

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

№ 2 (14) 2008

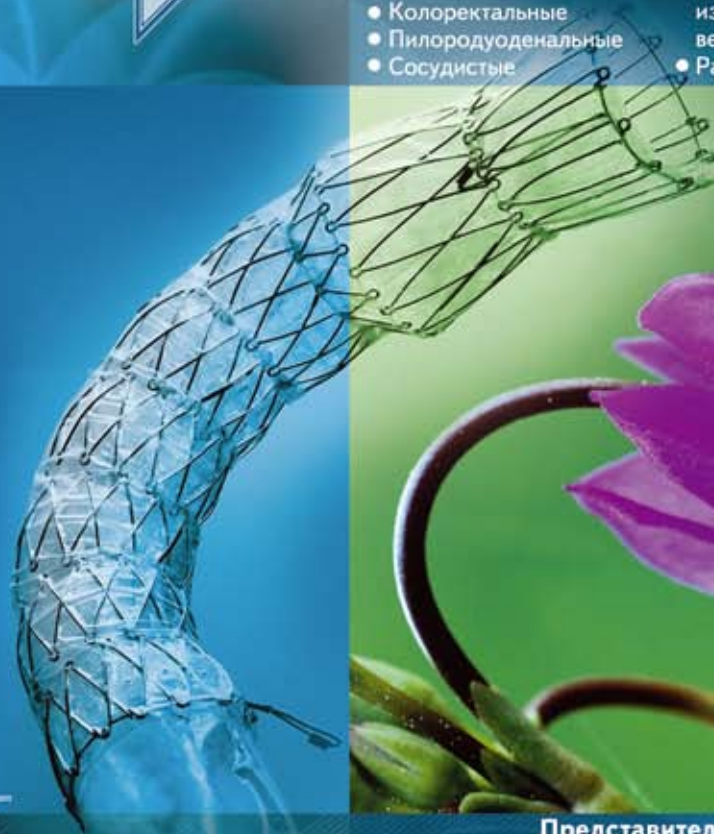
ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU



Стенты "Ella-cs"

- Пищеводные
- Билиарные
- Колоректальные
- Пилородуоденальные
- Сосудистые
- TIPS
- Для остановки кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода
- Рассасывающиеся стенты



Представительство в России:
г. Казань, пр. Ямашева, 36, тел. (834) 519-97-02
e-mail: info@stents.ru, www.stents.ru

В НОМЕРЕ:

- Предикторы ишемии (стр. 12)
- Росздравнадзор консультирует (стр. 2)
- Ликопид – эффективный и безопасный иммуностропный препарат (стр. 28)
- Инновации сегодняшнего дня: ZDXI и VOCAL (стр. 18)
- Приглашаем в Школу гастроэнтерологии! (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 вискозного 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 обязательно, 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

СОДЕРЖАНИЕ

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

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

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
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 305
т. (863) 223-23-26, т./ф. (863) 273-25-16
www.akvarel2002.ru,
e-mail: info@akvarel2002.ru

Отпечатано в ООО «Медиа-Полис»,
г. Ростов-на-Дону,
e-mail: mediapolis@aaanet.ru
Тираж 5500 экз., заказ № 80
Подписано в печать 19.06.2008 г.

Зарегистрирован Управлением
Росохранкультуры по Южному
Федеральному округу

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

Распространяется бесплатно по линии МЗ

В соответствии со ст. 30 закона РФ «О рекламе» ответственность за содержание информации в рекламе несет рекламодатель.

Правовые аспекты предоставления платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения	2
Основные показатели работы здравоохранения Ростовской области в 2007 году	4
Об итогах работы МУЗ «Центральная городская больница» г. Донецка за 2006-2008 годы	8
Предикторы: инфаркты и инсульты можно предотвратить, если вовремя оценить их риск	12
Применение ультразвуковой визуализации в диагностике и лечении заболеваний верхних мочевых путей	19
Анализ результатов мероприятий по активному выявлению мочевого туберкулеза в Ставропольском крае	22
Об итогах работы семинара по оказанию помощи больным туберкулезом в ЛПУ ЮФО	24
Европейская конференция в Таганрогском медицинском колледже	25
Автоматизация работы регистратуры	27
Иммуномодулятор ликопад в клинической практике	28
Применение препарата багомет-850 для лечения больных сахарным диабетом 2 типа с избыточной массой тела и ожирением в амбулаторно-поликлинических условиях	30
Использование полупроводниковых лазерных аппаратов для деструкции атером	32
Применение транспальпебрального склерального индикатора ИГД-02 diathera при диспансеризации населения	34
Организационные технологии для повышения качества оказания медицинской помощи при применении антибактериальной терапии в комплексном лечении нозокомиальных пневмоний в военно-лечебном учреждении	38
МИЗ им. М. Горького (Тумботино)	41
«Новые инфекции»: пандемии не избежать?	41
ЗАО «ДИАМАНТ» Санкт-Петербург (прайсы)	45
Кому и как лечить пациента с воспалительными заболеваниями кишечника?	46
Медико-социальная реабилитация инвалидов вследствие ишемической болезни сердца (по материалам кардиологических филиалов МСЭ г. Ростова-на-Дону за 2006 год)	49
Выставки ЮФО	52

Правовые аспекты предоставления платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения

*Трепель В.Г., руководитель Управления Росздравнадзора по РО;
Полинская Т.А., зам. руководителя; Шишов М.А., главный специалист-эксперт;
Управление Росздравнадзора по РО, г. Ростов-на-Дону*

Современная структура здравоохранения в Российской Федерации предполагает функционирование трех систем: государственной, муниципальной и частной (ст. 12-14 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (далее – Основы), утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1). В настоящее время медицинская помощь населению оказывается в основном муниципальными и государственными ЛПУ в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Вместе с тем оказание платных медицинских услуг населению для государственных и муниципальных ЛПУ может являться одним из важных источников финансирования. Однако правовое регулирование платных медицинских услуг имеет свои особенности, которые не всегда учитываются руководителями учреждений здравоохранения. Отметим некоторые из них.

В соответствии с ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. В связи с вышеизложенным возникает вопрос: «Не является ли платное оказание медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения нарушением Конституции Российской Федерации?»

Правовая позиция Верховного Суда РФ по данному вопросу изложена в решении Верховного Суда РФ от 18.04.2002 № ГКПИ 2002-364 и определении Верховного Суда РФ от 25.07.2002 № КАС 02-373, согласно которым оказание медицинскими учреждениями платных услуг не нарушает гражданские права и охраняемые законом интересы граждан. Данное заключение основано на том, что общий порядок оказания медицинской помощи, а также права граждан при оказании медико-социальной помощи установлены Основами. Согласно ст. 20 Основ, граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством РФ. Гражданский кодекс РФ в ст. 50, 120 не содержит запрета некоммерческим организациям, в частности государственным

и муниципальным медицинским учреждениям, оказывать платные медицинские услуги населению в дополнение к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи.

Таким образом, оказание платных медицинских услуг не противоречит ст. 41 Конституции РФ, и любая медицинская услуга по желанию пациента может быть предоставлена на платной основе.

Согласно Гражданскому Кодексу РФ (ст. 779), под услугой понимают совершение определенных действий или осуществление определенной деятельности. Применительно к медицине это профессиональная деятельность медицинского работника – комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих определенный результат и определенную стоимость. Медицинская услуга, как правило, не имеет материального результата, так как здоровье человека не имеет предметного выражения.

Подробнее остановимся на том, что подразумевается под понятием «платные медицинские услуги» и могут ли государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывать на платной основе сервисные (бытовые) услуги, связанные с оказанием медицинской помощи – пребывание в палате повышенной комфортности, предоставление телевизора, холодильника и т.д.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», платные медицинские услуги – это: профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая и зубо-протезная помощь.

Данный список является исчерпывающим и не подлежит расширенному толкованию. Следовательно, немедицинскими являются предоставляемые ЛПУ услуги, выполняемые в медицинском учреждении в процессе оказания медицинской помощи, но не являющиеся ее элементами. В соответствии со ст. 49, 50 и 120 Гражданского Кодекса РФ учреждения здравоохранения вправе осуществлять предпринимательскую деятельность при условии, что это предусмотрено учредительными документами и отвечает целям создания учреж-

дения. Следовательно, если в уставе ЛПУ не предусмотрено оказание платных немедицинских услуг, то их осуществление неправомерно. Аналогичная позиция изложена в Письме Минздравмедпрома России от 25.06.1996 № 2510/2926-96-27, Госкомимущества России от 11.07.1996 № ОК-6/5435.

Постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 (п. 3, 4) к медицинским учреждениям, оказывающим платные медицинские услуги, предъявляются специфические требования: наличие сертификата и лицензии на избранный вид деятельности, специального разрешения соответствующего органа управления здравоохранения. Данные требования взаимосвязаны, так как в настоящее время существует две формы разрешения на оказание платных услуг:

- детализированная – с перечислением конкретных видов услуг, составляющих медицинскую деятельность;
- недетализированная – содержащая разрешение на осуществление платных медицинских услуг без указания их конкретного перечня. В данном случае объем оказываемых ЛПУ платных услуг определяется содержанием лицензии.

Необходимость лицензии на осуществление медицинской деятельности, помимо Постановления Правительства РФ от 13.01.1996 № 27, установлена ст. 54 Основ и ст. 17 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее – ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»). Однако медицинская деятельность многогранна и предусматривает выполнение работ (услуг) по оказанию доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, высокотехнологичной, скорой и санаторно-курортной медицинской помощи в соответствии с перечнем согласно приложению, утвержденному Постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» (далее – Положение о лицензировании медицинской деятельности). Значит ли это, что наличие лицензии на медицинскую деятельность (при недетализированной форме разрешения) дает ЛПУ право оказывать любые виды платных медицинских услуг по произвольному выбору?

Обратимся к действующему законодательству. Согласно ст. 2 ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» лицензия – это специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности. Согласно п/п. 4 п. 2 ст. 17 конкретный перечень работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность, устанавливается Положением о лицензировании.

Анализ данных статей позволяет сделать заключение, что лицензия на медицинскую де-

ятельность – это специальное разрешение на оказание строго определенных работ и услуг, ее составляющих.

Данное заключение подтверждается положениями ст. 10 ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», согласно которой в документе, подтверждающем наличие лицензии, указывается лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ и оказываемых услуг. Аналогичная норма содержится и в п. 10 «Положения о лицензировании медицинской деятельности», согласно которому выданный лицензирующим органом документ, подтверждающий наличие лицензии, должен иметь приложение, содержащее наименование работ (услуг), являющееся неотъемлемой частью указанного документа.

Таким образом, ЛПУ может оказывать только те виды платных медицинских услуг, которые указаны в приложении к лицензии.

Следующим важным моментом является адрес осуществления платных медицинских услуг. Может ли ЛПУ на постоянной основе оказывать платные медицинские услуги по адресу, не указанному в действующей лицензии?

Снова обратимся к действующему законодательству. Согласно п. 2 ст. 7 ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» деятельность, на осуществление которой лицензия предоставлена федеральным органом исполнительной власти или органом исполнительной власти субъекта РФ, может осуществляться на всей территории РФ. Согласно ст. 10 ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» в документе, подтверждающем наличие лицензии, указываются адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.

Данные статьи не противоречат друг другу, так как ст. 7 ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» устанавливает полномочия лицензирующих органов, в то время как ст. 10 ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» устанавливает необходимость указания места осуществления медицинской деятельности в документе, подтверждающем наличие лицензии.

Таким образом, с учетом того что лицензия – это специальное разрешение, указание в документе, подтверждающем ее наличие, адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности означает, что оказывать лицензируемую деятельность разрешено исключительно по данным адресам. Данное заключение также косвенно подтверждено лицензионными требованиями, и наиболее важными в данном случае являются: наличие зданий, помещений (п/п. «а»); соблюдение лицензиатом санитарных правил при осуществлении им медицинской деятельности (п/п. «ж»).

Лицензирующий орган проверяет возможность выполнения соискателем лицензии

лицензионных требований и условий применительно к строго определенным зданиям (помещениям), по строго определенному адресу. Указав в приложении к лицензии конкретные адреса осуществления медицинской деятельности, лицензирующий орган подтверждает, что по данному конкретному адресу соискателем лицензии (лицензиатом) на момент получения лицензии были выполнены соответствующие лицензионные требования и условия и ему дано разрешение оказывать медицинские услуги. Следовательно, оказание медицинской деятельности по адресам, не указанным в приложении к лицензии, является деятельностью, на которую лицензией не дано разрешение, то есть безлицензионной деятельностью. А с учетом того что наличие лицензии – одно из обязательных условий оказания платных меди-

цинских услуг, осуществление их правомерно только по адресам, указанным в приложении к лицензии.

Подводя итог данному краткому анализу отдельных правовых аспектов предоставления платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, хотелось бы напомнить, что знание и соблюдение требований законодательства, регулирующего порядок предоставления платных медицинских услуг, является одним из необходимых условий успешной работы медицинской организации. В противном случае это может повлечь за собой привлечение как самой организации, так и ее руководителя к административной или уголовной ответственности, лишение лицензии или права предоставления населению платных медицинских услуг.

Основные показатели работы здравоохранения Ростовской области в 2007 году

Шикуля И.С.; Дузь Л.Ф.; ГУЗ «МИАЦ» РО, г. Ростов-на-Дону

В 2007 г. продолжалось улучшение демографической ситуации в области – выросла рождаемость, снизилась общая смертность населения, материнская смертность, уменьшилась естественная убыль населения.

Основные итоги естественного движения населения

Количество человек	Всего		2007 г. к 2006 г.		На 1000 населения	
	2006 г.	2007 г.	+/-	в %	2006 г.	2007 г.
- родившихся	40673	43459	2786	106,8	9,5	10,2
- умерших	66560	63771	-2789	95,8	15,5	14,9
- в т.ч. детей в возрасте до 1 года	538	544	6	101,1	13,3	12,6
- естественная убыль	-25887	-20312	-5575	-27,4	-6,0	-4,7

В 2007 г. родилось 43459 младенцев, что на 2786 человек (или на 6,8%) больше, чем в 2006 г. На большей территории области отмечено увеличение числа родившихся. Уровень рождаемости вырос на 7,4% и составил 10,2 против 9,5 на 1000 населения. Более всего увеличились показатели рождаемости в Семика-

ракорском (на 20,8%), Советском (на 16,9%), Боковском (на 14,7%) и Милютинском (14,7%) районах. Самый низкий уровень рождаемости в городах Каменске (8,6‰) и Новошахтинске (8,7‰), наиболее высокий – в Мартыновском (14,6‰) и Багаевском (14,5‰) районах (при среднем показателе по районам 11,4‰).

Группировка городов и районов области по уровню рождаемости

Число родившихся на 1000 населения	Число территорий		
	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Менее 8,0	5	-	-
8–8,9	10	11	3
9–9,9	20	15	12
10–10,9	13	15	13
11–11,9	5	8	11
12,0 и более	2	6	16

В сравнении с 2005 г. число территорий, имеющих рождаемость выше 12‰, увеличилось в 8 раз.

Число умерших в 2006 г. уменьшилось на 2789 человек (на 4,2%) и составило 63771 че-

ловек. Уровень смертности на 1000 населения составил 14,9 против 15,5 на 1000 населения. Снижение смертности отмечено в большинстве территорий области, кроме городов Батейска, Каменска и районов Верхнедонского,

Веселовского, Егорлыкского, Песчанокского, Ремонтненского, Родионово-Несветайского, Тацинского, где зафиксирован рост общей смертности населения. Наибольший рост смертности в Ремонтненском районе – на 12,5%. Самый высокий уровень смертности в районах Верхнедонском (19,4‰), Каменском (18,8‰), Матвеево-Курганском (18,3‰), Красносулинском (18,1‰), Советском (18,1‰) и Родионово-Несветайском (18,0‰) при среднерайонном показателе 15,8‰. Минимальный уровень смертности в Волгодонске (10‰) и Заветинском районе (10,1‰).

Снижение смертности отмечено по большинству классов болезней, кроме болезней органов пищеварения (рост на 5%), новообразований (рост на 2,2%). Наиболее значительное снижение смертности от инфекционных и паразитарных болезней – на 14,9%, несчастных случаев, отравлений и травм – на 8,3%.

По-прежнему основными причинами смерти населения области остаются болезни системы кровообращения, онкозаболевания, несчастные случаи, отравления и травмы, на долю которых приходится 80,1% от общего числа умерших. В сравнении с 2006 г. уровень смертности от болезней системы кровообращения снизился на 5,3%, при этом смертность от гипертонической болезни выросла на 27,1%, ишемической болезни сердца – на 1,8%. В структуре смертности от несчастных случаев, отравлений и травм на 1-м месте – автотранспортные травмы (13,4%), самоубийства, самоповреждения (9,5%), убийства (5,5%).

Несмотря на то что в 2007 г. умерло 544 младенца, что на 6 больше, чем в 2006 г., уровень младенческой смертности снизился на 5,3% и составил 12,6 против 13,3 в 2006 г. на 1000 родившихся. По городам показатель младенческой смертности снизился больше, чем по районам, соответственно на 6,2% и 4,5%. Показатель младенческой смертности колебался от 2,3‰ в Целинском районе до 28,8‰ в Верхнедонском районе. В Куйбышевском районе случаев смерти детей до 1-го года не зарегистрировано.

В 2007 г. смертность превышала рождаемость в 1,47 раза (в 2006 г. – в 1,64 раза). Естественная убыль населения снизилась с 25887 до 20312 человек. Показатель убыли населения на 1000 населения составил 4,7 против 6,0 в 2006 г. Прирост населения отмечен в 2-х районах – Мартыновском (0,6‰) и Заветинском (0,4‰). Наименьшая убыль населения в районах Дубовском (-0,5‰), Пролетарском (-0,6‰), Зимовниковском (-0,8‰) и в г. Волгодонске (0,7‰), наибольшая – в Верхнедонском (-9,8‰), Красносулинском (-8,7‰), Каменском (-8,6‰) районах и городах Каменске (-7,9‰), Новошахтинске (-7,9‰).

По состоянию на 01 января 2008 г. функционировало 39,3 тысячи больничных коек, что на 309 коек (на 0,8%) меньше, чем в 2006 г. Из общего числа коек 35998 (91,7%) – круглосуточные и 3263 – для дневного пребывания (на 25 коек меньше, чем в 2006 г.).

Обеспеченность койками составила 91,7 против 91,8 на 10 тысяч населения. Наибольшая обеспеченность койками в городах Гуково (91,2), Волгодонск (83,6), Зверево (86,2), районах Обливском (110,2), Милютинском (103,0) и Советском (100,0). Менее 50 коек на 10 тысяч населения – обеспеченность койками в Каменском (47,1), Октябрьском (47,3), Усть-Донецком (45,6) районах и в г. Ростове-на-Дону (47,7).

Уровень госпитализации составил 221 на 1000 населения, т.е. в стационары ежегодно попадает каждый пятый житель области. Во всех стационарах области в 2007 г. пролечено 935,5 тысячи человек, что на 19,8 тысячи больше, чем в 2006 г. (на 2,1%). Кроме того, в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях пролечено более 51,6 тысяч больных, что на 4,4 тысячи (18,9%) больше, чем в 2006 г.

Средняя занятость круглосуточной койки в 2007 г. осталась на уровне 2006 г. и составила 309 дней. Средняя длительность пребывания больного на койке снизилась с 11,2 дня до 10,9. Снижение показателя отмечено в 36 территориях области. Наибольшая средняя длительность лечения отмечена в Заветинском (11,9 дня), Орловском (11,9), Волгодонском (11,8) и Семикаракорском (11,8) районах. Наименьшая – в г. Азове (8,9 дня), районах Аксайском (9,8), Константиновском (9,3 дня), Морозовском (9,5) и Песчанокском (9,5).

Общее число посещений, сделанных жителями области в амбулаторно-поликлинические учреждения МЗ РО, включая посещения зубных врачей и платные посещения, в сравнении с 2006 г. выросло на 1222,9 тысячи (на 3,8%). Число посещений на 1-го жителя в год выросло на 0,3 и составило 7,7 посещения. Рост показателя отмечен в 44 территориях (80% от общего числа территорий). Наибольшее число посещений на 1-го жителя в Советском районе (11,0), городах Волгодонске (10,0), Таганроге (9,2) и Азове (8,9). Менее 5 посещений в год приходится на 1-го жителя в районах Волгодонском, Мартыновском и Орловском.

В 2007 г. общая заболеваемость детского населения по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения в сравнении с 2006 г. снизилась на 0,1% (с 2239,5 до 2237 на 1000 детского населения). Всего зарегистрировано у детей до 14 лет более 1 млн 448 тысяч заболеваний, что на 20,3 тысячи заболеваний меньше, чем в предыдущем году.

Динамика общей заболеваемости детского населения области по классам болезней

Классы болезней	Зарегистрировано больных на 1000 детского населения			
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2007 г. к 2006 г., %
Всего, в т.ч.:	2189,7	2239,5	2237,0	99,9
- инфекционные и паразитарные болезни	71,7	74,4	74,1	99,6
- новообразования	7,6	7,5	7,4	98,7
- б-ни эндокринной системы, расстройства питания	26,5	28,8	33,3	115,6
- б-ни крови и кроветворных органов	21,7	23,6	26,2	110,0
- психические расстройства	18,1	18,1	18,1	100,0
- б-ни нервной системы	122,8	139,1	137,3	98,7
- б-ни глаза и его придаточного аппарата	93,8	103,8	110,6	106,6
- б-ни уха и сосцевидного отростка	51,0	49,1	49,1	100,0
- б-ни системы кровообращения	28,8	27,3	31,9	116,8
- б-ни органов дыхания	1136,3	1117,6	1110,5	99,4
- б-ни органов пищеварения	186,5	190,4	181,2	95,2
- б-ни мочеполовой системы	72,9	76,6	79,5	103,8
- беременность, роды и послеродовой период	0,07	0,03	0,02	66,7
- б-ни кожи и подкожной клетчатки	115,4	124,3	120,0	96,5
- б-ни костно-мышечной системы и соединительной ткани	75,3	78,0	78,6	100,8
- врожденные аномалии	14,2	15,9	16,8	105,7
- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	23,2	17,4	21,0	120,7
- травмы и отравления	106,1	103,1	100,2	97,2

Снижение общей заболеваемости детей отмечено по классу болезней органов пищеварения – на 4,8%, болезней кожи и подкожной клетчатки – на 3,5%, травм и отравлений – на 2,8%, новообразований, болезней нервной системы – на 1,3%.

Рост общей заболеваемости наблюдался по болезням системы кровообращения – на 16,8%, эндокринной системы – на 15,6%, отдельных состояний, возникающих в перинатальный период – на 20,7%.

По уровню общей заболеваемости по-прежнему:

- на 1-м месте болезни органов дыхания – 49,6% (в общем числе заболеваний);
- на 2-м месте болезни органов пищеварения – 8,1%;
- на 3-м – болезни нервной системы – 6,1%.

Рост общей заболеваемости детей отмечен в 35 территориях из 55. Уровень общей заболеваемости имеет значительные колебания – от 1317‰ в Родионово-Несветайском районе до 3811‰ в г. Новочеркасске. Наибольший рост общей заболеваемости детей в районах Мартыновском (на 27,1%), Боковском (на 23,1%), Орловском (на 19,9%) и Октябрьском (на 16,6%).

В 2007 г. зарегистрировано более 718 тысячи случаев заболеваний болезнями органов дыхания, что на 1,9% меньше, чем в 2006 г. Рост заболеваемости болезнями органов дыхания отмечен в 35 территориях (63,6%). Показатель колебался от 370‰ в Милютинском районе до 2152,1‰ в г. Новочеркасске. Обращают на себя внимание и резкие колебания показателей заболеваемости болезнями органов дыхания по годам. Так, в Милютинском районе в 2006 г. по-

казатель составил 667,1‰, а в 2007 г. – 370‰ (снижение на 44%), в г. Батайске – снижение показателя в 2 раза, в Веселовском районе – снижение показателя в 2,1 раза.

На 2-м месте в структуре общей заболеваемости болезни органов пищеварения, уровень заболеваемости которыми снизился в сравнении с 2006 г. на 4,8%. Размах показателей очень значителен – от 51,5‰ в Милютинском районе до 372‰ в г. Таганроге. Рост показателя в 32 территориях.

На 3-м месте в структуре общей заболеваемости детей болезни нервной системы, общее число которых снизилось в 2007 г. на 1,3% и составило 88,9 тысячи. Снижение показателя отмечено в 30 территориях из 55. Колебания показателя очень значительны – от 33,1‰ в Мартыновском районе до 420,5‰ в г. Батайске. Значительны колебания показателей в ряде территорий и по годам. Так, в Каменском районе в 2007 г. заболеваемость болезнями нервной системы детей снизилась в 2,5 раза, в Семикаракорском районе – в 3 раза, а в Орловском районе выросла в 1,7 раза.

В 2007 г. впервые выявлено у детей более 1 млн 112 тысяч случаев заболеваний (76,8% от общего числа зарегистрированных заболеваний). Уровень первичной заболеваемости составил 1718,0 против 1736,3 на 1000 детей в 2006 г. Рост первичной заболеваемости отмечен в 33 территориях области. Показатели по территориям имеют большие колебания – от 838‰ в Ремонтненском районе до 2742‰ в г. Новочеркасске.

В структуре первичной заболеваемости у детей на 1-м месте болезни органов дыхания

(58,5% в общем числе первичных заболеваний), на 2-м – травмы и отравления (5,8%), на 3-м – болезни кожи и подкожной клетчатки (5,6%).

Заболеваемость взрослого населения в 2007 г.

В 2007 г. уровень общей заболеваемости взрослого населения, по данным обращаемости в ЛПУ области, вырос на 2,8% в сравнении с

2006 г. – с 1393,1 до 1431,7 на 1000 взрослого населения.

Общая заболеваемость по области выше среднероссийского показателя (2006 г. – 1357,6‰).

