

специализированный медицинский журнал

# главный ВРАЧ

№ 4 (12) 2007

ЮГА РОССИИ WWW.AKVAREL2002.RU

ПЕТРОСПИРТ

WWW.PETROSPIRT.RU



**ВОДНЫЙ  
КОЖНЫЙ  
АНТИСЕПТИК**

**ЗАО «ПЕТРОСПИРТ»**

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

## **В НОМЕРЕ:**

- **Новости фармации** (стр. 11, 29, 35)
- **Специальное предложение** (стр. 28)
- **Начало эры 3D** (стр. 20)
- **ДЛО – новая реальность** (стр. 25)
- **Алифатический спирт – в прошлом** (стр. 45)
- **О подписке на 2008 год** (стр. 48)



## MATODRAPE

Европейское  
качество

### Безопасность в операционной

Чтобы минимизировать риск возникновения заражений, материалы, предназначенные для использования на операционном блоке, должны, прежде всего, выполнять защитную функцию, то есть предотвращать проникновение вредных для здоровья биологических факторов и оседание их на коже.

Одним из существенных факторов, влияющих на снижение риска инфицирования операционных ран, является использование стерильных одноразовых покрытий операционных полей MATODRAPE.

### Преимущества одноразовых стерильных операционных покрытий MATODRAPE:

обеспечивают стерильность операционного поля; обладают абсорбирующими свойствами (впитывают жидкости и выделения) и одновременно не пропускают внутренние жидкости и микроорганизмы; изолируют эндогенные источники заражения; обеспечивают правильное покрытие операционного поля во время различных процедур благодаря использованию самоклеящихся медицинских лент, а также различным формам операционных салфеток; обладают антистатическими свойствами; исключают риск образования на поверхности ворса из одиночных нитей, характерного для текстильных изделий после многочисленных стирок и стерилизации, тем самым исключается возможность попадания микроорганизмов с поверхности покрытия на рану; снижают затраты рабочего времени и расходы на прачечную и стерилизацию.

### Используемое сырье

Материал для операционных покрытий MATODRAPE представляет собой ламинат из двух слоев. Верхний слой состоит из вязкого нетканого материала и обладает хорошими абсорбирующими свойствами. Нижний слой – это полиэтиленовая пленка, выполняет барьерную функцию, предохраняя операционную рану от проникновения микроорганизмов. Двухслойная структура делает MATODRAPE высоко устойчивым к разрывам и механическим повреждениям, при этом он остается очень мягким и хорошо драпируется.

Операционные покрытия из данного вида ламината подвергаются холодной стерилизации оксидом этилена или радиацией (способ стерилизации указан на упаковке конкретного покрытия). Стерильность изделия сохраняется в течение 5 лет (при условии отсутствия повреждений упаковки).

### Применение

Операционные покрытия MATODRAPE имеют самоклеящиеся поверхности, благодаря чему салфетка может быть легко и безопасно прикреплена к поверхности кожи пациента, создавая эффективный барьер для микроорганизмов. Это предотвращает миграцию бактериальной флоры кожи к операционной ране.

Используемый в покрытиях клей является гипоаллергенным. Перед тем, как закрепить покрытие на теле пациента, поверхность кожи должна быть тщательно высушена после предварительно проведенной дезинфекции.

Очередность укладки и система указателей в покрытиях MATODRAPE проведена таким образом, чтобы облегчить работу медицинского персонала во время процедуры. Это дает также определенную системность и обеспечивает асептические условия в процессе проведения процедуры.

Покрытие MATODRAPE при обычных условиях подготавливается двумя лицами из хирургической группы, но это необязательно, работа может выполняться и одним лицом при соблюдении требований асептики.

Все операционные покрытия MATODRAPE имеют специальную этикетку типа TAG. Она сконструирована из стационарной части и двух элементов, которые легко можно отклеить без нарушения целостности всей этикетки, после чего присоединить к документации. На операционном блоке после открытия упаковки со стерильным изделием, которое должно быть использовано для данной процедуры, один элемент самоклеящейся этикетки помещается в документацию операционного блока, другой – в карту пациента. Это безошибочный и быстрый способ размещения в документации информации об изделии, которое было использовано для конкретной медицинской процедуры (нет необходимости переписывать данные с этикетки).

Применение операционных покрытий MATODRAPE упрощает проведение хирургических процедур, хранение изделий, а также контроль стоимости лечения. Значительно снижается нагрузка на больничную прачечную и отделение стерилизации.

Среди операционных покрытий MATODRAPE есть и универсальные комплекты, и предназначенные для определенной хирургической процедуры. Кроме того, в ассортименте MATODRAPE есть простыни и салфетки для операционных из ламинированного и нетканого материала, стерильные и нестерильные, с адгезивным краем и отверстиями различных размеров.

Все это делает MATODRAPE универсальной системой для различных областей хирургии.

Производитель  
Торуньский Завод  
Перевязочных  
Материалов TZMO SA,  
Польша



реклама

**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  
**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, офис 320  
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@aanet.ru  
Тираж 5500 экз., Заказ № 171  
Подписано в печать 06.12.2007 г.

Зарегистрирован Управлением  
Росохранкультуры по Южному  
Федеральному округу

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

Распространяется бесплатно по линии МЗ

I Конференция Южного федерального округа Общероссийской общественной организации «Общество специалистов по сердечной недостаточности».....	2
II Конференция нефрологов Юга России .....	3
Высоких технологий на Дону теперь больше .....	4
Качественные лекарства – задача профессионалов.....	5
Организация противотуберкулезной помощи населению Ставропольского края в современных условиях .....	8
Фармакологическая защита миокарда при коронарном шунтировании у больных с постинфарктной стенокардией.....	11
Диагностика и хирургическое лечение ишемической болезни головного мозга .....	17
Трехмерный ультразвук – из прошлого в будущее .....	20
Здоровье корректирующие технологии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у юных спортсменов .....	21
ДЛО – новая реальность.....	25
Медицинские сестры с высшим медицинским образованием .....	26
Специальное предложение для руководителей ЛПУ.....	28
Клиническая эффективность цитофлавина у больных с хронической ишемией головного мозга (многоцентровое плацебо-контролируемое рандомизированное исследование).....	29
Оценка качества диагностики и лечения больных с акромегалией в Ростовской области .....	35
Паразитарные заболевания: практические рекомендации врача-инфекциониста.....	40
Опыт кризисной психотерапии.....	43
Об эффективности и безопасности нового водного кожного антисептика «Амидин аква» производства ЗАО «Петроспирт» .....	45
О подписке на 2008 год .....	48

## I Конференция Южного федерального округа Общероссийской общественной организации «Общество специалистов по сердечной недостаточности»

Чесникова А.И., д.м.н., председатель Ростовского областного ОССН

15 октября 2007 г. в Ростове-на-Дону состоялась I Конференция Юга России «Хроническая сердечная недостаточность: современные взгляды на проблему», которая была организована Ростовским областным обществом специалистов по сердечной недостаточности (председатель – д.м.н. А.И. Чесникова) под эгидой Общероссийской общественной организации «Общество специалистов по сердечной недостаточности» (председатель Правления ОССН – член-корреспондент РАН, академик РАМН, профессор Ю.Н. Беленков). В работе Конференции приняли участие около 500 врачей из разных городов и областей ЮФО, в т.ч. из Ростова-на-Дону и Ростовской области, Ставропольского и Краснодарского краев, Волгоградской области, Республики Северная Осетия-Алания, Чеченской Республики, Карачаево-Черкесии и др.

С приветственным словом к участникам конференции обратились ректор РостГМУ, профессор Чернышов В.Н., академик РАМН, профессор Мартынов А.И., заместитель министра здравоохранения Ростовской области, профессор Шлык С.В.

Научная программа конференции включала 2 пленарных заседания.

Первое пленарное заседание было посвящено современным технологиям диагностики и лечения сердечной недостаточности. Перед врачами ЮФО выступили с докладами ведущие ученые и клиницисты России. Профессор Мареев В.Ю. (Москва) свой доклад посвятил особенностям развития сердечной недостаточности с сохраненной систолической функцией сердца и, основываясь на данных доказательной медицины, изложил подходы к лечению таких пациентов. Продолжением данной темы было сообщение д.м.н. Неласова Н.Ю. (Ростов-на-Дону) о современных возможностях оценки диастолической функции сердца с помощью доплерэхокардиографического исследования. Учитывая пристальное внимание клиницистов и исследователей к поиску новых возможностей диагностики ХСН, заслуживает высокой оценки доклад профессора Агеева Ф.Т. (Москва), в котором было показано значение биохимических маркеров в диагностике и оценке эффективности лечения сердечной недостаточности. Академик РАМН Мартынов А.И. (Москва), ссылаясь на результаты многоцентровых исследований последних лет, в своем докладе изложил приоритетные направления использования ингибиторов АПФ в профилактике сердечной недостаточности. В сообщении профессора Лопатина Ю.М. (Волгоград) были освещены вопросы внедрения современных рекомендаций по ХСН

в реальную клиническую практику.

В докладах второго пленарного заседания сердечная недостаточность обсуждалась как междисциплинарная проблема. Большое внимание было уделено особенностям диагностики и лечения больных с сочетанной патологией. Особый интерес вызвало сообщение профессора Скибицкого В.В. (Краснодар) о трудностях лечения ХСН при сопутствующей патологии печени и почек и ошибках ведения больных в таких ситуациях. В докладе д.м.н. Чесниковой А.И. (Ростов-на-Дону) обсуждались особенности диагностики и лечения больных с хронической обструктивной болезнью легких, при этом была продемонстрирована необходимость патогенетически обоснованного подхода к выбору медикаментозной терапии для таких больных. Об особенностях лечения сердечной недостаточности у пожилых больных доложил в своем сообщении профессор Недогода С.В. (Волгоград), ссылаясь на результаты многоцентровых и собственных исследований. В последние годы в литературе широко обсуждался вопрос о месте блокаторов РААС в лечении инфаркта миокарда и сердечной недостаточности. В докладе профессора Мареева В.Ю. (Москва) был освещен взгляд на эту проблему с позиций сегодняшнего дня. Никого не оставил равнодушным доклад профессора Козиоловой Н.А. (Пермь) о трудностях и ошибках в ведении больных с ХСН в повседневной практике, знание которых, безусловно, поможет повысить качество оказания помощи таким пациентам.

С заключительным словом выступили: академик РАМН, профессор Мартынов А.И., руководитель рабочей группы ВНОК по сердечной недостаточности, профессор Мареев В.Ю., главный терапевт ЮФО, профессор Терентьев В.П. Они отметили высокий научно-практический уровень всех докладов, высказали мнение о важной организующей роли конференции во взаимодействии науки и практики, подчеркнули значимость мероприятия для повышения профессионального потенциала специалистов Юга России. По согласованию с председателем Правления ОССН, членом-корреспондентом РАН, академиком РАМН Беленковым Ю.Н., профессором Мареев В.Ю. предложил делегатам конференции рассмотреть вопрос о создании Южно-Российского отделения Общероссийской общественной организации «Общество специалистов по сердечной недостаточности» под председательством профессора Лопатина Ю.М. (Волгоград) и д.м.н. Чесниковой А.И. (Ростов-на-Дону). Участники конференции единогласно поддержали данное предложение.

## II Конференция нефрологов Юга России

Батюшин М.М., д.м.н., председатель РООН, г. Ростов-на-Дону

В Ростове-на-Дону 24 октября 2007 г. состоялась II Конференция нефрологов Юга России «Актуальные проблемы региональной нефрологии». Организаторами конференции выступили Координационный совет по здравоохранению ЮФО, Научное общество нефрологов России, РостГМУ, Министерство Здравоохранения Ростовской Области, Ростовское областное научно-медицинское общество терапевтов, Управление Здравоохранения Ростова-на-Дону, Ассоциация терапевтов Ростова-на-Дону. Форум был призван активизировать профессиональное общение и обмен опытом между специалистами в свете консервативной и диализной нефрологии, оказать созидательную роль в сфере клинического и научного партнерства.

Проведение конференции прошло под эгидой Ростовского областного общества нефрологов (РООН), являющегося единственным профессиональным объединением на Юге России. Важным аспектом деятельности РООН является интеграция результатов ее научной, образовательной и организационно-методической деятельности в структуру деятельности Российских общественных организаций, что позволяет осуществить преемственность в реализации проектов национального масштаба на территории Ростовской области.

В работе конференции приняли участие не только представители всех регионов ЮФО, но и ведущие специалисты Москвы и Санкт-Петербурга. Присутствовали более 400 человек, в их числе 113 нефрологов.

С приветственным словом к участникам конференции обратился ректор Ростовского ГМУ, профессор Чернышов В.Н.

В докладе главного терапевта ЮФО, д.м.н., профессора Терентьева В.П. и председателя РООН, д.м.н. Батюшина М.М. «Нефрология Юга России: успехи и проблемы» было представлено состояние нефрологической службы в ЮФО и определены перспективы ее развития. В настоящее время происходит активное формирование научной нефрологической школы на Юге России, ведутся активные научные исследования в области протеомной, популяционно-генетической и молекулярно-генетической нефрологии, разрабатываются технологии определения риска развития заболеваний почек, активно исследуются механизмы негативного лекарственного и микробного воздействия на почки, создаются модели компьютерного анализа течения почечной патологии. Широкое внедрение в практику здравоохранения Юга России наравне с гемодиализом получает перитонеальный диализ и

трансплантация почки. Созданы подразделения экстракорпоральной терапии хронической и острой почечной недостаточности.

На пленарном заседании прозвучали доклады профессора Шилова Е.М. (Москва) по проблемам диагностики, профилактики и лечения контраст-индуцированных нефропатий и профессора Смирнова А.В. (Санкт-Петербург) по вопросам профилактики и лечения хронических болезней почек, концепции факторов риска в нефрологии.

В рамках конференции прошла работа трех секционных заседаний:

- Актуальные проблемы диагностики и лечения хронических заболеваний почек у взрослых.
- Актуальные проблемы применения технологий экстракорпоральной гемокоррекции при ОПН.
- Актуальные проблемы диагностики и лечения заболеваний почек у детей и подростков.

Рассмотрены современные методы заместительной почечной терапии при ОПН, ХПН; вопросы патогенеза, диагностики, а также подходы к терапии гломерулонефритов, пиелонефритов у детей и подростков; вопросы морфологической диагностики нефропатий; проблемы коррекции отеочного синдрома; вопросы диагностики и лечения ренальных анемий, гипертонического нефроангиосклероза, тубулоинтерстициального нефрита и др. Отмечена активная работа двух симпозиумов – «Кардио-ренальный континуум, проблемы профилактики, диагностики и лечения», «Коррекция фосфорно-кальциевого обмена при ХПН».

Более 200 врачей региона представили результаты научных исследований в области кардио-ренального континуума, клинико-морфологических взаимосвязей при гломерулонефрите и интерстициальном нефрите, совершенствования диализных технологий и развития службы трансплантации почки. Ряд работ посвящен вопросам организации нефрологической службы и совершенствованию методов диагностики и реабилитации больных, страдающих почечной патологией, изучению патогенеза и прогнозированию развития и исходов вторичных нефропатий. По материалам научных исследований опубликован сборник трудов.

Проведение II Конференции нефрологов Юга России явилось важным событием жизни медицинской общественности региона. Надеемся, что опыт специалистов, представленный в докладах и трудах научного сборника конференции, послужит хорошей основой для совершенствования знаний в области нефрологии.



## Высоких технологий на Дону теперь больше

**В Ростовской области вступил в действие Административный регламент по направлению жителей области в учреждения здравоохранения для оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи. Документ утвердил порядок взаимодействия пациента и системы здравоохранения, определил максимальные сроки для получения направления на дорогостоящую медицинскую помощь.**

На Дону, как и по всей России, действует федеральная программа по оказанию высокотехнологичных видов помощи. Необходимое лечение назначается в федеральных центрах, расположенных в Москве, Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону и других городах.

Областное здравоохранение также ориентировано на развитие и применение высоких медицинских технологий. К примеру, в Областной детской больнице создано единственное на Юге России детское офтальмологическое отделение, более 10 лет работает межтерриториальный гематологический центр, в котором лечатся дети не только из Ростовской области, но и из республик Северного Кавказа. В областных центрах кардиохирургии, функциональной гастроэнтерологии и реконструктивно-пластической хирургии, оснащенных ультрасовременным оборудованием, спасают жизни тех, кто еще вчера считался безнадежным.

В 2002 г. начала работать областная программа, подписанная губернатором Ростовской области В.Ф.Чубом, согласно которой помощь по некоторым видам высоких технологий можно получить в Ростове-на-Дону в областных больницах за областные средства. Это эндопротезирование суставов, операции на сердце и сосудах, слухопротезирование и некоторые другие виды помощи. Областная программа рассчитана на поддержку малоимущих граждан, пенсионеров, инвалидов. Однако ресурсы региона, какими бы мощными они ни были, не в состоянии покрыть все расходы по затратным высокотехнологичным (федерального уровня) видам медицинской помощи на территории области.

С 2007 г. Ростовская область выиграла конкурс МЗ РФ на право оказывать высокотехнологичную медпомощь по нейрохирургии, травматологии, ортопедии и сердечно-сосудистой хирургии на базе ростовских больниц. То есть в список федеральных центров включены два отделения Областной клинической больницы (травматология и центр сердечно-сосудистой хирургии) и отделение БСМП-2 (нейрохирургия). Таким образом, ростовские врачи имеют право за счет федеральных средств оказывать дополнительную помощь по названным направлениям жителям области и Юга России.

С получением дополнительных квот возможности оказания высокотехнологичных ме-

дицинских услуг серьезно увеличились. В год дорогостоящую помощь получают уже более 5 тысяч жителей области. Большой объем информации о больных, их документации потребовал оптимизации процесса обработки, создания банка данных, доступности его для лечащих врачей, минимизации временных затрат для пациентов. Создание административного регламента как раз и позволяет четко определять сроки и последовательность действий по направлению пациентов в федеральные центры. Согласно нормативу, действия больного ограничиваются посещением своего лечащего врача и областного ЛПУ, причем ключевой фигурой в этом звене становится лечащий врач. Он по согласованию с главным врачом центральной городской (районной) больницы или городским управлением здравоохранения дает направление в областные ЛПУ к главным внештатным специалистам в соответствии с профилем заболевания для дополнительных обследований и консультаций. На направлении должна быть пометка «Для решения вопроса о показанности высокотехнологичной медицинской помощи». После завершения стационарного или амбулаторного обследования специалистами областных ЛПУ в недельный срок оформляются медицинские документы с обоснованием необходимости дорогостоящего лечения пациента в определенном федеральном медицинском учреждении. На основании этих документов специальная комиссия областного МЗ разрешает использование федеральной квоты.

После утверждения документы направляются в профильный федеральный медицинский центр, который определяет дату консультации или лечения в федеральном медучреждении и извещает больного о принятом решении через районные или городские органы здравоохранения.

Процедура направления в федеральные центры достаточно сложная и длительная. Но областному МЗ удалось упростить ее в работе с федеральными специализированными медицинскими учреждениями, базирующимися в Ростове-на-Дону. Их в столице ЮФО четыре: РостГМУ, НИИ акушерства и педиатрии, научно-исследовательский онкологический институт и Южный окружной медицинский центр. С каждым из этих учреждений областным МЗ было подписано соглашение о сотрудничестве.

ве, упрощающее порядок отбора, оформления и направления больных для оказания дорогостоящих видов медицинской помощи. В частности, больному предоставлена возможность напрямую обращаться в поликлиники НИИ для определения необходимости в госпитализации. В этом случае комиссия МЗ в трехдневный срок рассматривает уже подготовленные федеральным центром документы и оформляет направление для госпитализации по федеральной квоте. Такой подход сокращает сроки получения высокотехнологичной медицинской помощи в разы.

Время, необходимое для получения направления на дорогостоящую (высокотехно-

логичную) медицинскую помощь, обусловлено преимущественно затратами времени на обследования и консультации. Регламентом устанавливается, что общее время с момента первичного установления диагноза до получения направления не должно превышать 11-12 недель (при необходимости дообследования по запросу учреждений, оказывающих данную помощь, общее время может увеличиваться до 13-14 недель).

Интересующие вас вопросы можно задать по тел. (863) 242-41-13 или по адресу: 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 33, пресс-служба МЗ РО, тел. (863) 252-17-01.

## Качественные лекарства – задача профессионалов

*Каштанова О.А., директор ОГУЗ «Центр качества лекарственных средств»,  
г. Астрахань*

Качество лекарственных средств, реализуемых в аптеках и ЛПУ – это тема, волнующая большинство россиян. Широкое обсуждение вопросов фальсификации лекарств в СМИ безусловно вызывает у жителей Астраханской области определенные сомнения в их качестве. В том, чтобы на фармрынке области присутствовали только качественные лекарственные средства, заинтересованы все: стабильно работающие 30 оптовых компаний, около 500 аптечных организаций, представители различных контролирующих структур и, прежде всего, Центр качества лекарственных средств.

Областное ГУЗ «Центр качества лекарственных средств» создано на базе областной контрольно-аналитической лаборатории ГПП «Фармация», которая была реорганизована в ГУ «Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств» Департамента здравоохранения Администрации Астраханской области.

В настоящее время ОГУЗ «Центр качества лекарственных средств» (далее – Центр) является юридическим лицом, находящимся в ведении МЗ Астраханской области, и осуществляет деятельность по нескольким приоритетным направлениям:

- проводит мониторинг качества лекарственных средств, поступающих в обращение на территорию Астраханской области, который позволяет выявлять лекарственные препараты, не соответствующие требованиям государственных стандартов качества или вызывающие сомнения в своей оригинальности;

- осуществляет испытания качества лекарственных средств, реализуемых населению Астраханской области, производимых в аптечных учреждениях и поступающих из предприятий оптовой и розничной торговли лекарственными средствами, а также ЛПУ;
- проводит информирование населения, фармацевтических и медицинских организаций о фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных средствах и препаратах, подлежащих изъятию из реализации на основании данных Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития;
- специалисты Центра участвуют в комплексных мероприятиях по проверкам аптечных и лечебных учреждений здравоохранения;
- осуществляет информационно-разъяснительную работу с представителями ЛПУ области, предприятий оптовой и розничной торговли, осуществляющими фармацевтическую и медицинскую деятельность на территории Астраханской области по вопросам качества, эффективности и безопасности производства, изготовления и оборота лекарственных средств;
- проводит сбор и анализ информации о подозреваемых неблагоприятных реакциях на применение лекарственных средств в ЛПУ и у населения области.

В структуру Центра входит испытательная лаборатория, отдел качества лекарственных средств и отдел медико-фармацевтической информации.

В лаборатории Центра, аккредитованной в органах Госстандарта на техническую компетентность и независимость в области испытаний лекарственных средств, проводится экспертиза качества различной фармацевтической продукции на соответствие требованиям установленных стандартов. Проверке выборочно подвергаются готовые лекарственные средства, поступающие от предприятий оптовой торговли, а также изъятые в ходе проверок аптек и ЛПУ. Проводится анализ лекарств по заявлениям граждан, анализ фармацевтических субстанций, образцов воды очищенной, выборочно проверяются экстенпорально изготавливаемые производственными аптеками области лекарственные формы, галеновая продукция, произведенная предприятием-производителем области.

Современные методики исследования лекарственных препаратов проводятся с использованием разнообразного сложного аналитического оборудования: жидкостного хроматографа, автоматического потенциометра, УФ- и ИК-спектрометров, электронных весов, анализаторов влажности и другого электронного оборудования.

В Центре работает отдел медико-фармацевтической информации (справочная служба), которая информирует астраханцев о ценах, наличии лекарств и других товаров в аптеках города.

Позвонив по телефону, любой может узнать о наличии в аптечной сети города лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, средств гигиены, перевязочных средств, медицинской бытовой техники, пиявок, других товаров аптечного ассортимента и их стоимости, а также предоставляется информация об

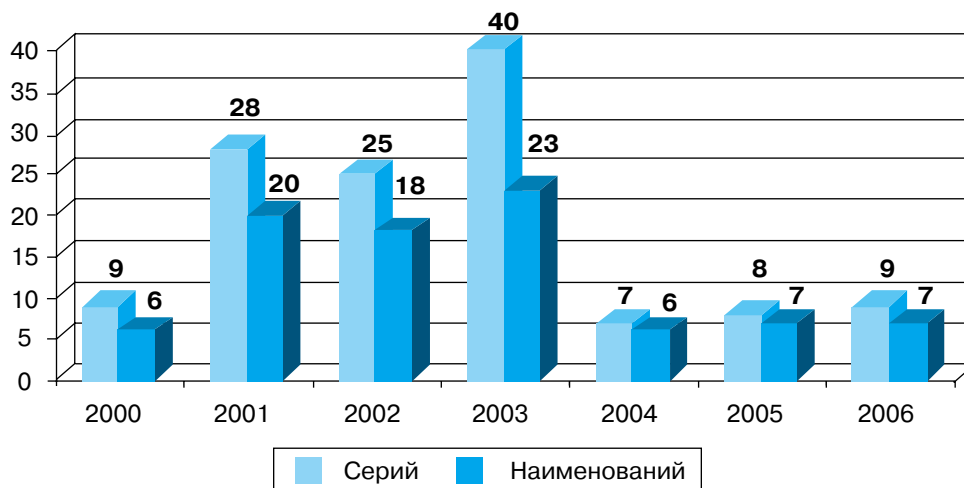
адресе ближайшей аптеки, номере телефона, режиме работы, скидках, адресах круглосуточных аптек.

Благодаря индивидуальному подходу к каждому пациенту специалисты, имеющие медицинское и фармацевтическое образование, найдут варианты решения различных проблем, связанных применением лекарственного средства. При необходимости можно проконсультироваться о фармацевтической группе препарата, побочных действиях, показаниях и противопоказаниях. Специалисты помогут разобраться в аннотации к применению лекарственного средства, проконсультируют по вопросам порядка отпуска из аптеки и применению лекарств, хранению в домашних условиях, дадут справку о сроках годности.

Во исполнение Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ в части дополнительного лекарственного обеспечения населения в отделе работает телефон «горячей» линии, одной из задач которой является осуществление информационного взаимодействия между участниками программы ДЛО. Это единственная в городе справочная служба, которая предоставляет сведения федеральным льготникам по телефону. Сотрудники оперативно оказывают адресную помощь, по каждому конкретному случаю выявляют причины поступившего обращения, проводят разъяснительную работу среди обратившихся граждан по вопросам дополнительного лекарственного обеспечения.

В справочную Центра можно обращаться за консультациями и разъяснениями при возникновении сомнений в качестве приобретаемых препаратов. Получить информацию об изъятии лекарственных средств, приостановке их ре-

**Подделки лекарственных средств, выявленные в Астраханской области в 2000–2006 гг.**





лизации или отзыве производителем можно на сайте [www.kfd.marketcenter.ru](http://www.kfd.marketcenter.ru).

Специалистами отдела качества Центра проводится планомерная работа по предотвращению поступления в учреждения здравоохранения области лекарственных препаратов, не отвечающих установленным требованиям. С этой целью разработаны и внедрены эффективные компьютерные технологии, позволяющие осуществлять мониторинг качества лекарственных средств, поступающих в аптечную и лечебную сеть области от предприятий оптовой торговли медицинскими препаратами, с просмотром образцов поступающего товара и экспертизой документов, подтверждающих качество лекарственных средств.

Мониторинг качества позволяет выявлять и предотвращать реализацию:

- фальсифицированных препаратов и препаратов, имеющих признаки фальсификации;
- недоброкачественных лекарственных средств, отдельные показатели качества которых не соответствуют требованиям нормативной документации;
- препаратов, обращение которых на территории России приостановлено на основании писем Росздравнадзора;
- лекарственных средств, подлежащих изъятию из обращения решением Росздравнадзора;
- препаратов, производителями которых принято решение об отзыве их из реализации.

