюдается тенденция к гипергликемии в первые дни заболевания. Из 17 пациентов, у которых при экспресс-диагностике перед введением ЦФ был выявлен сахар крови выше 7,5 ммоль/л, в 14 (82,4%) случаях снижение этого показателя в пределах 0,5-1,1 ммоль/л отмечалось уже после первого внутривенно-капельного введения, у одного из обследуемых сахар крови не изменился, а у двоих зафиксировано повышение уровня на 0,2 и 0,4 ммоль/л.

Применение ЦФ у больных этой группы можно назвать успешным – выжили 14 из 17 (82,4%) больных, а в контрольной – только 12 из 24 (50,0%) пациентов с сахарным диабетом или выявленным впервые уровнем сахара в крови выше 7,5 ммоль/л. Данный аспект целевого применения ЦФ при сахарном диабете на догоспитальном этапе, очевидно, требует специального изучения и, несомненно, перспективен.

Побочные реакции на введение ЦФ, заставившие отказаться от его дальнейшего применения, наблюдались у 3 (6,1%) пациентов (кожные реакции, диспепсические расстройства, артериальная гипертензия). У 6 больных из контрольной группы данное лекарственное средство не могло быть использовано из-за имеющихся анамнестических данных (сведения об аллергических реакциях на прием витаминов группы В и рибоксин).

Выводы

Обобщая все, сказанное выше, и оценивая общие результаты применения ЦФ на догоспитальном этапе у больных с острыми ишемическими сосудистыми формами нарушения мозгового кровообращения, необходимо отметить:

● Получено еще одно подтверждение эффективности применения данного метаболического церебропротектора и антиоксиданта в дополнение к базовой терапии острых цереброваскулярных ишемий в первые 2-12 часов развития заболевания, начиная с догоспитального этапа.

● Курсовое применение ЦФ (10 инъекций) в программе комплексной интенсивной терапии больных с ишемическими инсультами привело к снижению общего показателя летальности на 13%.

● Учитывая гипогликемическое действие препарата, перспективным является применение ЦФ у больных при сочетании острой церебральной патологии с сахарным диабетом, гипергликемией и другими соматогенными заболеваниями с метаболическими нарушениями.

● ЦФ в основном хорошо переносится пациентами, побочные эффекты в виде кожных реакций, артериальных гипертензий или диспепсических расстройств наблюдались только у 6% больных.

ЦИТОФЛАВИН®

мы создаем
УНИКАЛЬНОЕ



www.polysan.ru



НАПРАВЛЕННАЯ ТЕРАПИЯ ИШЕМИИ МОЗГА



Reg№ 003135/01 от 21.01.05

Reg№ ЛС-001767 от 14.07.06

Форма выпуска:

ампулы по 10 мл
в упаковке 10 ампул;
таблетки, покрытые
кишечнорастворимой оболочкой
в упаковке 50 и 100 таблеток.

- Первый комплексный нейрометаболический протектор на основе **янтарной кислоты**
- Уникальный "тройной" механизм действия
- Доказанная эффективность, хорошая переносимость и безопасность применения
- Производится в соответствии с международным стандартом качества GMP

Показания к применению:

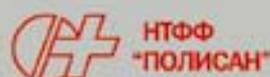
Раствор для инъекций: инсульт, хроническая ишемия мозга, отравления нейротропными ядами

Таблетки: церебральный атеросклероз, восстановительный период инсульта, гипертензивная энцефалопатия, астенические состояния

ЦИКЛОФЕРОН®

реклама

мы создаем
УНИКАЛЬНОЕ



www.polysan.ru



ЩИТ
И МЕЧ
ИММУННОЙ
ЗАЩИТЫ



Форма выпуска: раствор для инъекций 12,5% в ампулах по 5 мл №5; таблетки по 0,15 г, покрытые кишечнорастворимой оболочкой; линимент 5% во флаконах по 5 мл №5 и тубы по 5 мл

- Первый российский низкомолекулярный индуктор интерферона
- Оригинальный механизм фармакологического действия
- Безопасность, надежность и доказанная эффективность
- Идеальная совместимость
- Производится в соответствии с международным стандартом качества GMP

Показания к применению:

Таблетки

(Per№ 001049/02-2002): вирусные инфекции (грипп, ОРЗ, гепатиты, герпес), кишечные инфекции, нейроинфекции

инъекции

(Per№ 001049/03-2002): вирусные инфекции, заболевания передаваемые половым путем, кишечные инфекции, нейроинфекции

Линимент

(Per№ 001049/01-2002): уретриты, баланопаститы, вагиниты, стоматиты, парадонтиты

Грипп. Рациональный подход к терапии

Романцов М.Г., д.м.н., проф. каф. инфекционных болезней ГМА
им. И.И.Мечникова, г. Санкт-Петербург

Грипп – острое заболевание с коротким инкубационным периодом, внезапным началом и циклическим течением, которое характеризуется выраженным токсикозом и поражением верхних дыхательных путей и легких. Длительность инкубационного периода при гриппе колеблется от нескольких часов до 3 дней, но чаще составляет 1-2 дня. Входными воротами для вирусов гриппа является эпителий дыхательных путей.

Механизмом защиты (первая линия) являются неспецифические факторы (слизь, реснички эпителия, макрофаги, захватывающие вирус, секреторный IgA).

Для того чтобы произошло инфицирование, вирус должен «побороть» факторы неспецифической резистентности дыхательных путей. Возбудитель, попав в носоглотку, поддается действию высокоактивного секрета клеток, способных ингибировать гемагглютинирующую и инфекционную активность вируса за счет гликопротеидов, содержащих N-ацетилнейраминную кислоту. В подслизистом слое в результате высвобождения биологически активных веществ (гистамин, серотонин, кинины, простагландины) наблюдается реакция сосудов, форменных элементов крови, образование мелких тромбов и кровоизлияний, отек, местные нарушения метаболизма, изменения pH среды в кислую сторону, формируется воспалительный процесс, наиболее выраженный в трахее и бронхах.

Проникая в более глубокие слои эпителия, вирус встречается со второй линией специфической обороны (интерферон, циркулирующие антитела классов IgM, IgG, IgE, температурная реакция). В ответ на инфицирование развиваются ранние цитокиновые реакции, вирус сам включает систему интерферона, играя роль природного индуктора. В результате на этом этапе вирусного инфицирования локально осуществляется три взаимосвязанных действия:

- внутриклеточная ингибция интерферонами репродукции вирусов;
- удаление инфицированного материала;
- защита вновь образованным интерфероном окружающих незараженных клеток от нового инфицирования.

Эффекты интерферона нередко являются недостаточными для завершения инфекционного процесса. Подобное имеет место при дефектности системы иммунитета, неблаго-

приятной экологической ситуации, действии стресса и др. В итоге развивается острое заболевание.

Основу специфического местного иммунитета составляет секреторный IgA. Он связывает вирус и препятствует его выходу из организма в активной форме, ограничивая циркуляцию вируса среди людей.

Приобретенный иммунитет опирается на формирование местной секреторной защиты. Секреторный иммунитет предупреждает или смягчает тяжесть заболевания во входных воротах гриппозной инфекции при участии антител класса IgA, которые синтезированы в процессе кооперации между В-лимфоцитами и эпителиальными клетками. Секреторные антитела избирательно адсорбируются на поверхности клеток мерцательного эпителия, эффективно защищая их от инвазии вируса. Повторное заболевание гриппом обусловлено высокой изменчивостью вируса гриппа и формированием иммунитета только к конкретному штамму, что и объясняет необходимость ежегодной вакцинации.

В клинической картине выделяют два основных синдрома: интоксикационный и катаральный (с поражением дыхательных путей).

Интоксикационный синдром: озноб или зябкость, ломота в мышцах, иногда в суставах, боль при движении глазами, яблоками или при надавливании на них, светобоязнь, слезотечение, резкая слабость и утомляемость, вялость. Головная боль – основной признак интоксикации и один из первых симптомов заболевания. Боль обычно локализуется в лобной области, особенно в области надбровных дуг, иногда носит ретроорбитальный характер. У больных пожилого возраста головная боль часто диффузна, степень ее может варьировать, но в большинстве случаев она умеренная. Сильная головная боль в сочетании с бессонницей, бредом, многократной рвотой наблюдается у больных с тяжелым течением болезни, может сопровождаться менингеальным синдромом.

Уже в первые часы заболевания температура тела достигает максимальных показателей – 39-40°C. Уровень лихорадки отображает степень интоксикации, но в целом отождествлять эти понятия нельзя. Температурная реакция при гриппе отличается остротой и относительной непродолжительностью. Лихорадка продолжается при гриппе А от 2 до 5 дней, при

гриппе В – немного дольше, а затем температура снижается ускоренным лизисом. У 10-15% больных лихорадка имеет двухволновой характер, что связано с осложнениями, вызванными бактериальной флорой или обострением хронических заболеваний.

Эти симптомы в первый день заболевания доминируют над катаральным синдромом. Слабость в тяжелых случаях может достигать до адинамии. Нередко она сопровождается головокружением и обморочными состояниями.

Катаральный синдром часто отступает на второй план. Проявляется сухостью и ощущением першения в горле, заложенностью носа. Наиболее типичным признаком катарального синдрома является трахеобронхит. Проявляется чувством першения или боли за грудиной, что обусловлено воспалительным процессом слизистой оболочки трахеи и бронхов, грубым надсадным кашлем, иногда приступообразным с незначительным количеством мокроты. Это может приводить к повышению давления в системе верхней полой вены и в случае повышенной ломкости кровеносных сосудов может способствовать проявлениям геморрагического синдрома (носовые кровотечения, мелкие кровоизлияния в слизистую оболочку ротоглотки, иногда на коже). Во время неукротимого сухого кашля возникают очень сильные боли в верхних отделах прямых мышц живота и межреберных мышц по линии присоединения диафрагмы к грудной клетке. Впоследствии кашель становится влажным. Часто присоединяется осиплость голоса, ощущение сдавливания в груди. Катаральный синдром продолжается около 7-10 суток, дольше всего сохраняется кашель.

При объективном обследовании больных в первые дни заболевания гриппом отмечаются гиперемия и отечность лица, гиперемия шеи, инъекция сосудов склер, влажность глаз, слезотечение, умеренный конъюнктивит. Эти симптомы в совокупности напоминают лицо заплаканного ребенка. С 3-4 дня болезни на губах и крыльях носа могут появиться герпетические высыпания. При тяжелом течении болезни наблюдается бледность кожных покровов с цианотическим оттенком (как проявления гипоксии и гипоксемии).

На слизистой оболочке неба, дужек, задней стенки глотки – яркая гиперемия, которая у больных с тяжелым течением имеет цианотический оттенок (за счет циркуляторных расстройств). У некоторых больных выявляется зернистость мягкого неба, реже – язычка и дужек. Задняя стенка глотки суховата по виду и имеет увеличенные лимфатические фолликулы. К 3-4 дню заболевания гиперемия слизистых оболочек уменьшается, на этом фоне более заметной становится зернистость мягкого неба и нередко заметны точечные кровоизлияния.

Слизистая оболочка носа обычно гиперемирована с цианотическим оттенком, отечна, поэтому уже с первого дня заболевания носовое дыхание затруднено, но количество выделений из носа небольшое. Может быть полнокровье и отек нижних раковин носа, сухость, иногда кровоточивость слизистой оболочки. Позже появляются необильные серозные или слизистые выделения. Обильная ринорея для гриппа не свойственна. Язык влажный, равномерно обложен тонким белым налетом. Иногда может отмечаться незначительное увеличение шейных лимфоузлов, но обычно лимфаденопатия не характерна.

Поражение органов дыхания при гриппе является закономерным. В лихорадочном периоде может быть одышка. При перкуссии легких нередко выявляется коробочный звук. При аускультации легких (при отсутствии осложнений) дыхание везикулярное с жестким оттенком, иногда выслушиваются единичные сухие хрипы. На Rg-граммах визуализируется усиление сосудистого рисунка, расширение корней легких, что ошибочно может диагностироваться как пневмония.

Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечаются следующие изменения: пульс сначала чаще отвечает температуре, реже отмечается относительная брадикардия или тахикардия. Стойкая тахикардия в разгаре болезни прогностически неблагоприятна, особенно у лиц пожилого и старческого возраста с хроническими заболеваниями сердца, сосудов и дыхательного аппарата. У многих больных выслушивается приглушенность тонов сердца, особенно при тяжелых формах заболевания. У больных старшего возраста, в отличие от молодых, возможны жалобы на боли в области сердца, приступы стенокардии.

Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта для гриппа не характерны. При тяжелых формах аппетит снижен вплоть до анорексии. Язык остается влажным, покрыт белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличиваются. Стул чаще задержан, редко может быть его послабление. Иногда при таких ошибочных диагнозах, как «грипп с кишечным синдромом», «грипп, кишечная форма» обнаруживается патология, которая вызвана аденовирусами или кишечными вирусами Коксаки и ЕСНО, шигеллами и сальмонеллами, а иногда и действием лекарственных средств. Иногда кратковременная диарея при гриппе может быть связана с обострением хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Эти изменения неспецифические, они связаны с изменениями тонуса вегетативной нервной системы под действием токсинов. Мнение некоторых врачей о кишечной форме гриппа безосновательно.

Поражение центральной нервной системы при тяжелом течении заболевания проявляется головокружением, нарушением сна, рвотой, проявлениями менингизма. При поражении периферической нервной системы имеют место локальные гиперестезии и парестезии кожных покровов, невралгии тройничного нерва, межреберных и других нервов. Особенно часто отмечаются функциональные нарушения со стороны вегетативной нервной системы в виде гиперемии лица, потливости, лабильности пульса.

Наличие симптомов вегетативной дистонии и общей астении – одна из наиболее характерных черт гриппозной инфекции. Обычно все эти нарушения быстро исчезают после нормализации температуры, но у некоторых больных они сохраняются после угасания всех клинических проявлений инфекции иногда до месяца, то есть приобретают характер гриппозного осложнения. Астения (слабость, потливость, плохой сон, сниженный аппетит, бессонница, повышенная утомляемость, рассеянное внимание) сочетается с неустойчивым артериальным давлением, частым сердцебиением.

Нередко отмечаются нарушения эмоциональной сферы (больные становятся плаксивыми, раздражительными). В связи с этим в медицине сформировалось понятие «синдром поствирусной астении» (СПА), который был описан Kendell P. еще в 60-х гг. Астения связана

с действием биологического агента. Длительная персистенция вирусов является основной причиной развития СПА, который чаще возникает в течение месяца после перенесенного вирусного заболевания и может сопровождаться психическими расстройствами – от легких депрессий до значительных нарушений поведения. Неврологическая симптоматика при СПА включает в себя нарушение чувствительности, вегетативные расстройства и миалгии. Часто больных беспокоит гиперестезия в виде «носков и перчаток», незначительное субфебрильное повышение температуры тела. С целью воздействия на синдром поствирусной астении целесообразно использовать таблетированную форму цитофлавина, который стимулирует метаболические процессы в ЦНС, снижает выраженность астенического, цефалгического, вестибулярно-мозжечкового синдромов, нивелирует расстройства в эмоционально-волевой сфере (тревога, депрессия), улучшая когнитивно-мнестические функции.

Перенесенный грипп, учитывая снижение иммунологической реактивности (анергия), может приводить к обострению хронических заболеваний больного: туберкулеза, ревматизма, тонзиллита, холецистохолангита, пиелонефрита и т.п.

Дифференциально-диагностическая характеристика гриппа и других респираторных инфекций представлена в таблице.

Признаки	Грипп	Парагрипп	Аденовирусная инфекция	Респираторно-синцициальная инфекция	Риновирусная инфекция
Поражение респираторного тракта	Трахеит	Ларингит	Фаринготрахеит	Бронхит, бронхиолит, пневмония	Ринит
Начало заболевания	Внезапное, лихорадка	Постепенное	Острое	Чаще острое	Острое
Внешний вид больного	Гиперемия лица	Обычный		Бледность лица	Мацерация кожи возле носовых отверстий
Интоксикация	Выраженная	Умеренная			Слабая
Температура тела	Высокая	Умеренная	Высокая, длительная	Умеренная	Субфебрильная
Головная боль	Сильная	Слабая		Умеренная	Редко
Боль в глазах	Выраженная	Отсутствует		Редко	Отсутствует
Миалгия, артралгия	Выраженная	Отсутствует	Умеренная	Редко	Отсутствует
Рвота	Бывает	Редко	Отсутствует	Редко	Отсутствует
Кровотечение	Бывает	Отсутствует			
Ринорея	Умеренная				Резко выраженная
Кашель	Сухой	Сухой, грубый, «лающий»	Бывает	Приступообразный, нередко с астматическим компонентом	Редко
Конъюнктивит	Часто	Отсутствует	Часто	Отсутствует	
Гиперемия ротоглотки	Яркая	Слабая	Яркая, увеличения миндалин, налеты	Слабая	
Лимфаденит	Отсутствует		Полиаденит	Редко шейный, подчелюстной	Отсутствует
Размеры печени	Не увеличена	Часто увеличена		Увеличена	Не увеличена
Размеры селезенки	Не увеличена	Иногда увеличена		Не увеличена	
Диарея	Отсутствует		Бывает	Отсутствует	

Для лечения больных гриппом применяется комплекс этиотропных, патогенетических и симптоматических препаратов, которые направлены на элиминацию возбудителя заболевания, дезинтоксикацию организма, повышение его защитных сил, ликвидацию воспалительных и болевых проявлений, профилактику осложнений.

Этиотропная терапия

Радикальных средств для лечения гриппа на сегодняшний день не существует. Основными факторами этого является природная изменчивость вирусной популяции, высокая вариабельность генома и генетическая предрасположенность к многочисленным точечным мутациям. Поэтому поиск специфических ингибиторов, блокирующих функциональную активность вируса на разных этапах его цикла репликации, продолжается.

В настоящее время основным противовирусным препаратом для лечения больных гриппом типа А является ремантадин. Кроме того, применение препаратов амантадина и ремантадина имеет у некоторых пациентов ряд противопоказаний и нежелательных явлений. Установлено (Клубок О.И., 1997), что при применении ремантадина в 45,5% случаев возникают нарушения со стороны нервной системы. К сожалению, формируются резистентные варианты вируса гриппа, вызванные мутациями в белке М2.

