

Перевязка ран и компрессионная терапия. Специализированные повязки Medisorb

В последнее десятилетие произошел пересмотр многих представлений о средствах местного лечения ран. По современным представлениям, повязка должна выбираться не только на основе типа и характеристики раны, но и быть удобной в использовании.

Длительное время в качестве перевязочного материала использовались стерильные марлевые салфетки, пропитанные различными лечебными препаратами, либо прикрывающие наложенные на ткани мази и порошки. Марля хорошо поглощает, но плохо связывает экссудат и обладает высокими адгезивными свойствами. Это приводит к ухудшению условий для заживления, необходимости частых перевязок, болевым ощущениям и травматизации тканей при смене повязки.

Современным требованиям лечения раны удовлетворяют так называемые интерактивные повязки. Их действие на рану происходит без участия компонентов группы антисептиков и стимуляторов заживления, реализуясь за счет механических и физических свойств самой повязки. Такими свойствами обладают лечебные повязки **Medisorb**, производимые Торунским Заводом Перевязочных Материалов TZMO S.A, Польша. Отличительными особенностями данной группы перевязочных материалов являются **универсальность действия, атравматичность и гипоаллергенность**. Эти повязки способны в течение продолжительного срока создавать и поддерживать в патологическом очаге оптимальную для заживления среду. Они обеспечивают очищение, поддержание необходимой влажности в ране, обладают низкой адгезией к раневой поверхности и имеют ряд других существенных преимуществ, в том числе при лечении хронических ран.

- **Повязка Medisorb A** стерильная повязка с высокими впитывающими свойствами, состоящая из альгината и карбоциметилцеллюлозы (СМС). Волокна повязки вступают в реакцию с выделениями раны, образуя деликатный гель, который создает влажные условия, способствующие заживлению и обеспечивающие газообмен. Гель не приклеивается к ране, благодаря чему смена повязки происходит безболезненно и не нарушается процесс заживления раны. При глубоких ранах **Medisorb A** легко приспосабливается к форме раны, хорошо ее заполняет и защищает от высыхания. **Medisorb A** может применяться при лечении ран различной глубины со средней и большой степенью выделений, таких как пролежни, язвы, диабетическая стопа, механические повреждения кожи.

- **Полимерная повязка Medisorb P** стерильная многослойная повязка, которая состоит из самоклеящегося контактного слоя, позволяющего закрепить повязку на ране, но не прилипающего к ней; слоя гидрогеля с высокими поглощающими свойствами; мягкой пенки, позволяющей испаряться влаге и одновременно защищающей рану от механических повреждений; наружной пленки из полиуретана, пропускающей воздух, водяной пар и одновременно являющейся бактериологическим барьером. **Medisorb P** обеспечивает соответствующую влажную среду в ране и способствует естественному процессу заживления. Применяется для лечения ран различной глубины, пролежней I-IV степени, венозных язв нижних конечностей, язв нижних конечностей, причиной которых является недостаточное кровоснабжение. Не рекомендуется применять в случае глубоких грибковых инфекций и ожогов III степени, а также инфицированных ран.

- **Гидроколлоидная повязка Medisorb H** стерильная самоклеящаяся повязка, состоящая из гидроколлоидного слоя толщиной 1 мм и тонкой полиуретановой пенки. Гидроколлоидный слой состоит из полиизобутиленовой основы, содержащей натуральный углеводородный полимер с высокими абсорбирующими свойствами (Psyllium Husk), и карбоциметилцеллюлозы. **Medisorb H** впитывает выделения из раны, и в то же время не препятствует газо- и водообмену. Повязка не пропускает бактерии. При контакте гидроколлоидного слоя с выделениями из раны образуется плотный гель, обеспечивающий соответствующую влажность, способствующую заживлению раны. Гель не прилипает к ране, благодаря чему регенерируемой ткани не угрожает повреждение во время смены повязки. **Medisorb H** может быть использована для перевязки умеренно и обильно выделяющих ран, как поверхностных, так и глубоких язв, пролежней, ожогов I-II степени, мест, из которых брался кожный трансплантат, ссадин. Не рекомендуется применять в случае глубоких грибковых инфекций и ожогов III степени, а также инфицированных ран.

- **Полиуретановая пленочная повязка Medisorb F** стерильная прозрачная повязка, состоящая из эластичной полиуретановой пленки, покрытой слоем акрилового клея. Повязка не пропускает микроорганизмы, не препятствуя воздухо- и влагообмену. **Medisorb F** поддерживает соответствующую влажность раны, предотвращая возникновение струпа и облегчая заживление. **Medisorb F** позволяет визуально контролировать рану в процессе заживления. Рекомендуется для лечения небольших ожогов, мест, из которых брался кожный трансплантат, пролежней I-II степени, послеоперационных ран, ссадин и повреждений. **Medisorb F** можно также применять в противоположной профилактике в качестве защитной повязки на места, подверженные риску возникновения пролежней. **Medisorb F** не следует применять при ожогах III степени и глубоких ранах. Повязка противопоказана для применения на инфицированных ранах.

Все представленные изделия сертифицированы и соответствуют необходимым требованиям мировых стандартов.

**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

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, оф. 305

т. (863) 223-23-26, т./ф. (863) 273-25-16

www.akvarel2002.ru,
e-mail: info@akvarel2002.ru

Отпечатано в ООО «Печатный двор»,
г. Ростов-на-Дону,
ул. Металлургическая, 102/2

Тираж 5500 экз. Заказ № 1824

Подписано в печать 22.12.2008

Зарегистрирован
Управлением Россохранкультуры
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.

Служба крови требует развития.....	2
Мы стремимся работать по мировому стандарту.....	3
О качестве и культуре оказания медицинской помощи населению	4
Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди детей и подростков в Республике Дагестан и меры по ее улучшению.....	5
ВИЧ-инфекция в Ростовской области — «объект» особого внимания	8
Информационное письмо по применению препаратов иммунных лактоглобулинов для лечения и профилактики острых кишечных инфекций и дисбактериоза у детей	13
Малоинвазивный остеосинтез интрамедуллярными штифтами с блокированием — метод выбора при переломах длинных трубчатых костей.....	19
Отличительные характеристики программы «Миокард-Холтер»	23
Применение низкочастотного бегущего магнитного поля в лечении деформирующего остеоартроза крупных суставов	27
Эффективность транскраниальной магнитотерапии в комплексном лечении алкогольного абстинентного синдрома ..	28
Опыт применения кортексина при симптоматической эпилепсии у детей	32
Автоматизированное рабочее место врача акушерского отделения.....	33
Современная диагностика и лечение рассеянного склероза.....	34
Методологические и практические аспекты сенсорной терапии и нейромоторного перевоспитания в современной нейрореабилитации.....	41
Оценка эффективности лазеротерапии при лечении патологий сосудов нижних конечностей.....	44
Современные технологии светолечения	49
Из истории о появлении установок для производства кислорода в российских больницах	51
Китайское чудо	55
О необходимости внедрения стандартных подходов к обеспечению инфекционной безопасности в здравоохранении	57
Сравнение с хлором... ..	60
Предложения оптовых фирм	62, 56

Служба крови требует развития

Пресс-служба МЗ РО, г. Ростов-на-Дону

Руководитель Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) России В. Уйба 30 октября провел видеоконференцию по развитию службы крови с участием регионов. В конференции приняли участие более 300 человек из 20 регионов России, в том числе представители ростовских органов власти и журналисты городских и областных изданий.

В. Уйба напомнил, что в Программу развития службы крови входят три стратегических направления:

- модернизация технического оснащения станций переливания крови;
- создание единой информационной системы;
- развитие массового донорства крови.

Только к концу текущего года будет переоснащена 21 станция переливания крови (15 — регионального и 6 — федерального подчинения). По словам В. Уйба, в 2009 году будет выбрано до 25 регионов, в 2010 — до 40, а в 2011 планируется включить в Программу оставшиеся 4—5 субъектов РФ. К 2012 году система службы крови должна заработать в полную силу. Всего за 2008—2011 годы будет модернизировано порядка 107 станций переливания крови.

В соответствии с подписанным соглашением между администрацией Ростовской области и ФМБА в рамках Программы до конца года служба крови области получит медицинское оборудование на 101,5 млн рублей для заготовки, хранения, переработки и обеспечения безопасности компонентов крови. Это аппараты для автоматического плазмафереза, для получения эритроцитной и тромбоцитной массы, плазмы, сложные аппараты для клиничко-лабораторной диагностики и обследования донорской крови в автоматическом режиме, холодильное оборудование, скоростные рефрижераторные центрифуги и другое. Оборудование предназначено для более качественной и скоростной переработки крови в автоматическом режиме. Областной центр крови получит мобильный пункт заготовки крови — 16-метровый трейлер, оборудованный для работы с донорами в отдаленных населенных пунктах.

В Ростовской области, как отметила министр здравоохранения РО Т. Ю. Быковская, еще в 2001—2002 гг. была принята целевая программа «Обеспечение жителей Ростовской области безопасными кровью и ее компонентами». В 2008 году по областной программе Министерством здравоохранения области закуплено оборудование для вирусинактивации и карантинизации компонентов крови на 32 млн рублей. Запланировано в 2009 году на эти цели 15 млн рублей, в 2010 — 12 млн рублей. Выделены средства на капитальный ремонт зданий Областного центра крови, а также городских — в Новочеркасске и Волгодонске.

Ни одна отрасль медицины так не нуждается в массовой поддержке населения, как служба крови. Сегодня кровь является важнейшим средством в скорпомощной медицине, в травматологии и ортопедии, в онкогематологии, в кардиохирургии, в акушерстве и многих других отраслях медицины. В лечебных учреждениях области ежегодно в переливании крови нуждаются более 130 тысяч человек.

Главный врач Областной станции переливания крови Т. В. Фадеева уверена, что Программа развития службы крови, помимо модернизации и информатизации, будет способствовать возрождению института добровольного донорства. Государственная инициатива, поддержка

политических и общественных деятелей, бизнес-сообщества, средства массовой информации призваны объединить россиян для решения приоритетной задачи по сохранению и приумножению донорского потенциала страны. В свою очередь усилия медицинских работников направлены на безопасность крови (для донора и для реципиента), тщательное обследование доноров, регулярное донорство, ведь регулярно сдающие кровь доноры являются самыми безопасными, они также являются национальным фондом запасов крови, достаточным, чтобы обеспечить потребность всех пациентов, нуждающихся в трансфузиях.

Министр здравоохранения Ростовской области обратилась к работодателям, предпринимателям, руководителям предприятий и организаций, ректорам вузов с призывом к пониманию общественно-значимой задачи по возрождению массового донорства: **«Ваше понимание значения данной программы и активное участие в ней поможет нам выработать алгоритм действия по вовлечению жителей Ростовской области в число активных доноров и, может быть, ваш личный пример будет способствовать пополнению банка крови — стратегического запаса страны и гаранта ее безопасности».**

Руководитель ФМБА России отметил, что реализация Программы позволит «достичь должного технологического уровня и обеспечить безопасность как для донора, так и для реципиента». Значительную роль в этом сыграет создание информационной системы. Во-первых, теперь будет возможно определить всю историю движения пакета с кровью — от донора до реципиента. Во-вторых, полностью будет исключен человеческий фактор, невозможно будет изменить данные во время процедуры проверки крови, которые далее выводятся на штрих-код для каждого пакета. В-третьих, создание базы — это решение вопросов по формированию единого информационного пространства по всей России.

Но главное, по словам В. Уйба, это доноры: «если нет доноров, то и нет службы крови». Глава ФМБА России подчеркнул, что как бы успешно ни шел процесс технического и технологического переоснащения, именно потенциальный донор должен прийти на станцию переливания крови и сдать кровь. Сегодня среди причин спада донорства потенциальные доноры называют отсутствие времени, боязнь, нежелание работодателя идти навстречу работнику, который хочет сдать кровь. А донор, как отметил глава ФМБА России, должен понимать, что донорство крови — это престижно и безопасно. Поэтому особое внимание уделяется развитию массового донорства и воссозданию института донорства.

В заключение видеоконференции В. Уйба отметил, что уже сейчас разрабатываются предложения по реализации Программы развития службы крови до 2020 года.

Справочно

На реализацию Программы развития службы крови выделено более 16 млрд рублей: ежегодно по 4 млрд рублей, а в 2010 году — 4,5 млрд рублей. В результате к 2012 году планируется оснастить 96 региональных и 11 федеральных учреждений службы крови самым современным оборудованием и тем самым решить проблему недостаточной и неравномерной оснащенности станций переливания крови в регионах.

Мы стремимся работать по мировому стандарту

Кузнецов В. И., гл. врач МУЗ «КБСМП № 15», г. Волгоград

В начале 2008 года крупнейшая больница Волгограда МУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15», в которой оказывают более 90 видов стационарной и амбулаторной медицинской помощи, прошла добровольную сертификацию системы менеджмента качества по международному стандарту серии ISO 9001:2000. Это единственная больница региона, которая добровольно внедрила в свою работу мировой стандарт.

В системе здравоохранения России система тотального управления качеством пока не нашла массового применения. Данную систему можно назвать универсальной: в ее основе лежит такое понятие как качество, вернее, превосходное качество во всем, что прямо или косвенно касается системы предоставления услуг.

Не секрет, что уровень качества услуг, которые предоставляют в ЛПУ, не всегда соответствует и минимальным стандартам международного уровня, а, следовательно, не может полностью удовлетворить даже невзыскательного пациента.

Качество медицинской помощи — это процесс взаимодействия врача и пациента, обусловленный не только уровнем квалификации медперсонала и оптимальным использованием ресурсов системы здравоохранения, но и достижением полной удовлетворенности пациента от взаимодействия с медицинской системой.

Медицинская помощь — понятие емкое, оно включает в себя и немедицинские аспекты. Скажем, условия пребывания больных в стационаре. Что нужно, чтобы больному там было комфортно? Свежий воздух, чистое белье, убранное помещение, которое соответствует не только санитарным нормам и правилам, но еще и стандартам эстетики. Должны ли быть большие палаты на шесть, восемь и двенадцать человек? Когда-то ведь они были нужны, когда необходимо было решать глобальные вопросы эпидемиологического профиля, когда пациентов группировали по заболеваниям (тиф и пр.). В настоящее время больные говорят, что не могут находиться в многоместных палатах, это вызывает у них стресс, дополнительные переживания и неудобства от близкого контакта с практически чужими людьми. Получается, что человек попадает в «общезитие». Это вступает в противоречие с ожиданиями пациента.

Пока нет глобальных подходов к внедрению тотального управления качеством в здравоохранении, мы в отдельно взятом учреждении попробовали провести «реформы».

В 2004 году совместно с региональным Центром качества проведена подготовка медперсонала по вопросам внедрения системы менеджмента качества в МУЗ «КБСМП №15» и сертификация учреждения на соответствие требованиям международных стандартов серии ISO. На первом этапе к сертификации была представлена система управления гемодиализом в отделении диализа больницы, которое является городским Диализным центром, оказывающим медицинскую помощь пациентам с терминальным поражением почек. В рамках подготовки к сертификации системы менеджмента качества было разработано руководство по качеству, включающее в себя описание полного жизненного цикла отделения, движение всех ресурсов, утилизацию всех видов отходов, что позволило избежать сбоев в работе и предотвратить возможные дефекты.

Организуя работу в рамках системы, позволяющей управлять качеством, возникла необходимость непрерывного обучения персонала больницы не только в рамках профессиональной подготовки, но и по вопросам менеджмента. С 2005 года на базе больницы функционирует корпоративный Центр обучения персонала, основной целью которого является непрерывная подготовка сотрудников учреждения по вопросам клинического менеджмента и психологии поведения в условиях хронического стресса. В начале обучения не все медработники приняли наше предложение внедрить систему управления качеством, как полезное и нужное дело. Но уже в ходе тренингов многие изменили свое отношение и с искренним интересом стали посещать курсы.

С начала года в клинике внедрена автоматизированная информационная система по оценке результатов экспертизы оказания медицинской помощи, которая позволила проводить программную обработку результатов экспертизы. Программа позволяет проводить анализ качества оказания медицинской помощи на различных этапах: поликлиника, стационар, подразделения, отдельные специалисты и т. д.

В целях дальнейшего совершенствования качества медицинских услуг, а также постоянного мониторинга уровня удовлетворенности пациентов мы разработали и внедрили в практику систему анкетирования не только пациентов, но и медицинских сотрудников. Систематический анализ результатов опроса позволяет выявить «слабые» стороны в системе управления качеством. Если всю работу ЛПУ, начиная от поступления больного в стационар и заканчивая его выпиской, назвать процессом и разбить его на звенья, то окажется, что в рамках каждого микропроцесса можно обнаружить дефект, который необходимо исправить, чтобы усовершенствоваться.

Как выстроена система контроля уровня качества в нашем учреждении? Допустим, анализ, при обращении за медицинской помощью больного с ушибом нижней конечности. Мне, как главному врачу, в первую очередь необходимо выяснить затраты времени на ожидание первичного осмотра, оценить качество и своевременность обезболивания, объем диагностики и т. д. Мы стремимся к максимальному снижению времени ожидания медицинской помощи, проводя постоянный мониторинг этого показателя, выявляя и исправляя дефекты в логистике помощи. Кроме этого, регулярно проводится мониторинг сроков пребывания больных на больничной койке. Так, если фактическое пребывание больного в стационаре с конкретным заболеванием превышает среднестатистическую норму, то для предотвращения возможных осложнений незамедлительно начинается поиск причин: своевременно ли назначены показанные методы диагностики, лечения, получен ли ожидаемый эффект от назначенного лечения и т. д. Это всего лишь один из примеров того, как на практике контролируется уровень качества медицинской помощи в больнице.

Внедрение в МУЗ «КБСМП №15» системы тотального управления качеством не только обеспечивает долгосрочный успех организации в целом и каждого сотрудника в отдельности, но и позволяет повысить уровень удовлетворенности ожиданий пациента.

О качестве и культуре оказания медицинской помощи населению

Яндаров В. М., к.м.н., заслуженный врач ЧР; Джунаидов Л. А., директор Департамента МЗ ЧР, г. Грозный

Возможности медицины из года в год позитивно меняются, однако уровень медицинских знаний, к сожалению, никак не соответствует ожиданиям пациентов и их родственников.

Сегодня имеет место общая неудовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи на фоне активной государственной пропаганды, направленной на повышение рождаемости. Несколько повысившийся уровень рождаемости по стране сопровождается высокими показателями материнской и младенческой смертности. По данным официальной статистики, предотвратимые потери материнской и перинатальной смертности составляют до 40% случаев и связаны они непосредственно с низким качеством медицинской помощи.

Известно, что качество медицинской помощи обеспечивается всеми составляющими элементами системы здравоохранения: материально-техническим обеспечением, кадровыми, научными, организационными, финансовыми, культурными и информационными ресурсами.

Однако нам представляется, что и общественное мнение является существенным источником информации о качестве и культуре медицинского обеспечения населения. Некоторые больные по причине дефицита культуры и качества в ближайших ЛПУ стремятся выехать на обследование и лечение из села в город, из города — в федеральные клиники, а из Москвы — за пределы России. У больных и их родственников сформировалось внутреннее недоверие и опасение обследоваться и лечиться в лечебных учреждениях по месту жительства. Так, из-за распространенного у населения мнения, что поступившие в хирургический стационар по поводу болей в животе якобы могут быть без нужды прооперированы, беременные женщины опасаются госпитализироваться, боясь кесарева сечения.

Органы здравоохранения, руководители медицинских учреждений, да и вся медицинская общественность, к сожалению, никогда и никак не оценивали возможности и перспективы анализа общественного мнения. Организации здравоохранения, в том числе и федерального уровня, не только не помнят о медицинской этике и деонтологии, но и пренебрежительно относятся к понятию «медицинская помощь», назвав ее медицинской услугой. Этика и деонтология врача никогда не признавала медицинскую помощь за некую услугу. Это также является фактором, порождающим отрицательное мнение об отечественном здравоохранении.

К отрицательным факторам относится и то, что мнение общества никогда не влияло на руководителей органов здравоохранения, на коллективы ЛПУ и даже на отдельных практикующих медицинских работников. Такое отношение к общественному мнению формировалось годами по причине, как нам представляется, отсутствия конкуренции, практически отсутствия возможности выбора больными ЛПУ и врача, а также отсутствия у медицинских работников мотивации к бережному и уважительному отношению к больному. Здесь можно говорить и о дефиците культуры медработников. В народе есть поговорка: «Лечиться даром — даром лечиться».

А ведь прислушайся руководитель к общественному мнению о ЛПУ и о своих кадрах, представилась бы возможность выявить недостатки и определить мероприятия для улучшения ситуации.

В последние годы приходится считаться с тем, что вопросы качества медицинской помощи приобретают острую актуальность в связи с прогрессивным увеличением числа гражданских недовольств, судебных исков и судебных-медицинских экспертиз по причине ненадлежащего оказания медицинской помощи, нередко даже при официальной оплате услуг.

Растет количество претензий и жалоб не только от больных, но и от родственников, часть их освещается в официальных медицинских журналах, газетах и на телевидении, часть — становится предметом разбирательства Уполномоченных по правам человека при оценке положения дел в здравоохранении.

К факторам, влияющим на оценку качества медицинского обеспечения, относятся также санитарно-гигиеническое состояние помещений и территории больницы, поликлиники, длительность ожидания приема врача, внешний вид и отношение медицинского персонала, сомнительный профессионализм врачей, удобство графика работы учреждений в целом и различных ее служб, в том числе и служб параклинических.

Практика последних лет показала, что большое значение при оценке медицинской помощи населением придается состоянию лекарственного обеспечения. Общеизвестно, что проблемы с приобретением лекарств, назначенных врачом, и их низкое качество значительно ухудшают общественное мнение. Наглядным примером являлись многочисленные случаи отказов от набора социальных услуг и случаи так называемых отсроченных рецептов в процессе реализации Федерального закона № 178-ФЗ 1999 года «О государственной социальной помощи», а перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи, из года в год сокращается.

Ухудшают оценку медицинского обеспечения и отказы или длительные сроки ожидания госпитализации. В таких случаях у пациентов и их родственников формируется стремление во что бы то ни стало ускорить госпитализацию, вплоть до «через взятку». Уменьшается удовлетворенность больного и работой вспомогательных служб при отпуске процедур через поборы. Бесконечные возмущения пациентов и их родственников вызывают случаи, когда начинается откровенное вымогательство со стороны медицинского персонала.

Итак, анализ общественного мнения о медицинском обеспечении раскрывает многообразие факторов при формировании оценки качества и культуры медицинской помощи.

Значительны в формировании общественного мнения и возможности СМИ. Известны случаи как положительно, так и отрицательного их воздействия на общественное мнение о состоянии здравоохранения не только в каком-либо регионе, но и во всей стране в целом.

С учетом важности рассматриваемой в данной статье темы, хотелось бы рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением, в том числе и центральных, руководителям ЛПУ ввести в практику работы рассмотрение общественного мнения о медицинском обеспечении, и эти данные использовать при решении проблем повышения качества и культуры оказания медицинской помощи.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди детей и подростков в Республике Дагестан и меры по ее улучшению

Адзиев А. А., гл. врач РПТД, ; Ахмеддибирова З. Р., зав. детско-подростковым отделением РПТД, г. Махачкала

Проблема туберкулеза среди детского населения в Республике Дагестан (РД) продолжает оставаться весьма актуальной. Для ее решения требуется проведение комплекса всех противотуберкулезных мероприятий совместно с общей лечебной сетью (ОЛС). В начале 90-х годов прошлого столетия по всей России, в том числе и в Дагестане, заболеваемость среди детей и подростков выросла в 1,5—2 раза. Самый высокий показатель заболеваемости среди детей в РД отмечался в 1999 году — 27,6 на 100 тысяч детского населения. Это был период военных действий на территории Дагестана. С 2005 года отмечено снижение заболеваемости — с 21,1 до 15,7 в 2007 году. Приведем показатели заболеваемости туберкулезом детей в РД по годам: 1997 год — 23,0, 1998 — 18,6, 1999 — 27,6, 2000 — 24,2, 2001 — 25,2, 2002 — 19,8, 2003 — 20,9, 2004 — 17,2, 2005 — 21,1, 2006 — 16,7, 2007 — 15,7. Данные приведены на 100 тысяч детского населения.

Следует отметить, что наблюдается значительный разброс данного показателя по территориям. Ежегодно более чем в 20 районах и городах случаев заболеваемости детей туберкулезом не регистрируется, в 9—10 районах выявляется по 1 случаю. Наиболее высокие показатели заболеваемости в северном регионе республики (в городах: Хасавюрт, Кизляр, Кизилюрт, в районах: Кизилюртовский, Хасавюртовский, Кизлярский, Новолакский, Тарумовский), где показатель колеблется от 25,6 до 61,0 на 100 тысяч детей. За последние три года количество заболевших в этих регионах составило 68,7% к числу вновь выявленных больных. В Махачкале показатель заболеваемости составляет от 27,0 до 30,0 на 100 тысяч детского населения.

В структуре клинических форм преобладают малые формы первичного туберкулеза, вторичные формы составляют 18,1% к числу вновь выявленных больных, внелегочные формы колеблются от 12,2% до 14,4% (табл. 1).

Таблица 1

Структура клинических форм туберкулеза органов дыхания у детей

Формы	2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Туберкулез внутригрудных лимфоузлов	61	57,9	78	58,8	57	54,2	56	70,8
Первичный туб. комплекс	14	15,7	22	16,5	12	11,4	6	7,5
Инфильтративный туберкулез	8	8,9	12	9,0	13	12,3	11	13,9
Очаговый туберкулез	2	2,2	0	0	1	0,9	2	2,5
Экссудативный плеврит	2	2,2	5	3,7	2	1,9	2	2,3
Диссеминированный туберкулез	1	1,1	2	1,5	2	1,9	-	-
Тубинтоксикация	1	1,1	0	0	2	1,9	2	2,5

Выявление у детей туберкулеза в фазе распада и с осложнениями свидетельствует обо все еще сохраняющихся дефектах в работе по раннему выявлению туберкулеза у детей, проведению туберкулинодиагностики, интерпретации полученных результатов, своевременному отбору инфицированных, взятию на диспансерный учет и проведению им химиопротекции. Так, по годам было выявлено: в 2004 году — 5 детей (5,6%), 2005 — 13 (11,0%), 2006 — 14 (15,7%), 2007 — 7 (8,8%).