За период с 2000 по 2006 годы на территории области выявлено 126 серий фальсифицированных лекарственных средств.

Специалисты Центра участвуют в мероприятиях по проверкам аптечных и лечебных учреждений здравоохранения, проводимых совместно с представителями территориального

управления Росздравнадзора по Астраханской области, представителями органов внутренних дел области. В ходе проверок определяется соответствие производства, изготовления, качества, эффективности, безопасности и оборота лекарственных средств установленным требованиям, а также осуществляется работа по выявлению фальсифицированных, недоброкачественных лекарственных средств, препаратов с истекшим сроком годности и медицинских товаров, подлежащих изъятию из обращения.

Созданная в Центре компьютерная база данных по фальсифицированным и забракованным лекарственным средствам позволяет оперативно доводить информацию в отдаленные районы области. Специалистами отдела качества осуществляется выпуск информационного бюллетеня (который может осуществляться по электронной почте, либо на бумажном носителе) с информацией по лекарственным средствам ненадлежащего качества. Это способствует своевременному отслеживанию и изъятию из аптечной сети фальсифицированных и недоброкачественных препаратов. Обобщенная информация для потребителей регулярно издается в областных средствах массовой информации. Работает «горячая» телефонная линия, позволяющая потребителю получить информацию о качестве приобретенных лекарственных средств.

Таким образом, для предотвращения поступления фальсификатов на всех этапах потребления лекарственных средств должен осуществляться строгий контроль. Центр качества лекарственных средств остается эффективным барьером на пути оборота фальшивок и способствует обеспечению населения качественной лекарственной помощью.



## ООО «ЦЕНТРОМЕД-ПЛЮС»

117246, г. Москва, ул. Обручева, 52

e-mail: [cmед@com2com.ru](mailto:cmед@com2com.ru); [www.cmедplus.ru](http://www.cmедplus.ru)

тел./факс: (495) 719-96-00, 718-50-55, 719-95-55

### Производство и реализация одноразового инструментария

Наименование	Цена, руб./шт.
Зонд <b>универсальный</b> урогенитальный однораз., стерильный, уп. 1/2 шт.	4,10 / 3,35
Зонд <b>комбинированный</b> гинекологический однораз., стерил., уп. 1/2 шт.	6,60 / 5,90
Шпатель гинекологический однораз., стерильный, уп. 1/2 шт.	2,60 / 2,20
Кюретка внутриматочная <b>типа Пайпель</b> однораз., стерильная	120,00

реклама

## Организация противотуберкулезной помощи населению Ставропольского края в современных условиях

Одинец В. С., к.м.н., засл. врач РФ, гл. врач ГУЗ «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер», г. Ставрополь

В последнее время проблема туберкулеза рассматривается на всех уровнях в Российской Федерации. Первый заместитель Председателя Правительства РФ Д. Медведев на совещании 29 июня 2007 г. поручил министрам здравоохранения и социального развития, чрезвычайных ситуаций, финансов РФ с участием заинтересованных федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов РФ обеспечить устранение выявленных нарушений законодательства РФ в области предотвращения распространения туберкулеза.

Несмотря на то, что в последние годы борьбе с туберкулезом в РФ уделялось существенное внимание, радикального перелома в развитии ситуации с туберкулезом не достигнуто, она остается стабильно напряженной. Социальный, экономический и медицинский ущерб, наносимый туберкулезом обществу, все еще значителен. Россия, где заболеваемость туберкулезом по сравнению с 1990 г. увеличилась более чем в 2 раза, а смертность от него – в 1,5 раза, относится к числу 22 стран с наиболее значительной распространенностью туберкулеза. Ежегодная заболеваемость всеми формами туберкулеза в нашей стране превышает 80 случаев на 100 тыс. населения.

Для Ставропольского края, в связи с его приграничным географическим положением, проблема борьбы с туберкулезом имеет особое значение. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в Ставропольском крае за 4 года (2003-2006) свидетельствуют об относительной стабилизации ситуации.

В текущем году стало возможным изучить эффективность основного курса лечения больных туберкулезом с использованием когортного анализа. Если эффективный курс химиотерапии в/в больных, зарегистрированных для лечения в 2005 г., по РФ составил 63,9%, по ЮФО – 67,9%, то по Ставропольскому краю – 71,1%. Неэффективный курс химиотерапии по Ставропольскому краю составил 6% против 13,2% по ЮФО и 13,5% по РФ.

Основными ресурсами повышения эффективности лечения, на наш взгляд, являются:

- усиление работы по раннему выявлению больных туберкулезом;
- акцентирование работы по раннему выявлению туберкулеза среди лиц, не проходивших профилактические осмотры на туберкулез более двух лет;
- организации комплексного лечения больных и контролируемой химиотерапии на всех этапах;

### Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу за 2006 г. в Ставропольском крае (СК), ЮФО и РФ

Показатель	СК	ЮФО	РФ
<b>Данные на 100 тыс. населения</b>			
Заболеваемость территориальная	66,2	71,5	82,4
Заболеваемость постоянного населения	52,3	61,4	67,9
Заболеваемость детей	10,2	12,7	16,1
Смертность от туберкулеза (данные за 2005 г.)	15,2	23,4	22,6
Охват профилактическими осмотрами	73,8	59,2	58,2
<b>Данные в %</b>			
Удельный вес туберкулеза легких с деструкцией	44,6	54,9	50,3
Удельный вес умерших, неизвестных диспансеру	0,8	0,6	2,4
Удельный вес фиброзно-кавернозного туберкулеза среди в/в больных	1,5	1,4	2,2
Удельный вес больных, выявленных при профосмотрах	63,2	54,0	54,5
Закрытие полостей распада	70,8	57,4	50,3

- улучшение качества культуральной диагностики туберкулеза с определением лекарственной чувствительности, в том числе – усовершенствованными методами (ВАСТЕС).

Сегодня организация борьбы с туберкулезом в России регламентируется правовой базой. Она предусматривает наличие системы профилактики туберкулеза, сложившейся в советское время, и включает ряд прогрессивных элементов международной стратегии:

- Закон РФ от 18.06.01 №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ»;
- Постановление Правительства РФ от 25.12.01 №892 «О реализации закона «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ»;
- Постановление главного государственного санитарного врача РФ от 22.04.03 №62 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил СП.3.1.1295-03»;
- Постановление Правительства РФ от 30.12.06 №885 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2007 год»;
- Приказ МЗ РФ от 23.05.03 №109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ»;
- Приказ МЗ РФ от 13.02.04 №50 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза»;
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.10.06 №690 «Об утверждении учетной документации по выявлению туберкулеза методом микроскопии»;
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 19.04.07 №282 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового».

2 марта 2007 г. издан приказ Минздравсоцразвития РФ №143 «О создании Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в РФ». Центр создан как структурное подразделение на базе ФГУ «ЦНИИ Организации и информатизации здравоохранения Росздрава».

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» реализуется:

- Проведение дополнительной диспансеризации населения, в т.ч. направленное на выявление новых случаев туберкулеза.
- Оснащение диагностическим оборудованием муниципальных учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-социальную помощь населению (обеспечение муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений стационарными и передвижными флюорографическими аппаратами, что позволит повысить выявляемость больных туберкулезом).

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 19.04.07 №282 утвердил необходимость оцен-

ки эффективности деятельности врача-терапевта участкового в разделе противотуберкулезных мероприятий.

С целью повышения уровня противотуберкулезных мероприятий в Ставропольском крае в течение 2005-2006 гг. изданы следующие приказы:

- «Об усилении мер по профилактике туберкулеза в Ставропольском крае», регламентирующий ежегодное флюорографическое обследование всего населения, начиная с 15 лет;
- «О реализации мероприятий Проекта Международного банка реконструкции и развития «Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза и СПИДа по компоненту «Туберкулез»;
- «По дальнейшему совершенствованию своевременного выявления туберкулеза внелегочных локализаций в Ставропольском крае».

Это позволило в нашем крае существенно улучшить процесс выявления внелегочного туберкулеза (2004 – 4,9; 2005 – 5,1; 2006 – 5,6 случаев на 100 тыс. населения; 9 месяцев 2007 г. – 4,3 против 3,8 в 2006 г.). Доля запущенных форм за этот же период снизилась с 16 до 9,4%. В данном случае это говорит о том, что многие больные смогли излечиться быстрее, без операции и утраты трудоспособности.

С 2006 г. фтизиатрами Ставропольского края проводится работа по реализации ст. 10 Федерального закона от 18.06.01 №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ». За 2006 г. по инициативе фтизиатров направлено в суд 52 исковых заявления о принудительной госпитализации больных различными формами туберкулеза, неоднократно нарушающих санитарно-противоэпидемический режим и умышленно уклоняющихся от лечения. За первое полугодие 2007 г. подано уже 42 иска. Но даже осуществленная по решению суда госпитализация таких пациентов не решает проблему, так как отсутствуют стационары закрытого типа.

На территории нашего края реализуется ряд международных проектов.

- Проект МБРР «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа», компонент «Туберкулез».
- Программа Глобального фонда «Стратегия лечения населения РФ, уязвимого к туберкулезу».
- Программа Всемирной организации здравоохранения «Туберкулез в мире» в проекте «Борьба с мультирезистентным туберкулезом путем совершенствования диагностики в Ставропольском крае, РФ».

ГУЗ ККПТД участвовал в конкурсах Программы Глобального фонда и выиграл 5 грантов на получение оборудования и финансовых средств на общую сумму 174,2 тыс. долл., в т.ч. на осуществление проектов:

- Совершенствование мер инфекционного



контроля в лечебных учреждениях противотуберкулезного профиля;

- Внедрение системы мониторинга туберкулеза на региональном уровне;
- Совершенствование организации раннего выявления и контролируемого лечения больных туберкулезом;
- Формирование приверженности к лечению у больных туберкулезом, проходящих контролируемое амбулаторное лечение;
- Совершенствование инфраструктуры лабораторной базы в лечебных учреждениях Министерства здравоохранения и социального развития.

Кроме того, грант на 18,3 тыс. долл. получила краевая туберкулезная больница «Бурукшун» для совершенствования мер инфекционного контроля, еще 3 диспансера (Пятигорск, Буденновск и Кисловодск) получают гранты на совершенствование инфраструктуры лабораторной службы. Всего в рамках Программы РФ за 2006-2007 гг. уже получено оборудования и финансовые средства на общую сумму 2737 тыс. руб.

По Проекту Международного банка реконструкции и развития «Диагностика, профилактика и лечение туберкулеза и СПИДа» поступило оборудования и противотуберкулезных препаратов на сумму более 16 млн руб. В рамках Российско-Германской Программы «Борьба с мультирезистентным туберкулезом путем усовершенствования диагностики в Ставропольском крае, РФ» получено оборудование для бактериологической лаборатории ГУЗ ККПТД на сумму 250 тыс. евро. Кроме того, на грант немецкой неправительственной организации «Штернштунден» (34 тыс. евро) построена детская площадка, оснащен компьютерный класс в детском отделении краевого диспансера.

С целью повышения качества лабораторной диагностики туберкулеза в крае проведены обучающие семинары для специалистов разных профилей общей лечебной и фтизиатрической сети. В июле 2006 г. в обучении приняли участие секретарь секции микробиологии, иммунологии Международного союза борьбы с туберкулезом (Париж), директор супранациональной лаборатории по микробиологической диагностике (Мюнхен), президент неправительственной организации «Кураторий туберкулеза в мире» (Германия), эксперт-консультант программ ВОЗ по борьбе с туберкулезом, профессор Кнут Фельдман; представитель ФСВОК, д.б.н. Шульгина М.В.; представитель московского офиса ВОЗ Е.В. Данилова; зав. каф. лабораторной диагностики ФПО СтавГМА Ю.В. Первушин; гл. внештатный специалист МЗ СК по лабораторной диагностике Ковалевич Н.И.; гл. фтизиатр МЗ СК Одинец В.С., специалисты ГУЗ ККПТД.

Финансирование противотуберкулезных ме-

роприятий в крае осуществляется из средств федерального, краевого и муниципальных бюджетов, внебюджетных источников.

Финансирование за счет федеральной и ведомственной программ в Ставропольском крае производится на достаточно высоком уровне, однако необходимо отметить, что потребность превышает запланированные по ведомственной программе средства на 40-45%. Основные статьи расходов по федеральной и ведомственной программам – противотуберкулезные препараты и медицинское оборудование. В 2006 г. в рамках поставок оборудования по федеральной целевой программе в ГУЗ ККПТД поступила установка для утилизации медицинских отходов Newster-10 с автоматическим упаковщиком стоимостью 6125,3 тыс. руб. и расходные материалы к ней на сумму 1521,9 тыс. руб.

В заключение можно сделать выводы о том, что большинство основных эпидемиологически значимых показателей (заболеваемость туберкулезом постоянного населения, заболеваемость всех категорий населения, заболеваемость туберкулезом детей, болезненность, смертность от туберкулеза) в Ставропольском крае стабильно лучше, чем в среднем по ЮФО и РФ. Но при этом эпидемическая ситуация по туберкулезу в крае остается сложной.

Для улучшения ситуации в Ставропольском крае в отношении туберкулеза необходимо:

- выделение дополнительных финансовых средств для осуществления комплекса противотуберкулезных мероприятий в полном объеме;
- закрепление существующих и привлечение квалифицированных кадров в учреждения противотуберкулезной службы;
- стимулирование труда медицинских работников противотуберкулезной службы путем установления доплаты для сотрудников госучреждений здравоохранения противотуберкулезной службы за счет средств краевого бюджета, для специалистов фтизиатрической службы муниципальных учреждений – за счет средств муниципальных образований;
- увеличение размера выделяемых финансовых средств в рамках краевой ведомственной программы для приобретения резервных противотуберкулезных препаратов;
- улучшение материально-технической базы противотуберкулезных учреждений, осуществление капитального ремонта стационарных и диспансерного отделений головного учреждения ГУЗ ККПТД;
- увеличение размера финансовых средств, выделяемых на питание больных туберкулезом;
- осуществление социальной поддержки больных туберкулезом путем выделения финансовых средств на бесплатный проезд к месту обследования и лечения на период контролируемого лечения.



РУ МЗ РФ №2006/346 от 24.03.06

### CL-50

Анализатор мочи.  
 10 параметров,  
 120 анализов/час.  
 Память 1000 результатов.



РУ МЗ РФ №2006/1087 от 12.12.06

### BioChem SA

Биохимический полуавтомат.  
 Проточная кювета.  
 Русифицирован.  
 8 фильтров, 101 методика,  
 память 1060 результатов,  
 сенсорный экран,  
 встроенный принтер,  
 КК 31 день.



РУ МЗ РФ №2006/1458 от 21.03.06

### OPTI Lion

Кассетный анализатор  
 электролитов, проба (цельная  
 кровь, сыворотка, плазма)  
 125 мкл, встроенный принтер,  
 память на 200 результатов, нет  
 затрат при простое



РУ МЗ РФ №2003/1242 от 29.06.03

### Erma PCE-210

Автоматический  
 гематологический анализатор,  
 встроенный принтер,  
 проба 20 мкл (10 в режиме  
 микрообразца), управление с  
 сенсорного экрана, 60 ан./час,  
 память на 200 результатов.

### Erma PCE-90

Полуавтоматический  
 гематологический анализатор,  
 9 параметров, 3 гистограммы,  
 встроенный принтер,  
 объем пробы 40 мкл, память на  
 100 результатов.

### GEM 2005, Интермедика

Программное обеспечения для  
 гематологических  
 анализаторов.



РУ МЗ РФ №2005/365 от 09.03.05

### Unico H604

Универсальный клинический  
 лабораторный бинокулярный  
 микроскоп,  
 Широкопольные окуляры  
 10X/18 мм,  
 Револьверная головка на 5  
 объективов,  
 4 ПЛАН-АХРОМАТ объектива.  
 Освещение Кеплера

### Unico M250, HTI

Общепрофессиональный  
 бинокулярный микроскоп;  
 Широкопольные окуляры  
 10X/18 мм с диоптрийной  
 настройкой,  
 4 АХРОМАТ-объектива/  
 Встроенная регулируемая  
 система освещения: 6В, 20Вт,  
 галоген.



РУ МЗ РФ №2006/1385 от 12.12.06

### E-Lyte5

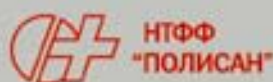
Анализатор электролитов крови  
 для определения концентрации  
 Na, K, Cl, Ca, pH.  
 Метод измерения: прямая  
 потенциометрия.  
 Скорость выполнения анализа:  
 30 секунд.  
 Исследуемые образцы: кровь,  
 моча.  
 Объем образца для выполнения  
 анализа: 65 мкл.  
 Низкая стоимость расходных  
 материалов и электродов.  
 Встроенный принтер.  
 Память на 1000 результатов.

Гарантия. Установка. Сервисное обслуживание.  
 Биохимические, гематологические реагенты и расходные материалы

Тел./Факс: [495] 232-02-13  
 Москва, ул. Островитянова 1/1А, оф.227  
 intermedika@col.ru, www.intermedika.ru

# РЕАМБЕРИН®

мы создаем  
УНИКАЛЬНОЕ



НТФФ  
"ПОЛИСАН"

[www.polysan.ru](http://www.polysan.ru)

реклама

**СБАЛАНСИРОВАННАЯ  
АКТИВНАЯ  
ДЕТОКСИКАЦИЯ**



- **Первый в мире инфузионный раствор янтарной кислоты**
- **Мощное детоксицирующее действие**
- **Изотоничен и сбалансирован по содержанию К, Na, Mg и Cl**
- **Доказанная эффективность, хорошая переносимость и безопасность применения**
- **Разрешен к применению в педиатрии**
- **Производится в соответствии с международным стандартом качества GMP**

Per№ 001043/01-2002

**Форма выпуска:** стеклянные флаконы по 200 и 400 мл

**Показания к применению:**

Острые и хронические интоксикации различной этиологии



## Фармакологическая защита миокарда при коронарном шунтировании у больных с постинфарктной стенокардией

Гелис Л.Г., Медведева Е.А., Островский Ю.П., Севрук Т.В., Устинова И.Б., Петров Ю.П., РНПЦ «Кардиология», г. Минск

Современные технологии лечения инфаркта миокарда (тромболизис, ангиопластика, стентирование, коронарное шунтирование), основанные на методах реперфузии миокарда, являются весьма эффективными, поскольку они значительно снижают летальность и частоту развития осложнений, а также повышают качество жизни пациентов. Однако восстановление коронарного кровотока в ишемизированном миокарде, наряду с несомненным положительным эффектом, может оказывать и негативное действие, вызывая обратимые и необратимые реперфузионные повреждения [5].

Реперфузионные поражения миокарда чаще всего ассоциируются с активацией свободнорадикального окисления (оксидативный стресс), внутриклеточной перегрузкой кальцием, нарушением метаболизма, микроваскулярной и эндотелиальной дисфункцией, а также с активацией нейтрофилов, тромбоцитов и иммуновоспалительной активности [8].

Клиническими проявлениями реперфузионных повреждений являются синдром невосстановленного кровотока (no-reflow) и, крайне редко, летальная реперфузия с некрозом миокарда (необратимая клеточная смерть) [2].

В зависимости от характера реперфузионных повреждений, восстановление функции миокарда происходит через несколько часов или даже дней после реперфузии. Но в ряде случаев реперфузионные повреждения могут осложняться миокардиальной патологией с развитием в последующем дилатации полости левого желудочка (ЛЖ), сердечной недостаточности, различных видов нарушений ритма. Реперфузионные тахикардии затрудняют восстановление сократительной функции сердца после кардиоплегии [6] и могут являться причиной внезапной смерти [5, 6]. Механизмы реперфузионных аритмий имеют комплексную природу и в настоящее время недостаточно изучены. Среди патогенетических факторов реперфузионных аритмий наибольшее значение отводится двум – образованию свободных радикалов и усилению предшествующей гетерогенности миокарда. Оба фактора имеют непосредственную связь с реперфузией ранее ишемизированного миокарда [7]. Ишемические и реперфузионные повреждения миокарда чаще всего возникают после прямой реваскуляризации миокарда (коронарном шунтировании) [9].

На сегодняшний день не существует клинически приемлемых способов для предотвращения развития дополнительной ишемии кардиомиоцитов во время инвазивных процедур реваскуляризации, однако можно предпринять попытку защитить клетки миокарда от последствий ишемии в такой ситуации.

Фармакологическая защита миокарда, направленная на уменьшение постишемического и реперфузионного повреждения кардиомиоцитов, является одним из ключевых факторов, влияющих на результаты инвазивного лечения больных ИБС, особенно у лиц с ранней постинфарктной стенокардией [4]. Поэтому изучение целесообразности и эффективности применения кардиопротекторов является чрезвычайно актуальным для современной кардиологии. В настоящее время для повышения эффективности инвазивного лечения и улучшения прогноза, как правило, используются бета-блокаторы, иАПФ, статины, триметазидин.

Наблюдение больных ОИМ с восстановленным коронарным кровотоком указывает на то, что воспалительные реакции в миокарде опосредованы цитокинами (интерлейкины) ИЛ-8 и ИЛ-6, что открывает новые перспективы в плане снижения реперфузионного повреждения путем фармакологических вмешательств против специфических цитокинов. Это положение подтверждается исследованиями таких агентов, как простагландин Е и ингибитор  $\text{Na}^+/\text{H}^+$ -обмена, которые оказывают прямое защитное действие на кардиомиоциты и значительно уменьшают миокардиальное повреждение у пациентов с прямой реваскуляризацией миокарда [9].

Для восстановительного лечения в качестве метаболической базисной терапии используется также реамберин, который регулирует тканевой метаболизм и связанные с этим процессы энергопродукции. Реамберин оказывает универсальное – в плане «метаболической реанимации клетки» – влияние на клеточное дыхание, синтез белков, катионно-анионный баланс. При клиническом использовании препарата установлено, что реамберин предпочтителен при электрической нестабильности миокарда, зачастую приводящей к многообразным нарушениям сердечного ритма и проводимости. Наряду с этим, он повышает сократительную способность сердечной мышцы. Реамберин также является эффективным препаратом в плане коррекции дисциркуляторной и слож-

ного генеза энцефалопатии, а также способствует быстрому улучшению нарушенных функций гепатоцитов, что весьма важно у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями при инвазивных вмешательствах [1].

Реамберин применяется в клинической практике относительно недавно, преимущественно у больных инфарктом миокарда в раннем восстановительном периоде и при кардиохирургических вмешательствах [3].

Учитывая метаболические свойства реамберина и высокую эффективность при реконструктивных операциях на сердце и на этапе раннего восстановительного лечения после инфаркта миокарда, целесообразно изучить эффективность применения вышеуказанного препарата для фармакологической защиты миокарда у лиц с постинфарктной стенокардией до и после коронарного шунтирования.

**Цель исследования:** оценка эффективности использования реамберина для предоперационной подготовки и после коронарного шунтирования у пациентов с крупноочаговым инфарктом миокарда, осложнившимся постинфарктной стенокардией.

**Материал и методы.** В исследование включены 45 пациентов с Q-позитивным инфарктом миокарда, осложненным постинфарктной стенокардией. В 1-ю группу вошли 20 (44,4%) пациентов, которым в течение 3 суток до и 3-5 суток после аортокоронарного шунтирования вводился 1,5% раствор реамберина в количестве 200-400 мл. Во 2-ю группу – 25 (55,6%) пациентов с базисной терапией без кардиопротекции. Средний возраст в 1-й группе составил  $56,2 \pm 7,2$  года, во 2-й –  $57,4 \pm 6,4$  года. Пациенты обеих групп были сопоставимы по сопутствующей патологии, количеству пораженных артерий, фракции выброса левого желудочка (таблица 1). Артериальная гипертензия выявлена у 16 (80%) лиц 1 группы и у 20 (80%) больных 2 группы, инфаркт миокарда в анамнезе – у 12 (60%) лиц 1 группы и у 14 (56%) пациентов 2 группы, инсулиннезависимый сахарный диабет – у 8 (40%) и 10 (40%) больных соответственно. Дислипидемия наблюдалась в 40 (88,8%) случаях, гиперфибриногенемия – у 31 (68,8%) пациента. Повышенный уровень СРБ выявлен в 24 (53,3%) случаях.

Таблица 1

**Клинико-функциональная характеристика пациентов в группах наблюдения**

Показатель	1 группа	2 группа
Количество пациентов, n (%)	20 (44,4%)	25 (55,6%)
Средний возраст (лет)	$56,2 \pm 7,2$	$57,4 \pm 6,4$
Сахарный диабет, n (%)	8 (40%)	10 (40%)
Артериальная гипертензия, n (%)	16 (80%)	20 (80%)
ИМ в анамнезе, n (%)	12 (60%)	14 (56%)
Сердечная недостаточность по NYHA (среднее значение)	$2,4 \pm 0,2$	$2,6 \pm 0,4$
Среднее кол-во пораженных сосудов (коронароангиография)	$3,5 \pm 1,2$	$3,5 \pm 1,6$
Стеноз ствола ЛКА, n (%)	4 (20%)	2 (8%)
Однососудистое поражение КА, n (%)	1 (5%)	2 (8%)
Двухсосудистое поражение КА, n (%)	3 (15%)	5 (20%)
Множественное поражение КА, n (%)	16 (80%)	18 (72%)
Фракция выброса ЛЖ, %	$46,5 \pm 6,6$	$43,2 \pm 6,4$

Всем пациентам были выполнены биохимические исследования крови на кардиоспецифичные ферменты (миоглобин, СКМВ, тропонин I) и коагулограмма. Инструментальная диагностика включала в себя электрокардиоотопографию (ЭКТОГ-60), эхокардиографию (ЭхоКГ), суточное мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ) с помощью систем «Кардиан» и «Зимед», коронароангиографию по стандартным методикам. Клинико-инструментальные исследования проводились при поступлении в стационар, при выписке и через 9 месяцев наблюдения.

С помощью ЭКТОГ-60 оценивалась площадь ишемического поражения ( $nST+nT$ ,  $\Sigma R$ ) и площадь некроза ( $nQ$ ,  $nQS$ ) желудочков.

По ЭхоКГ измерялись и рассчитывались следующие показатели: конечный диастоли-

ческий размер, конечный диастолический объем, конечный систолический размер, конечный систолический объем, фракция выброса ЛЖ, индекс локальной сократимости миокарда. Для оценки процессов ремоделирования ЛЖ рассчитывали индекс относительной толщины стенки ЛЖ ( $ИОТ = TMЖП + TMЗС / КДД$ ), миокардиальный стресс ( $МС = 0,334 \times АД \text{ сист.} \times КСД / TMЗСд \times (1 + TMЗСд / КСД)$ ). Диастолическая функция изучалась с помощью доплер-ЭхоКГ. Для этого использовались показатели: максимальная скорость кровотока в фазу быстрого наполнения (пик E), максимальная скорость кровотока в систолу предсердия (пик A), отношение E/A, время изоволюмического расслабления ЛЖ, время замедления кровотока раннего диастолического наполнения, максимальная ско-

рость диастолического ретроградного кровотока в легочных венах.

С помощью ХМ-ЭКГ оценивались нарушения ритма сердца: количество желудочковых экстрасистол в сутки и количество желудочковых экстрасистол высоких градаций по Лауну; ишемия миокарда (суммарная продолжительность ишемических эпизодов, количество и продолжительность болевых и безболевых эпизодов ишемии).

С помощью коронароангиографии оценивались степень и локализация сужений коронарных артерий, тип кровоснабжения сердца, выраженность коллатерального кровотока.

Пациенты основной и контрольной групп получали комплексную медикаментозную терапию, включающую аспирин, низкомолекулярные гепарины, нитраты, иАПФ, бета-блокаторы, статины.