Перспективным направлением в терапии гриппа и респираторных инфекций является использование препаратов, которые стимулируют продукцию собственных эндогенных интерферонов, поэтому целесообразно использование средств, активирующих естественный иммунитет, стабилизирующих и корригирующих адаптивный иммунитет. К таким лекарственным средствам относятся индукторы интерферона, в частности, циклоферон – низкомолекулярное синтетическое вещество (N-метилглукаминная соль акридонуксусной кислоты). Циклоферон, как препарат этиотропного действия, наиболее целесообразно применять в коллективах для экстренной профилактики во время уже начавшегося эпидемического подъема заболеваемости гриппом. Циклоферон обладает бифункциональным эффектом – он способен подавлять репродукцию широкого спектра возбудителей ОРВИ (ортамиксовирусы, парамиксовирусы, аденовирусы, коронавирусы и др.) и вместе с тем обладает выраженным иммунокорригирующим эффектом, нормализуя нарушения системы иммунитета (вторичные иммунодефициты), столь характерные для респираторных вирусных инфекций. Для лечения тяжелых

и осложненных форм гриппа и ОРВИ рекомендуется применение инъекционной формы циклоферона. Показана стимуляция иммунного ответа организма при совместном использовании противогриппозных вакцин и циклоферона. Препарат разрешен в педиатрической практике, включен в Федеральный стандарт лечения больных гриппом, включая грипп, идентифицированный как грипп птиц (Приказ МЗ РФ №460 от 07.06.06).

В многоцентровых пострегистрационных исследованиях по оценке эффективности циклоферона при гриппе и ОРВИ установлен индекс эффективности препарата, равный 2,9 (2,4-3,4) при показателе защиты 62,8% (58,5-67,1%) на фоне снижения респираторной заболеваемости более чем в 2,9 раза.

Профилактическая эффективность циклоферона подтверждена при острых респираторных инфекциях у часто болеющих детей снижением числа и средней продолжительности обострений. Среди детей, получавших циклоферон, 55% ни разу не болели в течение года, тогда как в группе детей, его не получавших, 90% детей продолжали болеть. Средняя продолжительность одного обострения за год в группе детей, получавших циклоферон, составила 5 дней, а в группе детей, его не получавших, – 11. В исследованиях Ковровой М.В. (2005) показано снижение заболеваемости гриппом и ОРВИ среди детей, получавших циклоферон, в 3,1 раза (по сравнению с детьми, его не получавшими).

Высочина И.Л. (2005), оценивая клинико-иммунологическую эффективность циклоферона у детей, показала уменьшение частоты эпизодов ОРЗ в 2,5 раза и длительность респираторного эпизода на 2,3 дня на фоне уменьшения проявлений синдрома периферической лимфаденопатии, астенического синдрома и синдрома хронической интоксикации. Кратность острых бронхитов уменьшилась в 1,4 раза, а длительность эпизода острого бронхита сократилась на 3,3 дня.

В 2003-2005 гг. в период неустойчивой эпидемической ситуации по ОРЗ и гриппу подтверждена эффективность циклоферона на популяционном уровне у 16-18-летних подростков (3000 человек). Среди заболевших гриппом и ОРВИ, получавших циклоферон, уровень заболеваемости составил 30‰ на фоне снижения заболеваемости острой пневмонией в 2,4 раза, острым бронхитом – в 3,4 раза при сокращении лихорадочного периода на 2-4 дня, тогда как у получавших поливитаминный комплекс уровень заболеваемости колебался от 138,3 до 402,0‰.

Циклоферон в таблетках используется в качестве иммунотропного препарата в комплек-

сном лечении больных бронхиальной астмой с целью снижения уровня JgE и уменьшения рецидивов и повторных эпизодов обструкции, снижая частоту ОРВИ у больных бронхиальной астмой и число обострений. За год наблюдений число обострений бронхиальной астмы снизилось с 7,1 до 5,2 случаев, а частота ОРЗ – с 7,4 до 3,8.

Схема введения препарата с целью экстренной профилактики ОРЗ:

Детям до 7 лет: по 300 мг (2 таблетки) на 1, 2, 4, 6, 8 день и далее с интервалом в 72 ч еще 5-7 приемов. Детям старше 7 лет: по 600 мг на 1, 2, 4, 6, 8 день и далее через 72 ч по 300 мг еще 5-7 приемов.

Важной характеристикой лекарственного средства является фармакоэкономический потенциал. Нами использован один из пяти основных видов фармакоэкономической оценки лекарственных средств – анализ «затраты-эффективность», представляющий собой тип экономического анализа, при котором производят сравнительную оценку затрат при двух и более

вмешательствах, результат которых измеряется в одних и тех же единицах.

Стоимость профилактического курса с использованием циклоферона – до 455 руб., что в 4,4 раза меньше стоимости применения арбидола, амиксина и в 3,8 раза меньше стоимости применения анаферона. Таким образом, применение циклоферона наиболее экономически оправдано и выгодно с позиций фармакотерапевтической эффективности.

В последние годы стали говорить о «многоцелевой монотерапии» (Лазебник Л.Б.), когда с помощью одного препарата удается добиться нескольких клинических эффектов. Использование циклоферона с этой целью обоснованно, поскольку он является полифункциональным препаратом, а исследования Полонского В.О. (2003) показали, что и здоровые добровольцы, и больные ОРЗ и гриппом чувствительны к циклоферону в 73% случаев. Циклоферон хорошо сочетается с патогенетической и симптоматической терапией, которая необходима при лечении гриппа и респираторных инфекций.

Лепра на Юге России

Дуйко В.В., Валова О.Г., Рябуха М.Г., ФГУ НИИ по изучению лепры Росздрава, г. Астрахань; Филатов В.П., Степченко С.В., ГУЗ Абинский клинический лепрозорий, Краснодарский край; Гридасов М.И., гл. врач ФГУ Терский лепрозорий, Ставропольский край; Ткаченко С.Н., зав. противолепрозным кабинетом ГУЗ Ростовский ОКВД, г. Ростов-на-Дону

Лепра – одна из древнейших инфекций, известных человечеству. Возбудитель этого хронического заболевания – микобактерия лепры (*M. leprae*) – описан норвежским врачом Хансеном А. в 1874 г. *M. leprae* – грамположительные кислото- и спиртоустойчивые палочки, по многим свойствам близкие к возбудителю туберкулеза. Источник инфекции и пути передачи до конца не выяснены. Считается, что основной источник – это больной лепрой человек, а преимущественный путь передачи – воздушно-капельный, хотя не исключены и другие пути. Так, на последних международных конгрессах по лепре (XV – Китай, 1998; XVI – Бразилия, 2002) были представлены данные о возможности существования возбудителя в окружающей среде – в почве и воде, а также в организме животных – броненосцев, буйволов, обезьян и др.

Особенностью лепры является вялое, медленное развитие процесса, разнообразие клинических проявлений, большой процент инвалидизирующих последствий. Заболевание характеризуется гранулематозным по-

ражением кожи, слизистых оболочек верхних дыхательных путей, внутренних органов, периферической нервной системы, костно-мышечного аппарата. Немаловажен и социальный компонент, считается, что лепра – болезнь стран с низким социальным уровнем.

Вследствие различных факторов исторически сложилось так, что в ЮФО проживает около 90% всех зарегистрированных больных лепрой россиян. Здесь расположены 3 противолепрозных учреждения из 4-х, имеющих в стране, которые оказывают помощь больным лепрой по зональному принципу.

● Основным и старейшим очагом лепры в России является Нижнее Поволжье, где сосредоточено более 50% всех состоящих на учете больных. С начала активного внедрения государственной программы по борьбе с лепрой в РФ (1923) в Астраханской области зарегистрировано около 3000 больных. Здесь в 1896 г. был организован лепрозорий, а на его базе в 1948 г. создан ВНИИ по изучению лепры. Основными задачами были научные исследования по лепрологии, создание инс-

структивно-методических материалов по лепре, оказание организационно-методической помощи противолепрозным учреждениям, подготовка кадров, проведение практических противолепрозных и профилактических мероприятий в зоне обслуживания (Астраханская и Волгоградская области).

Благодаря осуществлению целого комплекса мер и, в первую очередь, активному раннему выявлению больных, их изоляции и лечению, диспансеризации, заболеваемость лепрой в Астраханской области на протяжении последних 25 лет снижена до спорадической, в настоящее время выявляются лишь единичные случаи. Так, за 1951-1960 гг. были вновь выявлены 743 больных (более 70 человек в год), за 1961-1970 гг. – 295, за 1971-1980 гг. – 66, за 1981-1990 гг. – 27, за последние 20 лет – 7 больных. К сожалению, еще отмечаются диагностические ошибки, больные выявляются в запущенной стадии с давностью заболевания 10 и более лет.

Распространенность лепры в Астраханской зоне, как и в других регионах, характеризуется неравномерностью и в целом составляет 0,9 на 10 тыс. населения, в то время как по России – 0,05 на 10 тыс. населения. В некоторых населенных пунктах Волжского Понизовья (Володарского, Икрянинского, Камызякского районов) она составляет 6 на 10 тыс. населения, что, по критериям ВОЗ, может являться проблемой для национального здравоохранения. Максимальное количество больных в зоне было зарегистрировано в 1961 г. – 1174 человека, а на 01.01.07 г. – 275 человек. Общее число состоящих на учете сокращается ежегодно преимущественно за счет естественной убыли. В противолепрозные учреждения госпитализированы около 30% больных, остальные находятся под диспансерным наблюдением. Поэтому очень важна систематическая, качественная и эффективная диспансеризация с участием врачей общего медицинского профиля и, в первую очередь, врачей-дерматовенерологов.

В последние годы отмечается старение контингента больных, более 80% – лица пожилого и старческого возраста. Почти все они имеют различные сопутствующие соматические заболевания и нуждаются в помощи врачей общей практики. Противолепрозные учреждения становятся социальными учреждениями геронтологического и гериатрического профиля, в которых, наряду с различными реабилитационными мероприятиями, возрас-

тает роль активного разрешения вопросов не столько медицинской, сколько социальной реабилитации и санитарно-просветительной работы. К сожалению, в обществе все еще сильна лепрофобия.

Несмотря на спорадическую заболеваемость и снижение общей численности больных, необходимо помнить о еще значительном распространении лепры в мире, активной миграции населения из эндемических по лепре стран, социально-экономическом и экологическом неблагополучии, цикличности в течении болезни и др., что не исключает возможности роста лепры в регионе.

● Бассейн реки Кубань в начале XX в. был одним из наиболее крупных очагов лепры в России, где регистрировалось до ста случаев лепры в год. Такая высокая заболеваемость тревожила общественность. В 1895 г. комиссия медицинского департамента МВД сочла необходимым организовать в Кубанской области Холмский лепрозорий. К 1917 г. в лепрозорий поступили уже 258 человек, большинство из которых страдало лепроматозным типом лепры. В период гражданской войны лепрозорий был сильно разрушен. К 1924 г. силами сотрудников и больных были восстановлены клиническая и бактериоскопическая лаборатории, водопровод, электрифицирован и радиофицирован весь поселок.

В 1936 г. начато строительство Абинского клинического лепрозория, первая очередь которого вступила в эксплуатацию в 1938 г. Были построены удобные домики для больных, врачебный штат состоял из 18 человек. Лепрозорий имел подсобное хозяйство, фруктовые сады и виноградники, пасеку, функционировал собственный кирпичный завод. С 1937 г. при лепрозории был открыт детский дом для детей, родители которых больны лепрой.

Осенью 1941 г. в Абинский клинический лепрозорий были эвакуированы все больные и обслуживающий персонал лепрозория «Крутые ручьи» из Ленинградской области. В связи с приближением фронта в сентябре 1942 г. лепрозорий был эвакуирован в Казахстан, а нетранспортабельные больные переведены в Холмский лепрозорий.

В 1945 г. Абинский клинический лепрозорий вновь начал функционировать, с апреля 1945 г. был объединен с Холмским лепрозорием, а в октябре 1948 г. в него были также переведены больные из ликвидированного Краснодарского экспериментального клинического лепрозория.

Успешному развитию диспансерного обслуживания больных способствовало внедрение сульфоновых препаратов, активная выписка больных на амбулаторное лечение, тесное взаимодействие врачей лепрозория с сотрудниками общей медицинской сети. Совместными усилиями в 1953 г. было выявлено 37 новых больных лепрой. Систематические обследования очагов, своевременная госпитализация больных, эффективное лечение оказали заметное влияние на снижение заболеваемости до спорадических случаев. Так, в 1951-1960 гг. в зоне был выявлен 171 больной лепрой, в 1961-1970 гг. – 69, в 1971-1980 гг. – 14, 1981-1990 гг. – 4, за последние двадцать лет – 4 человека. Уменьшается и общее количество состоящих на учете больных лепрой. Максимальное их число (347 человек) было зарегистрировано в 1966 г., на 01.01.2007 г. на учете состоит 80 человек.

Врачи лепрозория принимали участие в научных исследованиях, ими опубликовано около 60 научных работ. На базе лепрозория проводились научно-практические конференции, подготовка врачей, студентов и учащихся медицинских училищ края по современным вопросам лепрологии. В практику работы лепрозория внедрялись современные методы обследования, диагностики и лечения больных. Несмотря на значительное снижение заболеваемости, учитывая особенности лепры, профилактическую работу в крае необходимо продолжать и впредь.

● Лепра в Терской области появилась в первой половине прошлого столетия, в период заселения Терека казаками с низовий Волги и Дона. Постепенно болезнь приняла широкое распространение, и военная администрация вынуждена была при полковом лазарете возле станции Наурской открыть в 1850 г. лечебницу для больных лепрой. Эта лечебница, просуществовав 22 года, была закрыта за ненадобностью под влиянием ошибочной точки зрения, что проказа – болезнь не заразная, а передается исключительно по наследству.

По данным Наурской лечебницы и донесений окружных врачей, за 50 лет (1840-1891) было выявлено 260 больных. Доминирующим очагом лепры в Терской области являлась станция Александрийская, где было выявлено 62 больных, поэтому здесь в 1897 г. открылся приют для 17 чел. Первые больные в приюте содержались на добровольные пожертвования. В 1902 г. Высочайшим приказом по военному ведомству за №245 Александрийский приют для прокаженных переименован в Терс-

кий лепрозорий, ассигнованы средства на его реорганизацию и на строительство лепрозориев в Кубанской и Донской областях. Начиная с 1923 г., лепрозорий рос как в хозяйственном, так и в культурном отношении, из года в год увеличивались ассигнования, в первую очередь, на медицинское и культурное обслуживание. Специальные средства выделялись на активно проводившуюся в регионе работу по массовым обследованиям населения на лепру.

В настоящее время в подведомственную зону Терского лепрозория входят Ставропольский край и 7 республик Северного Кавказа: Карачаево-Черкесская, Кабардино-Балкарская, Северная Осетия-Алания, Чечня, Ингушетия, Дагестан и Калмыкия с населением около 10 млн человек.

Общая численность больных в обслуживаемой зоне постепенно уменьшается за счет естественной убыли. Максимальное количество состоящих на учете больных было в 1966 г. – 324 человека, а к 2006 г. – 96 человек. Новые случаи заболевания в последние 20 лет выявляются лишь спорадически. Так, за период 1951-2006 гг. зарегистрировано 183 больных, в т.ч. за 1951-1960 гг. – 116, за 1961-1970 гг. – 39, за 1971-1980 гг. – 24, 1981-1990 гг. – 2, за 1991-2006 гг. – 2 человека.

Регулярно проводилась работа по активному раннему выявлению больных лепрой, осмотру контактных лиц. С 1953 по 1964 гг. проводились массовые обследования населения Ставропольского края, Калмыкии и Дагестана на лепру.

С целью снижения рецидивов заболевания у диспансерных больных врачами-лепрологами 2 раза в год осуществляется контроль лечения на местах, а медицинские работники, проводящие амбулаторное лечение, проходят подготовку по лепре на базе лепрозория. В результате проводимых мероприятий число рецидивов значительно сократилось: с 38 случаев за период 1967-1976 гг. до 1 рецидива с 1987 г.

Врачи лепрозория занимались и научной работой. Они опубликовали около 80 научных работ, выполнили и защитили 3 кандидатские диссертации по вопросам эпидемиологии и лечения лепры, состояния внутренних органов, офтальмологической и ортопедической помощи больным лепрой. На базе лепрозория, а также в городских и районных больницах зоны обслуживания врачи читают лекции для студентов ВУЗов и учащихся медучилищ, осуществляется санитарно-просветительная

работа среди населения. С целью сохранения достигнутых успехов в борьбе с лепрой в подведомственной зоне необходимо и впредь проводить комплекс практических противолепрозных мероприятий в полном объеме.

• Одним из самых древних в нашей стране является очаг лепры на Дону. В официальных документах о лепре на земле Войска Донского упоминается во второй половине XVII столетия. По данным Петерсон О.В. (1893), Вигор Ф. (1885), Ростовский округ – одно из самых «крупных гнезд проказы» в России и Европе. Считается, что с территории Ростовской области лепра распространилась на Кубань, Терек, в Астраханскую область, Сибирь и на Дальний Восток. Поэтому здесь был открыт первый лепрозорий, который, просуществовав 100 лет (1768-1869), в силу ряда причин не решил проблему ликвидации лепры в Ростовской области. Деятельность его сводилась лишь к изоляции больных и их призраению. В 1869 г. под влиянием распространенной концепции о «незаразительности проказы», лепрозорий был закрыт.

Позже в Ростове-на-Дону было создано Общество для борьбы с проказой, в которое вошло более 100 человек. На средства Общества в городе был куплен небольшой дом, в котором за счет пожертвований содержались 10 больных лепрой. После 1923 г. центром борьбы с лепрой становится клиника кожных и венерических болезней медицинского института, при которой было организовано амбулаторное лечение больных, а в необходимых случаях их госпитализировали в специальные палаты. Эпидемиологическая работа в зоне не проводилась. И только в 1927 г., когда в ОКВД была введена должность врача-лепролога, началась систематическая работа по учету больных и контактных лиц, обследованию очагов и выявлению больных. По материалам обследований всех районов области был сделан вывод о необходимости устройства в Ростове лепрозория, и в 1947 г. был открыт Ростовский экспериментально-клинический лепрозорий (РЭКЛ). Было проведено обследование всех известных в области очагов лепры, составлена картотека на больных и контактных лиц. В течение первых 3-х лет подготовлены медицинские работники эндемичных по лепре районов, установлен постоянный контроль за очагами. Велась систематическая эпидемиологическая работа: выборочные и поголовные обследования населения, мероприятия по иммунопрофилактике и др. Широко проводилось санитарное просвещение.