Профилактическое выявление туберкулеза за последние четыре года остается на одних и тех же цифрах. В период первичного инфицирования («вираж») по РД выявлено: в 2004 году — 50 человек (45,0%), 2005 — 61 человек (45,8%), 2006 — 41 человек (39,1%), 2007 — 40 человек (40,8%). В городах этот показатель выше, чем в сельской местности: 2004 год — 57,3%, 2005 — 65,6%, 2006 — 57,1%, 2007 — 53,8%. Следовательно, в городах работа по раннему выявлению туберкулеза среди детей поставлена лучше.

За последние три года детским отделением РПТД при обследовании окружения детей и подростков, инфицированных туберкулезной инфекцией, выявлены взрослые больные с активными формами туберкулеза в количестве 31 человека, следовательно, 20—25% детей заболевают

от неизвестных очагов, то есть из-за несвоевременного выявления туберкулеза у взрослых по недоработке ОЛС.

При анализе заболеваемости детей туберкулезом в течение последних четырех лет отмечено, что чаще болеют дети дошкольного возраста, причем мальчики чаще, чем девочки (табл. 2).

Охват туберкулинодиагностикой за последние годы возрос за счет бесперебойного обеспечения ЛПУ туберкулином и туберкулиновыми шприцами.

Известно, что инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей являются показателями общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Особенностью современной эпидемиологической ситуации по детскому туберкулезу в РД, а также и в России, является рост числа инфицированных туберкулезом детей, состоящих на учете как угрожаемые по заболеванию туберкулезом (VI группа ДУ). Если в 1990 году число таких детей, взятых на учет, не превышало 4 тысяч (0,9% от обследуемого детского населения республики), то в начале XXI века их количество составляет более 10—12 тысяч (2,2%). По России в целом в 1990 году — 1,0%, в 2005 — 2,3%. Эти дети являются наиболее подверженными заболеванию и особенно нуждаются в проведении профилактических мероприятий.

Распределение заболевших детей по полу и возрасту

Обследованные	2004		2005		2006		2007	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Всего, в т.ч.	111	100,0	133	100,0	105	100,0	98	100,0
Дошкольники	54	48,7	73	54,8	51	48,5	51	52,1
Школьники	57	51,3	60	45,2	54	51,5	47	47,9
Мальчики	51	45,9	77	57,8	52	49,5	51	52,1
Девочки	60	54,1	56	42,2	53	50,5	47	47,9

Всего за три года взято на учет после тубдиагностики, по VI группе: с «виражом» 18467 инфицированных детей, с гиперергией — 5880, с нарастанием — 12022, в том числе по годам:

2005 год — с «виражом» — 5861 человек (1,0%), с гиперергией — 1990 (0,3%), с нарастанием тубпроб — 3624 (0,6%);

2006 год — с «виражом» — 6288 человек (1,1%), с гиперергией — 2127 (0,4%), с нарастанием тубпроб — 4391 (0,8%);

2007 год — с «виражом» — 6318 человек (1,1%), с гиперергией — 1763 (0,3%), с нарастанием тубпроб — 4007 (0,7%).

Всего по VI группам за три года взято на тубучет 36369 человек, в том числе: в 2005 году — 11475 (1,9%), в 2006 — 12806 (2,3%), в 2007 — 12088 (2,2%).

По итогам последних трех лет отмечается недо выявления в республике первично инфицированных детей, поэтому показатель ниже общероссийского. Данное обстоятельство может привести к неэффективности профилактического лечения и формированию в последующем у этих детей кальцинатов во внутригрудных лимфатических узлах.

Внедиспансерная работа врача-фтизиопедиатра определяет интеграцию деятельности фтизиатрической службы и общей лечебно-профилактической сети, является приоритетным направлением в осуществлении противотуберкулезных мероприятий среди детей и подростков. Это обусловлено большим объемом, во-первых, профилактических мероприятий (иммунизация прививкой БЦЖ,

участие в проведении превентивной химиотерапии, неспецифическая профилактика), во-вторых, мероприятий по формированию групп риска, и, в-третьих, по выявлению туберкулеза (туберкулинодиагностика, флюорографическое обследование с 15 лет).

Кроме того, с каждым годом увеличивается число пациентов, у которых заболевание выявлено при обращении за медицинской помощью. Этот факт свидетельствует о необходимости повышения уровня знаний врачей общей практики по вопросам туберкулеза.

Определяется круг задач, стоящих перед учреждениями ОЛС при проведении противотуберкулезных мероприятий:

- иммунизация вакциной БЦЖ детей и подростков;
- туберкулинодиагностика (плановая и индивидуальная);
- выявление лиц, подозрительных на заболевание туберкулезом по клиническим признакам;
- организация флюорографического обследования подростков и контроль проведения дополнительного обследования подлежащих лиц;
- проведение контролируемой превентивной химиотерапии по назначению фтизиатра в амбулаторных условиях в детских дошкольных, школьных и подростковых учреждениях.

С целью раннего выявления туберкулеза у детей в РД с 2004 года осуществляется однократная постановка туберкулиновых проб, двукратная постановка проводится детям из группы риска (табл. 3).

Таблица 3

Туберкулинодиагностика

	РД			Города			Села		
	Подлж.	Сделано	%	Подлж.	Сделано	%	Подлж.	Сделано	%
Однократное обследование детей									
2005	598215	557085	93,1	222057	219683	98,7	376158	337802	89,6
2006	568399	556324	97,9	225013	218697	97,2	343386	337627	98,3
2007	555789	511380	92,0	222540	217980	97,3	333249	293400	88,0
Двукратное обследование детей из групп риска									
2005	32989	31462	95,3	10432	10361	99,3	22557	21101	93,5
2006	31435	30941	98,3	9102	9012	99,0	22353	21929	98,1
2007	30794	29607	96,1	9081	8832	97,2	21713	20769	95,6

Низкий процент охвата детей туберкулинодиагностикой по сравнению со среднереспубликанским отмечается в Акушинском районе (59,8%), Цунтинском, Шаури (83,8%), Тляратинском (85,1%), по Чародинскому району сведения отсутствуют.

По представленным из районов сведениям за 2007 год. имеются разноречивые данные об инфицированности детей в примерно одинаковых по эпидситуации районах, например, дети с «виражом»: Бежтинский участок Цунтинского района — 0,01%, Цумадинский район — 0,4%, Гергебильский — 1,6%, Казбековский — 1,8%, Унцукульский район — 2,0%, при среднереспубликанском

показателе — 1,0%. Такие разноречивые данные свидетельствуют об ошибках в технике проведения туберкулинодиагностики и оценке полученных результатов, что требует дальнейшего усовершенствования знаний медицинских работников среднего звена ОЛС в данном разделе работы.

В 2007 году в РД подлежало обследованию у фтизиатров 56794 ребенка, обследовано 43314 человек, что составило 76,2% (в 2006 — 81,2%). Наиболее низкий процент обследованных отмечается: в Левашинском районе (19,1%), в Рутульском (53,4%), в Кумторкалинском (33,2%), в Тарумовском (34,2%), в Кизлярском

и Ботлихском районах (по 51,0%). Низкий процент обследованных детей объясняется проведением массовой туберкулинодиагностики в декабре 2007 года, дети дообследованы в 2008 году. Значительная часть детей в 7–10-дневные сроки проведения обследования не укладываются, чем и объясняется, в основном, их неявка к фтизиатру. Следствием этого и являются случаи обнаружения запущенных форм туберкулеза.

Для рационализации противотуберкулезных мероприятий разработана система, позволяющая осуществить не только централизованный контроль отдельных разделов работы, но и управление основными противотуберкулезными мероприятиями по обслуживанию больных на уровне областных, краевых, республиканских противотуберкулезных учреждений. Особое значение эта форма работы имеет для обслуживания сельского населения, жителей районов со сложными климатогеографическими условиями, в частности, высокогорных районов.

Централизованное управление противотуберкулезными мероприятиями позволяет добиться качества обслуживания больных туберкулезом при разном уровне подготовки медицинского персонала, неполном укомплектовании штатов медицинскими работниками. Его осуществляет республиканский противотуберкулезный диспансер. Аналогичные формы работы, но в меньшем объеме, проводят межрайонные диспансеры в своей зоне обслуживания.

Учитывая высокую инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей и подростков в республике, с целью улучшения оказания противотуберкулезной помощи детскому населению на базе РПТД организован централизованный контроль диагностики первичного инфицирования детей туберкулезной инфекцией, проведения им химиофилактики и осуществления диспансерного наблюдения. Поэтому два раза в год, после каждой весенней и осенней массовой туберкулинодиагностики, ЛПУ районов и городов представляют в РПТД списки детей, взятых на учет с «виражом», по установленной форме, на бумажном и магнитном носителях.

Туберкулез у подростков

В 2007 году показатель заболеваемости туберкулезом среди подростков составил 44,4 на 100 тысяч населения, вновь выявлено 64 человека (в 2006 году показатель заболеваемости составил 42,0, выявлено 60 человек) (табл. 4).

Наиболее высокая заболеваемость отмечается по следующим территориям: Ногайский, Тарумовский, Цумадинский, Кизлярский, Кумторкалинский, Кизилюртовский районы, а также в городах Кизляр, Кизилюрт, Дербент и Махачкала. В 25 районах и 5 городах случаев заболевания подростков туберкулезом не отмечено, но это еще не является свидетельством эпидблагополучия по туберкулезу в них.

В структуре клинических форм все годы преобладает более распространенная форма — инфильтративный туберкулез легких. Среди подростков в основном выявляются вторичные формы туберкулеза, первичный туберкулез составляет из года в год 10–16%. Количество выявленных с распадом по годам колеблется в пределах 50–58%. Удельный вес подростков-бацилловыделителей увеличился и составил в 2007 году 25% (табл. 5).

Профилактически выявленные больные: в 2005 году — 23 человека (34,8%), в 2006 — 20 (33,3%), в 2007 — 30 (46,8%). Из числа вновь выявленных больных госпитализировано: в 2005 году — 60 человек (90,9%), в 2006 — 55 (91,6%), в 2007 — 60 человек (93,7%).

Наиболее низкий процент охвата подростков туберкулинодиагностикой отмечен в районах: Цунтинском, Шаури (36,8%), Цумадинском (52,0%), Тляртинском, Ботлихском (по 75,0%), Чародинский и Хивский районы отчеты не представили. Обобщенные данные представлены в таблице 6.

Приведем данные взятых на диспансерный учет после тубдиагностики, по годам:

2004 год — с «виражом» — 433 человека (0,4%), с гиперергией — 222 (0,2%), с нарастанием тубпроб — 700 (0,6%);

2005 год — с «виражом» — 445 человек (0,6%), с гиперергией — 349 (0,3%), с нарастанием тубпроб — 654 (0,6%);

Таблица 4

Основные эпидпоказатели по туберкулезу у подростков за 2003–2007 гг.

	Заболеваемость					Болезненность					Смертность				
	2003	2004	2005	2006	2007	2003	2004	2005	2006	2007	2003	2004	2005	2006	2007
РД	50,1	38,8	46,9	42,0	44,4	80,8	69,7	70,4	61,7	68,3	-	0,7	0,3	-	0,6
Город	57,1	45,5	64,3	53,6	47,9	116,2	102,4	86,0	81,4	71,9	-	1,8	0,4	-	-
Село	45,8	34,6	43,0	35,7	42,8	50,0	49,6	61,8	68,6	66,4	-	-	1,1	-	1,9

Таблица 5

Структура клинических форм туберкулеза у подростков, взятых на учет в 2005–2007 гг.

Форма туберкулеза	Количество больных			Процентное		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Инфильтративный	42	41	41	62,6	68,3	68,3
Первичный туб. комплекс	2	-	1	2,9	6,6	1,6
Очаговый	10	4	10	15,0	-	16,6
Экссудативный плеврит	2	7	3	2,9	11,6	5,0
Диссеминированный	5	5	3	7,4	8,3	5,0
ТВЛУ	3	2	2	5,9	3,3	3,2
Внелегочные формы	2	2	4	2,9	3,3	6,2
— в т.ч. туб. менингит	1	1	-	1,4	1,6	-
Всего больных	66	60	64	-	60,0	64,0
Распад	34	34	33	51,1	58,6	55,0
БК+	7	13	16	10,7	22,4	25,0

Таблица 6

Туберкулинодиагностика у подростков

	2005			2006			2007		
	Подлж.	Сделано	%	Подлж.	Сделано	%	Подлж.	Сделано	%
Село	90592	74827	82,5	85655	82316	96,1	82282	76512	93,0
Город	49986	42516	85,0	42064	41329	98,2	40124	39031	97,3
РД	140578	117343	83,4	127724	123645	96,8	122406	115549	94,4

Таблица 7

Охват обследованиями у фтизиатров

	2006 г.			2007 г.		
	Подлж.	Обслед.	%	Подлж.	Обслед.	%
РД	8126	6969	85,7	8392	6577	78,3
Город	4086	3603	88,1	3513	2817	80,2
Село	4040	3356	83,0	4879	3760	77,1

2006 год — с «виражом» — 541 человек (0,4%), с гиперергией — 307 (0,2%), с нарастанием тубпроб — 531 (0,4%).

2007 год — с «виражом» — 619 человек (0,5%), с гиперергией — 387 (0,3%), с нарастанием тубпроб — 780 (0,7%).

Всем взятым на учет назначалась химиопрофилактика в амбулаторных условиях, так как санатория для подростков нет. Данные по охвату обследованиями приведены в таблице 7.

На диспансерный учет из очагов туберкулезной инфекции взято по республике 504 подростка, всего на конец года по контакту состоит 1273 человека. Из числа контактных 2 человека заболело туберкулезом, показатель заболеваемости контактных составил 157,1 на 100 тысяч контингента.

Таким образом, несмотря на стабилизацию основных эпидемиологических показателей в РД в целом, у детей за счет недовыявления показатель заболеваемости имеет вид ломаной кривой.

Позднее выявление туберкулеза и недостаточная работа в очагах туберкулезной инфекции приводит к утяжелению клинической структуры впервые выявленного туберкулеза у детей и подростков с увеличением удельного веса деструктивных процессов. Подростки, выявляемые при обращении в общую лечебную сеть, представляют

наибольшую эпидемиологическую опасность, имея более чем в половине случаев туберкулез с распадом и бактериовыделением.

Для дальнейшего повышения эффективности противо-туберкулезных мероприятий в Республике Дагестан целесообразно проведение следующих мероприятий.

- В соответствии с приказом МЗ РФ от 21.03.2003 №109 решить вопрос о создании Республиканского консультативно-диагностического центра для детей и подростков из групп риска и больных туберкулезом на базе РПТД или ДРКБ.

- Перепрофилировать один из детских тубсанаториев в подростковый и расширить сеть санаторных ДДУ в тех городах, где они отсутствуют.

- В сельских районах, где численность детско-подросткового населения превышает 10—12 тысяч, в штаты ЦРБ ввести должность фтизиопедиатра.

- Усилить контроль над проведением туберкулинодиагностики, вести строгий учет детей и подростков, инфицированных туберкулезом, и обеспечить им проведение профилактических курсов лечения.

- Обеспечить ОЛС Махачкалы рентгено-флюорографической аппаратурой для обслуживания детско-подросткового населения.

ВИЧ-инфекция в Ростовской области — «объект» особого внимания

Бекетова Е. В., д.м.н., гл. врач ГУЗ «ЦПБ со СПИДом и ИЗ в РО», г. Ростов-на-Дону

Стремительное распространение ВИЧ/СПИДа остается одной из самых актуальных проблем современного общества. Как известно, Россия столкнулась с этим заболеванием несколько позже других развитых стран, но быстро догоняет их. Сейчас, по официальным данным, в Российской Федерации зарегистрировано более 460 тысяч лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита.

Разрушительный характер эпидемии очевиден — она представляет серьезную угрозу здоровью и благополучию нации, социальной, экономической и демографической стабильности, национальной безопасности.

Статистика последних лет неутешительна: Россия вышла в лидеры по темпам распространения этой опасной инфекции, занимает первое место в Европе по показателю пораженности населения. Стабилизировать ситуацию пока не удается, хотя необходимо отметить

и то, что пессимистические прогнозы некоторых специалистов о неконтролируемом и «лавинообразном» развитии эпидемии ВИЧ/СПИДа в нашей стране, к счастью, не оправдались.

Ростовская область не осталась в стороне от нашествия этой беды. Более того, хронологически она оказалась одной из первых российских территорий, где началось эпидемическое распространение ВИЧ.

В настоящее время область занимает 28 место среди других административных территорий России по абсолютному числу зарегистрированных ВИЧ-инфицированных. За весь период регистрации ВИЧ-инфекции в Ростовской области на 01.11.2008 г. выявлено 4350 ВИЧ-инфицированных. Из них умерло по разным причинам 925 человек. Кумулятивный показатель пораженности составляет 101,3 на 100 тысяч населения, что значительно ниже

среднероссийского уровня, однако специалисты расценивают эпидемиологическую ситуацию в нашей области как нестабильную и напряженную. Ежедневно поступают данные о новых заболевших ВИЧ-инфекцией, только за 11 месяцев 2008 года зарегистрировано 409 ВИЧ-позитивных лиц, что превышает значение аналогичного периода прошлого года на 2,5%.

Инфицированные ВИЧ проживают на всех территориях области, кроме Верхнедонского района. Из них почти 60% сконцентрированы в Ростове-на-Дону, где показатель на 100 тысяч населения составляет 223,3. Высокие показатели заболеваемости отмечаются и в других крупных городах области: Сальске, Зверево, Батайске, Новочеркасске, Новошахтинске, а также в Красносулинском, Семикаракорском, Аксайском районах; в то же время имеются районы с единичными случаями заболевания.

Динамика эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в Ростовской области в основных чертах соответствует закономерностям развития эпидемии в стране: регистрация единичных случаев до 1996 года; резкий, взрывной подъем заболеваемости с пиком активности в 1997 году, связанный с массовым заражением ВИЧ лиц, практикующих внутривенное употребление наркотиков, затем — постепенное снижение темпов и даже несколько лет относительной стабилизации эпидемии. Однако, начиная с 2005 года вновь наметилось увеличение показателей заболеваемости, но теперь с преимущественным (около 70%) инфицированием половым путем, при незащищенных гетеросексуальных контактах. К сожалению, эта тенденция сохраняется и в 2008 году.

Быстрое распространение заболевания половым путем вовлекает в водоворот эпидемии все большее число социально адаптированных граждан. Под особым ударом оказываются женщины — их доля в общем количестве выявленных ВИЧ-инфицированных стабильно возрастает. А так как подавляющее большинство заболевших — лица молодого, репродуктивного возраста, то прогрессивно растет число ВИЧ-позитивных беременных, и соответственно детей, рожденных ВИЧ-инфицированными мамами. Всего за 19-летний период регистрации ВИЧ-инфекции в Ростовской области родилось 475 таких детей, причем более половины из них — за последние 4 года.

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в мире в последние годы осложняется ростом у ВИЧ-инфицированных заболеваемости туберкулезом, который является одной из наиболее распространенных оппортунистических инфекций у этой категории больных. Взаимодействие этих двух заболеваний иногда называют «смертельным дуэтом»: одно ускоряет развитие другого и часто приводит к летальному исходу. В Ростовской области из общего числа состоящих на диспансерном учете ВИЧ-инфицированных 10% имеют данную сочетанную патологию и количество таких больных увеличивается с каждым годом.

Все это происходит на фоне того, что радикальных средств профилактики пока не найдено. Заболевание, несмотря на появление эффективных методов терапии, остается неизлечимым. Сохраняется неприязненное, негативное отношение к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом со стороны части населения, и даже, к сожалению, отдельных медицинских работников, а это ведет к тому, что заболевшие из-за опасения оглашения диагноза и преследований замыкаются в своем горе, ограничивают контакты, неохотно посещают лечебные учреждения. Оставаясь длительное время недоступными для профилактики и лечения, они подпитывают эпидемию.

Что же предпринимается, чтобы изменить сложившееся по ВИЧ-инфекции положение? Как осуществляется деятельность, направленная на борьбу с ВИЧ/СПИДом?

Острота сложившейся ситуации способствовала тому, что в последние годы в нашей стране произошло переосмысление оценок и подходов к проблеме ВИЧ/СПИДа. Тема ВИЧ-инфекции все громче звучала не только в профессиональной среде медиков, но и на высших уровнях власти. Переломным в истории эпидемии в России стал 2006 год. В этом году была создана правительственная комиссия по координации усилий всех служб и ведомств, впервые разработаны стандарты по оказанию медицинской помощи, заработал приоритетный национальный проект «Здоровье» с разделом «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ», радикально увеличилось финансирование на профилактические и лечебные мероприятия из средств государственного бюджета.

В Ростовской области эпидемия ВИЧ/СПИДа давно перестала быть только медицинской проблемой. Заболевание постоянно находится в поле зрения Администрации области, которой принадлежит лидирующая позиция и координирующая роль в осуществлении всего комплекса мероприятий, направленных на противодействие эпидемии. В апреле 2007 года был создан областной Межведомственный совет по вопросам борьбы с ВИЧ-инфекцией. С этого момента обозначился новый этап в работе: началось формирование региональной стратегии противодействия эпидемии, перестройка характера и направленности профилактических мероприятий. Активно привлекаются к сотрудничеству все заинтересованные структуры, ведомства, службы, общественные организации, представители бизнеса, средства массовой информации, молодежное волонтерское движение.

Устойчивое нарастание эпидемии и ее негативных последствий требует пропорционального увеличения финансовых вложений. Ежегодно с 2006 года в Ростовскую область направляются необходимые средства на проведение профилактических мероприятий, на выявление и лечение ВИЧ-инфицированных в рамках нацпроекта «Здоровье». Однако, понимая, что одним федеральным бюджетом эту социальную угрозу не победить, наша область вносит и свою немалую лепту в профилактические мероприятия, поддержку и лечение данной категории граждан. С 2001 года осуществляется целевое программное планирование мероприятий по предупреждению развития заболевания — «АНТИ-ВИЧ/СПИД». В 2007 году было запланировано финансирование этой программы в объеме 6889,4 тыс. руб. Предусмотренные мероприятия были реализованы и профинансированы в полном объеме. В 2008 году запланированное финансирование составило 8791,4 тыс. руб.

Организация и непосредственное исполнение масштабных задач по противодействию эпидемии, особенно в части медицинской компоненты, возложено на Государственное учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» в Ростовской области. Центр был организован в 1989 году, в период, когда ВИЧ-инфекция только начала проникать в нашу страну и область, и с тех пор находится на передовых рубежах в сражении с этим опасным противником. Это единственное на территории области медицинское учреждение, занимающееся вопросами ВИЧ-инфекции и СПИДа. Здесь предоставляется лечебно-консультативная и лабораторно-диагностическая помощь, осуществляется профилактическая и методическая деятельность, проводится мониторинг эпидемиологической ситуации, постоянно ведется поиск и внедрение в практику новых подходов к решению задач, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции и связанных с ней заболеваний.

Ежедневно сюда обращается большое количество людей, которых так или иначе затронула ВИЧ-инфекция. Среди них и больные ВИЧ/СПИДом, и их родственники, и те, у кого были контакты с инфицированными ВИЧ, а также лица, желающие обследоваться и получить консультации. У каждого из этих людей с ВИЧ-инфекцией связано бесконечное множество личных трагедий, волнение за свое здоровье и здоровье своих близких. На помощь им приходят опытные врачи и медсестры, посвятившие свою деятельность профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией: инфекционисты, педиатры, гинекологи, фтизиатр, дерматовенеролог, психолог, эпидемиологи.

В 2006 году в структуру центра вошел специализированный инфекционный стационар на 50 коек, где ВИЧ-инфицированные находятся на лечении в периоды обострения заболевания. К новому 2009 году, после проведения капитального ремонта стационар откроется вновь, но уже полностью оснащенный в соответствии с современными требованиями. Это, безусловно, повысит качество медицинской помощи ВИЧ-инфицированным больным.

Особенностью ВИЧ-инфекции является то, что человек, заразившийся ВИЧ, долгое время может не нуждаться в медицинской помощи и тем более в приеме специфических лекарственных препаратов. Однако, со временем у большинства инфицированных наступает момент, когда возникает необходимость в лечении. В последние годы разработана и с успехом применяется во всем мире так называемая антиретровирусная терапия (АРВТ), способная приостановить размножение вируса, значительно снизить его количество в организме и защитить иммунную систему от разрушения. Как правило, применяется одновременно несколько (чаще три) противоретровирусных препаратов разных классов. Такая комбинированная терапия гораздо эффективнее и оставляет вирусу меньше шансов выработать устойчивость к лечению. АРВТ не дает полного излечения от ВИЧ-инфекции, но с ее помощью улучшается самочувствие, болезнь перестает прогрессировать, существенно продлевается жизнь ВИЧ-инфицированных. Таким образом, ВИЧ-инфекция благодаря современным методам лечения перешла из категории смертельных заболеваний в категорию долгосрочных хронических заболеваний. Среди пациентов Центра есть те, кому лечение уже необходимо, и те, кому оно потребуется в ближайшее время. Важнейшим условием при назначении им лекарственных препаратов является наличие не только медицинских показаний, но и так называемая «приверженность», то есть готовность больного лечиться. Дело в том, что для достижения оптимальных результатов АРВТ больной должен в течение длительного времени соблюдать особый режим приема препаратов, исключая нарушение интервалов и самовольное прекращение лечения. В противном случае — это чревато развитием резистентности. Именно эти условия, предъявляемые к лечению, для многих ВИЧ-инфицированных трудно выполнимы, так как образ их жизни часто оказывается несовместимым со строгими правилами АРВТ. Работа с этими пациентами требует от врачей Центра особого подхода, определенных человеческих качеств, таких как терпение, лояльность и, конечно, профессиональных навыков. Больных информируют и убеждают в жизненной необходимости терапевтических процедур. В настоящее время специфическую АРВТ в области получают свыше 400 ВИЧ-инфицированных — все те, кто нуждается в лечении и хочет лечиться.

Учитывая массовое вовлечение в эпидпроцесс женщин, особое внимание требуется профилактике ВИЧ-инфекции среди женской части населения, предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку на всех этапах дородового

периода, во время и после родов, а также диспансерному наблюдению за детьми, родившимися от ВИЧ-позитивных женщин. Последние два года во всех учреждениях службы охраны материнства и детства области (женских консультациях, родильных домах, детских консультациях) внедрена система профилактики вертикального пути передачи ВИЧ. Достигнуты неплохие результаты. Процент беременных с ВИЧ, получивших химиопрофилактику в 2007 году, составил 91,5%, в текущем году он возрос и приблизился к 100%.