Всем пациентам коронарное шунтирование выполнялось в условиях искусственного кровообращения. Продолжительность времени

ишемии составила  $70,2 \pm 20,1$  мин. в 1 группе и  $74,16 \pm 29,8$  мин. – во 2 группе наблюдения. Продолжительность времени искусственного кровообращения составила  $102,2 \pm 28,6$  мин. в 1 группе и  $110,86 \pm 36,1$  мин. – во 2-й. Среднее количество шунтов в 1 группе –  $3,3 \pm 1,1$ , в том числе  $1,7 \pm 0,4$  артериальных анастомоза и  $1,6 \pm 0,6$  венозных анастомоза, во 2 группе –  $3,15 \pm 0,8$  шунта, из них артериальных анастомозов –  $1,5 \pm 0,6$ , венозных –  $1,65 \pm 1,12$ . Полнота реваскуляризации миокарда в 1 группе составила 94,2%, во 2 группе – 89,2%. У всех пациентов в качестве шунта использовалась внутренняя грудная артерия. АКШ, МКШ с реконструктивными операциями выполнено у 4 (20%) пациентов из 1 группы (у всех – пластика митрального клапана, в том числе с пластикой аневризмы ЛЖ у 1 пациента) и у 6 (24%) больных из 2 группы (у 5 – пластика митрального клапана, у 1 – пластика трикуспидального клапана). Сроки оперативного вмешательства представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Сроки коронарного шунтирования в группах наблюдения**

Сроки вмешательства	1 группа, n (%)	2 группа, n (%)
3-14 суток	4 (20%)	4 (16%)
15-30 суток	6 (30%)	11 (44%)
31-60 суток	10 (50%)	10 (40%)

У всех пациентов оперативное лечение проводилось по неотложным показаниям в связи с ангинозным синдромом, рефрактерным к медикаментозной терапии, и/или нестабильной гемодинамикой. При этом в большинстве случаев наблюдалось увеличение показателя СРБ до  $8 \pm 2,2$  г/л и фибриногена – до  $5,2 \pm 1,1$  г/л, что свидетельствовало об активности воспалительного процесса и повышенном тромбогенном риске у этой категории лиц. В предоперационном периоде у больных с ранней постинфарктной стенокардией (3-14 суток) среднее значение тропонина I составило  $6,2 \pm 4,5$  нг/мл.

**Результаты исследования.** К моменту выписки из стационара клиническая стабилизация состояния достигнута у 20 (100%) пациентов 1 группы наблюдения и у 24 (96%) – из 2 группы наблюдения. Госпитальной летальности в обеих группах не было.

В раннем послеоперационном периоде острая сердечная недостаточность развилась у 2 (10%) пациентов из 1 группы и у 7 (28%) – из 2 группы, из которых трое (12%) нуждались в установке внутриаортальной баллонной контрапульсации (таблица 3). Всем пациентам с ОШ инотропная поддержка допамином проводилась в дозе 3-5 мг/кг/мин. в течение 3-5 суток. Нарушения ритма сердца в виде пароксизмов мерцательной аритмии и частой желудочковой

экстрасистолии, наблюдаемые у 2 (10%) пациентов из 1 группы и у 6 (24%) – из 2 группы, купировались назначением бета-блокаторов или в/в введением кордарона. Посткардиотомный синдром выявлен у 7 (35%) пациентов 1 группы и у 14 (56%) – 2 группы, причем плевральная пункция выполнялась 3 (15%) больным из 1 группы и 9 (36%) – из 2 группы. Ни у одного пациента не наблюдалось послеоперационного кровотечения (см. таблицу 3).

У пациентов 1 группы (получавших реамбе-рин) достоверно реже наблюдалось развитие острой сердечной недостаточности даже при оперативном вмешательстве, выполненном в сроки до 1 месяца после перенесенного инфаркта миокарда. Значительно уменьшилось и количество послеоперационных нарушений ритма, что свидетельствует об уменьшении последствий ишемических и реперфузионных повреждений миокарда. Следует отметить, что у лиц из 1 группы значительно реже развивался посткардиотомный синдром, который протекал с менее выраженными клиническими проявлениями.

Через 9 месяцев наблюдения у лиц из 1 группы случаев возвратной стенокардии не зарегистрировано, в то время как во 2 группе стенокардия напряжения ФК II выявлена у 3 (12%) пациентов (см. таблицу 4).



Таблица 3

**Осложнения коронарного шунтирования  
в зависимости от сроков оперативного вмешательства**

Осложнения	3-14 суток		15-30 суток		31-60 суток	
	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.
Кол-во лиц, n (%)	4 (20%)	4 (16%)	6 (30%)	11 (44%)	10 (50%)	10 (40%)
Острая СН, n (%)	1 (5%)	5 (20%)	1 (5%)	1 (4%)	-	1 (4%)
Нарушения ритма, n (%)	1 (5%)	1 (4%)	1 (5%)	3 (12%)	-	2 (8%)
Возвратная стенокардия	-	-	-	1 (4%)	-	2 (8%)

Таблица 4

**Клинические исходы заболевания у больных с постинфарктной стенокардией  
после коронарного шунтирования за 9 месяцев наблюдения**

	1 группа	2 группа
Клиническая стабилизация, n (%)	20 (100%)	22 (88%)
Возвратная стенокардия, n (%)	-	3 (12%)
Регоспитализация, n (%)	-	1 (4%)
Класс сердечной недостаточности (NYHA)	1,3±0,2	1,7±0,3

Класс сердечной недостаточности по NYHA в 1 группе при выписке уменьшился с 2,4±0,2 до 1,4±0,3 и через 9 месяцев наблюдения составил 1,3±0,2. Во 2 группе класс СН по NYHA при выписке уменьшился с 2,6±0,4 до 1,6±0,2 и через 9 месяцев наблюдения составил 1,68±0,3.

Регоспитализаций по поводу нестабильной стенокардии в 1 группе не было, а во 2-й группе регоспитализирован 1 (4%) пациент через 4 месяца после оперативного вмешательства.

Противоишемический эффект реамберина подтверждается данными прекардиального картирования (таблица 5) и ХМ-ЭКГ (таблица 6).

Таблица 5

**Динамика показателей прекардиального картирования (ЭКГГ-60)**

Показатель	1 группа (реамберин)		2 группа	
	исходно	9 мес.	исходно	9 мес.
Зона некроза - nQ	22,2±1,6	15,2±1,4*	24,6±1,8	20,1±1,3
Зона ишемии - nST+nT	18,4±2,6	10,2±2,1*	16,8±1,3	13,4±1,5

Примечание: \* - достоверность различий (p<0,05) между исходным состоянием и 9 месяцами наблюдения в каждой группе пациентов.

Таблица 6

**Данные ХМ-ЭКГ у больных с постинфарктной стенокардией в группах наблюдения (M±m)**

	1 группа		2 группа	
	исходно	9 мес.	исходно	9 мес.
Среднесуточное количество ЖЭ	2350,2±126,4	220,7±21,0***	2438,5±140,4	380,6±40,5***
ЖЭ более 30 за час, n (%)	6 (30%)	-	8 (32%)	4 (16%)*
Суммарная продолжительность ишемии, мин. (ΣST)	82,8±12,0	5,4±2,0***	90,6±16,0	16,0±11,4**
Кол-во болевых эпизодов	4,6±0,4	-	4,4±0,3	2,1±0,5**
Продол. болевых эпизодов, мин.	20,2±5,0	-	24,0±8,2	9,0±6,2*
Кол-во безболевых эпизодов	8,2±0,7	1,4±0,3***	7,1±0,3	3,0±0,8*
Продол. безболевых эпизодов, мин.	62,6±22,0	5,4±2,0***	66,6±12,0	7,1±5,0**
Амплитуда смещения ST, мм	2,40±0,05	1,0±0,04*	2,24±0,05	1,60±0,08*

Примечание. Достоверность различий между исходным состоянием и 9 месяцами наблюдения в каждой группе пациентов: \* - достоверность (p<0,05), \*\* - достоверность (p<0,01), \*\*\* - достоверность (p<0,001).

Анализ ЭКТГ-60 выявил положительную динамику показателей в обеих группах пациентов, однако в группе лиц с использованием реамберина через 9 месяцев наблюдения отмечено достоверное уменьшение зоны ишемии (nST+nT) и зоны крупноочаговых рубцовых изменений (nQ).

Высокая эффективность методов прямой реваскуляризации и защиты миокарда подтверждалась также данными суточного мониторинга ЭКГ (см. табл. 6). При выписке и через 9 месяцев наблюдения в обеих группах пациентов достоверно уменьшилось количество желудочковых экстрасистол, причем у лиц из 1 группы уже в раннем послеоперационном периоде достоверно реже наблюдались пароксизмы мерцательной аритмии и желудочковые нарушения ритма. В обеих группах наблюдения зафиксировано достоверное уменьшение суммарной продолжительности эпизодов ишемии миокарда как при выписке, так и через 9 месяцев после госпитализации (1 группа исходно:  $\Sigma ST=82,8 \pm 12,0$  мин., через 9 месяцев –  $5,4 \pm 2,0$  мин. ( $p < 0,001$ ), 2 группа исходно:  $\Sigma ST=90,6 \pm 16,0$  мин., через 9 месяцев –  $16,0 \pm 11,4$  мин. ( $p < 0,01$ )). У пациентов из груп-

пы реамберина при выписке и через 9 месяцев наблюдения отсутствовали эпизоды болевой ишемии, в то время как во 2 группе количество эпизодов болевой ишемии составило  $2,1 \pm 0,5$ . Количество эпизодов безболевой ишемии миокарда в 1 группе уменьшилось с  $8,2 \pm 0,7$  до  $1,4 \pm 0,3$  ( $p < 0,001$ ), а во 2 группе – с  $7,1 \pm 0,3$  до  $3,0 \pm 0,8$  ( $p < 0,05$ ) эпизодов через 9 месяцев наблюдения. Продолжительность безболевых эпизодов в 1 группе уменьшилась с  $62,6 \pm 22,0$  мин. до  $5,4 \pm 2,0$  мин. ( $p < 0,001$ ) через 9 месяцев наблюдения, а во 2 группе – с  $66,6 \pm 12,0$  мин. до  $7,1 \pm 5,0$  мин. ( $p < 0,01$ ) (см. табл. 6). Наряду с этим уменьшилась амплитуда смещения сегмента ST с  $2,40 \pm 0,05$  мм до  $1,0 \pm 0,04$  мм в 1-й группе и с  $2,24 \pm 0,05$  мм до  $1,60 \pm 0,08$  мм – во 2-й. Полученные данные свидетельствуют о долгосрочном влиянии коронарного шунтирования на снижение ишемии миокарда и о противоишемическом и антиаритмическом влиянии реамберина у больных с постинфарктной стенокардией.

По ЭхоКГ у пациентов двух групп исходно отмечалось нарушение систолической и диастолической функций ЛЖ. Динамика показателей ЭхоКГ отражена в таблице 7.

Таблица 7

**Динамика ЭхоКГ-показателей у больных с постинфарктной стенокардией в группах наблюдения (M±m)**

Показатель	1 группа (реамберин)		2 группа	
	исходно	9 мес.	исходно	9 мес.
КДИ, мл/м <sup>2</sup>	76,5±14,1	60,2±8,4*	80,8±16,1	64,5±12,4*
КСИ, мл/м <sup>2</sup>	41,5±11,5	31,2±6,8*	43,5±11,2	33,7±9,8*
ИЛСМ	1,64±0,30	1,52±0,25	1,69±0,12	1,50±0,14
ФВлж, %	46,5±6,6	52,9±7,0*	47,0±9,4	50,5±8,9
МС, дин/м <sup>2</sup>	186,5±14,8	160,0±17,4*	178,4±19,8	166,2±17,0
ИОТ	0,36±0,09	0,39±0,09	0,38±0,07	0,39±0,11
ИММЛЖ, г/м <sup>2</sup>	154,1±16,3	126,9±15,8*	148,7±10,2	134,2±16,4
ФВпж, %	53,6±3,8	58,4±4,2	52,4±4,8	58,4±5,4

Примечание: \* - достоверность различий ( $p < 0,05$ ) между исходным состоянием и 9 месяцами наблюдения в каждой группе пациентов.

После хирургического вмешательства, при выписке и через 9 месяцев наблюдения у пациентов обеих групп отмечалось улучшение систолической и диастолической функций желудочков, и, соответственно, уменьшение количества лиц с дезадаптивным типом ремоделирования. У пациентов 1 группы отмечалось достоверное уменьшение показателей КДИ (конечный диастолический индекс) с  $76,5 \pm 14,1$  до  $60,2 \pm 8,4$  мл/м<sup>2</sup>, КСИ (конечный систолический индекс) с  $41,5 \pm 11,5$  до  $31,2 \pm 6,8$  мл/м<sup>2</sup>,

увеличение фракции выброса с  $46,5 \pm 6,6\%$  до  $52,9 \pm 7,0\%$  ( $p < 0,05$ ), уменьшение показателя миокардиального стресса со  $186,5 \pm 14,8$  дин/см<sup>2</sup> до  $160,0 \pm 17,4$  дин/см<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ) и ИММЛЖ (индекс массы миокарда ЛЖ) со  $154,1 \pm 16,3$  г/м<sup>2</sup> до  $126,9 \pm 15,8$  г/м<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ), при этом у лиц из 2 группы достоверно уменьшились лишь показатели КДИ с  $80,8 \pm 16,1$  до  $64,5 \pm 12,4$  мл/м<sup>2</sup> и КСИ с  $43,5 \pm 11,2$  до  $33,7 \pm 9,8$  мл/м<sup>2</sup>, наметилась тенденция к уменьшению индекса локальной сократимости миокарда с

1,69±0,12 до 1,50±0,14 и увеличению фракции выброса с 47,0±9,4% до 50,5±8,9% (p>0,05). Фракция выброса правого желудочка и ИОТ (индекс относительной толщины стенок в диастолу) имели тенденцию к увеличению в двух группах пациентов. Проанализировав вышеуказанную динамику показателей ЭхоКГ в группах пациентов, можно говорить о том, что на-

значение реамберина до и после коронарного шунтирования позитивно влияет на процессы ремоделирования миокарда. Это подтверждается также положительной динамикой диастолической функции у пациентов с постинфарктной стенокардией после АКШ, МКШ, которым проводилась защита миокарда реамберином (таблица 8).

Таблица 8

**Типы диастолической дисфункции у больных с постинфарктной стенокардией в группах наблюдения**

Типы дисфункции	1 группа (реамберин)		2 группа	
	исходно	9 мес.	исходно	9 мес.
Рестриктивный, n (%)	2 (10%)	-	5 (20%)	3 (12%)
Псевдонормальный, n (%)	6 (30%)	2 (10%)	10 (40%)	7 (28%)
Анормальное расслабление, n (%)	12 (60%)	1 (5%)	10 (40%)	5 (20%)
Норма, n (%)	-	17 (85%)	-	10 (40%)

В обеих группах больных отмечалось достоверное уменьшение количества лиц с гипертрофическим типом диастолической дисфункции на 55% и 20% соответственно, псевдонормальным – на 20% и 12% и рестриктивным типом диастолической дисфункции на 10% и 8%. Нормализация показателей диастолической функции произошла у 85% лиц из 1 группы и у 40% – из 2 группы. Диастолическая дисфункция правого желудочка исходно наблюдалась у 14 (70%) пациентов из 1 группы и у 12 (48%) – из 2 группы, что связано с локализацией инфаркта миокарда у лиц основной группы (поражением нижней стенки с вовлечением правого желудочка). Нормализация показателей через 9 месяцев наблюдения произошла у 7 (35%) лиц 1 группы и у 5 (20%) – из 2 группы.

Таким образом, в ходе исследования установлено, что у лиц основной группы (получавших реамберин) отмечалось более благоприятное течение послеоперационного периода, чем в контрольной группе: достоверно реже регистрировались нарушения ритма, острая сердечная недостаточность, уменьшилась выраженность проявлений посткардиотомного синдрома. При выписке и через 9 месяцев наблюдения у пациентов 1 группы отмечалась достоверная положительная динамика по данным ЭКГ-60, ХМ-ЭКГ и ЭхоКГ. Полученные данные свидетельствуют о кардиопротекторном, антиишемическом и антиоксидантном свойствах реамберина, благодаря которым данный препарат может быть рекомендован к использованию в качестве фармакологической защиты миокарда у больных с постинфарктной стено-

кардией при подготовке к коронарному шунтированию и в раннем восстановительном периоде после АКШ, МКШ.

**Выводы**

Коронарное шунтирование у больных с постинфарктной стенокардией способствует клинической стабилизации 96% пациентов при выписке и 88% – через 9 месяцев наблюдения после операции.

Использование реамберина в качестве предоперационной подготовки и после оперативного лечения уменьшает количество таких послеоперационных осложнений, как острая сердечная недостаточность, нарушения сердечного ритма и посткардиотомный синдром.

Применение реамберина способствует уменьшению случаев возвратной стенокардии и безболевой ишемии миокарда в раннем послеоперационном периоде и через 9 месяцев наблюдения, что подтверждается данными ХМ-ЭКГ о достоверном снижении суммарной продолжительности ишемии миокарда, количества и продолжительности болевых и безболевых эпизодов ишемии и данными ЭКГ-60 об уменьшении зоны крупноочаговых рубцовых изменений и зоны ишемии миокарда.

Прямая реваскуляризация миокарда препятствует процессам патологического ремоделирования миокарда у пациентов с постинфарктной стенокардией. Использование реамберина способствует наиболее быстрому восстановлению как систолической, так и диастолической функций миокарда, что связано с его кардиопротекторными и противоишемическими свойствами.



### Литература

1. Андриадзе Н.А., Отаришвили Н.О., Сукоян Г.В. и др. Применение энергостима при остром инфаркте миокарда. // Рос. мед. вести. – 2001. – №2. – С. 31-42.
2. Бокерия Л.А., Маликов В.Е., Сигаев И.Ю. и др. Системы энергетического обеспечения, ПОЛ и лизосомальных ферментов при трансмиокардиальной лазерной реваскуляризации и ее сочетании с аортокоронарным шунтированием. // Бюлл. эксперим. биол. – 2002. – Прилож. 2. – С. 40-43.
3. Крачак Д.И., Золотухина С.Ф., Комиссарова С.М., Шестакова Л.Г., Лазюк Д.Г., Сидоренко Г.И., Буко И.В. Интраоперационное применение 1,5% раствора реамберина в кардиохирургии. // Сборник материалов XIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – М, 3-7 апреля 2006 г.
4. Маликов В.Е., Сукоян Г.В., Юситов А.С. Способы кардиопротекции при хирургической реваскуляризации миокарда. – М: Изд-во НЦССХ им. Бакулева А.Н. РАМН, 2005. – С. 56.
5. Пархоменко А.Н., Иркин О.И., Кожунов С.Н. Возможности фармакологической защиты миокарда при синдроме ишемии-реперфузии в эксперименте и клинической практике. – Киев: Лікі України. – 2002. – №7-8. – С. 2-11.
6. Шабалин А.В., Никитин Ю.П. Защита кардиомиоцита. Современное состояние и перспективы. // Кардиология. – 1999. – 78. – С. 1-8.
7. Beller G.A. Diagnostic accuracy of thallium-201 myocardial perfusion imaging. // Circulation. – 1991; 84 (3). – P. 11-16.
8. Charney R., Schwinger M.E., Chun J. et.al. Dobutamin echocardiography and resting-redistribution Thallium-201 scintigraphy predicts recovery of hibernating myocardium after coronary revascularization. // Am. Heart. J. – 1994; 128. – P. 864-869.
9. Gibson R.S., Watson D.D., Taylor G.J. Prospective assessment of regional myocardial perfusion before and after coronary revascularization surgery by quantitative thallium-201 scintigraphy. // J. Am. Coll. Cardiol. – 1983; 1. – P. 804-815.

## Диагностика и хирургическое лечение ишемической болезни головного мозга

Углов А.И., д.м.н., зав. отд. сердечно-сосудистой хирургии  
 НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД»,  
 г. Ростов-на-Дону

Инсульт уверенно занимает первое место среди причин стойкой утраты трудоспособности. Летальность в течение первого года после инсульта составляет 35-38%, а в целом нарушения мозгового кровообращения являются причиной 25% смертельных исходов от всех болезней. В США инсульт как причина смерти устойчиво занимает третье место, а к труду возвращаются менее половины перенесших его людей. Качество жизни больных с постинсультным неврологическим дефицитом значительно снижено: трудоспособны только 20-25% из них, большинство нуждаются в посторонней помощи, а 17% полностью зависят от нее.

От половины до двух третей всех ишемических инсультов в той или иной степени связаны с поражением экстракраниальных артерий атеросклеротического генеза. Влияние стенозирующих и окклюзирующих поражений ветвей дуги аорты на мозговую гемодинамику и целесообразность ангиохирургических вмешательств для профилактики ишемических инсультов и лечения хронической недостаточности мозгового кровообращения не подлежит сомнению. Высокая частота этих поражений, значимость для развития инсультов (20-30% которых обус-

ловлены поражением сонной артерии), а также доступность пораженного сегмента для прямых вмешательств предопределили повышенное внимание к этому участку сосудистого русла со стороны сосудистых хирургов и нейрохирургов.

Американская кардиологическая ассоциация, чьи рекомендации носят законодательный характер для врачей США и обеспечиваются средствами страховых компаний, однозначно рекомендует хирургическое лечение пациентам с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий.

Количество ежегодно выполняемых операций при патологии брахиоцефальных артерий только в США составляет около 100 тысяч в год. В РФ при большем уровне заболеваемости количество операций – около 3 тысяч в год. Столь существенное отставание объясняется неудовлетворительным взаимодействием между неврологами, кардиологами, терапевтами и сосудистыми хирургами. Большинству врачей общей практики и неврологов поликлинического звена неизвестно современное состояние вопросов диагностики и лечения стенозирующего атеросклероза экстракраниальных сосудов.

Патогенетическое значение атеросклеротической бляшки сонной артерии в развитии инсульта связано с тремя основными механизмами.

1. Прогрессирующее снижение перфузионного давления вследствие нарастания стеноза артерии. Сужение артерии, достигающее 75%, приводит к существенному повышению сопротивления на уровне стеноза, снижению давления в постстенотических сегментах, что приводит к развитию гипоперфузии бассейна средней мозговой артерии и развитию гемодинамического инфаркта в зонах кровоснабжения бассейнов средней мозговой артерии, с одной стороны, и передней и задней мозговых артерий – с другой.

2. Артерио-артериальная микроэмболия ветвей мозговых артерий атероматозными массами, микротромбами с поверхности бляшки. Эмболический механизм является ведущим в патогенезе преходящих нарушений мозгового и ретинального кровообращения, малых корковых инфарктов в бассейне средней мозговой артерии.

3. Переход стеноза артерии в острую окклюзию вследствие тромбоза артерии, как правило, приводит к развитию обширных корково-подкорковых инфарктов в бассейне средней мозговой артерии.

### Клиническая и инструментальная диагностика патологии экстракраниальных сосудов

Диагностика окклюзирующих поражений магистральных артерий состоит из этапов клинического и инструментального обследования.

В клинической диагностике ишемической болезни мозга важную роль для выявления систолического шума играет определение пульсации височных артерий и аускультация артерий шеи. Следует иметь в виду, что отсутствие шума в проекции сонной артерии не отвергает наличие стенотического процесса, т.к. систолический шум выслушивается лишь при наличии стеноза более 70% и может отсутствовать при окклюзии артерии. Асимметрия пульса на височных артериях свидетельствует о стенозе (окклюзии) сонной артерии с ипсилатеральной стороны, так же, как и снижение давления в центральной артерии сетчатки.

Основанием к проведению углубленного обследования головного мозга и его сосудистой системы для исключения локальных поражений является наличие анамнестических указаний на острую ишемию мозга или сетчатки, факт выявления атеросклероза артерий нижних конечностей, коронарных артерий.

Ведущее значение в определении показаний к хирургическому лечению атеросклероти-

ческого поражения магистральных артерий головы и шеи имеют методы ультразвуковой (УЗ) и лучевой сосудистой диагностики. Они позволяют определять характер и степень окклюзирующего поражения, состояние компенсаторных механизмов, функциональное состояние церебральной гемодинамики.

Последовательность применения отдельных методов инструментальной диагностики для выявления окклюзирующих поражений магистральных артерий шеи и головного мозга может быть следующей:

1. УЗ-сканирование или УЗ-томография периферических артерий. Эти методы в некоторых аспектах более информативны, чем ангиография (позволяют определить степень стеноза и структуру атеросклеротической бляшки), однако они могут быть использованы лишь для лоцирования сосудов шеи и их возможности достаточно ограничены у больных с патологической извитостью сосудов, и, в отличие от стенозов СА, ни в коей мере не могут заменить обязательное ангиографическое исследование.
2. МР-ангиография (МР-А). Ее преимущество выявляется в диагностике стенозов и окклюзий внутричерепных ветвей сонных артерий. МР-А артериального круга преследует цель изучения коллатерального кровотока. Если имеется замкнутый артериальный круг, то визуализируются передняя и задняя соединительные артерии. Для оценки состояния артериального круга лучше использовать фазово-контрастную МР-А. В настоящее время чувствительность МРТ в раннем выявлении признаков ишемического поражения головного мозга превышает КТ и составляет около 90% против 60% для КТ.
3. Спиральная КТ-ангиография. Чувствительность метода в диагностике степени стеноза составляет 100%, специфичность – 87,5%.
4. Церебральная ангиография. Является «золотым стандартом» в качестве визуализации просвета сосудистого русла. Подавляющее большинство авторов, несмотря на успехи в развитии неинвазивных методов, считают ангиографию обязательной и безусловной для качественной постановки диагноза. В настоящее время церебральная ангиография занимает главное место в диагностическом обследовании сосудов головного мозга.
5. Дигитальная субтракционная ангиография (ДСА) – технология, появившаяся в 80-е годы, связана с развитием компьютерной техники и новых контрастных веществ с низкой токсичностью и высокой разрешающей способностью. При венозном доступе введение контрастного вещества менее травматично, поскольку катетер устанавли-

вается в сосуды, не имеющие высокого кровяного давления.

Основными показаниями к проведению ангиографического исследования являются диагностированные гемодинамически значимые стенозические поражения магистральных артерий головного мозга и шеи в случаях диагностических расхождений по данным различных методов или при подозрении на стеноз интракраниального сегмента внутренней сонной артерии.

Альтернативой рентгеноконтрастной ангиографии могут быть ЯМР-ангиография и спиральная КТ шеи с контрастированием. ЯМР-ангиография ветвей дуги аорты в последнее время все больше и больше заменяет рентгеноконтрастную ангиографию. Она является безопасным и более дешевым методом исследования, чем ангиография. Хирургическое лечение церебрального атеросклероза преследует прежде всего профилактические цели и является частью комплекса мер вторичной профилактики ишемического инфаркта мозга. Разработаны различные способы хирургической реваскуляризации мозга, однако в ходе многочисленных кооперативных исследований статистически доказана профилактическая эффективность только каротидной эндартерэктомии. Профилактическое значение транслюминальной ангиопластики еще не доказано ввиду недостаточности клинического материала.

Помимо атеросклероза, важнейшей причиной стенозирования брахиоцефальных артерий является неспецифический аорто-артериит (болезнь Такаясу). Это системное сосудистое заболевание аллергически-воспалительного генеза, поражающее аорту и ее ветви. В отличие от атеросклероза, который поражает преимущественно пожилых мужчин, аорто-артериит значительно чаще встречается у молодых женщин. Типичная локализация неспецифического аорто-артериита – подключичные, почечные, сонные артерии, проксимальный сегмент брюшной аорты.