Диспансерное обслуживание больных стало ведущим разделом деятельности Ростовского лепрозория. Помимо этого, на РЭКЛ было возложено организационно-методическое руководство противолепрозными учреждениями Северного Кавказа. Сотрудники лепрозория разработали около 40 организационно-методических документов по лепре, ежемесячно выпускали информационные бюллетени, осуществляли переводы иностранной литературы по актуальным вопросам лепрологии, принимали участие в работе комплексных противолепрозных экспедиций: в Краснодарском крае и Крымской области (1953, 1959), на Сахалине и Приморье (1954), в Казахстане (1956), в Каракалпакии (1957).

В РЭКЛ были разработаны «Краткий справочник по борьбе с лепрой» (1958), «Справочник по борьбе с лепрой» (1966), пособие для медицинских работников «Лепра» (1969), которые стали настольными книгами для многих врачей. Сотрудниками лепрозория выполнялись научные исследования по актуальным вопросам лепрологии, ими опубликовано около 200 работ.

Благодаря активному проведению противолепрозных мероприятий, заболеваемость лепрой в зоне снижена до спорадической, так, в период 1951-1960 гг. было выявлено 154 больных, 1961-1970 гг. – 37, 1971-1980 гг. – 21, с 1981 г. – 4 человека. Общее количество состоящих на учете больных снизилось с 318 (1956) до 40 (2006). Учитывая значительное снижение заболеваемости лепрой, с 1970 г. РЭКЛ был перепрофилирован в противолепрозное отделение при ОКВД, а в 1979 г. отделение реорганизовано в противолепрозный кабинет. Его сотрудники осуществляют диспансеризацию больных лепрой и контактных лиц, проводят реабилитационные мероприятия, эпидемиологическую и организационно-методическую работу в подведомственной зоне.

Таким образом, несмотря на спорадическую заболеваемость лепрой на Юге России, и в современных условиях нельзя допустить снижения интенсивности и качества проводимых противолепрозных мероприятий. Важно и впредь обеспечить своевременное выявление больных, их госпитализацию и лечение, в т.ч. путем обязательного обследования на лепру мигрантов из эндемичных стран, эффективную диспансеризацию состоящих на учете больных и контактных лиц (как основной «группы риска»), действенную медицинскую и социальную реабилитацию больных, профилактику инвалидизирующих последствий лепры.



ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА

информационные технологии для медицинских учреждений

Ростов-на-Дону, пр. Соколова 52, оф. 218 т. (863) 291-03-43 www.elmed.ic.ru

Программное обеспечение комплексной автоматизации работы врачей

Евдокимов А.В., ООО «Лаборатория «Электронная медицина», г. Ростов-на-Дону

С ростом компьютеризации лечебных учреждений все большее их число испытывает необходимость в автоматизации работы непосредственно врачей.

В ООО «Лаборатория «Электронная медицина» был разработан программный комплекс, предназначенный для автоматизации ведения истории болезни.

Внедрение программного обеспечения позволяет осуществить:

- снижение возможного процента снятий по экспертизе счетов за счет большей степени контроля вводимых данных;
- повышение управляемости лечебного учреждения за счет наличия более строгой технологии работы и возможности оперативно отслеживать показатели работы ЛПУ;
- проведение автоматизированного анализа качества лечения и ведения медицинской документации (внутренняя экспертиза);
- формирование сводной отчетности о результатах лечения;
- подбор похожих историй болезни (похожий диагноз и набор дополнительных параметров, например, возраст) с известным результатом, для выбора тактики лечения пациента как у данного врача, так и у других врачей;
- анализ эффективности тех или иных методов лечения.

Разработанный комплекс включает в себя следующие модули:

- «История болезни – стационар», устанавливаемый в рамках стационарных отделений лечебного учреждения и предназначенный для ведения истории болезни в рамках стационарных отделений лечебных учреждений.
- «История болезни – поликлиника», устанавливаемый в поликлиниках.
- «Лаборатория», предназначенный для автоматизации работы лабораторий, входящих в состав лечебного учреждения. Он позволяет вести складской учет и производить списание материалов, затрачиваемых на проведение каждого анализа.

Модули, предназначенные для ведения истории болезни, позволяют накапливать и обрабатывать данные о пациенте. Кроме того, с применением этих модулей возможно создание большого количества различной отчетности, например, автоматизированного формирования талона амбулаторного пациента и карты выбывшего и упрощенное автоматизированное заполнение отчетности, формируемой врачом.

В рамках программного комплекса предусмотрена передача электронных документов между различными службами, работающими в рамках лечебного учреждения, например, автоматизированная запись пациента на исследование и анализы и передача их результатов врачу.

Все модули, входящие в комплекс, представляют собой единое сетевое решение, интегрированное с программным комплексом ведения статистического и экономического анализа в рамках лечебного учреждения, устанавливаемого ООО «Лаборатория «Электронная медицина». Данное решение работает на базе операционной системы Microsoft Windows XP с возможностью использования большого числа рабочих мест.



Концепция комплексной автоматизации управления лекарственным обеспечением населения субъекта Российской Федерации

Аносов А.В., ген. директор компании «Эскейп», г. Москва

В настоящее время акцент по реформированию здравоохранения переносится на региональный уровень. В условиях ограниченности материально-финансовых ресурсов ведущую роль в правильности и адекватности принимаемых мер в управлении здравоохранения регионов имеет своевременная достоверная информация и наличие инструмента для ее анализа. Большие объемы информации, разнородность данных, требующих анализа, необходимость принятия оперативных решений – все это требует использования информационных технологий в системе управления здравоохранением.

1. Информационные технологии (IT) в рамках региональных программ госгарантий: комплексный подход к автоматизации

IT являются действенным инструментом повышения эффективности государственного аппарата и укрепления его авторитета в обществе. Учитывая сложные схемы взаимосвязи между участниками лекарственного обеспечения в субъектах РФ, напрашивается вывод, что для обеспечения жизнеспособности, эффективной работы и развития системы в целом необходим комплексный подход к автоматизации. Концепция комплексной автоматизации лекарственного обеспечения населения в регионах направлена на реализацию задач модернизации управления лекарственным обеспечением. Опыт нашей компании, с 1998 г. активно участвующей в создании программных продуктов, предназначенных для учета движения лекарственных средств (ЛС), позволил нам разработать технологию автоматизации лекарственного обеспечения населения отдельного субъекта РФ в рамках региональных программ государственных гарантий и обеспечения лечебных процессов в соответствующих лечебных учреждениях.

Представляемая технология основывается на комплексной системе автоматизации управления аптечным предприятием «М-АПТЕКА плюс» и дополнительных модулях, ключевыми функциональными задачами которых являются

управление заявочными кампаниями, управление распределением и перераспределением ЛС по аптечным организациям и лечебным учреждениям, контроль качества лекарственного обеспечения граждан и ведение централизованной обработки всех данных о потреблении ЛС.

Основные цели комплексной автоматизации лекарственного обеспечения населения

- **повышение эффективности управления лекарственным обеспечением населения субъекта РФ;**
- **удовлетворение потребности органов государственной власти субъекта РФ (ТОУЗ, ТФОМС, Росздравнадзор) в информации и информационном взаимодействии в рамках лекарственного обеспечения населения, а также региональной информатизации (интеграция с информационными системами Минтруда, Пенсионного Фонда, ТФОМС);**
- **улучшение качества лекарственного обеспечения населения и рационализация использования финансовых ресурсов на основании анализа статистических данных информационной системы;**
- **обеспечение информационной безопасности и конфиденциальности баз данных региональных и муниципальных информационных систем на территории субъекта РФ.**

Внедрение комплексной системы автоматизации управления обеспечением ЛС льготных категорий граждан уже осуществляется в Республике Коми и Омской области. Проявляют заинтересованность в системе и другие субъекты РФ. Важно отметить, что многие регионы уже частично готовы к внедрению системы: с 2005 г. в 16 субъектах РФ функционируют программные продукты нашей компании, направленные на оптимизацию работы в системе ДЛО, являющейся на данном этапе неотъемлемой частью обеспечения населения ЛС. Кроме того, в некоторых регионах, в

частности, в Краснодарском крае (ГУП «Кубаньфармация»), полным ходом идет автоматизация розничной части крупных государственных фармацевтических сетей с помощью АСУ «М-АПТЕКА плюс».

2. Основные составляющие системы и их взаимосвязи внутри программного комплекса

Основными участниками процесса лекарственного обеспечения населения в субъекте РФ являются:

- территориальный орган управления здравоохранения;
- лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ);
- фармацевтические учреждения (товаропроводящая сеть);
- внешние контрагенты (ТФОМС, Росздравнадзор, ПФР, Министерство труда и социального развития).

Полная информация о деятельности всех участников стекается в территориальный орган управления здравоохранения, основная задача которого заключается в урегулировании использования средств регионального и федерального бюджета, оптимизации оказания бесплатной медицинской помощи населению, прогнозировании развития отрасли. Для технологического обеспечения названных задач разработан программный модуль «М-АПТЕКА плюс ЦОД», позволяющий осуществлять:

- сбор данных о движении ЛС;
- сбор данных о состоянии обеспеченности населения ЛС;
- сбор персонализированных данных по каждому пациенту применительно к лекарственному обеспечению населения;
- анализ полученных данных, формирование отчетов для принятия управленческих решений.

В ЛПУ осуществляется важнейшая для работоспособности всего комплекса функция – ведение регистра прикрепленного населения. Главные врачи несут ответственность за полноту и корректность предоставляемых персонализированных данных. Модуль АСУ «М-АПТЕКА плюс ЛПУ» обеспечивает информационные потребности поликлиник и стационаров. В поликлиниках это учет выписки льготных рецептов, формирование потребности прикрепленного населения льготных категорий в ЛС. В стационарах – формирование плановых и оперативных заявок на поставку ЛС для обеспечения непрерывного лечебного

процесса, контроль создания и поддержания страхового запаса ЛС и товаров медицинского назначения, учет поступления и распределения ЛС по отделениям, контроль расходования ЛС во время лечебного процесса.

Основными функциями товаропроводящей сети, как участника обеспечения населения ЛС в регионе, являются:

- сбор и обработка заявок от ЛПУ;
- полный цикл предметно-количественного и партионного учета ЛС и изделий медицинского назначения;
- распределение ЛС и изделий медицинского назначения по медицинским организациям и аптечным учреждениям;
- управление движением ЛС;
- рецептурный отпуск товара по отдельным программам (ДЛО, региональные программы социальных гарантий);
- аналитический контроль;
- работа с контрагентами;
- формирование необходимой отчетности.

Различные конфигурации системы автоматизации и управления аптечным предприятием «М-АПТЕКА плюс» позволяют полностью автоматизировать сеть фармацевтических предприятий – от аптечного пункта до оптового аптечного склада и управляющей компании. Руководство товаропроводящей сети обеспечивается инструментом для принятия управленческих решений в рамках федеральных и региональных программ лекарственного обеспечения населения. Аналитика АСУ предоставляет полную информацию о товародвижении, обеспеченности населения ЛС, о дефектуре, рецептах, поставленных на отсроченное обслуживание, состоянии страхового запаса в каждом аптечном учреждении сети вплоть до точки отпуска (аптечного пункта).

3. Перспектива: общее информационное пространство в регионе

Предлагаемый комплексный подход к автоматизации позволяет интегрировать сведения, относящиеся к обеспечению населения государственными гарантиями, в общее информационное пространство региона. Включение в состав комплекса системы ведения нормативно-справочной информации, разработанной компанией «Эскейп», позволит установить связи между объектами однотипной нормативно-справочной информации, используемой в программных комплексах различных министерств и ведомств любого субъекта РФ.

4. Консалтинг: основные принципы, которые необходимо соблюдать в процессе внедрения комплексной системы автоматизации обеспечения населения региона ЛС

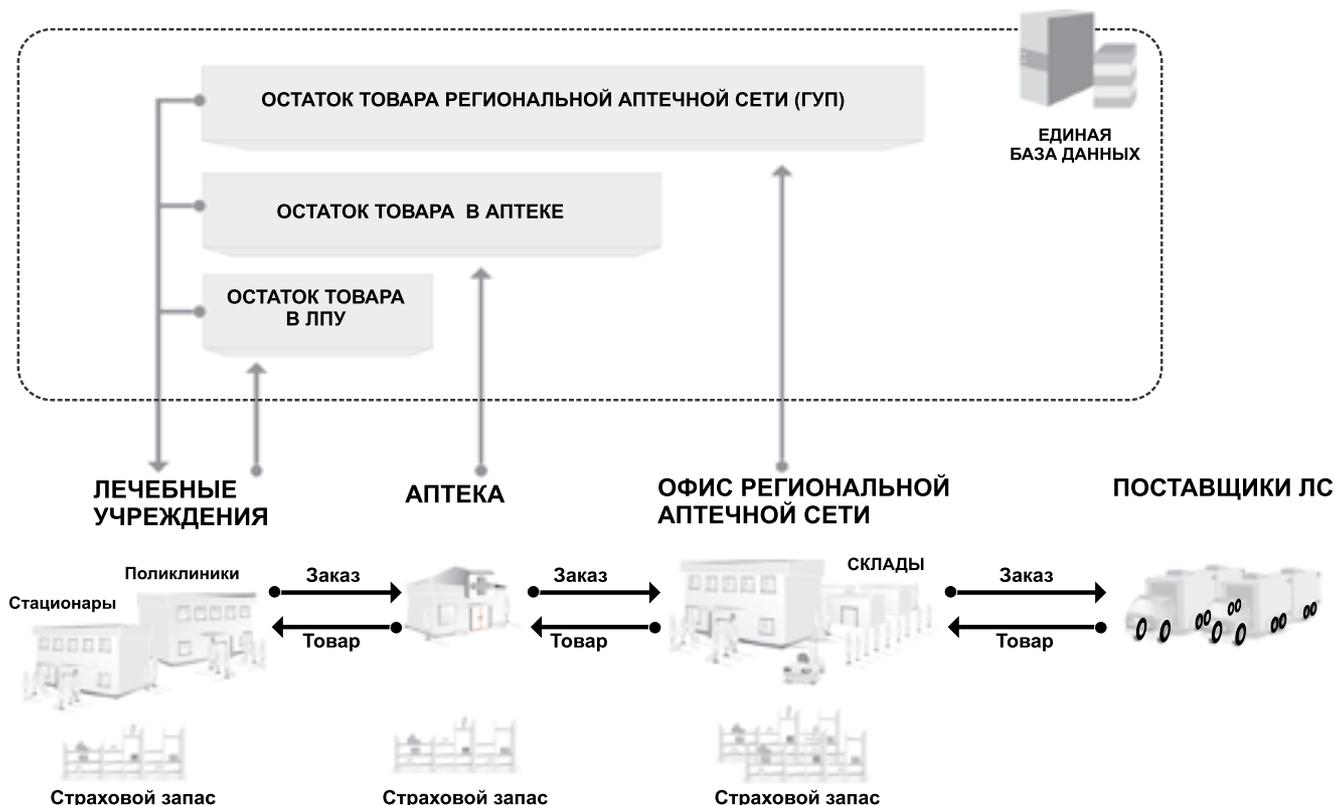
Для успешного функционирования автоматизированных систем регионального уровня важно не только выделение финансирования, но и наличие детальных планов развития информационной инфраструктуры, принятие и соблюдение регламентов, четко определяющих принципы работы и обязанности участников системы. Имея за плечами богатый опыт внедрения автоматизированных систем в регионах, наша компания предоставляет шаблоны регламентирующих документов для конечных пользователей системы, а также шаблоны приказов МЗ, необходимых для проведения работ по автоматизации на территории.

Еще одной важной составляющей успешного внедрения программного обеспечения на

региональном уровне является организация отраслевых учебных центров на территории субъектов РФ, обеспечивающих подготовку и переподготовку кадрового состава отрасли для выполнения целевых программ. В результате этого у всех участников процесса обеспечения населения ЛС появляется понимание целей и задач информатизации, увеличиваются возможности рационального и умелого использования предлагаемых средств автоматизации.

Подводя итоги, можно с уверенностью говорить о том, что реализация концепции комплексной автоматизации обеспечивает руководство здравоохранения субъекта РФ полноценным инструментом для управления лекарственным обеспечением населения региона, подготовленным персоналом, IT-инфраструктурой и технологией работы, позволяющей оперативно вносить изменения в существующие и реализовывать новые отраслевые программы социальных гарантий.

Контроль обеспеченности региона ЛС для льготных категорий граждан



Синдром Марфана

*Шкурат Т.П., д.б.н., проф. каф. генетики ЮФУ, НИИ биологии ЮФУ, КДЦ «Наука»;
Валькова Т.И., медико-генетический каб. ГУЗ РОКБ;
Александрова А.А., к.б.н., НИИ биологии ЮФУ;
Машкина Е.В., к.б.н., каф. генетики ЮФУ; г. Ростов-на-Дону*

Синдром Марфана впервые описан в 1896 г. Марфаном Б. (Marfan M.A.-B., 1896). Частота встречаемости в европейской популяции – 1 на 5 тыс. жителей. Синдром Марфана не имеет географического, расового или полового предпочтения. Тип наследования – аутосомно-доминантный. Болезнь имеет яркую триаду симптомов – поражение скелета, глаз и сердечно-сосудистой системы. Притом, что синдром характеризуется широкой клинической вариабельностью, его ведущими диагностическими признаками являются высокий рост, арахнодактилия, эктопия хрусталика, пролапс митрального клапана, расширение корня и расслоение стенки аорты.

Со стороны скелета отмечаются следующие симптомы: крайне астеническое телосложение, удлинённые и непропорционально сформированные конечности (увеличение нормального соотношения длины кисти и стопы к величине роста); деформированная грудная клетка; гиперподвижность суставов; деформация позвоночника (в виде сколиозов, грудных лордозов); характерные удлинённые черты лица («треугольное лицо»); неправильный рост зубов, высокое («готическое») небо. Очень характерна арахнодактилия – своеобразная аномалия развития пальцев кистей (McKusick V.A., 1972; Gray J.R., Davies S.J., 1996). Характерно и изменение черепа – он вытянут в продольном направлении («ба-

шенный» череп). Отмечается также крыловидное отставание лопаток (Fattori R. e.a., 1999).