Общее число зарегистрированных заболеваний в 2007 г. составило 4 млн 926 тысяч случаев заболеваний как хронических, так и острых, что на 97 тысяч больше, чем в 2006 году.

Динамика общей заболеваемости взрослого населения области по классам болезней

Классы болезней	Зарегистрировано больных на 1000 взрослого населения				
	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2007 г. к 2006 г., %
Всего, в т.ч.:	1324,5	1373,8	1393,1	1431,7	102,8
- инфекционные и паразитарные болезни	41,8	34,5	32,1	29,9	93,1
- новообразования	48,4	50,3	53,6	52,1	97,2
- б-ни эндокринной системы, расстройства питания	45,2	52,2	55,3	60,1	108,7
- б-ни крови и кроветворных органов	4,1	4,4	4,4	4,7	106,8
- психические расстройства	51,5	51,3	52,3	51,4	98,3
- б-ни нервной системы	57,7	60,7	61,0	63,3	103,8
- б-ни глаза и его придаточного аппарата	96,5	93,4	99,6	106,3	106,7
- б-ни уха и сосцевидного отростка	41,2	42,9	42,4	43,8	103,3
- б-ни системы кровообращения	202,3	219,0	221,4	232,3	104,9
- б-ни органов дыхания	200,5	211,1	220,8	226,2	102,4
- б-ни органов пищеварения	110,6	115,8	109,7	103,7	94,5
- б-ни мочеполовой системы	149,2	156,0	152,7	164,5	107,7
- беременность, роды и послеродовой период	28,7	28,4	29,2	35,2	120,5
- б-ни кожи и подкожной клетчатки	49,4	51,4	60,1	51,9	86,3
- б-ни костно-мышечной системы и соединительной ткани	113,1	115,6	115,6	123,6	106,9
- врожденные аномалии	1,3	1,2	1,0	1,0	100,0
- травмы и отравления	74,6	81,7	80,3	79,2	98,6

Рост общей заболеваемости наблюдался по многим классам болезней. Наибольший рост заболеваемости по сравнению с 2006 г. по классу болезней эндокринной системы – на 8,7%, болезней мочеполовой системы – на 7,7%, болезней крови и кроветворных органов – на 6,8%.

По ряду заболеваний отмечено снижение общей заболеваемости – по болезням кожи и подкожной клетчатки на 13,7%, по болезням органов пищеварения на 5,5%, инфекционным болезням на 6,3%.

По уровню общей заболеваемости:

- на 1-м месте болезни системы кровообращения – 16,2%,
- на 2-м – болезни органов дыхания – 15,8%,
- на 3-м – болезни мочеполовой системы – 11,5%.

По России на 1-м месте болезни системы кровообращения, на 2-м месте – болезни органов дыхания, на 3-м месте – болезни костно-мышечной системы.

Рост общей заболеваемости наблюдался в Боковском, Дубовском, Константиновском районах, городах Волгодонске, Азове, Таганроге, Шахтах. Уровень заболеваемости варьирует от 688,9‰ в Ремонтненском районе до 1659,5‰ в Константиновском.

В 2007 г. зарегистрировано 799,3 тысячи

случаев заболеваний болезнями системы кровообращения, что на 31,9 тысячи больше, чем в 2006 г. Показатель общей заболеваемости составляет 232,3 на 1000 взрослого населения (221,4 в 2006 г.).

Уровень общей заболеваемости колебался от 115,8‰ в Веселовском районе до 458,1‰ в Константиновском районе. Общая заболеваемость болезнями системы кровообращения по области ниже среднероссийского показателя (РФ 2006 г. – 252,8‰).

Болезней органов дыхания в 2007 г. зарегистрировано 778,4 тысячи заболеваний, что на 13 тысяч случаев больше, чем в 2006 г. Показатель составил 226,2 на 1000 взрослого населения (в 2006 г. – 220,8), рост на 2,4%. Наиболее высокий уровень заболеваемости болезнями органов дыхания в Каменском, Неклиновском и Целинском районах, наименьший рост заболеваемости – в Куйбышевском, Ремонтненском, Волгодонском и Орловском районах.

На 3-м месте в структуре общей заболеваемости взрослого населения – болезни мочеполовой системы, уровень заболеваемости которыми по сравнению с 2006 г. вырос на 7,7%, рост показателя отмечен в 25 территориях. Размах показателя значителен – от 39,6‰ в Ремонтненском районе до 288,9‰ в Волгодонс-

ком районе. Уровень заболеваемости болезнями мочеполовой системы по области (164,5‰) выше, чем среднероссийский (113,1‰).

Динамика первичной заболеваемости

В 2007 г. впервые зарегистрировано более 2 млн 124 тысяч случаев заболеваний, что на 3,1 тысячи больше, чем в 2006 г. Показатель первичной заболеваемости составил 617,5 на 1000 взрослого населения (в 2006 г. – 612,0‰).

В структуре первичной заболеваемости на 1-м месте болезни органов дыхания (26,8%), на 2-м – болезни мочеполовой системы (13,3%), на 3-м – несчастные случаи, травмы и отравления (12,5%).

Отмечены значительные колебания первичной заболеваемости по территориям области – от 244‰ в Ремонтненском районе до 907,2‰ в Милютинском районе и от 339‰ в Гуково до 739,1‰ в Ростове при среднем показателе по районам 553,4‰, по городам – 633,7‰.

Первичная заболеваемость болезнями органов дыхания в сравнении с 2006 г. выросла на 5,5% и составила 165,5 на 1000 взрослого на-

селения. Показатель колебался от 61,7 в г. Гуково до 229,2 в г. Таганроге на 1000 взрослого населения и от 16,1 в Ремонтненском районе до 256,8 в Каменском районе.

Число заболеваний мочеполовой системы выросло по сравнению с 2006 г. на 5,6% и составило 82,4 на 1000 взрослого населения.

Рост показателя первичной заболеваемости наблюдался в Белокалитвенском, Цимлянском, Чертковском, Заветинском и Пролетарском районах. Размах показателя составил от 17,1‰ в Мясниковском районе до 150‰ в Милютинском районе и от 15,3‰ в г. Гуково до 128,0‰ в г. Батайске на 1000 взрослого населения.

Число впервые зарегистрированных травм и отравлений в области снизилось на 1,3% и составило 77,3 на 1000 взрослого населения.

Уровень травматизма в области ниже среднероссийского (по РФ – 86,9).

Наиболее высокий уровень травматизма наблюдался в городах Волгодонске (109,6‰), Таганроге (132,5‰) и Азове (156,4‰), а также Белокалитвенском (74,1‰), Зерноградском (65,6‰) и Константиновском (91,4‰) районах.

Об итогах работы МУЗ «Центральная городская больница» г. Донецка за 2006-2008 годы

Шафиров А.А., к.м.н., гл. врач МУЗ «ЦГБ» г. Донецка, Ростовская область

Ни у кого не вызывает сомнения, что здоровое население – гарант социально-экономического развития, а реализация прав на охрану здоровья населения связана прежде всего с общим уровнем состояния здравоохранения, качеством оказания медицинских услуг и их доступностью.

Сеть учреждений здравоохранения Донецка на начало 2008 г. представлена МУЗ «ЦГБ» и МУЗ «Стоматологическая поликлиника». Также в городе находится филиал Областного противотуберкулезного клинического диспансера и филиал онкологического отделения Областного онкодиспансера, врачебные кабинеты специализированных служб. Кроме муниципальной структуры здравоохранения, имеются пансионат с лечением «Донецкий» Фонда независимых профсоюзов РО и частные медицинские организации.

МУЗ «ЦГБ» – многопрофильное амбулаторно-стационарное лечебное учреждение, включающее 300 круглосуточных коек, 2 поликлиники города для взрослого населения, детскую поликлинику, женскую консультацию, 80 коек дневного пребывания при стационаре, 20 коек дневного стационара при поликлиниках города, 3 офиса врачей общей практики.

С целью более широкого использования экономической стационарозамещающей помо-

щи и устранения диспропорций в использовании ресурсоемких видов медицинской помощи за последние годы сократился круглосуточный коечный фонд и сегодня количество круглосуточных коек составляет в системе ОМС 270, что соответствует норме обеспеченности. Организована деятельность отделения сестринского ухода на 30 коек, финансируемого из средств местного бюджета. Подготовлены специалисты на факультете высшего сестринского образования РостГМУ для работы в данном отделении.

Одной из основных составляющих реформы здравоохранения Донецка явилось преобразование системы первичной медико-санитарной помощи, подготовка врачей общей практики, укомплектование территориальных участков участковыми терапевтами и педиатрами. Для достижения этих задач администрация города начала свою деятельность в 2006 г. с принятия комплексного плана развития здравоохранения, где наряду с городскими поликлиниками определена и реорганизация поликлиник в офисы врачей общей практики и участков врачей терапевтов.

С учетом пожилого возрастного состава населения, проживающего в окрестных населенных пунктах, в ходе модернизации муниципального здравоохранения особое внимание уделялось созданию таких организационных

моделей первичной медико-социальной помощи, которые позволили бы обеспечить приемлемый уровень медицинского обслуживания и способствовали предоставлению населению именно той медицинской помощи, в которой они нуждаются. Подготовка врачей общей практики и организация офисов для них является ядром оказания качественной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Все созданные врачебные центры оснащены средствами первичной диагностики для измерения артериального и глазного давления, ЭКГ, а также полученной по национальному проекту физиоаппаратурой, оборудованием и инструментарием для проведения гинекологических осмотров. В офисах существует утвержденный график консультативных приемов кардиологов и неврологов.

В каждом офисе оборудовано АРМ с информационным программным обеспечением «ДЛО–поликлиника» с подготовкой персонализированного талона амбулаторного пациента.

Реформирование первичного звена обеспечило повышение доступности оказания амбулаторной помощи и экономической эффективности.

Демографическое положение в Донецке остается сложным. Численность населения на 01.01.2008 г. составила 51300 чел. и уменьшилась по сравнению с 2006 г. на 1000 человек. Однако комплекс проводимых мероприятий в городе позволил за 2 года добиться ощутимых результатов в снижении общей смертности и увеличении рождаемости.

Улучшение показателей работы службы родовспоможения связано с оснащением новым медицинским оборудованием, приобретенным по программе родовых сертификатов. Сегодня служба родовспоможения полностью обеспечена аппаратами УЗИ, фетальными мониторами, дыхательной аппаратурой для новорожденных, инкубаторами, прикроватными мониторами. Расширились возможности пренатальной диагностики врожденных наследственных патологий плода, разработаны и внедрены новые методы профилактики осложнений беременности. Проводится системная работа по профилактике нежелательной беременности, охране репродуктивного здоровья населения.

Весь этот комплекс мероприятий позволил снизить уровень младенческой смертности в городе с 19‰ до 4,4‰, улучшить показатель взятия на учет по беременности до 12 недель с 63% до 85%, уменьшить число аборт (соотношение родов и аборт составляет 1:0,53).

Основными причинами смертности населения в городе являются болезни системы кровообращения (60,2%), травмы и отравления (5,8%), злокачественные новообразования (13,4%).

С целью улучшения диагностики сердечно-сосудистых заболеваний подготовлены два врача-кардиолога для работы на аппаратах УЗИ,

обеспечена максимальная нагрузка этих аппаратов – 5321 исследование в год.

При поликлинике города создано кардиологическое отделение для дневного пребывания больных, лечения и диагностики кардиологической патологии. Увеличилось число больных, направленных в федеральные центры для получения высокотехнологичной медицинской помощи, значительно повысился уровень отбора больных для лечения. Только в 2008 г. уже направлено для кардиохирургических операций 12 человек. Люди после этих вмешательств продолжают жить и работать, что положительно характеризует качество жизни больных.

Совместно с Региональным фондом социального страхования проводится программа реабилитации больных после перенесенных тяжелых заболеваний на базе санаториев области, где прошли курсы медицинской реабилитации 31 человек трудоспособного возраста.

Для уменьшения угрозы онкологической патологии и для снижения онкозаболеваемости, уменьшения числа запущенных форм, с целью приближения специализированной онкологической помощи к населению в городе организовано онкологическое отделение, оказывающее не только комплексную онкологическую помощь, но и являющееся центром методической помощи населению города. Благодаря взаимодействию с лечебной сетью города онкологическая запущенность заболеваний уменьшилась с 25,3% до 20,4%.

В городе остается высокая заболеваемость социально значимыми болезнями, такими как туберкулез и ВИЧ-инфекция.

На сегодня зарегистрировано 65 ВИЧ-инфицированных, которые находятся под особым контролем Областного центра СПИД и МУЗ «ЦГБ». Анализ причин распространения ВИЧ-инфекции выявил половой путь передачи (30%) и через внутривенное применение наркотиков. В целях увеличения охвата населения города скрининг-обследованием на ВИЧ, своевременной выявляемости инфицированных и предупреждения развития СПИД организовано обследование на базе ИФА-лаборатории ЦГБ, назначен врач, ответственный за работу с ВИЧ-инфицированными, закреплен транспорт для их доставки в Областной центр СПИД для получения курса лечения.

Вопросы профилактики туберкулеза находятся в центре внимания администрации города в связи с ростом показателей данной патологии. Основными причинами этого роста являются увеличение числа асоциальных лиц, граждан, прибывших из мест лишения свободы; клинических аспектов, а именно: роста возбудителей, устойчивых к лекарственным препаратам.

Решению многих вопросов, направленных на качественные изменения деятельности ЦГБ, успешному завершению реформирования город-

ского здравоохранения, безусловно, способствовала реализация национального проекта «Здоровье». В ее рамках за 2006-2007 гг. в МУЗ «ЦГБ» поступило 140 единиц оборудования и 16 единиц санитарного транспорта на общую сумму 26942,9 тыс. руб.

Освоены новые рентгенологические комплексы, эндовидеохирургическое оборудование, эндовидеодиагностические методы, аппараты УЗИ, функциональной диагностики, все машины скорой помощи оснащены медицинским оборудованием для оказания экстренной помощи. Число смертей до приезда медицинских бригад снизилось на 4%, время выезда бригад скорой помощи уменьшилось до 10 минут.

Увеличились объемы выполненных диагностических исследований на полученном по национальному проекту диагностическом оборудовании: маммографических – на 100%, флюорографических – на 14%, лабораторных – на 25%. Уменьшилось время ожидания диагностических исследований до 1 дня.

С 2006 г. в городе осуществляются дополнительные выплаты участковым терапевтам, педиатрам, врачам общей практики, медицинским сестрам первичного звена, врачам и фельдшерам отделения скорой медицинской помощи. К настоящему времени общий размер выплат медицинским работникам составил 25,6 млн рублей. Средняя заработная плата врачей увеличилась с 6 тыс. до 12 тыс. руб., средних медицинских работников – с 3 тыс. до 7 тыс. руб.

В настоящее время в сфере здравоохранения Донецка работают 119 врачей и 368 средних медицинских работников. Обеспеченность врачами составляет 23,8%, укомплектованность – 76%. Коэффициент совместительства у врачей первичной медико-санитарной помощи – 1,0, у врачей узких специальностей – 1,3. Сохраняет-

ся дефицит врачей: офтальмологов, эндокринологов, анестезиологов.

В городе принимаются меры, направленные на решение кадровой проблемы: по контрактно-целевой программе в РостГМУ обучаются 17 студентов – выпускников школ города, врачам предоставлены 5 квартир по программе льготного кредитования, проводится активная работа по профориентации школьников с мотивацией к медицинской специальности.

В городском здравоохранении работают 95,4% врачей, имеющих сертификаты повышения квалификации и 87,5% средних медицинских работников. Благодаря городской программе «Кадры здравоохранения» за последние годы прошли первичную подготовку и переподготовку 8 врачей, повышение квалификации в последние 5 лет – 107 врачей и 280 средних медработников.

Успешно реализуется программа иммунопрофилактики, в рамках которой охват прививками против гепатита В составил 100%, кори – 100%, полиомиелита – 100%, за последние два года дополнительно иммунизированы против гепатита В 3710 человек, краснухи – 2770, гриппа – 25730 человек.

В рамках национального проекта «Здоровье» активизирована профилактическая направленность отечественного здравоохранения. Проводится дополнительная диспансеризация работающих (бюджетников). В 2006 г. осмотрены 1282 человека, в 2007 г. – 1820 человек, план 2008 г. – 2567 человек. Все новорожденные обследуются на выявление пяти генетических врожденных заболеваний, в 2006 г. – 470 новорожденных, в 2007 г. – 481, в 2008 г. (1-й квартал) – 81 ребенок. Осуществляется скрининг-обследование населения на ВИЧ, гепатиты В и С (табл. 1).

Таблица 1

	2006 г.	2007 г.	2008 г. (1-й кв.)
ВИЧ-инфекция	1436	2499	699
Гепатит В, С	3209	5229	1321

В 2007 г. ЦГБ, одна из немногих больниц области, была включена в пилотный проект по повышению уровня стационарной помощи, что позволило дополнительно привлечь в городское здравоохранение 3400 тыс. руб., из которых 1360,4 тыс. руб. направлены на приобретение физиотерапевтической аппаратуры, дезкамеры, автоклавов для стационарных отделений.

С 1 января 2008 г. в городе действует новая схема дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. Внедрена информационная система выписки льготных рецептов. Четкое взаимодействие в системе ДЛО практически исключило неудовлетворенность льготников, минимизировав отсроченные рецепты. Согласованные с МЗ РО финансовые лимиты ДЛО выполняются полностью.

Реализация национального проекта «Здоровье» за два года позволила достичь следующих результатов.

● Увеличилась рождаемость: в 2007 г. родилось на 48 детей больше. Показатель рождаемости составил 9,7 при 9,1 в 2006 г.

● Уменьшилась общая смертность: в 2007 г. умерло меньше на 123 человека. Показатель общей смертности составил 15,4 при 17,0 в 2006 г.

● Значительно снизилась младенческая смертность. В 2007 г. умерло 2 ребенка, в 2006 г. – 9 детей. Показатель младенческой смертности в 2007 г. – 4,4 при 19,9 в 2006 г.

● Значительно расширились диагностические возможности. Сегодня в ЦГБ проводятся все виды эндоскопических исследований, имеется современная рентгенологическая аппаратура, достаточно аппаратов ЭКГ, УЗИ, имеется аппаратура, позволяющая проводить исследование

головного мозга, сосудов и т.д. Срок ожидания обследования сократился до 1-2 дней.

- Снизился уровень первичной, общей, инфекционной заболеваемости, уменьшилось число обострений хронических заболеваний на 22%, уменьшилась заболеваемость с ВУТ.

- Увеличился показатель своевременного взятия на учет беременных сроком до 12 недель – 8,2% при 6,4% в 2006 г.

- Возросло число посещений поликлиники на 1 жителя: в 2007 г. – 7,6, в 2006 г. – 6,8.

- Возросла зарплата сотрудников, средняя зарплата по ЦГБ составила в 2007 г. 6675 руб., в 2006 г. – 5216 руб.

- Проводимое работниками ЦГБ, страховыми медицинскими компаниями, РОФОМС ежемесячное анкетирование пациентов показывает высокий уровень удовлетворенности обращением персонала, качеством оказываемой медицинской помощи и условиями пребывания в стационаре.

- Сняты острые вопросы обеспечения бесплатными медикаментами.

- В 2007 г. оставили право на получение льготных медикаментов 3140 федеральных льготников и 2346 (74,4%) обратились за рецептами; в течение года было выписано 38063 рецепта. Было отпущено медикаментов на сумму 12678,8 тыс. руб.

- Получили санаторно-курортное лечение 793 федеральных льготника (33,8% от количества не отказавшихся от соцпакета).

Основные задачи на 2008-2010 годы: совершенствование оказания медицинской помощи матерям и детям, оптимизация лекарственного обеспечения, совершенствование планирования, повышение профессиональной подготовки и квалификации кадров системы здравоохранения, обеспечение информационного сопровождения развития системы здравоохранения и укрепление кадровой и материально-технической базы ЛПУ города.

Реализация данных задач позволит:

- улучшить качество, повысить доступность и эффективность медицинской помощи населению города;
- увеличить объем услуг во внебольнично-стационарном секторе;
- снизить уровень госпитализации и длительность пребывания больных в стационаре;
- повысить профессиональный уровень медицинских работников;
- улучшить показатели здоровья населения (снизить общую заболеваемость на 3%, снизить уровень инвалидности и смертности от социально значимых заболеваний на 4%, стабилизировать эпидемическую ситуацию, связанную с распространением инфекционных заболеваний (ГБС, ВИЧ, гепатит В);
- повысить уровень здоровья детского населения и женщин репродуктивного возраста;
- повысить социальную защищенность медицинских работников.

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 (САНДРУЖИННИКА): СМ-1, СМ-1м

Материал - ткань капроновая рюкзачная с водостойкой отделкой
 СМ-1 - 380x160x260 мм; СМ-1м - 300x125x200 мм

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

Материал - водоотталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка, 330x190x190 мм
 СМ-2 - с 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 - водоотталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка, 285x100x215 мм
 СМ-4 - 2 съемных планшета на 28 ампул; СМ-5 - 3 съемных планшета на 45 ампул

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

Материал - водоотталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка
 СПШ-1 - на 80 гнезд, 280x255x150 мм; СПШ-2 - на 30 гнезд, 230x155x175 мм; СПШ-3 - на 120 гнезд, 500x240x200 мм; СПШ-4 - на 80 гнезд, пробирки высокие 290x260x220 мм; СПС - на 10 гнезд, 160x110x230 мм

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

Материал - водоотталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка
 СЛ-1 * со сменным 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 хладо и теплоустойчивый пищевой 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 - капронилнилкожа, 215x155x75 мм

ПАПКА-УКЛАДКА: ПУ-х, ПУ-в, ПУ-мс

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

СУМКА ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА): СВ (С АМПУЛЯРИЕМ НА 48 ГНЕЗД, КАРМАНАМИ ПОД МЕДИКАМЕНТЫ И ПЛАНШЕТОМ ПОД ИНСТРУМЕНТЫ)

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



реклама

Предикторы: инфаркты и инсульты можно предотвратить, если вовремя оценить их риск

Вельков В.В., к.б.н., ЗАО «ДИАКОН», г. Пушкино, Московская область

«Болезнь легче предупредить, чем излечить» – эта общеизвестная истина часто остается, увы, лишь благим пожеланием. И не только в России. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) занимает первое место во всех развитых странах. А что касается России, то, как сообщил президент Всероссийского научного общества кардиологов академик РАМН Рафаэль Оганов, у нас от ССЗ умирает около 1 млн 300 тыс. человек в год. Более того, в России атеросклероз возникает и развивается в более молодом возрасте, протекает более тяжело и вызывает у тех, кто моложе 50-55 лет, инфаркты миокарда и ишемические инсульты. В России среди всего комплекса ССЗ ведущие места занимают ишемическая болезнь сердца (51%) и мозговой инсульт (27%), причина которых – атеросклеротические поражения коронарных и мозговых артерий. Однако риски этих патологий можно своевременно обнаружить и оценить количественно. А «предупрежден – значит вооружен». За этими обнадеживающими словами стоят десятки проспективных исследований.

Проспективное исследование (англ. *prospective* – будущий, ожидаемый) – это длительное наблюдение большой группы исходно практически здоровых лиц (тысяч или десятков тысяч человек в течение 3-5 и более лет), включающее определение лабораторных, функциональных и клинических показателей и их сопоставление с возникновением и развитием у части из наблюдаемых лиц определенных патологий.

Проспективное исследование отвечает на вопрос «Что предшествовало данному событию или заболеванию?» и устанавливает корреляцию между измерявшимся параметром и возникновением определенной патологии через определенный промежуток времени. Например, между концентрацией С-реактивного белка в плазме и вероятностью острых коронарных событий через 3-10 лет. Именно проведение таких широкомасштабных исследований и привело к разработке предикторов.

Предиктор («предсказатель», англ. *to predict* – предсказывать) – соединение (чаще всего специфический белок), повышение концентрации которого связано с повышением риска возникновения определенной патологии или группы взаимосвязанных патологий. Концентрация предиктора соответствует количественному показателю относительного риска (ОР) возникновения патологии и степени ее тяжести. ОР – это

риск будущего события в зависимости от концентрации предиктора.

$$OP = \frac{\text{вероятность события при концентрации предиктора А, равной М}}{\text{вероятность события при нормальной (N) концентрации предиктора А}}$$

Длительные широкомасштабные исследования связи между концентрациями определенных белков и ферментов и развитием конкретных патологий в будущем привели к пересмотру некоторых традиционных концепций, в частности к пересмотру представлений о механизмах атерогенеза, что в свою очередь привело к появлению новых маркеров. Эти новые маркеры могут свидетельствовать о ранних, субклинических стадиях атеросклероза.

Согласно традиционной теории причина атеросклероза – нарушения метаболизма холестерина, приводящие к повышению его уровня в крови, в особенности к повышению «атерогенного» Х-ЛПНП и к понижению «антиатерогенного» Х-ЛПВП. Однако в последнее время появляются данные о том, что:

- примерно половина случаев атеросклероза имеет место при нормальных уровнях Х-ЛПВП;
- повышение базовой концентрации С-реактивного белка (в диапазоне 0,5-10,0 мг/л), происходящее даже на фоне нормальных уровней Х-ЛПНП, ведет к атеросклерозу и острым коронарным событиям.

Более того, обнаружено, что наиболее «атерогенными» являются не повышенные концентрации Х-ЛПНП, а:

1. уменьшение размера (диаметра) частиц Х-ЛПНП;
2. окисление Х-ЛПНП;
3. химическая модификация ключевого белка Х-ЛПВП – аполипопротеина А;
4. повышение активности миелопероксидазы – центрального фермента врожденного (неспецифического) иммунитета;
5. повышение активности фосфолипазы А₂, связанной с Х-ЛПНП и расщепляющей окисленный Х-ЛПНП.

Все это привело к формулировке окислительно-воспалительной теории атерогенеза: атерогенез вызывает активация врожденного (неспецифического) иммунитета, побочным эффектом которой является химическая модификация (окисление) Х-ЛПНП и Х-ЛПВП, приводящая к воспалительному процессу в стенках сосудов.