С учетом отдаленности проживания многих больных области от Ростова-на-Дону, сложной является задача по обеспечению доступной, максимально приближенной к этим пациентам медицинской помощи, включая диагностику, диспансеризацию и лечение. Поэтому в каждом городе и районе области в ЛПУ имеются врачи, которые курируют данный раздел работы и призваны на местах решать все проблемы, возникающие у больных, проводить профилактические мероприятия. Медперсонал Центра постоянно поддерживает связь со специалистами областных ЛПУ, уделяя большое внимание их обучению.

За последние годы объем работы, выполняемой специалистами Центра, значительно расширился. Возрастающий уровень информированности населения о ВИЧ-инфекции, о возможностях лечения и врачебного наблюдения привлекает сюда все большее число пациентов, в том числе нуждающихся в АРВТ. Поликлиника и стационар Центра работают с перегрузкой, однако несмотря на это нашим пациентам предоставляется полноценная, качественная медицинская помощь, проводится необходимое консультирование.

Важным звеном в обслуживании пациентов Центра является лабораторная диагностика. В лабораториях Центра, оснащенных современным высокотехнологичным оборудованием, выполняются сложные клинические, иммунологические, серологические исследования, включая проточную цитометрию для определения иммунного статуса, вирусной нагрузки, результаты которых используются для назначения адекватной терапии, прогнозирования развития заболевания, коррекции применяемых методов лечения. Все эти исследования проводятся для пациентов Центра бесплатно.

Безусловно, самым эффективным инструментом предотвращения многих заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции, является профилактика. В Ростовской области большое значение придается работе по повышению уровня информированности населения, особенно молодежи и подростков, о мерах личной и общественной профилактики и формированию социально-безопасной модели поведения, устранению стигмы и дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным, для чего используются региональные и местные телеканалы, радиовещание, печатные СМИ, Интернет.

В 2008 году по территории Ростовской области прошел автопробег «СПИД-СТОП!», направленный на привлечение внимания широких масс населения к проблеме ВИЧ/СПИДа, информирование о средствах и методах профилактики, формирование установки на здоровый образ жизни.

Центр по профилактике и борьбе со СПИДом в Ростовской области — это учреждение, где работают энтузиасты своего дела, способные понять чужую боль, оказать не только медицинскую помощь, но и психологическую поддержку больным и их родственникам. Благодаря их большому опыту и ответственному отношению к работе решаются сложные задачи, стоящие перед службой профилактики и борьбы со СПИДом, а это немалый вклад в общее дело противодействия эпидемии.



МЕДТЕХНИКА и ФАРМАЦИЯ

18 Всероссийская специализированная выставка



НИЖНЕВОЛЖСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ



ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЭКСПОЗИЦИИ:

- медицинская техника, оборудование
- расходные материалы
- оборудование для контрольно-аналитических лабораторий
- новые технологии комплексной реабилитации
- фармацевтические препараты
- БАДы, минеральные средства и витамины
- диетическое и лечебное питание



- Выставка "Стоматология"
- оборудование
- установки
- инструмент
- материалы
- Симпозиум стоматологов России
- Мастер-классы
- Обучающие семинары

ОФИЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА:

Комитет здравоохранения Администрации Волгоградской области
Департамент здравоохранения Администрации г. Волгограда



Организатор:

Выставочный центр "ВолгоградЭКСПО"
Тел./факс: (8442) 26-52-72, 49-19-29
E-mail: masha@volgogradexpo.ru
www.volgogradexpo.ru

Официальная поддержка



Генеральный информационный спонсор



Генеральный информационный партнер



3-5
МАРТА
2009

ВОЛГОГРАД

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ



СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА

26 - 28 февраля 2009 г.

РОСТОВ-на-ДОНУ

ВЦ "ВертолЭкспо", пр. Нагибина, 30



PHARMA

Ю Г



ВЫСТАВКА

КОНФЕРЕНЦИЯ

ЮГ



EXPO

Www. Plaza-expo.ru

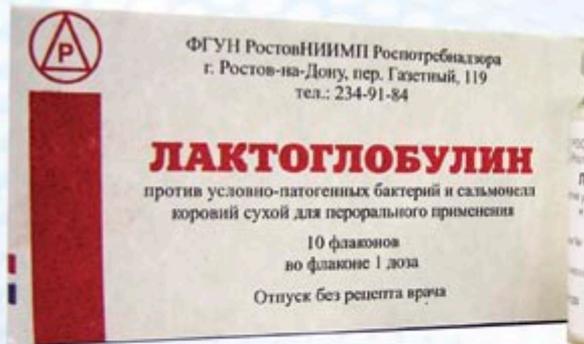
При содействии:



Министерство здравоохранения
Ростовской области

ВЫСТАВОЧНАЯ ФИРМА
PLAZAexpo

Тел.: (863) 262-70-57
262-70-56



ЛАКТОГЛОБУЛИН
противоколипротейный
коровий сухой для перорального применения

ЛАКТОГЛОБУЛИН
против условно-патогенных бактерий и сальмонелл
коровий сухой для перорального применения
Отпуск без рецепта врача

**Разработчик и производитель
ФГУН «Ростовский научно-исследовательский
институт микробиологии и паразитологии»**

г. Ростов-на-Дону, пер. Газетный, 119
(863) 234-29-33, 234-91-83

Официальный торговый представитель на рынке РФ

ООО «Медина»

г. Ростов-на-Дону, пер. Жлобинский, 18А
(863) 290-22-17, 290-22-18, 290-22-19

www.medinafarm.ru

12 лет на фармацевтическом рынке



*Год основания
1897...*

**Компания-производитель
нестерильного
крученого шовного
хирургического материала:**

- 100% натуральный шелк
- 100% капрон
- 100% лавсан

Также предлагаем к реализации

- ✓ Нестерильную плетеную продукцию
- ✓ стерильную нить наших российских и зарубежных (Беларусь) партнеров различной комплектации и длины нити
- ✓ электроды для временной кардиостимуляции
- ✓ сетки эндопротезные для герниопластики



ООО «МОСНИТКИ»

Адрес офиса и склада: 127254, г. Москва, Огородный проезд, 2А (станция метро «Тимирязевская»)
Тел./факс (многоканальный) (495) 926-91-66 E-mail: mosnitkist@mail.ru; сайт: www.mosnitki.ru

Информационное письмо по применению препаратов иммунных лактоглобулинов для лечения и профилактики острых кишечных инфекций и дисбактериоза у детей

Соболева С. В., д.м.н., руководитель лаборатории микробиологии и разработки иммунобиологических препаратов ФГУН «РНИИМП Роспотребнадзора», г. Ростов-на-Дону

Введение. Лактоглобулины (противоколипротейный и против условно-патогенных бактерий и сальмонелл) — новый класс экологически чистых, безвредных отечественных биопрепаратов перорального применения, не имеют аналогов за рубежом.

Препараты разработаны Ростовским НИИ микробиологии и паразитологии. За разработку и внедрение в практическое здравоохранение иммунных лактоглобулинов для лечения и профилактики острых кишечных инфекций и дисбактериозов коллективу разработчиков в 1996 году присуждена Государственная премия РФ в области науки и техники. В 2005 году лактоглобулины удостоены золотой медали Международного конкурса «Европейское качество».

Препараты представляют собой стерильную лиофилизированную фракцию иммуноглобулинов молочной сыворотки коров, предварительно вакцинированных против комплекса возбудителей — микроорганизмов, вызывающих кишечные инфекции и дисбактериозы. Сочетают в себе свойства этиотропного и патогенетического средства. Нормализуют микрофлору кишечника, обладают определенной степенью бифидогенности. При применении в комплексе с антибиотиками предотвращают дисбиотические осложнения антибиотикотерапии. Препараты нормализуют иммунный статус организма на клеточном и гуморальном уровне, повышают сопротивляемость организма к бактериальным и вирусным инфекциям. При многолетнем применении препаратов побочные отрицательные эффекты не выявлены.

Лактоглобулин противоколипротейный коровий, лиофилизат для приготовления раствора для приема внутрь (рег. уд. №ЛСР-003127-250408, ФСП 42-0425-6627-05).

Применение препарата показано при заражении энтеропатогенными кишечными палочками, бактериями протей, при нарушениях нормального состава кишечной микрофлоры любой этиологии.

Состав. Сухое вещество во флаконах, содержащее не менее 96% глобулиновых фракций иммунного молока коров, относящихся к классам IgG, IgA и IgM, обладающих антительной активностью к патогенным *Escherichia coli* сероваров 026, 055, 0111, 0119, *Proteus vulgaris*, *Proteus mirabilis*, стафилококку, ротавирусам.

Физико-химические свойства. Лيوфилизат желтовато-белого цвета, без запаха, слегка солоноватый на вкус. Легко растворяется в дистиллированной воде. Раствор представляет собой прозрачную или слабоопалесцирующую жидкость со слегка желтоватым оттенком, pH 7,0±0,5, белок 5±0,5%.

Фармакология. Лактоглобулин обладает антимикробным и токсиннейтрализующим действием по отношению к патогенным эшерихиям, бактериям протей, стафилококку, ротавирусам, токсинам грамотрицательных бактерий, препятствует адгезии этих микроорганизмов в кишечнике, обладает бактерицидными и агглютинирующими свойствами, нормализует микрофлору кишечника, восстанавливает иммунный статус организма, снимает синдром

токсикоза и эксикоза, нормализует водно-солевой обмен, ускоряет репаративные процессы.

При лечении дисбактериоза, сопровождающегося массивным выделением бактерий протей, превосходит действие препаратов эубиотиков и бактериофагов.

При применении лактоглобулина в комплексе с препаратами эубиотиками для лечения тяжелых дисбактериозов кишечника получен синергический эффект. Микроорганизмы — возбудители ОКИ не вырабатывают устойчивости к лактоглобулину.

Клинические исследования. Во время государственных клинических испытаний, которые проводились в клиниках детских инфекций Центрального НИИ эпидемиологии МЗ СССР, Ростовского-на-Дону ордена Дружбы народов медицинского института, Саратовского медицинского института, Ленинградского ордена «Знак почета» НИИ детских инфекций МЗ РСФСР, а также в инфекционных и соматических отделениях детских и областных больниц г. Сумы (УССР), Ростова-на-Дону, Волгодонска, Таганрога, Батайска и других, препарат применялся, в первую очередь, для лечения колиинфекции и дисбактериоза, сопровождающегося массивным выделением бактерий протей.

Проведенные клинические испытания препарата свидетельствуют о безвредности и ареактогенности противоколипротейного лактоглобулина. Не выявлено отрицательных реакций со стороны крови, желудочно-кишечного тракта или аллергических проявлений у детей, получавших препарат.

Лактоглобулин оказывает хороший терапевтический эффект, особенно наглядно проявляющийся при тяжелом течении болезни. Значительно ускоряется процесс выздоровления. При колиинфекции в 1,5—2,0 раза быстрее, чем при обычных методах лечения, снимаются явления токсикоза и эксикоза, улучшается общее состояние больных, наступает нормализация стула, отмечается положительная динамика веса. Не отмечено рецидивов заболевания. Специфическое антибактериальное действие препарата на эшерихии серотипов 0111, 0119, 026, 055 установлено к 5—7 дню лечения.

В тяжелых случаях специфический антибактериальный эффект достигается к 14-му дню от начала лечения у 97,2% больных.

Во всех случаях наступает нормализация микрофлоры кишечника, в том числе восстанавливается бифидо- и лактофлора.

При лечении больных с диагнозом дисбактериоз, сопровождающийся массивным выделением бактерий протей, клинический и бактериологический эффект отмечен к 14—21 дню от начала применения лактоглобулина. Сроки нормализации всех клинических и бактериологических показателей сокращаются в 1,8—2,2 раза по сравнению с общепринятыми методами лечения данного заболевания.

Препарат оказался эффективным при лечении новорожденных детей с диарейными заболеваниями.

Применение лактоглобулина в комплексной терапии сепсиса у новорожденных и детей первых месяцев жизни

предотвращает развитие дисбиотических осложнений антибиотикотерапии.

Вскармливание детей недоношенных и с патологией новорожденных смесями, обогащенными лактоглобулином, оказывает положительный эффект на процессы нормализации иммунного статуса и восстанавливает нормальную микрофлору кишечника ребенка.

Полученные во время государственных клинических испытаний данные свидетельствуют о том, что противомикробный лактоглобулин оказался эффективным средством для лечения кишечных инфекций и дисбактериозов у детей.

Лактоглобулин против условно-патогенных бактерий и сальмонелл коровий, лиофилизат для приготовления раствора для приема внутрь (рег. уд. №ЛСР-002636/08-090408, ФСП 42-0425-6628-05)

Применение препарата показано при лечении у детей диарейных заболеваний, вызванных сальмонеллами группы В (*tuphimurium*), сальмонеллами группы D (*enteritidis* и *dublin*), протеем (*mirabilis* и *vulgaris*), псевдомонас (*aeruginosa*), клебсиеллой (*pneumoniae*), ассоциациями этих микроорганизмов, дисбактериозов, а также для профилактики сальмонеллезной инфекции у новорожденных и детей групп риска по заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ранний перевод на искусственное или смешанное вскармливание, применение антибиотиков и химиопрепаратов, воспитание в домах ребенка), у контактных с заболевшими сальмонеллезной инфекцией.

Состав. Сухое вещество во флаконах, содержащее не менее 96% глобулиновых фракций иммунного молозива коров, относящихся к классам IgG, IgA и IgM, обладающих антительной активностью к сальмонеллам (*tuphimurium*, *enteritidis*, *dublin*), клебсиеллам (*pneumoniae*), протеем (*mirabilis* и *vulgaris*), псевдомонадам (*aeruginosa*), стафилококку, ротавирусам.

Физико-химические свойства. Лيوфилизат желтовато-белого цвета, легко растворимый в воде, без запаха, слегка солоноватый на вкус. Раствор представляет собой прозрачную или слабоопалесцирующую жидкость со слегка желтоватым оттенком, pH 7,0±0,5, белок 5±0,5%.

Фармакология. Лактоглобулин обладает антимикробным и токсиннейтрализующим действием по отношению к сальмонеллам, клебсиеллам, бактериям протеев, псевдомонадам, стафилококку, цитробактеру, ротавирусам, препятствует адгезии этих микроорганизмов в кишечнике, обладает бактерицидными и агглютинирующими свойствами, нормализует микрофлору кишечника, стимулирует восстановление в кишечнике бифидо- и лактобактерий, способствует заживлению слизистой желудочно-кишечного тракта, восстанавливает иммунный статус организма.

При лечении дисбактериозов, сопровождающихся выделением условно-патогенных энтеробактерий, ускоряет процесс нормализации микрофлоры за счет элиминации этих микроорганизмов из кишечника, стимулирует восстановление бифидо- и лактобактерий, превосходит действие препаратов зубиотиков и бактериофагов.

При применении лактоглобулина в комплексе с препаратами зубиотиками получен синергический эффект.

Микроорганизмы — возбудители ОКИ не вырабатывают устойчивости к лактоглобулину.

Клинические исследования. Государственные клинические испытания препарата проведены на клинических базах Ленинградского ордена Знак почета НИИ детских инфекций (ведущее учреждение), кафедры детских инфекций Ростовского-на-Дону медицинского института (II детское инфекционное отделение БСМП №1 им. Семашко), Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей (отделение патологии и выхаживания новорожденных ГКБ №7 г. Москвы и отделение

патологии новорожденных детской инфекционной больницы №6 г. Москвы), Московского НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ (отделение выхаживания недоношенных новорожденных ГКБ №13 г. Москвы) по программе, согласованной с ГИСК им. Л. А. Тарасевича и утвержденной Комитетом МИБП 31 мая 1991 года. Общее число обследованных детей составило 564 человека.

При анализе материала, полученного на всех клинических базах, выявлено положительное влияние применения иммунного лактоглобулина на общее клиническое состояние больных и течение острых кишечных инфекций, вызванных условно-патогенными энтеробактериями и сальмонеллами. Уменьшение частоты и улучшение характера стула отмечалось в первые 3 дня лечения у 50% больных опытной группы, против 10% больных, получавших традиционную терапию (контрольная группа). Нормализация стула в опытной группе наступала в среднем через 5,1±0,32 дня, в контрольной группе — через 7,9±1,32 дня ($p<0,01$). Токсический синдром купировался в течение первых трех дней у 90,4% больных опытной группы и у 65,7% — контрольной группы, продолжительность токсического синдрома составила в среднем 3,8±0,21 день и 5,6±0,16 дня соответственно ($p<0,01$). Симптомы экзема исчезали в первые три дня лечения у 100% больных, принимавших лактоглобулин и только у 51,4% больных контрольной группы ($p<0,01$).

Очищение организма от возбудителя инфекции (клебсиелла, протей, стафилококк, синегнойные бактерии, сальмонеллы) у 86,3±3,4% больных опытной группы наступало на 7—9 день от начала лечения, в то время как при базисной терапии в эти сроки очищение от возбудителя отмечалось у 52,3±5,6% больных.

При обследовании больных в отдаленные сроки (20—30 дней после выписки) возбудитель болезни у детей опытной группы не выделялся, не отмечено рецидивов инфекции. В контрольной группе отмечены рецидивы в 4,3% случаев.

При лечении детей с гастроэнтероколитами неустановленной этиологии был получен аналогичный клинический эффект.

Применение препарата для лечения детей от 0 до 1 месяца с дисбактериозами П-1У степени, сопровождающимися выделением условно-патогенной микрофлоры, при наличии локальных гнойно-воспалительных очагов выявило хороший клинический эффект. Дети находились в отделениях патологии новорожденных и выхаживания недоношенных трех клинических больниц Москвы.

Отмечено значительное уменьшение тяжести течения кишечного синдрома и выраженности его симптомов, ускорение нормализации всех клинических показателей в 1,5—2 раза. Отмечено быстрое нарастание весовой кривой.

Во всех случаях применения иммунного лактоглобулина у новорожденных с гнойно-воспалительными очагами отмечено быстрое купирование очагов инфекции, ни в одном случае не возникли новые очаги инфекции или дисфункция кишечника, при наблюдении в течение 1—1,5 месяцев после выписки из стационара не возникло рецидива, что свидетельствует о том, что препарат способствует повышению противомикробной резистентности и эффективности антибиотикотерапии. У 71% детей произошла нормализация гематологических показателей. Нормализация наблюдалась как в группе детей, имевших значительный лейкоцитоз со сдвигом влево, так и исходную лимфопению. Препарат обеспечивает эффективную элиминацию из кишечника представителей условно-патогенной микрофлоры — клебсиелл, синегнойной палочки, протеев, лактозонегативных штаммов кишечной палочки и штаммов, обладающих гемолитическими свойствами, а также стафилококков. Элиминация возбудителей

наступает в 1,5—2 раза быстрее, чем в группе детей, получавших базисную терапию. Нормализовалась бифидо- и лактофлора.

Наиболее оптимальным вариантом лечения недоношенных новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями в тяжелой форме и развившимся на фоне антибиотикотерапии дисбактериозом было сочетанное применение лактоглобулина с бифидумбактерином. Препарат повышает эффективность антибиотикотерапии, коррегирует показатели иммунитета.

Аналогичные результаты получены при включении лактоглобулина в комплексное лечение новорожденных, больных пневмонией.

Лактоглобулин безвреден, хорошо переносится даже глубоконедоношенными новорожденными детьми и может быть использован в неонатологии не только с лечебной, но и с профилактической целью для предупреждения развития дисбактериоза у детей, получающих антибиотикотерапию на фоне инфекционно-воспалительного процесса.

Полученные во время государственных клинических испытаний данные свидетельствуют о том, что лактоглобулин против условно-патогенных бактерий и сальмонелл — эффективное средство для лечения диарейных заболеваний, вызванных сальмонеллами групп В (*typhimurium*), сальмонеллами групп D (*enteritidis* и *dublin*), протеем (*mirabilis* и *vulgaris*), псевдомонасом (*aeruginosa*), клебсиеллой (*pneumoniae*), и дисбиозов, а также гнойно-воспалительных заболеваний соответствующей этиологии у детей, начиная с периода новорожденности.

Эффективность применения препаратов для профилактики ОКИ и дисбактериоза у детей групп риска.

Учитывая механизмы действия препаратов и их свойства, а также безвредность при применении даже у глубоконедоношенных детей, изучили профилактический эффект применения лактоглобулинов у 407 детей различных групп риска.

Серьезную группу риска по заболеваемости ОКИ представляют дети, воспитывающиеся в домах ребенка. Многочисленные факторы риска, одним из которых является отсутствие грудного вскармливания с первых дней жизни, приводят к развитию дисбактериоза. Сформировавшиеся нарушения микробиоценоза кишечника снижают иммунобиологическую реактивность организма, что способствует возникновению различных соматических и инфекционных заболеваний.

При фоновом обследовании микрофлоры кишечника детей от 3 месяцев до 3,5 лет, находящихся в специализированных домах ребенка для детей с органическими поражениями ЦНС, неблагоприятных по заболеваемости острыми кишечными инфекциями, у 85,4% детей были выявлены нарушения микробиоценоза кишечника, относящиеся ко II-III степени (ОСТ 91500.11.004—2003 «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника»). У 100% детей был снижен уровень бифидобактерий, у 75% — лактобактерий, у 36% детей — кишечной палочки. У 83% детей были выделены грибы рода Кандида, у 61% детей — стафилококки с признаками патогенности, у 41% детей — условно-патогенные энтеробактерии (лактозоотрицательные, гемолизующие кишечные палочки, протей, клебсиелла, цитробактер) в количестве 5—8 Ig/g фекалий.

У 58% детей на фоне снижения бифидо- и лактофлоры были обнаружены ассоциации из 2—4 видов условно-патогенных микроорганизмов.

Для коррекции микробиоценоза кишечника и профилактики кишечных инфекций на протяжении трех лет в домах ребенка ежегодно проводили по 2—3 курса вскармливания детей молочными продуктами, обогащенными противополиптерейным лактоглобулином или лактоглобулином против условно-патогенных бактерий и сальмонелл

(по 1 дозе 2 раза в день от 10 до 14 дней). Интервал между курсами составлял 3—4 месяца. Лактоглобулины давали совместно с бифидо- и/или лактосодержащими препаратами. Лактоглобулин против условно-патогенных бактерий и сальмонелл по 1 дозе 2 раза в день в течение 14 дней давали всем поступающим в дома ребенка детям, находящимся в изоляторе.

Обследование микрофлоры кишечника после дачи лактоглобулина выявило улучшение микробиоценоза. У 76% детей микрофлора кишечника была в пределах нормы, у 24% выявлены нарушения I степени.

За весь период наблюдения при многократном обследовании детей патогенная микрофлора и *S. typhimurium* не выделялись, вспышки острых кишечных инфекций не регистрировались.

Аналогичные результаты были получены при применении препарата лактоглобулина против условно-патогенных бактерий и сальмонелл у 150 детей групп риска с периода новорожденности в течение первого года жизни. Работа проведена совместно с кафедрой детских инфекций РостГМУ. Применение лактоглобулина после выписки из роддома, а также в критические периоды по 1 дозе 2 раза в день в течение 14 дней, позволило предупредить развитие диарейных заболеваний у детей раннего возраста и в 2,5 раза, по сравнению с контрольной группой, снизить заболеваемость ОРВИ. У 15% детей контрольной группы на протяжении первого года жизни регистрировались заболевания острыми кишечными инфекциями, вызванные условно-патогенными энтеробактериями.

Лактоглобулин против условно патогенных бактерий и сальмонелл был использован для экстренной профилактики сальмонеллезной инфекции, вызванной антибиотико- и фагорезистентными штаммами *S. typhimurium* в одной из групп детского сада и в родильном доме. В детском саду 18 детей в возрасте 3—4 лет, бывшие в контакте с 7 заболевшими детьми, принимали лактоглобулин по 1 дозе 2 раза в день в течение 10 дней. Для санации четырех бактериовыделителей *S. typhimurium* лактоглобулин давали по 2 дозы 2 раза в день 14 дней совместно с сальмонеллезным бактериофагом. При многократном обследовании детей после проведенного курса применения препарата *S. typhimurium* не выделена. Вспышка инфекции была прервана.

В родильном доме препарат получили контактные с заболевшими: 36 новорожденных по 0,5 дозы 2 раза в день в течение 10 суток и 108 взрослых (36 родильниц, 36 беременных, 36 сотрудников) — по 1 дозе 2 раза в день, 10 суток. После проведенного курса при многократном обследовании контактных *S. typhimurium* не выделена.

Применение лактоглобулина предотвратило дальнейшее распространение инфекции.

Таким образом, положительный опыт применения препаратов лактоглобулинов с целью профилактики острых кишечных инфекций у детей групп риска открывает перспективы использования их в комплексе мероприятий, направленных на снижение инфекционной заболеваемости, а также для экстренной профилактики сальмонеллезной инфекции в родильных домах и детских дошкольных учреждениях.

Опыт применения лактоглобулина против условно-патогенных бактерий и сальмонелл в комплексной терапии аллергических заболеваний у детей.

Работа проведена совместно с детским реабилитационным центром Ростовского областного врачебно-физикультурного диспансера.

Под наблюдением находилось 104 ребенка, в том числе с атопическим дерматитом 38 (36,5%), бронхиальной астмой 36 (34,6%), аллергическим бронхитом 30 (28,8%). Возрастная структура больных была следующая: в возрасте до 1 года обследовано 18 детей (17,3%), 1—3 лет — 20 детей

(19,2%), 3—7 лет — 24 (23%) и 7—14 лет — 42 больных (40,3%). Продолжительность заболевания до начала проводимого лечения составила от 3 месяцев до 7 лет.

У обследованных детей нарушение микробиоценоза кишечника характеризовалось выделением условно патогенных микроорганизмов в различных ассоциациях, сочетающихся у 30,8% больных со снижением лактобацилл до Ig 2—3 в 1 г фекалий, в 13,5% — бифидобактерий до Ig 4—5 в 1 г фекалий. У 59,6% обследованных детей выделяли *Klebsiella pneumoniae* в количестве Ig 4—7 в 1 г фекалий в ассоциации с золотистым стафилококком (Ig 3—6 в 1 г фекалий) или *Proteus mirabilis* или *vulgaris* (Ig 5—7 в 1 г фекалий). У 9,6% детей дисбактериоз характеризовался выделением цитробактера (Ig 5—6 в 1 г фекалий) в сочетании с золотистым стафилококком и протеем на фоне дефицита лактобактерий. У 2 детей дисбактериоз был обусловлен синегнойными бактериями (Ig 4—6 в 1 г фекалий) в сочетании с золотистым стафилококком (Ig 5—6 в 1 г фекалий) при сниженном количестве лактобацилл (Ig 4 в 1 г фекалий). У 30,4% детей при дефиците лактобактерий и бифидобактерий у больных обнаруживались протеи мирабилис, вульгарис и золотистый стафилококк в количестве Ig 5—7 в 1 г фекалий.