Другой частой причиной хронической недостаточности мозгового кровообращения является патологическая извитость сонных или позвоночных артерий (кинкинг). В 1956 г. Kistin и в 1959 г. Quattlebaum впервые описали успешные операции резекции удлинённых сонных артерий у больных, перенесших ишемические инсульты. По данным разных исследователей, кинкинг встречается у женщин чаще, чем у мужчин.

Окклюзия подключичной артерии в первом сегменте при сохранении проходимости позвоночной артерии приводит к развитию позвоночно-подключичного синдрома обкрадывания. Этот синдром редко сопровождается ишемией руки ввиду развития коллатералей. Прояв-

лением синдрома позвоночно-подключичного обкрадывания является развитие клиники вертебрально-базиллярной недостаточности.

Синдром каротидно-подключичного обкрадывания возникает при окклюзии брахиоцефального ствола при условии интактного устья общей сонной артерии (ОСА). Снижение давления в устье ОСА приводит к инверсии антеградного кровотока на ретроградный с заполнением подключичной артерии и ее ветвей через ОСА. Одновременно с этим возникает и правосторонний синдром позвоночно-подключичного обкрадывания. Синдром позвоночно-подключичного обкрадывания с возвратом в ОСА возникает при наличии проходимых устьев позвоночной и ОСА. Развитие этого сложного гемодинамического феномена возникает при недостаточности коллатерального кровообращения через передние отделы виллизиева круга, когда артериальное давление в устье правой ОСА выше, чем в ее дистальном сегменте и в ее ветвях. В этом случае поток крови из позвоночной артерии разделяется, заполняя русло подключичной артерии, и возвращается в ОСА (отсюда название этого синдрома).

Диагностика этих синдромов состоит в определении исходного направления кровотока в ОСА и изменения величины кровотока при проведении пробы реактивной гиперемии. При создании давления в манжете с резкой декомпрессией возникает эффект «экспресс-сброса» с усилением либо ретроградного кровотока по ОСА (при синдроме каротидно-подключичного обкрадывания), либо антеградного кровотока (при синдроме позвоночно-подключичного обкрадывания с возвратом в ОСА), что легко регистрируется при каротидной доплерографии ОСА. Диагностика сопутствующего позвоночно-подключичного обкрадывания проводится точно так же, как и при изолированной окклюзии подключичной артерии.

Показания к хирургическому лечению устанавливаются при наличии обоих синдромов или одного из них. При асимптомном течении окклюзии подключичной артерии оперативное лечение не показано даже при подтверждении позвоночно-подключичного обкрадывания. При окклюзии подключичной артерии в первом сегменте чаще всего выполняется имплантация подключичной артерии в ОСА. При сопутствующем поражении ОСА, когда имплантация в нее невозможна, при наличии явных клинических показаний выполняется операция аорто-подключичного протезирования.

Окклюзия брахиоцефального ствола является одной из классических моделей гемодинамического механизма развития ишемии головного мозга как вследствие хронической редукции мозгового кровотока, так и в связи с возникно-



вением синдромов обкрадывания. При стенозе брахиоцефального ствола нередким является механизм эмболии, причиной которого является атеросклеротическая бляшка. При поражении брахиоцефального ствола превалируют симптомы вертебрально-базилярной недостаточности, поэтому показания к хирургическому лечению такие же, как при поражении позвоночных артерий или подключичной артерии в первом сегменте. При окклюзии наиболее частой является операция протезирования. Опе-

рации на сосудах, питающих головной мозг, нельзя рассматривать как самостоятельный метод лечения ишемии мозга. Хирургические вмешательства должны быть составной частью комплексного лечения больных с этой патологией, хотя именно операция может сыграть решающую роль в спасении жизни больного. Успех в лечении больных ишемической болезнью головного мозга может быть достигнут лишь при теснейшем сотрудничестве невропатологов, кардиологов и ангиохирургов.

## Трехмерный ультразвук – из прошлого в будущее

*Лукьянова И.Г., к.м.н., директор по маркетингу представительства MEDISON в России, г. Москва*

Современные ультразвуковые технологии в настоящее время невозможно представить без трехмерной реконструкции изображений. Первые попытки построения трехмерного изображения (3D) относятся к 70-м годам прошлого столетия, однако низкое разрешение ультразвуковых приборов, слабая компьютерная база делали подобные исследования очень длительными (до 40 минут на получение одного изображения) и не гарантировали результат. В дальнейшем с развитием технической базы исследования стали менее трудоемкими, но выполнялись лишь спорадически в некоторых лечебных учреждениях благодаря самоотверженному труду редких энтузиастов.

Системные трехмерные исследования стали возможны только после создания компанией **MEDISON** (Республика Корея) первого цифрового ультразвукового сканера с функцией трехмерной реконструкции, поступившего в коммерческую продажу в конце 90-х годов. Фактически именно с этого времени идет отсчет клинического применения 3D и начала эры принципиально новых ультразвуковых диагностических возможностей.

Компания **MEDISON** – известная во всем мире компания по разработке и производству медицинских диагностических ультразвуковых систем на основе передовых технологий, отвечающих международным стандартам завтрашнего дня. Многие специалисты ультразвуковой диагностики хорошо знакомы с оборудованием компании **MEDISON**, которая поставляет ультразвуковую технику в Россию для медицинских центров, клиник и специалистов частной практики более 20 лет.

За годы, прошедшие с момента разработки трехмерного изображения для медицинского

ультразвука, компанией **MEDISON** был создан и реализован на ультразвуковых сканерах целый ряд уникальных технологий, сделавших ее безусловным лидером.

3D-диагностика нашла свое широкое применение в акушерстве, гинекологии, онкологии, а также других областях. Клиническая значимость 3D в первую очередь обусловлена возможностью оценить пространственное расположение органов и различных структур относительно друг друга, визуализировать кровотоки с анализом архитектоники сосудистого русла и типа перфузии органов и патологических очагов.

Компания **MEDISON** имеет 8 представительств и более 110 дилеров по всему миру: представительства открыты в США, Германии, России, Японии, Китае, Индии и Бразилии, головной европейский офис находится в Нидерландах.

**MEDISON** выделяет значительные средства для научных разработок и внедрения новых передовых технологий и систем, принимает активное участие и спонсирует многие международные медицинские конгрессы и форумы, проводит обучающие программы и тренинги для врачей. **MEDISON** активно поддерживает врачей ультразвуковой практики в России, например, издает и бесплатно рассылает научный медицинский журнал *Sonoace Internatioanl*. Открыта Международная школа по ультразвуку для врачей-специалистов, она организует семинары на актуальные темы с обязательной практической программой. Компания **MEDISON** направляет свои усилия на высокое качество и технические инновации.

Заходите к нам на сайт [www.medison.ru](http://www.medison.ru) и вы найдете ответы на многие вопросы по технологиям и ультразвуковому оборудованию.

see it all   
MEDISON

# Диагностика со скоростью звука



Система **SONOACE X8** – это мощь и быстрдействие. Она является стандартом диагностических ультразвуковых систем завтрашнего дня. **SONOACE X8** предлагает высокую скорость решения любых задач, обеспечивая максимальную пропускную способность и высокую диагностическую точность.

**SONOACE X8** открывает новое поколение ультразвукового оборудования, внося вклад в развитие передовых технологий.

## SONOACE X8





Новый профессиональный аппарат,  
впервые объединяющий две технологии лечения –  
СКЭНАР и КОСМОДИК.

*Он не лучше –  
он такой, каким он должен быть с самого начала.*



## Здоровье корректирующие технологии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у юных спортсменов

Тертышная Е.С., ГУЗ «ЦВМиР №1» РО, г. Ростов-на-Дону

Нередко встречающиеся у спортсменов хронический печеночный болевой синдром, дискинезия желчного пузыря и другие нарушения, лимитирующие физическую работоспособность, объясняют повышенное внимание исследователей к изучению влияния максимальных физических нагрузок на функциональное состояние печени (Бугубаева С.Ж., 1980; Семавин А.П. и соавт., 1984) и делают данную проблему в спортивной медицине особенно актуальной.

Лечение заболеваний органов пищеварения в детском возрасте относится к числу сложных разделов педиатрии. Основу комплексной терапии детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляет диета, назначение антисекреторных и антацидных препаратов, ферментов и желчегонных средств, прокинетики. Несмотря на существующие успехи в лечении данных заболеваний, есть и резервы для улучшения результатов, связанные, прежде всего, с максимально возможной индивидуализацией и применением немедикаментозных профилактических методов. Это позволяет снизить количество применяемых фармацевтических препаратов, не снижая эффективности терапии. Включение в программы здоровья корректирующих технологий физических факторов, таких, как СКЭНАР, и применение гомеопатических и антигемотоксических препаратов повышает эффективность проводимой реабилитации.

Медицинская реабилитация спортсменов является в настоящее время одним из приоритетных направлений медицины. Она должна осуществляться в условиях учреждения, располагающего всеми видами восстановительного лечения, высококвалифицированными кадрами, имеющего в достаточном объеме средства эффективного контроля, а также хорошо налаженную связь с другими лечебными учреждениями, и должна начинаться на самых ранних стадиях болезни, дополняя комплексное лечение.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение особенностей течения гастродуоденитов при функциональных изменениях гепа-

тобилиарной системы у юных спортсменов для разработки новых подходов к профилактике и коррекции.

### Задачи исследования

- Разработать программы профилактики и коррекции дисфункциональных изменений билиарного тракта и реабилитации гастродуоденальной патологии у юных спортсменов.
- Оценить эффективность применяемых схем профилактики и коррекции дисфункциональных изменений организма юных спортсменов.

В исследовании участвовали 152 спортсмена с заболеваниями ЖКТ в возрасте 10-15 лет. Наблюдение осуществлялось в отделении спортивной медицины и реабилитации детей, занимающихся спортом, ГУЗ «ЦВМиР №1» в течение 2004-2007 гг. Тренировочный стаж составлял от 2 до 8 лет. По видам спорта юные спортсмены распределились следующим образом: плавание – 50%, единоборства – 15%, занимающиеся комплексными видами спорта – 35%.

Участники клинических наблюдений были разделены на 2 группы:

- I группа (контрольная, 81 человек) получали лечение только медикаментозными препаратами;
- II группа (основная, 71 человек) получали гомеопатическую терапию в сочетании с немедикаментозными методами, в частности, СКЭНАР-терапией (рис. 1).

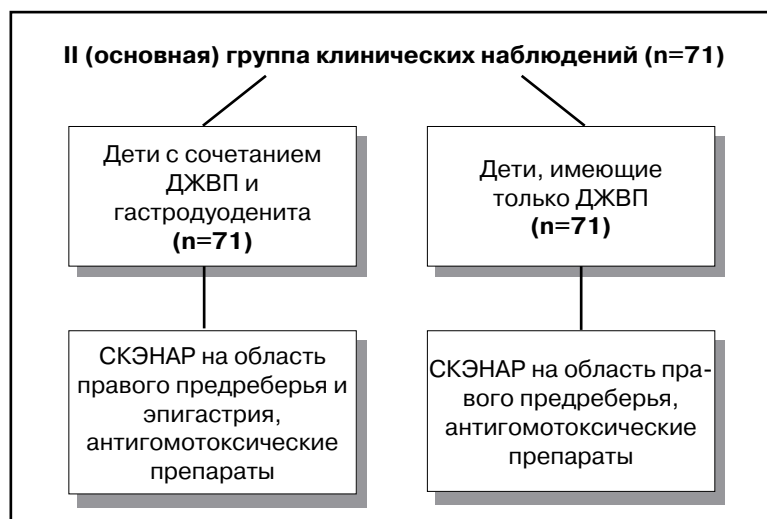


Рис. 1

Всем детям проводилось клиничко-инструментальное обследование. Эффективность тренировочного процесса юных спортсменов оценивалась нами в следующие мезоциклы – общеподготовительный, базовый, предсоревновательный, соревновательный и восстановительный.

Наблюдение велось в динамике 2-3 раза в год, при необходимости – до 6-8 раз в год. Наиболее частыми жалобами среди обследованных юных спортсменов являлись боли в животе (32,1%), тошнота (7,4%) и рвота (3,1%). При анализе локализации очагов хронической инфекции у юных спортсменов выявлены: хронический тонзиллит (9,3%), кариес (4,3%), гайморит (6,2%), хронический ринит (6,2%).

В I-й (контрольной) группе клинических наблюдений применялась аллопатическая терапия согласно утвержденным МЗ РФ стандартам медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов пищеварения: препараты, нормализующие секреторную (фамотидин, омепразол) и моторную (мотилиум) функцию желудка, цитопротекторы, желчегонные препараты. Группы сравнения были разделены на 2 подгруппы: спортсмены, имеющие дискинезию желчевыводящих путей (ДЖВП), и спортсмены, у которых ДЖВП сочеталась с гастродуоденитами.

Во II (основной) группе клинических наблюдений у юных спортсменов с ДЖВП у 41 ребенка (57,8%) нарушение шло по гипокинетическому типу, у 30 (42,2%) – по гиперкинетическому (рис. 2). В этой группе спортсменов отмечались следующие аномалии желчного пузыря: перегиб в теле и шейке – у 5 человек (10,6%), перегиб в теле – у 8 (17%), перегиб в шейке – у 26 (55,4%). В 8 наблюдениях (17%) желчный пузырь имел нормальную форму.

У 34 детей (из 71), имеющих ДЖВП, процесс сочетался с гастродуоденитом.

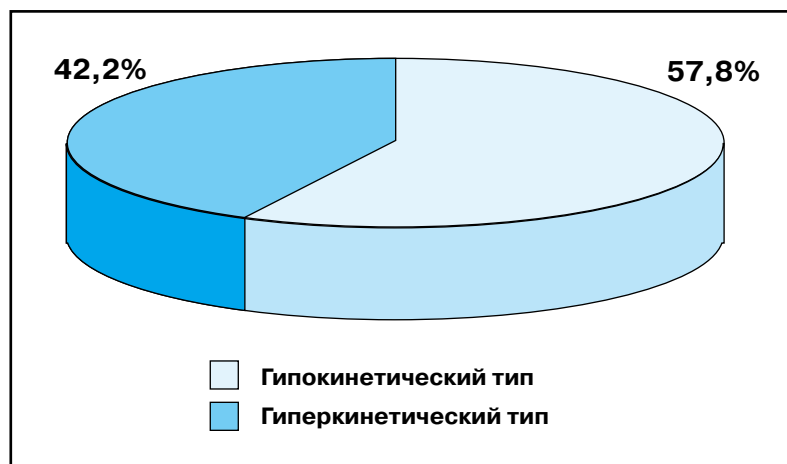


Рис.2. Структура дискинезии желчевыводящих путей

Нами был разработан комплекс здоровьескорректирующих технологий, который включал щадящий режим тренировки с дальнейшей его оптимизацией, лечебные мероприятия, направленные на нормализацию функционального состояния печени и желчевыводящих путей, и регрессию воспалительного процесса в желудке и 12-перстной кишке. Всем детям с ДЖВП и гастродуоденитами назначалось лечебное питание, антигомотоксические препараты и СКЭНАР-терапия. Данная схема назначалась 2 раза в год, как правило, в предсоревновательный период (рис. 3).

Процедуры проводились ежедневно, в ряде случаев – через 1-3 дня. Длительность процедуры составляла в среднем 20 минут. В ряде случаев СКЭНАР-терапия сочеталась с лечебным одеялом ОЛМ-1. Продолжительность курса – 8-10 процедур. Завершение курса определялось по самочувствию пациента и по правилам СКЭНАР-экспертизы (Ревенко А.Н.). При необходимости через 2-4 недели проводились повторные курсы.

В работе использовались различные методики сочетания непрерывного и индивидуально-дозированного режимов с обработкой зон общей регуляции, локальных зон (с учетом висцерокутанных взаимосвязей), дистальных отделов конечностей.

Переносимость процедур в 96% случаев была хорошей – к окончанию процедуры у пациентов наблюдалось расслабление, легкая сонливость. В единичных случаях процедура вызывала вегетативные реакции в виде головокружения, подташнивания, общей слабости, которые купировались после нескольких процедур.

Установлено, что после проведения 1 курса лечения антигомотоксическими препаратами в сочетании со СКЭНАР-терапией на проекцию желчного пузыря во II (основной) группе у детей, имеющих ДЖВП (37 человек), жалобы, типичные при ДЖВП (боли в правом подреберье, диспепсические расстройства, метеоризм), перестали предъявлять практически все дети, а у 30 детей (81%) не отмечалось следующего сезонного обострения. У остальных 7 детей сроки сезонных обострений сдвинулись на 2-4 месяца, т.е. на более поздние сроки. При проведении контрольного дуоденального зондирования отмечены некоторые положительные сдвиги. Так, у 6 детей (16,2%) исчез дуоденостаз, у 9 (24,3%) – уменьшился гипертонус сфинктера Одди, гипер- и гипокинезия желчного пузыря снизилась у 4

и 5 детей соответственно (в среднем 12,1%), у 6 детей (16,2%) исчезли признаки застоя желчи, у 3 (11,5%) – найдено уменьшение фона песка (билирубината кальция и кристаллов холестерина).

Результаты динамического изучения биохимических показателей крови выявили, что после примененного лечебно-профилактического воздействия происходит восстановление метаболической функции печени. Это проявлялось, в частности, в восстановлении сопряженности углеводного, липидного и белкового обменов, о чем свидетельствует изменение уровня молочной кислоты, СЖК и ЭКА в крови юных спортсменов всех основных групп.

В I-й (контрольной) подгруппе юных спортсменов, имеющих ДЖВП (47 человек), боли в правом подреберье сохранялись у 14 детей (29,8%). Сезонное обострение наблюдалось у 24 детей (51%). При проведении контрольного дуоденального зондирования только у 2 детей исчез дуоденостаз, у 4 – уменьшился гипертонус сфинктера Одди, гипер- и гипокинезия желчного пузыря снизилась у 3 и 4 детей соответственно (в среднем 7,4%), у 4 детей (8,5%) исчезли признаки застоя желчи.

Во II-й (основной) группе клинических наблюдений, получавшей гомеопатические препараты и СКЭНАР-терапию на проекцию желчного пузыря и область эпигастрия, у 81,8% детей, имеющих сочетание ДЖВП и гастродуоденитов, болевой синдром и диспепсические расстройства купировались после 5 процедур. При использовании общепринятой аллопатической терапии в I-й группе боль и диспепсия прекратились у 91,7% детей только через 4 недели от начала лечения.

По данным ФГДС, в основной группе спортсменов после первого курса гомеопатической терапии, сочетанной с электровоздействием,

гастроэзофагеальный рефлюкс исчез у 76,2% детей, а после окончания аллопатической терапии – у 62,5%. Дуоденогастральный рефлюкс купировался после терапии у 57,1% пациентов основной и у 25% детей группы сравнения. Динамика воспаления слизистой оболочки желудка в обеих группах была идентичной. Регресс лимфоидной гиперплазии слизистой оболочки достигнут у 21 человека (61,9%), получавшего антигомтоксические препараты в сочетании со СКЭНАР-терапией, а после общепринятой терапии – у 7 пациентов (20,8%). Признаки воспаления слизистой оболочки луковицы 12-перстной кишки исчезли во II-й (основной) группе у 10 детей (29,4%) и у 6 (17,6%) детей I-й группы, которым назначались аллопатические препараты (рис. 4).

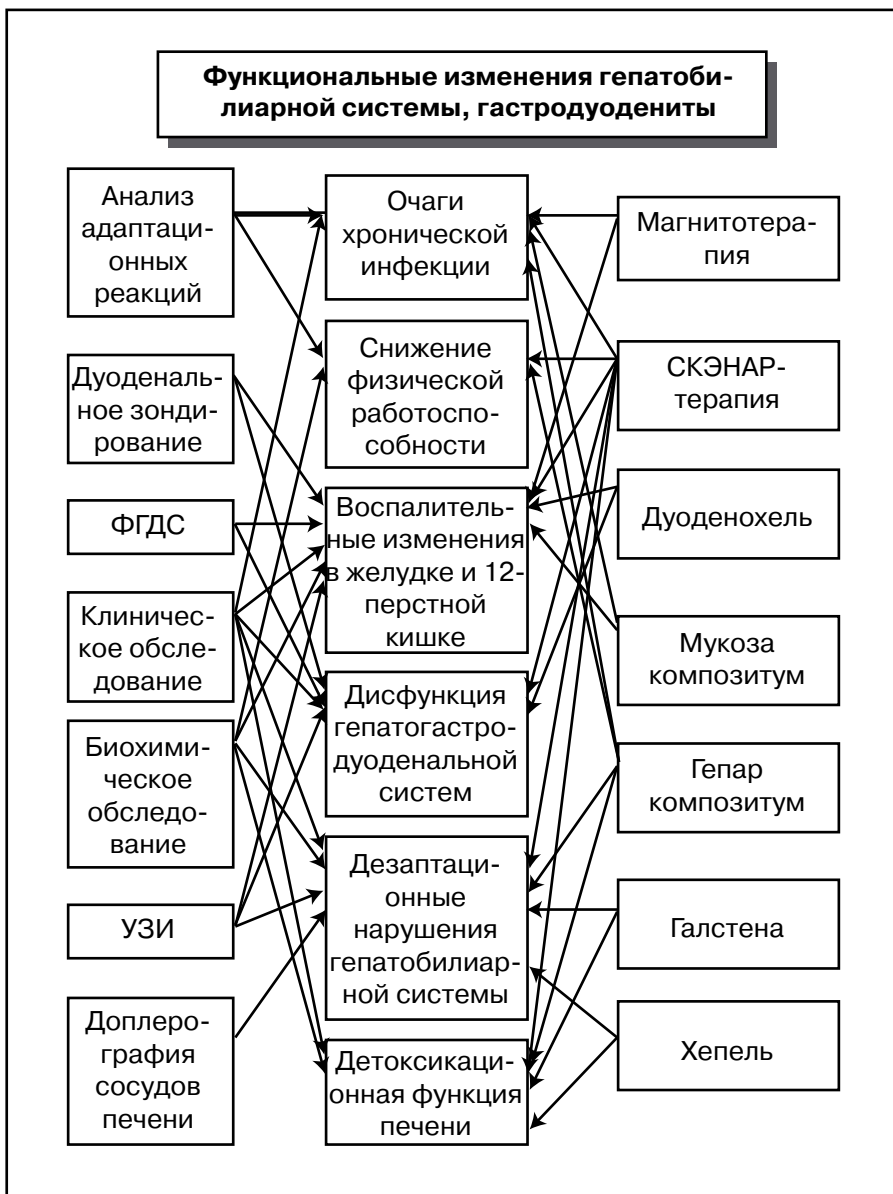


Рис. 3. Алгоритм диагностических и здоровьескорректирующих технологий при функциональных изменениях гепатобилиарной системы и гастродуоденитах у юных спортсменов II (основной) группы клинических наблюдений

После проведения одного курса предложенной нами корригирующей терапии у всех детей при ультразвукографическом исследовании натощак в полости 12-перстной кишки не определялось жидкостное содержимое. После двух курсов у 29 детей (85,7%) хорошо визуализировались циркулярные складки слизистой оболочки 12-перстной кишки, что эхографически придавало ей выраженную неровность внутреннего контура. Толщина стенок 12-перстной кишки не превышала 3 мм. У 5 детей имели место положительные ультразвукографические признаки, заключающиеся в улучшении визуализации слоев стенки 12-перстной кишки, однако имело место ее утолщение до 4-4,5 мм.

Основным показателем эффективности и надежности каждого нового метода лечения является не только оценка непосредственных его результатов, но и катамнез, в частности, это касается сроков ремиссии. После проведения первого курса здоровье корригирующих технологий во II-й группе клинических наблюдений (включающих применение антигемотоксических препаратов, воздействие СКЭНАР-терапии на проекцию желчного пузыря и СКЭНАР- или магнитотерапию на область эпигастрия) сезонного обострения заболевания не наблюдалось у 39 детей (56,3%). После двух курсов восстановления в течение года обострения прослеживались 1 раз в год у 6 детей (8,5%). В I-й (контрольной) группе клинических наблюдений после первого курса стандартизированной аллопатической терапии сезонные обострения наблюдались у 64 (79%) детей, после двух курсов – у 41 (49,3%).

Расценивая применение антигемотоксической терапии в сочетании со СКЭНАР- и магни-

тотерапией как фактор биоадаптивного влияния на организм, мы рассчитывали достигнуть биорегуляторного воздействия. После применения здоровые корригирующих технологий достоверно изменялась структура адаптационных реакций за счет дискретных переходов исходных стрессорных реакций в антистрессорные: у детей II-й (основной) группы наблюдений частота стрессорных реакций снижалась на 41,2% относительно исходного уровня, а в I-й (контрольной) группе клинических наблюдений – на 18,5% ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, при использовании здоровые корригирующих технологий у спортсменов с ДЖВП целесообразно, наряду с оптимизацией режима тренировок, проведение двух курсов в год СКЭНАР-терапии на проекцию желчного пузыря в сочетании с применением антигемотоксических препаратов (гепар композитум, хепель, галстена). При наличии у юных спортсменов ДЖВП в сочетании с гастродуоденитами рекомендуется антигемотоксическую терапию сочетать с препаратами мукоза композитум, дуоденохель и воздействием СКЭНАР.

Использование антигемотоксической терапии в сочетании со здоровые корригирующими технологиями достоверно эффективнее восстанавливает морфофункциональные нарушения гепатобилиарной и гастродуоденальной систем и позволяет детям в короткие сроки вернуться к активным занятиям спортом.

Применяемая нами система современных здоровые корригирующих технологий может быть использована в качестве основополагающей для лечения и профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта юных спортсменов.

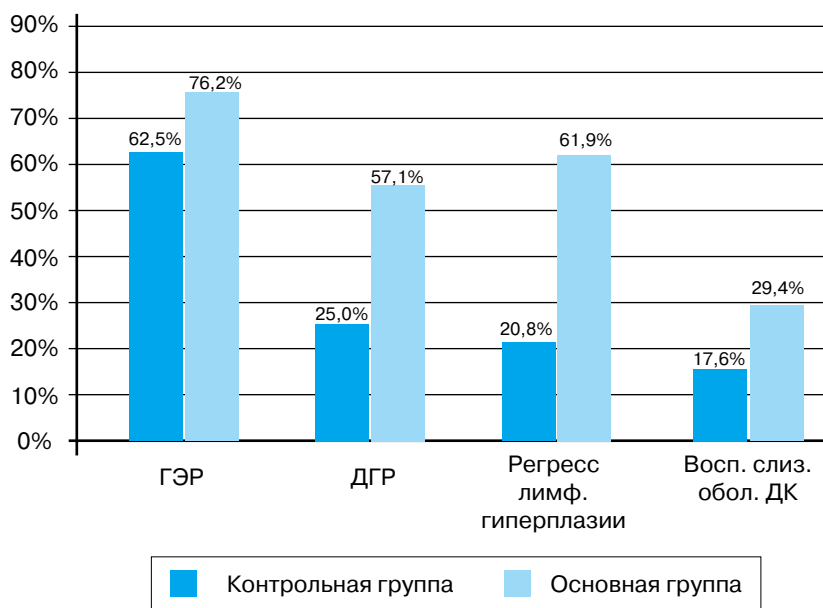


Рис. 4. Оценка эффективности СКЭНАР-терапии у юных спортсменов





# ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА

информационные технологии для медицинских учреждений

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

## ДЛО – новая реальность

Куделя С.В., к.т.н.; Курбесов А.В., к.э.н.;

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

В 2008 г. существенно меняется порядок обеспечения бесплатными медикаментами льготных категорий граждан. При этом должен модифицироваться регламент и порядок их учета, может возрасти количество поставщиков лекарственных средств. В этих условиях возникает необходимость модернизации информационно-программного обеспечения данного процесса.