В целом, согласно современным представлениям, **атеросклероз** – это вялотекущее воспаление в стенках сосудов, приводящее к формированию атеросклеротических бляшек и образованию тромбов.

Новые биохимические маркеры для оценки риска сосудистых патологий

1. С-реактивный белок (СРБ)

Количественное высокочувствительное измерение концентраций С-реактивного белка указывает на начальные стадии воспалительного процесса в стенках сосудов и оценивает риск острых коронарных событий и инсультов в последующие 5-7 лет. Диапазон измеряемых концентраций – 0,05-10 мг/л; ранее такие концентрации считали фоновыми и не имеющими диагностического значения (табл.1).

Таблица 1

Базовые уровни СРБ и кардиориски у практически здоровых лиц

Базовый уровень СРБ, мг/л	Риск
1,8±1,9	Непрогрессирующий атеросклероз
4,1±3,3	Прогрессирующий атеросклероз
ОИМ, ишемический инсульт, риск	
Менее 1	Минимальный
1,1-1,9	Низкий
2,0-2,9	Умеренный
Более 3	Высокий

2. Аполипопротеины В и А (АроВ и АроА)

Измерение концентраций АроВ и АроА – ключевых белков Х-ЛПНП и Х-ЛПВП – это наиболее точное и однозначное определение баланса проатерогенных и антиатерогенных холестерина, которое оценивает риск фатальных и нефатальных инфарктов миокарда в течение последующих пяти лет. Эти крайне важные положения основаны на результате проекта AMORIS, который проводился в Швеции в течение 8 лет и 3 месяцев. Наблюдались 98722 мужчины и 76831 женщина в возрасте от 20 до 80 лет. В течение указанного периода от ОИМ умерли 3915 мужчин и 2461 женщина, именно у них отмечались значительно повышенные уровни АроВ и значительно сниженные концентрации АроА в плазме.

Таким образом, высокие уровни АроВ строго коррелируют с повышенным риском ССЗ, а низкие уровни АроВ1 – кардиопротективный фактор, независимый от пола. Более того, АроВ – более надежный индикатор риска ССЗ, чем Х-ЛПНП, особенно когда Х-ЛПНП в норме или понижен.

Соотношение АроВ/АроА-1 указывает на риск ССЗ независимо от уровня липидов, связанных с холестерином, и даже в том случае, когда уровень этих липидов в норме. При этом оценка риска ССЗ может быть выражена одним числом (рис. 1). Существенно, что соотношение АроВ/АроА имеет более строгую связь с риском ССЗ, чем соотношения ОХ/Х-ЛПНП или Х-ЛПНП/Х-ЛПВП.

В целом результаты этого и других аналогичных проспективных исследований четко свидетельствуют о следующем.

- Риск атеросклероза ассоциирован не столько с концентрацией холестерина, сколько с количеством циркулирующих атерогенных частиц, которые легко связываются со стенками сосудов и быстро проникают в артериальные стенки.
- АроВ – самый точный индикатор риска ССЗ.
- АроВ – самый адекватный показатель эффективности терапии, направленной на снижение липидов.
- Необходимо заменить определение общего холестерина и Х-ЛПНП на измерение концентрации АроВ.
- Соотношение АроВ/АроА по своей точности в оценке коронарных рисков у пациентов с бессимптомными ССЗ и у лиц, страдающих диабетом, превосходит индикаторные свойства всех других соотношений холестерина.

Разумеется, определение общего холестерина и прямое (невывчисляемое) определение Х-ЛПНП и Х-ЛПВП ни в коем случае не утратило своей диагностической ценности. Но следует иметь в виду, что согласно общепризнанным исследованиям патологические уровни этих маркеров действительно свидетельствуют о наличии атеросклероза, но нормальные их уровни не обязательно свидетельствуют о том, что атеросклероза нет (рис.1).

3. Липопротеин (а)

ЛП(а) [Lp(a)] или «липопротеин а малое» – это Х-ЛПНП с «довеском» Аро(а) большим гликопротеином, который с помощью дисульфидной связи ковалентно связан с АроВ, входящим в состав Х-ЛПНП. Синтез ЛП(а) происходит в печени, а катаболизм в отличие от других липопротеинов происходит в почках. Аро(а) имеет гомологию с плазминогеном человека и состоит из доменов, называемых «kringle», («крэндель», англ.), которые сходны с аналогичными доменами плазминогена. У разных индивидов в гене, кодирующем Аро(а), может быть разное (от 12 до 51) количество фрагментов ДНК, кодирующих домены kringle. В результате по размеру белка и по размеру частиц ЛП(а) в популяции наблюдается значительный полиморфизм.

Риск инфаркта миокарда в зависимости от соотношения ApoB/ApoA-I

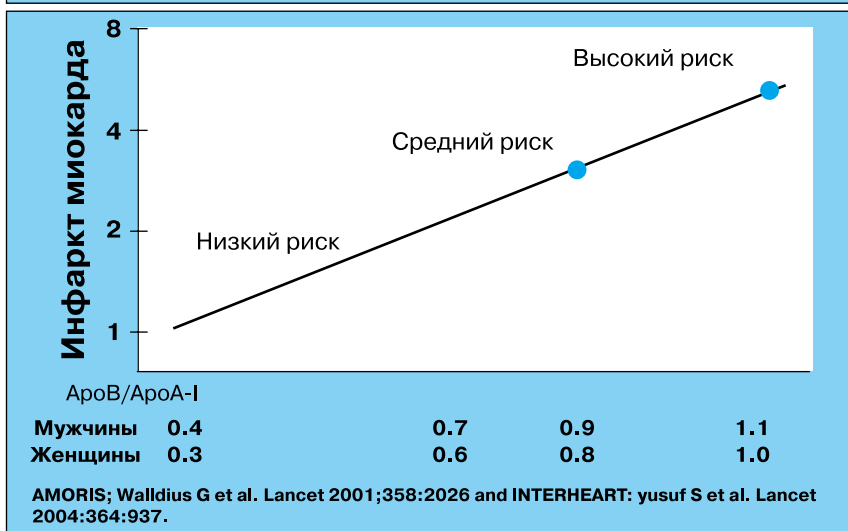


Рис. 1. Риск развития ИМ в зависимости от соотношения концентраций аполипротеина В и аполипопротеина А

Как установлено, чем меньше размер Apo(a), т.е. чем меньше в нем доменов kringle, тем выше уровень ЛП(a) в плазме, и наоборот, чем длиннее молекула Apo(a), тем меньше концентрация ЛП(a). Уровень ЛП(a) в плазме более чем на 90% определяется генетически и зависит в основном от скорости биосинтеза Apo(a), обратно пропорционально зависящей от размера Apo(a). Начиная с раннего детства концентрация ЛП(a) возрастает, достигает плато к зрелости и остается потом практически неизменной. Дальнейшее повышение уровня ЛП(a) наблюдается только у женщин в постменопаузе. В отличие от большинства липидных факторов риска риск, связанный с повышенными уровнями ЛП(a), не зависит ни от возраста, ни от пола, ни от диеты и ни от условий жизни. Однако, так как катаболизм ЛП(a) происходит в почках, почечные патологии повышают уровень ЛП(a) из-за сниженного катаболизма его частиц.

Нормальная физиологическая роль ЛП(a) не выяснена. Предполагается, что ЛП(a) или как-то участвует в метаболизме холестерина и триглицеридов (т.к. похож на Х-ЛПНП), или принимает какое-то участие в процессах коагуляции, т.к. Apo(a) похож на плазминоген. Повышенные уровни ЛП(a) вызывают ССЗ за счет проатерогенного характера, присущего Х-ЛПНП, и стимулируют тромбообразование за счет протромботических свойств Apo(a).

Повышенный уровень ЛП(a) – наиболее частое генетически опосредованное нарушение метаболизма липидов у лиц с ранними ССЗ.

В целом повышенные концентрации ЛП(a) увеличивают коронарный риск, в особенности у мужчин с высокими уровнями Х-ЛПНП и низкими уровнями Х-ЛПВП. Более того, измерение уровней ЛП(a) позволяет определять риск ишемических инсультов независимо от других факторов риска, а измерение уровней ЛП(a) при почечных патологиях, а также до и после гемодиализа позволяет оценить риск последующих сосудистых событий. При СД 1 уровни ЛП(a) выше 30 мг/дл связаны с удвоенным риском сосудистых осложнений, включающих заболевания коронарных и периферических артерий, а также и цереброваскулярные заболевания. При СД 2 повышенные уровни ЛП(a) – также предиктор ССЗ.

В целом, ЛП(a) – это фактор риска и предиктор генетической предрасположенности к сердечно-сосудистым и микрососудистым заболеваниям, к генетически опосредованным ишемическим инсультам.

Контролировать уровни ЛП(a) следует у следующих категорий лиц:

1. пациенты, имеющие в анамнезе ССЗ;
2. лица с генетической предрасположенностью к ССЗ;
3. пациенты с диагнозом ССЗ при отсутствии традиционных факторов риска;
4. больные с гиперхолестеринемией, не снижающейся при терапии статинами;
5. пациенты с почечными заболеваниями;
6. больные СД 1 и 2 типа.

Референсные значения ЛП(a):

- целевой уровень: менее 14 мг/дл;
- пограничный риск: 14-30 мг/дл;

- высокий риск: 31-50 мг/дл;
- очень высокий риск: более 50 мг/дл.

Важная информация. При прямом определении Х-ЛПНП и иммунотурбидиметрическом измерении АроВ в результаты измерений всегда входят концентрации ЛП(а) и Аро(а). При расчетном определении Х-ЛПНП в результат также входят и концентрации ЛП(а). Поэтому при высоких уровнях Х-ЛПНП и АроВ целесообразно определять, какой вклад в них вносит генетически опосредованное повышение концентрации высокоатерогенного и протромботического ЛП(а) и Аро(а).

4. Гликозилированный гемоглобин (ГГ)

Его уровень – наиболее адекватный показатель гипергликемии и одновременно предиктор многочисленных осложнений СД. ГГ образуется в результате неферментативной реакции между гемоглобином А, содержащимся в эритроцитах, и глюкозой сыворотки крови. Измерение процентного содержания гликозилированного гемоглобина – самый современный метод диагностики диабета, мониторинга эффективности его терапии и оценки рисков его многочисленных осложнений. Измерение глюкозы оценивает текущий (сиюминутный) ее уровень, который может зависеть от приема пищи, от ее состава, от физических нагрузок и их интенсивности, от эмоционального состояния пациента, от времени суток и даже от погодных условий. Ясно, что при этом велика вероятность того, что определение текущего уровня глюкозы в крови не будет отражать действительную степень компенсации СД, а это может привести либо к передозировке лечебных препаратов, либо к неоправданному уменьшению их дозы.

Ценность определения гликозилированного гемоглобина в том, что он характеризует средний уровень глюкозы в крови на протяжении последних 1-2 месяцев и тем самым показывает действительную степень компенсации СД.

В целом, уровень гликозилированного гемоглобина показывает:

1. какой была концентрация глюкозы в предшествующие 4-8 недель;
2. действительную степень компенсации углеводного обмена на протяжении этого периода;
3. степень риска развития микро- и макрососудистых осложнений диабета.

Согласно проспективным исследованиям, в течение которых у

лиц, страдающих диабетом, регулярно измерялись уровни гликозилированного гемоглобина и фиксировалось развитие всех осложнений диабета, установлено, что **концентрации гликозилированного гемоглобина – это четкий и незаменимый предиктор практически всех типов осложнений диабета.**

Измерение гликозилированного гемоглобина необходимо для:

- 1) адекватной терапии гипергликемии;
- 2) для оценки рисков: общей смертности, фатальных и нефатальных инфарктов миокарда, ишемических инсультов, диабетической ретинопатии, нефропатии, нейропатии, микроальбуминурии, осложнений беременности у женщин, страдающих диабетом, и нарушений развития плода (рис. 2).

Своевременное определение сердечно-сосудистых рисков и рисков, связанных с микро- и макрососудистыми осложнениями диабета, позволяет предотвратить развитие этих патологий и избежать их фатальных последствий.

5. Свободные жирные кислоты (СЖК)

СЖК – это первичный метаболический ресурс, поставляющий миокарду 2/3 необходимого АТФ, 1/3 необходимого сердцу АТФ обеспечивается метаболизмом глюкозы. СЖК образуются в результате гидролиза триглицеридов, содержащихся в адипозных (жировых) тканях. Плазменные ЖК или этерифицированы и связаны с альбумином, или не этерифицированы и находятся в свободном состоянии, именно они основной энергетический ресурс для сердца.

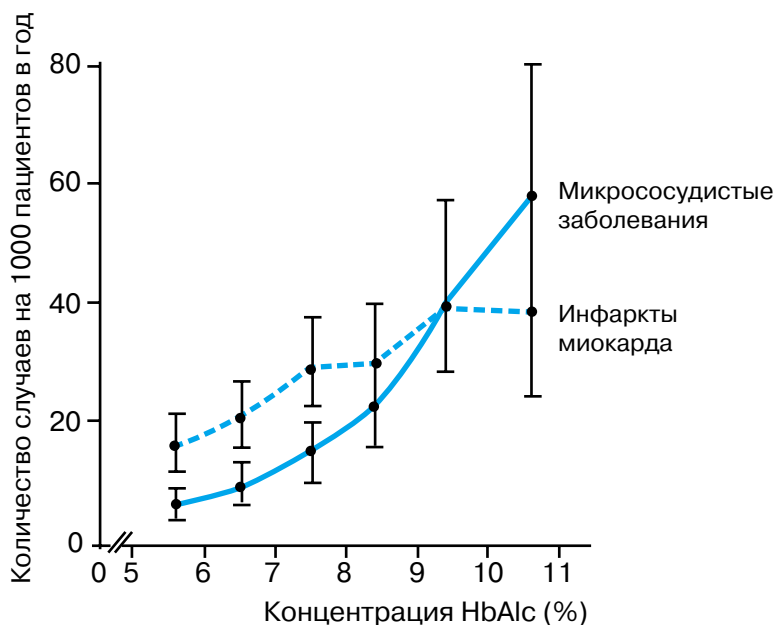


Рис. 2. Риск ИМ и микрососудистых осложнений диабета в зависимости от уровней HbA1c

После еды (день) уровень СЖК падает, т.к. инсулин подавляет липолиз адипозных клеток. Ночью уровень СЖК возрастает. К этим суточным колебаниям уровней СЖК адаптируются скелетные мышцы, которые переключаются с утилизации глюкозы (днем) на потребление СЖК (ночью).

«Метаболическая гибкость» – способность скелетных мышц (и др. тканей) подстраиваться к доминирующему субстрату – связана с нормальной чувствительностью к инсулину. Среднее значение концентрации СЖК в сыворотке здоровых доноров натощак – 7,5 нмоль/л (не зависит от возраста и пола). После ночи (натощак) уровни СЖК достоверно повышаются на 1,5 нмоль/л. Нарушение регуляции СЖК – ключевое событие при инсулинорезистентности (ИР).

Многokrратно и достоверно показано: большинство лиц, страдающих метаболическим синдромом, СД 2 и/или ожирением, имеют повышенные уровни СЖК, что приводит к ИР многих тканей (мышечных, печени, адипозных, а также эндотелиальных клеток).

Более того, хронически высокие уровни СЖК оказывают токсический эффект на бета-клетки поджелудочной железы.

Как правило, повышение плазменных уровней СЖК ведет:

- 1) к повышению тяжести ИР;
- 2) к снижению секреции инсулина;
- 3) к дислипидемии и атерогенезу.

При избыточном уровне жира СЖК в чрезмерных количествах поступают в кровоток и затем накапливаются в тканях, не предназначенных для их хранения и метаболизма. Избыточное накопление СЖК в не адипозных клетках, в частности в клетках скелетных мышц, не предназначенных для запаса жира, ведет к патологическому накоплению интермедиатов метаболизма липидов, которые ингибируют путь передачи инсулинового сигнала, что ведет к периферической ИР (накопление СЖК в гепатоцитах нарушает синтез переносчиков холестерина и ведет к дислипидемии – об этом ниже).

Повышение уровней СЖК – предиктор развития нарушенной толерантности к глюкозе (НарТГ). Так, в одном из крупномасштабных исследований в течение 5 лет наблюдался 3671 индивид с исходно нормальной толерантностью к глюкозе (НормТГ). За указанный период у 418 лиц развилась НарТГ, которой предшествовали высокие уровни СЖК. Более того, **повышенные натощак уровни СЖК – это фактор риска СД 2.** В течение 9 лет наблюдали 580 лиц с СД 2 и 556 лиц без СД (контрольная группа). Как оказалось, уровни СЖК были

прямо пропорционально связаны с индексом массы тела, с объемом талии, с частотой пульса, с уровнями триглицеридов в плазме и с повышенными уровнями маркеров воспаления. В целом **повышенные уровни СЖК натощак – специфический маркер ИР.**

Повышение уровней СЖК в печени приводит к серьезным нарушениям в цепи реакций метаболизма холестерина, в результате чего образуются атерогенные мелкие плотные частицы Х-ЛПНП и резко снижается уровень Х-ЛПВП, что ведет к тяжелой дислипидемии и в итоге к ишемии, т.е. к кислородному голоданию миокарда.

Принципиально, что окисление 1 моля СЖК в миокарде требует большего количества кислорода, чем окисление 1 моля глюкозы. В норме эти потребности удовлетворяются, но при ишемии окисление СЖК в миокарде резко снижается, что повышает их уровень в плазме. Поэтому **повышенные уровни СЖК – самый ранний предиктор ишемии.** Так, при 5-летнем наблюдении 2103 мужчин, исходно не имевших ИБС, у 144 болезнь развилась. Показано, что повышенные натощак уровни СЖК связаны с повышением риска ИБС в 2 раза. В другом исследовании было показано, что при ишемии уровни СЖК повышаются независимо от наличия или отсутствия некроза миокарда, тестируемого по показателям тропонина I (сТnI).

Полагается, что определение уровня СЖК – более чувствительный показатель степени ишемии, чем электрокардиографическое измерение.

У пациентов без ишемии высокий уровень СЖК часто связан с комплексом преждевременных сокращений желудочков и в конечном счете повышает риск ССЗ. При ишемии концентрация СЖК повышается и дает проаритмический эффект, вызывающий тахикардию (учащенные неритмичные сокращения желудочков).

Повышенные уровни СЖК – показатель тяжести ишемии у «тропонин-отрицательных» пациентов.

В целом благодаря широкому применению предикторов в лабораторной медицине наступил новый этап – **переход от анализов, направленных на постановку диагноза, к тестам для оценки риска возникновения и развития заболевания, пока оно еще в субклинической бессимптомной стадии.**

Подробную информацию о современной теории атерогенеза и о его предикторах можно найти в Интернете на сайте ЗАО «ДИАКОН» www.diakon-diagnostics.ru.

От диагностики, когда "заболевание уже..." –
к оценке риска, когда "заболевание еще не..."

**НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ РЕАГЕНТОВ DiaSys
ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКОВ ПОТЕНЦИАЛЬНО ФАТАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ,
КОГДА ОНИ ЕЩЕ В СУБКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ**

■ **Набор для высокочувствительного измерения концентрации С-реактивного белка**

С-реактивный белок (высокочувствительный) (CRP U-hs) (U-hs: universal and high sensitive) – предиктор:

- скорости прогрессирования атеросклероза,
- острых коронарных событий,
- ишемических инсультов,
- осложнений после гемодиализа,
- осложнений диабета,
- патологий беременности.

■ **Наборы для измерения соотношения концентраций ApoB/ApoA**

Аполипопротеин А1 (Apolipoprotein A1 FS)
Аполипопротеин В (Apolipoprotein B FS) – предикторы:

- фатальных и нефатальных инфарктов миокарда.

■ **Набор для измерения концентрации Lp(a) – Липопротеина (a)**

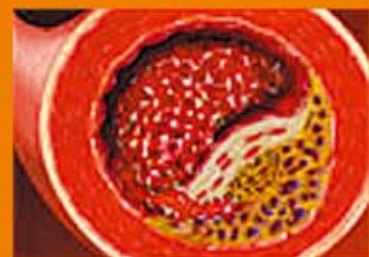
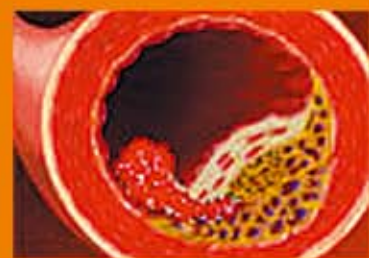
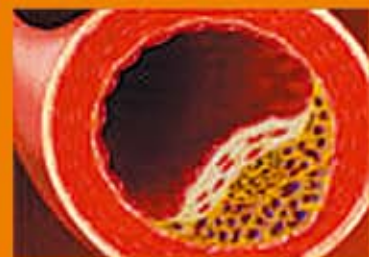
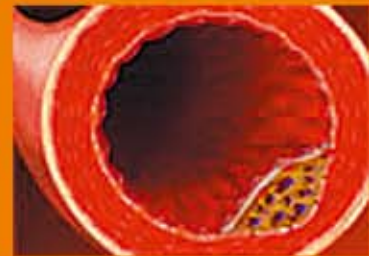
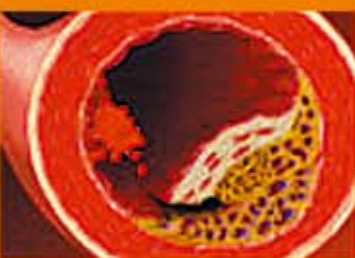
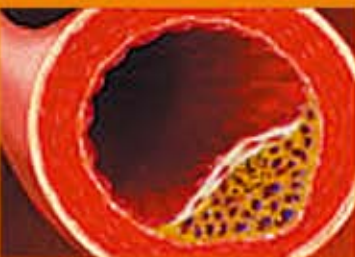
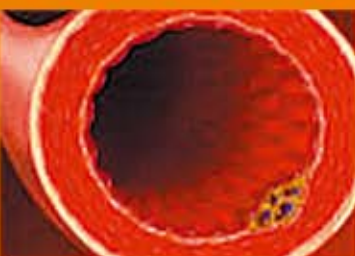
Липопротеин (a) (Lp(a) FS) – предиктор:

- генетической предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям,
- генетически опосредованных коронарных событий,
- генетически опосредованных ишемических инсультов.

■ **Набор для измерения концентрации гликозилированного гемоглобина**

HbA1c FS – предиктор развития и тяжести макро- и микрососудистых осложнений диабета:

- общей смертности,
- фатальных и нефатальных инфарктов миокарда,
- ишемических инсультов,
- диабетической ретинопатии,
- нефропатии,
- микроальбуминурии,
- нейропатии,
- врожденных патологий плода,
- колоректального рака.





Your
Clearest
View
Within

Кристалльный взгляд изнутри

Сделать явным недоступное ранее!

ACCUVIX V10

Опыт, воплощенный
в новое поколение УЗД сканеров!

V10 – оптимальная комбинация «классических» УЗ технологий с инновациями сегодняшнего дня: полный спектр исследований, начиная с уровня 2D визуализации до «объемного» ультразвука с возможностью пред- и постобработки 3DXI™ и VOCAL™

V10 – применение уникальных систем фильтров, позволившее достичь превосходного качества изображения по всей глубине зоны «интереса»: SCI™, Dynamic MR™, SRF™

V10 – широкий диапазон мультислотных датчиков

V10 – современный дизайн и удобное легкое управление, 17" ЖК монитор



Представительство компании Медисон в России ЗАО «Медиэйс»
Телефоны: (495) 921-39-81, 785-72-20; факс: (495) 611-17-55

www.medison.ru; e-mail: info@medison.ru

see it all 
MEDISON

Применение ультразвуковой визуализации в диагностике и лечении заболеваний верхних мочевых путей

Тимченко С.А.; Костюченко А.И., к.м.н.; Джанелидзе Т.Д.; Мирошниченко В.И.; Авакян Ш.Г.; Кашаев О.А.; Постникова И.В.; 1602 ОВКГ СКВО, г. Ростов-на-Дону

Ультрасонография относится к малоинвазивным высокоинформативным методам исследования, позволяющим одновременно оценивать структуру и функцию органов [4]. В клинической практике ультразвуковое (УЗ) исследование верхних мочевых путей проводится с целью:

- определения положения, размеров, особенностей анатомического строения почек;
- выявления признаков и причин обструктивной уропатии;
- диагностики врожденных аномалий;
- обнаружения источников гематурии;
- диагностики опухолей и кист;
- диагностики мочекаменной болезни;
- диагностики вида и характера травматического повреждения.

УЗ-исследования в госпитале проводятся на системе УЗ-сканирования SONOLINE Antares экспертного класса фирмы Siemens (Германия). Для исследований используется секторный датчик с частотой 3,5-5,5 МГц с возможностью трехмерной обработки информации, в том числе с использованием режима цветного доплеровского картирования, позволяющего оценивать уро- и гемодинамику.

Наибольшее число УЗ-исследований выполняется пациентам, страдающим мочекаменной болезнью. Сложности УЗ-диагностики конкрементов возникают обычно при их небольших размерах (3-4 мм). В УЗ-практике имеется значительная гипердиагностика конкрементов и песка в почке. Необходимо учитывать, что наличие мелких гиперэхогенных структур в почечном синусе может наблюдаться при кальцинации сосудистой стенки на фоне атеросклеротического поражения сосуда почечного синуса, при кальцинации сосочка пирамидки, при кальцинации рубца в жировой клетчатке почечного синуса, образовавшегося после перенесенного воспаления [5]. Для уточнения характера имеющихся гиперэхогенных структур рекомендуется проведение стандартной фармакоэхографической пробы с лазиксом. Если данная гиперэхогенная структура является конкрементом, то она будет находиться в пределах дилатированной при полиурии чашечно-лоханочной системы. При этом акустическая «тень» от мелкого камня, окруженного жидкостью, может отсутствовать.