При иммунологическом обследовании детей выявлены различные нарушения со стороны В-клеточного звена иммунитета — снижение содержания Ig A у 36 детей (34,6%), дисиммуноглобулинемии у 38 детей (36,5%), а также повышение концентрации циркулирующих иммунных комплексов у 42 (40,3%), недостаточность фагоцитарного звена иммунитета у 62 детей (59,6%).

Комплекс реабилитации включал индивидуальную диетотерапию, физиотерапию, различные виды массажа и рефлексотерапии, лечебную физическую культуру, медикаментозную терапию (по показаниям), проводили иммунореабилитацию. С целью коррекции микробиоценоза кишечника в комплекс включали назначение лактоглобулина против условно патогенных бактерий и сальмонелл. Дозировка препарата зависела от возраста ребенка. Детям в возрасте до 6 месяцев препарат назначали по 1 дозе 2 раза в день, от 6 до 12 месяцев — по 2 дозы 2 раза в день, старше 1 года — по 2 дозы 3 раза в день. Курс лечения составлял в среднем 7—14 дней. По показаниям к лактоглобулину подключали эубиотики. Включение лактоглобулина в комплекс реабилитации детей, страдающих аллергическими заболеваниями, способствовало достижению стойкой ремиссии у 94,2% обследованных детей. Отмечалась нормализация микрофлоры кишечника и показателей иммунного статуса.

Таким образом, полученные нами данные позволяют рекомендовать использование лактоглобулина в комплексной реабилитации детей с аллергическими заболеваниями с целью повышения ее эффективности, а также коррекции микробиоценоза кишечника и изменений иммунного статуса.

Способ применения и дозировка. Лактоглобулины (противоколипротейный и против условно-патогенных бактерий и сальмонелл) применяют внутрь за 20—30 минут до кормления. Перед приемом с флакона удаляют металлический колпачок и резиновую пробку, содержимое флакона растворяют стерильной дистиллированной или кипяченой водой комнатной температуры из расчета 10 мл на одну дозу препарата. При разведении препарат не встряхивать. После растворения препарата в течение 5 минут должна образовываться прозрачная или слабоопалесцирующая жидкость с желтоватым оттенком. Разведенный препарат допускается хранить при температуре от 2 до 10°C не более 1 суток.

Препарат назначают в наиболее ранние сроки с момента установления диагноза: новорожденным по 1 дозе

1—2 раза в сутки, детям от 1 месяца до 6 месяцев — по 1 дозе 2 раза в сутки, детям от 6 месяцев до 1 года — по 2 дозы 2 раза в сутки, детям старше 1 года по 2 дозы 2—3 раза в сутки. Курс лечения — 7—14 дней. В тяжелых случаях курс лечения можно продлить до 21 дня.

Лечение лактоглобулином тяжелых форм ОКИ и ГВЗ проводится на фоне общепринятой антибактериальной и симптоматической терапии. Рекомендуется сочетанное применение препарата с бифидумбактерином при лечении ГВЗ (гнойно-воспалительных заболеваний).

Для профилактики сальмонеллезной инфекции у детей групп риска в возрасте от месяца и старше по 1 дозе 2 раза в день 10—14 дней. Возможно повторение курсов применения лактоглобулина с интервалом 3—4 месяца.

Для экстренной профилактики сальмонеллезной инфекции у контактных с заболевшими, новорожденным — по 0,5 дозы 2 раза в день, детям от 1 месяца и старше — по 1 дозе 2 раза в день, 10 дней.

Побочное действие. Реакции на введение препарата не зарегистрированы.

Противопоказания. Противопоказанием к применению препарата служит индивидуальная непереносимость коровьего молока.

Форма выпуска. Во флаконах по 1 дозе (0,5 г), упаковка содержит 10 флаконов и инструкцию по применению.

Условия хранения. Хранить в сухом защищенном от света месте при температуре от 2 до 10°C. Срок годности препарата — 4 года.

Отпускается без рецепта.

Заключение

Лактоглобулины (противоколипротейный и против условно-патогенных бактерий и сальмонелл), разработанные и выпускаемые Ростовским НИИ микробиологии и паразитологии, содержат антитоксические и антибактериальные антитела к патогенным кишечным палочкам (в том числе к гемолитическим вариантам), бактериям протей, сальмонеллам, синегнойным бактериям, клебсиеллам, стафилококкам, ротавирусам и другим условно-патогенным бактериям.

Лактоглобулины убивают и выводят из организма эти бактерии и их токсины, нормализуют микрофлору кишечника, стимулируют восстановление в кишечнике бифидо- и лактобактерий, ускоряют заживление слизистой желудочно-кишечного тракта, нормализуют иммунный статус организма.

Лактоглобулины высокоэффективны при лечении кишечных инфекций, пищевых токсикоинфекций, кишечных расстройств, дисбактериозов, гастритов, гастроэнтероколитов, энтероколитов, в том числе неустановленной этиологии, рекомендуется применение препаратов в комплексном лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в комплексном лечении аллергических заболеваний, ЛОР-заболеваний, при выхаживании недоношенных и новорожденных с гнойно-воспалительными заболеваниями в сочетании с бифидумбактерином. Рекомендуется применение лактоглобулинов при вскармливании детей первых месяцев жизни, лишенных грудного молока, во всех случаях интенсивной антибиотикотерапии и химиотерапии для профилактики кишечных инфекций и дисбактериозов.

Препараты безвредны, сочетаются с препаратами нормофлоры, совместимы с антибиотиками, усиливают их антибактериальное действие и предотвращают развитие побочных эффектов антибиотикотерапии.

Лактоглобулины эффективны при лечении детей всех возрастных групп, начиная с периода новорожденности.

diathera®
ИНДИКАТОР ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ

diaton®
ТОНОМЕТР ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ

Измерение внутриглазного давления
через веко:

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



Приглашаем к сотрудничеству дилеров на территории ЮФО

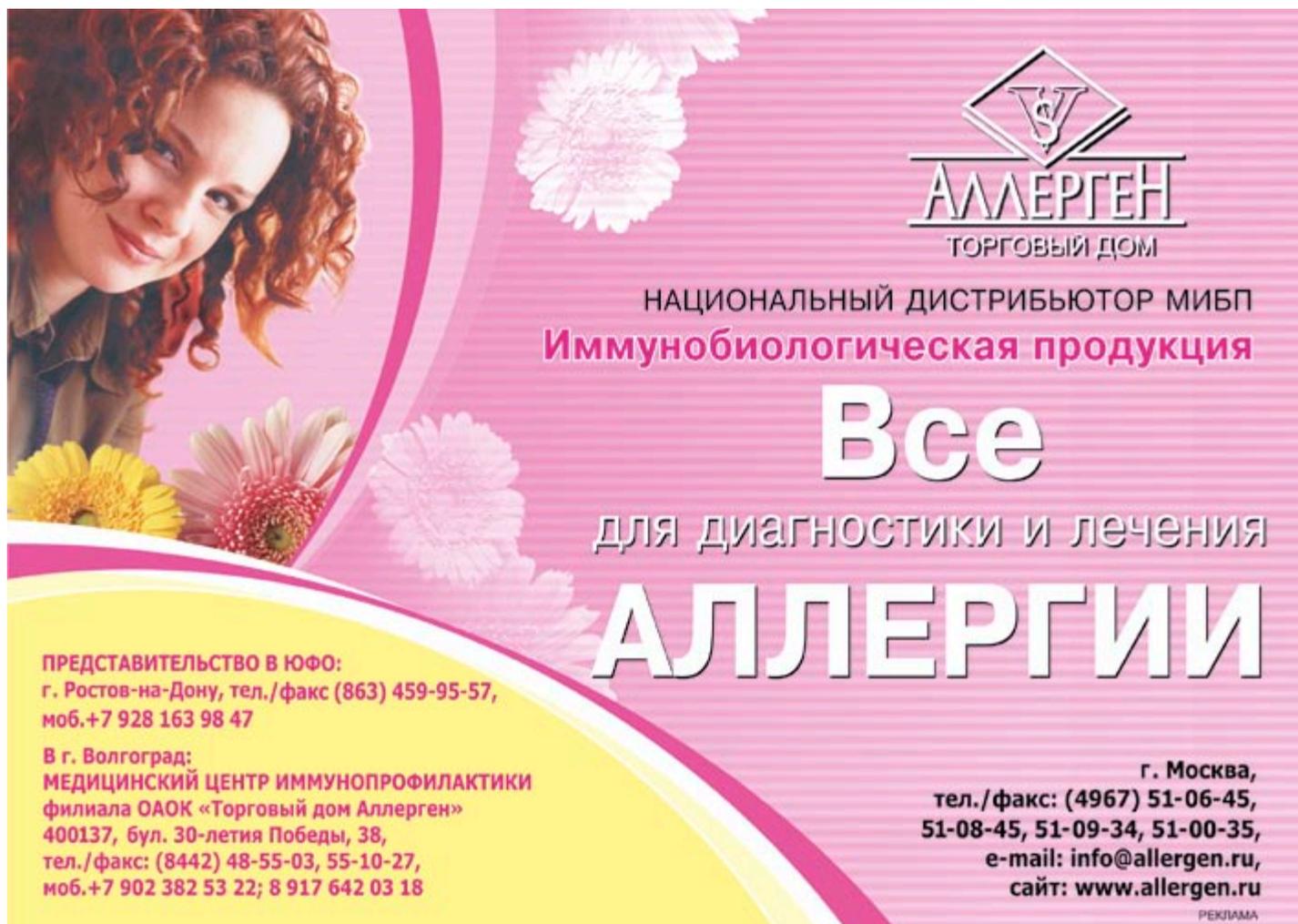
**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
РЯЗАНСКИЙ
ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД**



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




АЛЛЕРГЕН
ТОРГОВЫЙ ДОМ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР МИБП
Иммунобиологическая продукция

Все
для диагностики и лечения
АЛЛЕРГИИ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО В ЮФО:
г. Ростов-на-Дону, тел./факс (863) 459-95-57,
моб.+7 928 163 98 47

В г. Волгоград:
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ
филиала ОАОК «Торговый дом Аллерген»
400137, бул. 30-летия Победы, 38,
тел./факс: (8442) 48-55-03, 55-10-27,
моб.+7 902 382 53 22; 8 917 642 03 18

г. Москва,
тел./факс: (4967) 51-06-45,
51-08-45, 51-09-34, 51-00-35,
e-mail: info@allergen.ru,
сайт: www.allergen.ru

РЕКЛАМА

SONODACE X6

универсальный цветной сканер

X6

Технологии, проверенные временем

- SRF™, FSI™, QuickScan™ - технологии оптимизации четкости изображения и удаления артефактов.

X6

Высокая точность изображения

- Все виды чувствительного доплера: цветной, энергетический, импульсный (в том числе HPRF), постоянно-волновой, тканевой.
- Высокое разрешение монитора.

X6

Компактное исполнение и удобство в работе

- Интуитивное облегченное меню
- Клавиши быстрого доступа
- Высокая скорость отклика системы



Для тех, кто выбирает высокое качество диагностики
с оптимальным набором функций.

Ничего лишнего!

Малоинвазивный остеосинтез интрамедуллярными штифтами с блокированием — метод выбора при переломах длинных трубчатых костей

Машталов В. Д.; Мыцыков Р. Ю.;

травмотологическое отделение № 1 МЛПУ «ГБСМП № 2», г. Ростов-на-Дону

В последнее десятилетие в травматологии произошли огромные изменения. Эти изменения коснулись как самой концепции оперативного лечения изолированных закрытых переломов длинных костей конечностей, так и выбора лечебной тактики множественных и сочетанных травм. Появилась новая терминология («малоинвазивный», «мини-инвазивный», «биологический», «биологичный» виды закрытого остеосинтеза), отражающая концептуальные изменения в подходах к оперативному лечению переломов за счет отказа от анатомической репозиции, жесткой фиксации и межфрагментарной компрессии в пользу фиксации эластичной, допускающей микроподвижность костных фрагментов. Важнейшим требованием становится необходимость соблюдения баланса между стабильностью фиксации и биологией кости.

Сегодня методами выбора при лечении закрытых переломов становятся такие методы малоинвазивного закрытого биологичного остеосинтеза, как интрамедуллярный остеосинтез с блокированием, накостный остеосинтез пластинками типа LCP, которые исключают обнажение места перелома, сохраняют кровообращение кости и окружающих мягких тканей.

Закрытый интрамедуллярный остеосинтез (ЗИО) — метод, изобретенный профессором Г. Кюнчером, радикально отличался от традиционных методов оперативной фиксации. Он заменил наружное шинирование, опосредованное мягкими тканями, закрытым внутрикостным шинированием перелома (рис. 1). По словам самого профессора, ЗИО не препятствует ранней активизации пациента и обеспечивает стабильную фиксацию отломков в правильном положении, что значительно расширило возможности раннего функционального лечения и реабилитации (Kuntscher G., 1947). Образно выражаясь, метод перекинул мост между консервативным и оперативным лечением, заимствовав от первого щадящее отношение к мягким тканям, а от второго — большую точность сопоставления отломков и прочность фиксации. Неудивительно, что Кюнчер первоначально оценил ЗИО как разновидность консервативного лечения (Guntz E., 1944), а формирование большой мозоли — как свидетельство эффективности метода (Bohler L., 1944). Основоположник ЗИО разработал, апробировал в 1939 году на клиническом примере перелома в проксимальном отделе бедра и рекомендовал свой метод применительно к диафизарным переломам всех длинных трубчатых костей, а также при медиальных и вертельно-подвертельных переломах (Kuntscher G., 1962). Кюнчер был автором идеи детензии — введения дополнительных фиксаторов через кость и отверстия в гвозде (рис. 2).

Однако, несмотря на высокую эффективность метода, доказанную в годы II Мировой войны, в послевоенные годы после непродолжительной вспышки острого интереса к ЗИО во многих странах, включая СССР (Дубров Я. Г., 1946), этот метод занял место в одном ряду с другими, прежде всего, открытыми методами остеосинтеза, уступая им первенство. Этому способствовали, прежде всего, технические проблемы, связанные с ЗИО: сложность репозиции, неизбежность облучения при рентгенологическом контроле операции (Rowe C., 1951), незавершенность некоторых технических решений (Herzog K., 1958). Наиболее серьезным конкурентом ЗИО стала накостная компрессионная фиксация. В этом методе, разработанном вскоре после ЗИО (Danis R., 1943—1949), возможность ранних функциональных нагрузок сочеталась с часто наблюдаемым сращиванием по типу «автогенного шва», то есть без внешней мозоли. Гистологические исследования показали (Schenk R., Willenegger H., 1964 и др.), что при таком сращивании формируется первично-костная интрамедуллярная спайка; при плотном контакте (компрессии) отломков сразу восстанавливается исходная остеонная структура. Первичное заживление было оценено как эталон сращения и критерий совершенства методов лечения (Muller M.E., 1965). Наиболее соответствовала эталону накостная компрессионная фиксация, наименее — консервативное лечение. В середине между этими методами оказался ЗИО, при котором перелом практически всегда срастается с мозолью (Bohler H., 1944; Eitel S. et al., 1980).

В последние десятилетия отношение к ЗИО существенно изменилось (Shatzker J., 1996). Вторичное заживление более не отвергается как «сращивание с келоидом» (Muller M.E., 1965). Применительно к оскольчатым переломам разработана концепция «биологической фиксации» — менее инвазивной, менее жесткой, менее точной. При этом перелом срастается вторичным заживлением. Первичное заживление признается единственно целесообразным лишь при накостной компрессионной фиксации (Muller M.E. et al., 1996). При выполнении блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза (БИОС) был решен ряд ранее проблемных задач, связанных с закрытой репозицией, введением блокирующих винтов, расширены показания к применению интрамедуллярных фиксаторов, упрощен контроль репозиции и снижена интраоперационная лучевая нагрузка.

Сегодня же методы остеосинтеза, доведенные до технического совершенства, но ориентированные на два качественно различных и биологических



Рис. 1

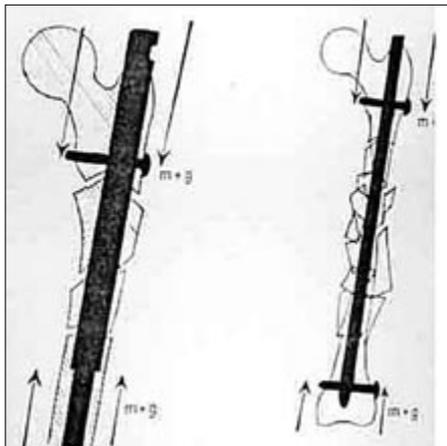


Рис. 2

противоположных типа заживления, имеют равное представительство в лечебном арсенале травматологических отделений. Оба метода, ЗИО = БИОС (Сувалян А. Г., 1999; Калашников В. В., 1999) и накостная фиксация (Иванов В. И., 1999; Ключевский В. В., 1999; Буачидзе О. Ш., 1999) осваиваются и внедряются в России.



Рис. 4



Рис. 6

Рис. 5



Рис. 7

Остеосинтез большеберцовой кости UTN штифтом при закрытых переломах (рис. 3).

Клинический пример применения БИОС у молодого человека 30 лет, получившего бытовую травму и прооперированного по данной методике. Диагноз: закрытый спиральный перелом б/берцовой кости в с/3 со смещением костных отломков. Рентгенограммы при поступлении (рис. 4, 5, 6, 7).



Рис. 8



Рис. 9

Результат остеосинтеза через 1,5 месяца и 1 год после операции. На рентгенограммах определяется периостальная реакция костной ткани вокруг перелома и ярко выраженная вторичная костная мозоль.

Результат через 18 месяцев после травмы, внутрикостный фиксатор удален.

Остеосинтез большеберцовой кости штифтом при открытых переломах.

Диагностические рентгенограммы (рис. 8, 9).

Послеоперационная рентгенограмма (рис. 10).

Больной М., 27 лет. Травма в результате падения с высоты, госпитализирован с диагнозом: открытый оскольчатый перелом с/3 правой б/берцовой кости со смещением отломков, перелом с-в/3 м/берцовой кости. При поступлении в стационар выполнено ПХО раны, перелома, перелом стабилизирован аппаратом внешней фиксации.



Рис. 10



Рис. 3

За период с марта 2006 года по март 2008 года в травматологическом отделении №1 МЛПУ «ГБСМП №2» выполнено 133 БИОС.

По поводу переломов сегмента «голень» выполнено всего 49 БИОС тибиаьным штифтом, в том числе 9 — по поводу открытых переломов, включая степень повреждения 3 Б (по Каплану-Марковой).

Прооперирован штифтом UTN на 8-е сутки после перелома. Активные движения в коленном и голеностопном суставах разрешены на 3-и сутки после операции. Ходьба на костылях с дозированной нагрузкой на конечность разрешена с 7-х суток после операции. Заживление послеоперационных ран первичным натяжением, выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

За вышеуказанный период нами выполнено всего 56 БИОС бедренным штифтом, в том числе 35 — по поводу переломов проксимального отдела бедра (гамма-гвоздем — 24, PFN — 11), 7 БИОС — дистальным бедренным гвоздем и 14 — универсальным бедренным гвоздем.

Остеосинтез бедренной кости реконструкционным штифтом.

Диагностические рентгенограммы (рис. 11, 12).

Послеоперационный период (рис. 13, 14, 15, 16).

Больной О., 32 лет. Травма в результате ДТП. Закрытый оскольчатый перелом с/в 3 левой бедренной кости со смещением отломков. Оперирован реконструкционным штифтом PFN через 8 дней с момента перелома. Ходьба на костылях с 4-х суток после операции без нагрузки на конечность. Активные движения в коленном и тазобедренном суставах также с 4-х суток после операции. Выписан в удовлетворительном состоянии, разрешена ходьба с дозированной нагрузкой (не более 15–20% от веса тела) на оперированную конечность. На контрольной явке через 3 месяца с момента операции: больной ходит с ортопедической тростью, движения в суставах в полном объеме, на R-контроле — признаки консолидации перелома. На контрольной явке через 6 месяцев с момента операции: больной ходит без внешней опоры, с полной нагрузкой, на R-контроле — уверенная консолидация перелома.

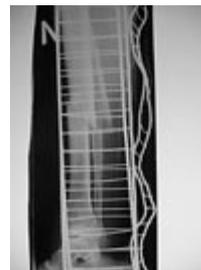


Рис. 11

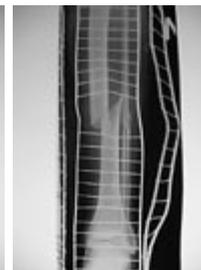


Рис. 12



Рис. 13



Рис. 14



Рис. 15



Рис. 16

Остеосинтез бедренной кости UFN штифтом.

Диагностические рентгенограммы (рис. 17, 18). Послеоперационные рентгенограммы (рис. 19, 20).

Больная В., 67 лет. Травма в ДТП (бита автомобилем), госпитализирована с диагнозом: закрытый перелом с/3 правой бедренной кости со смещением отломков. Оперирована



Рис. 17



Рис. 18

штифтом UFN на 8-е сутки со дня травмы. Активные движения разрешены с 3-х суток после операции. Ходьба с дозированной нагрузкой на оперированную конечность разрешена с 5-х суток со дня операции. Рана зажила первичным натяжением, пациентка выписана на амбулаторное лечение на 12-е сутки со дня операции в удовлетворительном состоянии.



Рис. 19

Рис. 20

Остеосинтез бедренной кости гамма-штифтом.

Диагностическая рентгенограмма (рис. 21).

Послеоперационные рентгенограммы (рис. 22, 23).

Больная Б., 81 год. Травма в быту, госпитализирована с диагнозом: закрытый чрезвертельный оскольчатый перелом правой бедренной кости со смещением костных отломков. Оперирована гамма-



Рис. 21



Рис. 19

Рис. 20

штифтом (шеечно-диафизарным фиксатором) на 5-е сутки со дня травмы. Активные движения разрешены с 3-х суток после операции. Ходьба с дозированной нагрузкой на оперированную конечность разрешена с 5-х суток со дня операции. Рана зажила первичным натяжением, больная выписана на амбулаторное лечение на 12-е сутки со дня операции в удовлетворительном состоянии.

Остеосинтез плечевой кости UHN штифтом.

Диагностические рентгенограммы (рис. 24, 25).

Послеоперационные рентгенограммы (рис. 26, 27).

Больная О., 15 лет. Госпитализирована с диагнозом: закрытый поперечный перелом с/3 правой плечевой кости со смещением отломков. Оперирована ретроградно штифтом UHN на 3-и сутки со дня травмы. Активные движения в плечевом и локтевом суставах (исключая ротационные) разрешены на 3-и сутки со дня операции. Выписана на амбулаторное лечение по заживлению послеоперационных ран и снятию швов на 12-е сутки со дня операции.



Рис. 24

Рис. 25

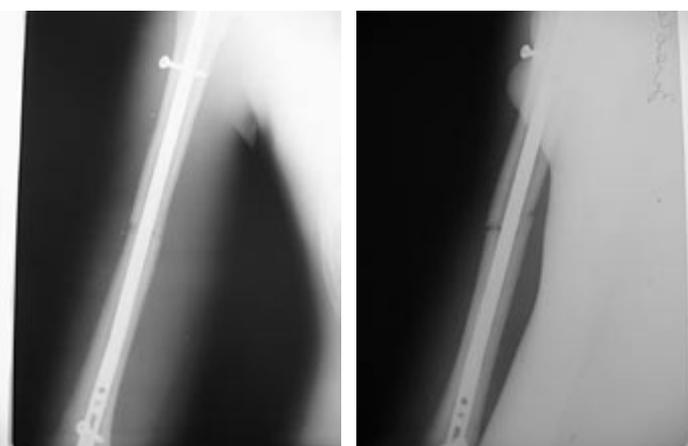


Рис. 26

Рис. 27

Остеосинтез плечевой кости UHN штифтом.

Диагностическая рентгенограмма (рис. 28).

Послеоперационная рентгенограмма (рис. 29).

Больная Е., 35 лет. Госпитализирована с диагнозом: закрытый поперечный перелом с/3 правой плечевой кости со смещением отломков. Оперирована антеградно штифтом UHN на 4-е сутки со дня травмы. Активные движения в плечевом и локтевом суставах разрешены на 3-и сутки со дня операции. Выписана на амбулаторное лечение по заживлению послеоперационных ран и снятию швов на 12-е сутки со дня операции.

Таким образом, обобщая все вышеизложенное, можно сказать, что данный метод малоинвазивного остеосинтеза интрамедуллярными штифтами с блокированием имеет ряд неоспоримых преимуществ:

- сохранение кровоснабжения;
- минимальная кровопотеря;
- малый хирургический доступ;
- независимость от качества кости;
- снижение риска инфекционных осложнений;
- снижение болевого синдрома;
- хороший косметический эффект;
- ранняя активизация и реабилитация пациентов.



Рис. 28



Рис. 29

Хирургический шовный материал

10/0 9/0 8/0 7/0 6/0 5/0 4/0 3/0 2/0 0 1 2 3 4 5

сердечно-сосудистая хирургия,
пластическая хирургия,
офтальмология,
общая хирургия,
хирургия кисти,
микрохирургия,
нейрохирургия,
стоматология,
гинекология,
ортопедия,
онкология,
урология.



Полипропилен
Полигликолид
Полиэстр
Полиэфир
Полиамид
Десмосин
Фторэст
Нейлон
Кетгут
Капрон
Шелк

Мы помогаем врачам делать людей здоровыми!

Большой ассортимент специальных микрохирургических игл.
Изготовление по параметрам заказчика.
Зарекомендовавшее себя качество, доступные цены.

ООО «Микрохирургия глаза» и «Контур»

Россия, 428010, Чувашия, г.Чебоксары, ул.Короленко, 4а.

Тел./факс: (8352) 31-12-44, 31-12-24, 31-13-18

www.medarticle.ru

[e-mail: mgik@chtt.ru](mailto:mgik@chtt.ru)

ООО «ФЛАКС»

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

Материал - кожа искусственная или натуральная. Масса, кг: 1,8-2,5

ФМ-2 - 385x210x250 мм; ФМ-3 - 450x240x260 мм; ФМ-7 - 380x140x250 мм с плечевым ремнем и без ремня

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

Материал - ткань капроновая рюкзачная с водостойкой отделкой

СМ-1 - 380x160x260 мм; СМ-1м - 300x125x200 мм

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

Материал - водоотталкивающая ткань, внутри - моющаяся пленка, 330x190x190 мм

СМ-2 - с 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-М

Материал - высокопрочный хладо и теплоустойкий 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 - капронилискожа, 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

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

Отличительные характеристики программы «Миокард-Холтер»

ООО «НИМП ЕСН», г. Саров, Нижегородская обл.