ООО «Электронная медицина» имеет значительный опыт информационного обеспечения программы ДЛО. В настоящее время в рамках этой программы обслуживается более 500 лечебно-профилактических и аптечных учреждений. При этом мы предлагаем не только поставку того или иного программного обеспечения, а комплексное решение всех возникающих проблем:

- разработку регламента взаимодействия всех субъектов, работающих в рамках программы ДЛО и подготовку всей необходимой нормативной базы;
- комплексную компьютеризацию аптечных учреждений, которая может охватывать задачи ДЛО, муниципальной льготы, а также коммерческий отпуск лекарственных средств;
- компьютеризацию выписки лекарственных препаратов и формирование заявки на последующие периоды в ЛПУ территории;
- программное обеспечение для сбора информации от всех субъектов, участвующих в программе ДЛО и формирование необходимых отчетных форм;
- обеспечение бумажного документооборота между заинтересованными сторонами.

ООО «Электронная медицина» имеет ряд существенных преимуществ, отсутствующих у других фирм, предоставляющих подобные услуги:

- значительная экономия на лицензировании базового программного обеспечения, т.к. используются условно-бесплатные программные продукты;
- независимость от программного обеспечения конкретного фармпоставщика;
- низкая стоимость программ и программно-технического сопровождения;
- возможность удаленного сопровождения программного обеспечения.

Ниже представлены основные элементы программного комплекса системы ДЛО и краткий перечень проблем, которые они решают:

**ЛПУ.** Система обеспечивает автоматическую выписку и печать всех видов рецептов в ЛПУ с использованием штрихового кодирования, проверку застрахованного по БД льготников, поддержание этой базы данных в актуальном состоянии. Обеспечен информационный обмен между аптечным учреждением и ЛПУ, что позволяет увидеть реализацию ЛС по выписанным рецептам, получить остатки из аптечного учреждения и выпустить соответствующие утвержденные отчетные формы. Система формирует и отслеживает потребность льготного населения в медикаментах, которая используется для последующей закупки.

**АУ.** В аптечном учреждении обеспечен оперативный складской учет ЛС (их серий, цен, сроков годности, атрибутов поставки), позволяющий вести как простой учет на одном складе, так и сложный – с несколькими пунктами отпуска. Отслеживаются централизованные и децентрализованные поставки, наркотики, специфические ЛС, проверяется превышение предельной цены. Обеспечено получение внутренней отчетности о движении товара между пунктами отпуска. Отслеживаются и оперативно обновляются базы данных льготников, ЛС, врачей, ЛПУ. Программный комплекс позволяет выпускать все необходимые отчетные формы, формировать счета на оплату, проводить предварительную экспертизу рецептов, принимать и загружать накладные от поставщика в электронном виде и возвращать ему реестры рецептов, реестры ЛС, загружать отклоненные от оплаты рецепты и производить их корректировку.

**ЦОД.** Создана единая система сбора информации и отчетных форм от ЛПУ и аптечных учреждений, технология обработки и интеграции этих данных с последующим формированием сводных реестров для органов управления здравоохранения и фармацевтического поставщика. Создана WEB-информационная система «ДЛО для всех», которая используется для оперативного мониторинга всех информационных потоков в системе ДЛО.

## Медицинские сестры с высшим медицинским образованием

*Саркисова В.А., президент Ассоциации медицинских сестер России;  
Комиссарова О.П., исп. директор АМС, г. Москва*

Часто наши уважаемые коллеги – врачи, да и некоторые медицинские сестры, задают вопрос, зачем же нужны медицинские сестры с высшим образованием. Попробуем на него ответить.

Важными вехами развития системы сестринского образования стали:

- внедрение повышенного уровня для углубленной подготовки специалистов отрасли в вопросах организации и управления сестринским делом;
- открытие с 1992 г. факультетов ВСО, которые сегодня успешно действуют уже в 39 медицинских ВУЗах нашей страны.

Таким образом, продолжительность обучения медицинской сестры с дипломом ВСО составляет 8-9 лет: базовый уровень – 3 года, повышенный уровень – 1 год и высшее образование – 4-5 лет.

Конечно, это очень длительный срок обучения, и над этим необходимо работать, однако лидеры сестринского дела настойчиво отстаивают свое право на качественное высшее образование, которое в настоящее время просто необходимо не только в структуре управления и организации сестринского дела, но и в повседневной сестринской практике. В наше время оказания высокотехнологичной медицинской помощи знания медицинского персонала должны соответствовать развитию научных достижений и потребностям общества.

Основные требования общества к здравоохранению – профессионализм, гуманность и милосердие.

Мы с вами в любой момент можем перейти из категории персонала в категорию пациентов. Какую помощь мы хотели бы получить для себя? В первую очередь необходим грамотный высококвалифицированный персонал, затем – хорошее оснащение рабочих мест, качественное безопасное лечебно-диагностическое обеспечение. Мы желаем получить больше информации по интересующей нас проблеме. Когда мы боеем, и нарушается ритм или, как модно сейчас говорить, качество нашей жизни, нам не хватает рекомендаций и участия медицинского персонала в восстановлении наших сил. Именно в этих ситуациях могут оказать большую поддержку медицин-

ские сестры, работающие в команде с врачами-специалистами. Выпускники факультетов ВСО успешно работают в школах для пациентов. Профессионалы в медицинской команде говорят на одном языке, правильно интерпретируют все свои действия, логически мыслят и умеют принимать адекватные решения. Именно медицинским сестрам с высшим образованием врачи могут делегировать несвойственные для них функции и тем самым расширить полномочия своих коллег. Подобный опыт взаимодействия лечебно-диагностических команд существует и успешно развивается на благо наших пациентов.

Необходимость высшего образования у медицинских сестер ощутима и для системы образования. Уже доказано иностранными коллегами, что именно сестра может научить другую сестру всем премудростям нашей профессии, так как она большую часть времени контактирует с пациентами. В настоящее время медицинские сестры постоянно совершенствуют свои знания в области техники выполнения сестринских процедур и манипуляций по уходу. В стране проводятся сестринские исследования, которые способствуют развитию сестринского дела как науки. Преподаватель-медсестра с высшим образованием в педагогической деятельности стала неотъемлемой частью современной организации образовательного процесса.

Каждая медсестра как профессионал должна думать о своем карьерном росте. Должности по управлению и организации сестринского дела должны занимать инициативные люди, владеющие новыми знаниями, поддерживающие высокие стандарты сестринской помощи, лидеры общественного сестринского движения. Специалисты с высшим образованием составят резервный фонд профессиональной команды отрасли.

Медицинская сестра нового поколения – думающий, ответственный специалист, принимающий решения профессионал в области сестринского дела, коллега-партнер единой медицинской команды, в центре которой находится пациент. Чтобы чувствовать себя причастной к такой команде, необходимы знания и доступное качественное образование.

# «МЕДИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ ЗАВОД им. М. ГОРЬКОГО»

ул. Пушкина, 1, Тумботино  
Нижегородская область  
606131, Россия

Тел. (831-71) 6-81-55, 6-88-91, 6-83-27  
Факс (831-71) 6-83-27  
e-mail: al@miz.nnov.ru, www.tumbotino.ru

Ножницы .....	от 99 руб.	Конхотомы .....	от 2000 руб.
Зажимы .....	от 89 руб.	Шпатели .....	от 25 руб.
Пинцеты .....	от 39 руб.	Скальпели .....	от 40 руб.
Диссекторы .....	от 120 руб.	Угревыдавливатели .....	от 87 руб.
Иглодержатели .....	от 150 руб.	Ногтерезы (Кусачки) .....	от 960 руб.
Долота медицинские .....	от 90 руб.	Наконечники гинекологические .....	от 250 руб.
Щипцы гинекологические .....	от 145 руб.	Элеваторы, штопфер-гладилки .....	от 30 руб.
Крючки хирургические .....	от 50 руб.	Иглы лигатурные, хирургические .....	от 11 руб.
Корнцанги .....	от 190 руб.	Бокорезы медицинские, косметические .....	от 953 руб.
Экстракторы ВМС .....	от 95 руб.	Ложки гинекологические, нейрохирургические, костные .....	от 47 руб.
Зеркала гинекологические, носовые, печеночные .....	от 130 руб.	Зонды хирургические, ушные, носовые, зубные, для слезного канала .....	от 25 руб.
Кюретки костные, гинекологические .....	от 120 руб.	Пилы проволочные и проводники .....	от 37 руб.
Расширители гинекологические, хирургические и пр. ....	от 95 руб.		

**А также свыше 150 наборов медицинского инструмента специального назначения  
Всего около 1500 изделий из нержавеющей стали и титановых сплавов.  
Будем рады сотрудничеству!**

реклама

## 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 - водосталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка, 330x190x190 мм  
СМ-2 - с планшетами 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 - водосталкивающая 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 - водосталкивающая 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 ПЕРЕНОСИМОСТИ ЛАБОРАТОРНОГО ИНВЕНТАРЯ: СЛ-1, СЛ-2

Материал - водосталкивающая 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-УКЛАДКА ДЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: УМСП-01-Пм, УМСП-01-П, УМСП-01-М

Материал - высокопрочный пластик и теплоустойчивый 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 - капроновилонскожа, 215x155x75 мм

### ПАПКА-УКЛАДКА: ПУ-х, ПУ-в, ПУ-мс

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



реклама

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

## КИСЛОВОДСКИЙ ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ И ПРАВА ЮЖНЫЙ ИНСТИТУТ ЗДОРОВЬЯ ЦЕНТР ПРАВОВОЙ СЕРТИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В настоящее время нарастает судебная практика рассмотрения гражданских дел по искам пациентов, предъявленным в связи с неблагоприятным исходом оказанной медицинской помощи, с требованием возмещения причиненного материального ущерба и морального вреда.

В этих условиях чрезвычайно важно обеспечение защиты интересов медицинских работников и снижение профессионального риска в их практической деятельности.

Учитывая актуальность проблемы Южный институт здоровья и Кисловодский институт экономики и права организуют на базе ЛПУ специализированный медико-правовой семинар.

Кисловодский институт экономики и права – единственный в России ВУЗ, на базе которого реализуется программа высшего профессионального образования по специализации «Юриспруденция в сфере здравоохранения». Более 300 врачей из 67 субъектов РФ уже получили в КИЭП высшее юридическое образование.

### Программа семинара

- Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан.
- Характеристика правового пространства медицинской деятельности.
- Обзор правовых нарушений в деятельности медицинских работников.
- Комментарий «Права пациента» (выбор врача; сохранение врачебной тайны; информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство; отказ от медицинского вмешательства; возмещение ущерба, причиненного здоровью).

В ходе семинара демонстрируются видеозаписи по судебной практике медицинских дел.

**В рамках семинара на усмотрение руководства ЛПУ проводится предварительный правовой аудит медицинской деятельности ЛПУ (правильность ведения документов).**

- На усмотрение руководства ЛПУ семинар можно построить в рамках модулей «Хирургия», «Гинекология», «Реаниматология» и «Педиатрия».
- Семинар организуется в удобное для ЛПУ время.
- Участникам семинара выдается документ установленного образца.
- Стоимость проведения двухдневного семинара (16 академических часов) – 25 тыс. руб.
- На ЛПУ возлагается ответственность за проживание и питание специалиста, проводящего семинар.

Для организации семинара необходимо подписать договор и произвести предварительную оплату суммы, указанной в договоре.

Справки по телефонам: (87937) 219-84, 8-928-636-09-90,

Гоголева Ольга Викторовна.



ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР



КАДРЫ РОССИИ XXI

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

# ЖЕЛТЫЕ СТРАНИЦЫ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2007. Выпуск 1.

Министерство здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
Издательский Центр «Кадры России XXI»

## ЖЕЛТЫЕ СТРАНИЦЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2007

**ВАША РЕКЛАМА**  
(160x70мм)

**МЕСТО ЗАНЯТО**

**ВАША РЕКЛАМА**  
(88x32 мм)

**ВАША РЕКЛАМА**  
(88x32 мм)


**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
(Министерство здравоохранения)  
**ЗАКАЗЫВАТЕЛЬ МИНИСТЕРСТВО**  
 Уполномоченное федеральными службами, агентствами, государственными учреждениями, органами управления здравоохранения субъектов Российской Федерации

Заказ №: 02.11.2007-10110.17  
 от 02.11.2007 г.

На основании договора № 02/07-01/01-07/07-01 от 02.11.2007 г.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации информирует о том, что Издательский Центр «Кадры России XXI» (в Москве) имеет возможность разместить «Желтые страницы Здравоохранение-2007» в 30 томах.

В журнале предоставляется детальная информация о деятельности органов управления здравоохранения (федеральные органы исполнительной власти и сферы здравоохранения, медицинские ИТ/ИТЭ в сфере здравоохранения, органы управления муниципальными образованиями и учреждениями здравоохранения, учебные заведения высшего и среднего уровня образования).

На сегодняшний день выдан 10 тысяч экземпляров. Последующие тиражи изготавливаются в работе.

Том XXX «Желтые страницы Здравоохранение-2007» будет представлен на первой выставке карьерно-профессионального ориентирования учреждений здравоохранения Российской Федерации.

В целях своевременного выхода карьерно-профессионального справочника прошу вас к концу 21 декабря 2007 г. предоставить информацию о возможности размещения бесплатной рекламы в желтых страницах карьерно-профессионального справочника, включая авторские права на размещение информации.

№ п/п	Полное наименование учреждения (организации)	Полный почтовый адрес	Записочный ящик (ИФН)	Время работы	Контактный телефон (факс)	Сайт	Электронная почта
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Заполненный карьерно-профессиональный справочник, представляющий региональные данные, будет выдан в декабре 2007 г.  
 Срок выдачи справочника - апрель 2008 г.  
 Контактные номера телефонов: (843) 527-81-92, 527-81-94, 527-81-95;  
 e-mail: cadres@cadres.ru, info@cadres.ru

Р.В. Калинин

Изданы

Подготовка и печати

Для всех!

### КУПОН НА РАЗМЕЩЕНИЕ БЕСПЛАТНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Название организации: \_\_\_\_\_  
 Имя: \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_  
 Код города: \_\_\_\_\_ Телефон (с кодом): \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_  
 М П О К Х Б A O B A O A O ДРУГОЕ: \_\_\_\_\_  
 Ф.И.О. руководителя (полностью): \_\_\_\_\_  
 Контактная информация:  
 Должность: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_  
 Дата: \_\_\_\_\_

**РЕКЛАМА: условия размещения рекламы на сайте [www.cadres-of-russia.ru](http://www.cadres-of-russia.ru) и на обороте**

### 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: bsr2@inbox.ru, cadres2@telecet.ru

информация на сайте → [www.cadres-of-russia.ru](http://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.

### Готовятся к печати (декабрь-февраль)

Том XI — Онкологическая служба  
 Том XII — ГУП «Фармазия» и ПО «Медтехника»  
 Том XIII — Полиатрическая, наркологическая службы  
 Том XIV — Санаторно-курортные учреждения  
 Том XV — Судмедэкспертиза  
 Том XVI — СПИД-центры, инфекционные службы и фтизиатрия  
 Том XVII — Скорая помощь и СПК

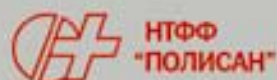
Том XVIII — Стоматология. Дистрибьюторы. Поставщики  
 Том XIX — Стоматологические клиники  
 Том XX — Российские производители медтехники ✓  
 Том XXI — Российские производители лекарств  
 Том XXII — Иностранные производители медтехники ✓  
 Том XXIII — Иностранные производители лекарств  
 Том XXIV — Дистрибьюторы медтехники ✓  
 Том XXV — Дистрибьюторы лекарств  
 Том XXVI — Частная медицина. Часть 1 (ЦФО)  
 Том XXVII — Частная медицина. Часть 2 (Регионы)  
 Том XXVIII — Российские аптеки. Часть 1 (Москва, ЦФО)  
 Том XXIX — Российские аптеки. Часть 2 (Регионы)

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

# ЦИТОФЛАВИН®

реклама

мы создаем  
УНИКАЛЬНОЕ



[www.polysan.ru](http://www.polysan.ru)



## НАПРАВЛЕННАЯ ТЕРАПИЯ ИШЕМИИ МОЗГА



Per№ 003135/01 от 21.01.05  
Per№ 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



## Клиническая эффективность цитофлавина у больных с хронической ишемией головного мозга (многоцентровое плацебо-контролируемое рандомизированное исследование)

Федин А.И., д.м.н., проф. РГМУ, г. Москва; Румянцева С.А., д.м.н., проф., ГКБ №15, г. Москва; Пирадов М.А., д.м.н., проф., НИИ неврологии РАМН, г. Москва; Скоромец А.А., д.м.н., проф., академик РАМН, СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург; Густов А.В., д.м.н., проф., НижГМА, г. Н.Новгород; Ключева Е.Г., д.м.н., проф., СПбГМА им. И.И.Мечникова, г. Санкт-Петербург; Шоломов И.И., д.м.н., проф., СарГМУ, г. Саратов; Никитин О.Е., д.м.н., проф., ГБ №33, г. Н.Новгород; Жулев Н.Н., д.м.н., проф., СПбГМА последипломного образования, г. Санкт-Петербург; Стулин И.Д., д.м.н., проф., ГМСУ, г. Москва; Котов С.В., д.м.н., проф., МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, г. Москва; Агафьина А.С., к.м.н., НТФФ «Полисан», г. Санкт-Петербург

В настоящее время цереброваскулярная болезнь становится ведущей социально-медицинской проблемой, затрагивающей не только клиническую неврологию, но и общество в целом. Число пациентов с признаками хронической ишемии головного мозга (ХИГМ), являющейся основной причиной инвалидизации, в нашей стране неуклонно растет, составляя не менее 700 на 100 тыс. населения. Стоимость расходов на длительное лечение и социальную реабилитацию одного пациента с прогрессирующей ХИГМ очень высока и составляет 50–60 тыс. долл. в год, что сопоставимо с расходами на реабилитацию больного с инсультом [1, 3, 5].

Согласно Яхно Н.Н. и Дамулину И.В. (2001), патофизиологию хронической ишемии можно определить как «синдром хронического прогрессирующего поражения головного мозга, в основе которого лежат повторные макро- и/или микроцеребральные инсульты и/или хроническая недостаточность кровоснабжения головного мозга» [2].

Патогенез поражения церебральных структур определяется двумя основными факторами: с одной стороны – нарастание комплекса патобиохимических расстройств вследствие снижения уровня кислорода артериальной крови (гипоксими), с другой – воздействие интермедиатов недоокисленного кислорода (оксидантный стресс). Это приводит к клиническим проявлениям хронической ишемии в виде субъективной и объективной симптоматики, возникающей из-за нарушения корково-стриаторных и корково-стволовых связей.

Терапевтические стратегии, позволяющие снизить энергозатраты и уменьшить выраженность постгипоксических церебральных функционально-морфологических расстройств, яв-

ляются в настоящее время одним из наиболее разрабатываемых методов первичной и вторичной нейропротекции.

В клинической практике в настоящее время используется ряд препаратов, созданных на основе янтарной кислоты. К ним относится и созданный отечественными фармакологами комплексный антигипоксикант-антиоксидант цитофлавин, представляющий собой сбалансированный комплекс из двух метаболитов (янтарная кислота и рибоксин) и двух коферментов-витаминов – рибофлавина-мононуклеотида (витамин В2) и никотинамида (витамин РР), что позволяет комплексно использовать механизмы его антигипоксического и антиоксидантного действия с целью энергокоррекции, необходимой пациентам с острой и хронической ишемией мозга [4, 6].

### Материалы и методы

В данной работе представлены результаты, полученные в многоцентровом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании у пациентов с ХИГМ, проведенном на 10 клинических базах РФ.

Обследовано 600 больных с диагнозом ХИГМ в возрасте 38-75 лет, средний возраст составил  $51,3 \pm 9,4$  года. Преобладающий контингент – женщины, а также лица зрелого и пожилого возраста, что соответствует современной эпидемиологической ситуации заболеваемости ХИГМ. Предварительный отбор пациентов по показаниям осуществлялся на предрандомизационном этапе по первичным критериям «возраст пациентов и жалобы». После рандомизации методом «конвертов» выделены 2 группы больных – группа пациентов, получавших цитофлавин (320 человек) и группа больных, получавших плацебо в составе базовой стандартной терапии (280 человек).

Таблица 1

### Распределение наблюдаемых больных ХИГМ по полу

Пол пациентов	Плацебо и БТ		Цитофлавин	
	Абс. кол-во	%	Абс. кол-во	%
Мужчины	109	38,9	104	32,5
Женщины	171	61,1	216	67,5
Всего	280	100	320	100

Таблица 2

**Распределение наблюдаемых больных ХИГМ по возрасту**

Возраст	Плацебо и БТ		Цитофлавин	
	Абс. кол-во	%	Абс. кол-во	%
До 50 лет	47	16,8	60	18,8
50–60 лет	99	35,4	73	22,8
60–70 лет	109	38,9	124	38,7
Старше 70 лет	25	8,9	63	19,7
Всего	280	100	320	100

Таблица 3

**Неврологические симптомы у больных ХИГМ обеих групп**

Неврологические симптомы	Цитофлавин		Плацебо и БТ	
	Абс.	%	Абс.	%
Пирамидная недостаточность	174	54,4	128	40,0
Гемипарез	19	5,9	15	4,7
Экстрапирамидные нарушения	29	9,1	26	8,1
Мозжечковые расстройства	62	19,4	61	19,1
Нарушение функции черепных нервов	95	29,7	64	20,0

Как показано в таблицах 1-3, обе группы были сопоставимы как по возрастной и гендерной характеристикам, так и по степени тяжести клинической картины.

Оценка клинической и неврологической симптоматики проводилась при включении в исследование, на 10-е сутки приема препарата, после окончания курса терапии (26-30 сутки от начала приема) и через последующий 1 месяц наблюдения (55-60 сутки от начала протокола).

Клиническое обследование всех пациентов включало в себя сбор жалоб, анамнеза, соматический осмотр, оценку неврологического статуса, нейропсихологическое исследование, изучение показателей качества сна и качества жизни. Из инструментальных методов использовали электроэнцефалографию (ЭЭГ) и ультразвуковую доплерографию экстра- и интра-церебральных артерий.

Для оценки тяжести состояния больного использовалась формализованная балльная шкала по 11 ведущим клиническим симптомам: головная боль, нарушения речи, нарушения слуха, снижение памяти, головокружения несистемного характера, снижение работоспособности (утомляемость), шаткость и неуверенность походки, шум в голове и/или ушах, эмоциональная лабильность, потери сознания. При отсутствии симптома присваивалось «0 баллов» по шкале, при незначительно выраженном симптоме – «1 балл», умеренно выраженном симптоме – «2 балла», значимо выраженном симптоме – «3 балла».

В нейропсихологическом исследовании использовались тесты: на обобщение (концептуализация интеллекта), «пятый лишний», «10 слов», оценка беглости речи и тест Мюнстберга. «Качество сна» и «качество жизни» оценивали по стандартным формализованным шкалам

Sleep Quality Scale и SF-36 соответственно [7].

При анализе ЭЭГ использовалась классификация, предложенная Жирмунской Е.А. и Лосевым В.С. (1984), в соответствии с которой оценка проводится по семибалльной шкале, отражающей континуум от состояния «идеальной нормы» (0 баллов) до состояния «очень грубых нарушений» (7 баллов). В ходе исследования части больным (n=71) проведена цифровая ЭЭГ с математическим картированием спектра и расчетом гамма-коэффициента.

Таблетки цитофлавина (425 мг) или (во второй группе) плацебо принимались пациентами с 1 по 25 сутки включительно по 2 таблетки 2 раза в день (на курс – 100 таблеток).

В качестве базисной терапии использовали Тромбо АСС (100 мг) ежедневно. Части больным проводилась симптоматическая терапия по показаниям. В первую очередь она в себя включала индивидуально подобранную коррекцию артериальной гипертензии. У всех больных исключался прием ноотропных, сосудистых, метаболических и других препаратов, которые могли повлиять на результаты исследования.

Полученные в процессе исследования данные обрабатывались на ЭВМ типа IBM-PC с помощью программной системы STATISTICA for Windows (версия 5.5).

**Полученные результаты**

Из 600 больных, принявших участие в исследовании, 11 (1,8%) выбыли из протокола досрочно. Из группы, получавшей плацебо и базовую терапию, – 7 человек, из пациентов, принимавших цитофлавин, – 4. Причиной убытия 8 обследуемых (3 принимали цитофлавин, 5 – плацебо) был отказ от дальнейшего наблюдения по ряду причин бытового характера, 2 (по одному из каждой группы) – аллергические реакции, которые будут описаны ниже.



По завершении протокола исследования, для оценки эффекта врач и пациент независимо друг от друга выносили общую субъективную оценку эффективности терапии. Больные оценивали действие препарата по пятибалльной шкале, где 1 балл – отрицательный эффект, 2 – без эффекта, 3 – удовлетворительное действие, 4 – хорошее и 5 баллов – отличное. Исследователи – по трехбалльной шкале: «значимый эффект» – регресс большинства симптомов хронической ишемии, «умеренный эффект» – частичный регресс симптомов, «отсутствие эффекта» (таблицы 4, 5).

Субъективно оценивая действие препарата, пациенты указывали на уменьшение выраженности и частоты головных болей, головокружений, ощущения тяжести в голове, снижение утомляемости, эмоциональной лабильности. Отдельно исследуемые отмечали улучшение аппетита, ощущение легкости, появление желания работать, жить, двигаться.

Субъективный клинический эффект терапии у большинства пациентов начинал проявляться к 10-14 дню лечения и стабилизировался, в среднем, к 18-21 суткам.

Таблица 4

**Субъективная оценка пациентами эффективности лечения, p<0,01**

Эффективность лечения при завершении протокола исследования (55-60 сутки)	Цитофлавин, n=316		Плацебо и БТ, n=273	
	Абс.	%	Абс.	%
1 балл – отрицательный эффект	3	0,9	7	2,6
2 балла – без эффекта	11	3,5	37	13,6
3 балла – удовлетворительный	38	12,1	146	53,5
4 балла – хороший	171	54,1	61	22,2
5 баллов – отличный	93	29,4	22	8,1

Таблица 5

**Субъективная оценка врачом-исследователем эффективности лечения, p<0,01**

Эффективность лечения при завершении протокола исследования (55-60 сутки)	Цитофлавин, n=316		Плацебо и БТ, n=273	
	Абс.	%	Абс.	%
Значимый эффект	218	68,9	25	9,1
Умеренный эффект	57	18,0	65	23,8
Отсутствие эффекта	41	13,1	183	67,1

Таким образом, из данных, представленных в таблицах 4 и 5, можно сделать заключение, что эффективность базисной терапии («плацебо-эффект») отмечена в 30,3% по субъективной оценке пациентов, и в 32,9% – по оценке исследователей. На эффективность терапии цитофлавином указали 83,5% больных и в 86,9% наблюдений – исследователи. Все результаты статистически достоверны (p<0,05).

Анализ клинических данных показал, что наиболее заметный лечебный эффект цитоф-

лавина по сравнению с плацебо наблюдался в отношении таких проявлений цереброваскулярной недостаточности, как астенический и цефалгический синдромы, головокружение, нарушение памяти, эмоциональная лабильность, снижение работоспособности. Несколько меньше препарат влиял на нарушение слуха, речи, неустойчивость при ходьбе, потери сознания. Суммарные данные по влиянию цитофлавина и плацебо на отдельные клинические симптомы представлены в таблице 6.