В неотложной урологической помощи ок-

клюзия верхних мочевых путей, являющаяся причиной развития почечной колики, эхографически устанавливается на основании обнаружения основных признаков: односторонней пиелокаликотазии, отсутствии мочеточниковых выбросов мочи на стороне поражения и наличии какой-либо патологической структуры, препятствующей оттоку мочи из почки.

Расширение лоханки не всегда может быть связано с уролитиазом. Визуализация гиперэхогенного образования, дающего акустическую тень, является доказательством мочевого конкремента как причины обструкции. Преимуществом ультрасонографии перед рентгеновскими методами исследования является возможность визуализации камней любого химического состава, в том числе и рентгеноггативных. Определенные трудности возникают при визуализации камней, располагающихся между местом перекреста мочеточника с подвздошными сосудами и его юкставезикальным отделом. По нашим многолетним наблюдениям, при невозможности визуализации камня ширина просвета расширенного мочеточника, как правило, соответствовала размерам предполагаемого конкремента, что позволило в ряде случаев оценить вероятность его самостоятельного отхождения и уточнить лечебную тактику. Для визуализации конкрементов, располагающихся в юкставезикальном, интрамуральном отделах и в устье мочеточника, необходимо наличие хотя бы небольшого количества мочи в мочевом пузыре. Повышает выявляемость конкрементов при такой локализации использование трансректального исследования у мужчин и трансвагинального – у женщин.

Возможности метода в диагностике уролитиаза существенно повышает использование доплерографии с целью обнаружения доплеровского мерцающего артефакта (twinkling artifact). В режиме цветного доплеровского картирования плотные кальцийсодержащие структуры дают своеобразное окрашивание позади них. Эта полоса обычно занимает зону акустической тени и представляет собой постоянно меняющуюся смесь различных цветов, представленных полярными участками цветовой шкалы [2]. Согласно литературным данным и по нашим наблюдениям, частота визуализации артефакта зависит от рентгеновской плот-

ности и выявляется при камнях почек в 90%, при камнях мочеточников – в 83% случаев. Применение цветного доплеровского картирования улучшает эффективность диагностики уролитаза на 15%. Наибольшее диагностическое значение выявления этого эффекта отмечено при локализации камней в средней трети и юкставезикальном отделе мочеточников.

Использование режима доплеровского картирования позволяет оценить информацию, которую раньше получали только при хромоцистоскопии [2, 3]. Частота мочеточниковых выбросов при обычном пассаже мочи составляет 2-4 в минуту. При полной окклюзии верхних мочевых путей они на стороне поражения отсутствуют, а на противоположной – оказываются более частыми и сильными. При неполной обструкции мочеточниковые выбросы на пораженной стороне регистрируются, но они более длительные, редкие, медленные и малой интенсивности.

В 8 случаях была выявлена двухсторонняя уретеропиелозктазия, позволившая уточнить причину анурии и установить показания к экстренным хирургическим вмешательствам.

Методика чрескожной пункционной нефростомии при обструктивных заболеваниях верхних мочевых путей применяется нами под сочетанным контролем УЗИ и рентгентелевидения. Использование двойного контроля, по нашему мнению, позволяет достаточно четко визуализировать почку и ее полостную систему, провести прицельную пункцию, значительно повысить безопасность вмешательства, сократить продолжительность лучевой нагрузки на врача и пациента. Пункцию производим под внутривенным наркозом по стандартной методике после предварительного определения траектории по маркерной линии. Для пункции выбираем нижнюю или среднюю чашечку. Ультрасонография позволяет четко следить за продвижением кончика иглы, определяемого в виде яркого эхосигнала. После ее локализации в лоханке датчик снимается, и после извлечения мандрена из чашечно-лоханочной системы эвакуируем 10-15 мл мочи. На этом этап УЗИ-контроля заканчивается, и дальнейшие манипуляции производятся под рентгентелевизионным контролем.

Чрескожные пункционные вмешательства под УЗИ-контролем при кистозных заболеваниях почек практически вытеснили открытые методы оперативного лечения [1]. Показанием к пункции кист мы считаем быстрый рост кисты при УЗИ-мониторинге, наличие больших (более 4 см) кист, болевой синдром, нарушение уро- и гемодинамики, вызванное кистозным образованием, артериальную гипертензию, нагноение кист, гематурию. Диагностическая программа включает выбор места пункции, определение

направления продвижения пункционной иглы, измерение расстояния, на которое нужно ввести иглу. Для пункции используем секторный датчик с пункционной насадкой, позволяющей регулировать угол проведения иглы. Лечебное воздействие заключается в аспирации с обязательным бактериологическим и цитологическим исследованием содержимого кисты и введении в ее полость склерозирующего вещества. В качестве склерозанта используем 95% спирт, который вводим однократно в количестве 1:10 к объему аспирированного содержимого. В ряде случаев проводим пункцию и аспирацию без введения склерозирующего вещества. Осложнений при выполнении оперативных вмешательств не было. В последующем всем пациентам проводится УЗИ-мониторинг с целью контроля проведенного лечения и исключения рецидива. В наших наблюдениях рецидивы выявлены у 18,6% оперированных. При этом отмечено, что рецидивы чаще возникали у пациентов с небольшими первоначальными объемами кист и не зависели от применения склеротерапии.

При травматических повреждениях почек нами оценивались размеры и целостность контуров, наличие и степень распространенности подкапсульных и паранефральных гематом, характер содержимого собирательной системы почки. Дополнительно при цветном доплеровском картировании определялось состояние внутриорганного кровообращения. С целью уточнения эффективности проводимого консервативного лечения применялась методика динамического УЗИ, позволяющая определить увеличение объема мочевых затеков, степень ишемизации почечной паренхимы. В случаях гемотампонады мочевых путей без признаков продолжающегося кровотечения производилось дренирование полостной системы почки путем установки мочеточникового катетера или уретерального стента. При нарастании мочевого затека, ишемии почечной ткани, наличии «плащевидной» напряженной подкапсульной гематомы с выраженным нарушением внутрипочечного кровотока, появлении признаков прогрессирующего снижения органного кровотока при сегментарном разрыве почечной артерии, тромбозе отдельных почечных сосудов, выявлении нежизнеспособного сегмента почки размером более 25% общего ее объема устанавливались показания к ревизии почки, оптимальными сроками которой считали 24-48 часов с момента травмы [6].

Эхографическое исследование позволяет дифференцировать аномально расположенную почку и нефроптоз. При нефроптозе отмечается более выраженная дыхательная подвижность почки. Во время вдоха почка смещается вниз гораздо в большей степени и более быстро, чем

рядом расположенные органы. При дистопии почки сосудистая ножка располагается ниже обычного уровня [3, 5]. Кроме этого, у 16,4% пациентов нами выявлены осложнения нефроптоза в виде гидронефроза, нефролитиаза.

В наших наблюдениях в большинстве случаев уменьшение размеров почки было связано с ее гипоплазией. В отличие от гипоплазированной почки, при нефросклерозе выявлялись нарушение кортико-медулярной дифференциации, резкое повышение эхогенности почечной паренхимы с заметным снижением внутриорганный кровотока.

Эхографические изменения размеров почек и их структуры при остром неосложненном пиелонефрите определялись редко. Основными признаками тяжелого течения пиелонефрита были: изменение формы среза почки за счет преимущественного увеличения передне-заднего размера, резкое утолщение и диффузное снижение эхогенности паренхимы со сдавлением почечного синуса, появление синдрома «гиперэхогенных пирамидок». В этих случаях у ряда пациентов имелись клиничко-лабораторные признаки острой почечной недостаточности. При распространении процесса в паранефральную клетчатку определялось резкое снижение дыхательной подвижности почки. При абсцедировании визуализировались анэхогенные полости в паранефральной клетчатке.

Более выраженные изменения структуры почек определялись при возникновении осложнений гнойного пиелонефрита. Для формирующегося карбункула почки характерны эхографические зоны с размытыми, нечеткими контурами значительно сниженной эхогенности. В одном клиническом случае мы наблюдали множественные карбункулы обеих почек от 1,5 до 2,2 см, размеры и структура которых изменялись в ходе консервативного лечения. В ряде наблюдений карбункул почки был представлен объемным солидным образованием резко повышенной эхогенности, деформирующим наружный контур паренхимы с четко очерченной границей. С целью дифференциальной диагностики с опухолевыми заболеваниями изучался кровоток в подобных образованиях в режиме цветного доплеровского картирования. При этом выявлено значительное снижение или полное отсутствие кровотока в этой зоне. С учетом клиничко-лабораторных проявлений и появлений при УЗ-мониторинге полостей распада (анэхогенные зоны с мелкоочечной гиперэхогенной взвесью с неровным контуром) устанавливались показания к оперативному лечению.

Эхографическая картина абсцесса почки в стадии формирования сходна с изменениями, наблюдаемыми при карбункуле. Лишь при длительном его существовании полость становится

анэхогенной, стенка абсцесса становится более ровной, четкой, гиперэхогенной, гомогенной [5].

В диагностике опухолевых заболеваний почек УЗ-сканированию отводится роль как скрининг-метода, так и важного диагностического метода в период предоперационного обследования и решения вопроса об объеме оперативного вмешательства. Цветное доплеровское картирование значительно расширило возможности метода и позволило выявлять симптомы неоваскуляризации при минимальных размерах опухоли (1-1,5 см), не деформирующей контур почки. Внутренняя эхоструктура опухолевого узла может быть различной и зависеть от его гистологического варианта. Опухоли небольших размеров, как правило, однородны. Светлоклеточные аденокарциномы имеют смешанную солидно-кистозную структуру. Опухоли больших размеров часто неоднородны, с кистоподобными участками кровоизлияний и очагами кальциноза. Эти признаки, а также «пепельная» рыхлая эхоструктура в большей степени характерны для гипернефроидного рака. Тем не менее, несмотря на существование ряда часто встречающихся признаков, установить гистологический диагноз по данным эхографии в настоящее время не представляется возможным. Кроме первичного очага, при сонографии можно выявить опухолевый тромб в почечной и нижней полой венах, оценить его распространенность, а также обнаружить увеличенные лимфоузлы [4, 5]. В связи с более широким применением в последнее время органосохраняющих операций пристальное внимание нами уделяется изучению фиброзной капсулы, окружающей опухоль. Если имеется выраженная фиброзная капсула, отсутствуют крупные сегментарные сосуды при доплерографии считаем возможным выполнение энуклеации опухолевого узла. При нечетком разграничении опухолевой и нормальной тканей почки предпочтение отдаем резекции. Инфильтрация капсулы низкодифференцированной опухолью даже небольших размеров ставит под сомнение целесообразность выполнения подобного вмешательства.

Таким образом, УЗ-исследование верхних мочевых путей позволяет диагностировать большинство заболеваний, сопровождающихся макроскопическими структурными изменениями. Применение цветного доплеровского картирования значительно расширяет возможности метода и позволяет изучать уродинамику и почечный кровоток. УЗ-визуализация предоставляет возможность выполнения малотравматичных, высокотехнологичных вмешательств, не изменяя фундаментальных принципов и установок в лечении урологических больных. УЗ-мониторинг является обязатель-

ной диагностической программой при оценке качества и эффективности проводимого лечения и должен быть включен в региональные стандарты медицинской помощи.

Литература

1. Диапевтика в урологии / Игнашин Н.С., Мартов А.Г., Морозов А.В., Перельман В.М., Теодорович О.В. – М: ИПО «Полигран», 1993. – 200 с.
2. Ищенко Б.И., Громов А.И. Лучевое обследование больных с синдромом почечной колики. Методическое пособие. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2006. – 29 с.
3. Ищенко Б.И., Перегудова Е.Л., Мостовая

О.Т., Иванова Л.И., Ковальчук Г.В. Ультразвуковое обследование урологических больных. Методика и нормальная эхоанатомия. Пособие для врачей. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2005. – 82 с.

4. Капустин С.В., Пиманов С.И. Ультразвуковое исследование мочевого пузыря, мочеточников и почек. – Витебск: Белмедкніга, 1998. – 128 с.
5. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. Митькова В.В. – М: Видар, 1996. – I т. – С. 200-257.
6. Юдин Ю.Э., Щитинин В.Е., Ольхова Е.Б., Горицкий М.И., Руненко В.И. Диагностика и лечение травматических повреждений почки у детей // Урология. – 2006. – №6. – С. 70-74.

Анализ результатов мероприятий по активному выявлению мочевого туберкулеза в Ставропольском крае

*Уртенев Р.Х., зав. отделением урогенитального туберкулеза; Тарасенко Л.Ю.;
Пошеченков А.П., зам гл. врача по хирургической работе;
ГУЗ «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер», г. Ставрополь*

Ставропольский краевой клинический противотуберкулезный диспансер (ККПТД) является головным учреждением фтизиатрической службы края. Его сотрудники оказывают специализированную профилактическую, диагностическую, дифференциально-диагностическую, лечебную и консультативную помощь взрослому и детскому населению с любой локализацией туберкулеза и пограничными заболеваниями.

ККПТД имеет в своем составе поликлинику, 3 легочно-терапевтических стационара и 3 хирургических отделения, самое крупное из которых – на 95 коек для больных туберкулезом мочеполовой системы (ТМПС) и органов зрения. Это обусловлено тем, что в течение последних десяти лет в структуре внелегочного туберкулеза в Ставропольском крае ведущее место занимает урогенитальная локализация процесса. Удельный вес ТМПС среди пациентов с экстрапульмональными формами стабильно высок и составил в 2007 г. 49,4%.

С 1996 г. в крае выявлено 712 больных ТМПС. В возрастной структуре впервые выявленных случаев преобладали лица 40-60 лет, т.е. трудоспособного возраста. Мужчины заболевали несколько чаще – 56,3%.

Примерно у трети больных диагноз ТМПС был установлен через 5 и более лет от момента появления манифестной урологической симптоматики. У 43,5% пациентов были диагностированы запущенные деструктивные формы процесса (кавернозный и поликавернозный туберкулез почек), в ряде случаев осложненные специфическим пионефрозом, хронической почечной недостаточностью, формированием

рубцовых стриктур мочеточников и микроцистиса. Этот тяжелый контингент больных нуждался в хирургическом лечении и длительной специфической консервативной терапии.

Основной доминирующей причиной позднего выявления случаев ТМПС была недостаточная фтизиатрическая настороженность врачей общей лечебной сети, недооценка анамнестических данных, несвоевременное, неполноценное некачественное специальное урологическое обследование и неверная интерпретация его результатов.

Анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу за 1996-2003 гг. показал, что на фоне роста заболеваемости туберкулезом органов дыхания (с 39,8 в 1996 г. до 50,2 в 2003 г.) заболеваемость ТМПС снизилась в 1,7 раза (с 2,4 до 1,4 на 100 тыс. населения). Данные показатели нельзя было считать истинными. Низкая заболеваемость ТМПС в тот период свидетельствовала лишь о недостаточном полном выявлении урогенитальных форм процесса (диаграмма 1).

Все вышеперечисленное указывало на необходимость совершенствовать организационные мероприятия по активному выявлению ТМПС в Ставропольском крае. В 2004 г. врачами ККПТД были разработаны и внедрены в работу поликлиник общей сети алгоритмы обследования пациентов с подозрением на ТМПС. Специалисты ККПТД по внелегочному туберкулезу регулярно осуществляют выезды в территории края для оказания консультативной помощи и проведения семинаров с врачами общей лечебной сети, разборов запущенных случаев

экстрапульмонального туберкулеза. При непосредственном участии специалистов ККПТД 29.03.2006 г. был разработан и издан совместный приказ Министерства здравоохранения и Территориального управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ставропольскому краю №01-05/118 «По дальнейшему совершенствованию своевременного выявления туберкулеза внелегочных локализаций в Ставропольском крае». В нем выделены и регламентированы «группы риска» в развитии внелегочного туберкулеза. Приказ обязует учреждения здравоохранения проводить ежегодные профилактические осмотры этих пациентов по определенному клиническому минимуму, при необходимости выполнять консультации специалистов ККПТД. Приказ также содержит форму ежеквартального отчета для учреждений ОЛС. Все это позволяет осуществлять целенаправленный отбор больных для углубленного обследования в стационарах ККПТД.

Проведенный анализ результатов работы фтизиоурологической службы ККПТД за последние 3 года показал, что впервые были взяты на диспансерный учет в 2007 г. 65 человек, в 2006 г. – 53, в 2005 г. – 47 человек. Заболеваемость ТМПС в 2007 г. составляла 2,1, в 2006 г. – 2,0 случаев на 100 тыс. населения (диаграмма 1).

Необходимо отметить, что если в 2003 г. у 42,1% впервые выявленных больных была диагностирована кавернозная форма, то в 2006 г. этот показатель составил 26,4%, а в 2007 г. снизился до 23,1% (диаграмма 2). Вследствие этого уменьшилось количество органоуносящих операций.

В то же время увеличивается удельный вес больных с ранними неструктивными и ограниченно деструктивными поражениями. При этом доля больных с туберкулезом почечной паренхимы составила 4,3% в 2005 г., а в 2007 г. – 7,6% (диаграмма 3).

Диаграмма 1

Заболеваемость урогенитальным туберкулезом (Ставропольский край, 1995-2007 гг.)

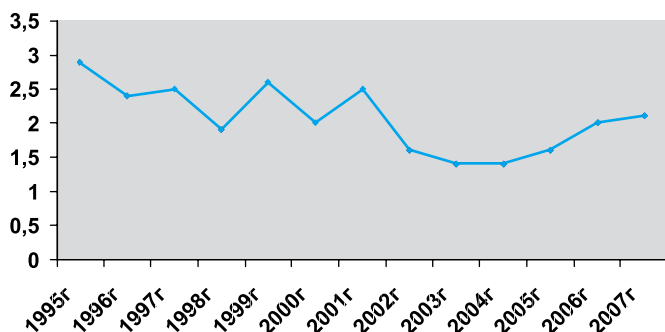


Диаграмма 2

Деструктивные формы туберкулеза органов мочевой системы: кавернозный, поликавернозный туберкулез почек (в % к общему числу впервые выявленных в 2005-2007 гг.)

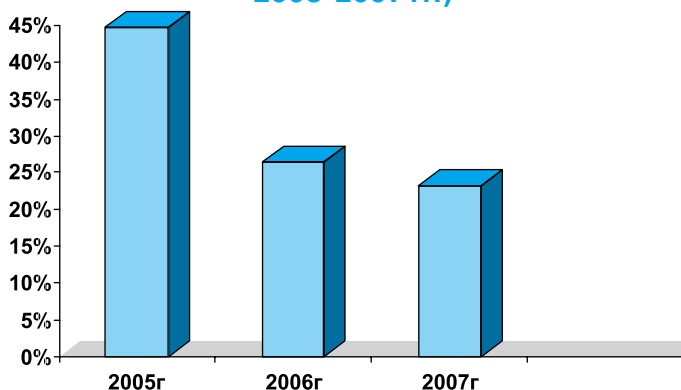


Диаграмма 3

Недеструктивные формы туберкулеза органов мочевой системы: туберкулез паренхимы почек (в % к общему числу впервые выявленных в 2005-2007 гг.)

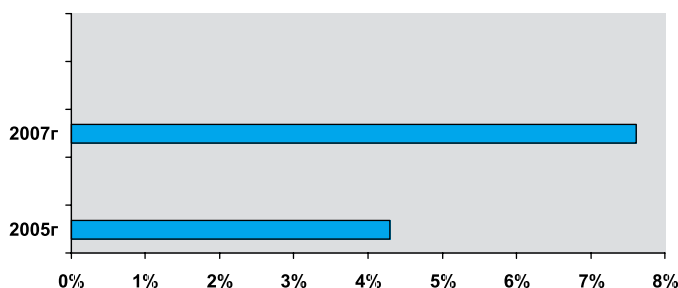
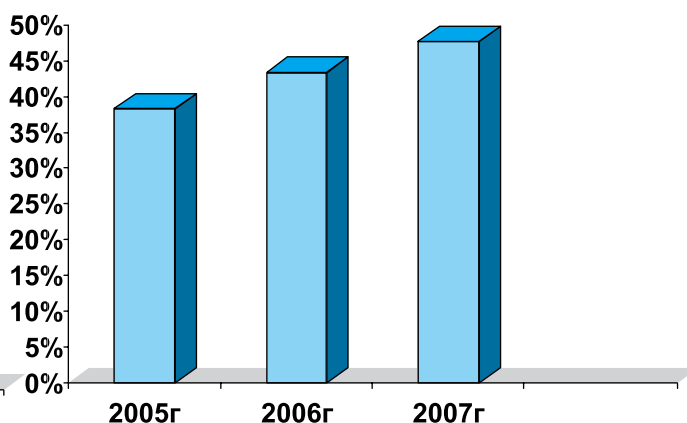


Диаграмма 4

Ограниченно деструктивные формы туберкулеза органов мочевой системы: туберкулезный папиллит почек (в % к общему числу впервые выявленных в 2005-2007 гг.)



В последние 3 года была отмечена динамика положительного роста пациентов с впервые выявленным ограниченным деструктивным процессом – 38,3% в 2005 г., 43,4% – в 2006 г., 47,7% – в 2007 г. (диаграмма 4).

Количество впервые выявленных больных с бациллярными формами процесса в последние 3 года возросло почти в 2 раза за счет увеличения выявления ранних форм заболевания.

Выводы

- В Ставропольском крае сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу мочеполовой системы.

- Для снижения и стабилизации уровня заболеваемости туберкулезом мочеполовой системы необходимо усиление профилактических противотуберкулезных мероприятий в общей

лечебной сети, направленных на выявление ранних форм урогенитального туберкулеза, при обязательном активном взаимодействии специалистов противотуберкулезной службы и общей лечебной сети.

- Формирование рациональных групп риска и их обследование в соответствии с определенным клиническим стандартом способствовали существенному улучшению выявления деструктивных распространенных и локализованных форм урогенитального туберкулеза.

- Разработка и внедрение в практику ОЛС алгоритмов обследования пациентов, входящих в группы риска по урогенитальному туберкулезу, позволили повысить качество обследования, а также предупредить развитие осложненных форм экстрапульмонального туберкулеза.

Об итогах работы семинара по оказанию помощи больным туберкулезом в ЛПУ ЮФО

Одинец В.С., гл. врач ГУЗ ККПТД; Богинская Н.А., зам. гл. врача по медсестринской работе; Баронова О.Д., зам. гл. врача по диспансерной работе; ГУЗ «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер», г. Ставрополь.

Последний месяц весны неразрывно связан не только с дорогими для каждого россиянина праздниками. В мае отмечается Международный день медицинской сестры как дань уважения к людям, выбравшим эту профессию. В Ставрополе в рамках 2-й Ежегодной недели медицинской сестры 26-28 мая на базе ГУЗ «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер» прошел семинар «Оказание помощи больным и борьба с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью в ЛПУ». Организатором семинара в ЮФО выступила Ассоциация медицинских сестер России под руководством президента В.А. Саркисовой при поддержке Ставропольской ассоциации медицинских сестер.

В своем приветственном слове к участникам семинара министр здравоохранения Ставропольского края Т.В. Коробова подчеркнула, что в крае в течение последних лет реализуются региональные, общероссийские и международные проекты по борьбе с распространением туберкулеза, целью которых является снижение эпидемиологической напряженности за счет снижения заболеваемости и смертности.

Для Ставропольского края в связи с его приграничным географическим положением проблема борьбы с туберкулезом имеет особое значение. Активные миграционные потоки из республик Северного Кавказа, в которых уровень распространенности туберкулеза выше, оказывают влияние на эпидемическую ситуацию в крае.

Ставропольский край на фоне российских показателей в целом выглядит относительно

благополучно. Однако, несмотря на стабилизацию некоторых показателей, по итогам 2007 г. отмечен рост показателя заболеваемости туберкулезом по сравнению с 2006 г. с 66,2 до 67,6 на 100 тыс. населения (на 2%), постоянных жителей – с 52,8 до 54,1 на 100 тыс. населения (на 2,5%) при повышении заболеваемости туберкулезом органов дыхания (на 3,2%) и снижении заболеваемости внелегочным туберкулезом (на 3,6%). Показатель смертности от активного туберкулеза в 2007 г. сохранился на уровне 2006 г. и составил 13 случаев на 100 тыс. против 15,3 в 2005 г.

Перед каждым из 37 участников семинара ставилась задача не только расширения круга знаний о проблеме туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, но и отработки методов преподавания полученных знаний среди медицинских сестер. Каждый специалист из Ставропольского и Краснодарского краев, Калмыкии, Астраханской и Ростовской областей, Северной Осетии продолжит работу по обучению в своем регионе средних медицинских работников.

Три дня пролетели незаметно, потому что знакомство с последними статистическими данными, характеризующими эпидемические процессы в мире, в РФ, ЮФО и Ставропольском крае, не ограничивалось теоретическими сообщениями, а сопровождалось обменом опытом оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Одним из главных принципов являлась совместная учеба в группе, интерактивное общение.

Основные вопросы семинара касались каж-

додневной сестринской практики. Значимой частью обучения стала тема «клейма» туберкулеза и дискриминации больных туберкулезом в обществе. И, конечно, поскольку этот семинар проводился по каскадному принципу, особое внимание было уделено технической стороне вопроса. Участники семинара осознали огромную ответственность, которая ляжет на их плечи после окончания этого семинара, поскольку у них есть определенные обязанности: каждый должен подготовить мини-проект и обучить 20 медицинских сестер. Практически все участники семинара отметили, что получили много новых, полезных в практике знаний и навыков, которыми не терпится поделиться со своими коллегами.

В программу семинара входило посещение ГУЗ «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер» г. Ставрополя с целью ознакомления не только с опытом работы сестринского персонала, но и со всеми новшествами, внедренными в диспансере. Это и современная бактериологическая лаборатория, оснащенная новейшим оборудованием, которое позволяет сократить сроки исследования туберкулезной культуры с 3 месяцев до 10-14 дней. Это внедренная система инфекционного контроля,

направленная на предотвращение распространения внутрибольничной туберкулезной инфекции среди больных и медицинских работников. Для реализации поставленных целей медицинский персонал обеспечен средствами индивидуальной защиты (одноразовыми масками, индивидуальными респираторами). Во все подразделения переданы бактерицидные облучатели типа «Дезар» и «Аэролайф», работающие в присутствии медицинского персонала и больных без вреда для их здоровья. Введены в действие кабины для сбора мокроты. Больные, опасные для окружающих, обеспечены средствами индивидуальной защиты. В диспансере более года работает утилизатор медицинских отходов класса Б и В «Ньюстер 10» – подобным оборудованием располагают единичные противотуберкулезные учреждения в РФ.