I. Полный анализ ЭКГ

В программе «Миокард-Холтер» присутствуют полностью, без всяких опций, все диагностические возможности.

Многие отечественные и зарубежные производители разбивают программное обеспечение на несколько уровней (минимальный, базовый, профессиональный, эксперт, элитный и т. д.). Каждому уровню — своя цена. При этом, заплатив сумму, в разы превышающую стоимость программы «Миокард-Холтер», пользователь может оказаться без анализа ритма или без анализа фибрилляции предсердий, или без должного анализа сегмента ST.

II. Искусственный интеллект

В основе алгоритма распознавания ЭКГ положен метод искусственного интеллекта. Характерная черта его в том, что в ходе распознавания автоматически формируется система образов:

Образы зубцов P. Эти образы используются в диагностике AV-блокад, эпизодов смены ритма, аберрантных предсердных экстрасистол, при анализе работы кардиостимулятора.

Образы QRST различных кардиокомплексов (нормальных, желудочковых, сливных, переходящих БЛН, БПН, WPW, навязанных кардиостимулятором).

Образы волн трепетания желудочков.

Образы дыхательных волн ритмограммы. Нужны для недопущения ложных наджелудочковых экстрасистол и пауз.

Образы кардиостимулов. Позволяют обнаруживать кардиостимулы на фоне любых помех, в том числе и высокочастотных.

Формирование образов осуществляется программой автоматически и от врача не требуется никаких действий. Во многих системах ХМ из-за отсутствия механизма формирования образов программа предъявляет несколько сотен фрагментов QRS, не похожих на норму. При этом врач вынужден вручную разбираться с этими фрагментами, затрачивая много времени. Это следствие отсутствия искусственного интеллекта. И при этом программа может называться «элитной».

При тестировании программы «Миокард-Холтер» на зарубежных тестовых базах, рекомендованных ГОСТ Р 50267.47 (АНА, МП, NST, CU), были получены следующие результаты: чувствительность обнаружения QRS — 95,65%, специфичность обнаружения QRS — 99,38%.

III. Ритм, эпизоды ритма

Все эпизоды в программе разнесены на три группы.

- Эпизоды ритма (синусовый, предсердный, AV-ритм, фибрилляция предсердий, миграция водителя ритма, наджелудочковая пароксизмальная тахикардия, желудочковый ритм, трепетание желудочков). В большинстве систем ХМ раздел эпизодов ритма выполнен частично, в некоторых системах вообще отсутствует.

- Эпизоды переходящих нарушений проводимости (переходящие БЛН, БПН, WPW). Интересно отметить, что после обнаружения эпизодов переходящего нарушения проводимости программа достаточно верно диагностирует единичные комплексы с данным нарушением. На фоне этих нарушений по-прежнему диагностируются желудочковые экстрасистолы.

IV. Пульс

Минимальные, средние и максимальные значения пульса программа подготавливает «за сутки», «ночью» и «днем», а также отдельно по каждому водителю ритма и в целом, независимо от ритма. Программа накапливает продолжительность тахикардии и брадикардии по диапазонам до 30, 30—40, 40—50, 90—100, 100—120, 120—150, от 150 уд./мин.

V. Анализ ИВР

Для оценки работы кардиостимуляторов была применена уникальная технология: в режиме ИВР вся ЭКГ регистрируется с частотой 1600 Гц, распознавание пейсмекеров происходит в компьютере после считывания. Это обусловлено тем, что программа распознавания пейсмекеров

очень большая и сложная, требует больших вычислительных ресурсов, т.е. «зашить» в регистратор мощную программу невозможно.

Программа распознает любые пейсмекеры: от очень узких до очень широких, от очень маленьких (0,1мВ) до очень больших, от одно-до трехфазных. При этом точность распознавания близка к 100% даже на фоне помех того же частотного диапазона. Хорошие результаты получены благодаря поддержке искусственного интеллекта, в частности, в результате автоматического формирования образов стимулов предсердий и стимулов желудочков.

VI. Эктопическая активность

Помимо того, что диагностируют большинство систем ХМ (единичные, вставочные, парные, групповые, бигеминия, тригеминия), программа «Миокард-Холтер» классифицирует: парасистолию, SLS (наджелудочковая+желудочковая), единичные комплексы с переходящим нарушением проводимости, сливные комплексы, ранние. Добавлена возможность упорядочивать списки экстрасистол по предэктопическому интервалу, по типу, по форме QRS и пр.

VII. Паузы

Программа выделяет паузы не только по резкому увеличению интервала RR к предыдущему, но и с учетом наличия блокированных зубцов P и параметров дыхательных волн ритмограммы.

VIII. Анализ сегмента ST и отрицательного T

В последнее время в программу были добавлены критерии ишемического смещения ST: правило «1x1x1», индекс «ST/ЧСС». Правило «1x1x1» было нами доработано до «1x1x1x1», т.е. звучало так: «менее чем за 1 минуту сегмент ST сместился более чем на 1 мм (0,1мВ), продолжительность смещения не менее 1 минуты и перед этим ЭКГ без смещения также продолжительностью не менее 1 минуты». Все эти нормы можно настроить или же отменить данный критерий.

Для более достоверной оценки добавлен анализ схожести сегментов ST соседних кардиокомплексов.

Опыт использования 12-канальных регистраторов показал, что в диагностике ИБС они гораздо предпочтительнее 3-канальных регистраторов.

Анализ отрицательного зубца T пока не встречается в других системах ХМ, хотя он очень востребован в педиатрии.

IX. Анализ интервала QT

Существенно усилилась диагностика синдрома удлиненного QT. Кроме основного параметра QT-корригированного используются дополнительные признаки:

- наличие эпизодов желудочкового ритма тахиформы (особенно по форме «пируэт»);
- желудочковая экстрасистолия с предшествующей SLS-последовательностью, что является проявлением феномена Ашмана;
- повышенная альтернация зубца T;
- повышенная дисперсия QT (более 50 мс);
- снижение циркадного индекса ниже 1,2;
- сниженная вариабельность ритма сердца на участках брадикардии;
- в анамнезе синкопе или факт внезапной смерти неясной причины в молодом возрасте среди ближайших родственников;
- в анамнезе сахарный диабет.

Добавлен анализ синдрома укорочения QT. Здесь QT оценивается относительно QTp (predict), т.е. должного, вычисляемого по формуле, предложенной P. Rautaharju.

X. Мониторирование новорожденных детей

Добавлена возможность регистрации ЭКГ по двум отведениям, так как у грудничков слишком маленькая грудка. Доработан анализ этих ЭКГ с учетом двух каналов и этого возраста.

XI. Основные окна интерфейсной программы

Окно просмотра ЭКГ. Здесь можно задавать масштаб, скорость, количество отведений. Между двумя

кардиокомплексами выводится либо ЧСС, либо длительность RR. Имеется возможность замерить «электронной линейкой» длительность и амплитуду параметров ЭКГ.

Гистограммы и таблицы. Имеется примерно 90 гистограмм количества нарушений и отклонений по часам. Очень наглядно видно, в какой час было наибольшее количество нарушений или отклонений. Отмечая мышкой в гистограмме нужное время, можно сразу выйти на просмотр ЭКГ в данное время. Гистограммы можно отправлять на печать.

Список нарушений. Представлен виде дерева и является основным механизмом при выборе нарушений для просмотра врачом. Удобно просматривать нарушения как с детальной, так и с общей классификацией. Например, можно просматривать все ЖЭ или только парные, или только ранние и т. п. В принципе, это развитие режима «Суперимпозиции».

Ритмограмма. Различные нарушения и помехи помечаются разными цветами. Отдельно отмечаются эпизоды ритма, преходящих нарушений проводимости и пр.

Тренды (графики) пульса, ST, PQ, QT и др. Здесь имеется механизм выхода на самые яркие места (минимальный, максимальный пульс, максимальное отклонение ST и т. д.).

XII. Редактирование и получение протокола

Исследование по разделам. Протокол автоматически формируется из 10 разделов, поэтому рекомендуется и все исследование проводить по разделам. Выбрав раздел, удобно переходить внутри данной темы между гистограммами, списком нарушений, графиками ЭКГ, трендами и фрагментом заключения протокола. При этом все, касающееся какой-либо темы, например, ST, находится «под рукой».

Переходы. Выбрана стратегия общего курсора для окна ЭКГ, ритмограммы и всех трендов. То есть, листая ЭКГ, курсор будет двигаться на ритмограмме и трендах. Если кликнуть мышкой в любое место ритмограммы или трендов, переместится и ЭКГ.

Многоплановость редактирования. Имеется возможность редактировать на разных уровнях:

- классификацию единичных кардиокомплексов;
- сразу целые группы нарушений, например, всю группу желудочковых экстрасистол определенной формы разом отнести в «наджелудочковые экстрасистолы с aberrантным проведением»;
- эпизоды ЭКГ (ритма, преходящих блокад и пр.);
- текст заключения протокола.

Единый список нарушений. Где бы редактирование ни производилось, оно автоматически сказывается везде: и в заключении, и в гистограммах, и в таблицах, и в списках нарушений.

Печать графиков. По мере исследования ЭКГ врач отправляет в очередь на печать примеры ЭКГ, трендов, ритмограммы. Причем программа автоматически будет готовить комментарий, например, «максимальный пульс», «парная желудочковая экстрасистолия» и т. п. Врач может корректировать комментарий. Отобранные фрагменты врач может просмотреть, удалить из очереди, например, заменив его более удачным. По окончании исследования врач отправляет фрагменты на принтер, при этом можно задать ориентацию страницы (альбомная или портретная). Программа попытается максимально использовать каждую страницу, разместив на них по несколько фрагментов.

Протокол исследования. Состоит из фрагментов графиков, заключения, которое формируется из фрагментов по каждому разделу, сводной таблицы, которая может быть на одной или нескольких страницах, в зависимости от объема выявленных нарушений. Удобно то, что структуру заключения и таблицы можно задавать флажками. Например, если не нужен раздел variability ритма или раздел QT, надо просто убрать соответствующий флажок.

Новости

1. К нашему Холтеровскому монитору ЭКГ подключили монитор артериального давления, то есть появился режим совмещенного монитора ЭКГ и АД (на программном уровне).

2. В регистраторы добавлены двухосевые датчики положения и движения.

11-13 марта 2009 г.
ВОРОНЕЖ



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
25-я межрегиональная специализированная выставка

Оргкомитет: т./ф.: (4732)51-20-12, 77-48-36
e-mail: zdrav@veta.ru www.veta.ru

Тематические разделы:

- Медицинское оборудование и инструмент
- Расходные материалы и медицинские изделия
- Фармацевтическая продукция
- Средства и оборудование для дезинфекции и стерилизации
- Медицинская и лабораторная мебель
- Здоровый образ жизни
- Санаторно-курортное лечение
- Медицинские услуги. Медицинское страхование
- Медицинская одежда
- Информационные технологии в медицине
- Научные и учебные заведения
- Профессиональные организации
- Специализированные издания и литература

Организаторы:



Официальные партнеры:

- Воронежская Государственная Медицинская Академия им. Н.И. Бурденко

Поддержка:

- Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
- Главное Управление здравоохранения Воронежской области;
- Администрация городского округа г. Воронеж;
- Ассоциация экономического взаимодействия субъектов РФ Центрального Федерального округа "Центрально-Черноземная"

ДИАГНОСТИКА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ НА ВЫСШЕМ УРОВНЕ

МИОКАРД

WWW.MYOCARD.RU

ХОЛТЕРОВСКИЙ МОНИТОР
СТАНДАРТНАЯ ЭКГ
НАГРУЗОЧНЫЕ ПРОБЫ

Комплекс суточного мониторинга
электрокардиограмм

«МИОКАРД-ХОЛТЕР»

- Использование 2,3 или 12 каналов;
- Непрерывная запись на твердую память 24-72 часа;
- Выявление ВСЕХ нарушений ритма и проводимости;
- Оценка кардиостимулятора;
- Анализ variability ритма;
- Анализ сегмента ST, T, QT, PQ;
- Автоматическое построение заключения;
- Архив длительного хранения данных.

Комплекс анализа электрокардиограмм

«МИОКАРД -12»

СТАНДАРТНАЯ ЭКГ

- Высококачественная диагностика, в том числе в динамике, детская;
- Регистрация дополнительных отведений;
- Автоматическое заключение;
- Анализ длительного отведения;
- Ведение архива электрокардиограмм;
- Ведение журнала обследований;
- Статистическая отчетность выполненных обследований, включая по нарушениям и группам нарушений;
- До 130 человек в день.

Дополнительно:

- Переносной 12 канальный кардиограф с памятью на 24 ЭКГ.

НАГРУЗОЧНЫЕ ПРОБЫ

- Мониторирование от 3-х до 12 отв;
- Анализ ЭКГ в реальном времени;
- Рекомендации по прекращению нагрузки;
- Построение графиков пульса и сегментов ST во время мониторинга.

ООО "НИМП ЕСН", 607190, г.Саров,
Нижегородской обл., ул. Лесная, д.17
тел./факс: (83130) 549-56, 578-21
web-сайт: www.myocard.ru,
e-mail: info@myocard.ru

АППАРАТ МАГНИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ

ПОЛИМАГ-01



Терапия низкочастотным низкоинтенсивным магнитным полем широкого спектра заболеваний

Всё для здоровья. Здоровье для Вас.



Показания к применению:

Предназначен для лечения низкочастотным низкоинтенсивным магнитным полем больных с острыми и хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой, бронхолегочной, нервной, опорно-двигательной систем, внутренних органов, с нарушениями иммунитета, с травматическими повреждениями и их осложнениями.

Технические характеристики:

Количество магнитных излучателей:

- основных – 4;
- сменных – 1.

Диапазон магнитной индукции 2-25 мТл.

Диапазон рабочего времени 5-30 мин.

Диапазон частоты магнитных импульсов 1-100 Гц.

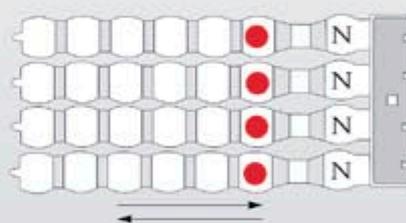
4 типа магнитных полей:

- бегущее в горизонтальной плоскости;
- бегущее в вертикальной плоскости;
- бегущее в диагональной плоскости;
- неподвижное поле.

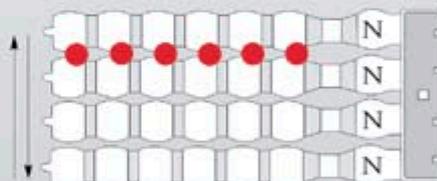
2 режима излучения магнитных импульсов:

- непрерывный;
- прерывистый.

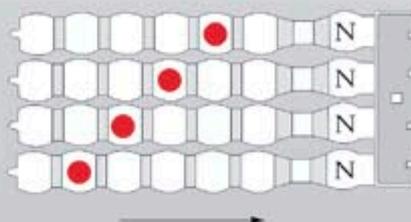
Типы магнитных полей:



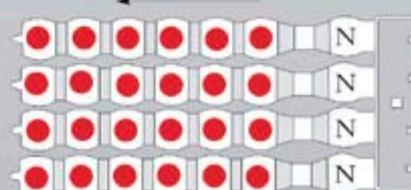
"Бегущее в горизонтальной плоскости"



"Бегущее в вертикальной плоскости"



"Бегущее в диагональной плоскости"



"неподвижное поле"

ЕЛАТОМСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД торговая марка «ЕЛАМЕД»

391351, Рязанская область, г. Елатьма, ул. Янина, 25, отдел продаж, тел.: (49131) 4-16-16, 4-19-96, 2-21-09.

Приобрести аппарат ПОЛИМАГ-01 можно также у наших торговых представителей:

Краснодарский край: ООО «МЛ Трейд», тел. (861) 274-34-54, ООО «Эталон», тел. (861) 254-18-93,

Ставропольский край: ООО фирма «Флорес», тел. (8652) 94-01-00,

Ростовская обл.: ООО «Медфарм», тел. (863) 255-22-22, ООО «Полимед-Юг», тел. (863) 220-38-81,

Астраханская обл.: ООО «Медлад», тел. (8512) 34-62-82,

Волгоградская обл.: ООО «ВитаоМед», тел. (8442) 29-53-53.

РЕКЛАМА

Применение низкочастотного бегущего магнитного поля в лечении деформирующего остеоартроза крупных суставов

Ларинский Н. Е.; Ларинская И. К.; Газетова Е. А.; Газетов М. Н.
ООО «Пансионат с лечением «Солотча», г. Рязань

Деформирующий остеоартроз (ДОА) относится к дегенеративно-дистрофическим заболеваниям суставов и представляет собой самую распространенную нозологическую форму их поражения (до 80% всех случаев ревматических болезней). Эта патология является настоящим бичом для пациентов старше 60 лет (частота выявления — до 10—30%, у лиц женского пола — вдвое больше). Мелкие суставы кистей рук и коленные суставы чаще страдают у женщин, тазобедренные — у мужчин. Плечевой сустав у тех и у других стоит особняком, поскольку истинный ДОА этого сустава — большая редкость. Примечательно, что имеется значительное количество больных «безмолвным» остеоартрозом, нуждающихся не в лечении, но в профилактике и контроле динамики патологического процесса. Поскольку клинически манифестированный ДОА не только доставляет страдания больным, но и существенно ограничивает их возможности к самообслуживанию, это становится уже не только медицинской, но и сложной социальной проблемой.

По признанию специалистов, диагностика ДОА с учетом известных диагностических критериев трудностей не вызывает, чего нельзя сказать о лечении. Главное ограничение применения в лечении ДОА базисных препаратов (парацетамол, негормональные противовоспалительные средства, трамадол, колхицин, внутрисуставное введение ГКС) — нередкие серьезные побочные эффекты (осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта, системы свертывания крови и кроветворения, органов зрения и т. д.). Селективные ингибиторы циклооксигеназы (мовалис, артротек и т. д.) имеют высокую стоимость при курсовом применении для социально слабо защищенной категории пациентов. В связи с этим возрастает актуальность обучения больных, изменения их режима и физической активности, снижения массы тела, применения специальных приспособлений и немедикаментозных методов лечения.

Нет сомнения в том, что для лечения остеоартроза были использованы едва ли не все факторы, применяющиеся в современной физиотерапии, как бальнеологические, так и преформированные физические. Сложность, однако, состоит в том, что неизбежным спутником возраста больных является полиморбидность, а это зачастую существенно ограничивает возможности использования преформированных физических факторов, особенно при сердечно-сосудистой патологии. В связи с этим особого внимания при лечении ДОА заслуживает применение низкочастотного магнитного поля (МП) как одного из «мягких» преформированных физических факторов.

Спектр предлагаемых производителями аппаратов, генерирующих МП, в настоящее время достаточно широк. Наше внимание привлекло бегущее МП, обладающее каталитическим и репаративно-регенерирующим эффектами и мы выбрали аппарат «ПОЛИМАГ-01» (ЕЛАМЕД).

Критериями выбора аппарата являлись:

- широкий диапазон частот МП и напряжения магнитной индукции;
- возможность одновременного воздействия на несколько участков тела при отпуске процедур пациентам;
- высокая глубина проникновения МП;
- большая, по сравнению с аналогами, пропускная способность.

В последнее время указанный аппарат активно применяется нами в условиях физиотерапевтического отделения пансионата «Солотча» (280 койко-мест). Мы использовали генерируемое им низкочастотное бегущее МП у 84 больных обоего пола в возрасте 48—76 лет, страдающих ДОА коленных суставов. Длительность болезни пациентов составляла от 10 до 30 лет, степень артроза (по Келлгрону) — I-III.

Следует отметить, что у 85,2% больных отмечалось наличие ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, хронической венозной недостаточности, сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта. При отборе больных исключались пациенты, у которых был установлен кардиостимулятор. Перед началом лечения производили осмотр больных, пульсоксиметрию, фиксировали частоту сердечных сокращений, артериальное давление на обеих руках, в необходимых случаях производили запись ЭКГ. У всех проводили гониометрию суставов, измерение окружности и кожной температуры симметричных суставов, исследование симптома крепитации суставов. Для объективизации жалоб больных применяли визуально-аналоговую шкалу боли (ВАШ), краткий опросник Мак-Гилла, индексы Цунга и Бека.

Лечение проводилось в соответствии с методическими рекомендациями. Первому основному излучателю придавалась форма кольцевого соленоида полярностью «N» к поверхности сустава. В соленоид помещался соответствующий сустав. Вторым основным излучателем производилось воздействие на пояснично-крестцовую область полярностью «N» к телу. Использовалось бегущее МП по горизонтали слева-направо, вращающееся (частота — 100 Гц, интенсивность — 10—15 мТл) или «неподвижное», пульсирующее МП (интенсивность — 6 мТл). В большинстве случаев интенсивность в процессе лечения бегущим МП увеличивалась, а частота уменьшалась. Продолжительность воздействия составляла 15—30 минут, курс — 10—15 процедур. Кроме магнитотерапии больным назначали ЛФК и терренкур под наблюдением инструктора.

Улучшение состояния — уменьшение боли по шкале ВАШ, увеличение продолжительности «безболевого» ходьбы (что определялось по имеющимся терренкурным маршрутам), снижение уровня депрессии, тревожности и признаков синовита (снижение кожной температуры сустава, нормализация объема сустава и его контуров) — было достигнуто у 78,6% больных. Побочных эффектов не отмечалось ни в одном случае, но следует отметить, что у 14% больных в процессе лечения отмечалось снижение систолического артериального давления на 18—25 мм рт. ст., которое субъективно они не замечали (исходно у этих больных регистрировалась гипертензия, у 20% — систолическая).

Полученные результаты свидетельствуют, что бегущее импульсное МП, генерируемое аппаратом «ПОЛИМАГ-01», эффективно, имеет минимум побочных эффектов и может быть с успехом использовано в программах реабилитации больных ДОА на санаторном этапе лечения, особенно у пациентов, имеющих сопутствующую патологию.

К сведению: В регионах ЮФО только за последние 2 года было введено в эксплуатацию более 100 аппаратов «ПОЛИМАГ-01».

Эффективность транскраниальной магнитотерапии в комплексном лечении алкогольного абстинентного синдрома

Староверов А. Т., Жуков О. Б., Райгородский Ю. М.
Саратовский ГМУ; РГМУ, г. Москва; ООО «ТРИМА», г. Саратов

При прекращении употребления алкоголя или наркотических веществ развивается симптомокомплекс соматических, неврологических и психопатологических расстройств, который квалифицируется как абстинентный синдром. Это состояние характеризуется вегетативными, эмоциональными, поведенческими и другими нарушениями. В 30—85% случаев можно выявить коморбидные, аффективные и тревожные расстройства (Тиганов А. С., 1999).

Многочисленные факты свидетельствуют о том, что нераспознанные и нелеченные аффективные нарушения, в особенности депрессивные, являются фактором риска рецидива заболевания и суицида (Березин В. С., Лисецкий К. С., Мотынга И. А., 1997). Для лечения тревожных и депрессивных состояний при алкоголизме обычно используют транквилизаторы и антидепрессанты. Механизм их действия связан как с дофаминовой, так и с серотониновой системами нейромедитации. Однако в терапии абстинентного синдрома их применение ограничено высокой вероятностью развития параллельной зависимости и целым рядом побочных эффектов (актуализация влечения к алкоголю, аддиктивный потенциал, нарушение послестрессовой адаптации и др.) (Иванец Н. Н., 2000). Поражение

печени, центральной нервной и сердечно-сосудистой систем вследствие хронической алкогольной интоксикации существенно усиливает побочные действия большинства антидепрессантов. В период острой абстиненции (первые 3—4 дня) использование ряда антидепрессантов, особенно трициклических, наименее желательно с учетом их выраженного холинергического действия.

Все это делает актуальной разработку простых и эффективных методик физиотерапии. При этом известные физические методы лечения алкогольного абстинентного синдрома (ААС) касаются, как правило, воздействия на ЦНС (Андреева И. Н., Конева Н. А., Ижбердеева Ф. Ф., 2004; Гриненко А. Я., Крупицкий Е. М., Лебедев В. П. и др., 1988). Это не случайно, поскольку совокупность психопатологической и неврологической симптоматики, развивающейся вследствие систематического злоупотребления алкоголем, трактуется как алкогольная болезнь мозга (Сиволап Ю. П., 2006). Период острой отмены алкоголя сопровождается массивным высвобождением глутамата (глутаматергический фактор), который оказывает повреждающее воздействие на нервную ткань (Орловская Д. Д., 1999). Можно предположить, что степень обратимости

trima® Цветоритмотерапия и Транскраниальная магнитотерапия

аппаратом "АМО-АТОС" с приставкой "Цветоритм"



Воздействие цветным световым раздражителем, воспринимаемым сетчаткой глаза и зрительными центрами, связанными с регулирующими структурами ЦНС и, в первую очередь, с гипоталамо-лимбической системой, способствует восстановлению баланса нейротрансмиттеров и обуславливая позитивные сдвиги при психо-неврологических и соматовегетативных состояниях.

ПОКАЗАНИЯ - коррекция психоэмоционального статуса у неврологических, гинекологических больных (климактерический синдром), при сахарном диабете, травме и др.
- лечение вегетативных дисфункций.

- Воздействие в двух режимах выбора цвета
- 4 динамически изменяющихся цвета (красный, желтый, зеленый, синий)
- Возможность выбора периода ритма (от 2 до 8 сек)
- Возможность сочетанной терапии с приставкой "Огололье"

Разработчик и производитель:
ООО "ТРИМА"

410033 г. Саратов, ул. Панфилова, 1.
Тел./ф. (8452) 450-215, 340-011.
E-mail: trima@overta.ru
Web: <http://www.trima.ru>

аппаратом "АМО-АТОС" с приставкой "Огололье" + два вида излучателей для паравертебрального и локального воздействия



Излучатель для локального воздействия

Воздействие на структуры мозга бегущим магнитным полем с целью улучшения мозгового кровообращения, восстановления трофики и регулирующих функций гипоталамуса.



ПОКАЗАНИЯ - любые нарушения мозгового кровообращения; вертебрально-базиллярная недостаточность; нарушения трофики черепных, позвоночных и периферических нервов; нарушение электроэнцефалографических показателей

и связанные с ними:

мигрени, цефалгии, дисциркуляторные энцефалопатии, последствия черепно-мозговой травмы и ишемического инсульта, вегетативные дисфункции, гестоз беременных, ДЦП, поражения шейного отдела позвоночника у новорожденных, диабетические нейропатии, абстинентный синдром.