Со стороны глаз отмечаются такие симптомы, как эктопия хрусталика, миопия (Brown O. e.a., 1975).

Основные клинические проявления связаны с сердечно-сосудистыми нарушениями, являющимися одной из причин ранней детской смертности. Наиболее распространенными являются пролапс митрального клапана, причиной которого является митральная регургитация и дилатация аорты (Pyeritz R., 1993). Причиной смерти зачастую является разрыв аорты и аневризма аорты, а также диссекция аорты (Baer R. e.a., 1943; Etter L., Glover L., 1943).

В нелеченных случаях смертность крайне высока, и продолжительность жизни в среднем составляет 30-40 лет. Диагностируется как пренатально и при рождении, так и в зрелом возрасте. Более раннее проявление ассоциируется с более тяжелым течением. Диагноз синдрома Марфана ставится на основании комплекса принятых в 1995 г. группой ведущих специалистов с мировым именем так называемых больших и малых диагностических критериев (Ghent criteria – по имени бельгийского города Ghent), которые основываются главным образом на данных клинического обследования разных органов и систем, а также семейном анамнезе (табл. 1).

Таблица 1

Диагностические критерии синдрома Марфана (De Roere A. e.a., 1996)

Система	Большие критерии	Малые критерии
Скелет	Не менее 4-х признаков из: <ul style="list-style-type: none"> • килевидная деформация грудной клетки • воронкообразная деформация грудной клетки • отношение длины верхнего сегмента тела к нижнему <0,86 или размах рук >1,05 • сколиоз (>20%) • ограничение разгибания в локтевом суставе (<170°) • плоскостопие • протрузия вертлужной впадины 	Два главных признака или один главный и два из: <ul style="list-style-type: none"> • воронкообразная деформация грудной клетки • гиперподвижность суставов • высокое небо и неровно растущие зубы • характерное лицо
Сердечно-сосудистая	<ul style="list-style-type: none"> • дилатация корня аорты • расслоение восходящей аорты 	<ul style="list-style-type: none"> • пролапс митрального клапана • дилатация легочной артерии после 40 лет • кальцификация митрального клапана после 40 лет • дилатация или расслоение иных участков аорты
Дыхательная	нет	<ul style="list-style-type: none"> • спонтанный пневмоторакс, апикальные пузыри

Органы зрения	<ul style="list-style-type: none"> • вывих (эктопия) хрусталика 	<ul style="list-style-type: none"> • уплощение роговицы • увеличение аксиального размера глазного яблока (причина миопии) • гипоплазия радужки или цилиарной мышцы (причина сужения зрачка)
Генетические признаки	<ul style="list-style-type: none"> • наличие независимых критериев у родителей, детей или сибсов • мутации в гене фибриллина 1 • наследование маркерного гаплотипа ДНК, сцепленного с синдромом Марфана в семье 	нет

Примечание. Для всех систем, кроме скелетной, достаточным условием считается наличие одного большого критерия или одного малого.

С учетом данных критериев, а также особенностей дерматоглифических паттернов нами был проведен анализ больных с синдромом Марфана, проживающих в Ростове-на-Дону. Клинико-генеалогический и дерматоглифический анализ был проведен для 66 пробандов (46 мужчин и 20 женщин).

Среди всех исследованных больных с синдромом Марфана 100% имели высокий рост и деформацию позвоночника, 97,1% – непропорционально удлинённые конечности, 95,1% – астеническое телосложение, 95,0% – долихостеномелию, 89,2% – уплощенную, удлинённую грудную клетку, крыловидные лопатки, торчащие ключицы, 86,1% – высокое, «готическое» небо, 80,5% – непропорциональное телосложение, 76,7% – арахнодактилию, 72,7% – заболевания сердечно-сосудистой системы, 67,6% – «башенный» череп, 64,9% – заболевания глаз (миопия, подвывих хрусталика, катаракта), 63,9% – удлинённое «треугольное» лицо, 38,3% – изменения кожных покровов, 36,1% – узкий клювовидный нос, 33,3% – микроретрогению, 22,2% – кариес, неправильный прикус, 20,6% – брахицефалию,

19,4% – искривление носовой перегородки, 19,4% – оттопыренные уши, приросшие мочки, 8,1% – голубые склеры.

Клиническая картина, зарегистрированная у пробандов Ростовской области, отличается от пробандов Европейской популяции частотой проявляемости признаков. Например, согласно данным каталога наследственных болезней (McKusick V.A., 2007), деформация позвоночника встречается в 60% случаев, а в наших исследованиях – в 100% случаев.

Широкий клинический полиморфизм, который зарегистрирован у пробандов, может быть обусловлен генетической гетерогенностью данного синдрома. Так, на сегодняшний день описано более 100 мутаций гена FBN1, которые приводят к развитию синдрома Марфана. При этом показано, что замена пар оснований в 217 нуклеотиде фенотипически проявляется полным комплексом клинических признаков, а замена пар оснований в 2627 нуклеотиде данного гена приводит только к астеническому типу телосложения и миопии сердца (Comoglio P. e.a., 2007). Отличия клинической картины у пробандов Ростовской области от европейской, очевидно, объясняются особенностями регионального генофонда популяции. Учитывая высокую генетическую гетерогенность синдрома Марфана и его аутосомно-доминантный тип наследования, мы нашли целесообразным провести сравнительный анализ клинических показателей при наследственной и спорадической формах синдрома (табл.2).

Таблица 2

Распределение некоторых клинических признаков при наследственных и спорадических случаях заболевания синдромом Марфана

Клинический признак	Частота проявления, %	
	Наследственные	Спорадические
Астеническое телосложение	90,3	73,7
Деформация позвоночника	100,0	100,0
Заболевания органов зрения	61,3	47,4
Заболевания сердечно-сосудистой системы	80,6*	42,0*
«Башенный» череп	67,7	58,0
Высокое небо	71,0	68,4
Арахнодактилия	83,8*	52,6*
Долихостеномелия	96,7	94,7

Примечание. * – достоверные отличия при $P < 0,01$.

Как видно из представленных результатов, наследственные и спорадические случаи у пробандов Ростовской области имеют различную клиническую картину. При наследственных случаях практически в 2 раза чаще регистрируются заболевания сердечно-сосудистой системы и такой типичный клинический признак, как арахнодактилия. Все важнейшие признаки в наследственных случаях просматриваются более четко. Достаточно сложным является диагностирование синдрома Марфана у пробандов в спорадических случаях. Развитие методов молекулярной генетики существенно помогло бы в диагностировании синдрома Марфана различной этиологии.

В 95% случаев синдром Марфана вызывают мутации в гене белка фибриллина (FBN1), который локализован на 15q21.1 (Dietz H.C. e.a., 1993). Фибриллин – гликопротеид, участвующий в микрофибриллярной системе, обеспечивающей основу эластическим волокнам соединительной ткани. Он находится во многих структурах организма: межклеточном матриксе, хрящах, стенках сосудов, хрусталике глаза.

Мутации в гене белка фибриллина найдены при аортальной аневризме. Описаны миссенс-мутации, микроповреждения гена (делеции, инсерции) и макроповреждения – инверсии.

Примерно в 5% наблюдений синдром Марфана вызван мутациями в α_2 -цепи коллагена I типа. В настоящее время охарактеризованы более 100 мутаций: миссенс, нонсенс – 92, микроповреждения – 9, макроповреждения – 1. Атипичные варианты синдрома Марфана обусловлены чаще всего точковой мутацией, ведущей к замене глутамина на аргинин в α_2 -цепи коллагена I типа.

Нами проанализирована частота встречаемости пробандов женского и мужского пола в сочетании с их возрастом и отмечена следующая зависимость: синдром Марфана практически в два раза чаще регистрируется у мужского пола по сравнению с женским (табл. 3). При этом в дошкольном возрасте 40% пробандов – девочки, 3,4% – мальчики, в школьном возрасте 41% – мальчики и 53% девочки, в пубертатном периоде 86% пробандов женского пола и 86% пробандов мужского пола.

Таблица 3

Манифестация синдрома Марфана в зависимости от возраста и пола

Периоды	Женский пол		Мужской пол	
	Абсол.	%	Абсол.	%
Дошкольный	6	40,0*	1	3,3
Школьный	8	53,3	12	41,3
Пубертатный	13	86,6	25	86,2
Зрелый	15	100,0	29	100,0

Примечание: * – достоверное отличие при $P < 0,01$.

Как видно из представленных результатов, у женщин синдром Марфана клинически распознается намного раньше, чем у мужчин. Однако на ранних этапах онтогенеза у всех пробандов регистрируется высокий рост, поэтому целесообразно для мужчин (мальчиков) с высоким ростом проводить клиническую диагностику на синдром Марфана, так как более раннее выявление синдрома будет способствовать проведению своевременных профилактических мероприятий, препятствующих ранней смертности.

Известно, что некоторые болезни и синдромы имеют взаимосвязь с особенностями дерматоглифической картины. Теоретическим обоснова-

нием этого является общность происхождения эпидермиса и других систем организма, например, нервной системы. Так, Krush с соавторами (1988) отмечали связь синдрома Марфана с арахнодактилией и кожными узорами.

В связи с этим нами было проведено исследование возможности сопряжения особенностей дерматоглифической картины с синдромом Марфана в сравнении с дерматоглифами контрольной группы лиц, не страдающих наследственной патологией.

В результате анализа получены следующие данные, характерные для больных с синдромом Марфана (табл. 4).

Таблица 4

Сравнительный анализ дерматоглифов больных с синдромом Марфана и здоровых людей контрольной группы, %

Признак	с. Марфана (n=57)	Контрольная группа (n=300)	P
Всего ульнарных петель	46,9±2,09	60,5±0,89	<0,05
Всего радиальных петель	15,5±1,52	4,0±0,36	<0,001
Всего завитков	34,3±1,99	28,1±0,82	<0,05
Всего дуг	3,3±0,75	7,4±0,48	<0,01

В сравнении с данными, характерными для Ростовской популяции, мы получили следующие результаты: у больных с синдромом Марфана в 4 раза чаще регистрируются радиальные петли, частота дуг достоверно ниже, чем у здоровых людей, частота завитков и ульнарных петель имеет тенденцию к достоверным отклонениям от контрольной группы. В исследованиях, проведенных ранее, было отмечено увеличение количества завитков у отдельных индивидуумов с синдромом Марфана (Krush A.J. e.a., 1988).

Также больные синдромом Марфана отличаются и локализацией радиальных петель и завитков на порядковых пальцах от здоровых людей контрольной группы.

Пальцевая формула для завитков у больных синдромом Марфана выглядит следующим образом: IV>I>II>III>V. Формула для петель: I>V>III>II>IV. Для дуг пальцевая формула выглядит следующим образом: II>I>III, IV, V. Сравнивая эти формулы с контрольными, можно отметить, что завитки у больных синдромом Марфана чаще встречаются на четвертом пальце, а в контрольной группе – на первом пальце. Суммарная формула для петель (ульнарная и радиальная) на обеих руках у больных синдромом Марфана практически не отличается от группы контроля. Диагностическим маркером синдрома Марфана может быть наличие дуг на

втором пальце обеих рук (частота их встречаемости 66,8%, а в контрольной выборке – 10%).

Таким образом, больные синдромом Марфана имеют частоту по всем типам пальцевых узоров, отличающуюся от контрольных значений. Выявленная разница в характере дерматоглифического рисунка у больных синдромом Марфана настолько существенна, что по нашему мнению дерматоглифика может быть использована в качестве дополнительного диагностического критерия при этом заболевании.

Ладонные паттерны у больных синдромом Марфана имеют одинаковую направленность изменений ладонных линий и трирадиусов, характерно наличие промежуточного и карпального трирадиусов, увеличение частоты рисунков на гипотенаре. Анализируя ладонные линии больных синдромом Марфана, мы обратили внимание, что практически у всех больных (более 90%) дистальная поперечная сгибательная складка (p.ft.d – plica flexoria transversa distalis) достоверно шире, чем в контрольной группе, и представлена большим количеством «островков».

Нами также был проведен факторный анализ дерматоглифических признаков пальцев и ладоней для больных синдромом Марфана. Было выделено 2 фактора нагрузки (табл. 5). На первый фактор приходится 67% от общего числа дисперсии, на второй – 25%.

Таблица 5

Результаты факторного анализа показателей при синдроме Марфана

Признак	Факторные нагрузки	
	1	2
Завиток на IV пальце правой руки	0,77315	0,15627
Карпальный трирадиус	0,26091	-0,58843
Число островков на p.ft.d	0,83245	0,09481
Симметричность главной линии D на обеих руках	0,21922	0,68008
Петля на гипотенаре левой руки	0,60331	0,11852

Как видно из таблицы, при синдроме Марфана существует один фактор, который нагружен такими дерматоглифическими показателями, как повышенное число островков на дистальной поперечной сгибательной складке ладони, завитком на IV пальце правой руки, петлей на гипотенаре. Второй фактор нагрузки связан с симметричностью линии D на обеих ладонях и отсутствием карпального трирадиуса.

Таким образом, для ранней диагностики синдрома Марфана необходимо учитывать сочетание вышеуказанных признаков. Человек с подозрением на синдром Марфана должен наблюдаться клиническим генетиком, кардиологом, офтальмологом.

Для снижения риска расслоения стенки аорты при синдроме Марфана назначают бета-бло-

каторы. Чем в более раннем возрасте начато лечение, тем оно эффективнее. Лицам с бронхиальной астмой и сердечной недостаточностью, а также при брадиаритмиях вместо бета-блокаторов рекомендуют антагонисты кальция или ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. Если диаметр синуса Вальсальвы превышает 5,5 см у взрослых и 5,0 см у детей, показано профилактическое хирургическое вмешательство на аорте, причем раннее предпочтительнее позднего (RiosA.S. e.a., 1999; Kacila M., Granov N., 2007). Женщинам детородного возраста с синдромом Марфана следует предлагать медико-генетическое консультирование. По желанию родителей может быть проведена пренатальная диагностика путем поиска мутаций или сцепления с геном.

ДВУ-5

УНИВЕРСАЛЬНОЕ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ
ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО НОВОГО ВРЕМЕНИ



5 минут

*режим дезинфекции высокого уровня**

30 минут

*режим стерилизации**



* при комнатной температуре



**НОВОЕ ВРЕМЯ – НОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ !
ДОВЕРЯЙТЕ ЛУЧШИМ !**



реклама

ООО «ДЕЗСНАБ-ТРЕЙД», 129345, Москва, а/я 16
/495/ 787-8757 (многоканальный телефон), /495/ 184-2323, 184-2309, 185-3451
E-mail: dezsab@ropnet.ru <http://www.dezsab-trade.ru>

...от Калининграда... ...вся медицина России... ...до Владивостока...

ЖЕЛТЫЕ СТРАНИЦЫ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2007. Выпуск 1.

Министерство здравоохранения и социального развития
Российская академия медицинских наук
Издательский Центр «Кадры России XXI»

Аналога нет!

приглашают Вас принять участие в уникальном томе
«Желтые страницы. Здравоохранение-2007»
экссклюзивной многотомной энциклопедии
«Кадры здравоохранения. Российская Федерация. 2007»

- министерства, департаменты
- ЛПУ, НИИ, ВУЗы, училища
- частная медицина
- общественные организации
- производители
- поставщики
- аптечная сеть
- и т.д.
- выход – март 2008
- тираж – 30 000 экз.
- интернет-версия
- CD-версия

**Окончание приема
информации и рекламы
1.02.08.**

Для всех!

КУПОН НА РАЗМЕЩЕНИЕ БЕСПЛАТНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Название организации _____

Идентификационный номер: _____ Адрес: (с указанием города) _____

Код города: _____ Телефон (основной): _____ E-mail: _____

Код города: _____ Факс (основной): _____ Интернет: _____

Телефон (доп): _____ Комментарий: _____ Телефон (доп): _____ Комментарий: _____

ГП ООО ЗАО ОАО АО Другое: _____

Вид деятельности (специализация): _____

Ф.И.О. руководителя (полностью) _____

Источник информации: _____

Должность: _____ ФИО: _____

Дата: _____ Подпись: _____

М.п.

**РЕКЛАМА: условия размещения рекламы
на сайте www.cadres-of-russia.ru**

Том XXX «Желтые страницы. Здравоохранение-2007»

ООО Издательский Центр «Кадры России XXI» ждет Ваш купон

письмом → 420126, г. Казань, а/я 120
по факсу → тел/факс: (843) 527-81-92,
527-81-45,
527-81-54

по электронной почте → e-mail: bisr2@inbox.ru,
cadres2@telecet.ru

информация на сайте → www.cadres-of-russia.ru

Публикация бесплатной информации о предприятии, фирме, организации является правом, но не обязанностью издательства. Форма, объем, количество и порядок размещения бесплатной информации в справочнике определяется издательством самостоятельно.



Изданы!