Сертификат международного образца с 36 зачетными баллами не способен вместить в себя тот заряд энергии, стремления внедрить в своей практике все новое, что нашло отражение на семинаре. Сегодня у медицинских работников Юга России есть возможность выполнять главную стратегическую задачу – оказание помощи больным туберкулезом на высоком профессиональном уровне.

Европейская конференция в Таганрогском медицинском колледже

*Кабарухин Б.В., к.м.н., заслуженный врач РСФСР,
директор медицинского колледжа, г. Таганрог, Ростовская область*

С 1995 года Таганрогский медицинский колледж является действительным членом Европейского медсестринского модуля (ENM), объединяющего 28 институтов и колледжей из 12 государств Евросоюза, подготавливающих медицинских сестер и акушеров.

На ежегодных конференциях ENM рассматриваются вопросы повышения качества обучения студентов, совместная научная деятельность, совместное усовершенствование учебных планов и программ, обмен академическим материалом и прочие.

Конференции проходили в Финляндии, Дании, Швеции, Великобритании, Португалии и других странах. В 2008 году такая конференция прошла в России.

16-19 апреля в Таганрогском медицинском колледже (ТМК) состоялась XVI Европейская конференция ENM. В ней, кроме России, приняли участие 11 стран Евросоюза:

- Болгария (Пловдивский институт, Медицинский колледж г. Пловдив);
- Великобритания (Брайтонский, Нейперский и Нортхэмптонский университеты);

- Дания (Ютландский университет, Институт здравоохранения Сторстрем, Медсестринская школа в Виджле);
- Испания (ENM, Барселона и Школа медсестер г. Витория);
- Нидерланды (Высшая школа Лейден)
- Норвегия (Остфолдский и Трондхаймский университеты);
- Португалия (Высший институт здоровья Повеа де Ланхозо);
- Сербия (Медицинский колледж в Куприи);
- Финляндия (Университет Дживаскила);
- Швеция (Стокгольмский Университет, Университет София-Хэммет, Университет Оребро);
- Швейцария (Профессиональная школа медсестер г. Биел, Центральный госпиталь г. Биел, Профессиональная школа по уходу за тяжелой психиатрией).

Открытие конференции прошло с телеконференцией с Университетом Мадрида (Испания) и Брайтонским Университетом (Великобритания). Приветствовали открытие конференции министр здравоохранения Ростовской области Т.Ю. Быковская, которая также

зачитала приветственную правительственную телеграмму председателя комитета Государственной Думы РФ по здравоохранению и социальным вопросам; вице-мэр Е.В. Липовенко; директор Таганрогского медицинского колледжа Б.В. Кабарухин.

Открыла XVI Европейскую конференцию ENM Эм Джей Конти – руководитель ENM. В своем выступлении она отметила, что XVI Конференция ENM проходит в городе, который основал Петр Великий, в городе, где родился Антон Чехов – всемирно известный писатель, в городе, имеющем медицинский колледж, пользующийся заслуженным авторитетом.

Главной темой конференции было обсуждение рекомендаций Болонской и Копенгагенской конференций о конгруэнтности образования в европейских странах. Европа должна иметь единое образовательное пространство. Учебные планы, программы, учебники, технология обучения должны быть такими, чтобы в итоге выпускники получали диплом, признаваемый странами Европы. ENM запланировано разработать систему мероприятий, которые бы позволили в дальнейшем медицинским колледжам ENM выдавать выпускникам приложение к европейскому диплому.

Наши студенты проходили стажировку в 2005 году в колледже и госпиталях г. Борос (Швеция), в 2006 году – в колледже Брайтонского университета (Великобритания), в 2007 году – в колледже Нортхэмптонского университета (Великобритания), в 2008 году – в колледже Стокгольма (Швеция) и в колледже высшего института Saude do Alto Ave (Португалия).

В Великобритании ежегодно в Вестминстерском Аббатстве в присутствии королевы Великобритании в честь всемирно известной медицинской сестры Флоренс Найтингейл происходит торжественная церемония зажигания свечи. Честь выполнить эту церемонию предоставляется будущей медицинской сестре. В 2007 году в международной группе медсестер-стажеров Брайтонского университета была наша студентка Елена Соколова и ей была предоставлена честь провести эту торжественную церемонию в присутствии королевы Великобритании.

С 2006 года наш колледж работает с лицензионными комиссиями штатов Калифорния и Нью-Йорк, и как результат – с 2008 года дипломы Таганрогского медицинского колледжа признаются основанием для допуска к лицензионным экзаменам в штате Калифорния. Детальное изучение систем медицинского образования стран Европы, Америки, Китая, внедрение их передового опыта в учебный и воспитательный процесс помогает готовить Таганрогский медицинский колледж к европейской аккредитации по ISO 9001–2001.

Вопросы, вынесенные для обсуждения на XVI конференции, были определены «Меморандумом о сотрудничестве», принятом в 1997 году. Этот меморандум подписан всеми членами ENM и предусматривает конгруэнтность медицинского образования в странах Европы.

17 и 18 апреля подробно рассматривались вопросы обмена студентами и преподавателями (предложения и запросы учебных заведений – членов ENM). В эти же дни участники обстоятельно ознакомились с Таганрогским медицинским колледжем: аудиториями, учебными кабинетами, лабораториями, библиотекой и другими учебными и вспомогательными помещениями; оборудованием, оснащением. Студенты колледжа сопровождали участников конференции и на английском языке рассказывали о деталях учебного процесса, отвечали на поставленные вопросы. Это произвело хорошее впечатление. Гости были удивлены обилием учебников и учебных пособий, написанных преподавателями колледжа (более 80 наименований, общим тиражом более 600 тысяч экземпляров, некоторые были изданы 10 и более раз), большим количеством собственных авторских видеофильмов и мультимедийных средств обучения.

19 апреля, в последний день работы конференции, обсуждались вопросы «спящих партнеров», прием новых членов ENM. Поступило заявление от Ростовского базового медицинского колледжа о приеме в члены ENM. Таганрогский медицинский колледж как постоянный действительный член ENM поддержал эту идею, и вопрос был вынесен на обсуждение. Было принято решение после изучения вопроса на местах в январе 2009 года провести интернет-голосование.

Так как срок полномочий ученого секретаря истек, нужно было избрать нового. Были предложены две кандидатуры: Натальи Черепачиной (Таганрогский медицинский колледж) и Ниты Мур (Брайтонский университет). Было также принято решение после обсуждения на местах провести интернет-голосование в январе 2009 года.

Конференция утвердила список учебных заведений, открытых для проведения стажировки студентов и преподавателей, куда вошел и Таганрогский медицинский колледж, утвердила бюджет ENM на 2009 год и одобрила работу ENM за прошедший год.

В результате открытого голосования было решено провести следующую конференцию 22-25 апреля в Швейцарии, в Профессиональной школе медицинских сестер г. Биел. В 2010 году местом проведения конференции (предварительно) выбрана Финляндия – Международный колледж Университета Дживаскила.



ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА

информационные технологии для медицинских учреждений

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

Автоматизация работы регистратуры

Курбесов А.В., к.э.н.; Евдокимов А.В.;

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

Одной из важнейших проблем, существующих в лечебных учреждениях, работающих в рамках системы медицинского страхования, является автоматизация деятельности регистратуры. Именно в регистратуре осуществляется первый контакт больного с представителями ЛПУ, и от ее работы часто зависит удовлетворенность пациента качеством всего лечебного процесса.

Традиционно на регистратуру возлагаются следующие основные задачи:

- запись на прием к специалисту;
- оформление вызовов врача на дом;
- хранение и своевременная выдача историй болезни.

В условиях работы учреждения в системе медицинского страхования актуальными становятся вопросы верификации принадлежности пациента к той или иной страховой организации и корректного оформления талона амбулаторного пациента. В настоящее время нами разработано решение, предназначенное для комплексной информатизации работы регистратуры. Опыт внедрения системы обеспечил значительное сокращение времени ожидания пациента при посещении ЛПУ.

Разработанный нами программный продукт включает в себя следующие основные подсистемы:

- запись на прием пациента;
- фиксация вызова специалиста на дом;

- учет местоположения истории болезни в рамках лечебного учреждения;
- верификация пациента;
- печать первичных документов.

Программный продукт позволяет решать следующие основные задачи:

- печать штрих-кода при заведении новой истории болезни;
- печать штрих-кода для уже хранящихся в регистратуре историй болезни;
- обеспечение ведения признака местонахождения истории болезни (например, «в регистратуре», «у пациента», «у врача») с возможностью считывания штрих-кода с истории болезни для обеспечения ее быстрого поиска в базе данных;
- запись на прием пациента к одному или нескольким специалистам с предоставлением возможности выбора наиболее оптимального времени для пациента;
- автоматизированная запись на прием с использованием специализированных терминов, устанавливаемых в регистратуре;
- верификация сроков действия полиса медицинского страхования с учетом информации о застрахованном контингенте;
- печать талона амбулаторного пациента (в том числе содержащего информацию в виде штрих-кода);
- печать номерка на прием к тому или иному специалисту.

Запись на прием с использованием терминов, устанавливаемых в холле поликлиники, позволяет разгрузить регистратуру за счет пациентов, которые производят запись на прием самостоятельно. При записи пациенту выдается талон амбулаторного пациента с указанием на нем даты, времени приема и номера кабинета.

Предлагаемая система позволяет существенно повысить качество обслуживания пациентов при осуществлении записи на прием, а также значительно ускорить поиск истории болезни в регистратуре.



Иммуномодулятор ликолипид в клинической практике

Медведев А.И., к.м.н., доцент;

ФНКЦ детской гематологии, онкологии, иммунологии, г. Москва

На организм человека в современных условиях оказывает влияние большое количество неблагоприятных факторов: экология, стрессовые воздействия, малоподвижный образ жизни, некачественные продукты питания. Все это негативно сказывается как на организме в целом, так и на отдельных системах органов, в том числе на иммунной системе, являющейся естественным барьером на пути болезнетворных микроорганизмов.

В настоящее время наблюдается быстрый рост хронических инфекционно-воспалительных заболеваний, характеризующихся вялым непрерывно рецидивирующим течением, малой эффективностью антибактериальной и симптоматической терапии. Как правило, это связано с наличием у больных тех или иных нарушений в иммунной системе. Поэтому разработка и внедрение в клиническую практику эффективных иммуностропных лекарственных средств является актуальной задачей современной медицины.

Как разобраться среди множества иммуностропных препаратов, присутствующих сегодня на рынке иммуномодуляторов? По мнению иммунологов, наиболее перспективными из данной группы препаратов являются препараты мурамилдипептидного ряда, из которых наиболее эффективным и безопасным является ликолипид.

Что же такое ликолипид и с чем связана его высокая эффективность? Ликолипид представляет собой синтезированный аналог активного фрагмента бактериальных клеточных стенок – глюкозаминилмурамилдипептид (ГМДП), обладающий иммуномодулирующим эффектом. ГМДП является природным модулятором иммунной системы, так как входит в состав оболочек большинства существующих на Земле бактерий и участвует в процессах ауторегуляции иммунитета. Поэтому воздействие на организм человека его синтетического аналога ликолипида в наибольшей степени приближено к процессу естественной иммунорегуляции. Ликолипид не содержит бактериальных примесей, которые могли бы вызвать побочные эффекты. С этими свойствами препарата связана его хорошая переносимость больными.

Препарат является приоритетной разработкой отечественных ученых, он был синтезирован в Институте биоорганической химии им. М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН и успешно доведен до лекарственной формы в результате совместной работы ученых России и Великобритании.

«Разработка и создание биотехнологического производства ликолипида – нового иммуностропного лекарственного препарата» удостоена Премии Правительства России за 1996 г.

Ликолипид разрешен к клиническому применению у взрослых и детей в России, Республике Беларусь, Молдове, Казахстане и является первым иммуностропным препаратом мурамилдипептидного ряда, зарегистрированным в нашей стране.

Препарат ликолипид выпускается в удобной таблетированной форме – 1 мг и 10 мг.

Клинические испытания ликолипида проведены более чем на 1000 больных в восьми ЛПУ Москвы под руководством ГНЦ – Института иммунологии МЗ РФ в соответствии с международными стандартами клинических испытаний GCP (Good Clinical Practice) с использованием рандомизированного двойного слепого контроля.

Производство ГМДП и реализацию ликолипида осуществляет ЗАО «ПЕПТЕК» на базе Института биоорганической химии им. М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН.

Ликолипид, стимулируя активность моноцитов/макрофагов, быстро и эффективно запускает все звенья антибактериальной и противовирусной иммунной защиты организма: фагоцитоз, цитотоксическую активность макрофагов, естественных киллеров и Т-лимфоцитов, гуморальный иммунитет. Ликолипид обладает антиинфекционной (антибактериальной, антигрибковой, антивирусной) активностью, противовоспалительным, лейкопоэтическим действием, стимулирует секреторный иммунитет, имеет противоопухолевую активность (по данным эксперимента).

Испытания препарата показали, что ликолипид не обладает местно-раздражающим действием на кожу, слизистую оболочку полости рта и желудочно-кишечного тракта, не оказывает эмбриотоксического и тератогенного действия, не вызывает хромосомных aberrаций, генных и геномных мутаций.

Когда нужно применять препарат? Ликолипид применяют у взрослых и детей в комплексной терапии вторичных иммунодефицитных состояний, проявляющихся в виде хронических вялотекущих рецидивирующих инфекционно-воспалительных процессов любой локализации.

Спектр клинического применения ликолипида очень широк. Его назначают больным с хроническими неспецифическими заболеваниями

легких – трахеитами, бронхитами, пневмониями, а также больным с инфекционной формой бронхиальной астмы. Препарат показан больным с вялотекущими рецидивирующими воспалительными процессами в бронхолегочном аппарате, плохо поддающимися антибактериальной терапии. В фазе обострения хронического бронхолегочного процесса ликолипид применяют в комплексе с антибактериальной и симптоматической терапией, в фазе ремиссии возможно назначение ликолида в виде монотерапии.

При обострении патологического процесса ликолипид назначают по 1-2 таблетки (1 мг) утром натощак сублингвально 1 раз в день в течение 10 дней. При ремиссии – по 10 мг внутрь утром натощак 1 раз в день в течение 6 дней.

Клиническая эффективность ликолида определяется продолжительностью ремиссии. Так, при хронических неспецифических заболеваниях легких и бронхиальной астме ремиссия достигает 1 года.

Установлена высокая клиническая эффективность применения ликолида у пациентов с инфильтративной и фиброзно-кавернозной формой туберкулеза легких в комплексе со стандартной химиотерапией, витаминотерапией и другим лечением. При туберкулезе ликолипид назначают по 1 таблетке (10 мг) внутрь 1 раз в день в течение 6 дней тремя курсами с перерывами между курсами в течение 2 недель.

Ликолипид рекомендуется в комплексной поддерживающей терапии при лечении инфекционных осложнений у больных распространенными формами злокачественных новообразований для улучшения качества жизни, а также при лечении лейкопении, развившейся после курса химио- и лучевой терапии. Эта проблема является одной из самых актуальных в современной онкологии, так как нейтропенические состояния сопровождают полихимиотерапию у большинства больных.

Ликолипид является препаратом выбора у детей и взрослых для профилактики сезонной заболеваемости хроническими рецидивирующими инфекционными заболеваниями верхних дыхательных путей и лорорганов.

С целью профилактики ликолипид назначают по 1-2 таблетке (1 мг) 3 раза в сутки в течение 10 дней 2 раза в год (в начале осени и в конце зимы) в комплексе с общеукрепляющими мероприятиями (прием витаминов, антиоксидантов, занятия ЛФК, закаливание и т.д.). Доказано, что прием препарата в первые 6 часов от момента начала заболевания приводит к его abortивному течению. Однако не рекомендуется применять препарат на фоне высокой температуры, прием ликолида необходимо начинать только после ее снижения.

Ликолипид применяется для лечения и профилактики гнойно-воспалительных процессов кожи и мягких тканей, возникающих в результате травм, ожогов, оперативного вмешательства и т.д., а также лечения трофических язв различной этиологии. Проведенные исследования показали, что ликолипид снижает частоту развития послеоперационных гнойно-септических осложнений, оказывая положительное влияние на гематологические параметры крови (увеличение общего числа лейкоцитов, прежде всего нейтрофилов) и на функцию печени (уменьшение в крови уровней мочевины, билирубина, креатинина).

Результаты клинических исследований показали, что при включении ликолида в комплексное лечение у женщин с поражением шейки матки вирусом папилломы человека наблюдалась высокая доля полного выздоровления (до 95%) по сравнению с контрольной группой, при монотерапии аналогичный показатель достигал 40% при абсолютной неэффективности плацебо (0%).

Показана высокая эффективность препарата при лечении герпетической, цитомегаловирусной инфекции, псориазе, офтальмогерпесе, стоматологической патологии и еще целом ряде вторичных иммунодефицитных состояний.

Таким образом, ликолипид является высокоэффективным и безопасным иммуностропным лекарственным средством, удобным в применении для взрослых и детей, практически не дающим побочных эффектов, что позволяет широко использовать его в клинической практике.



Адресно-
телефонный
справочник

ДОНСКАЯ МЕДИЦИНА

Ростов и область 2008

344064
г. Ростов-на-Дону
ул. Вавилова, 54, оф. 305
т. (863) 223-23-25
273-25-16
e-mail: info@akvarel2002.ru
www.akvarel2002.ru

- органы управления и контроля в здравоохранении
- лечебно-профилактические учреждения
- фармация и аптеки
- медицинская техника
- и все, что имеет отношение к медицине

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

реклама

Применение препарата багомет-850 для лечения больных сахарным диабетом 2 типа с избыточной массой тела и ожирением в амбулаторно-поликлинических условиях

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

Сахарный диабет остается одной из важнейших медико-социальных проблем для здравоохранения практически всех стран мира. Большая социальная значимость сахарного диабета заключается в том, что он приводит к ранней инвалидизации и летальности, что обусловлено развитием сосудистых осложнений сахарного диабета.

Однако не только тяжесть медицинских последствий сахарного диабета ставит эту болезнь в ранг приоритетов первого порядка различных систем здравоохранения. Сахарный диабет является тяжелым финансовым бременем, поэтому снижение затрат для оказания помощи больным сахарным диабетом препаратами, дающими хорошие результаты лечения, является важной частью вопроса терапии.

Цель программы: анализ эффективности и безопасности применения препарата багомет 850 мг («Баго», Аргентина) у больных сахарным диабетом 2 типа с избыточной массой тела и ожирением в комбинации с другими таблетированными сахароснижающими препаратами или в качестве монотерапии.

Длительность наблюдения: 3 месяца.

Критерии включения: больные сахарным диабетом 2 типа с избыточной массой тела и ожирением на диетотерапии или получающие терапию ТССП и не достигшие терапевтических целей.

Общее количество человек, включенных в программу: 35 чел.

Мониторимые показатели: сахар крови натощак, HbA1c, АЛТ, АСТ, холестерин, триглицериды, ИМТ, АД, побочные явления, гипогликемические реакции.

Участники программы: областной эндокринологический центр, поликлиники г. Ростова-на-Дону и Ростовской области.

Программа была проведена в три этапа:

1 этап. Проведение стартового совещания с участниками программы, формирование группы наблюдения, сбор данных по переводу больных на багомет-850, заполнение карт наблюдения, обеспечение больных дневниками самоконтроля.

2 этап. Наблюдение за эффективностью препарата багомет-850 у больных сахарным

диабетом 2 типа, оценка критериев эффективности.

3 этап. Завершение периода клинического наблюдения, обработка результатов исследования и подготовка отчета.

Всего в исследование были включены 35 больных сахарным диабетом 2 типа: 15 мужчин и 20 женщин в возрасте от 38 до 79 лет. Средний возраст пациентов составлял $54,3 \pm 2$ года, средняя длительность заболевания диабетом – $5,57 \pm 0,84$ года. Индекс массы тела $34,92 \pm 0,81$ кг/м².

У 34-х пациентов, включенных в исследование, имелись различные осложнения сахарного диабета и сопутствующие сосудистые заболевания. Только один пациент не имел осложнений (таблица 1).

Исходно (до исследования) диетотерапию получали 9 человек (26%), монотерапию препаратами сульфаниламочевина – 16 человек (46%), монотерапию метформином багомет-850 – 2 человека (6%), комбинированную терапию – 8 человек (23%). Противодиабетические препараты принимались пациентами в суб- и максимальных терапевтических дозах. До начала исследования уровень гликированного гемоглобина колебался от 7,1% до 11,7% (средний уровень HbA1c – $8,52 \pm 0,32$) что говорит об отсутствии компенсации углеводного обмена у всех пациентов до начала исследования.

К концу лечения комбинированную терапию получали 62% исследуемых, монотерапию багометом – 38% (таблицы 2 и 3).

Анализ данных, приведенных в таблице 3, доказывает статистическую достоверность снижения уровня гликемии натощак и гликированного гемоглобина ($P < 0,01$) в процессе лечения препаратом багомет-850, а также статистически достоверное улучшение показателей липидного обмена – общего холестерина ($P < 0,02$) и триглицеридов ($P < 0,05$). У всех больных отмечалась положительная динамика в снижении как систолического, так и диастолического артериального давления ($P < 0,01$).

В процессе лечения ни у одного больного гипогликемии не зарегистрировано. Из побочных явлений метформина у двух человек наблюдались тошнота и метеоризм, у трех че-

ловек – жидкий стул, у одного – металлический привкус во рту. Через 2-3 недели эти симптомы прошли.

Заключение

- Препарат метформина багомет 850 мг («Баго», Аргентина) хорошо переносится больными сахарным диабетом, применение его в качестве монотерапии и в комбинациях приводит к нормализации углеводного обмена ($HbA1c \leq 7,0$) в 45,5% случаев.
- Улучшение показателей углеводного обмена в процессе лечения препаратом багомет 850 мг вызвало улучшение показателей липидного обмена и снижение систолического и диастолического артериального давления.
- Все пациенты по окончании исследования выразили свою удовлетворенность препаратом и желание продолжить лечение препаратом багомет 850 мг («Баго», Аргентина).

Таблица 1

Распределение больных по имеющимся сопутствующим сосудистым заболеваниям и осложнениям сахарного диабета

Сопутствующее заболевание, осложнение сахарного диабета	Абсолютное число	%
Гипертоническая болезнь	31	89
ИБС	17	49
Инфаркт миокарда в анамнезе	2	6
ОНМК в анамнезе	1	3
Диабетическая ретинопатия	15	43
Диабетическая ангиопатия сосудов н/к	20	57
Диабетическая полинейропатия	29	83
Диабетическая нефропатия на стадии микроальбуминурии	5	14

Таблица 2

Суточные дозы багомета-850 исходно и к моменту окончания исследования

Дозировка багомет-850	Исходно		Через 12 недель	
	Кол-во больных	%	Кол-во больных	%
1 таб. 1 раз в день вечером (850 мг)	23	66	5	14
1 таб. 2 раза в день (1700 мг)	10	29	20	57
1 таб. 3 раза в день (2550 мг)	1	3	8	23
1 таб. 4 раза в день (3400 мг)	1	3	2	6

Таблица 3

Динамика мониторируемых показателей в процессе лечения препаратом багомет-850

Показатель	Исходно	В конце исследования	P
ИМТ	34,92±0,81	33,69±0,81	P>0,05
HbA1c	8,52±0,32	7,43±0,23	P<0,01
Глюкоза крови натощак	8,7±0,46	6,12±0,18	P<0,01
Холестерин	5,94±0,15	5,37±0,15	P<0,02
Триглицериды	1,79±0,13	1,55±0,10	P<0,05
Систолическое АД	147,71±3,22	134,57±4,99	P<0,01
Диастолическое АД	90,29±1,62	82,63±1,13	P<0,01

Использование полупроводниковых лазерных аппаратов для деструкции атером

Соколов Г.Н., к.м.н.; Кузнецов А.В., к.м.н.; ГМУ им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Атерома (atheroma, эпидермоидная киста, сальная киста, фолликулярная киста, трихолеммальная киста) – опухолевидное кистозное новообразование. Эта опухоль не представляет угрозы для жизни и не требует обязательного удаления. Однако со временем, продолжая увеличиваться в размерах, кистозное новообразование становится неприятной проблемой для многих пациентов, особенно в эстетически значимых зонах. Традиционно избавляются от эпидермоидных кист хирургическим иссечением. Между тем в некоторых частных случаях их деструкция с помощью современных полупроводниковых лазерных аппаратов может являться методом выбора, обеспечивая приемлемый для пациента эстетический результат и надежно предотвращая рецидивы ввиду полного удаления капсулы новообразования.

Выделяют истинную и ложную атеромы. Истинная атерома формируется из эмбрионально отшнуровавшихся эпидермальных клеток, может быть одиночной (30%) или множественной (70%) и является наследственно обусловленной (тип наследования – нерегулярно доминантный). Истинные атеромы чаще развиваются на волосистой части головы (90%) и мошонке. Ложная атерома появляется в результате нарушения оттока секрета сальной железы и развивается на себорейных местах после полового созревания на фоне себореи и кератинизации, обычно на лице.

Лазеродеструкция атеромы. Основным условием успешного удаления атеромы является полное уничтожение ее капсулы. В противном случае даже не связанные с другими структурными элементами кожи остатки стенки кисты могут продолжать свой рост и продукцию роговых масс и холестерина, что приведет к рецидивированию атеромы (рис. 1).