Результаты лечения в неврологии опубликованы:
1. "Журн. неврол. и психиатр." №6/2007; №4, №9/2008
2. "Вопр. курортол., физиотер и ЛФК" №6/2006, №3, №4/2007

острых алкогольных расстройств зависит от степени повреждающего действия глутамата. Если это действие невелико, изменения в ЦНС носят характер биохимического повреждения и обладают определенной обратимостью.

Из множества физических факторов наиболее оптимальным выбором с точки зрения воздействия на структуры мозга является бегущее магнитное поле. С одной стороны, оно обладает максимальной проникающей способностью и может непосредственно воздействовать на регулирующие структуры мозга (гипоталамус) (Улащик В. С., 2001), а с другой — обладает регенерирующими свойствами в отношении поврежденной нервной ткани (Кардаш А. М., 1987; Худошина С. В., Болотова Н. В., Николаева Н. В. и др., 2006). Динамичный (бегущий) характер магнитного поля в транскраниальном варианте его приложения обладает адаптогенным (Болотова Н. В., Гринкевич А. В., Грищенко Т. П. и др., 2007), гипотензивным (Головачева Т. В., Кончугова Т. В., Лукьянов В. Ф. и др., 2008) и биосинхронизирующим воздействием (Улащик В. С., 2001), что дает основание для исследования эффективности транскраниальной магнитотерапии в комплексе лечения ААС.

Целью данной работы явилось изучение влияния транскраниальной динамической магнитотерапии на клинические и электрофизиологические показатели у больных с ААС.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 54 пациента в возрасте от 32 до 58 лет (41 мужчина и 13 женщин), страдающие алкоголизмом, в период абстиненции. Все пациенты проходили лечение в условиях стационара. При клиническом обследовании у 19 больных (35,1%) обнаружен гепатит В, у 6 (11,1%) — пиелонефрит, у 20 (37%) — хронический простатит или аднексит, у 16 (29,6%) — заболевания и травмы головного мозга. Жалобы на головные боли предъявляли 15 человек (27,7%), выраженную слабость — 42 (77,7%), головокружения — 18 (33,3%), нарушения сна — 51 (94,4%), раздражительность и резкие перепады настроения — 40 пациентов (74%). Вегетососудистые нарушения проявлялись колебаниями артериального давления, стойким дермографизмом, метеозависимостью, нарушением потоотделения.

У 18 (33,3%) больных выявлена гипертензия. Систолическое артериальное давление (САД) у них в среднем составило $149,3 \pm 3,9$ мм рт. ст., диастолическое (ДАД) — $86,4 \pm 3,5$ мм рт. ст. У 12 (22,2%) обследованных выявлена гипотония при уровне САД — $98,8 \pm 1,6$ мм рт. ст., а ДАД — $59,8 \pm 1,6$ мм рт. ст. У остальных давление было в пределах нормы.

Все больные были разделены на две группы.

В 1 группу (основную) вошли 29 пациентов, получавших на фоне базисной терапии транскраниальную магнитотерапию бегущим магнитным полем по битемпоральной методике. Использовался аппарат «АМО-АТОС» с приставкой «Оголовье» (ООО «ТРИМА», г. Саратов, рег. уд. № 29/10071001/3132—02 от 12.03.02). Приставка «Оголовье» позволяет реализовать движение магнитного поля (переменного или пульсирующего) в направлении от височных долей к затылочной области. Частота сканирования (движения) поля устанавливалась в диапазоне 8—13 Гц с учетом выявленной эффективности частоты, близкой к 10 Гц, в отношении дифференцировки ведущего ритма электрогенеза мозга и нормализации мозгового кровообращения (Гурова Н. Ю., Бабина Л. М., 2007). Процедуры проводили в положении пациента сидя или лежа. Курс состоял из 10 ежедневных процедур с экспозицией, постепенно увеличивающейся от 7 до 20 минут. **Во 2 группу** (контрольную) вошли 25 пациентов, получавших базисную

терапию в виде детоксикантов (гемодез, солевые растворы), ноотропов (фенотропил, пикамилон), гепатопротекторов (эссенциале, карсил), витаминов и препаратов симптоматического действия. Больные этой группы получали плацебо-процедуры транскраниальной магнитотерапии в виде «Оголовья» с выключенными излучателями.

Для самооценки депрессии использовали шкалу Зунга (Лурия А. Р., 1973). При этом градация депрессии имела 4 уровня: до 50 баллов — депрессии нет, от 51 до 59 баллов — легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, от 60 до 69 баллов — субдепрессивное состояние и от 70 баллов — депрессивное состояние.

Личностную и реактивную тревожность оценивали по тесту Спилбергера в модификации Ханина (Ханин Ю. Л., 1983). Уровень тревоги низкий — до 30 баллов, средний — 31—45 баллов, высокий — от 46 баллов.

При оценке степени общей астении использовали анкеты MF1-20 (Райгородский Д. Я., 1988). Мнестическую функцию исследовали методикой «10 слов» Лурия, устойчивость внимания и вработываемость — с помощью таблиц Шульце (оценивалось время выполнения задания по отыскиванию чисел в порядке их возрастания от 1 до 25). Для определения избирательности и переключения внимания использовался тест Мюнстерберга (оценивалось количество выделенных слов из случайного набора букв за 2 минуты работы). Степень тяжести функциональных расстройств вегетативной нервной системы устанавливали путем анализа трех ее компонентов: вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности (Вейн А. М., 2000). Необходимая оценка параметров проводилась с помощью ортоклиностатической пробы. Маркером изменения общих адаптационных возможностей организма и эффективности терапии вегетососудистой дистонии, кроме клинических симптомов, являлись общая мощность спектра ритмограммы и снижение в спектре доли колебаний очень низкой частоты по результатам кардиоинтервалографии.

Кроме того, всем пациентам проводили электроэнцефалографию (ЭЭГ) с выявлением характера регистрации альфа-ритма, а также пароксизмальной и эпилептоидной активности в лобных, теменных, височных и затылочных областях обоих полушарий головного мозга с помощью отечественной аппаратуры «Энцефан-131-03».

Для выявления скорости и характера нарастания эффекта лечения все исследования проводились трижды: до лечения, в середине курса (5-й день) и по его окончании.

Для обработки данных применяли программный пакет Statistika и Excel.

Результаты

Первые результаты, полученные в ходе лечения, были связаны с достаточно быстрой коррекцией артериального давления в основной группе.

Уже после первой процедуры у больных с гипертонией отмечалось снижение САД на 15—20 ед. У гипотоников после процедуры также зафиксировано некоторое снижение давления (на 7—10 ед.), что сопровождалось иногда легким головокружением, проходящим после 10 минут отдыха в лежачем положении. К 5-6-й процедуре наблюдалась достоверная коррекция САД и ДАД (табл. 1). При исходно повышенном давлении к середине курса САД снижалось на 10,6%, ДАД — на 8%. Вторая половина курса характеризовалась менее выраженной динамикой — 5,2% и 3,9% соответственно. Аналогичная тенденция наблюдалась и при исходно сниженном давлении.

Анализ результатов тестирования (табл. 2) показал, что включение транскраниальной магнитотерапии в комплекс

Динамика АД у больных ААС основной группы в зависимости от исходного уровня

Исходное АД	До лечения	Через 5 дней	p	После лечения	p
Повышенное (n=10)					
САД	151 ±3,8	135 ±2,2	<0,05	128 ±1,9	<0,05
ДАД	85,3 ±2,8	78,3 ±1,5	<0,05	75,2 ±1,6	<0,05
Сниженное (n=7)					
САД	97,6 ±1,6	106,5±2,4	<0,01	115,4 ±2,5	<0,01
ДАД	60,1±1,5	68,5 ±1,8	<0,01	72,4 ±1,6	<0,01

лечения ААС больных основной группы дает достоверные различия по сравнению с контрольной.

Так, по уровню депрессии к концу курса средние балльные значения в основной группе уменьшились на 20,2% против 12,3% в контрольной. К середине курса значения 55,2±2,6 соответствуют переходу из субдепрессивного состояния в состояние легкой депрессии. К концу курса в основной группе средний балл снизился до 49,6±3,2, что квалифицируется как отсутствие депрессии, тогда как в группе контроля депрессивные значения сохранились.

Параметры реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру и уровень общей астении также претерпели значительные изменения при лечении больных основной группы. Так, исходный уровень реактивной тревожности составлял 47,7±1,6, личностной — 50,3±1,9, общая астения — 15,8±0,6 балла. После курса лечения каждый из этих параметров снизился соответственно на 36,2%, 23,2% и 40%, что по уровню реактивной тревожности реактивной тревожности составило верхнюю границу нормы. Примечательно, что в середине курса значения этих показателей достоверно улучшались в пределах 12—15%. В контрольной группе такое улучшение наблюдалось лишь к концу курса.

Количество запоминаемых слов при отсроченном воспроизведении (тест Лурия) составляло исходно 5,88±0,13 в основной группе и 5,78±0,14 — в контрольной (при норме — 8—9 слов). К концу курса лечения в основной группе исходное значение увеличилось на 16,3% и составило 6,84±0,12 слова. В контрольной группе изменение этого показателя было не достоверным.

По данным теста Шульте, у подавляющего числа больных выявлена неблагоприятная реакция в виде истощения

внимания, отвлекаемости и низкой работоспособности. В среднем на обработку одной таблицы пациенты затрачивали 34,9±1,22 секунд в основной группе и 33,2±1,61 — в контрольной (при норме — 24—26 с). В результате лечения в основной группе время сократилось до 30,44±1,38 (на 12,7%), а в контрольной — до 32,7±1,35 (на 6,8%).

Тест Мюнстерберга подтверждает результаты предыдущего теста. Количество выделенных слов в результате лечения увеличилось в основной группе на 17,9%, а в контрольной — на 7,2%.

В результате проведенного лечения у больных субъективно значительно улучшилось самочувствие. Головные боли перестали беспокоить 93,1% пациентов основной группы и 44,0% — контрольной, сон восстановился соответственно у 75,8% и 60,0%, раздражительность уменьшилась у 79,3% и 68,0%, головокружения — у 100% и 96,0%.

Анализ результатов исследования параметров вегетативной нервной системы показал, что исходно каждый из трех изучаемых показателей имел отклонение от нормы у значительной части пациентов.

Так, усредненное по трем показателям (вегетативный тонус, вегетативная реактивность и вегетативное обеспечение деятельности) отклонение имелось у 68,9% больных основной группы и у 72,0% — контрольной. Показатели нормы отмечались у 31,0% и 28,0% соответственно. После лечения с помощью базисной терапии (контроль) число больных с нормальными показателями вегетативной нервной системы достоверно увеличилось до 40%, а при использовании транскраниальной магнитотерапии (основная группа) — до 62%. При этом наиболее существенным был прирост числа больных с адекватным значением вегетативного обеспечения деятельности (на 20,6%), что говорит

Таблица 2

Динамика показателей психофизиологического тестирования больных ААС

Показатель	Основная группа			Контрольная группа		
	До лечения	Через 5 дней	После лечения	До лечения	Через 5 дней	После лечения
Уровень депрессии (баллы)	62,2±2,4	55,2±2,6*	49,6±3,2*	61,4±1,9	58,8±1,6	53,8±2,0*
Реактивная тревожность	47,7±1,6	41,4±1,8**	30,4±6,2*	45,3±2,8	43,3±1,6	30,2±1,9*
Личностная тревожность	50,3±1,9	44,2±2,1*	38,6±5,1*	49,5±2,1	45,8±1,8	42,4±1,6
Уровень общей астении (баллы)	15,8±0,6	13,4±0,5	9,8±0,4**	14,3±0,8	13,8±0,6	12,6±0,5**
Тест Лурия (количество слов)	5,88±0,13	6,32±0,15	6,84±0,12*	5,78±0,14	5,76±0,12	5,82±0,13
Таблица Шульте (среднее время, с)	34,91 ±1,22	32,8±1,44	30,44±1,38*	35,2±1,42	33,2±1,61	32,8±1,35*
Тест Мюнстерберга (количество слов)	14,79 ±0,45	15,52±0,41*	17,44±0,38*	15,11 ±0,39	15,82 ±0,31	16,21 ±0,44

Примечание: Достоверность отличий: * — p < 0,05; ** — p < 0,001.

о росте адаптационных резервов организма больных в ответ на транскраниальную магнитотерапию.

У этих же больных зафиксированы изменения показателей кардиоинтервалографии, которые подтверждают сделанный вывод. Так, у больных основной группы доля колебаний очень низкой частоты в спектре снизилась с $48,6 \pm 2,8\%$ до $34,8 \pm 2,6\%$ ($p < 0,05$), а доля низкочастотных колебаний увеличилась с $26,6 \pm 1,8\%$ до $39,6 \pm 3,4\%$ ($p < 0,05$). В контрольной группе изменение мощности спектра и соотношение вклада его составляющих не было статистически достоверно.

Анализ ЭЭГ показал, что в обеих группах имелась высокая частота (66,6%) дезорганизационных типов ЭЭГ, что свидетельствует о дисфункции стволовых структур мозга, ответственных за гормональную и вегетативную регуляцию организма. Значительный процент десинхронизированных, «плоских» ЭЭГ отражает превалирование возбудительных процессов (Жирмунская Е. А., Лосев В. С., 1980).

В ходе лечения и по окончании биоэлектрическая активность головного мозга претерпела определенные изменения. После комплексного лечения в основной группе (табл. 3) прослеживается четкая положительная динамика в дифференцировке альфа-ритма, частота регистрации которого увеличилась на 13,8% (регулярная составляющая). В этой же группе после курса лечения дизритмия уменьшилась на 24,2%. С учетом изучаемой патологии важно, что зафиксированные изменения нарастают постепенно в ходе курса лечения и уже после 5-й процедуры имели существенный положительный сдвиг. Так, дифференцировка регулярного альфа-ритма увеличилась на 6,9%, дизритмия

уменьшилась на 13,8%, а пароксизмальная активность — на 17,3%. В контрольной группе достоверные изменения произошли лишь в отношении дифференцировки нерегулярного альфа-ритма (на 12%) и снижении частоты выявления пароксизмальной активности (на 20%).

Таким образом, по результатам исследований можно сделать вывод о том, что включение в комплекс лечения ААС транскраниальной динамической магнитотерапии способствует улучшению функционального состояния ЦНС, памяти, внимания, темпа психической деятельности, уменьшает вегетативные расстройства. Комплексное лечение улучшает психоэмоциональное состояние больных, существенно уменьшает уровень тревожности и депрессии, что облегчает физическую и социальную адаптацию.

Достаточно высокий терапевтический эффект мы связываем с раздражением и активацией регулирующих структур мозга и в первую очередь гипоталамо-лимбической системы. Это способствует восстановлению баланса нейротрансмиттеров и обуславливает позитивные сдвиги психоневрологических и соматовегетативных признаков заболевания. Второй возможный механизм — это регенерация поврежденной глутаматом нервной ткани мозга. Предположение основано на способности бегущего магнитного поля влиять на регенерацию ткани периферических нервов независимо от характера повреждающего фактора, что отмечалось также рядом авторов (Кардаш А. М., 1987; Худошина С. В., Болотова Н. В., Николаева Н. В. и др., 2006).

Таблица 3

Динамика распределения больных по отдельным показателям ЭЭГ в процессе лечения

Показатель	Основная группа (n=29)			Контрольная группа (n=25)		
	До лечения, абс. (%)	Через 5 дней, абс. (%)	После лечения, абс. (%)	До лечения, абс. (%)	Через 5 дней, абс. (%)	После лечения, абс. (%)
Регулярный альфа-ритм	8 (27,5)	10 (34,4)*	12 (41,3)*	7 (28)	7 (28)	9 (36)
Нерегулярный альфа-ритм	10 (34,4)	12 (41,3)	15 (51,7)**	8 (32)	10 (40)	11 (44)*
Дизритмия	14 (48,2)	10 (34,4)**	7 (24,1)**	15 (60)	15 (60)	13 (52)
Пароксизмальная активность	11 (37,9)	6 (20,6)*	4 (13,7)*	13 (52)	10 (40)	8 (32)*
Эпиактивность	2 (6,8)	1 (3,4)	-	2 (8)	2 (8)	1 (4)

Примечание: Достоверность отличий: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$.



ТОРГОВЫЙ ДОМ АЛЬФАМЕД

190005, г. Санкт-Петербург, ул. 7-я Красноармейская, 25 (М. «Технологический институт»)
(812) 712-67-66, 712-66-76; сайт: www.nevomed.ru, e-mail: nevomed@peterlink.ru, nevomedinfo@mail.master.ru

УПАКОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ

РУЛОНЫ R ПЛОСКИЕ (ПАР, ОКИСЬ ЭТИЛЕНА, ФОРМАЛЬДЕГИД)

РУЛОНЫ RV СО СКЛАДКОЙ (ПАР, ОКИСЬ ЭТИЛЕНА, ФОРМАЛЬДЕГИД)

РУЛОНЫ NR ПЛОСКИЕ (СУХОЖАР)

ПАКЕТЫ S ПЛОСКИЕ (ПАР, ОКИСЬ ЭТИЛЕНА)

ПАКЕТЫ SS САМОГЕРМЕТИЗИРУЮЩИЕСЯ (ПАР, ОКИСЬ ЭТИЛЕНА)

ПАКЕТЫ СВ ПЫЛЕЗАЩИТНЫЕ, ТРАНСПОРТНЫЕ

ПАКЕТЫ B СО СКЛАДКОЙ (ПАР, ОКИСЬ ЭТИЛЕНА)

ПАКЕТЫ RV БУМАЖНЫЕ СО СКЛАДКОЙ (ПАР, ОКИСЬ ЭТИЛЕНА)

БУМАГА SPC КРЕПИРОВАННАЯ

БУМАГА SCB СУПЕР КРЕПИРОВАННАЯ

БУМАГА NWG МЯГКАЯ УНИВЕРСАЛЬНАЯ

БУМАГА TL ПРОМОКАТЕЛЬНАЯ ДЛЯ ЛОТКОВ

ИНДИКАТОРЫ ХИМИЧЕСКИЕ AC EO

ЛЕНТЫ ДЛЯ ЗАПЕЧАТЫВАНИЯ С ИНДИКАТОРОМ ITS ITE ITN (ПАР, ОКИСЬ ЭТИЛЕНА, СУХОЖАР)

ЛЕНТЫ ДЛЯ ЗАПЕЧАТЫВАНИЯ БЕЗ ИНДИКАТОРА ITN (ПАР)

АППАРАТ RS 120 ДЛЯ ЗАПЕЧАТЫВАНИЯ (РОЛИКОВЫЙ)

АППАРАТ IS 250 ДЛЯ ЗАПЕЧАТЫВАНИЯ (ИМПУЛЬСНЫЙ)

АППАРАТ RS 220 ДЛЯ ЗАПЕЧАТЫВАНИЯ (РОЛИКОВЫЙ С ПРИНТЕРОМ)

Опыт применения кортексина при симптоматической эпилепсии у детей

Федунова Г. В., Сысоева Е. Н., Консультативно-диагностический центр, г. Ростов-на-Дону

Введение. Эпилепсия у детей и подростков является важнейшей социально-медицинской проблемой. По данным ВОЗ, эпилепсией страдает около 2% детской популяции и 7% детей переносят хотя бы один приступ в течение жизни. В структуре общей и неврологической заболеваемости эпилепсия занимает третье место [1].

МЛПУЗ «Консультативно-диагностический центр» оказывает диагностическую помощь детям от первых дней жизни до 18 лет с разнообразной неврологической патологией. Из числа пациентов, обратившихся в 2007 году, 580 человек составили больные с эпилепсией и пароксизмальными состояниями. В том числе, у 28% пациентов (162 человека) диагностировались идиопатические формы и у 72% (418 человек) — симптоматические. Высокий процент симптоматических форм обусловлен большим количеством наблюдаемых детей с органическим поражением головного мозга (перинатальные, посттравматические поражения, аномалии развития мозга и др.).

В настоящее время в распоряжении детского невролога имеется большое количество современных эффективных антиэпилептических препаратов, рациональная противосудорожная терапия позволяет добиться ремиссии в 70% случаев. Однако, как и все эффективные лекарственные средства, антиконвульсанты оказывают разнообразное влияние на многие процессы в организме и не лишены побочных явлений [2].

Как правило, назначая адекватную терапию ребенку с эпилепсией, детский невролог не ограничивается антиконвульсантами. Преобладание симптоматических форм, нарушения когнитивных функций, метаболических процессов вызывает необходимость медикаментозного воздействия на нейромедиаторные механизмы функционирования мозга.

Таким препаратом, обладающим умеренной дофаминергической активностью, ГАМК-эргическим эффектом, церебропротекторным, ноотропным и противосудорожным действием, является отечественный препарат пептидной структуры кортексин [3, 4].

Цель работы: анализ влияния кортексина на общее состояние детей, страдающих симптоматической эпилепсией, их речевое и психомоторное развитие с помощью объективных клинико-физиологических исследований.

Материалы и методы. Изучена эффективность кортексина у детей, страдающих генерализованной симптоматической эпилепсией. Средний возраст пациентов составил 10±2 года.

Все пациенты в основной и контрольной группах получали базовую антиконвульсантную терапию (депакин, финлепсин, бензонал). В лечении пациентов основной группы (21 чел.) использовался кортексин, назначаемый

в возрастных дозировках (0,5 мг/кг — с массой тела до 20 кг и 10 мг в/м — с массой тела более 20 кг) двумя курсами по 10 дней с интервалом в три месяца, содержимое флакона разводилось в 2 мл 0,5% р-ра новокаина или физиологического раствора. Контрольную группу составили 13 детей, которым кортексин не назначался.

Оценка результата проводилась после второго курса лечения кортексином. Результаты лечения оценивались по динамике эпилептических приступов, общему состоянию детей (жалобы на головные боли, головокружения, утомляемость, снижение памяти и мышления), коррекции речевых нарушений, данным ЭЭГ.

Результаты исследования. При лечении кортексином (во время проведения инъекции и в течение всего периода наблюдения) ни у одного пациента не произошло рецидива эпилептических приступов, не было отмечено побочных эффектов и осложнений, связанных с применением препарата. При сопоставлении субъективного состояния больных в соматическом статусе выявлено сокращение жалоб на головные боли (85,8%), головокружения (58,4%), улучшение памяти, внимания (70%), положительная динамика в психо-речевом развитии (70%) (табл. 1).

После окончания курса терапии кортексином регистрировались положительные изменения на ЭЭГ: увеличение количества альфа-волн и снижение медленноволновой активности. Положительные изменения нейродинамики наблюдались у 85% пациентов, получавших кортексин, в то время как в контрольной группе показатели биоэлектрической активности улучшились лишь на 48%.

Выводы

- Доказан положительный терапевтический эффект кортексина.
- Применение кортексина не сопровождается развитием эпилептических приступов, тем самым обеспечивая ремиссию заболевания.
- Целесообразно рекомендовать применение кортексина в комплексном лечении больных детей с эпилепсией.

Литература

1. Петрухин А. С., Мухин К. Ю., Медведев М. И. Основные принципы лечения эпилепсии у детей // Неврологический вестник — 1997. — Т. 1—2. — С. 95—97.
2. Цукер М. Б. Клиническая невропатология детского возраста. — М: Медицина, 1986. — 462 с.
3. Кортексин — пятилетний опыт отечественной неврологии / Ред. А. А. Скоромец, М. М. Дьяконов. — СПб: Наука, 2006. — 224 с.
4. Ноотропные и нейропротекторные препараты в детской неврологической практике / Н. П. Шабалов, А. А. Скоромец, Т. Н. Платонова и др. // Вестн. Рос. мед. академии. — 2001. — № 1. — С. 24—29.

Таблица 1

Динамика показателей соматического статуса и речевого развития детей на фоне терапии кортексином

Показатели	Группа больных					
	Основная группа			Контрольная группа		
	До лечения	После лечения		До лечения	После лечения	
	Абс. число	Абс. число	% улучш.	Абс. число	Абс. число	% улучш.
Головная боль	28	4	85,8	9	6	33,4
Головокружения	12	5	58,4	5	3	40
Снижение памяти, внимания	30	9	70	10	7	30
Нарушение психо-речевого развития	10	3	70	16	4	33,4

Автоматизированное рабочее место врача акушерского отделения

Клименко П. О.; Михайлов А. Г.

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

В октябре 2008 года в акушерском отделении Областной больницы № 2 г. Ростова-на-Дону была установлена информационная система «История болезни» фирмы «Лаборатория «Электронная медицина».

Назначением данного программного продукта является ведение электронного аналога медицинской документации. При этом значительно сокращается время на заполнение форм за счет многократного использования введенной информации в разных документах, а также процент снятия по экспертизе счетов при помощи автоматизированного контроля над вводимыми данными.

Информационная система позволяет использовать как стандартные текстовые шаблоны, так и шаблоны, созданные самими врачами. Их использование позволяет снизить трудозатраты на ведение документации.

«История болезни» позволяет:

- заполнять титульные листы истории родов и истории новорожденного. При этом данные переносятся в историю новорожденного, выписной эпикриз и статистическую карту выбывшего из стационара;
- вести дневники описания патологии беременности и дневники послеродового обследования;
- формировать протоколы операций, листки и протоколы переливания трансфузионных сред, температурные листы;
- выводить журналы, протоколы патоморфологических исследований, переливания крови, учета направленных на патоморфологические исследования, журналы учета пациентов и проведенных операций;
- заполнять результаты ультразвуковых исследований;
- составлять отчеты по количественному и списочному составу пациентов с возможностью группировки по датам приема и выписки, диагнозам и другим параметрам.

Историю родов, историю новорожденного можно распечатать полностью или выводить на печать только отдельный документ из совокупности данных, составляющих историю болезни беременной, роженицы, родильницы и новорожденного. Кроме того, все отчетные документы могут сохраняться в формате, совместимом с текстовыми редакторами MS Word и OpenOffice.

«История болезни» является частью программного комплекса, предназначенного для автоматизации экономического и статистического анализа данных, полученных в рамках лечебного учреждения. В частности, возможно использование данных, полученных в приемном отделении, в заполнении паспортной части данных пациента. Накопленная в ходе ведения документов информация используется для формирования сводной отчетности о результатах лечения.

Система предполагает совместное ведение медицинской документации пациента и масштабирование как в пределах отделения, так и всего лечебного учреждения.



ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА
информационные технологии для медицинских учреждений

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

ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА

Современная диагностика и лечение рассеянного склероза

Тринитатский Ю. В., д.м.н., профессор; Тринитатский И. Ю., к.м.н.; Булгаков В. В.; Лемешевская А. А., к.м.н.; Мельникова А. В., к.м.н.; неврологическое отделение ГУЗ «РОКБ», г. Ростов-на-Дону

Рассеянный склероз (РС) — одно из наиболее распространенных органических заболеваний нервной системы, поражающее преимущественно лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста, имеющее прогрессирующее течение и неизбежно приводящее к инвалидизации. Несмотря на более полутора вековую историю изучения РС, исследование этиологии, патогенеза, лечения этого заболевания является одной из самых актуальных проблем клинической неврологии. Последние годы XX века, объявленные ЮНЕСКО «десятилетием мозга», характеризовались заметным прогрессом в изучении патогенеза, диагностики и лечения РС. Ростовская областная клиническая больница более 25 лет занимается этой проблемой. По ней защищены 1 докторская и 5 кандидатских диссертаций. В неврологическом отделении проходят лечение наиболее сложные больные РС из Северной Осетии, Кабардино-Балкарии, Чечни, Ингушетии, Краснодарского края.

РС — хроническое прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, проявляющееся рассеянной неврологической симптоматикой и имеющее на ранних стадиях ремиттирующее течение. Постоянное и длительное внимание к этому заболеванию объясняется целым рядом существенных обстоятельств. В первую очередь это связано с тем, что РС отнюдь не относится к категории редких органических заболеваний нервной системы. По сведениям различных авторов (Kurtzke J. F., 1975; Paty D. W., Ebers G. C., 1997; Гусев Е. И. с соавт., 1997), распространенность РС в Европе и Северной Америке составляет от 10 до 120 случаев на 100 тысяч населения. В большинстве регионов средней полосы и севера России распространенность заболевания составляет от 35 до 70 случаев на 100 тысяч населения. На Юге страны этот показатель, по нашим данным, ниже. Так, в Ростовской области он составляет 24,6 случаев на 100 тысяч населения.

Другим обстоятельством, привлекающим внимание к этому заболеванию, является то, что оно поражает преимущественно молодых лиц и, в силу особенностей своего течения, охватывающего два-три десятилетия, ведет к продолжительной инвалидизации больных, требующих особого наблюдения и ухода. Экономические затраты на оказание медицинской и социальной помощи больным РС очень велики (Kendrick M., Johnson K. J., 2000). По данным исследования, проведенного в США, через 10 лет от начала заболевания до 50% больных РС имеют трудности в выполнении профессиональных обязанностей, через 15 лет — более 50% имеют затруднения в самостоятельном передвижении, а при длительности болезни более 20 лет — проблемы в самообслуживании.

В связи с появлением препаратов, изменяющих течение РС (ПИТРС), чрезвычайную актуальность приобрела ранняя диагностика заболевания. Если раньше диагноз РС был приговором для больного, то в настоящее время РС относится к группе заболеваний, частично

поддающихся лечению. Вместе с тем, начальные симптомы заболевания настолько непостоянны и разнообразны, что диагностика вызывает значительные затруднения даже у опытных неврологов. Частота ошибок при установлении диагноза РС колеблется от 9 до 37%. В связи с этим начало патогенетической терапии опаздывает на несколько лет, а болезнь прогрессирует значительно быстрее. Сложности при установлении диагноза РС чаще всего возникают на ранних стадиях заболевания (при наличии одного обострения) и отсутствии клинических данных о распространенности процесса (один топический очаг).

Каждый невролог должен обязательно знать, что нельзя принимать на веру прежде поставленный диагноз РС без подкрепления его убедительным анамнезом, клиническими данными и результатами текущего неврологического исследования.

«Золотым» стандартом для диагностики РС являются критерии Schumacher G. A. (1965). В настоящее время для установления диагноза РС используются критерии, рекомендованные Международной экспертной группой под руководством McDonald W. I. (2001).

Изменения диагностических критериев приняты с учетом особой роли МРТ в подтверждении диагноза РС и решении главной задачи — выявлении очагов демиелинизации с учетом их распространенности во времени и пространстве. После принятия новых критериев стало использоваться понятие «возможный» РС. Помимо МРТ, в новые диагностические критерии МакДональда были включены исследования спинномозговой жидкости и вызванных потенциалов мозга.

В типичных случаях для постановки диагноза с двумя и более атаками и двумя и более очагами дополнительного подтверждения данными МРТ не требуется, однако проведение МРТ целесообразно для исключения заболеваний, имеющих сходную с РС клиническую картину (табл. 1).

Одним из наиболее сложных вопросов в диагностике РС является установление диагноза при первично-прогрессирующем типе течения РС. В этом случае критерии МакДональда особое внимание уделяют проведению дифференциальной диагностики с заболеваниями, сопровождающимися экстрамедуллярной компрессией спинного мозга, наследственными, токсическими, демиелинизирующими и дегенеративными заболеваниями. Нужно отметить, что очаговые изменения на МРТ, сходные с проявлениями РС, дают около 50 заболеваний (саркоидоз, лакунарные инфаркты, метастазы в головной мозг и др.). Поэтому для подтверждения диагноза РС по данным МРТ используются диагностические критерии Paty D. W. (1988), Fazekas F. H. (1993), Barkhof F. (1995).

При наличии одного обострения «распространенность во времени» может быть доказана с помощью МРТ, проведенной через 3—6 месяцев. Ее критериями являются накопление контраста в очагах, не соответствующих

Диагностические критерии РС по МакДональду

Клинические обострения	Объективно обнаруженные очаги	Дополнительные требования
2 и более	2 и более	Дополнений не требуется, достаточно клинической картины (дополнительные данные возможны, но должны соответствовать клинике РС)
2 и более	1	Диссеминация в месте на МРТ или положительный анализ ликвора и 2 или более МРТ-очага, типичных для РС, или последующий клинический рецидив новой локализации
1	2 и более	Диссеминация во времени на МРТ или вторая клиническая атака
1 (клинически изолированное поражение — очаг)	1	Диссеминация в месте на МРТ или положительный анализ ликвора и 2 или более МРТ-очага, типичных для РС + диссеминация во времени на МРТ или вторая клиническая атака
0 (первичное прогрессирующее)	1	Положительный анализ ликвора + диссеминация в месте на МРТ, признаки 9 или более T2-очагов в головном мозге или 2 и более очагов в спинном мозге, или положительный результат ЗВП при наличии 4–8 МРТ-очагов, или положительный результат ЗВП при наличии до 4 очагов в головном плюс +1 в спинном мозге + диссеминация во времени на МРТ, или неуклонное прогрессирующее в течение 1 года

предшествующей атаке, и обнаружение очагов, накапливающих контраст, или новых очагов в T²-режиме.

Наличие 4 и более очагов РС в дебюте заболевания свидетельствует о существенной скорости прогрессирования болезни и, возможно, большей инвалидизации в дальнейшем. Для определения активности процесса проводят МРТ в режиме T¹ с контрастированием препаратами гадолиния.

Значение исследования вызванных потенциалов мозга (ВП) заключается в выявлении очагов поражения ЦНС, которые не «звучат» клинически, подтверждении сомнительных клинических данных и оценке динамики заболевания. Метод ВП, основанный на исследовании электрических реакций мозга в ответ на внешние сенсорные стимулы, является главным способом изучения функциональных связей периферии с центром. При этом отдельные компоненты получаемых ответов отражают функции различных структур ЦНС. С помощью ВП возможно определение локализации и распространенности патологического процесса, даже если отсутствуют его клинические проявления. При РС обычно исследуют слуховые и зрительные ВП на обращение шахматного паттерна. Удлинение латентных периодов вызванных ответов является наиболее ранним признаком патологии, в развитых стадиях ответы могут полностью исчезать.

Лечение

В лечении РС сохраняется много проблем, связанных с нерешенными вопросами этиологии и патогенеза. Современная оценка эффективности методов лечения РС основана на обязательном использовании ряда критериев, объективизирующих изменения в клиническом состоянии больных по трем направлениям: влияние на частоту, тяжесть и длительность обострений, на скорость прогрессирования неврологического дефицита, обуславливающего степень инвалидности, изменение МРТ-картины мозга.

Основные клинические критерии эффективности лечения:

- уменьшение частоты и тяжести обострений;
- увеличение длительности ремиссии;
- отсутствие или незначительный рост показателей неврологического дефицита (по шкалам EDSS и FS);
- оценка качества жизни.

Лечение обострений РС

При наличии нетяжелого обострения на ранних стадиях развития РС целесообразно использовать метабо-

лические и сосудистые препараты (ноотропы, витамины группы В, пентоксифиллин), антиоксиданты (мексидол, эмоксипин, витамин Е, триовит), симптоматическую терапию. Реже при нетяжелых обострениях используются препараты АКТГ, например, его синтетический аналог — синактен-депо (в/м № 25).

Общепринятой тактикой лечения обострения РС является использование короткого курса кортикостероидов в пульс-дозах (по 1 г метилпреднизолона в день в/в кап. 3–7 дней, в зависимости от тяжести обострения). Такой курс лечения способствует наиболее быстрому восстановлению неврологических функций, но, к сожалению, не влияет на скорость прогрессирования заболевания в дальнейшем. Короткие курсы кортикостероидов обычно хорошо переносятся, но иногда отмечаются отеки, бессонница, колебания артериального давления, изменения настроения, желудочно-кишечные расстройства. Кроме того, описаны анафилактические реакции на внутривенное введение больших доз метилпреднизолона. В связи с этим проведение пульс-терапии метилпреднизолоном возможно в стационаре (в том числе дневном) под наблюдением медперсонала. При отсутствии существенно эффекта от проведения пульс-терапии целесообразен перевод больных на пероральный прием преднизолона в дозе 1–1,5 мг на 1 кг веса с постепенным снижением дозы. Длительность курса — 1,5–2 месяца.

Терапия, изменяющая течение РС

Длительное использование иммуномодуляторов и иммуносупрессоров, снижающих активность воспалительного и аутоиммунного процессов, сейчас является основным методом предупреждения обострений и увеличения длительности ремиссий. В группу ПИТРС входят: бетаферон (интерферон-β1в), ребиф (интерферон-β1а), авонекс (интерферон-β1а), копаксон (глатирамера ацетат), иммуносупрессор митоксантрон. Однако, учитывая высокий риск развития побочных эффектов и ограниченный срок применения, митоксантрон при ремиттирующем РС относят ко второй линии препаратов, используемых только при неэффективности интерферона-β и глатирамера ацетата. К этой же группе препаратов относятся азатиоприн, циклофосфамид, циклоспарин А, иммуноглобулины класса G.

В большинстве стран мира назначение ПИТРС, несмотря на их высокую стоимость, для определенной группы больных РС является обязательным. Лечение ПИТРС назначается при установлении достоверного диагноза РС так рано, как это возможно.

В нашем центре проведено наблюдение за 216 больными РС, получавшими ПИТРС по системе ДЛО в течение 2004—2006 гг. При этом 76 пациентов с ремиттирующим и вторично-прогрессирующим течением РС принимали бетаферон в дозе 8 ММЕ (250 мкг) через день, 115 больных с ремиттирующим РС — копаксон в дозе 20 мг ежедневно, еще 25 больных с ремиттирующим РС принимали ребиф в дозе 44 мкг 3 раза в неделю. Пациентов обследовали до начала лечения и каждые 3 месяца во время лечения, фиксируя при этом балл по шкале EDSS, обострения и побочные эффекты. МРТ головного мозга проводилось один раз в год по общепринятой в регионе методике (Арасланова Л. В., 2004).

Возраст больных варьировал от 18 до 45 лет (средний возраст 35,8±1,4), длительность заболевания — от 1 года до 12 лет (в среднем 7,2±1,1 лет). Неврологический дефицит по шкале EDSS во всей группе составлял 4,06±0,28 баллов. Самые высокие показатели по шкале EDSS отмечались в группе больных, получавших бетаферон (4,98±0,34 баллов). Это связано с тем, что в группе были больные не только с ремиттирующим, но и вторично-прогрессирующим РС (16 пациентов). Среди пациентов, получавших копаксон, этот показатель составил 3,34±0,27 баллов, ребиф — 2,96±0,17 баллов. Активные очаги на МРТ определялись с помощью метода переноса

намагничности и контрастирования препаратами гадолиния.

Контроль эффективности лечения осуществлялся по следующим показателям: уменьшение частоты обострений, изменение темпов инвалидизации по шкале EDSS, снижение скорости прогрессирования на 1 балл по шкале EDSS, уменьшение количества активных очагов на МРТ.

К концу первого года наблюдения из исследования выбыли двое больных, получавших бетаферон, в связи с плохой переносимостью препарата и один пациент, принимавший копаксон, из-за развившейся стойкой депрессии с суицидальными мыслями.

За первый год лечения число обострений сократилось с 270 до 123, то есть уменьшилось на 54,5%. При лечении бетафероном снижение частоты обострений составило 48%, копаксоном — 53%, ребифом — 63,5%. Частота обострений на одного больного достоверно снизилась при терапии бетафероном на 45,6%, копаксоном — на 59,3%, ребифом — на 62,5%. Существенная разница в снижении частоты обострений при лечении препаратами бетафероном и ребифом объясняется более тяжелым контингентом больных, принимавших бетаферон (табл. 2).

Таблица 2

Динамика изменений числа и частоты обострений у больных РС

Показатель	Год до лечения	1-й год лечения	2-й год лечения	3-й год лечения	Снижение частоты обострений		
					за 1 год	за 2 года	за 3 года
при лечении бетафероном							
Число обострений	128 (n=76)	67 (n=74)	53 (n=69)	39 (n=65)	48,0%	59,0%	70,0%
Частота обострений на 1 пациента	2,28	1,24 p<0,001	1,08 p<0,05	0,86 p<0,001	45,6%	52,7%	72,3%
Число больных с обострением	56	42 p<0,05	29 p<0,01	18 p<0,001	37,4%	49,3%	67,8%
при лечении копаксоном							
Число обострений	110 (n=115)	44 (n=114) p<0,001	32 (n=108) p<0,001	21 (n=104) p<0,001	60,0% p<0,001	71,0% p<0,001	81,0% p<0,001
Частота обострений на 1 пациента	2,11	0,86 p<0,001	0,71 p<0,001	0,51 p<0,001	59,3% p<0,001	66,4% p<0,001	75,9% p<0,001
Число больных с обострением	52	24 p<0,001	17 p<0,001	12 p<0,001	53,9% p<0,001	67,4% p<0,001	77,0% p<0,001
при лечении ребифом							
Число обострений	32 (n=25)	12 (n=25) p<0,01	7 (n=24) p<0,01	3 (n=22) p<0,01	63,5% p<0,01	78,2% p<0,01	90,7% p<0,01
Частота обострений на 1 пациента	2,13	0,8 p<0,001	0,5 p<0,001	0,25 p<0,001	62,5% p<0,001	77% p<0,001	88,3% p<0,001
Число больных с обострением	15	7 p<0,001	4 p<0,001	2 p<0,001	53% p<0,001	73,4% p<0,001	86,7% p<0,001

Об эффективности лечения ПИТРС через год после начала лечения свидетельствовало уменьшение числа больных с обострениями: при терапии бетафероном — на 37,7%, копаксоном — на 53,9%, ребифом — на 53,4%. Кроме того, изменилась тяжесть экзацербаций, многие из которых были купированы без использования внутривенного введения метилпреднизолон.

Количество активных очагов на МРТ у больных, получавших в течение года бетаферон и копаксон, сократилось на 30,0% и 35,0% соответственно, достоверно уменьшилось число пациентов, не имеющих активных очагов (35,0% и 40,4% случаев). В группе больных, пролеченных ребифом, в связи с небольшим количеством

очагов до лечения, этот показатель изменился незначительно (на 14,3%, p>0,05).

Побочные эффекты при лечении интерферонами-β были представлены гриппоподобным синдромом (84,7% случаев), местными кожными реакциями (73% случаев), повышением уровня трансаминаз (3% случаев). Побочные эффекты обычно регрессировали в течение 3—4 месяцев и сохранились в течение года только у 16 больных (у 10 — местные кожные реакции, у 6 — гриппоподобный синдром). Побочные эффекты копаксона были менее выражены и отмечались в 38,4% случаев. В этой группе также преобладали местные кожные реакции, и только у 6 пациентов (11,6% случаев) наблюдалась немедленная

постинъекционная реакция (чувство нехватки воздуха, липотимия, сердцебиение, тошнота, головокружение).

Завершил трехгодичный курс ПИТРС 191 больной из 216 начавших лечение. Основной причиной отмены бетаферона и копаксона (18 пациентов) были медицинские показания, свидетельствующие о неэффективности лечения. Даже в наиболее тяжелой группе больных, пролеченных бетафероном, отмечалась положительная динамика в виде уменьшения числа обострений, частоты обострений на одного пациента, темпов прогрессирования болезни.

Исследование динамики неврологического статуса по шкале EDSS показало, что в группе больных, получавших бетаферон, неврологический дефицит несколько вырос по сравнению с началом лечения ($5,19 \pm 0,46$ баллов и $4,98 \pm 0,34$ балла соответственно), в то время как в других группах неврологическая симптоматика не выросла. На наш взгляд, это связано с наличием в группе больных, пролеченных бетафероном, пациентов с ВПРС, неврологический дефицит у которых нарастал существенно быстрее, чем при ремиттирующем течении РС. Это позволяет сделать важный вывод, что в условиях дефицита финансирования здравоохранения для лечения бетафероном целесообразнее отбирать больных ремиттирующим РС с умеренным неврологическим дефицитом (до 5,5 баллов по шкале EDSS).

Если клинический эффект препаратов β -ИФН и глатирамера ацетата недостаточен и заболевание продолжает прогрессировать, целесообразно назначение митоксантрона. Митоксантрон — синтетический противоопухолевый препарат, в 10 раз более мощный, чем циклофосфан, обладающий помимо цитотоксических свойств и иммуносупрессивными свойствами. Митоксантрон оказывает влияние только на лимфоциты, способные пролиферировать в ответ на новые антигены. Установлено влияние данного препарата на частоту обострений при ремиттирующем РС.

Побочными эффектами терапии могут быть тошнота, рвота, инфекции верхних дыхательных путей и мочевого тракта, головная боль, диарея, аменорея. Митоксантрон, хотя и обладает меньшими побочными эффектами по сравнению с другими противоопухолевыми препаратами, вызывает угнетение функций костного мозга, в связи с чем повышает риск инфекционных заболеваний и тромбоцитопении. Кроме того, препарат кардиотоксичен. Введение митоксантрона в большой дозе ($12 \text{ мг на } 1 \text{ м}^2$) каждые 3 месяца оказывает положительное действие на больных с вторично-прогрессирующим РС. Однако продолжительность лечения ограничена кумулятивной кардиотоксичностью, развивающейся при суммарной дозе, превышающей $100 \text{ мг на } 1 \text{ м}^2$, следовательно, при длительном лечении необходимо кардиомониторирование. Отмечен положительный эффект митоксантрона при быстром прогрессировании заболевания. Препарат вводят в дозе $10 \text{ мг на } 1 \text{ м}^2$ 1 раз в месяц в течение полугодия. При применении подобной схемы у больных отмечаются лишь незначительные побочные эффекты в виде нейтропении, легкой алопеции и вторичной аменореи при отсутствии кардиотоксичности. Таким образом, митоксантрон показан при быстром прогрессировании и высокой активности болезни с целью стабилизации процесса, после чего возможен переход на другую иммуномодулирующую терапию. И наоборот, при исчерпании терапевтического эффекта стандартной иммуномодулирующей

терапии можно получить его от митоксантрона, и, возможно, через какое-то время больной вновь станет отвечать на традиционное лечение. Общая (кумулятивная) доза составляет 140 мг/м^2 . При дозировании препарата 12 мг/м^2 каждые 3 месяца продолжительность терапии составляет не более 2—3 лет.

Симптоматическое лечение

Основное значение в коррекции стойких неврологических нарушений при РС имеет симптоматическая терапия и реабилитация.

Двигательные нарушения отмечаются практически у всех больных РС. Коррекция двигательных нарушений включает: фармакотерапию, лечебную физкультуру и массаж, физиотерапию, рефлексотерапию, методы биологически обратной связи, мануальную терапию, коррекцию двигательного стереотипа и стиля жизни.

Для лечения спастичности применяют медикаментозную терапию, ЛФК, физическую реабилитацию. Основные задачи лечения: уменьшение выраженности болезненных спазмов, улучшение подвижности в суставах, улучшение положения тела при сидении, предупреждение развития контрактур, облегчение ухода за тяжелыми больными.

Медикаментозное лечение спастики должно быть строго индивидуально, постоянно контролироваться врачом и больными. Таблетированные формы миорелаксантов более эффективны при диффузном повышении тонуса. Основным побочным эффектом всех этих препаратов является быстрое наступление мышечной слабости, поэтому в каждом случае невролог должен находить баланс между снижением тонуса и усилением слабости.

Комплекс лечебной физкультуры, направленный на уменьшение спастичности и предотвращения развития контрактур, включает лечение положением и точечный массаж по тормозной методике.

Физиотерапия для снижения мышечного тонуса:

- местное применение холода (пакеты со льдом) по 15—20 минут, курс 15—20 процедур;
- парафин-озокеритовые аппликации ($45\text{—}50^\circ\text{C}$) по 20—30 минут, курс 15—20 процедур;
- тренировка антагонистов спастичных мышц аппаратами «Амплипульс», «Миотон»;
- магнитотерапия с помощью постоянного магнитного тока $20\text{—}30 \text{ мТл}$, по 15—20 минут, через день, 7—10 процедур.

Для неспецифической стимуляции регенеративных процессов используются препараты с метаболическим действием: ноотропы, аминокислоты, препараты альфалиповой кислоты, витамины группы В, аплегин, сосудистые препараты. Большое значение имеет подбор комплекса лечебной физкультуры. Регулярные физические упражнения (занятие на велоэргометре для ног и рук не менее 30 минут в день) способствуют более быстрому и выраженному восстановлению силы мышц не зависимо от тяжести клинического состояния больных.

Коррекция координаторных нарушений является одним из наиболее трудных разделов симптоматического лечения РС. Можно эффективно уменьшить тремор рук с помощью небольших утяжеляющих браслетов и упражнений на закрепление нового двигательного стереотипа.

Медикаментозные возможности для уменьшения тремора и координаторных нарушений ограничены. Чаще всего используются повторные курсы пиридоксина и β -блокаторов (пропранолол) в сочетании

с антидепрессантами. Легкий тремор может уменьшиться при применении антигистаминных препаратов, а также зопрана по 4—8 мг или буспара по 5—10 мг. Для купирования более выраженного тремора назначают карбамазепин с постепенным увеличением дозы от 0,1 до 1,2 г. При хорошем эффекте можно попытаться снизить дозу или делать перерывы в приеме препарата на 2—4 недели. В редких случаях при выраженном треморе, достигающем уровня гиперкинеза, применяют препараты леводопы (мадопар, юмекс).

Для лечения гиперрефлексии детрузора в настоящее время наиболее широко применяется холинолитик детрузитол по 2 мг 2 раза в день. Традиционным методом лечения гиперрефлексии мочевого пузыря является стимуляция сакрального нерва, снижающая сократительную активность детрузора, уменьшающая выраженность детрузорно-сфинктерной диссинергии. Bosch R. (1996) предложил метод вживления электрода подкожно в область S3 пациентам, не поддающимся стандартной терапии. Метод анальной электростимуляции диадинамическими токами также оказывает влияние на нарушение детрузорно-сфинктерного равновесия.

Проблема лечения детрузорной гипо- и арефлексии остается нерешенной. По данным литературы, лучшим методом на сегодняшний день остается периодическая самокатетеризация. При невозможности ее выполнения или отказе больного выполняется надлобковая цистостомия.

Одной из причин инвалидизации больных РС являются когнитивные и психические расстройства, которые встречаются у многих больных на ранних стадиях заболевания и практически у всех — на поздних (Тринитатский Ю. В., Лемешевская А. А., 2003).

Проведение комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию двигательных, нейропсихологических и других нарушений возможно как в специализированных стационарах, так и амбулаторных условиях. Эффективность любого реабилитационного процесса зависит от того, насколько адекватно проведено лечение тревожно-депрессивных синдромов, компенсированы когнитивные нарушения, которые потенциально мешают восстановлению других функций.

В ранние сроки после установления диагноза необходимо разъяснить пациенту особенности течения заболевания, обсудить планы обследования и лечения, подчеркивая благоприятные особенности болезни у данного больного. Главное на этом этапе — снизить уровень тревоги, рассеять страх, связанный с неизвестностью.

Психотерапевтическое значение имеет обсуждение типично бытовых проблем (температурный режим, диета, режим нагрузок, физкультура, планирование беременности, вакцинация и т. д.), разъяснение пациенту социальных и юридических вопросов, связанных с болезнью и инвалидностью.

Индивидуальная и групповая психотерапия может проводиться с использованием методов когнитивной, рациональной, гештальт-терапии, эффективно использование гипноза, нейролингвистического программирования, музыкотерапии, биологически обратной связи. Результатом эффективной психотерапевтической коррекции должен явиться регресс психических расстройств, повышение самооценки пациента, обучение его эффективным стратегиям адаптации и преодоления имеющихся расстройств и, в целом, улучшение качества жизни и социальная адаптация больного.

На поздних стадиях РС у тяжелых инвалидизированных пациентов не теряет своего значения поддерживающая психотерапия, когда сочувствие, доброжелательное участие, обсуждение текущих проблем позволяет пациенту чувствовать себя социально адаптированным. При работе с родственниками надо объяснять им особенности психологического состояния больных, предотвращать гиперопеку. Вместе с пациентом следует искать новые, доступные в двигательном плане виды деятельности, интересы, стимулировать позитивное отношение к жизни, обучать строить по-новому взаимоотношения с людьми, не стесняясь принимать помощь со стороны.

В лечении депрессии при РС доказана высокая эффективность серотонинэргических антидепрессантов (коаксил, ципрамил, сертралин, прозак, золофт и др.), имеющих собственно меньшие побочные эффекты, чем трициклические антидепрессанты. Для коррекции тревожных расстройств используют алпразолам по 0,25 мг 3 раза в сутки, клоназепам 0,5—1 мг в сутки. При неглубоких тревожно-депрессивных расстройствах возможно применение нейрореплетика эглонила по 50 мг 2—3 раза в день. Для лечения когнитивных нарушений и синдрома усталости используют ноотропы, аминокислоты, витамины группы В, амантадин по 100 мг 2 раза в день, проноран по 50 мг в сутки, семакс по 0,3 мг 3 раза в день в течение месяца.

Таким образом, ранняя диагностика РС, правильно подобранное патогенетическое и симптоматическое лечение, социально-медицинская реабилитация позволяют длительно сохранять трудоспособность больных РС, их социальную активность.