Таблица 6

**Влияние цитофлавина и плацебо-терапии на степень выраженности клинических симптомов (средний балл, M±m)**

Клинические симптомы	Цитофлавин			Плацебо и БТ		
	1 сут.	30 сут.	55 сут.	1 сут.	30 сут.	55 сут.
Головная боль	2,4±0,8	1,7±0,6*	1,8±0,6	2,5±0,7	2,3±0,5	2,7±0,6
Головокружение	2,7±0,4	1,9±0,5*	1,8±0,7	2,6±0,3	2,5±0,5	2,7±0,7
Шум в голове, ушах	1,7±0,8	1,6±0,6	1,7±0,4	1,4±0,5	1,5±0,6	1,5±0,4
Снижение памяти	2,3±0,7	1,8±0,5*	1,9±0,6	2,1±0,7	1,9±0,5*	1,9±0,6
Потери сознания	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
Нарушение речи	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3
Нарушение слуха	1,1±0,5	0,9±0,6	0,9±0,5	0,9±0,5	0,9±0,5	0,9±0,5
Эмоциональная лабильность	2,5±0,8	1,5±0,9*	1,4±0,9	2,3±0,7	1,6±0,7*	1,4±0,9
Снижение работоспособности	2,6±0,4	1,4±0,6*	1,3±0,8	2,1±0,6	2,0±0,7	2,0±0,7
Неустойчивость при ходьбе	1,4±0,6	1,3±0,4	1,3±0,5	1,4±0,5	1,3±0,4	1,3±0,5

Примечание: \* - p < 0,0001

Вероятно, ведущую роль в создании плацебо-эффекта (более 30%) играла не только базисная терапия, но и психологическое ожидание лечебного действия пациентами. Очевидно, немаловажную роль создавал и тот факт, что врач регулярно (согласно дневнику звонков) звонил наблюдаемым больным, интересовался их самочувствием, детализировал жалобы, приглашал на обследование. Таким образом, больные чувствовали повышенное внимание, интерес к их проблемам, что немаловажно для людей пожилого возраста.

К концу месячного курса цитофлавина у пациентов наблюдался более выраженный регресс очаговой неврологической симптоматики по сравнению с больными, принимавшими

плацебо. Объективная положительная динамика неврологического статуса была отмечена у 256 (81%) пациентов, получивших курс цитофлавина и у 63 (23%) – принимавших плацебо. Чаще всего улучшения касались цефалгического, астенического, вестибуло-мозжечкового и кохлео-вестибулярного синдромов, а также расстройств в эмоционально-волевой сфере.

Проведенное нейropsychологическое тестирование показало положительное влияние курса цитофлавина на динамику когнитивных функций. Препарат влиял на объем непосредственного запоминания, улучшал внимание, память, мышление. Результаты представлены в таблице 7.

Таблица 7

Тест	Больные, получавшие цитофлавин, n = 316					Больные, получавшие плацебо и БТ, n = 273				
	1 сут.	30 сут.	Разница 1-30 сутки	55 сутки	Разница 30-55 сутки	1 сут.	30 сут.	Разница 1-30 сутки	55 сутки	Разница 30-55 сутки
Концептуализация интеллекта	2,2±0,4	2,7±0,3	+0,5	2,6±0,3	-0,1	2,3±0,3	2,2±0,4	-0,1	2,4±0,4	+0,2
Беглость речи	1,8±0,2	2,5±0,4	+0,7	2,7±0,4	+0,2	1,9±0,2	1,9±0,3	0	1,8±0,2	-0,1
Пятый лишний	4,8±0,2	5,6±0,2	+0,8	5,5±0,3	-0,1	4,7±0,2	5,1±0,4	+0,4	5,0±0,3	-0,1
10 слов	5,63±1,13	8,95±0,94	+3,32	8,78±0,76	-0,17	5,97±1,61	6,47±0,86	+0,5	6,61±1,05	+0,13
Тест Мюнстберга	1,07±0,6	1,78±0,9*	+0,71	1,8±0,9	+0,2	1,2±0,7	1,4±0,68	+0,2	1,6±0,54	+0,2

Примечание: \* – p < 0,001.

Так, при проведении теста на концептуализацию интеллекта у больных, получавших цитофлавин, прирост результата теста к 30-м суткам составил +0,5, тогда как в группе пациентов, получавших плацебо и базовую терапию, разница показателя была -0,1. Анализ беглости речи показал, что пациенты, получавшие цитофлавин, показали большую скорость в воспроизведении свободной ассоциации слов, начинающихся на букву «С» на 76,6%. Существенных улучшений речевой беглости пациентов, получавших плацебо, установлено не было. Также пациенты, получавшие цитофлавин, на 30 суток лучше выполняли тест «пятый лишний» (разница показателя в сравнении с обследованием до лечения составила +0,8 и сохранялась к 55 суткам, составив 5,5±0,3). При выполнении теста на внимание (тест Мюнстберга) на 30 суток больным, принимавшим цитофлавин, требовалось меньше времени для выполнения задания, они делали

меньше ошибок, что существенно сказывалось на результате. Показатели у пациентов, получавших плацебо были лучше исходных, но ниже, чем в первой группе.

Отметим, что у больных, принимавших цитофлавин, к окончанию протокола (55 суток) сохранялся положительный эффект, достигнутый к 30 суткам по всем показателям нейropsychологического тестирования. Тогда как у пациентов, получавших плацебо и базовую терапию, результаты сохранялись на уровне исходных.

При оценке по шкале Sleep Quality Scale нарушения сна (более 9 баллов) были выявлены у 219 (69%) пациентов, которые в дальнейшем получали цитофлавин, и у 200 (73,2%) больных группы плацебо. Курсовое лечение цитофлавином к 30 дню на 26,8% увеличило количество пациентов с нормализацией сна, тогда как после курса плацебо подобные результаты возросли только на 9,9% (табл.8).

Таблица 8

**Показатели качества сна по шкале SLEEP QUALITY SCALE (в баллах, макс. балл 30)**

Наблюдаемые пациенты	1 сутки	30 суток	55 суток
Получавшие цитофлавин	16,7±5,3	11,0±3,2*	10,0±3,3
Получавшие плацебо и БТ	15,9±4,9	13,5±4,1	14,5±4,5

Примечание: \* – p < 0,001.

Из других признаков, не вошедших в балльные оценки качества сна, необходимо отметить появление цветных снов у 14 человек, получавших цитофлавин.

Результаты клинического исследования влияния курса цитофлавина на динамику показателей качества жизни представлены в таблице 9.

Таблица 9

**Показатели качества жизни у наблюдаемых пациентов (в баллах)**

Субсферы шкалы SF-36	Цитофлавин		Плацебо и БТ	
	1 сутки	30 суток	1 сутки	30 суток
PF – физическая активность	31,25±14,7	62,2±10,7*	29,3±15,1	41,3±17,7
RP – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	29,8±15,3	58,8±18,7*	31,7±18,8	36,5±18,6
BP – физическая боль	62,3±7,8	82,3±18,8	63,7±18,8	79,0±19,9
GH – общее восприятие здоровья	41,2±17,5	57,4±19,3*	35,4±14,0	44,2±19,2
VT – жизнеспособность	39,2±13,14	61,0±14,7*	37,2±17,3	49,3±17,6
SF – социальная активность	46,1±15,8	67,5±14,9*	51,0±16,7	59,0±14,8
RE – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	34,4±13,16	64,4±15,5*	34,2±14,6	51,7±18,3
MH – психическое здоровье	41,9±18,8	71,3±17,4*	44,3±17,6	47,2±16,5

Примечание: \* – p<0,001

Таким образом, на 30 сутки после начала терапии у больных, получавших цитофлавин, практически все показатели опросника «качество жизни» SF-36 были существенно выше, чем у пациентов группы плацебо. Исключение составил параметр «физическая боль». Почти по всем базовым значениям субсфер опросника SF-36 у пациентов обеих групп был превышен 60-балльный барьер, что свидетельствовало о достижении пациентами уровня удовлетворительного качества жизни.

Пациенты, принимавшие цитофлавин, отмечали повышение внутренней энергии и энтузиазма при выполнении своих обычных повседневных обязанностей, физическая боль оказывала меньшее влияние на поведение, активность и объем выполняемых работ. Это способствовало значительному повышению оценки субсфер «общее восприятие здоровья» и «жизнеспособность» (соответственно 57,4 и 61,0 баллов, против 44,2 и 49,3 в группе больных, получавших плацебо и базовую терапию).

Улучшение общего физического состояния оказывало положительный эффект и на осознание своего психического здоровья, повышение «социальной активности». Пациенты получали

удовлетворение от возможности поддерживать контакты с окружающими, у них снижалась степень фиксации на негативных эмоциях, плохом самочувствии. Многие характеризовали это как «появление легкости», «окрыленность». В группе плацебо к 30 дню от начала лечения данные всех субсфер, кроме показателей «физическая боль», «социальная активность» и «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности», оставались ниже 50 баллов, т.е. меньше нижней границы нормы качества жизни. Во время исследования среди пациентов, получавших плацебо-терапию, наблюдались неконструктивные поведенческие реакции и негативный настрой по отношению к себе и к своему заболеванию.

При анализе ЭЭГ продемонстрирована положительная динамика в обеих группах. Улучшение заключалось в снижении степени дисфункции стволовых структур, уменьшении числа пациентов с деформацией альфа-ритма, регресса сглаженности зональных различий, нормализации порога пароксизмальной готовности (таблица 10). У больных, получавших цитофлавин, улучшение показателей было заметней.

Таблица 10

**Изменение биоэлектрической активности мозга у больных обеих групп (% от общего числа пациентов)**

Параметры ЭЭГ	Цитофлавин		Плацебо и БТ	
	1 сутки	30 суток	1 сутки	30 суток
Дисфункция стволовых структур	81,25	65,0	88,6	85,7
Деформация альфа-ритма	44,4	30,9	48,9	46,7
Сглаженность зональных различий	31,9	28,75	29,6	29,6
Снижение порога судорожной готовности	14,7	8,75	12,1	8,75

Результаты интегральной оценки по классификации Жирмунской Е.А. (Жирмунская Е.А., Лосев В.С., 1984) приведены в таблице 11.

Таким образом, у пациентов, принимавших цитофлавин, к 30 дню полностью регрессиро-

вали «грубые» и «очень грубые» изменения ЭЭГ (5, 6 типы), уменьшилось в 2,7 раза (2,4% против 6,4%) количество ЭЭГ 4 типа. В то же время количество больных с 1 и 2 типами ЭЭГ возросло на 11%. Значимых изменений ЭЭГ среди

Оценка динамики ЭЭГ у больных ХИГМ (% от общего числа пациентов)

Тип ЭЭГ (степень нарушения)	Цитофлавин		Плацебо и БТ	
	1 сутки	30 суток	1 сутки	30 суток
1 тип – вариант нормы	9,4	13,8	12,5	12,5
2 тип – легкие изменения	20,3	26,9	20,3	25,0
3 тип – умеренные изменения	60,0	56,9	54,7	50,0
4 тип – значительные изменения	6,4	2,4	8,1	8,1
5 тип – грубые изменения	3,2	0	3,8	3,8
6 тип – очень грубые	0,4	0	0,6	0,6

пациентов, получавших базисную терапию, не отмечено.

При использовании математического картирования и расчета гамма-коэффициента (соотношение суммы быстрых волн и медленных волн, с учетом диапазона спектра ЭЭГ) получены следующие результаты. Так, у больных, принимавших цитофлавин, к 30 суткам выявлено возрастание на 12-17% гамма-коэффициента (по отношению к фоновой ЭЭГ). У пациентов группы плацебо гамма-коэффициент за этот же промежуток времени не изменился.

Анализ доплерограмм на 1, 30 и 55 сутки в обеих группах не выявил достоверных различий ни у пациентов, принимавших цитофлавин, ни у больных группы плацебо. Сохранялись те же скоростные характеристики кровотока, уровень периферического сопротивления, степень сосудистой реактивности. У части больных можно отметить улучшение функциональных тестов с гипервентиляцией, причем разница между показателями в обеих группах и исходными значениями была статистически незначимой.

За время проведенной терапии наблюдались следующие побочные эффекты: боли в эпигастрии – у 9 человек, принимавших цитофлавин, и у 4 – плацебо; кожные аллергические реакции в виде кратковременного покраснения, высыпания – у 4 и 3 пациентов соответственно; подъем артериального давления у пациентов, в качестве гипотензивной терапии получавших иАПФ – у 7 больных группы цитофлавина и у 2 – плацебо. У части больных в первые дни терапии цитофлавином появлялись головные боли, проходившие на 3-5 сутки, что, вероятно, обусловлено сосудорасширяющим действием никотинамида. В большинстве случаев проявление побочного эффекта не потребовало прекращения лечения. Также отмечена возможность нарушения сна при позднем вечернем приеме препарата (позже 20-22 часов).

**Резюмируя вышеизложенное, можно сделать следующие выводы:**

- Многоцентровое двойное слепое плацебо-контролируемое исследование показало высокую клиническую эффективность (83,5%) цитофлавина у больных с ХИГМ.
- Положительная динамика неврологического статуса чаще всего касалась цефалгическо-

го, астенического, вестибуло-мозжечкового и кохлео-вестибулярного синдромов, а также расстройств в эмоционально-волевой сфере.

- Результаты нейропсихологического тестирования зафиксировали положительное влияние цитофлавина на когнитивно-мнестические функции больных с ХИГМ. Препарат улучшал концентрацию, внимание, качество кратковременной и долговременной памяти.
- Курсовое применение цитофлавина улучшало качество сна и качество жизни пациентов.
- Показано позитивное влияние цитофлавина на биоэлектрическую активность головного мозга больных.
- Цитофлавин хорошо переносится больными. Доля нежелательных реакций была минимальна (6,25%) и в большинстве случаев не требовалось отмены препарата.

Таким образом, исходя из результатов проведенного многоцентрового рандомизированного исследования, можно рекомендовать применение цитофлавина для коррекции клинических проявлений хронической ишемии головного мозга в условиях неврологических и терапевтических отделений стационаров, а также в амбулаторно-поликлинической практике.

**Список литературы**

1. Гусев В.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М: Медицина, 2001. – 328 с.
2. Залкорняев И.Г., Клочева Е.Г., Кравчук А.А. и др. Нейрометаболическая терапия хронической ишемии мозга. Методическое пособие для врачей. / Ред. Суслиной З.А., Румянцева С.А. – М: ВУНМЦ МЗ РФ, 2005. – 25 с.
3. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики // Ред. Верещагина Н.В., Пирадова М.А., Суслиной З.А. – М: Интермедика, 2002. – 208 с.
4. Лукьянова Л.Д. Роль биоэнергетических нарушений в патогенезе гипоксии // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2004. – №2. – С. 2-11.
5. Скворцова В.И. Медицинская и социальная значимость проблемы инсульта // Качество жизни. – 2004. – Т. 4. – №2. – С. 10-12.
6. Федин И.А., Румянцева С.А., Пирадов М.А. и др. Эффективность нейрометаболического протектора цитофлавина при инфарктах мозга (многоцентровое рандомизированное исследование) // Вестник СПбМА им. И.И.Мечникова – 2005. – №1. – С. 13-20.
7. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Ред. Беловой А.Н., Щепетовой О.Н. – М: Антидоп, 2002. – С. 205-224.



## Оценка качества диагностики и лечения больных с акромегалией в Ростовской области

Ткаченко Е.Н.; Бова Е.В., к.м.н., гл. эндокринолог-эксперт МЗ РО, эндокринологическое отделение ОБ №2, г. Ростов-на-Дону

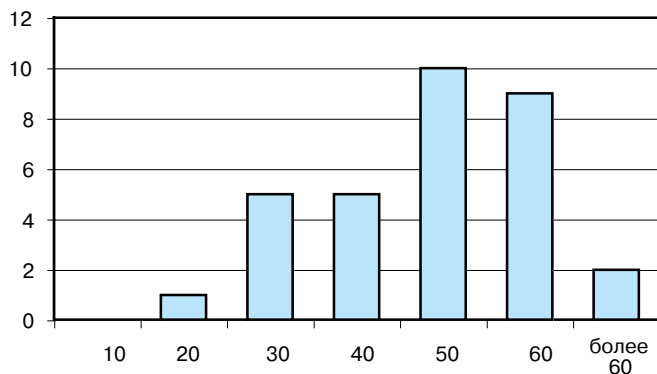
Акромегалия (аденома гипофиза) – это нейроэндокринное заболевание, вызванное избыточной секрецией гормона роста у людей с закончившимся физиологическим ростом, которое приводит к патологическому диспропорциональному периостальному росту костей, мягких тканей и внутренних органов и нарушению различных видов метаболизма.

В научной литературе впервые описание двух таких больных сделал невролог Пьер Мари в 1886 г., хотя в египетских фресках можно найти изображение гигантов с характерными акромегалоидными чертами.

Заболевание редкое и встречается в 50-70 случаях на 1 млн населения. В России 144 млн жителей, вероятно акромегалов от 7200 до 10000, а в Федеральном регистре имеются данные только о 1500 случаях. Плохая диагностика заболевания возможно связана:

- а) с плохой обращаемостью;
- б) с отсутствием до недавнего прошлого эффективных способов лечения;
- в) с отказом от оперативного лечения;

### Повозрастная заболеваемость в Ростовской области



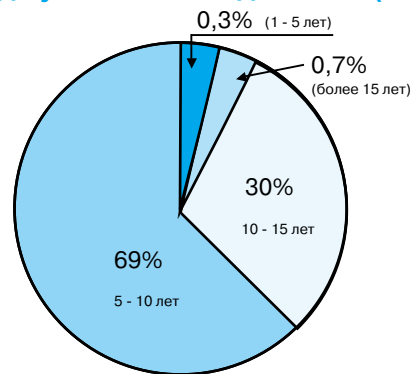
г) с плохим знанием диагностики этого заболевания.

Цель настоящей работы – произвести анализ заболеваемости акромегалией в Ростовской области, вскрыть сложные моменты в диагностике, оценить качество медицинской помощи этой группе больных и определить план мероприятий по ее улучшению.

Поскольку в Ростове и области насчитывается 4,5 млн жителей (2006 г.), можно предположить, что у нас около 225-315 больных акромегалией, а в регистре на сегодняшний день состоит 32 человека (в Ростове – 16 и в области – 16 человек, в т.ч. в Волгодонске – 3 и по одному пациенту в городах Гуково, Морозовске, Звереве, Азове, Новошахтинске, Таганроге, Красном Сулине, а также в зерноградском, Багаевском, Усть-Донецком, Аксайском, Неклиновском и Каменск-Шахтинском районах).

Заболеваемость среди мужчин и женщин по международным данным одинакова, а по данным нашего регистра выявлено 20 женщин и 12 мужчин.

### Период времени от возникновения жалоб до установления диагноза (годы)



### Основные субъективные и объективные признаки акромегалии и частота их встречаемости по Ростовской области (РО) и РФ (Дедов И.И. с соавт., 2004)

Признак	% по РО	% по РФ
Изменение внешности, увеличение мягких тканей лица, кистей, стоп	100	100
Нарушение прикуса, диастемы	59	73
Головная боль	65	86
Потливость	53	62
Деформации и боли в суставах	100	66
Туннельный синдром	6	43
Мышечная слабость, снижение работоспособности	59	61
Нарушение зрения	37	36
Нарушение менструаций, бесплодие	28	60
Снижение либидо и потенции	28	37
Признаки сердечно-сосудистой недостаточности	12	28
Апноэ во сне	0,6	35
Жалобы, характерные для сахарного диабета	18	25
Признаки вторичного гипотиреоза	1,2	-
Признаки вторичного гипогонадизма	1,2	-
Вторичная надпочечниковая недостаточность	0,6	11

**Основные клинические симптомы, осложнения и сопутствующие заболевания при акромегалии, их вариабельность у больных РО**

Заболевания	Случаи	%
Заболевания эндокринной системы		
Сахарный диабет	10	31
Нарушение толерантности к углеводам	2	0,6
Узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит	19	59
Рак щитовидной железы	1	0,3
Диффузно-токсический зоб	1	0,3
Заболевания костно-суставной системы		
Деф. артроз, остеопороз	10	31
Радикулопатия	6	18
Заболевания сердечно-сосудистой системы		
Артериальная гипертензия	15	46
ИБС	6	18
Кардиомиопатия	8	25
ОНМК	1	0,3
Неоплазмы		
Миома матки	3	0,9
Аденоматозные полипы желудка	1	3
Липомы	2	0,6
Другие заболевания		
Желчнокаменная болезнь	2	0,6
Мочекаменная болезнь	2	0,6
Хронический пиелонефрит	3	0,9
Частичная атрофия зрительного нерва	6	18
Пангипопитуитаризм (послеоперационный)	2	0,6

**Основные принципы диагностики акромегалии и качество обследования больных РО на момент заполнения регистра**

Диагностические критерии	Кол-во анализов	%
Основные диагностические маркеры		
РКТ, МРТ	23	72
Гормон СТГ	28	87
Гормон СТГ при ОГТТ	7	21
ИРФ-1	5	16
Другие гормоны	25	78
Исследования органов «мишеней»		
УЗИ щитовидной железы	23	71
ТАБ щитовидной железы	5	16
УЗИ органов малого таза	6	19
УЗИ органов брюшной полости	18	56
УЗИ сердца	2	0,6
Исследование глазного дна и полей зрения	18	56
Колоноскопия, маммография	0	0

Однократное и даже многократное определение повышенного уровня гормона роста не является стопроцентным доказательством наличия акромегалии, так как существует ряд состояний и заболеваний, при которых может быть ложное повышение уровня СТГ (Молитвослава Н.Н., 2001).

В диагностике и, особенно, в процессе лечения важное значение имеет «интегральный» показатель секреции СТГ – инсулиноподобный ростовой фактор (ИРФ-1), имеющий длительный период полужизни. В сочетании с другими диагностическими маркерами, он может указывать на наличие или отсутствие, заболевания медикаментозной ремиссии заболевания.

В нашем исследовании только у 5 человек определяли этот показатель, из них у двоих наблюдалась нормализация ИРФ-1 через 6 месяцев лечения.

**МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АКРОМЕГАЛИИ**

**Хирургический метод (транскраниальная и транссфеноидальная аденомэктомия)**

Учитывая особую тяжесть и многофакторность поражения организма в результате повышенной секреции аденомой гормона роста, основным методом лечения во всем мире считается хирургический. Причем, по данным мировой статистики, при наличии микроаденомы ремиссия заболевания наблюдается в 70-80% случаев, при макроаденоме – в 50%.

Основные факторы, определяющие выбор метода лечения:

1. состояние зрения;
2. размер и характер роста аденомы;
3. уровень гормона роста;
4. возраст больного;

5. наличие тяжелых сопутствующих соматических нарушений;
6. желание больного.

До сих пор хирургический метод лечения аденомы гипофиза при акромегалии является методом выбора для большинства больных. Количество успешных операций колеблется (44-92%) и определяется мастерством хирурга, особенностями аденомы (размер, инвазивный рост). Отсутствие ремиссии заболевания после аденомэктомии может быть обусловлено следующими причинами: возникновение истинного рецидива аденомы, не полное удаление опухоли (прорастание опухоли в кавернозные синусы и твердую мозговую оболочку). Инвазия опухолевых клеток встречается в 43% случаев. Диагностика данного состояния и техника проведения операции весьма трудны. Повторные операции нужны лишь тем пациентам, для которых они будут реальным шансом полного удаления аденомы. Успех повторных операций, как правило, невелик, количество осложнений значительно возрастает. К ним относятся: назальная ликворея, менингиты, синуситы, нарушение зрения, гипопитуитаризм, несахарный диабет (V Конгресс эндокринологов, Москва, 2006).

По Ростовской области оперировано всего 8 человек (25% от всех больных), причем транскраниальных операций – 5, эндоназальных – 6, 2 человека оперированы повторно, из них 1 человек перенес 3 операции. В Ростовских ЛПУ транскраниальным доступом произведено 5 операций, в Москве (НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко) произведено 6 операций эндоназальным доступом.

В результате оперативных мероприятий 8 больным имеем:

- рецидив заболевания – 7 человек;
- ремиссия заболевания – 1 человек;
- послеоперационный пангипопитуитаризм – 2 человека (один – с рецидивом заболевания, второй – с ремиссией заболевания после 3-й операции).

В настоящий момент необходимо оперировать 4 человека, у которых опухоль имеет эндоселлярное расположение без инвазии в кавернозный синус, что позволяет надеяться на высокий процент ремиссии.

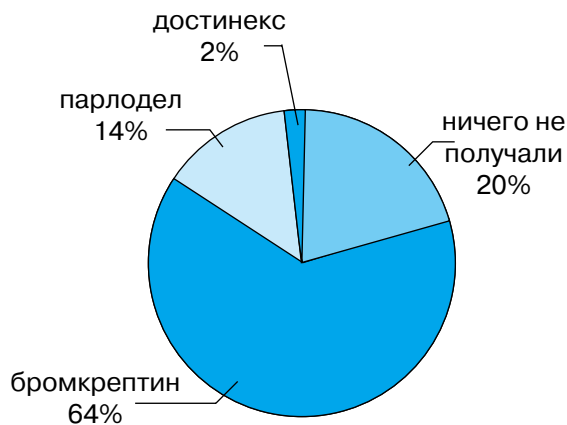
В 2006 г. на V Конгрессе эндокринологов в Москве обсуждался консенсус по проблеме акромегалии, где было принято решение о направлении на оперативное лечение больных только в Федеральные медицинские центры, так как эти операции требуют высокотехнологичных методов лечения. Считается, что удачно может оперировать таких больных только хирург, имеющий опыт не менее 200 подобных операций.

### Лучевой метод (дистанционная гамма-терапия и протонотерапия)

Лучевые методы лечения, в отличие от оперативного, обладают рядом серьезных недостатков. К ним, прежде всего, относятся осложнения – в 50% случаев может развиваться гипопитуитаризм, постлучевая энцефалопатия, имеются данные об индукции опухолей ЦНС, кроме того, эффект от лечения наступает не ранее чем через год, иногда – через 10 лет, лишь через 20 лет у 90% больных отмечается клиничко-гормональная ремиссия. В нашей области телегамматерапию гипофиза получили 6 человек, из них у 1 возникла клиничко-гормональная ремиссия, облучение было произведено 20 лет назад. Протонотерапию получил 1 человек, самый современный способ лечения – «Гамма-нож» – 1 человек (полгода назад, снижение СТГ еще не наблюдается).

### Медикаментозный метод (аналоги соматостатина и агонисты дофамина)

В настоящий момент из медикаментозных средств используются агонисты дофамина и аналоги соматостатина. На момент создания регистра по акромегалии (2005 г.) больные имели возможность получать только агонисты дофамина.



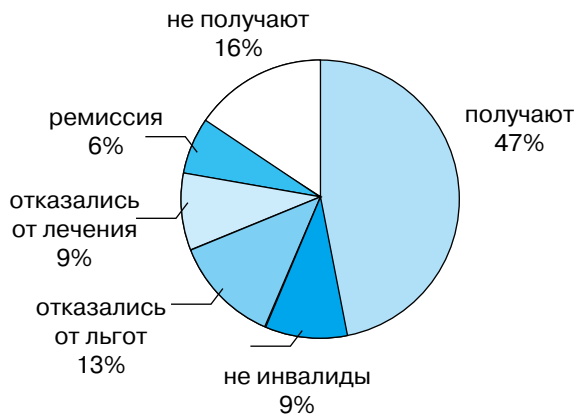
Многолетнее использование этих препаратов во всем мире доказало, что они могут употребляться как дополнение к лучевому или хирургическому лечению. В качестве монотерапии применяются у пожилых, ослабленных больных с «мягкой акромегалией», невысоким уровнем секреции СТГ. Кроме этого, для достижения эффекта требуются весьма высокие дозы агонистов дофамина: парлодел или абергин – 20 мг/с, достинекс (каберголин) – 0,5 мг/с. Многие больные плохо переносят эти препараты в больших дозах – тошнота, рвота, запоры, головокружения и т.п. По литературным данным, такие дозы агонистов дофамина позволяют достигнуть клинического улучшения в 50-70% случаев, а снижение СТГ наблюдается в 20-30% случаев.