Повторное удаление при этом затруднено сформировавшимися рубчиками; тяжи соединительной ткани, перемежаясь с остатками капсулы, способствуют формированию в дерме смешанного конгломерата из растущих частей кисты и рубца. Подобные образования имеют эстетически неприемлемый внешний вид, который совершенно не удовлетворяет пациента. При повторном удалении врач вынужден расширять зону вмешательства, что приводит к формированию более выраженного косметического дефекта.



Рис. 1. Рецидив атеромы после неполного удаления капсулы хирургическим способом

Следует отметить, что капсула атеромы имеет связи со структурами как дермы, так и эпидермиса, что заставляет удалять часть эпидермиса с волосным фолликулом, к которому прилегает капсула. В связи с этим нетрансэпидермальный подход к удалению атеромы (например, со стороны слизистой оболочки при атероме щеки) нецелесообразен.

При принятии решения о проведении процедуры следует оценить целесообразность и техническую возможность удаления новообразования с помощью лазера. Целесообразна лазеродеструкция атером давностью от одного года до двух лет, без выраженного фиброза и/или кальцифицирования, не более 3 см в диаметре, располагающихся на эстетически значимых для пациента местах.

Перед удалением атеромы необходимо провести тщательную оценку ее объема и локализации, а при необходимости сделать пометки на поверхности кожи, так как после местной анестезии очертания атеромы будут скрадываться введенным анестетиком.

Последовательность лазеродеструкции

- Проведение местной анестезии.
- Удаление участка эпидермиса с прилегающим устьем выводного протока кисты и создание отверстия от 2-3 до 5-6 мм в диаметре, в зависимости от размеров атеромы.
- Удаление содержимого капсулы через созданное отверстие.
- Удаление непосредственно капсулы.
- Термическая обработка образовавшейся по-



Рис. 2. Вскрытие ложной атеромы в месте выводного протока



Рис. 3. Извлечение содержимого кисты



Рис. 4. Удаление капсулы атеромы



Рис. 5. Обработка лазером полости, сформировавшейся после удаления атеромы



Рис. 6. Удаление карбонизированного налета со стенок полости



Рис. 7. Использование антибактериального препарата в форме присыпки для ухода за раневой поверхностью

лости для удаления возможных остаточных частей капсулы.

● **Послеоперационный уход.**

Особенности процедуры. При проведении местной анестезии следует после обкалывания атеромы по периферии ввести небольшой объем анестетика внутрь. Киста становится напряженной, и нередко при наличии изначально даже незаметного выводного протока на поверхности кожи появляется ее содержимое. Иногда дополнительное давление приводит к вскрытию кисты и содержимое отходит под значительным напором. Если вскрытия не произошло, то наиболее близко примыкающая к эпидермису часть атеромы проявляется белесоватым пятном, что указывает место формирования прободного отверстия. При технически правильно проведенной местной анестезии 2% раствором лидокаина повторного введения анестетика во время процедуры, как правило, не требуется.

Наличие выводного протока или вскрытие кисты во время анестезии значительно облегчает локализацию места формирования отверстия.

Диаметр его зависит от размеров атеромы, ее расположения и площади участка прилегания капсулы к эпидермису. Не рекомендуется делать прободное отверстие менее 2–3 мм, так как при этом не удаляется полностью участок эпидермиса с прилегающей верхушкой кисты и затруднено тщательное удаление капсулы (рис. 2).

Удаление содержимого капсулы через созданное отверстие следует производить дав-

лением на периферические области атеромы. Этот процесс, как правило, занимает несколько минут, а объем извлеченного материала оказывается неожиданно большим. От того, как тщательно будет удалено содержимое, зависит легкость будет удалена самая капсула – в виде тяжа через отверстие (рис. 3). При этом лазером следует аккуратно обработать места ее соединения с дермальными структурами. В случае отрыва части капсулы полость обрабатывается спиртосодержащим раствором. После обработки обрывки капсулы в полости имеют вид белесоватых пленочек. Для их удаления возможно использование тонкого хирургического пинцета. Атерома не имеет собственных крупных подводящих кровеносных сосудов и процедура, как правило, не сопровождается кровотечением (рис. 4).



Рис. 8. Место вмешательства через 2 месяца после лазеродеструкции

После извлечения оболочки производится обработка лазером образовавшейся полости для испарения возможно оставшихся обрывков капсулы. Для этого световод вводится в полость. Обработок может быть несколько. Между обработками полость прочищается ватным тампоном, смоченным спиртосодержащим раствором, для удаления карбонизированного налета со стенок полости. После обработки производится визуальный контроль чистоты полости. На ватном тампоне должны оставаться незначительные кровянистые выделения (рис. 5, 6).

Для послеоперационного ухода используют присыпки, содержащие антибактериальные препараты. Непосредственно после процедуры в полость закладывают небольшое их количество. Пациенту рекомендуют поверхностно наносить присыпку несколько раз в день. В первые 3-4 дня перед нанесением присыпки пациенту советуют промакивать место деструкции для предупреждения формирования выраженной корки в устье отверстия и свободного отхожде-

ния жидкости (рис. 7, 8).

Выводы. Процедура лазеродеструкции проводится под местной анестезией и занимает 10-30 минут. Операция протекает практически без кровотечения благодаря особенностям кровоснабжения новообразования и хорошим коагуляционным свойствам лазерного луча.

Лазеродеструкция позволяет качественно удалить участок эпидермиса с прилегающим устьем выводного протока кисты, содержащее атеромы и ее капсулу, после чего дополнительно подвергнуть термической обработке места интеграции капсулы в структуре дермы. Выполнение этих условий значительно снижает вероятность рецидивов.

Уход за раной не требует участия специалиста и выполняется самим пациентом. При этом место лазеродеструкции выглядит достаточно эстетично. Косметический дефект, как правило, заключается в округлом атрофическом рубчике диаметром 2-4 мм, его малозаметность удовлетворяет пациента.

Применение транспальпебрального склерального индикатора ИГД-02 diathera при диспансеризации населения

Страхова О.В., зав. офтальмологическим поликлиническим отделением, МУЗ «Городская больница № 3», г. Пенза

С февраля 2006 г. в МУЗ «Городская больница №3» ведется большая работа по дополнительной диспансеризации населения в рамках национального проекта «Здоровье». Диспансерные осмотры, проводимые в офтальмологическом поликлиническом отделении больницы, в состав которого входят 4 врача и 4 медсестры, позволяют выявить целый ряд офтальмопатологий, в том числе скрытые и ранние проявления глаукомы. По имеющейся статистике, в России насчитывается более 750 тыс. больных глаукомой, свыше 15% от общего количества слепых потеряли зрение от глаукомы, что указывает на значимость этой проблемы на сегодняшний день. От диагностики глаукомы на ранней стадии во многом зависит результативность дальнейшего лечения, сохранение зрения и работоспособности пациента.

Одним из главных симптомов глаукомы является повышение внутриглазного давления (ВГД), поэтому эффективности и качеству проведения тонометрии глаза в поликлиническом отделении больницы уделяется особое внимание. Мы следим за всеми новшествами, которые предлагаются в этой области, и, когда на российском рынке появился новый отечественный офтальмотонометр – индикатор

внутриглазного давления ИГД-02 «ПРА» (ФГУП ГРПЗ, г. Рязань), мы решили опробовать его в клинической практике на офтальмологическом приеме. По нашей оценке, индикатор отвечает всем требованиям, которые предъявляются к приборам, предназначенным для массовых профилактических осмотров населения. Простота и удобство в эксплуатации, высокая пропускная способность, обеспечивающие значительную экономию времени медицинского персонала, сочетаются с безопасностью и комфортностью для пациента.

В индикаторе ИГД-02 «ПРА» реализован нестандартный метод офтальмотонометрии – транспальпебральная склеральная тонометрия (измерение ВГД через веко в области склеры). Отсутствие прямого контакта со слизистой оболочкой глаза устраняет необходимость стерилизации и использования расходных материалов, при этом полностью исключая угрозу инфицирования пациента.

Немаловажный момент для медицинского персонала, работающего с ИГД-02 «ПРА»: на дисплее прибора высвечивается цифровое значение ВГД, соответствующее тонометрии по Маклакову при нагрузке 10 г.

(Продолжение статьи на стр. 37)



ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ



**Портативный
диодный лазерный
аппарат АЛОД-01**

810, 970, 1064 нм
9, 12, 15, 30 Вт

- Удаление новообразований кожи:
- фибромы, невусы
- папилломы, остроконечные кондиломы
- вульгарные бородавки
- контактный моллюск
- ксантелазмы
- атеромы, гематомы
- Коагуляция телеангиоэктазии
- Деструкция искусственных пятен



**Эффективен!
Надежен!
Популярен!**

196128 Санкт-Петербург ул. Кузнецовская д.11 оф.32Н
Тел/факс: (812) 3682167, 3682169, <http://www.laserstar.ru>, info@laserstar.ru

реклама



**Измерение внутриглазного давления
через веко:**

- без контакта с роговицей глаза
- без риска инфицирования
- без анестезии
- без стерилизации



Приглашаем к сотрудничеству дилеров на территории ЮФО

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
РЯЗАНСКИЙ
ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД**



390000, Россия,
г. Рязань, ул. Семинарская, 32
тел.: (4912) 29-84-53
(многоканальный)

факс: (4912) 29-85-16
e-mail: info@grpz.ru

www.grpz.ru

реклама



Установки УЗО рабочим объемом 1, 3, 5 и 10 литров.

ТУ 9451-001-12197812-2002

Установки УЗО предназначены для предстерилизационной очистки в моющем или моюще-дезинфицирующем растворе ультразвуковым воздействием медицинских инструментов, изделий медицинского назначения от белковых и других загрязнений (кровь и ее компоненты, белки, жиры, масла, пыль и мелкие частицы и т.д.)

Технические характеристики:

- Диапазон устанавливаемых временных интервалов обработки от 1 до 20 минут;
- Параметры электропитания: 220В; 50 Гц; потребляемая мощность 200ВА.

- Средний срок службы не менее 5 лет.

Применение УЗО снижает риск распространения ВБИ, охраняет труд и здоровье российских медицинских работников.

Специализированные одноразовые пластиковые емкости для исследуемых биологических материалов

БМ 100-01 «ЕЛАТ»

ТУ 9464-006-24320270-2002

Для сбора и транспортировки биологических материалов на гистологические исследования, для расфасовки мазей, для утилизации ватных шариков и т.д. Вместимость – 100мл. Герметичная крышка исключает вытекание и испарение биологических материалов.



Контейнер для переноса баночек для анализов КПБ-01

«Контейнер для переноса баночек КПБ-01» предназначен для размещения и переноса баночек БМ100-01 Елат, для сбора материалов на анализ, а также транспортировки их до биохимических лабораторий. Максимальное количество переносимых одновременно баночек – 44 шт.

Стеллаж передвижной для размещения дезинфекционного оборудования СП 3-01-«ЕЛАТ»

ТУ9451-009-24320270-2002

Назначение: Стеллаж передвижной идеально подходит для размещения дезинфекционного оборудования: емкость-контейнеров ЕДПО и ультразвуковых моек УЗО; может быть использован в качестве манипуляционного столика, а также для размещения, транспортировки различного медицинского оборудования и др. целей в ЛПУ. Стеллаж изготовлен из пластика и не накапливает статического электричества.

По желанию покупателей, количество столешниц может быть увеличено до шести штук. Масса – не более 10 кг, нагрузка –15 кг на одну полку, размеры – 860х650х430(мм).



Шкаф медицинский лабораторный ШМЛ-01 «ЕЛАТ»

Предназначен для хранения изделий медицинского назначения.

Изготовлен на основе алюминиевого профиля, заполненного ударопрочным, влагоустойчивым полимером. Двери выполняются в различных вариантах прозрачности стекла.

Вес 35 кг; размеры: 650х430х1650 мм; нагрузка на одну полку до 6 кг.

Завод также предлагает широкий выбор специализированной медицинской мебели из пластика и других материалов, устойчивых к влажности и дезердствам.



реклама

ЕЛАТОМСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД - торговая марка "ЕЛАМЕД"

Все для здоровья. Здоровье для Вас.

391351 Россия, Рязанская область, г. Елатьма, ул. Янина, 25

тел. (49131) 91-4-50, (4912) 20-75-71

admin@elamed.com; www.elamed.com

Система качества предприятия соответствует ISO 9001:2000

Перечисленные преимущества транспальпебрального индикатора ИГД-02 «ПРА» перед роговичными тонометрами определили его место в офтальмологической практике – проведение скрининговых осмотров.

В 2006 г. завод-изготовитель предложил на рынке модернизированный вариант индикатора ИГД-02 «ПРА» под торговой маркой diathera. Учитывая постоянно растущий объем диспансерных осмотров, мы приобрели новую модель прибора, в которой введен ряд доработок, направленных на упрощение процедуры измерения и повышение точности тонометрии за счет исключения фактора субъективности. В старой модели отсутствовала функция контроля за правильностью установки прибора в момент измерения ВГД, что иногда приводило к ошибочным результатам. Медицинскому персоналу было сложно объективно оценить вертикальность установки корпуса индикатора, что чрезвычайно важно для получения точного результата. В но-

вой модели ИГД-02 diathera со встроенным звуковым датчиком вертикальности эта проблема успешно решена.

Освоение новой модели началось с детального изучения инструкции и просмотра обучающего фильма, прилагающегося к прибору и существенно облегчающего процесс обучения старшего и среднего медперсонала. После приобретения необходимых практических навыков индикатор ИГД-02 diathera со звуковым датчиком вертикальности стал использоваться на офтальмологическом приеме при проведении дополнительной диспансеризации населения и плановых медицинских осмотров наряду со старой моделью ИГД-02.

В течение 2006 г. двумя моделями транспальпебрального склерального индикатора ИГД-02 и ИГД-02 diathera были обследованы на глаукому в общей сложности 3588 человек в возрасте 40-55 лет (45% – мужчины, 55% – женщины). Результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1

Результат обследования	I гр. (ИГД-02 старая модель)	II гр. (ИГД-02 diathera)
Всего тонометрий	1812	1776
Выявлено повышение ВГД (26–33 мм рт.ст.)	25	24
Подтвержден диагноз «глаукома» (впервые выявлен)	10	12
Подозрение на глаукому	8	9
Ошибки в измерении ВГД (диагноз не подтвержден)	7	3

Всем пациентам с выявленной офтальмогипертензией проведены дополнительные исследования (тонометрия по Маклакову, гониоскопия, периметрия, тонография). При необходимости для уточнения диагноза пациенты направлялись на обследование в офтальмогоспитал.

В **I группе** (измерение ИГД-02 старой модели) диагноз «глаукома» подтвержден у 10 больных, что составило 40% от всех выявленных больных с повышенным ВГД. У 8 больных (32%) был выставлен диагноз «подозрение на глаукому», и они остались на динамическом наблюдении у врача-офтальмолога в группе риска. У 7 пациентов (28%) офтальмогипертензия не подтвердилась при повторном обследовании, что может быть следствием ошибок персонала при проведении первичной тонометрии.

Во **II группе** (измерение новым индикатором ИГД-02 diathera) диагноз «глаукома» был подтвержден при углубленном обследовании у 12 пациентов (50%); 9 пациентов (37,5%) остались под «Д» наблюдением офтальмолога с диагнозом «подозрение на глаукому»; у 3 больных (12,5%) повышение ВГД при повторном обследовании не подтвердилось. Процент

ошибочных измерений значительно уменьшился, что связано с наличием в ИГД-02 diathera дополнительной функции контроля за правильностью установки прибора (звуковой датчик вертикальности).

Анализ полученных данных позволяет сделать следующие выводы.

- Транспальпебральные склеральные индикаторы ИГД-02 и ИГД-02 diathera просты и удобны в эксплуатации, комфортны для пациента, не требуют дополнительной подготовки (применения анестезии), отличаются высокой производительностью. Их применение позволяет значительно расширить рамки скрининговой программы первичного диспансерного обследования населения, увеличить процент выявляемости глаукомы на ранней стадии за счет массовости осмотров.
- Вновь выявленные больные (22 чел.), которым был впервые поставлен диагноз «глаукома», – это больные с I-II ст. заболевания. Учитывая, что средний возраст больных 40-55 лет, сохранение зрительных функций при своевременно проведенном лечении позволяет сохранить им трудоспособность. Под динамическим наблюдением офтальмолога

находится «группа риска» (лица с подозрением на глаукому – 17 человек), которым 1 раз в 6 месяцев проводится углубленное обследование для уточнения диагноза.

- Встроенный звуковой датчик вертикального положения выгодно отличает ИГД-02 diathera от старой модели прибора. Это усовершенствование снижает ошибочные результаты при тонометрии в 2,2 раза. Довольно редкие случаи неправильных результатов, как правило, были связаны с недостаточными навыками персонала либо с несоблюдением методики действий и исправлялись повторным исследованием.
- Повысилась уверенность врачей в достоверности тонометрии, так как звуковой датчик

позволяет контролировать действия среднего персонала.

- При проведении занятий с медперсоналом (в том числе с врачами и медсестрами семейной практики) обучение с ИГД-02 diathera проходит быстрее и качественнее, так как наличие звукового датчика позволяет осуществлять постоянный контроль со стороны преподавателя и самоконтроль со стороны обучаемого.

Таким образом, повсеместное внедрение трансальпебральной склеральной тонометрии (ИГД-02 diathera) в офтальмологическую практику – это еще один шаг на пути к решению проблемы снижения слепоты и инвалидности от глаукомы.

Организационные технологии для повышения качества оказания медицинской помощи при применении антибактериальной терапии в комплексном лечении нозокомиальных пневмоний в военно-лечебном учреждении

Беня Ф.М., к.м.н.; Костюченко А.И., к.м.н.; Серговец А.А., к.м.н.;
1602 ОБКГ СКВО, г. Ростов-на-Дону

Нозокомиальная (госпитальная, внутрибольничная) пневмония (НП) занимает 2-е место среди всех нозокомиальных инфекций (13-18%) и является самой частой инфекцией (>45%) в отделениях реанимации и интенсивной терапии [4]. Согласно большинству исследований частота НП составляет 0,5-1% от общего числа госпитализированных пациентов и 15-25% – от находящихся в ОРИТ [2].

Согласно современным представлениям НП – это заболевание, характеризующееся появлением на рентгенограмме «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких спустя 48 ч. и более после госпитализации в сочетании с клиническими данными, подтверждающими их инфекционную природу (новая волна лихорадки, гнойная мокрота или гнойное отделяемое трахеобронхиального дерева, лейкоцитоз и пр.), при исключении инфекций, которые находились в инкубационном периоде на момент поступления больного в стационар [1].

В последние годы зарубежные специалисты предлагают рассматривать в данном разделе инфекционной патологии более широкое понятие – «пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи» (healthcare-associated pneumonia). Категория пациентов с данной нозологической формой включает в себя пациентов с НП, вентилятор-ассоциированными пневмониями (ВАП), пациентов с госпитализацией на период более двух суток за предшествующие

90 дней, а также пациентов, находящихся в домах сестринского ухода и отделениях длительного наблюдения [1, 2, 3]. Однако в нашем исследовании мы рассматривали особенности диагностики и терапии двух наиболее важных, четко определенных и хорошо изученных состояний – НП и ВАП.

За 2007 г. в нашем лечебном учреждении было верифицировано 20 НП, 18 – у пациентов, находящихся в ЦАРИТ, а также у двух пациентов в отделениях общего профиля. К сожалению, у трех больных был констатирован летальный исход. Оценивая уровень летальности в 1602 ОБКГ, следует отметить, что среди всех нозокомиальных инфекций НП характеризуется наибольшей летальностью, которая может достигать, по данным различных источников, 30-70%. Впрочем, столь высокие показатели летальности могут вводить в заблуждение, поскольку у большого числа пациентов с НП имеются тяжелые сопутствующие заболевания, и пневмония не является непосредственной причиной смерти. Так и в нашем случае, определить так называемую атрибутивную летальность, то есть непосредственно связанную с НП, не представлялось возможным.

В своей работе мы использовали классификацию НП, предложенную Российским респираторным обществом, в основе которой лежат сроки развития НП, тяжесть течения, наличие или отсутствие факторов риска полирезистен-

тных возбудителей (ПРВ). В соответствии с ней выделяют 2 вида НП.

- Ранняя НП, возникающая в течение первых 5-ти дней с момента госпитализации. Для нее характерны возбудители, чаще чувствительные к традиционно используемым АМП. Имеет более благоприятный прогноз.
- Поздняя НП, развивающаяся не ранее 6-го дня госпитализации, характеризуется более высоким риском наличия ПРВ и менее благоприятным прогнозом.

Однако пациенты с ранней НП также могут иметь высокий риск выделения ПРВ при наличии следующих факторов риска:

- антибиотикотерапия (АБТ) в предшествующие 90 дней;
- высокая распространенность антимикробной резистентности у основных возбудителей во внебольничных условиях или в конкретных отделениях стационаров;
- госпитализация в течение более двух дней в предшествующие 90 дней;
- пребывание в домах длительного ухода (домах престарелых, инвалидов и др.);
- проведение инфузионной терапии на дому;
- хронический диализ в течение предшествующих 30 дней;
- лечение ран в домашних условиях;
- наличие члена семьи с заболеванием, вызванным ПРВ;
- наличие иммунодефицитного состояния и/или иммуносупрессивная терапия.

Таким пациентам необходимо назначать эмпирическую АБТ, как при поздней НП.

В своей работе мы исходили из того положения, что ключевым моментом, во многом определяющим исход лечения пациента с НП, является незамедлительное назначение эффективной эмпирической АБТ. Результаты многочисленных клинических исследований достоверно свидетельствуют, что при неадекватном выборе стартового режима АБТ его изменения в процессе лечения уже не могут благоприятно повлиять на показатели летальности у пациентов с НП [1].

При верификации диагноза НП нами безотлагательно назначалась АБТ согласно разработанным нами стандартам (на основе практических рекомендаций по лечению НП). Все назначаемые нами препараты вводились внутривенно в течение всего курса. Исключения составили лишь аминогликозиды (амикацин), которые вводились нами внутримышечно, так как при однократном введении правильно рассчитанной суточной дозы аминогликозидов (с учетом должной массы тела пациента и функции почек) повышается не только их эффективность, но и безопасность. В отличие от методики лечения внебольничных пневмоний, метод «ступенчатой терапии» для лечения НП нами не применялся. Мы использовали следующие схемы антибактериальной терапии (табл. 1).

Таблица 1

I. Пневмонии нетяжелого течения	
Характеристика пациентов	Возбудители
Больные в отделениях общего профиля	S. pneumoniae (PS), H. Influenzae, S. aureus (MS), Enterobacteriaceae
Без факторов риска	
Без предшествующей антибиотикотерапии	
Ранние ВАП	
Рекомендуемые препараты	
Основные средства	Амоксициллин/клавулант ± аминогликозиды
Альтернативные	ЦС-3 (цефобид)
Резерв	ЦС-4 (цефепим), респираторные фторхинолоны
II. Пневмонии тяжелого течения	
Характеристика пациентов	Возбудители
Наличие факторов риска	S. pneumoniae (PR), S. aureus (MR), Enterobacteriaceae, Acinetobacter spp., Pseudomonas spp.
Предшествующая антибиотикотерапия	
Поздние ВАП	
Рекомендуемые препараты	
Основные средства	Цефепим
Альтернативные	Цефобид, сульперазон
Резерв	Зивокс, ванкомицин, имепенем, меропенем, фторхинолоны (респираторные, ципрофлоксацин)
III. Аспирационные и абсцедирующие пневмонии	
Возбудители – S. aureus, K. pneumoniae, анаэробы	
Рекомендуемые препараты	
Основные средства	Линкомицин ± аминогликозид, амоксициллин/клавулант
Альтернативные	ЦС-3 (цефобид) + линкомицин или метронидазол
Резерв	Цефепим + метронидазол, имепенем, меропенем

Эмпирическая АБТ назначалась с учетом сроков развития НП, тяжести течения, наличия или отсутствия факторов риска ПРВ.

Традиционно рекомендуемая длительность терапии НП составляет 14-21 день. В то же время, нами были проанализированы исследования, в которых показано, что при ВАП значительное клиническое улучшение наблюдалось в течение первых 6-ти дней терапии, а увеличение ее длительности до 14-ти дней приводило к колонизации *P. aeruginosa* микроорганизмами семейства *Enterobacteriaceae* [1]. Возможность сокращения продолжительности терапии НП подтверждается и результатами многоцентрового рандомизированного контролируемого исследования, представляющими, что назначение адекватной эмпирической терапии в течение 8-ми и 15-ти дней у пациентов с ВАП приводило к одинаковой эффективности лечения [5].

Таким образом, мы пришли к выводу о возможности применения антибактериальной терапии в течение 8-ми суток при условии положительной динамики таких показателей, как лихорадка, количество и характер мокроты, лейкоцитоз или лейкопения, оксигенация крови, рентгенологическая картина, данные оценки состояния других органов и систем.

Клиническое улучшение обычно отмечалось через 48-72 ч. после начала терапии, поэтому стартовую терапию НП в течение этого периода времени мы не меняли. Исключение составил случай прогрессирующего ухудшения состояния одного пациента и получение результатов микробиологического исследования (MRSA), потребовавшего изменения АБТ (сульперазон был заменен зивоксом). Для оценки динамики состояния пациента с НП мы также использовали шкалу CPIS.

В результате у всех 17-ти пациентов наступило клиничко-рентгенологическое разрешение НП с 10-го по 14-й день верификации диагноза. После стабилизации состояния по основному заболеванию больные были выписаны из госпиталя.

Следует отметить, что рентгенография органов грудной клетки имеет ограниченную ценность при оценке динамики тяжелой НП, так как у пожилых пациентов и лиц с сопутствующими заболеваниями рентгенологическое разрешение значительно отстает от клинического улучшения. Исключение составляют неблагоприятные рентгенологические признаки (поражение новых долей легкого, увеличение размера инфильтрата >50% в течение ближайших 48 ч., появление очагов деструкции, появление большого плеврального выпота). Данный факт говорит о необходимости замены антибиотика и/или эскалации АБТ [1].