**Готовятся к печати
(октябрь-ноябрь 2007 г.)**

- Том VI – ИИИ и медбизнес
- Том VII – ОКБ. Часть 1 (ИИО, СЗОО)
- Том VIII – ОКБ. Часть 2 (ИИО, СЗОО)
- Том IX – ОКБ. Часть 3 (СЗОО, ИИО, СЗОО)
- Том X – ДЗС, ветеринария, педиатрия
- Том XI – Офтальмологическая служба
- Том XII – ГП «Фарма» и ПО «Аптека»
- Том XIII – Паралитическая, вертебрологическая служба
- Том XIV – Специализированные учреждения
- Том XV – Стоматология
- Том XVI – СПИД-центры, инфекционные службы и флюорология
- Том XVII – Сестринский и СТО
- Том XVIII – Стоматология. Дистрибуторы. Поставщики
- Том XIX – Стоматологические клиники
- Том XX – Российские производители лекарств
- Том XXI – Российские производители лекарств
- Том XXII – Российские производители лекарств
- Том XXIII – Российские производители лекарств
- Том XXIV – Российские производители лекарств
- Том XXV – Российские производители лекарств
- Том XXVI – Российские производители лекарств
- Том XXVII – Российские производители лекарств
- Том XXVIII – Российские производители лекарств
- Том XXIX – Российские производители лекарств
- Том XXX – Российские производители лекарств



**Том XXX – Желтые страницы.
Здравоохранение 2007**

12-я международная специализированная выставка

ВОЛГАЗДРАВЭКСПО

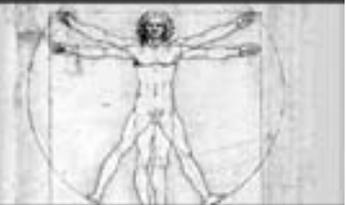
17-19 октября 2007

Организатор:
ОАО "Казанская ярмарка"
при поддержке
Министерства здравоохранения Республики Татарстан,
Мэрии города Казани

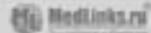
В рамках выставки состоится:
День Главного врача
День Онколога



КАЗАНЬ



420059, Республика Татарстан, г. Казань, Оренбургский тракт, 8
Тел./факс: (843) 570-51-06, 570-51-11, e-mail: expokazan@mail.ru
www.volgazdravexpo.ru



29 ноября 01 декабря

Конгресс:
"Новые
технологии в
стоматологии"



РОСТОВ - НА - ДОНУ

WWW.VOSTOVEXPO.RU

2007



генеральный
информационный
партнер

Стоматология
СЕЙ ДАГА

ОРГАНИЗАТОР:

Выставочный центр "Ростов Экспо"
Тел./факс: +7 (863) 263 12 28 / 29
dent@rostovexpo.ru, info@rostovexpo.ru

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: г. РОСТОВ-НА-ДОНУ,
ПР-Т НАГИБИНА, 50. — КВЦ "ВЕРТОЛЕТСКОЕ"

**Samara
MedExpo**

12-я Специализированная выставка

СамараМедЭкспо**3—5 октября 2007**
Выставочный комплекс
им. П. Алабина, Самара

WWW.MED.RTE-EXPO.RU

Самара
тел.: +7(846) 270 41 00
факс: +7(846) 270 41 72
e-mail: med@expodom.ru
www.rte-expo.ru

ОРГАНИЗАТОР:

RTE
GROUP®

ОФИЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА:

Министерство
здравоохранения
Самарской областиУправление здравоохранения
Администрации городского округа
Самара

Новый подход в диагностике наркомании

Мягкова М.А., д.б.н., проф., ген. директор ООО «Диамедика», г. Москва

Значительный рост потребления наркотических и психотропных препаратов населением в немедицинских целях приводит к изменению психосоциальной атмосферы в обществе: увеличивается количество преступлений, в большей степени распространяются заболевания (в т.ч. инфекционные), снижается культурный потенциал населения. Проблема противодействия нарастающему наркопотреблению вышла за рамки чисто медицинской и стала актуальной практически во всех областях производственной и общественной деятельности.

Объективное установление факта потребления наркотических веществ должно быть положено в основу любой программы противодействия данной нарастающей опасности.

Известно, что тяжелая болезнь – наркомания – начинается с эпизодического употребления наркотиков. Интервал во времени приема может составлять от 2-х недель до 2-х месяцев. В этом случае общеизвестные методы обнаружения наркотических веществ не пригодны – они позволяют выявлять метаболиты наркотических веществ в течение короткого периода их существования в организме (24-48 ч). Эти

способы анализа неприемлемы для ранней диагностики лиц, употребляющих наркотики с периодичностью более 2-х дней. Очень часто на ранних стадиях эпизоды употребления наркотиков не замечаются близкими и сослуживцами, так как вначале не происходит видимых клинических изменений в здоровье, а когда обнаруживается наркотизация, болезнь уже сформирована.

Употребление наркотиков втайне от близких и коллег по работе, которые могут осудить и, возможно, воспрепятствовать этому, способствует все более глубокому погружению человека в болезнь.

Период обратимости нарушений очень короткий, поэтому так важна быстрая иммунохимическая диагностика, которая позволяет распознать беду еще до появления выраженных симптомов болезни, выявить скрытую наркотизацию.

Исследования, выполненные российскими учеными (ИФАВ РАН), стали предпосылкой для разработки принципиально нового, иммунохимического способа выявления лиц, употребляющих наркотики. Этот метод получил название

«Дианарк». Метод позволяет по образованию специальных маркеров (антител) в сыворотке крови человека, употребляющего наркотик, определять факт его приема в более отдаленные сроки, когда в других биологических жидкостях уже отсутствуют метаболиты данного вещества. Следы употребления наркотиков сохраняются в организме человека в течение 2-4 месяцев после последнего употребления наркотика. Российская разработка диагностики фактов употребления наркотических средств удостоена премии (золотая медаль) Всемирной организации интеллектуальной собственности. Методика была представлена на XXXV Женевском салоне изобретений (апрель 2007 г.). Надежная диагностика ранних скрытых форм наркомании и других состояний зависимости стала реальностью.

Метод прост в исполнении и его реализация основана на проведении основных стадий твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА). С помощью предлагаемого способа можно выявлять людей, употребляющих опиаты (морфин, героин), каннабиноиды (марихуана,

гашиш), барбитураты, эфедрон, кокаин, препараты амфетаминового ряда и другие психостимуляторы. Метод является универсальным и позволяет выявлять людей, употребляющих различного вида субстанции наркотических и психотропных веществ, относящихся к указанным выше классам.

Обследование пациентов производится по каждому из типов наркотика отдельно. Для применения данного метода обследуемому лицу необходимо сдать на анализ несколько капель (0,5-0,7 мл) крови из пальца или из вены. В анализе можно использовать небольшую часть образца крови, сданной пациентом для любой диагностики. Тестирование можно и желательно делать в «одно окно», одновременно с другими запланированными анализами, например, при прохождении диспансеризации. Далее в течение 2,5 ч при помощи аппаратуры и принадлежностей для проведения твердофазного ИФА и специального набора реагентов «Дианарк» происходит выявление факта злоупотребления наркотиками (см. рисунок).



Предлагаемый способ является скрининговым и позволяет одновременно анализировать большое количество образцов (до нескольких сотен). Для выполнения тестов на основные классы наркотических веществ хорошо использовать уже утвержденную схему проведения анализа на ВИЧ, гепатиты и другие инфекции, с включением дополнительного отбора анализируемых образцов на определение скрытых форм наркомании. Анализ можно проводить централизованно в специализированных лабораториях в установленные сроки.

Метод может быть повсеместно распространен и внедрен в практику, т.к. для проведения обследования, кроме тест-набора для диагностирования, необходимо иметь аппаратуру и принадлежности для проведения ИФА, которые имеются во всех крупных диагностических центрах и клиниках. Поэтому для внедрения диагностики наркомании по методу «Дианарк» на местах не потребуются большие материальные затраты, но эффект от его применения будет значителен.

В настоящее время выпускаются диагностические наборы реагентов серии «Дианарк» для

иммуноферментного определения маркеров (антител), образующихся в крови при употреблении наркотических веществ, относящихся к следующим классам:

- «Дианарк-Ат-О» (опиаты)
- «Дианарк-Ат-К» (каннабиноиды)
- «Дианарк-Ат-А» (амфетамины)
- «Дианарк-Ат-Б» (барбитураты)
- «Дианарк-Ат-Ко» (кокаин)
- «Дианарк-Ат-Э» (эфедрон)

Наборы реагентов выпускаются в различной комплектации и рассчитаны на проведение 36 или 44 анализов. Стоимость одного набора – от 3900 руб.

Метод успешно апробирован на базах Научно-практического центра наркологии 1-го Наркологического диспансера Москвы, а также во многих наркологических клиниках страны и за рубежом (в Грузии, Казахстане, Белоруссии, в Медицинском центре Балтимора, США) и везде получил положительные отзывы и высокую практическую оценку. Метод прошел испытания и с 2001 г. принят на вооружение в ФСБ России при отборе кадров для службы. Показана его высокая достоверность и надежность.

Метод может быть рекомендован при массовых обследованиях населения для выявления скрытой формы наркомании при отсутствии клинических признаков заболевания, а также при решении сложных вопросов, связанных с определением профессиональной пригодности. Кроме того, этот метод может быть рекомендован в качестве дополнительного теста для объективизации клинической оценки эффективности проводимой терапии при лечении наркомании.

Постановлением Совета Федерации Федерального Собрания РФ №389-СФ Правительству РФ рекомендуется «обеспечить внедрение в практику учреждений здравоохранения новых передовых технологий и разработок российских ученых в области диагностики наркомании (метод «Дианарк») для выявления наркозависимости и скрытых форм наркомании».

Преимущества Дианарка

- Надежно определяет ранние, скрытые формы наркомании, когда употребление перешло в некоторую систему.
- Не зависит от времени приема наркотика. Маркеры сохраняются в крови значительно дольше самих метаболитов наркотиков. Отпадает необходимость в «факторе внезапности» проверок. Клиент может значительно сэкономить на частоте тестирований и получить более надежный результат. По нашим оценкам, для полной уверенности достаточно тестировать людей один раз в квартал.
- Избирателен. Отговорки вроде «это был первый и единственный раз» не действуют. Маркеры появляются в крови только после нескольких употреблений.
- Не требует отдельной пробы (волос, мочи, слюны) и связанных с ней неудобств. Используется часть образца крови, сданной для любой диагностики. Тестирование можно делать в «одно окно» вместе с другими обязательными анализами, например, при диспансеризации.
- Высокая производительность – используется для скрининга больших групп.

Результат применения Дианарка

- Защищенность организации от рисков, связанных с наркотиками.
- Мощное дисциплинирующее и сдерживающее воздействие на персонал.
- Реализация социальной миссии организации.
- Защита общества.

Кто заинтересован в Дианарке

1. Работодатели, особенно в добывающей промышленности, на транспорте и в строи-

тельстве. Многие компании в России тестируют кандидатов и персонал и минимизируют убытки, связанные с наркотиками.

Исследования показывают, что, в среднем:

- 1 из 6 работающих имеет проблемы с наркотиками;
- 74% людей, злоупотребляющих наркотиками, работают;
- до 10 тыс. долл. составляют для работодателя убытки (чел./год);
- на 300% увеличиваются медицинские расходы и выплаты;
- употребляющие наркотики в 16 раз чаще отсутствуют на рабочем месте и на 30% менее продуктивны.

Сами употребляющие наркотики признали, что:

- 44% из них продавали наркотики коллегам (распространение наркотиков – не только ущерб для бизнеса, но и статья УК);
- 18% из них совершали хищения у работодателей и коллег.

2. Федеральная миграционная служба и сами мигранты. В соответствии с законодательством РФ, заболевание наркоманией является основанием для отказа в предоставлении въездной визы, вида на жительство и разрешения на работу в РФ. По закону, мигранты проходят освидетельствование на предмет заболевания наркоманией.

3. Структуры МВД, ФСБ и другие спецслужбы с жестким отбором кадров.

4. ВУЗы и школы – для контроля и сдерживания наркотизации.

5. Родители подростков – для контроля ситуации с употреблением наркотиков. Дианарк – это мощный сдерживающий фактор для подростков и предлог отказаться от первого приема наркотиков.

6. Люди, планирующие семью и детей – для снижения рисков, связанных с созданием наркотизированных семей.

7. Врачи-наркологи – для объективизации контроля ремиссии наркозависимости.

8. Тренеры спортивных команд – для контроля риска наркотизации спортсменов.

Внедрение в практику отечественной инновационной разработки «Дианарк» осуществляет компания «Диамедика». Метод доказал свою эффективность, лучшим свидетельством чему, безусловно, является 5-летняя успешная работа с таким бескомпромиссным потребителем, как ФСБ России.

Лаборатория-партнер:

127521, г. Москва, Старомарьинское ш., 14-90
 тел.: (495) 675-18-30, (905) 543-94-36
www.diamedica.ru,
 e-mail: mmyagkova@mtu-net.ru



НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ИННОВАЦИОННАЯ ФИРМА

ГИПЕРИОН

Лицензия МЗ РФ № 64/2003-0274-0289
от 08.07.03

Разработка и производство медицинского
и лабораторного оборудования

121170, МОСКВА, КУТУЗОВСКИЙ ПРОСПЕКТ, 34,
ТЕЛ./ФАКС: (499) 249-08-69
www.giperion.nm.ru, e-mail: giperion@nm.ru

Наименование изделия	Цена в рублях на 15.04.2007 г.
ПЛАЗМОЭКСТРАКТОРЫ, ШЕЙКЕРЫ, ВОДЯНЫЕ БАНИ	
ПЛАЗМОЭКСТРАКТОР – устройство настольное для отделения в полимерных контейнерах плазмы крови от эритроцитарной массы «НОСТАЛЬГИЯ» (с двумя прозрачными пластинами) Регистрационное удостоверение №29/01020201/2087-01	6390 НДС не облагается
АВТОМАТИЧЕСКИЙ ПЛАЗМОЭКСТРАКТОР (изготовление – 1 месяц)	37347
ВИБРОТЕРМОСТАТ ВТ-1 – устройство для термостатирования и перемешивания биологических проб	8673
ВИБРОТЕРМОСТАТ «ВИТЕРМ» – устройство для термостатирования и перемешивания биологических проб	13865
Устройство для размораживания криоконсервированных продуктов крови. Рег. уд. №ФС 022а2006/3440-06 - «ПЛАЗМОТЕРМ-4» на 4 контейнера с комплектом держателей - «ПЛАЗМОТЕРМ-4Э» для размораживания эритроцитарной массы	НДС не облагается 82350 134500
УТИВ-01 «ГИПЕРИОН» – устройство термостатируемое для инактивирования вирусов при термической обработке флаконов с препаратами крови (термостатируемая ванна) Рег. уд. №ФС 02262005/1642-05 (изготовление 3-5 месяцев)	182000-997000
ВОДЯНАЯ БАНЯ на 40 пробирок или 2 контейнера – устройство ванна термостатируемая со световой и звуковой сигнализацией для термической обработки полимерных флаконов и контейнеров с инфузионным раствором ВТ-20, внутр. поверхность – нержавеющая сталь. Рег. уд. №ФС 022а2006/3242-06 ВСТАВКА ДЛЯ УСТАНОВКИ ПРОБИРОК (нержавеющая сталь) ВСТАВКА ДЛЯ УСТАНОВКИ КОНТЕЙНЕРОВ (нержавеющая сталь)	38999 6018 9086
УСТРОЙСТВА ДЛЯ ЗАПАИВАНИЯ ТРУБОК ПОЛИМЕРНЫХ КОНТЕЙНЕРОВ ДЛЯ ЗАГОТОВКИ И ХРАНЕНИЯ КРОВИ. ДОЗАТОРЫ	
«ГЕКОН-С» и «ГЕКОН-Б» – устройства для запаивания трубок полимерных контейнеров для заготовки и хранения крови. Рег. уд. №29/01111299/1788-01	44250-56450 НДС не облагается
УСТАНОВКА ДЛЯ ДОЗИРОВАНИЯ ИНФУЗИОННЫХ РАСТВОРОВ В ПОЛИМЕРНЫЕ КОНТЕЙНЕРЫ И ИХ ГЕРМЕТИЗАЦИИ	148000 Включая НДС
УСТРОЙСТВО ДОЗИРОВАНИЯ ДОНОРСКОЙ КРОВИ В ПРОЦЕССЕ ЕЕ ЗАБОРА В ПОЛИМЕРНЫЕ КОНТЕЙНЕРЫ ДМ-1 (автоматические механические весы для взвешивания крови с кронштейном). Рег. уд. №ФС 02262006/3240-06	5664 НДС не облагается
УСТРОЙСТВО ЭЛЕКТРОННОЕ ДЛЯ НОРМИРОВАНИЯ ОБЪЕМОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ И ПЕРЕМЕШИВАНИЯ ЕЕ С КОНСЕРВАНТОМ «ЛИКА» (дозировка крови по объему). Питание от сети и от встроенного аккумулятора пр-ва Японии, с зарядным устройством. Рег. уд. №29/01070701/3127-02	31700 НДС не облагается
УСТРОЙСТВО ЭЛЕКТРОННОЕ ДЛЯ НОРМИРОВАНИЯ ОБЪЕМОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ И ПЕРЕМЕШИВАНИЯ ЕЕ С КОНСЕРВАНТОМ «ЛИКА» В КОМПЛЕКТЕ СО СТОЛИКОМ. Рег. уд. №29/01070701/3127-02	33500 НДС не облагается
МИКСЕР ДОНОРСКОЙ КРОВИ ДЛЯ НОРМИРОВАНИЯ ЕЕ ОБЪЕМА В ПРОЦЕССЕ ЗАБОРА И ПЕРЕМЕШИВАНИЯ ЕЕ С КОНСЕРВАНТОМ «ГЕМИКС» (дозировка крови по весу). Питание от сети и от встроенного аккумулятора пр-ва Японии с зарядным устройством. Рег. уд. №ФС 02262006/3243-06	44722 НДС не облагается
МИКСЕР ДОНОРСКОЙ КРОВИ ДЛЯ НОРМИРОВАНИЯ ЕЕ ОБЪЕМА В ПРОЦЕССЕ ЗАБОРА И ПЕРЕМЕШИВАНИЯ ЕЕ С КОНСЕРВАНТОМ «ГЕМИКС» В КОМПЛЕКТЕ СО СТОЛИКОМ. Рег. уд. №ФС 02262006/3243-06	46522 НДС не облагается
СТОЛИКИ. СТОЙКИ	
СТОЛИК ПОД ПОМЕШИВАТЕЛЬ-ДОЗАТОР (нержавеющая сталь)	2950
СТОЙКА РАЗДВИЖНАЯ ПЕРЕДВИЖНАЯ для размещения и закрепления полимерных контейнеров и флаконов с инфузионным раствором и компонентами крови СР-01, также обеспечивает крепление импортных дозаторов и инфузوماتов (1-6 шт.). Рег. уд. №ФС 02012006/3241-06 - с вращающимися держателями на 4 контейнера / то же с полкой-подставкой - с вращающимися держателями на 2 контейнера и 2 флакона / то же с полкой-подставкой	НДС не облагается 4420 / 5450 4680 / 5720
СТОЙКА НАСТОЛЬНАЯ для закрепления полимерных контейнеров и флаконов с кровью и ее компонентами СН-1 (нерж. сталь) Рег. уд. №ФС 02012006/3526-06 - для контейнеров/для флаконов и контейнеров	НДС не облагается 3540/3776
СТОЛ-ПОДСТАВКА (для выездных бригад забора крови)	3068
ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ХРАНЕНИЯ КРОВИ	
ХОЛОДИЛЬНАЯ КАМЕРА ДЛЯ ХРАНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ – температура +4°С, объем 370 л на 120 контейнеров типа ГЕМАКОН по 450 мл, габариты 1860 x 575 x 620 мм, внутренняя поверхность – нержавеющая сталь (на заказ, изготовление – 3 месяца, 50% предоплата)	89031-97000
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИБОРЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛОР ЗАБОЛЕВАНИЙ	
ПОРТАТИВНЫЙ ЭХОСИНУСКОП «ЭХОЛОР» (на заказ, изготовление – 4 месяца)	32863
АУДИОТЕСТЕР «ЭХОТЕСТ-02» (на заказ, изготовление – 4 месяца)	26373
ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗРЕНИЯ	
АНАЛИЗАТОР РЕФРАКЦИИ ЛАЗЕРНЫЙ «ЛАР-02» (изготовление – 1 месяц, 50% предоплата)	75107

Особенности реагентного обеспечения гематологических анализаторов в рамках национального проекта «Здоровье»

Маклаков А.В., врач выс. кат., компания «РЕАМЕД», г Москва;
Петибская Е.А., к.м.н., врач I кат., член РФО РАН, г. Краснодар

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» позволит оснастить специализированным оборудованием клинико-диагностические лаборатории первичного звена по всей России. Таким образом будет обеспечена материальная база лабораторной диагностики, в т.ч. и для таких массовых исследований, как общий анализ крови. И если 10-12 лет назад гематологические анализаторы были экзотикой в лабораториях (первой традиционно оснащалась биохимия), то теперь ситуация меняется в лучшую сторону. Только за 2006 г. было запланировано установить 5044 комплекта лабораторного оборудования (табл. 1).