**Показания к применению аналогов соматостатина (Молитвослава Н.Н., 2001):**

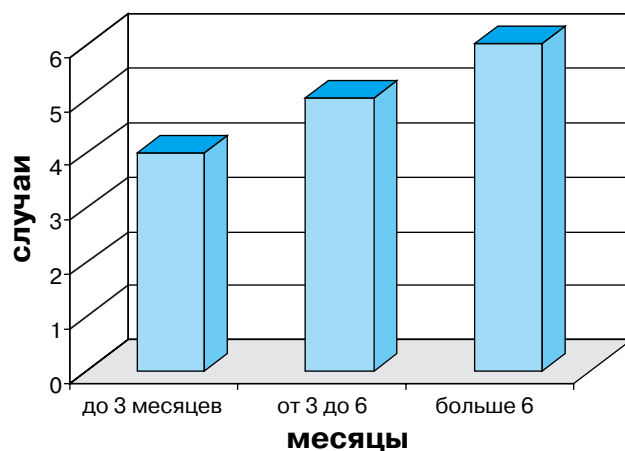
1. Неэффективность основных методов лечения (хирургического и лучевого, как отдельно взятых, так и в комбинации).
2. Как первичный метод лечения при наличии противопоказаний или отказе больного от оперативного и лучевого лечения.
3. Как дополнительное средство к хирургическому лечению и облучению, особенно в случае, когда агонисты дофамина абсолютно противопоказаны либо не эффективны.
4. Как средство предоперационной подготовки.

С 1980 г. в мире начал применяться препарат октреотид, эффективно снижающий СТГ. В настоящий момент в России используется 3 препарата октреотида пролонгированной формы – сандостатин-ЛАР, соматулин и новый отечественный препарат фирмы «Фарм-Синтез» – октреотид-депо (Отчет о проведении III фазы клинических испытаний эффективности и безопасности препарата октреотид-депо ЗАО «Фарм-Синтез», г. Москва, 2007).

Аналоги соматостатина пролонгированного действия на сегодняшний момент в Ростовской области получают 15 человек (47%), не получают – 17 человек (53%).



Получают аналоги соматостатина в РО 15 человек, из них:



**Критерии эффективности лечения (Молитвослава Н.Н., 2001):**

1. Смягчение или исчезновение большинства клинических признаков заболевания.
2. Уровень СТГ – до 2,5 нг/мл на фоне ОГТТ.
3. Нормализация уровня ИРФ-1.
4. Отсутствие отрицательной динамики результатов МРТ (или КТ) области гипофиза через 6-12 месяцев от момента проведения (начала) терапии.

**Уровни СТГ в результате лечения аналогами соматостатина в течение 3 и 6 месяцев**

Больные	Содержание СТГ в крови пациента		
	Исходно, до лечения	Во время лечения	
		Через 3 мес.	Через 6 мес.
В.	94,3	6,4	
Г.	88,15	9,4	
С.	36,6	0,3	
Т.	123,8	30,2	
К.	173,9	28,3	
П.	54	8,2	10,1
Д.	50,0	17,5	15,4
Гв.	165	49,3	6,0
Л.	165	4,0	0,9
Го	16,1	9,05	12,0
Ч.	173	49	88
Ки.	13,8	7,7	5,1
Среднее арифметическое	95,1	18,3	19,6
Ошибка среднего арифметического	19,3	5,1	12,5
M±m	95,1 ± 19,3	18,3 ± 5,1	19,6 ± 12,5
t	3,85		0,099
p	<0,01		>0,05
t		3,2	
p		<0,01	



**ООО Научно-производственное предприятие "Ларикс" выпускает одноразовые стерильные комплекты хирургического белья из нетканых материалов и модную медицинскую одежду.**

За 15 лет работы на рынке медицинских изделий мы разработали, клинически апробировали и наладили серийный выпуск хирургического белья и одежды для различных областей применения:

**акушерство и гинекология:** акушерские комплекты, простыни для кесарева сечения, комплекты для малой гинекологии и влагалищных операций (цена от 19 руб.)

**общая хирургия:** комплекты белья и одежды, маски, шапочки, бахилы (цена от 2 руб.)

**спецкомплекты** белья для офтальмологических и эндоскопических операций (цена от 35 руб.)

**ортопедия:** комплекты белья для операций на конечности, тазобедренном и коленном суставах, артроскопических операций (цена от 154 руб.)

**кардиохирургия:** комплекты белья для имплантации электрокардиостимуляторов, аортокоронарного шунтирования, электрофизиологических исследований (цена от 270 руб.)

Комплекты выпускаются из нетканого материала спанбонд, а также из материалов нового поколения - "спанлейс" и "СМС". Специалисты нашего предприятия разработали элегантную коллекцию медицинской одежды из смесовых и 100% хлопковых тканей высочайшего качества, которая включает широкий ассортимент моделей различной цветовой гаммы.

В целом деятельность предприятия направлена на удовлетворение потребительского рынка отечественными изделиями при постоянном повышении качества.

Мы постоянно участвуем в розыгрышах котировок, конкурсах, аукционах.

В случае Вашей заинтересованности нашей продукцией обращайтесь:

**347810 Ростовская обл., г. Каменск-Шахтинский, ул. Ленина, 53  
тел./факс: (86365) 7-08-33, 7-33-12.  
E-mail: larix5@rambler.ru www.larix.ru**



реклама



ООО Научно-производственное предприятие

**МИКРОМОНТАЖ**

603136, г. Н.Новгород, а/я 58, ☎(831)2464085, 2464460, 2779963, 2779749

WWW.med-mm.nnov.ru

E-mail: mmontazh@sandy.ru

проектирует и серийно производит медицинские средства перемещения пациентов и грузов для автомобилей скорой помощи, спасателей и больниц



тележки больничные полки из нержавеющей стали



сервисные тележки для уборки помещений, перевозки белья и др. принадлежностей



больничные тележки-каталки ТСН-ММ  
- с плавным изменением высоты  
- с плавным изменением наклона  
- донорская со стойкой капельницы

тележка-каталка многоуровневая, со съёмными носилками ТНС-01ММ

носилки контактно штабелируемые



носилки ковшовые ИКРЖ-ММ



реклама

# ДВУ-5

УНИВЕРСАЛЬНОЕ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ  
ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО НОВОГО ВРЕМЕНИ



**5 минут**

режим дезинфекции высокого уровня\*

**30 минут**

режим стерилизации\*



\* при комнатной температуре



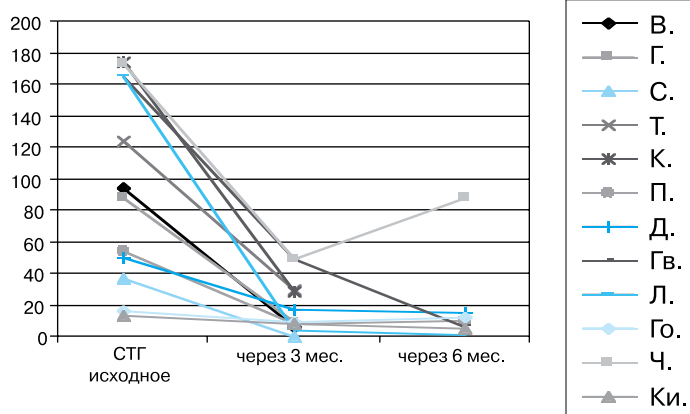
**НОВОЕ ВРЕМЯ – НОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ !  
ДОВЕРЯЙТЕ ЛУЧШИМ !**



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](mailto:dezsab@ropnet.ru) <http://www.dezsab-trade.ru>





Таким образом, использование в течение 3 месяцев аналогов соматостатина обеспечивало статистическое снижение плазменного содержания СТГ ( $p < 0,01$ ), которое в дальнейшем сохранялось на достигнутом уровне следующие 3 месяца лечения, не проявляя тенденции к изменению ( $p > 0,05$ ).

Динамика размеров аденомы гипофиза через 6 месяцев после начала лечения аналогами соматостатина (по данным МРТ): 7 случаев (уменьшение размеров – 2 случая, без отрицательной динамики – 5 случаев).

#### Динамика клинических проявлений акромегалии в результате лечение аналогами соматостатина (15 случаев)

Симптомы	Кол-во случаев	%
Уменьшение головных болей	10	67
Уменьшение болей в суставах	9	60
Уменьшение потливости	7	47
Отеки губ, языка, изменение черт лица	9	60
Уменьшение слабости и повышение работоспособности	8	53
Снижение АД	4	27
Снижение сахара в крови	5	33

#### Выводы

**1.** В настоящее время в РО на учете по акромегалии состоят 32 человека, что составляет примерно 10% от предполагаемого числа больных, проживающих в регионе, то есть специалисты не обладают достаточными возможностями для выявления таких пациентов.

**2.** Анализ качества обследования больных акромегалией показывает весьма скромные познания районных специалистов о патогенезе заболевания. Пренебрежение правилами стандартного обследования больных с акромегалией по всем «органам-мишеням» создает опасность пропустить онкопатологию (ТАБ узлов щитовидной железы, маммография, колоноскопия, исследования органов малого таза).

**3.** При отсутствии своевременного адекватного лечения смертность больных с акромегалией

в 4-10 раз превышает такую в общей популяции. Попытки врача лечить последствия акромегалии (заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринообменные заболевания, ЦНС заболевания, онкопатологию) при отсутствии патогенетического лечения (снижение и поддержание нормального уровня секреции СТГ) совершенно бессмысленны.

**4.** Из 32 больных, состоящих в регистре, только у 2-х в результате сочетания различных способов лечения наблюдается клинко-гормональная ремиссия. И только половина больных, нуждающихся в лечении препаратами октреотида, их получают.

**5.** Анализ эффективности лечения больных акромегалией аналогами соматостатина в течение 3 и 6 месяцев статистически достоверно указывает на снижение плазменного содержания СТГ ( $p < 0,01$ ), и при соблюдении правильного режима введения препарата (через 28-30 дней) эффект стойко поддерживается, при этом наблюдается регресс клинических симптомов заболевания, отсутствие отрицательной динамики в росте опухоли.

**6.** Наиболее эффективный метод лечения – хирургический – практически недоступен для наших больных. Во-первых, потому, что эти высокотехнологичные операции не производятся в областных ЛПУ. Во-вторых, существует различное отношение к показаниям для хирургического лечения у эндокринологов и нейрохирургов. Нейрохирурги показаниями чаще всего считают влияние опухоли на зрительные комплексы и ликворею. Эти нарушения появляются при макроаденомах, выходящих из полости турецкого седла. Эндоскопические, щадящие методики оперативного подхода в этот момент уже невозможны, а транскраниальные операции опасны своими осложнениями. Огромный поражающий эффект от повышенной секреции СТГ нейрохирургами недооценивается.

**7.** С принятием Российского Консенсуса на V Конгрессе эндокринологов (2006) появилась методологическая основа для качественного пересмотра существовавших ранее критериев диагностики лечения и компенсации заболевания, что позволяет унифицировать эти методы и внедрить их в широкую клиническую практику, создать систему динамического наблюдения за состоянием здоровья пациентов с помощью современных лабораторных инструментальных методов диагностики. Во многих европейских странах (Германия, Италия, Франция, Великобритания, Испания, Дания, Швеция, Финляндия), где на протяжении ряда лет функционируют национальные регистры больных с акромегалией, удалось достичь высокого процента ремиссии заболевания, улучшить качество жизни и увеличить сроки продолжительности жизни больных с данной патологией.

## Паразитарные заболевания: практические рекомендации врача-инфекциониста

*Думбадзе О. С., зав. клиникой НИИ микробиологии и паразитологии,  
г. Ростов-на-Дону*

Паразитарные болезни (паразитозы) человека – группа заболеваний, вызываемых паразитами. Паразиты – организмы, питающиеся за счет особей другого вида и временно или постоянно пребывающие на поверхности их тела или внутри организма. Часто эти заболевания называют инвазиями (лат. *invasion* – вторжение).

Паразитарные болезни человека включают в себя заболевания, вызываемые простейшими (протозоозы), гельминтами (гельминтозы) и членистоногими. Среди почти полутора тысяч известных возбудителей болезней человека на долю паразитозов приходится более 300. По данным ВОЗ, паразитарными заболеваниями в мире поражены не менее 4 млрд человек, десятки миллионов из них ежегодно умирают по этой причине.

Эпидемиологическая ситуация с заболеваемостью паразитозами в России, как и в большинстве стран умеренного климата, существенно лучше, чем в государствах тропического и субтропического поясов. Этому способствуют климатические условия, неблагоприятные для развития многих паразитов, и социально-экономические факторы (достаточно высокий уровень развития здравоохранения, санитарная грамотность населения и др.). По данным официальной статистики, в нашей стране ежегодно регистрируется около миллиона впервые выявленных больных паразитарными заболеваниями. Истинное их число, по экспертным оценкам главного государственного санитарного врача РФ Онищенко Г.Г., превышает 20 млн человек. И хотя ситуация с этими заболеваниями в РФ и в ЮФО неоднозначна, она далека от критической и в основном управляема. Одним из подтверждений этому может быть устоявшаяся в последние десятилетия структура заболеваемости паразитозами на Юге России. Более 90% заболеваемости гельминтозами приходится на энтеробиоз (около 300 случаев на 100 тыс. населения) – сравнительно легкую, зачастую склонную к самоизлечиванию инвазию. Среди заболеваний, вызываемых простейшими, также со значительным отрывом лидирует лямблиоз (около 50 случаев на 100 тыс. населения), который с клинической точки зрения можно охарактеризовать аналогично энтеробиозу. Таким образом, тяжелые и опасные для жизни человека паразитозы встречаются у нас

сравнительно редко. Неблагоприятные исходы при паразитарных заболеваниях не превышают нескольких случаев в год на всей территории ЮФО (тропическая малярия, трихинеллез, эхинококкоз и др.).

Вместе с тем, общая заболеваемость паразитозами далека от оптимальной и может быть существенно улучшена. В сентябре 2007 г. постоянно действующее совещание (коллегия) Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека под председательством Онищенко Г.Г. рассмотрело вопрос о состоянии заболеваемости и мерах по профилактике паразитарных заболеваний в РФ.

Среди решений комиссии:

- рекомендации о разработке целевых программ, направленных на снижение заболеваемости аскаридозом, эхинококкозом и тениаринхозом;
- обеспечение контроля за введением в практику ЛПУ современных методов лабораторной диагностики паразитозов;
- подготовка и внедрение в практику стандартов диагностики и лечения паразитарных заболеваний;
- вопрос о качестве и объеме подготовки врачей в ВУЗах и на ФПК, о проведении научных исследований по данной тематике, о запрещении использования в практике здравоохранения компьютерных методов диагностики паразитарных болезней без визуализации объекта;
- постоянное информирование населения о мерах личной и общественной профилактики паразитарных заболеваний.

Сложные жизненные циклы, половой путь развития, наличие стадий с разной анатомией и физиологией принципиально отличают возбудителей паразитозов от возбудителей других инфекционных болезней. Паразитизм, как одна из форм взаимоотношений между организмами, широко распространен в природе. В большинстве случаев паразитизм отличается от хищничества, при котором один организм (хищник) ловит и умертвляет свою жертву для использования ее в пищу. Так, образно выражаясь, ведут себя возбудители других инфекционных заболеваний (вирусы, бактерии и др.). А, например, лентец широкий (рыбий цепень), достигая длины 8-10 метров, может успешно



существовать в кишечнике человека 10 лет и более, не вызывая катастрофических нарушений в организме хозяина. К этому можно добавить, что большинство паразитов, в первую очередь гельминтов, неспособно увеличить в организме человека число особей. Однако, несмотря на эти и эпидемиологические различия, паразитарные заболевания с точки зрения клинициста являются неотъемлемой частью инфекционных болезней. В нашей стране совершенно обоснованно отсутствует врачебная клиническая специальность «паразитология». Лечением и диагностикой паразитарных заболеваний могут заниматься (и занимаются) врачи различных специальностей: педиатры и терапевты, гинекологи и хирурги, офтальмологи и дерматоневрологи. Вместе с тем, в случае необходимости, в качестве консультанта-арбитра возможно привлечение врача-инфекциониста.

### Общая характеристика гельминтозов

С целью формирования клинического подхода гельминтозы можно с большой долей условности разделить на «просветные, полостные» и «тканевые».

К полостным относится многочисленная группа плоских и круглых гельминтов, обитающих в просвете кишечника (энтеробиоз, аскаридоз, дифиллоботриоз, тениаринхоз, тениоз, гименолепидоз, трихоцефалез, стронгилоидоз и др.) или желчных путей (описторхоз, фасциолез и др.). К тканевым гельминтозам в первую очередь стоит отнести болезни, вызванные паразитированием личинок нематод животных (токсокароз, трихинеллез), а также взрослых паразитов (эхинококкоз, альвеококкоз, дирофиляриоз) в органах и тканях человека.

Просветные гельминтозы, за редким исключением, характеризуются легким течением, хорошо поддаются терапии, т.к. лекарственное средство непосредственно взаимодействует с паразитом, быстро вызывая его гибель и эвакуацию. Другая ситуация с тканевыми паразитами, когда возбудители находятся в любых органах и тканях человека, в т.ч. в головном мозге. При создании губительных для паразитов концентраций противопаразитарных средств высок риск развития неприемлемых побочных эффектов терапии. Приходится прибегать к длительным, повторным курсам не всегда эффективного лечения.

Воздействие паразита на организм хозяина складывается из механического воздействия на ткани, поглощения и нарушения всасывания питательных веществ и витаминов, нарушения обмена веществ, токсического воздействия (путем продуцирования специфических токсинов), многокомпонентного воздействия на иммунную систему (иммуносупрессия, изменение состава антигенов, гиперсенситилизация

и развитие иммунопатологических процессов). Соответственно, основными клиническими синдромами при гельминтозах являются: болевой, диспепсический, токсико-аллергический (в т.ч. эозинофилия) и др.

Как уже упоминалось, самым распространенным в России гельминтозом является энтеробиоз. Это один из немногих так называемых контактных гельминтозов. Для этих болезней характерным является передача возбудителей при контакте с больным человеком, поскольку яйца гельминтов быстро (в течение нескольких часов) созревают до инвазионной стадии. В эту группу также входит гименолепидоз – карликовый цепень.

Таким образом, большинство гельминтозов не передаются от человека к человеку и соответственно больные не нуждаются в изоляции. Среди других гельминтозов, встречающихся на территории ЮФО и необоснованно редко или несвоевременно диагностируемых, следует обратить внимание на стронгилоидоз, дирофиляриоз, эхинококкоз, токсокароз.

● **Стронгилоидоз** – хронически протекающий гельминтоз с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта и общими аллергическими проявлениями (эозинофилия). Относится к СПИД-ассоциированным (оппортунистическим) болезням. У лиц с вторичным иммунодефицитом, зараженных стронгилоидозом, заболевание может принять генерализованный характер с неблагоприятным исходом. Пациент нуждается в длительном стационарном лечении.

● **Дирофиляриоз** – единственный филяриоз человека, встречающийся на территории РФ. Это тканевой гельминтоз, характеризующийся трансмиссивным путем передачи (комары) и локализацией гельминта (8-10 см) в подкожной клетчатке с возможностью миграции. Встречается во всех субъектах ЮФО. Лечение хирургическое.

● **Эхинококкоз** – тяжелое, хронически протекающее заболевание, нередко приводящее к инвалидности, а иногда, в случае поздней диагностики, разрыва паразитарной кисты – к смерти. Основным методом лечения – хирургический. Часто развиваются рецидивы заболевания, в т.ч. – по причине отсутствия проведения послеоперационного противорецидивного лечения (албендазол, мебендазол).

● **Токсокароз** – хронически протекающий тканевой геогельминтоз. Чаще болеют дети. Микроскопические личинки проникают с током крови и лимфы в ткани печени, легких, глаза и даже могут преодолевать гематоэнцефалический барьер. Гистоморфологически токсокароз у человека – диссеминированный эозинофильный гранулематоз. Лечение длительное, требуются повторные курсы.

### Общая характеристика протозоозов

Протозойные болезни широко распространены в мире, особенно в тропиках и субтропиках. Наибольшую опасность представляет малярия. На территории РФ местные случаи малярии практически не регистрируются. Завозные случаи тропической малярии зачастую оканчиваются летально по причине несвоевременной диагностики и отсутствия специфических лекарственных средств (инъекционные формы хинина).

У человека простейшие паразитируют в желудочно-кишечном тракте, крови и тканях внутренних органов. Среди немногих актуальных протозоозов, встречающихся на территории ЮФО, можно выделить криптоспоридиоз, токсоплазмоз, лямблиоз, амебиаз.

● **Криптоспоридиоз** – заболевание, протекающее с поражением слизистой желудочно-кишечного тракта и проявляющееся диареей, мальабсорбцией, потерей массы тела. Чаще наблюдается у детей и лиц с иммунодефицитными состояниями. Пораженность криптоспоридиозом ВИЧ-инфицированных достигает 30% и может послужить непосредственной причиной смерти. Эффективные средства для терапии не разработаны. Несмотря на обнаружение возбудителей во внешней среде, в т.ч. в питьевой воде, заболевания криптоспоридиозом у людей на территории РФ практически не регистрируются.

● **Токсоплазмоз** – заболевание, характеризующееся поражением нервной системы, глаз, скелетных мышц и других органов и тканей и протекающее в виде бессимптомного носительства или клинически выраженных форм (острое и хроническое течение). Несмотря на ежегодное проведение (по клиническим показаниям) в ЛПУ тысячам пациентов дорогостоящих специфических тестов на токсоплазмоз, официально в ЮФО регистрируются единичные случаи этого заболевания. Например, в 2005 г. в ЮФО зарегистрировано 29 случаев токсоплазмоза, при этом в Ростовской области и во всех северокавказских республиках не выявлено ни одного случая этой распространенной инвазии. Выделяют две клинико-эпидемиологические формы токсоплазмоза: врожденный и приобретенный. Эффективные средства терапии отсутствуют. Особую актуальность токсоплазмоз приобретает при беременности, в связи с возможностью тератогенного действия паразита. Всем женщинам в рамках планирования (обязательно) и во время течения беременности (при необходимости) должны назначаться специфические серологические тесты. В случае обнаружения при плановом обследовании у женщины до беременности антител класса G к *Toxoplasma gondii* она и будущий плод считаются защищенными от инвазии и не нуждаются в дальнейшем наблюдении по этому поводу. То же относится и к женщинам, у которых причиной выкидыша или смерти ребенка был врожденный токсоплазмоз.

● **Лямблиоз** (в англоязычной литературе – жиардиоз) – убиквитарная протозойная инфекция. За последние 30-40 лет патогенность и клиническое значение лямблий неоднократно пересматривалось. В настоящее время большинство исследователей не оспаривают вирулентность *Giardia intestinalis* – единственного из патогенных простейших, обитающего исключительно в просвете тонкой кишки человека. В желчном пузыре лямблии не могут существовать, т.к. желчь действует на них губительно. В большинстве случаев для полного излечения достаточно одного курса терапии. Критериями излеченности лямблиоза служит исчезновение или существенный регресс клинических проявлений и отрицательный анализ фекалий, взятый через неделю после окончания лечения.

● **Амебиаз** – известное широкому кругу врачей заболевание. После малярии данная инфекция занимает второе место в мире по частоте летальных исходов при паразитарных болезнях. Опасность представляют осложнения кишечного (перфорация, массивное кровотечение) и внекишечного (абсцесс печени) амебиоза. В РФ регистрируются единичные (местные и завозные) случаи этой инвазии. Разработаны и успешно применяются химиотерапевтические и хирургические методы лечения амебиоза и его осложнений.

Самой большой проблемой, связанной с паразитарными заболеваниями, являются не трудности в лечении, а недостатки в их клинической и лабораторной диагностике.

Нами на примере трихинеллеза проведен количественный и качественный анализ ошибочных действий врачей при распознавании паразитарных заболеваний на догоспитальном и стационарном этапах оказания медицинской помощи. Проведенное исследование показало, что 80% больных трихинеллезом на амбулаторно-поликлиническом этапе правильный диагноз не устанавливается вообще или устанавливается поздно. Причем, как правило, это обусловлено субъективными причинами.

Как улучшить эти крайне неудовлетворительные показатели, приводящие к несвоевременным лечебным и противоэпидемическим мероприятиям? Наверное, невозможно и не нужно заставлять докторов постоянно изучать все паразитарные болезни с трудно выговариваемыми названиями. Вместе с тем, врачи различных специальностей должны обладать необходимыми знаниями и навыками первичной клинической диагностики наиболее актуальных паразитарных заболеваний. В каждом субъекте ЮФО целесообразно определить (на функциональной основе) и оснастить ЛПУ, которое будет обладать *referens*-статусом в вопросах клинической и лабораторной диагностики, а также лечения паразитарных заболеваний.

## Опыт кризисной психотерапии

*Джуха Ю.П., нач. Бюро СМЭ РО, Панов А.Е., Бюро СМЭ РО; Хмарук И.Н., канд. психол. наук, доцент, зав. каф. ГМУ; г. Ростов-на-Дону*

Необходимость оказания профессиональной психологической помощи специалистам, которые по роду своей деятельности сами оказывают ее другим (врачи, спасатели, социальные работники, священнослужители), все более привлекает внимание не только клинических психологов и психотерапевтов, но и широкой медицинской общественности. Известный каждому еще со студенческой скамьи призыв – «врач, исцели себя сам», в условиях ежедневной профессиональной деятельности зачастую оказывается не более чем крылатой фразой. Однако если состояние физического здоровья время от времени все-таки заставляет «сапожников без сапог» обращаться за помощью к коллегам-врачам, то обращения по поводу состояния своего душевного здоровья по-прежнему представляются абсолютному большинству российских врачей чем-то экзотическим.

Всем известно, что врачи, как специалисты, работающие в системе «человек-человек», в своей деятельности вынуждены постоянно сталкиваться с негативными эмоциональными переживаниями своих пациентов и их родственников; более того, оказываются непроизвольно вовлеченными в них, в силу чего подвергаются регулярному массивному воздействию самых разнообразных психологических стрессоров и испытывают хроническое повышенное эмоциональное напряжение. Любой врач, работающий в практическом здравоохранении, знаком с ощущением кратковременных или длительных изменений в собственном психологическом состоянии, знает о меняющемся в процессе работы отношении к пациентам, к своей профессиональной деятельности и изменении отношения к самому себе.

Тем не менее, по данным исследований сотрудников кафедры медицинской психологии и психотерапии РостГМУ, даже при субъективном понимании необходимости помощи психолога или психотерапевта в разрешении невротических или личностных проблем, 87% опрошенных врачей самостоятельно никогда бы не решились обратиться в психоневрологический диспансер из-за опасений быть поставленными на учет, получить ярлык душевнобольного. Арсенал же средств, используемых для психологического «самолечения» лицами с высшим медицинским образованием, как это ни парадоксально, ничем не отличается от набора средств, используемых лицами, зачастую вообще образования не имеющими – это курение и тщетные попытки расслабиться во

время «отдыха» с активной алкоголизацией. К сожалению, врачи-судмедэксперты и сотрудники бюро СМЭ не являются исключением из общего правила.

Психологическое состояние людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами в атмосфере эмоционального перенапряжения при оказании профессиональной помощи, впервые было описано в 1974 г. под названием «синдром эмоционального сгорания» (Freidenberg, 1974) и активно исследуется в зарубежной клинической психологии (Benpet L. e.a.; Gerengaiss E.R., Burke R.J.; Thyness P.A.; Van den Berge A.A.). В отечественной науке данный феномен как самостоятельный практически не изучался. В имеющихся работах он либо просто обозначался, либо рассматривался в контексте более широкой проблематики невротических и реактивных расстройств в ходе профессионального развития личности (как проявление «профессиональной деформации»).