Таким образом, на основании имеющегося у нас опыта и опираясь на передовые данные литературы, мы рекомендуем следующие организационные технологии для повышения качества оказания медицинской помощи при лечении нозокомиальных пневмоний в военном-лечебном учреждении:

- при диагностике заболевания использовать классификацию нозокомиальных пневмоний, предложенную Российским респираторным обществом, в основе которой лежат сроки развития нозокомиальных пневмоний, тяжесть течения, наличие или отсутствие факторов риска полирезистентных возбудителей;
- незамедлительно назначать эффективную эмпирическую антибиотикотерапию;
- выбор антибактериальной терапии осуществлять согласно разработанным нами стандартам на основе практических рекомендаций по лечению нозокомиальных пневмоний (см. таблицу 1);
- все назначенные препараты вводить внутривенно (за исключением аминогликозидов (амикацин));
- при условии положительной динамики таких показателей, как лихорадка, количество и характер мокроты, лейкоцитоз или лейкопения, оксигенация крови, рентгенологическая картина, оценки состояния других органов и систем возможно применение антибактериальной терапии в течение 8-ми суток.

Литература

1. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Нозокомиальная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. – М, 2005.
2. Hospital-acquired Pneumonia Guideline Committee of the American Thoracic Society & Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia// *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2005. – 171. – P. 388-416.
3. Craven D.E., Palladino R., McQuillen D.P. Healthcare-associated pneumonia in adults: management principles to improve outcomes// *Infect. Dis. Clin. North Am.* – 2004. – 18. – P. 939-62.
4. Kollef M.H. Prevention of hospital-associated pneumonia and ventilator-associated pneumonia// *Crit. Care Med.* – 2004. – 32. – P. 1396-405.
5. Chastre J., Wolff M., Fagon J.-Y., et al. Comparison of 8 vs 15 days of antibiotic therapy for ventilator-associated pneumonia in adults. A randomized trial// *JAMA* – 2003. – 290. – P. 2588-98.


ТУМБОТИНО

ОТКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО



«МЕДИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ ЗАВОД им. М. ГОРЬКОГО»

ОАО «Медико-инструментальный завод им. М. Горького» работает более 120 лет, является одним из ведущих отечественных производителей и поставщиков медицинского инструмента, специальных медицинских наборов в Россию, страны СНГ и всего мира.

Наш завод производит инструментарий для различных областей медицины: общей и сердечно-сосудистой хирургии, офтальмологии, нейрохирургии, оториноларингологии, урологии, акушерства и гинекологии, стоматологии и т.д.

По данным направлениям медицины мы поставляем свыше 1000 наименований инструмента, изготовленного из высоколегированной нержавеющей стали, титановых сплавов с антибликовой поверхностью (конхотомы, выкусыватели и прочий эндоскопический инструментарий, ножницы, зажимы, иглодержатели, скальпели, корнцанги, щипцы, расширители, зеркала гинекологические, зонды, крючки, шпатели, пинцеты, диссекторы и т.д.). Кроме того,

предприятие комплектует свыше 50 типов наборов медицинских инструментов для врачей различных специальностей.

Качество инструментов подтверждено российскими сертификатами, система менеджмента качества завода сертифицирована по стандарту ИСО 1900-2001 европейским сертификационным органом TUV CERT на соответствие требованиям стандарта DIN EN ISO 9001, европейским сертификатом качества CE, а также американским сертификатом FDA.

Завод имени М. Горького зарекомендовал себя надежным партнером, обеспечивая высокое качество медицинского инструмента и его долговечность. Ценовая политика предприятия ориентирована на финансовые возможности ЛПУ и доступна для всех больниц и клиник.

ОАО «МИЗ им. М. Горького» выражает свою готовность к сотрудничеству с фирмами, больницами, клиниками и другими заинтересованными лицами.

Всю интересующую Вас информацию мы готовы предоставить по контактным телефонам: (83171) 6-81-18, 6-83-27, 6-83-28, т/ф (83171) 6-88-91, 6-86-53
Наш официальный сайт в Internet: www.tumbotino.ru, e-mail: mk@miz.nnov.ru
606131, Нижегородская область, Павловский район, пос. Тумботино, ул. Пушкина, 1

реклама

«Новые инфекции»: пандемии не избежать?

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

Начало 21 века ознаменовалось появлением угрозы глобального распространения ряда инфекций, вызываемых РНК-содержащими вирусами. Среди них так называемые атипичная пневмония, птичий грипп и энтеровирусная инфекция. Все они взяты под контроль ВОЗ.

Проблемы человечества не исчерпываются только этими инфекциями. Ежегодно малярией заболевает около 400 млн человек, не менее 1 млн из них умирает. Также десятками и сотнями миллионов заболевших отмечены другие тропические инвазии: лейшманиозы, филяриозы, анкилостомидозы, амебиаз. Не исчезла угроза эпидемического распространения чумы и холеры, вирусных контагиозных лихорадок, туберкулеза, ВИЧ и др.

Однако три упомянутых ранее инфекции можно условно отнести к «новым», так как их изучение сопровождалось открытием вирусных агентов или выявлением неизвестных свойств возбудителя и, что немаловажно, чрезвычайно широким общественным резонансом.

● **Атипичная пневмония** или тяжелый острый респираторный синдром (от англ. Severe Acute Respiratory Syndrome – SARS). Первые случаи были отмечены в ноябре 2002 г. в Южном Китае, к 2003 г. достигли Гонконга. Распространение заболевания встревожило мировое сообщество ввиду высокой летальности, отсутствия надежных диагностических тестов, адекватной терапии и профилактики. В марте 2003 г. ВОЗ была объявлена «глобальная тревога». В результате проведенных мероприятий эпидемию удалось ликвидировать. В настоящее время случаи SARS зарегистрированы в 25 странах мира, преимущественно Юго-Восточной Азии. Только в Китае отмечено 87% от общей заболеваемости этой инфекцией. В России случаи SARS официально не регистрировались.

Для расшифровки этиологии SARS были привлечены 13 лабораторий из 10 стран мира. В результате тесного сотрудничества эта задача была выполнена удивительно быстро. Уже в апреле 2003 г. ВОЗ было объявлено, что этио-

логическим агентом атипичной пневмонии является вирус SARS, относящийся к семейству коронавирусов, но не родственник ни одному из известных штаммов этого вируса (официальный сайт ВОЗ). Род коронавирусы объединяет большие, оболочечные, позитивные РНК-содержащие вирусы, которые вызывают широко распространенные заболевания человека и животных. При доказательстве этиологической роли коронавируса как возбудителя атипичной пневмонии все исследования проводились с учетом постулатов Коха:

- возбудитель должен обнаруживаться у всех больных с данным заболеванием;
- он должен быть выделен из хозяина и культивирован в чистой культуре;
- выделенная таким образом культура должна воспроизводить болезнь у других организмов с подъемом уровня специфических антител после заражения.

По мнению специалистов, клиническая картина SARS выглядит следующим образом.

Большинство зарегистрированных больных атипичной пневмонией – люди в возрасте 25-70 лет. Несколько случаев заболевания отмечено у детей до 15 лет. Инкубационный период обычно составляет 2-7 дней, в отдельных случаях может достигать 10 дней. Клинические признаки в начале заболевания неспецифические. Начало болезни в подавляющем большинстве случаев характеризуется высокой температурой, сопровождающейся ознобом, миалгией, головными болями и сухим кашлем. Сыпь, неврологические или желудочно-кишечные признаки обычно отсутствуют, однако в некоторых случаях отмечалась диарея в начальном периоде во время лихорадочного состояния. Через 3-7 дней наступает стадия, связанная с поражением нижних дыхательных путей и появлением характерного сухого кашля, одышки, которая может сопровождаться прогрессирующей гипоксемией. На этой стадии больные разделяются на две группы. У первой группы (80-90% заболевших) в течение последующих 6-7 дней наблюдается улучшение состояния и симптоматики. У второй группы проявляется более тяжелая форма атипичной пневмонии, может развиться острый респираторный дистресс-синдром и потребоваться искусственная вентиляция легких. Смертность во второй группе высока и может быть связана с наличием у больных, кроме SARS, других заболеваний. Характерные изменения на рентгеновских снимках легких могут отмечаться уже через 3-4 дня после появления первых симптомов заболевания, но в некоторых случаях рентгеновские снимки могут оставаться нормальными в течение первой недели и даже всего заболевания.

При прогрессировании болезни рентгенологические исследования показывают у боль-

шинства больных двусторонние изменения в виде внутритканевых инфильтратов (жидкость накапливается между клетками в легких), которые развиваются в более генерализованные образования. Эти инфильтраты дают на рентгеновских снимках специфическую картину легких, испещренных пятнами. Лабораторные тесты часто показывают лимфопению, среднюю тромбоцитопению и повышенный уровень печеночных ферментов.

В связи с отсутствием диагностических тест-систем и сложностью дифференцированной диагностики атипичной пневмонии в начале заболевания, в CDC (Центр по контролю заболеваемости, США) были разработаны критерии для выявления подозрительных и предполагаемых случаев (официальный сайт CDC).

К «подозрительным случаям» следует относить респираторные заболевания неизвестной этиологии и соответствующие следующим критериям:

- повышение температуры выше 38° С;
- наличие одного или более клинических признаков респираторного заболевания (кашель, учащенное или затрудненное дыхание, гипоксия);
- путешествие в течение 10 дней в пораженные SARS районы мира или общение с больными, подозрительными по данной болезни.

При выявлении «предполагаемых» случаев следует учитывать такие критерии, как:

- подтверждение пневмонии на рентгеновских снимках или респираторный дистресс-синдром;
- данные аутопсии, соответствующие респираторному дистресс-синдрому без идентифицируемых причин.

В настоящее время пока нет эффективных методов борьбы с атипичной пневмонией. Этиологической терапии не существует, как и для подавляющего большинства вирусных заболеваний. В материалах ВОЗ и CDC рекомендуется с первых дней заболевания включение в схемы лечения нескольких антибиотиков для предотвращения угрозы развития бактериальной инфекции. В практике предпочтение отдавалось антибиотикам широкого спектра действия – β-лактамам, фторхинолонам, цефалоспорином, тетрациклином. Имеются пока неубедительные сообщения о применении интерферонов, некоторых противовирусных препаратов, плазмы переболевших и др. Таким образом, на настоящий момент терапия SARS является главным образом патогенетической и симптоматической.

Имеющаяся на сегодняшний день информация о динамике развития эпидемии вселяет определенную надежду на то, что борьба с SARS-инфекцией будет успешной. Ключевыми моментами здесь стали достаточно быстрая

идентификация возбудителя вновь возникшего заболевания и принятие жестких противоэпидемических мер в странах-очагах. Главными задачами теперь являются использование полученных знаний для лучшего понимания самой инфекции, вызывающей SARS, для совершенствования диагностических тестов и для скорейшей разработки методов специфического лечения и профилактики этого заболевания.

● **Птичий грипп** – кто в нашей стране, да пожалуй, и в мире, не слышал этого словосочетания? «Avian influenza» – так благозвучно звучит по-английски название этого заболевания, вызванного вирусом гриппа типа А, подтипа H5N1 (буква «Н» означает гемагглютинин, а «N» – нейраминидазу).

Каждый год в конце осени – начале зимы вирус гриппа вызывает широко распространенное спорадическое заболевание. Крупные эпидемии, охватывающие целые государства, возникают примерно раз в 3-5 лет. Небольшие изменения поверхностных антигенов возникают постоянно, значительные изменения преобладающего антигенного типа вируса гриппа обычно влекут за собой пандемию.

Пандемия гриппа – явление повторяющееся. В 20-м столетии было несколько таких ситуаций: «испанский» грипп в 1918 г. (H1N1), «азиатский» грипп в 1957 г. (H2N2), «гонконгский» грипп в 1968 г. (H3N2) и в 1977 г. (H1N1). В 1918 г. пандемия гриппа унесла, по различным оценкам, 40-50 млн человек во всем мире. Эта пандемия, которая носила исключительный характер, считается одной из самых крупных причин смертельных исходов в истории человечества. Последующие пандемии были гораздо слабее: приблизительно 2 млн смертей в 1957 г. и 1 млн – в 1968 г. Потенциал возможной пандемии птичьего гриппа оценивается экспертами в 100 млн человеческих жизней.

Птичий грипп – это инфекционная болезнь птиц, вызываемая одним из штаммов вируса гриппа типа А. Она впервые была выявлена в Италии более ста лет назад и встречается повсеместно. Считается, что все птицы восприимчивы к данной инфекции, хотя некоторые виды менее восприимчивы, чем остальные.

Более 10 подтипов вируса гриппа могут вызывать болезнь птиц, высокой патогенностью обладают подтипы H5 и H7 (официальный сайт ВОЗ). Мигрирующие водоплавающие птицы (наиболее часто – дикие утки) являются природным резервуаром вируса птичьего гриппа, и эти птицы меньше всего восприимчивы к инфекции. Домашняя птица, включая кур и индеек, особенно восприимчива к эпидемиям быстро распространяющегося смертельного гриппа. Вирус птичьего гриппа обычно не поражает другие виды животных, кроме птиц и свиней.

Первый подтвержденный случай заражения людей птичьим гриппом произошел в Гонконге в 1997 г., когда штамм H5N1 вызвал тяжелое респираторное заболевание у 18 человек, из которых 6 умерли. Заболевания людей происходили в то же самое время, когда имела место эпидемия высоко патогенного птичьего гриппа, и были вызваны тем же самым штаммом, что и среди популяции домашней птицы.

При расширенном исследовании этой вспышки стало известно, что источником заражения была инфицированная домашняя птица, с которой заболевшие имели тесный контакт. Исследования на генетическом уровне в дальнейшем позволили определить, что вирус передавался напрямую от птиц к человеку.

Два других штамма вируса птичьего гриппа совсем недавно вызывали заболевания у людей. Вспышка высокопатогенного птичьего гриппа H7N7, которая началась в Нидерландах в феврале 2003 г., вызвала смерть одного ветеринара два месяца спустя и легкую форму болезни у 83 человек. Легко протекающие формы птичьего гриппа H9N7 были выявлены у детей в Гонконге в 1999 г. (2 случая) и в середине декабря 2003 г. (1 случай).

Из всех подтипов вируса птичьего гриппа H5N1 вызывает особенное беспокойство по нескольким причинам. H5N1 мутирует очень быстро и, как подтверждено, имеет склонность получать гены от вирусов, инфицирующих другие виды животных. Пандемия возникает тогда, когда появляется новый вирус гриппа и начинает распространяться с той же легкостью, что и вирус обычного гриппа – воздушно-капельным путем. Поскольку этот вирус новый, иммунная система человека не выработала иммунитет на этапе, предшествующем его появлению. Это может привести к тому, что в случае пандемического гриппа среди людей болезнь будет протекать гораздо тяжелее, чем в случае обычного гриппа.

Несмотря на чрезвычайные меры, принятые в азиатских странах по предотвращению распространения этой инфекции, вирус птичьего гриппа закрепился среди диких птиц и приобрел способность заражать людей. На сегодняшний день подтверждены 49 случаев заболевания людей в Египте, в т.ч. 22 летальных исхода; из 130 наблюдений в Индонезии в 105 случаях наблюдался неблагоприятный исход. В Китае заболели птичьим гриппом 30 человек, 19 не удалось спасти. Практически все заболевшие имели контакт с инфицированной птицей.

Медицина приобрела определенный опыт в лечении и профилактике гриппа людей. Это – различные живые и инактивированные вакцины, специфические противовирусные препараты.

В части специфической профилактики (вакцинации) нужно представлять, что вирус пти-

чьего гриппа H5N1 – один из штаммов гриппа, обладающего пандемическим потенциалом, поскольку в конечном итоге он может адаптироваться и принять форму штамма, заразного для людей. После того как произойдет эта адаптация, он уже будет не вирусом птичьего гриппа, а вирусом гриппа, поражающего людей. Пандемии гриппа вызываются новыми вирусами гриппа, которые адаптировались к организму человека. Фармацевтическим предприятиям необходимо по крайней мере четыре месяца, чтобы произвести новую вакцину, способную давать защиту против новых подтипов вируса.

В этой связи более оптимистична ситуация со специфическими противовирусными препаратами. Существуют две группы противогриппозных препаратов с доказанной эффективностью: давно известные советские разработки – римантадин и арбидол, а также недавно появившиеся на мировом рынке представители ингибиторов нейраминидазы – oseltamivir и zanamivir. Считается, что два последних препарата будут эффективны против пандемического штамма гриппа (официальный сайт ВОЗ). Среди недостатков новых препаратов следует отметить их высокую стоимость и сложность изготовления.

Принимая во внимание, что территория ЮФО находится на пути миграции птиц и эпизоотии птичьего гриппа уже не редкость, интересно ознакомиться с выдержками из резюме влиятельной международной сети органов по безопасности пищевых продуктов (ИНФОСАН). При обычном приготовлении пищи (70° С и более) вирус инактивируется. Охлаждение или замораживание не приводит к гибели вируса. Яйца могут содержать вирус как снаружи, так и внутри. Наибольший риск подвергнуться воздействию вируса гриппа птиц существует при работе с живой инфицированной птицей и ее забое.

● Незадолго до разрушительного майского землетрясения из Китая стали поступать тревожные сообщения о расширяющейся эпидемии. Заболели более 30 тысяч человек, 90% из них – дети, 39 спасти не удалось. В ходе тестирования образцов от больных и умерших был выделен **энтеровирус** 71-го типа (ЭВ71). Всего в эпидемический процесс оказались вовлечены 19 административных образований страны, в том числе и города центрального подчинения – Шанхай, Пекин, Чунцин, Гонконг. Пик заболеваемости в КНР ожидается в июне-июле 2008 г. Существует реальная опасность завоза этой инфекции на территорию нашей страны.

В настоящее время ЭВ71 рассматривается как один из наиболее значимых патогенных агентов из числа энтеровирусов человека. Вирус был выделен и идентифицирован как отдельный серотип в 1970 г. во время вспышки серозного менингита в Калифорнии (США).

В 1998 г. на Тайване зарегистрировано около 1,4 млн случаев заболевания, вызванного ЭВ71. В 2006-2007 гг. вспышки и отдельные случаи ЭВ71-инфекции имели место в Индии, Тайланде, Китае, Малайзии, Брунее, Японии. В странах умеренного климата для энтеровирусной инфекции (ЭВИ) характерна сезонность с повышением заболеваемости в середине лета и начале осени.

ЭВИ в основном поражает детей до 10 лет. Источником инфекции является больной человек или бессимптомный вирусоноситель. Вирус выделяется из носоглотки и с фекалиями. Механизмы передачи инфекции – фекально-оральный, воздушно-капельный, контактный; реализуются контактно-бытовым, пищевым и водным путем. Энтеровирусы обладают тропизмом к нервной ткани, мышцам и эпителиальным клеткам, что проявляется как в клинической картине болезни, так и в морфологических изменениях тканей.

Следует отметить, что спорадические случаи и небольшие вспышки ЭВИ регистрируются на территории РФ не один десяток лет. Разработаны и успешно применяются противоэпидемические мероприятия. Несмотря на отсутствие этиотропного лечения, прогноз при этой инфекции, по наблюдениям отечественных инфекционистов, в большинстве случаев благоприятный. Методом экстренной профилактики ЭВИ является применение оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ). Принцип действия ОПВ основан на быстром (2-3 дня) заселении кишечника у детей в возрасте от 1 года до 14 лет вакцинным полиовирусом и, как следствие, вытеснении из циркуляции патогенного ЭВ71.

Анализируя кампанию последних лет с осуждением в мировых средствах массовой информации и специальной литературе эпидемического неблагополучия по определенным инфекциям, создается впечатление о ее целенаправленности и избыточности. Начинают «терзать смутные сомнения», а не вовлечен ли в «инфекционный процесс» бизнес, в первую очередь фармацевтический? И это не удивительно, когда речь идет о десятках и сотнях миллионов доз дорогостоящих лекарственных препаратов, в т.ч. применяемых профилактически и в виде неснижаемых запасов на случай эпидемии. Чувствуется лоббизм в отношении экспертов и функционеров уважаемых международных организаций.

Проведенные недавно исследования показали, что в условиях глобализации инфекция под названием «атипичная пневмония», от которой пострадали около 10 тысяч человек (800 из них умерли) произвела непропорциональное воздействие на экономику. Только в 2003 г. азиатским странам вспышка SARS обошлась в 20 млрд долларов. Масштаб и природа этого эко-

номического воздействия вызвали беспокойство, что эпидемия более серьезной инфекции может повлечь катастрофические последствия для их экономики. В Канаде проведен ретроспективный анализ затрат крупной городской больницы скорой медицинской помощи на поддержание готовности к SARS в течение 8

недель. Затраты составили 12 млн долларов.

Существует давний медицинский термин «аггравация» (от лат. aggravare – делать тяжелее, отягощать, преувеличивать). Не нужно преувеличивать и отягощать имеющиеся на самом деле проблемы. Необходимо отдать их на откуп «незаинтересованным» профессионалам.



ЗАО «ДИАМАНТ» Санкт-Петербург

192171, ул. Фарфоровская, 30, пом. 02
тел./факс: (812) 568-48-52, 568-48-54, 560-90-07
e-mail: diamant@diamant.spb.ru, www.diamant.spb.ru

НАИМЕНОВАНИЕ	КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА	Цена (май 2008), руб.
Аппаратура для функциональной диагностики (ФД)		
Реограф «Диамант-Р»*	4 канала, 3 частоты. Методики: РЭГ; РВГ; ТРГ; ИРГТ; ИДИ. Синдром. заключения. Функцион. пробы.	64 100
Кардиограф «Диамант-К»*	Синхр. запись 12 каналов ЭКГ. Программа анализа ЭКГ покоя – контурный анализ, диагн. нарушений ритма.	35 000
Спирограф «Диамант-С»*	Автом. обработка спирограмм. Синдром. заключения. Функцион. пробы. Описание динамики состояния.	40 700
Комплекс «Диамант-РКС»*	3 прибора: реограф, кардиограф и спирограф.	139 800
Комплекс «Диамант-РМКС»*	4 прибора: реограф и монитор гемодинамики и гидратации тканей (в одном корпусе), кардиограф, спирограф. Комплекс для ФД и реаниматологии.	159 000
Стресс-система «Диамант-К/проба» (базовая) (Программы ЭКГ покоя и «Диамант-К/стресс»)*	Полный контроль ЭКГ-изменений. Автом. обнаружение противопоказаний к проведению пробы. Мониторинг 3, 6, 12 отведений. Автоформ. заключений. Доп. оборуд.: велоэргометр или беговая дорожка (возможно автоуправление нагрузкой), измеритель АД.	61 000
Стресс-система «Диамант-К/проба/HRV»	К базовой системе прогр. модуль «HRV stress» – анализ динамики вариабельности ритма сердца (BPC).	71 000
Стресс-система «Диамант-К/проба/эксперт» (Программы ЭКГ покоя и «Диамант-К/стресс/эксперт»)*	Экспертная система. Доп. опции: расширенный анализ ST-сегмента (ST/HR индекс, ST/HR наклон, ST/HR гистерезис); анализ нарушений деполяризации миокарда QRS код («Афинский код»); on-line измерения (таблицы, графики) всех ЭКГ-параметров.	75 000
Стресс-система «Диамант-К/проба/эксперт/HRV»	К экспертной системе прогр. модуль «HRV stress» – анализ динамики вариабельности ритма сердца (BPC).	85 000
Холтеровская система «Диамант-Холтер»*	3-канальный регистратор с графич. дисплеем, комплект кабелей, 120 однораз. ЭКГ-электродов. Классич. прогр. холтер. анализа. Таблицы, графики, диаграммы, автотекст.	69 000
Дополнительный регистратор к комплексу «Диамант-Холтер»	3-канальный регистратор с графическим дисплеем, комплект кабелей, 120 одноразовых ЭКГ-электродов.	35 000
Носимый монитор суточного наблюдения АД МнСДП-2*	Измерение АД, ЧП, регистрация давления в манжете. ПО для обработки результатов. Сводная таблица, графики, анализ.	59 800
Электроэнцефалограф «Диамант-ЭЭГ»*	27 каналов (23 – ЭЭГ, 4 – унив.). Спектр. и когерент. анализ, экспорт результатов в MS-Excel, топографич. картирование, библиотека настроек топограмм, видеозапись.	125 000
Аппаратура для реаниматологии и анестезиологии		
Монитор гемодинамики и гидратации тканей «Диамант-М»*	Мониторирование: 2 отведения ЭКГ/импедансная кардиография/реопневмография/внечлеточная, внутриклеточная, общая жидкость/объем крови/объем плазмы и др. Просмотр трендов, формир. протокола. Реография: методики ИРГТ, ТРГ, ИДИ.	67 500
Реограф-Монитор «Диамант-РМ»*	Реограф (методики ИРГТ, ТРГ, ИДИ, РВГ, РЭГ) и монитор гемодинамики и гидратации тканей (в одном корпусе).	83 300
Оборудование для проверки дефибрилляторов		
Измеритель энергии высоковольтного импульса «ИЭВИ-2 Диамант»	Измерение энергии высоковольтных импульсов дефибрилляторов. Возможность подключения к ПК. Формир. протокола испытаний. Вывод данных на печать. База данных.	82 000

Примечания:

1. * – медицинский компьютерный комплекс. Цена указана без блока обработки (ПК и принтера).
2. Цены указаны на условиях поставки склад «ДИАМАНТ» Санкт-Петербург.

Кому и как лечить пациента с воспалительными заболеваниями кишечника?