Таблица 1

Распределение лабораторного оборудования по национальному проекту «Здоровье»

Федеральный округ РФ	Заявлено до конкурса единиц комплектов
Южный	1350
Центральный	881
Уральский	250
Сибирский	808
Северо-Западный	370
Приволжский	949
Дальневосточный	436
ИТОГО	5044

Из них к III кварталу 2006 г. было введено в эксплуатацию 1810 комплектов, имеющих в своем составе гематологические анализаторы. Данные приборы поставлены именно в ЛПУ первичного звена. И это ставит перед лабораториями ряд задач, с которыми они раньше не сталкивались. Одна из них – организация бесперебойного снабжения качественными реагентами по разумным ценам. К этой проблеме каждый регион подходит по-своему, исходя из местных особенностей, но динамика развития ситуации в целом схожа.

Несмотря на прогрессивное развитие ситуации по проекту «Здоровье», отмечается явное снижение интенсивности этого развития, хотя проблематика продолжает возрастать.

Естественно, что основные фирмы-подрядчики не могут самостоятельно осуществлять пуско-наладку и сервисную поддержку поставляемых ими приборов на всей территории РФ. Поэтому очень часто привлекаются местные субподрядные организации, контроль за которыми затруднен. На данном этапе, в условиях жесткой конкурентной борьбы забывается основное – интересы самих пользователей. Очень часто лабораториям практически навязываются реагенты строго определенных поставщиков. При этом очень часто звучат угрозы снятия приборов с гарантии, мотивируемые тем, что именно данные реагенты не рекомендованы поставщиком! Помимо того, что данные высказывания идут вразрез с презумпцией несообщения, они также не корректны и потому, что эти не рекомендованные поставщиком реагенты зарегистрированы МЗ РФ и сертифицированы Госстандартом РФ. А ведь именно эти документы и подтверждают качество продукции на территории РФ, где мы и проживаем.

К слову, надо отметить и то, что иногда люди, ответственные за закупку реагентов в регионах, не вполне понимают их специфику. Довольно сложно рассчитать потребность в тех или иных расходниках, если ты никогда в жизни не сталкивался с подобной аппаратурой (и, в частности, с гематологическими анализаторами). Учитывая размеры нашей Родины, можно себе представить и размеры нарастания проблем только по этому частному вопросу. Исходя из всего вышеизложенного, постараемся кратко осветить хотя бы часть данной проблемы.

Поставленные по первому этапу национального проекта гематологические анализаторы МЕК 6400 по лоту №1, Advia 60 – по лоту №2 и Coulter AcT diff – по лоту №3 практически идентичны по параметрам назначения, что было и предусмотрено техническими заданиями. Хотя по условиям федерального тендера недвусмысленное указание на открытость системы было только в задании на гематологический анализатор, поставляемый по лоту №1, то есть на МЕК 6400. Два же других прибора не отличаются особенной новизной и давно известны нашим врачам-лаборантам.

Advia 60 – это ни что иное, как тот же Micros 60 OT18 производства фирмы АВХ, и он точно так же программно переключается с реагентов в паках на реагенты в канистрах. Описание данной процедуры имеется в любой пользовательской инструкции. Но хотелось бы обратить особое внимание коллег на гарантийные обязательства поставщиков Advia 60. Не слишком ли много не гарантийных ситуаций?

Coulter AcT diff присутствует на российском рынке уже около 10 лет и хорошо известен как сам, так и фирмы, производящие для него реагенту.

Таким образом, наиболее новым для нас прибором является МЕК 6400, однако и его поставщики снабжают отнюдь не японскими реагентами. Все эти приборы имеют общий принцип измерения, степень дифференциации клеток и, как следствие, реагентные системы у данных моделей весьма схожи.

Основные составляющие комплекта реагентов

- Изотонический разбавитель, предназначенный для разведения пробы и представляющий собой буферный раствор со строго определенными значениями рН, проводимости и осмолярности, что обеспечивает поддержание постоянного объема клеток. Специальные добавки, воздействуя на мембраны клеток, дают возможность дифференцировать лейкоциты на три субпопуляции.
- Лизирующий раствор, необходимый для полного разрушения эритроцитов и перевода различных форм гемоглобина в единую форму. Гемолитики можно разделить на 2 вида: циановые и бесциановые. Цианосодержащие лизирующие растворы, помимо своей токсичности, к тому же еще отличаются нестабильностью калибровки по гемоглобину после вскрытия флакона.
- Промывающий раствор, непосредственно не участвующий в измерении пробы и применяемый только для промывки гидравлической системы прибора, однако его свойства влияют на стабильность работы анализатора.
- Очищающий раствор, содержащий гипохлорит натрия различной концентрации, известный своими дезинфицирующими свойствами и применяемый только при сервисном обслуживании.

Для каждого анализатора расход на один тест изотонического разбавителя составляет 20-30 мл, лизирующего раствора 0,5-0,6 мл; периодическая промывка осуществляется фер-

ментативным промывающим раствором, а для глубокой очистки/дезинфекции используется раствор гипохлорита натрия. Исходя из вышеописанных свойств данных реагентов, представляется крайне сомнительной ситуация, когда смена фирмы-производителя реагентов повлекла бы за собой выход из строя прибора. Поэтому высказывания некоторых установщиков приборов о том, что смена реагентов повлекла за собой ту или иную поломку в гидравлических системах и тем более в электронике, мягко выражаясь, не корректны. Другое дело – качество самого анализа. Здесь, естественно, могут быть варианты.

Для примера приведем гистограммы, полученные на одном и том же приборе Advia 60 и на одной пробе, но с разными реагентами. Данная модель была выбрана потому, что имеет строго фиксированные дискриминаторы и это накладывает дополнительные требования к качеству реагентов, т.е. нельзя подстроить прибор под реагенту (см. рис. 1).

Обращаем внимание, что в анализе №71 на лейкоцитарной гистограмме дискриминаторы по средним клеткам заметно захватывают часть лимфоцитарного пика, что влечет за собой заметное снижение общего числа лимфоцитов. Данный недостаток отсутствует в анализе №73. На RBC гистограммы №71 практически не виден анизоцитоз, связанный с леченной ЖДА у пациента, и характер PLT гистограммы позволяет предположить, что фон существенно завышен.

Другим существенным критерием качества реагентов является показатель фона, изменяющийся с течением времени: чем меньше фон, тем выше качество и соответственно больше срок годности реагента. Это особенно важно в условиях нашей огромной страны и разнообразия климатических факторов. Естественно, что стоимость реагентов, доставляемых зимой, возрастает многократно и поэтому естественным желанием пользователей является однократный крупный завоз практически на весь год.

Достаточно важной для пользователя является также фасовка реагентов. От нее напрямую зависят их цены, транспортные качества и утилизация. Например, паковый вариант фасовки реагентов для Advia 60 очень удобен, эргономичен, прост в замене, но, с другой стороны, он заметно дороже варианта в канистрах и встроенная в пак емкость для слива биологических отходов заметно затрудняет его утилизацию.

Таким образом, для анализаторов данного

типа в мире сложился устойчивый рынок реагентов, которые производятся десятками фирм.

В зависимости от региональных особенностей, в различных странах стоимость реагентов на один год работы прибора этого класса (20 тыс. исследований) находится в диапазоне примерно 1600-5000 Euro. Как правило, на большинстве локальных рынков имеются местные производители реагентов, которые предлагают потребителям более выгодные условия за счет снижения транспортных расходов, отсутствия таможенных пошлин и других национальных факторов. Учитывая тот факт, что го-

довая стоимость реагентов может быть весьма значительной, важной задачей для ЛПУ и финансирующих органов является оптимизация затрат при сохранении высокого качества реагентов. Не менее важным является вопрос бесперебойности поставок и уверенности пользователей в обязательности поставщика даже в форс-мажорных обстоятельствах.

Подводя итог на 2006-2007 гг., отметим, что во многих республиках, краях и областях ряд приборов, поставленных по национальному проекту, уже успешно работают на отечественных реагентах.

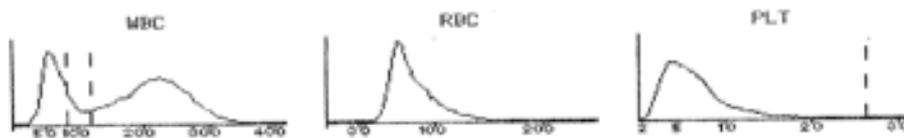
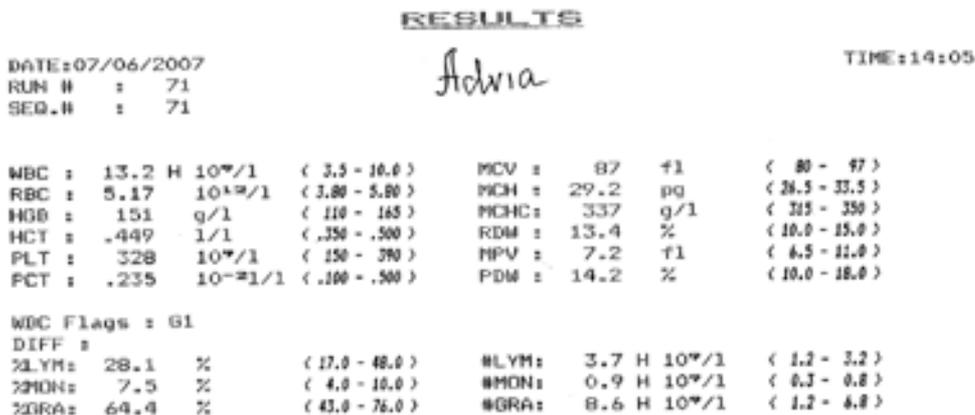
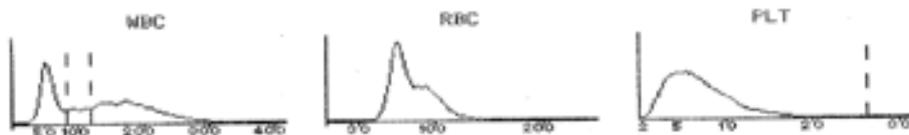
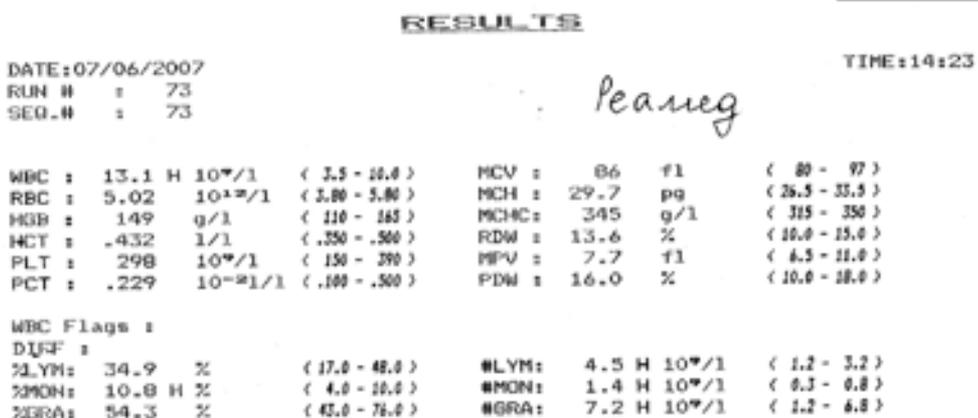


Рис.1

SONOACE X4

Совершенная система среди черно-белых УЗ-сканеров

864 канала цифрового формирования луча

Импульсный доплер класса «премиум»

- Высокая чувствительность
- Исключительная точность измерений
- Мульти-частотность
- Высокочастотный режим

Качество изображения и достоверность исследования

- «Премиум» технологии пред- и постобработки сигналов
- Исключительно большой динамический диапазон

Лучшая система по лучшей цене!

\$ 16 500

С доплером и одним датчиком



реклама

Везде, где необходим быстрый и достоверный диагностический скрининг!

Представительство компании Медисон в России ЗАО «МЕДИЭЙС»
Телефоны: (495) 101 39 81, Факс: (495) 611-17-55, www.medison.ru

see it all 
MEDISON



Эффективен при лечении гинекологических заболеваний как в амбулаторных, так и в стационарных условиях:

- наружных половых органов;
- влагалища;
- шейки и полости матки.

Выходная мощность 9; 12; 15; 30 Вт
 Длина волны 810 и 1060 нм
 Прицельный луч красный
 Диаметр световода 400, 600 и более мкм
 Вес 6 кг



Обучение работе на лазерном аппарате проводится в лазерном центре Санкт-Петербургского Медицинского Университета им. академика И. П. Павлова. (www.lasmed.narod.ru)

196128, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кузнецовская д. 11, офис 32 Н,
 Тел/факс: (812) 368-21-67/368-21-69, <http://www.laserstar.ru>, e-mail: info@laserstar.ru

реклама

ООО «МЕДТЕХНИКА»

Официальный дилер
 торговая марка АРМЕД



ОТСАСЫВАТЕЛЬ
 7A23D



АППАРАТ ПРЕРЫВАНИЯ
 БЕРЕМЕННОСТИ
 автоматический 7С



КИСЛОРОДНЫЙ
 КОНЦЕНТРАТОР
 LF-H-10A 10 л/мин



УВЛАЖНИТЕЛЬ
 КИСЛОРОДА



ХИРУРГИЧЕСКИЙ
 СВЕТИЛЬНИК



КОКТЕЙЛЕР
 КИСЛОРОДНЫЙ



ОБЛУЧАТЕЛЬ
 БАКТ. ПЕРЕДВИЖНОЙ
 тип ОБП-450 "Армед"
 (на 3 лампы F30 T8)



ЛАМПА БАКТЕРИЦИДНАЯ
 F30T8 30W G13
 (аналог TUW-30, ДБ-30)



КРЕСЛО ИНВАЛИДНОЕ
 мод. Н030С



ПРОТИВОПРОЛЕЖНЕВЫЙ
 МАТРАЦ ЯЧЕЙСТЫЙ
 (с бесшумным
 компрессором)

РЕКЛАМА

Приборы сертифицированы
 и отвечают всем требованиям, предъявляемым МЗ РФ и Госстандартом РФ

г. Ростов-на-Дону
 ул. Доватора, 148, т. (863) 220-96-22, 220-99-81, 220-94-03, e-mail: haly@bk.ru
 ул. Зорге, 56, т. (863) 248-41-13, 292-28-65, 220-16-59, e-mail: m_plus@mail.ru

Диодный лазер АЛОД-01 в гинекологии

Минкевич К.В., к.м.н., каф. акушерства и гинекологии ГМУ им. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Лечение заболеваний шейки матки, вагины и вульвы является одной из актуальных проблем современной гинекологии. Во-первых, высокая частота данной патологии в популяции. При первичном гинекологическом осмотре у 60-70% женщин выявляется патология шейки матки, вагины и вульвы. Во-вторых, лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки – важный этап профилактики рака шейки матки, который занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости и смертности у женщин. В-третьих, у женщин с заболеваниями шейки матки, вагины и вульвы часто возникают серьезные нарушения менструальной, половой и репродуктивной функций.

Традиционно применяемые на сегодняшний день электро-, криодеструкция, консервативные и химические методы лечения характеризуются рядом недостатков, которые могут оказаться существенными при лечении многих гинекологических заболеваний.

Диатермоэксцизия – наиболее распространенный метод лечения патологии шейки матки. В первых публикациях наряду с высокой эффективностью отмечалось большое число осложнений. За рубежом диатермоэксцизия используется только при цервикальной интраэпителиальной неоплазии, а диатермокоагуляция при раке *in situ*. К недостаткам необходимо отнести невозможность регуляции глубины коагуляции биотканей. При этом высока вероятность получения глубоких некрозов, и при кажущемся внешнем благополучии внутри ткани развивается рубцевание, приводящее к изменениям, известным как синдром коагулированной шейки матки. В последующем это приводит к стойким рубцовым деформациям и стенозированию цервикального канала.

Криодеструкция – второй по популярности метод лечения. К достоинствам метода следует отнести безболезненность вмешательства, бескровность операции и возможность применения в амбулаторных условиях. Криотерапия не вызывает склерозирования соединительной ткани, не деформирует шейку матки, не оказывает отрицательного влияния на процесс раскрытия шейки матки во время родов. Недостатки метода – низкая точность регулировки промерзания тканей и, следовательно, глубины некроза, отно-

сительно высокая частота рецидивов после проведения терапии. При криодеструкции возникает колликвационный некроз, и струп получается рыхлым. При отторжении струпа пациентов длительное время беспокоят боли, что обусловлено лимфореей, которая может рассматриваться как предрасполагающая причина в возникновении эндометриоидных очагов на шейке матки.

Химическая коагуляция – следующий метод лечения. Для нее используют солковагин, ваготил, растворы кислот и пр. К достоинству метода относится отсутствие необходимости приобретения дорогостоящей аппаратуры. Однако относительно удовлетворительные результаты могут быть получены только при лечении небольших по площади и глубине изменений. При более значительной патологии химическая коагуляция не дает желаемого эффекта.