Однако синдром эмоционального сгорания имеет свою четко очерченную специфику, непосредственно связанную с особенностями профессиональной деятельности. Согласно современным данным, под «эмоциональным сгоранием» понимается большая неоднородная группа особых психологических состояний физического, эмоционального и умственного истощения, которые развиваются у здоровых людей в условиях эмоционального перенапряжения при выполнении своей профессиональной деятельности, связанной с оказанием помощи другим людям.

Структурно этот синдром включает в себя три основные составляющие (Maslach С. e.a., 1993):

- эмоциональную истощенность;
- деперсонализацию (дегуманизацию, цинизм);
- редукцию профессиональных достижений.

Под эмоциональной истощенностью понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой; деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда; редукция профессиональных достижений – возникновение у специалистов чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание личного неуспеха в ней.

Клинические проявления синдрома эмоционального сгорания в настоящее время обычно рассматриваются в рамках астено-субдепрессивного синдрома, где на первый план выходят:

- астенизация – переживание чувства постоянной усталости, утомляемости, нервного истощения;
- сниженный фон настроения с легко возникающей тревожностью;
- агрипнические расстройства – нарушение режима сна и бодрствования;
- психосоматические реакции, чаще со стороны сердечно-сосудистой системы (головные боли, неприятные ощущения в области сердца, колебания артериального давления), реже – со стороны желудочно-кишечного тракта и неврологические расстройства (в частности, по типу поясничного радикулита). У женщин могут возникнуть нарушения менструального цикла;
- обсессивно-фобические расстройства – кратковременные психогенные реакции в виде навязчивых представлений, мыслей, сомнений и даже фобий после сложных, эмоционально тяжелых профессиональных ситуаций;
- изменение отношения к себе, к своей профессиональной деятельности.

Вся вышеперечисленная симптоматика в той или иной степени выявлялась и у сотрудников ГОУЗ Бюро СМЭ Ростовской области, принимавших участие в экстренных мероприятиях по опознанию жертв авиакатастрофы в районе г. Донецка (Украина) 22 августа 2006 г.

В связи с тем, что большинство сотрудников (особенно молодых, со стажем работы до 5 лет) были не только обеспокоены появлением у них симптомов социально-стрессовых расстройств, но и высказывали желание обсудить эти проблемы с психологом, администрация бюро СМЭ сочла необходимым обратиться за профессиональной помощью к специалистам кафедры медицинской психологии и психотерапии РостГМУ. Успешный опыт оказания психотерапевтической помощи работникам бюро и послужил поводом для настоящего сообщения. Поскольку имеющийся материал не являлся результатом специального исследования, представляется возможным говорить лишь о наиболее значимых тенденциях, выявленных нами на диагностическом этапе и определивших специфику работы с данной категорией пациентов.

Психопатологическая симптоматика у обратившихся была достаточно полиморфной, с преобладанием картины некоторой растерянности, неустойчивого эмоционального состояния – от легкого возбуждения или стертой астенодепрессивной симптоматики до бурных эмоциональных и вегетативных реакций, укладывающихся в описание острой реакции на стресс (F43.21). В наиболее ярких случаях мы наблюдали тревожно-депрессивные состояния с навязчивыми воспоминаниями психотравмирующей ситуации, что приближается к картине

реакции адаптации со смешанным нарушением эмоций (F43.23).

Поскольку оказание психотерапевтической помощи в кризисной ситуации во многом зависит от ее особенностей, одним из наиболее важных моментов, определяющих успешность взаимодействия психотерапевта и пациента, явилось понимание специфики профессиональной деятельности врача-судмедэксперта в подобных условиях.

Оказание экстренной психотерапевтической помощи осуществлялось нами в русле когнитивно-поведенческого подхода в формате групповой психотерапии, однако в отличие от классической методики (Бек А., Эллис А.), рассчитанной на курс до полугода, использованная нами модификация предполагала достижение положительного эффекта в кратчайшие сроки (от одного до нескольких сеансов) и включала в себя элементы гештальт-терапии, эриксоновского гипноза и семейной системной терапии.

Одной из основных мишеней использованного нами варианта психотерапии являлась проработка проблем ответственности, в т.ч. способности к усилению адаптивных функций межличностных границ. Психотерапевтические интервенции были направлены на осознание актуального внутриличностного конфликта, конфронтацию с паттернами регрессивной зависимости, повышение уровня субъективного контроля и модификацию защитно-совладающего стиля пациентов.

С самого начала терапии четко обозначилась проблема алекситимии (трудности при попытке выразить словами переживаемые чувства), однако уже к концу первого сеанса большинство пациентов преодолели «внутренний барьер», и в их высказываниях стали звучать эмоционально насыщенные переживания. Здесь надо еще отметить и особенности профессионального менталитета судмедэкспертов – наряду с переживаниями психотравмы у них имело место чувство ложного стыда, уязвимости, боязни быть неправильно понятыми. Необходимо было проявить максимум такта и эмпатии, избегать оценочных высказываний, чтобы они почувствовали, что могут говорить обо всех своих переживаниях и будут правильно поняты. Активный расспрос, внимательное выслушивание и проговаривание наиболее неприятных переживаний позволило уменьшить аффективное напряжение и активизировать целенаправленную деятельность пациентов. Итогом краткосрочной кризисной психотерапии, проводимой в течение 2-х недель, стала не только практически полная редукция астенодепрессивной симптоматики и восстановление сна, но, что особенно важно, успешная утилизация драматического опыта как фактор собственного личностного роста, повышение



адаптивности в социальной (в т.ч. профессиональной) среде и формирование адекватного конструктивного отношения к ней.

### Выводы

**1.** Деятельность судебно-медицинских экспертов имеет выраженную специфику: исследование трупов, общение с родными и близкими покойных, работа с представителями правоохранительных органов, отстаивание своего профессионального мнения в судебных заседаниях, постоянная ответственность перед законом на фоне возрастающего количества работы и усиления требований к ее качеству. Поэтому даже в результате повседневной работы у представителей этой профессии не могут не накапливаться психологические проблемы. Это – с одной стороны. С другой – создается обманчивое впечатление «растворения» накапливающихся проблем за счет фактора «повседневности». Но поскольку проблемы при этом не исчезают, у работников развиваются стойкие, хотя, возможно, и не явные, проявления синдрома эмоционального сгорания.

**2.** В результате экстренных работ в условиях стрессовой ситуации (например, массовая гибель людей) симптомы социально-стрессовых расстройств накапливаются и проявляются следующим образом:

- сами по себе – как следствие ситуации;
- как обострившаяся форма ранее приобретенных расстройств;
- как результат взаимного потенцирования двух предыдущих пунктов, что представляется наиболее вероятным.

**3.** Исходя из того, что подавляющее большинство сотрудников судебно-медицинской

службы, как правило, редко меняют сферу деятельности, необходимо принимать меры для сохранения и поддержания гармоничной структуры личности работников. Принятые в этом направлении меры важны не только в плане результатов работы и рабочих качеств, но и в отношении прочих сфер жизни, в которых личность себя проявляет. То есть речь идет о пользе для общества.

Таким образом:

- целесообразна систематическая психотерапевтическая помощь сотрудникам, осуществляемая для выявления и коррекции накопившихся невротических изменений;
- необходима обязательная медико-психологическая реабилитация в отношении сотрудников, участвовавших в работах в условиях стрессовой ситуации.

**4.** Осуществление такой деятельности связано с серьезной психологической проблемой – непопулярностью самой идеи психотерапевтической помощи, распространенной, в частности, в среде медицинских работников. Такая проблема не может быть решена сразу. В связи с этим предлагается вариант решения проблемы, начиная с первоначальных этапов:

- участие психолога при приеме на работу в бюро СМЭ;
- периодическое наблюдение психологом молодых специалистов, обучающихся в интернатуре или недавно ее закончивших (беседы, ситуационные задачи и т.п.).

Подобные меры могут помочь постепенному введению идеи психологической и психотерапевтической помощи в сознание сотрудников и обусловить в коллективе понимание ее важности для каждого.

## Об эффективности и безопасности нового водного кожного антисептика «Амидин аква» производства ЗАО «Петроспирт»

*Волкова С.В., начальник ЦЗЛ ЗАО «Петроспирт», г. Санкт-Петербург*

Фактически все применяемые в медицине кожные антисептики содержат в своем составе в качестве основного действующего вещества алифатический спирт – этиловый, изопропиловый, пропиловый или их смесь, причем в концентрациях 60–80%, при которых максимально проявляются их антисептические свойства. До 2006 г. большинство используемых в России кожных антисептиков содержали этиловый спирт, но, в связи с введением акцизного налога на спиртосодержащие дезинфицирующие средства и лицензированием их производства и продажи, в настоящее время они почти не используются в ЛПУ.

Антисептики на основе пропилового и изопропилового спирта неактивны или малоактивны в отношении устойчивых форм вирусов. Пропиловые спирты в 70%-концентрации не инактивируют вирус полиомиелита и некоторые другие энтеровирусы, кроме того, они имеют непереносимый многими запах. Пропиловые спирты в 100 раз токсичнее этанола по предельно допустимой концентрации в воздухе. Согласно ГОСТу, этанол относится к 4 классу опасности малоопасных веществ, а пропиловые спирты – уже к 3 классу. Кроме этого, в соответствии со справочником «Вредные вещества в промышленности» (Ленинград: Хи-

мия, 1976, т. 1), «пропиловые спирты негативно воздействуют на кожу, а также токсичны при вдыхании, работающие с пропиловыми спиртами жалуются на резь в глазах, слезотечение, светобоязнь; пары могут повредить сетчатку глаза и зрительный нерв».

ЗАО «Петроспирт» поставило задачу создания средства, обладающего высокой антимикробной активностью и не содержащего в рецептуре алифатический спирт. При этом решалась задача улучшения водно-жирового баланса кожи при отсутствии раздражающего действия препарата на кожу, обеспечение возможности его длительного применения для регулярной обработки рук. Было разработано и зарегистрировано средство «Амидин аква», представляющее собой водный раствор двух действующих веществ – N,N-бис(3-аминопропил)додециламина и алкилдиметилбензиламмоний хлорида – и вспомогательных веществ ПЭГ-7 кокоат глицерина, провитаминов В5, витамина РР, витамина С, гиалуроновой кислоты, фруктовых кислот, Алоэ Вера.

Для Амидина аква разработаны режимы применения его спиртового раствора при соотношении этилового спирта к средству 4:1. Области применения и спектр антимикробной активности препарата и его спиртового раствора идентичны. Средство применяется:

#### **в качестве кожного антисептика для:**

- обработки рук хирургов и лиц, участвующих в проведении оперативных вмешательств в ЛПУ (в т.ч. стоматологических клиниках), а также при приеме родов в родильных домах и др.;
- обработки локтевых сгибов доноров на станциях переливания крови и др.;
- обработки кожи операционного и инъекционного полей пациентов в ЛПУ;
- обработки кожи инъекционного поля пациентов перед пункциями (в суставы и органы) и введением катетеров;
- обработки кожи инъекционного поля пациентов в машинах скорой медицинской помощи, в зонах чрезвычайных ситуаций; в учреждениях соцобеспечения (дома престарелых, инвалидов и др.);
- гигиенической обработки рук медицинского персонала ЛПУ, машин скорой медицинской помощи, в зонах чрезвычайных ситуаций;
- гигиенической обработки рук работников лабораторий (в т.ч. бактериологических, вирусологических, иммунологических, клинических и др.), аптек и аптечных заведений;
- гигиенической обработки рук медицинских работников детских дошкольных и школьных учреждений, учреждений соцобеспечения (дома престарелых, инвалидов и др.), санаторно-курортных учреждений,

пенитенциарных учреждений;

- гигиенической обработки рук работников парфюмерно-косметических, фармацевтических и микробиологических предприятий, предприятий пищевой промышленности, общественного питания, торговли (в т.ч. лиц, работающих с денежными купюрами), коммунальных служб;

#### **для дезинфекции:**

- небольших по площади, а также труднодоступных поверхностей в помещениях, предметов обстановки, приборов, медицинского оборудования при бактериальных (включая туберкулез), вирусных и грибковых (кандидозы, дерматофитии) инфекциях;
- обуви с целью профилактики грибковых заболеваний в ЛПУ, на коммунальных объектах (гостиницы, общежития, парикмахерские, учреждения соцобеспечения и др.).

За счет синергитического действия активных веществ средство имеет широкую область применения в качестве кожного антисептика и дезинфицирующего средства. Оно обладает антимикробной активностью в отношении бактерий (включая микобактерии туберкулеза), грибов родов Кандида и Трихофитон, вирусов (в т.ч. возбудителей энтеровирусных инфекций – полиомиелита, Коксаки, ЕСНО; энтеральных и парентеральных гепатитов, ВИЧ-инфекции; гриппа, «птичьего» гриппа H5NI и др. ОРВИ, герпетической, цитомегаловирусной, аденовирусных и др. инфекций). Кроме того, средство проявляет пролонгированное антимикробное (остаточное) действие, сохраняющееся в течение 4-х часов.

При изучении антимикробной активности средства в качестве тест-микроорганизмов использовали бактерии кишечная палочка (*E.coli* шт. 1257), золотистый стафилококк (*S. aureus* шт. 906), синегнойная палочка (*Ps. aeruginosa* шт. 15), микобактерии В5 (*Mycobacterium B5*) и грибы кандиды альбиканс (*Candida albicans* шт. 15). При изучении вируцидной активности средства в качестве тест-микроорганизма использовали вирус полиомиелита 1 типа (вакцинный штамм LSc 2 ab). Установлено, что гибель кишечной палочки и золотистого стафилококка наступает через 30 секунд, синегнойной палочки, микобактерий В5 и вируса полиомиелита – через 1 минуту, кандиды альбиканс – через 2 минуты после контакта с готовой формой средства. Эффективность обеззараживающего действия средства в отношении естественной микрофлоры кожи рук составляет 99,59% (при норме не менее чем 95%), а в отношении искусственно нанесенной тест-культуры (кишечная палочка) – 100% (при норме не менее чем 99,99%). Пятикратная гигиеническая обработка кожи рук испытателей не сопровождалась ни нарушением общего самочувствия испытателей, ни изменениями со

стороны обрабатываемых участков кожи, что позволило оценить средство как удовлетворительное, не вызывающее побочных явлений при использовании.

Кратковременное замораживание готовой формы средства с последующим оттаиванием не изменяет его физико-химические свойства и не приводит к снижению эффективности его обеззараживающего действия при гигиенической обработке рук, т.к. снижение общей микрофлоры кожи рук составляет 99,35%, что соответствует критерию эффективности. Таким образом, средство можно транспортировать при отрицательных температурах.

Обработка рук хирургов средством приводит к достижению 100% снижения общего количества микроорганизмов при 100% стерильных проб.

При обработке кожи операционного поля (локтевых сгибов доноров) средство обеспечивает 100% гибель нанесенной тест-культуры кишечной палочки и приводит к достижению 100% снижения общего количества микроорганизмов после обработки кожи предплечий рук испытуемых.

Средство проявляет эффективность в испытанных режимах применения для обработки инъекционного поля, оно обеспечивает снижение общего количества микроорганизмов на 98,75% через 1 минуту. Эти данные соответствуют требованиям по эффективности, принятым в России для средств подобного назначения.

О наличии пролонгированного антимикробного действия средства судили по количеству стерильных проб, которое в соответствии с предъявляемыми требованиями должно составлять более 50% от общего числа проб, отобранных у испытуемых, обработавших руки средством и пребывавших в хирургических перчатках в течение 3-х часов. В результате экспериментов со средством в режиме обработки рук хирургов с последующим пребыванием испытуемых в хирургических перчатках в течение 4-х часов установлено, что при исследовании 10 смывов, взятых с внутренней поверхности перчаток, и 10 смывов с рук, взятых после снятия перчаток, наблюдалось отсутствие роста микроорганизмов в посевах в 70% случаев. Указанное свидетельствует о сохранении остаточного действия у средства на коже рук испытуемых в течение 4-х часов. В эксперименте по оценке остаточного действия средства принимала участие группа испытуемых, состоящая из 10 человек (мужчины и женщины в возрасте 30-60 лет). Общее состояние их на момент проведения испытания было удовлетворительным. После обработки рук испытуемых средством с последующим ношением хирургических перчаток (от 1 до 3 раз) ни у кого из испытуемых не было отмечено нарушения их общего со-

стояния и изменений обработанных средством участков кожных покровов рук.

Низкие концентрации активных веществ обеспечивают низкую токсичность препарата. Средство по параметрам острой токсичности при нанесении на кожу и введении в желудок, согласно ГОСТу, относится к 4 классу малоопасных соединений, местно-раздражающие, кожно-резорбтивные и сенсибилизирующие свойства в рекомендованных режимах применения не выражены. При ингаляционном воздействии по зоне острого токсического действия средство (готовая форма и спиртовой раствор) в виде паров и аэрозоля относится к 4 классу малоопасных соединений по Классификации степени ингаляционной опасности дезинфицирующих средств. Средство не обладает местным раздражающим действием при повторных аппликациях (в течение 4-х недель) на кожные покровы морских свинок и крыс. Повторные аппликации средства на поврежденную кожу не осложняют заживление ран. Средство не обладает кожно-резорбтивным действием в суммарной дозе 20 г/кг при повторном нанесении на кожу крыс и морских свинок в течение 4-х недель. Средство не оказывает сенсибилизирующего эффекта в экспериментах на лабораторных животных.

Клиническая апробация средства у группы добровольцев, проведенная в НИИ Медицины труда РАМН, дала следующие результаты: отсутствие каких-либо признаков раздражения кожных покровов или аллергической реакции на коже при проведении оценки раздражающего и сенсибилизирующего действия на кожу средства с помощью капельного теста; отсутствие нарушения защитно-барьерной функции кожи, исследуемой с помощью прибора «Скин-о-мат» производства фирмы «Космомед ГмБХ» (Германия); увеличение показателя трансэпидермальной потери воды и изменение pH кожи варьировались в пределах допустимой нормы.

Вспомогательные компоненты средства «Амидин аква» улучшают цвет и эластичность кожи, придают ей мягкость и ухоженный вид, а также осуществляют ее биологическую защиту. Провитамин B5 препятствует чрезмерной сухости кожи и увеличивает метаболическую активность. Витамин PP предупреждает преждевременное старение кожи, уменьшает повреждение клеток и тканей путем нейтрализации токсических продуктов обмена в организме, обладает противовоспалительным действием, уменьшает покраснение и воспаление кожи, вызванное аллергическими реакциями. Витамин С повышает сопротивляемость кожи к неблагоприятным внешним воздействиям, обладает отбеливающим и выравнивающим действием на кожу. Комплекс альфа-гидроксикислот увлажняет и регулирует pH кожи. Гиалуроновая

кислота – высокоэффективный увлажнитель пролонгирующего действия, образующий многослойную увлажняющую сетку на поверхности кожи и препятствующий потере влаги. Алоэ Вера обладает противовоспалительным, ранозаживляющим и успокаивающим действием.

Амидин аква можно использовать также для обеззараживания поверхностей и обуви. Средство обеспечивает обеззараживание поверхностей из различных материалов (кафель, линолеум, пластик, стекло, дерево окрашенное, металл окрашенный, кожа) при использовании способами протирания (норма расхода средства 150 мл/м<sup>2</sup> поверхности) и орошения (50 мл/м<sup>2</sup>). При использовании средства как

в готовой форме, так и виде спиртового раствора, время обеззараживания поверхностей, загрязненных бактериями (кроме микробактерий В5), тест-вирусом и кандидой альбиканс, составляет 5-30 минут, Мусобacterium В5 и Т.gypseum – 45-60 минут. При двукратной обработке поверхностей, загрязненных Мусобacterium В5 и Т.gypseum, время, необходимое для их обеззараживания, сокращается до 20-30 минут.

Наш адрес: 198099, г. Санкт-Петербург, ул.Калинина, 13, тел. (812) 786-96-33, 786-33-95

См. рекламу на 1-й странице обложки

### Уважаемые читатели!

Вы можете оформить редакционную подписку на журнал «Главный врач Юга России» на 2008 г. Выход в марте, июне, сентябре и декабре. Цена годовой подписки – 200 рублей.

**Ждем заявки с указанием Ваших данных:**

ФИО или организация \_\_\_\_\_  
 Тел./факс \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Индекс \_\_\_\_\_ Область \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_  
 Улица \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_ Офис/квартира \_\_\_\_\_  
 Журнал «Главный врач Юга России», \_\_\_\_\_ экземпляров

Счет на оплату мы вышлем вам по факсу или по электронной почте, оригинал счета – вместе с журналом заказным письмом по указанному вами адресу.

Платеж вы можете произвести по следующим банковским реквизитам:

**ИП Крылова О.В.**

г. Ростов-на-Дону, ул. Вавилова, 54, т./ф. (863) 273-25-16  
 Ф-л АКБ «МБРР» в г. Ростове-на-Дону  
 Р/с 40802810700060000206  
 БИК 046015967, ИНН 616105223752  
 К/с 30101810400000000967  
 ОКПО 91638180

Счет № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_\_ г.

Платательщик \_\_\_\_\_

НАИМЕНОВАНИЕ	Цена	Количество	Сумма
Журнал «Главный врач Юга России»	200,00		
НДС – НЕТ	-		-
ИТОГО:			

Сумма прописью \_\_\_\_\_





www.MVK.ru (495) 995-05-95



# международный МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ '08

31 марта – 2 апреля, Москва, КВЦ «Сокольники»

- Технические средства реабилитации
- Диагностика, восстановительное лечение
- Комплексное проектирование, строительство и оснащение объектов здравоохранения

www.rehaexpo.ru  
www.med-expo.ru

Салон "Региональное здравоохранение"  
Международный конгресс "Современная клиника MEDclinic"  
Симпозиум Ассоциации "1000-коекная больница"

Дирекция выставок: тел./факс: (495) 992-50-55; e-mail: klad@mvk.ru

Оргкомитет конгресса: тел.: (495) 228-79-36, e-mail: info@rusing.ru

**Организатор:**

ЗАО «Международная Восточная Компания»

**При поддержке:**

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации  
ФГУ Федерального бюро метрологической службы

**Генеральный партнер:**

Информационно-сервисное агентство развития системы здравоохранения  
и медицины «РОСМЕДИКАЛПРОБ»

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА ЗАО «МВК»: МВК СЕВЕР-ЗАПАД: +7 (812) 337-15-24, МВК УРАЛ: +7 (343) 371-24-36, МВК ВОЛГА: +7 (843) 261-75-80, МВК СИБИРЬ: +7 (383) 201-13-68, МВК ЮГ: +7 (883) 234-92-48

## ГОТОВИТСЯ К ВЫПУСКУ АДРЕСНО-ТЕЛЕФОННЫЙ СПРАВОЧНИК

# ДОНСКАЯ МЕДИЦИНА

РОСТОВ И ОБЛАСТЬ  
2008

- органы управления и контроля в здравоохранении
- лечебно-профилактические учреждения
- фармацевция 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

**МЕДИФОКС** **МЕДИФОКС-СУПЕР**



## ДЛЯ ЧЕГО?

- ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ
- ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВНОГО И ЛОБКОВОГО ПЕДИКУЛЕЗА
- ДЛЯ ИМПРЕГНАЦИИ ОДЕЖДЫ

(с целью предупреждения заражения педикулезом)

## А ТАКЖЕ:

- ОБРАБОТКИ ВЕРХНЕЙ ОДЕЖДЫ, НАТЕЛЬНОГО И ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ - ПРИ УНИЧТОЖЕНИИ **ПЛАТЯНОГО ПЕДИКУЛЕЗА**
- ДЕЗИНФЕКЦИИ ПОМЕЩЕНИЙ ОТ ВШЕЙ И ЧЕСОТочНЫХ КЛЕЩЕЙ; УНИЧТОЖЕНИЯ ТАРАКАНОВ, МУРАВЬЕВ, БЛОХ, КЛОПОВ, КРЫСИННЫХ КЛЕЩЕЙ, МУХ И КОМАРОВ (ИМАГО И ЛИЦА)

- **5 ПРИЧИН ДЛЯ ВЫБОРА МЕДИФОКСА:**
  - ПОКУПАЯ РОССИЙСКИЙ ПРЕПАРАТ ВЫ ПОДДЕРЖИВАЕТЕ ОТДЕЛ УНИКАЛЬНО НИЗКИЕ ЦЕНЫ
  - 100% ЭФФЕКТИВНОСТЬ
  - БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
  - ДЛИТЕЛЬНЫЙ СРОК ХРАНЕНИЯ

**НЕ ВСЯКОМУ ИНСЕКТИЦИДУ  
УДАЕТСЯ СТАТЬ  
МЕДИФОКСОМ**

Справки по телефонам:  
**315-17-10, 980-80-38, 980-80-39**

# МЕДИФОКС

НАЙДИ ОТЛИЧИЕ И ПОЛУЧИ СКИДКУ!

**МЕДИФОКС** **МЕДИФОКС-СУПЕР** **МЕДИФОКС-И**  
(НО ВОСКОГОТОВАНОМ СТЕПЕНЕ)



## ДЛЯ ЧЕГО?

- ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ
- ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВНОГО И ЛОБКОВОГО ПЕДИКУЛЕЗА
- ДЛЯ ИМПРЕГНАЦИИ ОДЕЖДЫ

(с целью предупреждения заражения педикулезом)

## А ТАКЖЕ:

- ОБРАБОТКИ ВЕРХНЕЙ ОДЕЖДЫ, НАТЕЛЬНОГО И ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ - ПРИ УНИЧТОЖЕНИИ **ПЛАТЯНОГО ПЕДИКУЛЕЗА**
- ДЕЗИНФЕКЦИИ ПОМЕЩЕНИЙ ОТ ВШЕЙ И ЧЕСОТочНЫХ КЛЕЩЕЙ; УНИЧТОЖЕНИЯ ТАРАКАНОВ, МУРАВЬЕВ, БЛОХ, КЛОПОВ, КРЫСИННЫХ КЛЕЩЕЙ, МУХ И КОМАРОВ (ИМАГО И ЛИЦА)

- **5 ПРИЧИН ДЛЯ ВЫБОРА МЕДИФОКСА:**
  - ПОКУПАЯ РОССИЙСКИЙ ПРЕПАРАТ ВЫ ПОДДЕРЖИВАЕТЕ ОТДЕЛ УНИКАЛЬНО НИЗКИЕ ЦЕНЫ
  - 100% ЭФФЕКТИВНОСТЬ
  - БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
  - ДЛИТЕЛЬНЫЙ СРОК ХРАНЕНИЯ

**НЕ ВСЯКОМУ ИНСЕКТИЦИДУ  
УДАЕТСЯ СТАТЬ  
МЕДИФОКСОМ**

Справки по телефонам:  
**315-17-10, 980-80-38, 980-80-39**

# МЕДИФОКС

Препарат Минздрав России №342 от 26.11.98 г. «Об утверждении перечня препаратов по борьбе с педикулезом» препараты «МЕДИФОКС» и «МЕДИФОКС-СУПЕР» являются для обработки помещений, одежды, постельного белья и текстильных изделий, а также для обработки помещений и предметов обихода.

Препарат Минздрав России №342 от 26.11.98 г. «Об утверждении перечня препаратов по борьбе с педикулезом» препараты «МЕДИФОКС» и «МЕДИФОКС-СУПЕР» являются для обработки помещений, одежды, постельного белья и текстильных изделий, а также для обработки помещений и предметов обихода.



Дополнительную информацию можно получить на Internet-сайте  
[www.medifox.ru](http://www.medifox.ru)



Дополнительную информацию можно получить на Internet-сайте  
[www.medifox.ru](http://www.medifox.ru)