Яковлев А.А., д.м.н., проф.; Бутова Е.Н.; Леонова Г.Н.; Волков А.С.;
Центр высоких технологий диагностики и лечения воспалительных заболеваний
кишечника; каф. гастроэнтерологии и эндоскопии ФПК и ППС РостГМУ,
г. Ростов-на-Дону

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – одна из наиболее сложных и не до конца решенных проблем в современной гастроэнтерологии. Несмотря на то что по уровню заболеваемости ВЗК язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) значительно уступают другим болезням органов пищеварения, тем не менее по клинической характеристике (тяжесть течения, частота осложнений) и летальности они занимают ведущее место в гастроэнтерологической патологии. По мнению экспертов Российской группы по изучению воспалительных заболеваний кишечника, первые российские эпидемиологические исследования позволили сделать ряд следующих выводов. Во-первых, распространенность в европейской части России ВЗК соответствует средним показателям Центральной Европы. Так, распространенность ЯК в Московской области составляет 22,3 на 100 тыс. населения, а заболеваемость – 1,7 на 100 тыс. населения (Никулина И.В., 1997). Во-вторых, и это следует подчеркнуть, имеет место негативная тенденция: преобладание тяжелых осложненных форм ВЗК с высокой летальностью. Последнее можно объяснить поздней диагностикой заболевания. Так, диагноз ЯК только в 25% случаев устанавливается в течение первого года заболевания, в остальных – на протяжении 3-12 лет от начала первых клинических симптомов болезни (Белюсова Е.А., 2000).

При проведении первичной диагностики в настоящее время применяются пять основных методов исследования:

- ультразвуковое,
- рентгенологическое,
- лабораторное,
- микробиологическое,
- эндоскопия с прицельной биопсией.

Ни один из указанных методов не обладает достаточной чувствительностью и специфичностью для того, чтобы однозначно подтвердить диагноз ЯК и БК. При выборе диагностических рекомендаций необходимо обязательно учитывать, идет речь о первичной диагностике в случаях подозрения на ВЗК или же о диагностике у больных с уже установленным диагнозом в процессе лечения или при возникновении рецидива.

Как известно, в основе ВЗК лежит хроническое воспаление прежде всего слизистой оболочки кишки, которое является важным физиологическим ответом на повреждающие агенты. Несмотря на значительные достижения в об-

ласти изучения патогенеза ВЗК принципиальных сдвигов в понимании их этиологии не произошло, а, следовательно, на сегодняшний день методов этиотропной терапии не существует. В этой связи лечение больных с ВЗК – чрезвычайно сложная проблема, для адекватного разрешения которой учитываются, с одной стороны, особенности заболевания (степень активности, распространенность, локализация процесса, наличие осложнений), с другой – индивидуальные особенности пациента (возраст, пол, сопутствующие заболевания, возможная лекарственная непереносимость). Лекарственная терапия ставит перед собой задачи уменьшения выраженности клинических проявлений за счет снижения воспалительной активности заболевания, улучшения качества жизни больного, предотвращения возникновения рецидивов. Хорошо известные традиционные подходы к лечению ВЗК включают прежде всего применение препаратов 1-й линии: аminosалицилатов и кортикостероидных гормонов, применение которых направлено на купирование атаки заболевания, индукцию ремиссии и поддержание достигнутой ремиссии как можно дольше (табл. 1).

Быстрое развитие медицинских и фармацевтических технологий способствовало созданию принципиально нового направления, основанного на использовании в качестве лекарственных препаратов натуральных или химерных биологически активных молекул, блокирующих различные этапы воспалительной реакции в ткани.

Достаточно успешным новым направлением лечения ВЗК является применение биологических препаратов (моноклональных антител к фактору некроза опухоли, антагонистов рецепторов интерлейкина-1, рекомбинантного интерлейкина-10). Назначение антицитокиновых средств биологической терапии обосновано ключевым моментом патогенеза ВЗК: гиперпродукцией провоспалительных цитокинов, которая приводит к деструкции ткани кишечника. Наиболее известным из препаратов, разрешенных для клинического применения во многих странах мира, является ремикейд (инфликсимаб). Ремикейд – химерное соединение на основе гибридных человеко-мышинных моноклональных антител IgG₁ к TNF α . Накопившийся в последние годы опыт успешного применения ремикейда в комплексе лечения больных ЯК получил подтверждение в крупных международных контро-

Стандарт медицинской помощи больным с неспецифическим язвенным колитом
(приложение к приказу МЗ СР Российской Федерации от 6.10.2005 № 619)

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,8		
	Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны		1		
		Преднизолон	0,5	30 мг	630 мг
		Метилпреднизолон	0,3	24 мг	504 мг
		Будесонид	0,2	9 мг	189 мг
Противоопухолевые, иммунодепрессивные и сопутствующие средства			0,5		
	Цитостатические средства		1		
		Азатиоприн	1	100 мг	2,1 г
	Иммунодепрессивные средства		0,4		
		Ремикейд	1	300 мг	600 мг****
Средства для профилактики и лечения инфекций			0,6		
	Антибактериальные средства		1		
		Ципрофлоксацин	0,3	1 г	10 г
		Месалазин	0,4	2 г	42 г
		Сульфасалазин	0,3	2 г	42 г
	Противопаразитарные и противомаларийные средства		0,3		
		Метронидазол	1	1 г	8 г
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			1		
	Панкреатические ферменты		1		
		Панкреатин	1	100 000 МЕ	20 000 000 МЕ

Примечание: * – анатомо-терапевтическо-химическая классификация
 ** – ориентировочная дневная доза
 *** – эквивалентная курсовая доза
 **** – ЭКД на курс стационарного лечения больного с ВЗК (24 дня)

лируемых рандомизированных исследованиях АСТ I и АСТ II по изучению эффективности и безопасности применения ремикейда при указанной патологии. Препарат рекомендован для терапии 1 линии при тяжелых формах ВЗК в варианте индукционной терапии при БК инфузии ремикейда в дозе 5 мг/кг массы тела на 0, 2 и 6 неделях лечения. В случаях достижения клинической ремиссии заболевания возможно прекращение введения ремикейда. Дальнейшее лечение больных с ВЗК проводится с использованием традиционной комбинации препаратов 5 АСК с цитостатиками. При рецидиве ВЗК возможно повторное назначение индукционной терапии ремикейдом. В случаях тяжелого течения ЯК, а также при отсутствии четких указаний на формирование «полного ответа» на фоне индукционной терапии при БК, целесообразно продолжить терапию ремикейдом в варианте поддерживающей терапии – монотерапии: курсовое введение препарата в дозе 5 мг/кг массы тела каждые 8 недель. Указанная стратегия терапии ВЗК позволяет преодолеть глюкокортикоидную зависимость и резистентность, а также существенно увеличить число больных с клинической ремиссией (Clark M., Colombel J.F., 2007; Barrie A., Regueiro M., 2007).

Типичным явлением при ВЗК является недостаточность питания, что в определенной мере обусловлено повышением потребностей в нут-

риентах в связи с изменением метаболических путей и катаболических эффектов. Энтеральное питание с элементными диетами – терапия первой линии для ВЗК в стадии активного воспаления, а комбинация фармакологических подходов и клинического питания наиболее оптимальна (Hiwatashi N., 1997; Ringheanu M., Markowitz J., 2002). Последнее обстоятельство реализовано в отраслевом стандарте оказания медицинской помощи больным с ВЗК (табл. 2).

К специализированным питательным смесям, специально разработанным для терапии ВЗК, прошедшим стандартизацию и разрешенным к применению в России, относят «Модулен IBD» и «Пептамен» («Нестле», Швейцария).

Поскольку ВЗК по-прежнему являются сложной патологией как в диагностическом, так и в лечебном плане, особенно для врачей первичного звена, несомненный интерес представляет информация о возможностях специализированной медицинской помощи больным с ВЗК в условиях нашего региона.

На базе клиники Ростовского государственного медицинского университета в соответствии с приказом МЗ РФ №220 от 29.03.2006 «Об оказании высокотехнологических видов медицинской помощи за счет средств федерального бюджета...» и приказом ректора (проф. Чернышов В.Н.) по РостГМУ № 128 от 29.06.2007 организован и функционирует Центр высоких тех-

Стандарт медицинской помощи больным с неспецифическим язвенным колитом

(приложение к приказу МЗ СР Российской Федерации от 6.10.2005 № 619)

Питательные смеси	Частота предоставления	Среднее кол-во, мл
Для парентерального питания	0,5	
Растворы аминокислот	0,8	3000
Жировые эмульсии	0,4	2000
Для энтерального зондового питания	0,25	3000
Для специализированного белкового питания	0,3	3000

нологий диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника. Руководитель центра – заведующий кафедрой гастроэнтерологии и эндоскопии с курсом клинической фармакологии ФПК и ППС профессор Яковлев А.А.

Необходимость создания указанного подразделения была обусловлена следующими обстоятельствами.

1. Эпидемиологическая ситуация в ЮФО, в т.ч. и в Ростовской области, характеризуется ростом заболеваемости ВЗК в целом, а также частотой их осложненных форм и летальностью.

2. В соответствии с решением Коллегии МЗ России от 10 февраля 2004 г. «О совершенствовании медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения» повышение качества оказания медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения является одной из актуальных задач деятельности органов управления и учреждений здравоохранения. В этой связи оказание в условиях Центра высокоспециализированной медицинской помощи больным с ВЗК позволит не только сделать качественный шаг в развитии гастроэнтерологической службы региона, но и будет способствовать существенному повышению эффективности диагностики, лечения, а также качества жизни больных при этих тяжелых заболеваниях.

Основное направление деятельности Центра: оказание высокотехнологичной медицинской помощи больным с ВЗК (ЯК, БК, недифференцированные колиты, хронические энтериты, врожденные и приобретенные нарушения всасывания, дивертикулярная болезнь) в соответствии с отраслевыми стандартами. Лечебно-консультативная помощь оказывается населению Ростова и области, а также всех субъектов ЮФО.

Лечебно-диагностические возможности Центра позволяют провести обследование и

лечение больных с ВЗК с использованием всего арсенала современных инновационных технологий (включая видеокапсульную эндоскопию тонкой кишки Given Pillcam) и методик лечения (в структуре Центра имеется кабинет биологической антицитокининовой терапии).

Одной из приоритетных задач работы Центра является создание Регионального регистра больных с ВЗК.

Располагая современными техническими и методическими средствами, Центр имеет возможность в рамках факультета последипломного образования обеспечить проведение медико-биологических исследований, практическую подготовку и обучение медицинских кадров по специальностям «гастроэнтерология» и «эндоскопия».

Формы оказания медицинской помощи в Центре: консультация, госпитализация (базовое отделение Центра – гастроэнтерологическое клиники РостГМУ), инструментальное и лабораторное обследование. На обследование в Центр может быть направлен как больной, так и медицинская документация о больном (заочная консультация). При необходимости проведения детального морфологического исследования колонобиоптатов в сложных и/или спорных случаях возможна доставка биологического материала конкретного пациента с сопроводительными документами (выписка, направление) в Центр. Вся диагностическая и консультативная информация передается в лечебное учреждение с необходимыми рекомендациями.

В качестве заключения ответим на вопрос, поставленный в заглавии статьи. Больного, страдающего ВЗК, ЯК и БК, надлежит лечить гастроэнтерологам. При этом обязательно в условиях специализированного Центра (стационара) должна осуществляться первичная диагностика заболевания, коррекция и выбор терапии в случаях, резистентных к лечению.

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Приглашаем вас принять участие в работе очередной Школы последипломного образования «Актуальные вопросы гастроэнтерологии» врачей первичного звена здравоохранения и специалистов, которую проводит кафедра гастроэнтерологии и эндоскопии ФПК и ППС РостГМУ при поддержке МЗ Ростовской области.

Основная цель проведения Школы: повышение образовательного потенциала медицинских кадров, широкое внедрение инновационных технологий в реальную клиническую практику.

Главная тема Школы: рациональное применение лекарственных средств в гастроэнтерологии, базирующееся на принципах доказательной медицины.

Время и место проведения Школы: 10 сентября 2008 года, с 9 до 16 часов, г. Ростов-на-Дону, Ростовский государственный медицинский университет, актовый зал.

Медико-социальная реабилитация инвалидов вследствие ишемической болезни сердца (по материалам кардиологических филиалов МСЭ г. Ростова-на-Дону за 2006 год)

Меметов С.С., д.м.н., руководитель ФГУ «Главное бюро МСЭ по Ростовской области»; Надель Р.В., председатель экспертного состава № 1; Копецкая Л.И.; Кафтанова Н.Г., руководитель филиала № 12 (кардиологическое бюро МСЭ); Рожкова И.Г., к.м.н., руководитель филиала № 11 (кардиологическое бюро МСЭ); Свеженцев А.Г., терапевт филиала № 30; г. Ростов-на-Дону

Одной из приоритетных проблем на современном этапе является медико-социальная реабилитация больных и инвалидов с болезнями системы кровообращения, занимающими первое место в структуре заболеваемости и инвалидности.

Реабилитация – это система медицинских, психологических, профессиональных и социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию нарушенных функций, ограничений жизнедеятельности, вызванных расстройствами здоровья, на восстановление психологического, профессионального и социального статуса инвалида.

Медико-социальная реабилитация инвалидов состоит из 3-х разделов: медицинского, социального и профессионального. Необходимость проведения тех или иных мер реабилитации определяется исходя из потребностей конкретного больного.

Необходимость в мерах медико-социальной реабилитации была изучена нами у 2351 больного и инвалида, проходивших освидетельствование в кардиологических бюро МСЭ г. Ростова-на-Дону в 2006 году.

В общей системе медико-социальной помощи существенное место занимают медицинские меры реабилитации, направленные на восстановление нарушенных функций организма, предупреждение тяжелых последствий ИБС.

Обследование инвалидов с ИБС выявило высокую потребность в различных видах медицинской реабилитации, что обусловлено нестабильностью клинического течения патологического процесса. В силу чего эти лица нуждаются в динамическом контроле за их состоянием и активном восстановительном лечении с учетом наличия у значительной части обследованных инвалидов осложнений и сочетанного характера патологии.

Как свидетельствуют данные проведенного исследования, 87,3% инвалидов нуждались в стационарном восстановительном лечении, 86,5% – в диспансерном наблюдении, 67% – в амбулаторном восстановительном лечении, 39,8% – в психотерапевтическом воздействии,

37,5% – в санаторно-курортном лечении.

Согласно полученным в ходе исследования данным, инвалиды с данной патологией нуждались в тех или иных мерах профессиональной реабилитации. У инвалидов 2-й группы потребность в ней равнялась 3,6%, 3-й группы – 17,9%. Это обусловлено психологическими особенностями инвалидов с данными формами патологии системы кровообращения, когда весьма затруднен адекватный выбор профессионального пути.

Наибольшая потребность в профессиональном обучении отмечалась у инвалидов 3-й группы (19,4%) и инвалидов 2-й группы (3,6%).

Анализ потребности данного контингента инвалидов в рациональном трудоустройстве показал, что у инвалидов 3-й группы она составляет 45,6%, у инвалидов 2-й группы – 5,4%. В ходе исследования изучена также потребность данной категории инвалидов в различных видах социальной помощи и в применении вспомогательных технических средств. Общая потребность данной категории инвалидов в такой форме социальной помощи, как посторонний уход, составляла 17,6%, при этом инвалиды 1-й группы в большей степени нуждались в постоянном постороннем уходе, инвалиды 2-й группы – в частичном бытовом уходе.

Ввиду специфики сопутствующих ишемической болезни осложнений со стороны сосудов нижних конечностей, приводящих к ограничению самостоятельного передвижения, большое значение для этой категории инвалидов имеют архитектурно-планировочные устройства и приспособления, делающие среду доступной для инвалидов.

Потребность в специальных приспособлениях и устройствах для адаптации инфраструктуры составляла 4,6%, в приспособлениях для адаптации жилища – 7,6%. Причем для инвалидов 1-й группы указанная потребность составляла 3,5%, 2-й группы – 4,6%, 3-й группы – 1,4%.

Особое значение среди мер социальной реабилитации инвалидов с ИБС ввиду значения в патогенезе этих заболеваний нервно-психи-

ческих и стрессовых факторов приобретают меры по социально-психологической адаптации. Потребность в этих мерах у инвалидов 2-й группы составляла 24,6%, у инвалидов 3-й группы – 15,6%.

Принимая во внимание пенсионный возраст и разносторонние интересы большинства инвалидов с данными формами патологии, была изучена их потребность в организации досуга. Она составляла 11,1%.

Большое внимание было также уделено анализу потребности в таких видах социальной помощи, как улучшение жилищно-бытовых условий, предоставление натуральной помощи. Потребность в улучшении жилищно-бытовых условий составляла в общем 26,9%, в материальной помощи – 36,5%, в натуральной помощи – 15,8%.

Потребность в различных мерах социально-правовой помощи у данного контингента инвалидов оказалась достаточно дифференцированной. Так, потребность в юридических консультациях составляла у инвалидов 2-й группы 13%, а инвалидов 3-й группы – 16,1%. Потребность в оказании помощи в реализации льгот в указанных обеих группах составила 11,2%.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что инвалиды с ИБС имеют дифференцированную потребность в различных видах реабилитации, знание которых необходимо для оказания адресной социальной помощи данной категории инвалидов.

Комплексные программы реабилитации больных с ИБС включают рекомендации по медицинским, психологическим и социальным аспектам реабилитации.

Медицинская реабилитация

Индивидуальные программы медицинской реабилитации должны базироваться на результатах клинического обследования в течение заболевания, данных функциональных методов обследования, а также проведенного восстановительного лечения (ВЛ) и осуществляться с использованием дифференцированного назначения медикаментозной терапии и немедикаментозных лечебных факторов. Эффективность индивидуальных программ реабилитации больных ИБС может быть достигнута при соблюдении комплексного подхода с выполнением физического, медицинского, психологического и психофизиологического аспектов восстановительного лечения, а также путем борьбы с сопутствующими факторами риска (артериальной гипертензией, курением, ожирением, гиподинамией).

Психологическая реабилитация

Конечной целью любых реабилитационных программ является восстановление личного и социального статуса больного. Для ее достижения необходим комплексный, интегральный подход к больному с учетом не только клинко-биологических закономерностей течения заболевания, но и психосоциальных факторов, особенностей личности больного и окружающей среды.

Психологический статус больного должен находиться под контролем на всех этапах реабилитации. Выделяют два варианта личностных реакций на заболевание: адекватная (нормальная) и патологическая – психологические (невротические) реакции.

Реакция на ИБС квалифицируется как адекватная, если поведение больного и «внутренняя картина болезни» соответствуют полученным от врача сведениям о тяжести течения ИБС и ее возможных последствиях; если больной соблюдает режим, следует предписаниям врача и в состоянии контролировать свои эмоции.

Адекватная психологическая реакция может быть пониженной, средней и повышенной. Психическое состояние квалифицируется как патологическая (невротическая) симптоматика на болезнь при выявлении психопатологической симптоматики у больного ИБС, психически здорового до этого заболевания. Разработаны методы вмешательства как для формирования у больных адекватных психологических установок на участие в программах реабилитации и вторичной профилактики, так и для коррекции невротических реакций.

Для достижения первой цели следует морально поддерживать больного, вселять в него уверенность в своих силах, в благополучный исход болезни. Необходимо помочь больному в выработке и закреплении новой линии поведения, соответствующей положению больного ИБС. Наряду с этим его следует ориентировать на дальнейшую физическую активизацию. Неоценимое психопрофилактическое значение приобретает организация диспансерного наблюдения.

На всех этапах болезни необходимо проводить каждодневную кропотливую психопрофилактическую работу с окружающими больного лицами. Формирование у этих лиц адекватных представлений о болезни, о возможностях современного лечения и реабилитации способствует созданию психотерапевтической атмосферы вокруг больного. Особого внимания требуют больные молодого возраста, а также больные с низкой устойчивостью к травмирующим психику факторам, поэтому необходимо детально изучать особенности личности боль-

ного уже в первые дни заболевания, широко используя сбор анамнестических данных о больном у родственников и близких. При психопатологических изменениях эффективна аутогенная тренировка (особенно при неврастеническом и кардиофобическом синдромах).

Физическая реабилитация

Целью физической реабилитации больных ИБС, в том числе перенесших инфаркт миокарда, является поддержание и развитие физической работоспособности, реадaptация к бытовым и производственным нагрузкам. При составлении программы физической реабилитации необходимо исходить из оценки функционального состояния больных, а также учитывать степень имеющейся физической и психологической подготовленности к каждому конкретному виду медицинской реабилитации.

Основными принципами программы физических тренировок являются:

- проведение тренировок только в стационаре;
- точная индивидуальная дозировка тренирующей нагрузки с помощью велотренажера;
- малая интенсивность тренирующей нагрузки;
- постоянный характер интенсивности тренирующей нагрузки как в течение одного занятия, так и в течение одного курса (4 недели) физических тренировок;
- наращивание тренировочной нагрузки в ходе тренировок не по интенсивности, а по длительности.

Профессиональная реабилитация

При подборе профессии учитывается физическая работоспособность, тренированность и опыт. Больные ИБС должны иметь рабочее место с удобным взаимным расположением элементов оборудования, выполнять работу в свободной и удобной позе без частых наклонов туловища, в дневное время, без частых командировок, без дефицита времени и ускоренного темпа, с наличием перерывов для отдыха и приема пищи.

Тяжесть труда при ИБС не должна превышать III категорию тяжести при нормальных микроклиматических условиях. При формировании трудовой рекомендации должны всегда учитываться индивидуальные особенности течения ИБС и наличие сочетанной взаимоотягчающей патологии, приобретенный опыт и профессиональные навыки, а также фактическая трудоспособность.

Социальная реабилитация

Объем социальной помощи зависит от функционального класса нарушений и ограничений

жизнедеятельности, в конечном итоге приводящих к социальной недостаточности.

При стенокардии ФК I нарушений социальной недостаточности у лиц, выполняющих в оптимальных условиях труд II категории тяжести, незначительная или отсутствует.

При стенокардии ФК II нарушений социальной недостаточности может быть умеренной, при стенокардии ФК III нарушений – выраженной, требующей проведения мероприятий по социальной реабилитации. Программа социальной реабилитации в этих случаях включает:

- социально-бытовую адаптацию;
- социально-средовую ориентацию.

Социально-бытовая адаптация должна обеспечивать определение режимов общественной и семейно-бытовой деятельности инвалидов в конкретных социально-средовых условиях и приспособление к ним инвалидов.

Технические средства реабилитации: для инвалидов I-й группы – кресло-коляска для передвижения в квартире, подъемник для перемещения в кровать, прикроватный столик и специальная посуда для кормления, подъемник для купания и размещения в ванне, приспособления для ухода.

Социально-психологическая реабилитация: психотерапия, психокоррекция, особенно после перенесенного инфаркта миокарда.

В программу социально-бытовой адаптации должны входить следующие мероприятия, услуги и технические средства:

- информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой реабилитации инвалида;
- обучение инвалида самообслуживанию, включая информирование о технических средствах реабилитации. Обучение технике и методическим приемам для самообслуживания, обучение правилам личной гигиены, пользования одеждой, приема пищи и др.;

В программу социально-средовой ориентации должны входить:

- психологическая коррекция;
- психологическое консультирование;
- обучение персональной сохранности (пользование газом, электричеством, туалетом, ванной, транспортом и т.д.);
- консультирование по правовым вопросам.

Таким образом, комплексные программы реабилитации больных и инвалидов вследствие ИБС включают не только мероприятия по медицинской реабилитации.

Реализация многоаспектных программ реабилитации больных и инвалидов вследствие ИБС будет способствовать наиболее полной социальной интеграции данной категории лиц.

30 сентября - 2 октября 2008

ВОЛГОГРАД
Дворец Спорта профсоюзов

XIX специализированная межрегиональная выставка

МЕДИЦИНА

и ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
медоборудование. фармацевтика

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР



www.zarexpo.ru

ВЦ "ЦАРИЦЫНСКАЯ ЯРМАРКА"
400005, Волгоград, пр. Ленина, 88, офис 504
Тел./факс: (8442) 26-50-34, e-mail: zarexpo@avtlg.ru



реклама

Под патронажем Торгово-промышленной палаты РФ
Под патронатом Министерства здравоохранения и социального развития РФ
При поддержке администраций Краснодарского края, г. Сочи, ТПП г. Сочи

11 - 13 СЕНТЯБРЯ г. Сочи

IX СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА

«EXROMED-2008»

Выставка-семинар

«РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН РФ В XXI ВЕКЕ»

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ РАМЛД

«СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЕ.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ»

Выставочная компания «СОЧИ-ЭКСПО ТПП г.СОЧИ»
Тел./факс: (495) 745-77-09, (8622) 642-333, 647-555,
648-700, www.sochi-expo.ru; medicina@sochi-expo.ru



реклама

Министерство здравоохранения Ставропольского края
Администрация г. Ставрополя
Выставочный центр "Прогресс"



12-я

Ежегодная Неделя Медицины Ставрополья

**18-20
сентября 2008**

- * СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА**
- * КОНГРЕССЫ ВРАЧЕЙ
РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ**

Выставочный комплекс "Прогресс"

г. Ставрополь пр. Кулакова 37а

т/ф: (8652) 353-770

med@progrexpo.ru

www.progrexpo.ru



таблетки 1 мг и 10 мг

Ликопид®

Современная иммунотерапия

Применяется в комплексной терапии:

- ✂ Хронических инфекций нижних и верхних дыхательных путей
- ✂ Вирусных инфекций: герпетические поражения, папилломатоз шейки матки, цитомегаловирусные инфекции
- ✂ Послеоперационных осложнений
- ✂ Туберкулеза легких
- ✂ Гнойно-воспалительных заболеваний кожи и мягких тканей
- ✂ Псориаза



-001438

24.03.2006

154239



Показан для лечения всех видов вторичных иммунодефицитов • Значительно повышает эффективность антибактериальных, противогрибковых и противовирусных средств, снижает их курсовые дозы • Ускоряет выздоровление

- Отлично переносится пациентами
- Незаменим в амбулаторной практике
- Разрешен к применению у детей

Здоровье – истинная драгоценность!

ЗАО "ПЕПТЕК"

117997, Москва ул. Миклухо-Маклая, 16/10
Т./ф.: (495) 330-74-56, 429-77-40

таблетки 1 мг и 10 мг
Ликопид®
ИММУНОМОДУЛЯТОР

www.licopid.ru www.peptek.ru