Консервативная терапия по лечению заболеваний шейки матки, вагины и вульвы насчитывает десятки препаратов, относящихся к различным классам (растительные препараты – отвары ромашки, календулы, зверобоя, масло облепихи, шиповника; препарат на основе биотканей – солкосерил). К достоинствам этого метода относятся доступность препаратов, простота и сохранение анатомо-функциональной целостности шейки матки, к недостаткам – невысокая эффективность, длительный курс терапии, практически полное отсутствие эффекта при наличии выраженных органических изменений.

Одним из перспективных направлений развития хирургии наружных половых органов, вагины, шейки и полости матки является использование хирургических лазеров.

Разработанный НПФ «Алком медика» в тесном сотрудничестве со специалистами Центра лазерной медицины СПбГМУ им. И.П. Павлова хирургический диодный лазерный аппарат «АЛОД-01» для гинекологии, имея два режима лазерного излучения (последовательность импульсов с заданной длительностью и непрерывное), позволяет реализовать многие хирургические эффекты.

Многолетний опыт применения лазерного аппарата «АЛОД-01» показал, что он является универсальным хирургическим инструментом и позволяет гинекологу эффективно выполнять всевозможные операции (табл.).

Анатомическая зона	Заболевания	Цель. Преимущества
Наружные половые органы (вульва)	Лейкоплакия с клеточной атипией Дисплазия вульвы I-III степени Папилломы вульвы и перианальной области Остроконечные кондиломы вульвы и перианальной области Кисты бартолиниевой железы Абсцесс бартолиниевой железы Эндометриоз бартолиниевой железы Пластические операции на наружных половых органах	Вaporизация очагов может быть осуществлена на большой площади Вскрытие капсулы, абляция капсулы, не требуется дренирование и обработка Рассечение тканей без кровотечения

Вагина	Лейкоплакия Дисплазия влагалища I-III степени Остроконечные кондиломы Ретенционные кисты Рубцовые деформации Эндометриоз	Вапоризация очагов может быть осуществлена на большой площади Вскрытие, абляция Вапоризация рубцов и очагов без образования рубцовой ткани
Шейка матки	Эктопия Эрозированный эктропион Посткоагуляционный синдром Лейкоплакия Дисплазия Ретенционные кисты Остроконечные кондиломы Рубцовые деформации Эндометриоз Полипы цервикального канала	Вапоризация очагов Отсутствие кровотечения вследствие коагуляции сосудов. Нет образования струпа и грубой соединительной ткани Стык многослойного плоского и цилиндрического эпителия остается на уровне наружного зева шейки матки
Матка	Очаговые гиперпластические процессы эндометрия Полипоз Синехии	Абляция эндометрия Удаление полипов Рассечение синехий, отсутствие рецидивов

К достоинствам лазерного аппарата «АЛОД-01», по сравнению с другими лазерными аппаратами, можно отнести следующие:

1. За счет портативности возможно использование как в условиях операционной, так и при проведении амбулаторных операций.

2. Отсутствие потерь энергии в многочисленных узлах и согласующих устройствах.

3. Доставка излучения к месту осуществляется при помощи гибкого световода. Световоды изготавливают из специальных сортов стекла или полимеров с высоким коэффициентом пропускания соответствующего излучения и диаметром волокна 0,2-0,6 мм. Это обеспечивает свободное перемещение дистального конца световода, что позволяет совершать разнообразные движения в различных направлениях.

4. Введение луча-пилота в световод (обычно красного, с длиной волны 0,63 мкм) позволяет видеть место, куда будет попадать лазерное излучение, что дает возможность осуществить прицеливание и избежать повреждения соседних тканей.

5. Излучение диодного лазера можно использовать в комплексе с эндоскопической техникой и подводить лазерное излучение с помощью гибкого световода через канал эндоскопа при гистероскопии и лапароскопии непосредственно к объекту воздействия.

6. Для удобства работы разработан ряд приспособлений, в т.ч.:

- устройство защиты зрения от отраженного лазерного излучения, позволяющее работать врачу с кольпоскопом без защитных очков;
- устройство для удаления продуктов сгорания, образующихся в процессе работы с лазерным аппаратом (дымоотсос). Данное устройство при относительно небольшой стоимости обладает двойной системой фильтрации, позволяющей эффективно противостоять жизнеспособным макрочастицам и неприятному запаху, образующимся при проведении операций.

Использование лазерных технологий при выполнении операций на вульве, вагине, шейке и полости матки является переходом на качественно новый, более современный уровень и позволяет существенно улучшить качество оказания медицинской помощи при любых заболеваниях данной области, требующих хирургического лечения.

Однако, используя в полной мере все преимущества, которые дает хирургический лазер, никогда не заблуждайтесь относительно собственных возможностей свободного оперирования этим аппаратом. Центр лазерной медицины СПбГМУ им. И.П. Павлова приглашает пройти обучение на лазерном аппарате «АЛОД-01» по специализации «Лазерные технологии в гинекологии» с выдачей удостоверения установленного образца.

Клинико-фармакологическая характеристика и содержание макро- и микроэлементов в лекарственных растениях Дагестана

*Эмирбеков Э.З., д.б.н., проф., директор Дагестанского филиала РГУ;
Абдуразаков М.А., зав. терапевтическим отд. муниципальной поликлиники №2;
Исмаилов Х.М., зав. отд. анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии
Республиканского госпиталя ветеранов РМЦ МЗ РД, г. Махачкала*

Лекарственные растения являются важным источником биологически активных веществ, поэтому, кроме назначения восполнять энергетические затраты организма, они играют огромную роль в профилактике и лечении многих заболеваний.

Предлагаемые вниманию читателя данные представляют научно обоснованную попытку

рассказать о наиболее важных лекарственных растениях Дагестана с точки зрения содержания в них макро- и микроэлементов, со способностью их концентрировать химические элементы, для более широкого применения этих растений в лечении различных патологических состояний, вызванных нехваткой или избытком макро- и микроэлементов.

Название растений и фармакологические свойства	Макроэлементы, мг/г																Микроэлементы, мкг/г									
	K	Ca	Mg	Fe	Mo	Br	Mn	Cd	Cu	V	Zn	J	Cr	Co	Li	Ni	Se	Sr	Pb	Ag	B	Al	Ba			
Толокнянка обыкновенная: антисептическое, мочегонное, вяжущее, антигликоксическое	5,70	15,40	2,20	0,07	-	-	18,00	-	8,64	-	46,70	0,15	-	-	-	0,40	0,10	8,32	0,80	-	3,14	34,72	5,76			
Тысячелистник обыкновенный: противовоспалительное, бактерицидное, ранозаживляющее, антиаллергическое, кровоостанавливающее, гипотензивное, желче- и ветрогонное	35,90	11,80	2,60	0,20	3,20	-	0,09	-	0,74	0,02	0,68	0,05	0,02	0,13	-	0,20	6,25	0,13	0,03	-	44,40	0,04	-			
Укроп пахучий: спазмолитическое, седативное, диуретическое, анестезирующее	17,90	19,50	3,40	0,20	-	-	0,14	-	0,26	-	0,31	0,09	0,04	-	-	0,31	30,00	0,28	0,06	64,00	40,40	0,08	0,06			
Фенхель обыкновенный: спазмолитическое, желче- и мочегонное, успокаивающее, антибактериальное, стимулирующее ЖКТ	20,60	21,10	5,80	0,20	-	-	0,11	-	1,05	-	0,48	-	0,02	-	-	0,03	10,70	0,42	0,04	-	0,60	0,03	-			
Фиалка трехцветная: мочегонное, антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное, бронхолитическое	61,20	17,10	4,60	0,80	2,21	-	0,34	-	0,54	-	1,45	-	0,12	0,23	-	0,21	8,00	0,42	0,11	-	99,60	0,55	0,91			
Хвощ полевой: мочегонное, кровоостанавливающее, способствует выведению из организма свинца	33,50	17,70	2,70	0,10	15,20	-	0,09	-	0,15	-	0,32	0,09	0,02	-	-	0,06	30,00	0,35	0,003	-	2,00	0,04	-			
Хмель обыкновенный: болеутоляющее, гипосенсибилизирующее, капилляроукрепляющее, противовоспалительное; противоязвенное, успокаивающее	28,20	10,70	3,40	0,20	0,16	-	30,60	-	4,64	0,56	28,20	0,15	0,96	-	-	2,72	0,09	1,36	2,00	-	34,00	150,16	-			
Чага: противогрибковое	41,70	3,50	1,90	0,02	-	-	53,40	-	3,28	-	28,40	-	-	-	-	0,48	0,02	6,56	0,40	-	27,60	7,04	1,12			
Чемерица Лобеля: антипаразитарное	22,80	18,60	2,50	2,30	-	-	0,31	-	1,35	0,27	0,31	0,06	0,28	0,29	24,00	0,34	6,67	1,04	0,12	-	2,09	0,81	0,65			
Черда трехраздельная: противомикробное, антиаллергическое, седативное, холеретическое	40,40	11,40	3,50	0,20	-	-	0,16	-	0,45	0,08	0,81	-	0,02	0,02	-	0,08	4,17	3,11	0,03	-	87,20	0,14	-			
Черемуха обыкновенная: вяжущее, противовоспалительное, капилляроукрепляющее	13,40	2,20	1,20	0,04	-	-	22,60	-	25,00	-	15,60	0,42	0,28	7,00	-	3,08	0,05	0,80	1,80	-	33,00	27,40	-			
Черника обыкновенная: противовоспалительное, вяжущее, противоглистное, кардиотоническое, желче- и мочегонное	8,40	3,60	1,60	0,20	0,64	145,2	135,0	-	12,50	-	26,60	0,15	0,24	1,28	-	1,12	0,19	16,00	47,68	-	77,60	242,4	102,64			
Чеснок: противогрибковое, противоглистное, бактерицидное	18,40	0,50	1,00	0,04	-	-	0,03	-	0,35	-	0,41	-	-	-	-	0,04	3,33	-	0,02	-	0,90	-	-			
Чистотел большой: противомикробное, противовоспалительное, слабительное, желчегонное, спазмолитическое, успокаивающее	58,20	27,20	4,30	0,60	12,50	111,6	0,16	-	1,34	0,20	1,16	0,08	0,33	0,31	-	0,35	12,50	0,49	0,14	8,00	55,00	0,25	2,48			
Шалфей лекарственный: антисептическое, противовоспалительное, противогрибковое, спазмолитик	22,90	40,90	9,20	0,80	-	-	99,20	-	15,50	1,25	97,40	-	2,69	0,80	0,15	1,53	0,18	89,70	5,23	-	78,00	73,92	-			
Шиповник майский: спазмолитическое, желчегонное, антигистаминное, регенерирующее, источник витаминов, регулирует обмен белков, жиров, углеводов	16,40	9,40	15,60	0,06	-	-	0,19	-	0,35	-	0,77	0,09	0,03	0,18	-	0,14	7,31	0,69	0,07	-	0,50	0,02	-			
Щавель конский: кровоостанавливающее, в малых дозах вяжущее, в больших — слабительное	4,70	37,10	4,30	0,70	-	-	0,19	-	0,64	0,26	0,39	0,09	0,07	0,16	-	0,60	1,25	5,20	0,05	-	3,50	0,42	22,30			
Эфедра хвощевая: адреномиметическое	19,40	16,30	3,20	0,10	0,64	-	39,70	-	7,04	-	41,60	-	0,24	-	-	1,04	0,68	29,40	0,56	-	76,80	74,64	-			
Якорцы стелющиеся: диуретическое, желчегонное, антисклеротическое	41,50	36,70	6,10	0,30	0,90	-	0,11	8,00	0,52	0,01	2,49	-	0,48	0,09	-	0,51	5,50	6,17	0,07	-	26,80	0,20	11,83			

Гирудотерапия и эндоэкологическая реабилитация как методы нормализации вегетативного баланса у больных ИБС среднего и пожилого возраста

Боровая Е.П., гл. врач СП «Тополек», г. Новочеркасск Ростовской области

В последние годы в РФ отмечается интенсивный рост общей смертности населения. В Ростовской области в 2005 г. она составила 15,9%, что в 2 раза выше, чем в Европе. В структуре причин смертности первое место занимают болезни сердечно-сосудистой системы и, прежде всего, ИБС. Частота летальных исходов при ИБС как у мужчин, так и у женщин, с возрастом увеличивается (Беленков Ю.Н., 2002).

В санаторно-курортных условиях у больных ИБС проводят мероприятия, направленные на уменьшение клинических проявлений и снижение уровня модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Основой профилактики ИБС является борьба с гиперлипидемией, ожирением и гипергликемией, гиподинамией, симпатической гиперреактивностью.

Воздействие физических санаторно-курортных факторов на больных ИБС изучены достаточно подробно (Пономаренко Г.Н., 2004). Однако некоторые из них не могут быть применены у пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений, особенно у лиц пожилого возраста. В связи с этим остается актуальным поиск новых немедикаментозных путей профилактики ИБС, применимых в санаторно-курортных условиях. Необходимость разработки и внедрения немедикаментозных методов лечения ИБС обусловлена также побочными действиями лекарственных препаратов при многолетнем их использовании (Метелица В.И., Оганов Р.Г., 1997).

В последние годы распространенными натуральными методами лечения в условиях санатория стали гирудотерапия (ГТ) и эндоэкологическая реабилитация (ЭР). Понятие и термин «эндоэкология» в современную медицину введены Левиным Ю.М. (1979-2003). Основной задачей эндоэкологической медицины является выведение из организма человека накопившихся в процессе его жизнедеятельности балластных или потенциально опасных веществ экзогенного или эндогенного происхождения (Левин Ю.М. с соавт., 1998; 2003; Михайлов В.М., 2002). Вся совокупность таких методов обозначается как эфферентная терапия (Лопухин Ю.М., 1985).

ЭР представляет собой систему последовательно выполняемых атравматичных детоксикационных мероприятий, направленных на все

уровни детоксикации, начиная с санации околоклеточного пространства путем стимуляции интерстициального гуморального транспорта и лимфатического дренажа тканей (Левин Ю.М. с соавт., 1998; 2003). Полученные в ряде исследований данные о лимфостимулирующем действии ГТ (Баскова И.П., Исаханян Г.С., 2004; Харитонов О.В. с соавт., 2006) послужили основанием для ее включения в схему ЭР, разработанную нами для больных с ИБС.

В программе ЭР так же используются медикаментозные и фитопрепараты, мониторинг очистка кишечника, направленные на улучшение процессов элиминации токсинов из межклеточного пространства, нормализацию липидного обмена, усиление детоксикационной функции печени.

Для оценки эффективности ГТ и разработанной схемы ЭР у больных ИБС разного возраста нами проанализирована динамика параметров вегетативной нервной системы (ВНС) по данным оценки вариабельности ритма сердца (ВРС). Оценка ВРС является наиболее информативным методом функциональной диагностики нарушений сердечно-сосудистой системы, а также основных органических заболеваний в плане прогноза и вовлечения ВНС (Лядов К.В. с соавт., 2004).

В клинические наблюдения включены 204 пациента с ИБС, стенокардией напряжения 1 и 2 ФК, находившихся на лечении в санатории-профилактории. В каждой возрастной группе пациенты были разделены на 3 подгруппы: 1 – проходившие стандартное санаторно-курортное лечение (СКЛ); 2 – получавшие наряду со стандартным санаторно-курортным лечением ГТ (СКЛ+ГТ); 3 – получавшие на фоне стандартного санаторно-курортного лечения ЭР по разработанной нами программе с включением ГТ (СКЛ+ЭР). Группы наблюдений не имели значительных отличий по возрастному и половому составу.

Рассчитывались следующие диагностически значимые показатели ВРС (Михайлов В.М., 2002):

SDNN (мс) – стандартное отклонение величин нормальных интервалов R-R, характеризующее ВРС в целом;

RMSSD (мс) – квадратный корень из средней величины квадратов разностей величин последовательных пар интервалов R-R (характеризу-

ет влияние парасимпатического отдела ВНС);
 рNN50% – доля последовательных интервалов R-R, разница между которыми составляет более 50 мс (характеризует влияние парасимпатического отдела ВНС);

TP (мс²/Гц) – общая мощность модуляции частот сердечного ритма (мощность в диапазоне 0,003-0,4 Гц), отражающая сбалансированность парасимпатического и симпатического отделов ВНС;

LF (%) – доля медленных волн в общем спектре сердечного ритма;

HF (%) – доля быстрых волн в общем спектре сердечного ритма;

LF/HF (индекс вагосимпатического взаимодействия) – соотношение медленных волн к

быстрым волнам в спектре сердечного ритма.

Показатели временного анализа ВРС при исходно низких значениях изменяются в разной степени, но в одном направлении – в сторону усиления парасимпатической активности. У пациентов среднего возраста повышение показателей ВРС наблюдается во всех группах, но более выражено после ГТ. В пожилом возрасте результат достигается за счет действия гирудотерапии. Подключение эфферентной терапии вызывает модулирующий эффект как у пациентов среднего, так и у пациентов пожилого возраста (табл. 1).

При анализе коротких записей предпочтение следует отдавать методике спектрального анализа ВРС (табл. 2).

Таблица 1

Динамика показателей временного анализа variability ритма сердца у пациентов среднего и пожилого возраста, получавших санаторно-курортное лечение без гирудотерапии, с гирудотерапией и с эндоэкологической реабилитацией (M±m)

Исходный уровень показателя	Вид терапии	Возраст пациентов					
		Средний			Пожилой		
		До лечения	После лечения	m разн; р	До лечения	После лечения	m разн; р
SDNN менее 70 мс	СКЛ	34,3±4,79 (n=14/54%)	53,8 ±5,06	2,97; <0,001	36,7±2,31 (n=24/52%)	75,6 ±19,39	18,83; <0,1
	ГТ+ СКЛ	38,4±3,94 (n=10/42%)	44,4 ±5,89	2,52; <0,05	40,2±4,96 (n=14/64%)	92,8 ±24,24	22,54; <0,05
	ЭР+ СКЛ	28,8±3,83 (n=10/31%)	165,40 ±8,99*	8,81; <0,001	28,5±2,55 (n=28/58%)	49,0 ±9,18	9,77; <0,05
RMSSD менее 33 мс	СКЛ	11,3±1,56 (n=10/38%)	22,6 ±3,62	2,65; <0,005	18,0±1,33 (n=12/26%)	93,2 ±51,89	50,68; <0,2
	ГТ+ СКЛ	17,5±0,68 (n=8/33%)	34,3 ±11,15	4,20; <0,01	21,0±3,48 (n=6/25%)	115,7 ±36,50	39,74; <0,1
	ЭР+ СКЛ	12,2±1,77 (n=8/25%)	226,75 ±14,48*	14,45; <0,001	14,9±1,84 (n=24/50%)	137,1 ±71,29	71,72; <0,2
рNN50% менее 2 %	СКЛ	0,5±0,16 (n=10/38%)	1,83 ±0,44	0,35; <0,01	0,7±0,14 (n=10/22%)	0,8 ±0,19	0,19; >0,2
	ГТ+ СКЛ	1,0±0,30 (n=8/33%)	13,17 ±8,04	5,26; <0,05	0,85±0,49 (n=4/17%)	41,95 ±9,09*	9,58; <0,05
	ЭР+ СКЛ	0,38±0,14 (n=10/31%)	11,9 ±0,61	0,58; <0,2	0,6±0,15 (n=20/42%)	5,5 ±1,78*	1,84; <0,05

При низком исходном уровне TP (менее 1600 мс²/Гц) СКЛ не оказывает значительного влияния на этот показатель как у пациентов среднего, так и у пациентов пожилого возраста.

В группах СКЛ+ГТ и СКЛ+ЭР у пациентов среднего возраста отмечается повышение TP, вероятнее всего, за счет ГТ, вызывающей тенденцию к повышению показателя у пациентов пожилого возраста, у которых средний показатель TP достигает нормальных значений, а с подключением ЭР этот показатель повышается достоверно.

Процент LF существенно не изменяется во всех группах наблюдений. После СКЛ+ЭР отмечается тенденция к снижению показателя

независимо от возраста, но он оставался несколько выше условной нормы (24,1% – в среднем и 21,5% – в пожилом возрасте).

Процент HF у пациентов среднего возраста повышается только в основных группах. У пациентов пожилого возраста СКЛ не оказывает влияние на данный показатель, после ГТ отмечается тенденция к повышению, но значение достоверно выше, чем после СКЛ. ЭР достоверно увеличивает процент HF, следовательно, усиливает действие ГТ.

Динамика частотных показателей, отражающих парасимпатическое звено ВНС, указывает на повышение ее активности. У пациентов среднего возраста этот процесс начинается с

СКЛ и усиливается при подключении ГТ и ЭР. У пациентов пожилого возраста динамика наступает только после ГТ и ЭР.

Исходно высокий коэффициент симпатовагального баланса у пациентов среднего возраста после СКЛ, СКЛ+ГТ и СКЛ+ЭР достоверно снижается. У пациентов пожилого возраста при выраженной симпатикотонии все 3 схемы лечения также достоверно снижают данный показатель, но только ГТ понижает его до нормальных значений (достоверно ниже, чем в других группах). В группе СКЛ+ЭР индекс LF/HF достоверно снижается, но не достигает нормальных значений, однако необходимо отметить, что в данной группе до лечения не только выше частота встречаемости пациентов с симпатикотонией, но и выше степень ее выраженности. Это связано с тем, что пациентам с более выраженными отклонениями вегетативного баланса показан и более расширенный объем реабилитационных мероприятий.

Таким образом, в результате применения ГТ

и ЭР (в схему которой также входит ГТ), отмечается увеличение общей мощности спектра (TP), в первую очередь, за счет высокочастотного (HF) компонента и снижения его мощности в низкочастотном диапазоне (LF), что свидетельствует об уменьшении напряжения функциональных надсегментарных центров регуляции. Снижение коэффициента LF/HF свидетельствует о нормализации вегетативного баланса как у пациентов среднего, так и у пациентов пожилого возраста.

Гирудотерапия и разработанная программа эндозекологической реабилитации являются доступными немедикаментозными средствами повышения эффективности стандартного санаторно-курортного лечения ишемической болезни сердца у пациентов среднего и пожилого возраста, позволяющими оптимизировать показатели гемодинамики, снизить уровень модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, предупредить прогрессирование заболевания.

Таблица 2

Динамика показателей спектрального анализа вариабельности ритма сердца у пациентов среднего и пожилого возраста, получавших санаторно-курортное лечение без гирудотерапии, с гирудотерапией и с эндозекологической реабилитацией (M±m)

Исходный уровень показателя	Вид терапии	Возраст пациентов					
		Средний			Пожилой		
		До лечения	После лечения	m разн; p	До лечения	После лечения	m разн; p
TP менее 1600 мс ² /Гц	СКЛ	287,8 ±73,3 (n=8/31%)	293,3 ±79,1	12,4; >0,2	701,3±103,8 (n=22/48%)	11093,3 ±6871,3	6820,9; <0,2
	ГТ+ СКЛ	428,5±4,9 (n=4/18%)	1028,5 ±37,5	36,6; <0,05	685,7±106,8 (n=6/25%)	15032,7 ±8360,8	8442,5; <0,2
	ЭР+ СКЛ	879,7±164,48 (n=12/38%)	1676,3 ±45,49*	48,37; <0,05	578,3±84,53 (n=26/54%)	4632,3 ±84,53	1659,1; <0,05
LF% без учета исходного уровня	СКЛ	32,2±2,14 (n=26)	30,3 ±2,31	1,39; <0,2	27,8±1,27 (n=46)	29,4 ±1,57	1,95; >0,2
	ГТ+ СКЛ	28,1±2,03 (n=24)	26,5 ±1,78	1,87; >0,2	26,9±2,26 (n=24)	27,4 ±2,17	3,27; >0,2
	ЭР+ СКЛ	31,2±1,87 (n=32)	28,2 ±0,96	1,64; <0,1	27,0±1,17 (n=48)	25,1 ±1,43	1,43; <0,2
HF% без учета исходного уровня	СКЛ	47,0±3,94 (n=26)	48,3 ±3,72	3,83; >0,2	41,9±3,19 (n=46)	43,6 ±3,13	3,02; >0,2
	ГТ+ СКЛ	37,1±4,90 (n=22)	48,8 ±4,12	3,80; <0,01	47,2±4,3 (n=24)	53,8 ±2,79*	4,26; <0,2
	ЭР+ СКЛ	37,2±3,88 (n=32)	44,8 ±3,71	2,17; <0,005	34,9±3,41 (n=48)	43,2 ±3,32	3,49; <0,05
LF/HF более 1	СКЛ	3,04±0,61 (n=6/23%)	1,0 ±0,13	0,49; <0,01	2,09±0,30 (n=16/35%)	1,35 ±0,21	0,27; <0,05
	ГТ+ СКЛ	2,69±0,56 (n=10/42%)	1,35 ±0,42	0,36; <0,01	1,69±0,33 (n=8/33%)	0,46 ±0,07*	0,31; <0,01
	ЭР+ СКЛ	3,77±0,69 (n=12/38%)	1,65* ±0,26	0,62; <0,01	3,92±0,55 (n=20/42%)	2,20 ±0,57	0,50; <0,05

Препараты для дезинфекции, в том числе совмещенной с предстерилизационной очисткой, выпускаемые ЗАО «Петроспирт»

Ефремова В.В., ЗАО «Петроспирт», г. Санкт-Петербург

Закрытое акционерное общество «Петроспирт» является одним из признанных производителей химических средств дезинфекции в России. Дезинфицирующие средства, выпускаемые нашим предприятием, отличаются высоким качеством, надежностью, простотой применения и приемлемой ценой.

Наиболее известные средства нашего производства, используемые для дезинфекции и предстерилизационной очистки, – Делансин, Лизафин и Лизафин-специаль. Спектр применения этих препаратов достаточно широк: дезинфекция поверхностей в помещениях (пол, стены, двери), жесткой мебели, поверхностей аппаратов, приборов, санитарно-технического оборудования, предметов ухода за больными, белья, посуды лабораторной, уборочного инвентаря, медицинских отходов из текстильных и других материалов, проведение генеральных уборок, дезинфекция, в т.ч. совмещенная с предстерилизационной очисткой, изделий медицинского назначения.

- В средстве **Делансин** основным действующим веществом является третичный амин. Он обладает широким спектром антимикробного действия, а щелочная среда, которая формируется за счет наличия свободных аминогрупп и атома третичного азота, способствует повышению активности препарата. Важно, что Делансин низкотоксичен и обладает хорошими моющими свойствами.

Делансин рекомендован для использования в учреждениях родовспоможения, отделениях неонатологии (обработка кувезов). В июле 2006 г. препарат прошел перерегистрацию в связи с расширением области его применения. Теперь Делансин можно использовать и для проведения профилактической дезинфекции систем вентиляции и кондиционирования воздуха (бытовые кондиционеры, сплит-системы, мультizonальные сплит-системы, крышные кондиционеры, вентиляционные фильтры, воздухопроводы). Дезинфекцию систем вентиляции и кондиционирования проводят при полном их отключении с привлечением и под руководством инженеров по вентиляции.

Профилактическую дезинфекцию секций центральных и бытовых кондиционеров и общеобменной вентиляции для искусственного охлаждения воздуха проводят 1 раз в квартал.

Дезинфекцию воздухопроводов проводят только по эпидпоказаниям.

Дезинфекции подвергают секции центральных и бытовых кондиционеров и общеобменной вентиляции для искусственного охлаждения воздуха, фильтры, радиаторные решетки и накопители конденсата, воздухоприемник, воздухораспределители и насадки. Перед дезинфекцией проводят мойку мыльно-содовым раствором. Для дезинфекции используют 0,5% или 1,0% раствор средства способом протирания или орошения при времени, соответственно, 60 или 30 мин. Радиаторную решетку и накопитель конденсата кондиционера протирают ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором. Воздушный фильтр промывают в мыльно-содовом растворе, затем обеззараживают способом погружения в 1,0% раствор средства на 120 мин. (2,0% раствор – на 60 мин.) или заменяют. Угольный фильтр подлежит замене.

После дезинфекции обработанные объекты промывают водопроводной водой, а помещение проветривают.

- **Лизафин и Лизафин-специаль** – это средства на основе глутарового альдегида и глиоксаля. Особенностью данных препаратов является то, что они активны в отношении возбудителей особо опасных инфекций – чумы и холеры, а также используются для борьбы с плесневыми грибами. Лизафин и Лизафин-специаль применяют для дезинфекции резиновых ковров, обуви из резины и пластмасс, что позволяет использовать их для проведения дезинфекции в бассейнах, банях и других учреждениях.

Лизафин-специаль разрешен для применения на объектах железнодорожного транспорта, метрополитена, объектах ветнадзора и профилактики инфекционных болезней животных.

ЗАО «Петроспирт» постоянно разрабатывает новые препараты, одним из которых является дезинфицирующее средство Цеприл.

- **Цеприл** содержит в своем составе смесь трех четвертичных аммониевых соединений, полигексаметилгуанидин гидрохлорид и функциональные добавки. Благодаря такому составу препарат имеет широкий спектр анти-

микробной активности, при этом его можно использовать для обработки поверхностей из различных материалов, игрушек, посуды, не повреждая при этом текстиль.

Цеприл предназначен к применению:

1. В ЛПУ, акушерских стационарах, клиниках, микробиологических и др. лабораториях, инфекционных очагах:

- для дезинфекции поверхностей в помещениях, жесткой мебели, поверхностей аппаратов, приборов, инкубаторов (кувезов) и приспособлений к ним, санитарно-технического оборудования, мусоросборников, уборочного инвентаря, резиновых ковров, предметов ухода за больными, средств личной гигиены, обуви из резины, пластика и других полимерных материалов, игрушек, белья, посуды столовой и лабораторной, медицинских отходов группы Б и В из текстильных (ватные тампоны, использованный перевязочный материал, одноразовое нательное и постельное белье, одежда персонала, маски и пр.) и других материалов (посуда, в том числе лабораторная, изделия медицинского назначения одноразового применения) при инфекциях бактериальной (включая туберкулез), вирусной этиологии, кандидозах и дерматофитиях;
- для дезинфекции на санитарном транспорте;
- для генеральных уборок в ЛПУ и детских учреждениях;
- для дезинфекции изделий медицинского назначения (в т.ч. хирургических и стоматологических инструментов, жестких и гибких эндоскопов и инструментов к ним), комплектующих деталей наркозно-дыхательной аппаратуры, отсасывающих систем стоматологических установок, слюноотсосов и плевательниц при инфекциях бактериальной (включая туберкулез), вирусной этиологии, кандидозах и дерматофитиях;
- для дезинфекции, совмещенной с предстерилизационной очисткой, изделий медицинского назначения (включая хирургические и стоматологические, кроме щипцов стоматологических и зеркал с амальгамой; жесткие и гибкие эндоскопы, инструменты к ним) при инфекциях бактериальной (включая туберкулез), вирусной этиологии, кандидозах и дерматофитиях;
- для предстерилизационной очистки, не совмещенной с дезинфекцией, изделий медицинского назначения (включая хирургические и стоматологические, кроме щипцов стоматологических и зеркал с амальгамой; жесткие и гибкие эндоскопы, инструменты к ним).

2. На предприятиях коммунально-бытового

обслуживания (гостиницы, общежития, парикмахерские, общественные туалеты), в учреждениях культуры, отдыха, спорта (спортивные и культурно-оздоровительные комплексы, кинотеатры, офисы и др.), учреждениях социального обеспечения, детских, пенитенциарных учреждениях, предприятиях общественного питания и торговли для профилактической дезинфекции поверхностей в помещениях, жесткой мебели, санитарно-технического оборудования, уборочного инвентаря, предметов ухода, средств личной гигиены, обуви (из резины, пластика и других полимерных материалов), инструментов (парикмахерских и косметических), отходов (изделия одноразового применения: салфетки, ватные шарики, шапочки, простыни, накидки, инструменты и пр.), систем мусороудаления (мусоросборников, мусоровозов и мусороуборочного оборудования), транспорта для перевозки пищевых продуктов.

Из вышесказанного следует, что препарат Цеприл обладает широким спектром применения и малотоксичен, поэтому разрешено его использование в присутствии пациентов и персонала. По данным литературы, наименьшая устойчивость микроорганизмов отмечается к препаратам группы гуанидинов. При полном наборе положительных качеств данного препарата, Цеприл имеет достаточно низкую цену. Стоимость 1 литра концентрата составляет 144,1 руб., 5-литровой канистры – 676,50 руб.

ЗАО «Петроспирт» также выпускает большое количество кожных антисептиков как на этиловом спирте (АХДЕЗ 3000, Лизанин, Лизанин-ОП, Лизанин-ОП-РЕД, Деласепт-гель), так и на изопропиловом спирте (Лизанол, АХДЕЗ, АХДЕЗ-РЕД). На сегодняшний день на рынке дезинфицирующих средств мало организаций, имеющих лицензию на производство, хранение и реализацию спиртосодержащей непивевой продукции, поэтому у ЛПУ возникают трудности приобретения кожных антисептиков на основе этилового спирта. ЗАО «Петроспирт» получило такую лицензию и может непосредственно поставлять данные препараты в ЛПУ.

Наше предприятие выпускает широкий спектр препаратов с разными действующими веществами для дезинфекции, поэтому любое ЛПУ имеет возможность выбора дезинфицирующего средства, которое лучше всего подойдет для работы в данном учреждении.

Всегда рады сотрудничеству с Вами.

По всем интересующим Вас вопросам обращайтесь к нам

по тел.: (812) 786-24-24, 786-88-24,

e-mail: ptrspirt-spb@yandex.ru

189099, Санкт-Петербург, ул. Калинина, 13

см. рекламу на 1-й стр. обложки

реклама

Центральный
выставочный
комплекс
«ЭКСПОЦЕНТР»



17-я международная выставка
«Здравоохранение, медицинская
техника и лекарственные препараты»

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

5-9 декабря 2007 www.zdravo-expo.ru

Организатор: ЗАО «ЭКСПОЦЕНТР»

ЭКСПОЦЕНТР

Тел.: (495) 2553760,
2552872, 2552871

E-mail: malakhova@expocentr.ru,
makushkina@expocentr.ru

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ГОТОВИТСЯ К ВЫПУСКУ АДРЕСНО-ТЕЛЕФОННЫЙ СПРАВОЧНИК



ДОНСКАЯ МЕДИЦИНА

РОСТОВ И ОБЛАСТЬ
2008

- органы управления
и контроля в здравоохранении
- лечебно-профилактические учреждения
- фармация и аптеки
- медицинская техника
- и многое другое

Распространяется по Ростову-на-Дону и Ростовской области
в сети книжных магазинов «Ростовкнига», «Магистр»,
в киосках Ростдонпечати и Ростпечати

РЕКЛАМА

344064, г. Ростов-на-Дону, ул. Вавилова, 54
т. (863) 223-23-26, т./ф. (863) 273-25-16
e-mail: info@akvarel2002.ru, www.akvarel2002.ru



Вапусан 2000 Р

дезинфекция и предстерилизационная очистка одновременно. Лучшее соотношение «цена и качество»
ООО «НПЦ Медицинская Дезинфекция», Россия

Вапусан – Форте

дезинфекция высокого уровня, в том числе эндоскопов и оборудования к ним.
ООО «НПЦ Медицинская Дезинфекция», Россия

ХТХ Жавель

Инивокация среди таблетированных хлорсодержащих препаратов.
Европейский стандарт качества. Простота и удобство в использовании.
"Арч Ватер Продакто", Франция



Эслана-Дез

Концепция новаторства и стремление к развитию

Адрес: 119812, Москва, Б.Пироговская ул., д.17
Тел: (495)246-96-22, 246-25-42, 245-81-87
Моб. Тел: 8(903)294-74-54 8(903)294-80-10
Факс: (495)246-78-71
Сайты: www.eslana.ru, www.dddm.ru



Санивап

Самый экономичный таблетированный хлорсодержащий препарат широкой области применения. Сочетает в себе перекись водорода и непревзойденное качество.
"Наутимекс Индастри", Швеция



Жавелион

Синоним надежности и безопасности, популярный таблетированный препарат. Эксклюзив от производителя.
«Екс Ливоснер», Франция

Акватабс, Клорсепт 17, Клорсепт 25,
Клорсепт в гранулах, Клор-Клин
официальное дистрибьютерство
«Медентек Лтд», Ирландия