БЕЛОЧКА



САЛФЕТКИ
дезинфицирующие
для инъекций

из нетканого полотна,
пропитанного 70% водно-спиртовым
(и изопропиловым) раствором,
одноразовые, размер 125 x 110 мм

НПФ «МЕДТЕХМАРКЕТ»

- Одноразовые дезинфицирующие салфетки для инъекций «Белочка»
- Изготовление салфеток с логотипом заказчика

Обработать место инъекции — легко!

Компания приглашает к сотрудничеству региональных партнеров
ООО «НПФ «Медтехмаркет». 129301, г. Москва, ул. Касаткина, 3
Тел.: (499) 187-41-95, 187-16-52, (495) 683-97-42, 683-97-08

Сайт: www.MEDTEXMARKET.ru, e-mail: mtmarket@list.ru

Регистрационное удостоверение № ФСР 2008/02512/ ТУ 9393-001-58716163—2003

НОВОЕ СЛОВО В МЕДИЦИНСКОЙ МЕБЕЛИ

Представляем вам удивительный материал **STARON®**, который производится химическим подразделением всемирно известного концерна **SAMSUNG™**. Наша организация производит по заказам эксклюзивные изделия из искусственного камня **STARON®** на современном оборудовании.

STARON® универсальный материал с декоративной поверхностью, широко используется в качестве гигиенических и рабочих поверхностей в больницах и лабораториях, зонах приема посетителей, местах общего пользования, кафе и ресторанах. Специалисты с удовольствием используют **STARON®** в современных интерьерах лечебных учреждений, санаториев, салонов красоты и офисов.

STARON® композитный материал. Он изготавливается из натуральных минералов и высокотехнологичной акриловой смолы. Такая комбинация имеет много преимуществ над другими материалами. Натуральные минералы делают **STARON®** твердым и очень стойким к ударам и повреждениям. Добавления акриловой смолы делают **STARON®** непористым материалом. Гладкий на ощупь и сплошной по своей структуре, **STARON®** не впитывает влагу и загрязнения, исключая образование пятен, грибков и плесени.

Несомненным достоинством **STARON®** является его экологическая чистота. Высокие экологические стандарты выдерживаются компанией **SAMSUNG™**, начиная с используемого сырья, процесса производства и заканчивая переработкой отходов

В состав материала **STARON®** входят:

- тригидрат алюминия белый порошок, на основе которого изготавливается зубная паста;
- акриловая смола, активно используемая в зубоврачебной практике при установке пломб;
- пищевые пигменты, абсолютно безвредные для человека.

Поверхность из **STARON®** не выделяет никакие запахи, не говоря уже о радиационном фоне. Материал имеет Российский гигиенический сертификат.

Вам всегда рады в нашем салоне:

Ставропольский край,
г. Пятигорск, ул. Октябрьская, 36
Тел.: (8793) 33-39-60, 34-19-89,
e-mail: Topaz.ru@gmail.com





**Медицинская компьютерная техника
для неврологии, нейрофизиологии,
спортивной медицины и реабилитологии**

- **«Нейромиограф»** – электронейромиограф (все виды игольчатой, глобальной и стимуляционной электронейромиографии) с регистрацией соматосенсорных, зрительных и слуховых вызванных потенциалов
- **«Нейромиостом»** – электронейромиограф для стоматологии и косметологии
- **«Нейросенсор – Нейро-КМ»** – электроэнцефалограф и анализатор вызванных потенциалов головного мозга; также проводится компьютеризация типовых электроэнцефалографов заказчика
- **«Статокинезиметр – СтабилАн»** – стабилотрический анализатор для исследования функции равновесия и статокINETической устойчивости с синхронной кардиоинтервалографией, а также тренажёр для реабилитации двигательных координаторных нарушений методом биологической обратной связи
- **«Видеоанализ движений»** – биомеханический комплекс для дистанционного изучения кинематики движений оптическими методами (компьютерный анализ видеоряда движений с построением двумерной и объёмной моделей) и мышечной активности
- **«Окулостим»** – комплекс для вестибулометрического, отоневрологического и психофизиологического тестирования с синхронной регистрацией и анализом движений головы, различных видов нистагма и других глазодвигательных феноменов; тренажёр для борьбы с головокружением
- **«Омега-Нейроанализатор»** – комплекс для исследования классической ЭЭГ и сверхмедленной биоэлектрической активности головного мозга (Ω -потенциала)



- **«КомТЭГ»** – анализатор функционального состояния организма и энергетики меридианов и БАТ пациента. Реализован эксклюзивный метод сопоставления тестов И. Накатани и К. Акабана с формированием индивидуальной рефлексо-терапевтической рецептуры
- **«Пульс»** – анализатор ритмической и фазовой структуры пульсовой волны магистральных артерий и состояния клапанного аппарата сердца с размещением над сосудом миниатюрного волоконно-оптического датчика давления; тибетская пульсодиагностика
- **«Саунд – ЧАЭС»** – комплекс фонетико-психологического мониторинга особенностей личности и актуального психического состояния человека по акустическим параметрам речи
- **«Гармония»** – ротационный компьютерный стенд для вестибулометрического тестирования в условиях пошагового эксцентриситета
- **«НейроБОСрелакс»** – кабинет релаксации, психофизиологического регулирования и коррекции двигательных координаторных нарушений при заболеваниях нервной и опорно-двигательной систем методом биологической обратной связи
- **«АКорд – Мультимиостим»** – функциональный программируемый электростимулятор мышц (8 каналов), адаптирующийся под темп ходьбы человека, для восстановительного лечения двигательных координаторных нарушений при ортопедо-неврологической патологии и для гармонизации пластики движений здоровых лиц, спортсменов
- **«Миомодель»** – профессиональный микропроцессорный электростимулятор мышц (10 каналов) с возможностями ручного программирования нескольких режимов стимуляции
- **«Медаптон»** – аппарат транскраниальной электростимуляции головного мозга (мезодизэнцефальной модуляции); повышает возможности адаптивной регуляции организма путём селективной активации опиоидной системы

- **Монтаж «под ключ» на базе заказчика**
- **Комплексное обучение пользователя**
- **Постоянная методическая поддержка**
- **Бесплатное обновление программного обеспечения**
- **Гибкое ценообразование и система скидок**

Методологические и практические аспекты сенсорной терапии и нейромоторного перевоспитания в современной нейрореабилитации

Доценко В. И., ГУ «Научный центр здоровья детей РАМН»,
НМФ «Статокин», г. Москва

Велики резервы пластических перестроек деятельности ЦНС человека как в норме, так и в процессе реабилитационной терапии различных заболеваний головного мозга. Безусловно, пластические свойства детского мозга намного выше, чем мозга взрослого человека. Тем не менее, построение и реализация программ нейрореабилитации больных зрелого возраста не оставляют, к счастью, у врача горького осадка бессилия современной восстановительной медицины в борьбе с заболеваниями нервной системы. Успехи в лечении многих заболеваний ЦНС, достигнутые в последние годы, очевидны и неоспоримы. Некоторые подходы в нейрореабилитации пациентов при заболеваниях ЦНС с преимущественным развитием двигательного-координаторных расстройств описаны в настоящей статье.

Известно, что целенаправленное формирование какого-либо навыка, двигательной функции сопровождается образованием в структурах ЦНС **артифициальных стабильных функциональных связей**, закрепляющихся, в конечном итоге, на уровне молекулярных перестроек и модуляции нейротрансмиттерных систем (Бехтерева Н. П., 1980). Методы достижения указанных перестроек чаще всего являются безмедикаментозными, вовлекающими в процесс позитивных изменений своей работы различные сенсорные системы.

В предыдущих публикациях уже обосновывалась целесообразность использования в восстановительном лечении больных с поражениями нервной и опорно-двигательной систем методов так называемой «сенсорной терапии». При данной патологии это оправдано и с позиций патогенеза развития многих заболеваний, и из экономических соображений.

Методы сенсорной терапии основаны на рефлекторном принципе и в целях создания модально специфических афферентных потоков предполагают приложение к различным анализаторным входам пациента преформированных факторов, среди которых предпочтение отдается экологически безопасным, не чужеродным, встречающимся и в живой природе воздействиям.

В настоящем сообщении описываются некоторые терапевтические подходы в восстановительном лечении детей, подростков и взрослых, основанные на стимуляции извне или произвольной активации пациентом специфических для двигательных функций сенсорных входов: вестибулярного и проприоцептивного.

Безусловно, в историческом аспекте следует отметить многочисленные методы и системы **кинезитерапии** (лечебной физкультуры, нейромоторного перевоспитания). Ведущая роль массажа и кинезитерапии как действенных методов формирования направленных афферентных потоков в лечебном процессе неоспорима, и изложение принципов и конкретных алгоритмов их исполнения не является темой настоящего сообщения.

В некоторых клиниках не утратил своего значения метод весьма эффективной модуляции и коррекции патологически усиленной афферентации от спастически напряженных мышц и других рецепторных образований деформированного патологическими установками и контрактурами мышечно-суставно-связочного аппарата —

искусственная локальная гипотермия. Привлекательность этой технологии заключается в том, что в самом простом исполнении, при выраженных и достаточно стойких клинических эффектах, метод не предусматривает использования какой-либо сложной техники; апплицируемый на мышцы и сухожилия хладагент представляет собой обычную ледяную крошку.

Несколько особняком стоит многочисленная группа методов и технических приемов лечения пациентов при помощи **биологической обратной связи (БОС)**. В России это направление чаще описывается термином **функциональное биоуправление (ФБУ)**. Исключительность метода ФБУ заключается в том, что никакое внешнее воздействие какими-либо природными или преформированными факторами в традиционном понимании на пациента не оказывается. От страдающего тем или иным заболеванием или функциональным расстройством человека требуется исключительно произвольными усилиями, осознанной регуляцией добиваться изменений определенных функций и параметров деятельности организма, которые и являются мишенями при проведении БОС-терапии.

Естественно, возникает проблема текущего (в режиме реального времени) контроля правильности выполнения пациентом различных тренируемых движений, успешности управления регуляцией позы или адекватной релаксации организма. Показателями успешной релаксации чаще всего выступают некоторые вегетативные параметры и характеристики альфа-ритма ЭЭГ. В этих целях используется подаваемая через различные сенсорные входы человека (зрение, слух, кожно-тактильный анализатор и др.) информация об успешности или, наоборот, о низком качестве выполнения того или иного двигательного действия и произвольного регулируемого расслабления. Разумеется, эффективность этого лечения возможна только при вовлечении достаточно мощных мотивационных механизмов, поэтому контроль пациентом качества своего биоуправления осуществляется в увлекательной игровой форме, с яркой графикой различных сюжетов на мониторе компьютера и при помощи эмоционального звукового ряда, подаваемого через специальные наушники.

Все большей популярностью пользуются компьютерные комплексы ФБУ одновременно для нескольких пациентов, когда их лечение осуществляется в условиях увлеченной соревновательной деятельности друг с другом, с накоплением в базе данных баллов и других критериев результата своих действий, а не в условиях так называемой «борьбы» с виртуальным «противником», генерируемым компьютерной программой.

Наиболее традиционны для российской восстановительной медицины стационарные компьютерные комплексы или портативные приборы для отработки правильности выполнения произвольного движения по показателям гониометрической (по величине значений суставного угла) или ЭМГ-обратной связи. При этом в ходе процедуры и контроля самим пациентом качества ее выполнения создаются мощные направленные афферентные потоки проприоцептивной модальности, достигающие мозговых структур управления движениями и создающие

предпосылку закрепления приближенных к норме механизмов двигательной регуляции.

Одной из современных разработок для БОС-терапии является кабинет «**НейроБОСрелакс**» (НМФ «Статокин», Россия), предназначенный для релаксации и психофизиологического регулирования по показателям ЭЭГ, а также для описанной выше коррекции двигательного-координаторных нарушений при заболеваниях нервной и опорно-двигательной систем по показателям ЭМГ и гониометрического профиля.

Для объективной оценки двигательной реабилитации используется разработанный нами совместно с ОКБ «Ритм» компьютерный комплекс «**Статокинезиметр — СтабилАн**», в своей диагностической части исследующий функции равновесия и статокинетической устойчивости человека методом компьютерной статокинезиметрии (стабилометрии) с синхронной кардиоинтервало-и пневмографией, регистрацией биоэлектрической активности антигравитационной мускулатуры.

Другое же, не менее важное, назначение комплекса — его использование в качестве эффективного тренажера, функционирующего на принципе БОС зрительной модальности (в игровой ситуации стоящим на стабилотренинге пациентом осуществляется постоянный контроль положения своего тела), для восстановительного лечения при нарушениях функций координации и равновесия. В комплексе реализован богатый набор компьютерных реабилитационных и развивающих игр, умело эксплуатирующих принцип мотивационной заинтересованности пациента в результатах игровой сессии. Также в этой технологии ФБУ по стабилотренингу возможно использование 2-платформенного варианта с реальным соревнованием в успешности управления вертикальной позой и двигательной координацией сразу двух пациентов.

Вестибулотерапия, или пассивная вестибулярная тренировка, предусматривает стимуляцию рецепторов полукружных каналов специфическим для этих рецепторов раздражителем — механической энергией угловых ускорений во время вращения пациента на специальных ротационных стендах. До недавнего времени широкое внедрение этого достаточно эффективного метода сенсорной терапии сдерживало отсутствие на российском рынке ротационных установок (электровращающихся кресел), не менее остро необходимых и для исследования вестибулярной функции в условиях вращательных тестов. В настоящее время первое отечественное устройство для вестибулодиагностики и вестибулотерапии — **ротационный компьютерный стенд «Гармония»** (НМФ «Статокин») — готово к внедрению в профильные клиники.

В патогенезе двигательных нарушений у больных детским церебральным параличом одно из ведущих мест отводится дисбалансу рефлекторной активности более древних в онтофилогенезе отолитовых органов (тонические феномены скелетной и глазодвигательной мускулатуры; в варианте заболевания — своевременно нередуцированный лабиринтный тонический рефлекс) и более молодых полукружных каналов, обеспечивающих формирование установочных и статокинетических реакций. Проведение вестибулотерапии стимулирует жизненно важные для возрастного двигательного развития организма реакции полукружных каналов, которые по реципрокному принципу способствуют снижению интенсивности приобретенных патогенетическое значение тонических реакций отолитовых органов (Семенова К. А., Доценко В. И., 1988).

Известна также тесная взаимосвязь вестибулярных реакций и зрительной информации, формирующей постоянное окружение человека в его повседневной деятельности. В связи с высокой актуальностью изучения данной проблемы в целях исследования глазодвигательной

регуляции и вестибулярной функции в целом специалистами НМФ «Статокин» разработан аппаратно-программный комплекс «**ОкулоСтим**», позволяющий проводить полифакторное отоневрологическое и психофизиологическое тестирование.

В рамках же описываемой концепции создания направленных афферентных потоков приложение к зрительному афферентному входу пациента **стимуляционных программ лечебной направленности** позволяет повысить его статокинетическую устойчивость и адаптацию к постоянно меняющемуся зрительному окружению. Этот метод лечения выступает эффективным средством купирования и профилактики пароксизмальных состояний, в структуре которых ведущими клиническими симптомами являются головокружение, зрительные иллюзии и связанные с ними вегетативные нарушения (Корнилова Л. Н. с соавт., 2004).

По своей идеологии и механизмам реализации саногенетических эффектов с кинезитерапией очень созвучен описываемый ниже современный инструментальный метод перестройки патологического двигательного стереотипа у больных ортопедо-неврологического профиля.

Функциональная программируемая электростимуляция (ФПЭС) мышц, осуществляемая во время двигательного акта ходьбы или любых других циклических, стереотипных двигательных актов (бега, занятий на велотренажере или беговой дорожке, при имитирующих греблю движениях верхних конечностей и других), также относится к обширному классу методов «сенсорной терапии». Несмотря на то, что подводимое извне импульсное электрическое воздействие на нерв/мышцу в естественной среде жизнеобитания человека не встречается, негативных изменений со стороны ЦНС или нарушений адаптационных реакций не отмечается. Данное положение становится объяснимым с учетом значимой патогенетической целесообразности ФПЭС, которая моделирует выработанную в эволюции пространственно-временную организацию мышечной активности.

Применяемая в клинической и спортивной реабилитации традиционная стимуляционная техника в условиях неподвижного положения пациента/спортсмена при своем воздействии на нервно-мышечную систему базируется на использовании преимущественно силовых характеристик электрического тока. Это полезно, так как улучшает метаболизм нервной и мышечной ткани, усиливает кров- и лимфообращение, что в конечном счете способствует увеличению мышечной массы, оптимизации функции «сокращение-расслабление». Лечебные эффекты реализуются преимущественно на уровне периферического нейромоторного аппарата. Однако электростимуляция покоя протекает в условиях, далеких от реального функционирования мышц. Этот метод электромиостимуляции не связан с координацией двигательного акта, а значит, не может влиять ни на коррекцию, ни на выработку нового двигательного стереотипа (Витензон А. С., 1981; 1982).

Напротив, восстановительное лечение двигательных нарушений методом ФПЭС моделирует выработанную в эволюции пространственно-временную организацию мышечной активности. Данная особенность является предпосылкой формирования и закрепления физиологических паттернов движений не столько на уровне спинального генератора локомоций, сколько на более высоких уровнях иерархии ЦНС, а именно — в стволовых и полушарных центрах моторного контроля, что детерминирует стойкость достигнутой функциональной перестройки.

Нейрофизиологическая сущность метода ФПЭС заключается в точном временном соответствии программ искусственного (посредством электростимуляции) и естественного (при попытке произвольного усилия) возбуждения

мышцы в двигательных актах человека (Витензон А. С., 2000). Иными словами, электростимуляция мышц во время локомоции происходит в точном соответствии с естественным возбуждением и сокращением мышц на протяжении двигательного акта. Метод ФПЭС удачно совмещает свойства трех глобальных стратегий клинической реабилитологии — лечебной физкультуры (кинезитерапии), аппаратной физиотерапии и функционального ортезирования (Витензон А. С., 2003).

Приоритеты в разработке методов ФПЭС принадлежат английским исследователям, создавшим устройство для электростимуляции мышц и улучшения ходьбы больных перонеальным параличом (Liberson W. T. et al., 1961). Успехи развития ФПЭС в нашей стране, в отличие от многочисленных зарубежных исследований, обусловлены глубоким изучением функционального восстановления моторного контроля со стороны ЦНС.

Помимо восстановления нарушенной биомеханики ходьбы, при использовании ФПЭС решается задача нормализации работы локомоторных центров на всех вертикальных уровнях регуляции двигательной активности. В связи с тем, что в процессе ФПЭС активация мышц путем приложения к ней электрического раздражения осуществляется именно в тот момент двойного шагового цикла, когда данная мышца и естественным порядком — не раньше и не позже — должна включаться в выполнение этого циклического двигательного действия, достигается максимальная перестройка нейродинамики пациента. Только в фазы естественного (произвольного) возбуждения мышц локомоторные центры всех вертикальных уровней ЦНС восприимчивы к внешним афферентным сигналам и доступны для коррекции своей деятельности. В остальные фазы шагового цикла они заторможены и практически не поддаются коррекции (Баев К. В., 1984; Витензон А. С. с соавт., 1999).

Каким образом на современном этапе развития электронных технологий при использовании компьютерных комплексов ФПЭС удается осуществить точную и корректную синхронизацию произвольного напряжения той или иной мышцы в двигательном акте и наслаиваемой на нее электрической стимуляции? Ответ прост. Локомоция в целом и используемый для клинического анализа ходьбы ее минимальный циклический модуль — двойной шаговый цикл — при постепенной вертикализации человека и его переходе к биподальной локомоции вырабатывались в эволюции не одно тысячелетие. По своим биомеханическим характеристикам ходьба за годы эволюции вертикального перемещения человека в гравитационном поле Земли приобрела свойства высокостереотипного двигательного акта с минимизированным разбросом параметров шага. В полной мере это положение относится и к циклическому, стереотипному включению конкретных мышц в обеспечение ходьбы. В определенный момент двойного шагового цикла конкретным значениям углов в суставах нижних конечностей, а также биомеханическим параметрам контакта стопы с опорой (то есть фазам переката стопы от пятки к носку) соответствует четкий паттерн напряжения и расслабления всей совокупности мышц нижних конечностей, таза и спины. Эта «мозаика» мышечной активности во время шага (мышечный профиль), соотношенная с текущим значением суставных углов (гониометрическим профилем), является достоянием любого серьезного руководства по клинической биомеханике (Славущий Я. Л., 1982).

Безусловно, затрудняющая строгую синхронизацию внутрииндивидуальная вариабельность мышечного профиля от шага к шагу существует. Зависит она и от темпа ходьбы, и от меняющегося в процессе передвижения человека качества опоры (упругость покрытия, неровности дороги), и от зрительного окружения. Тем не менее,

относительное (процентное) распределение мышечной активности в период двойного шага и ее соотношение с гонометрическим профилем можно принять за некую константу, используемую при подстройке фаз мышечной электростимуляции в процессе активного передвижения пациента. Следовательно, аппаратно-программный модуль временной синхронизации электромиостимуляции с фазами шага, использующий для синхронизации измеряемые в формате on-line и управляющие стимулятором опорные (подометрические) или гонометрические параметры каждого шагового цикла, по праву является ключевым в работе комплекса ФПЭС.

ФПЭС предусматривает решение трех задач: укрепление ослабленных мышц, коррекцию неправильно выполняемых движений, выработку и поддержание приближающегося к норме двигательного стереотипа ходьбы. Иными словами, перечисление этих трех задач высвечивает три пласта, как бы три мишени, на которые содружественно проецируется действие метода ФПЭС: а) первичное исполнительное звено движения, периферический нейромоторный аппарат, на который оказываются позитивные эффекты силового воздействия ФПЭС, общие с эффектами классической электростимуляции покоя; б) текущее (во время сеанса лечения) исправление кинематических и динамических характеристик шага, при котором задается истинный биомеханический уровень исполнения движения; в) воздействие на нейродинамику пациента, закрепление правильного двигательного стереотипа ходьбы на уровне локомоторных центров головного и спинного мозга. В этом триединстве и заключается качественный скачок клинической эффективности метода ФПЭС по сравнению с некоторыми другими стимуляционными и кинезитерапевтическими технологиями.

В нашей клинической работе технология ФПЭС осуществляется при помощи **аппаратно-программного комплекса многоканальной программируемой электростимуляции «АКорД — Мультимиостим»** (НМФ «Статокин», Россия).

В качестве иллюстрации высокой эффективности ФПЭС — и не только у больных с выраженной неврологической патологией — проанализируем результаты лечения 55 детей в возрасте от 7 до 15 лет с начальными формами сколиоза 1–2 ст. (Доценко В. И. с соавт., 2008). Из них первично обследовались и получили курс ФПЭС 35 больных; 10 пациентов лечились методом ФПЭС повторно; 10 пациентов, в качестве основной терапии получившие курс электростимуляции мышц в покое при помощи аппарата «Стимул-1», составили контрольную группу.

В зависимости от клинической формы заболевания первично обследованные пациенты были разделены на 2 группы: первая — больные S-образным сколиозом — 14 человек (40%), вторая — C-образным — 21 человек (60%).

Оценка результатов ФПЭС продемонстрировала:

1) В группе больных C-образным сколиозом увеличилась максимальная электрическая активность мышц в 1,5 раза. Коррекция общего угла искривления составила 23%, или 4,6° в сторону уменьшения деформации. Амплитуда вращательных движений таза в среднем уменьшилась на 25,3%, плечевого пояса — на 28,3%. Произошло улучшение работы мышц в цикле шага: появились четкие максимумы электрической активности мышц, оптимизировались временные рамки работы мышц; включение мышц туловища в движение в результате применения ФПЭС стало более симметричным.

2) В группе больных S-образным сколиозом были отмечены аналогичные изменения клинического течения заболевания, а также иннервационной и биомеханической структуры ходьбы пациентов.

3) В контрольной группе результаты лечения оказались менее убедительными: после проведения курса электростимуляции мышц в покое коррекция общего угла искривления составила $1,0^\circ$, максимальная электрическая активность увеличилась всего на 4%. Амплитуда вращательных движений таза и верхнего плечевого пояса уменьшилась на 10,7% и 10,3% соответственно. В иннервационной структуре ходьбы изменений не произошло.

Изучение отдаленных результатов лечения показало: эффективность ФПЭС сохраняется в течение 6—18 месяцев после одного курса стимуляции. При этом повторные курсы ФПЭС, проведенные через 6—12 месяцев, позволяют не только добиться поддержания лечебного эффекта, но и увеличить возможности дальнейшей коррекции деформации позвоночника.

Таким образом, использование метода ФПЭС позволило у детей и подростков со сколиотической болезнью уменьшить дефицит мышечной функции, нормализовать работу мышц туловища во время ходьбы, выработать естественный более правильный стереотип работы мышц при ходьбе. Проведение курса ФПЭС предоставляет возможности

за сравнительно короткий промежуток времени добиться долговременной коррекции сколиотической деформации.

На фоне курсового лечения методом ФПЭС при помощи оптических методов компьютерного видеоанализа движений продемонстрирована положительная динамика ходьбы пациентов, страдающих детским церебральным параличом. Оценивались ведущие показатели угловой и линейной кинематики локомоций — скорость, ускорение, текущие значения суставных углов в структуре двойного шагового цикла (Доценко В. И. с соавт., 2005; Титаренко Н. Ю. с соавт., 2006; Воронов А. В., Титаренко Н. Ю., 2007). Исследования проводились с использованием **компьютерного комплекса «Видеоанализ движений»** (НМФ «Статокин», Россия).

В связи с тем, что во время сеанса ФПЭС формируется направленная афферентная посылка проприоцептивной модальности, строго синхронизированная по времени с оптимальными условиями поступления информации в локомоторные центры головного и спинного мозга (момент произвольного напряжения мышцы), этот метод лечения по праву можно отнести к одному из наиболее эффективных видов сенсорной терапии.

Оценка эффективности лазеротерапии при лечении патологий сосудов нижних конечностей

*Золотницкая В. П., к.б.н., ст. научный сотрудник; Золотова Н. Б.;
Центр лазерной медицины; СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова; Матвеев В. Э.,
директор ООО «Медлаз-Нева»; г. Санкт-Петербург*

Проблема лечения больных с заболеваниями сосудов нижних конечностей является актуальной для современной медицины, что связано с несвоевременной диагностикой, недостаточной эффективностью консервативных и оперативных методов лечения больных, а также постоянно возрастающим уровнем заболеваемости. Среди физических методов лечения привлекает внимание низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) в красной и ближней инфракрасной областях спектра, обладающее противовоспалительным, противоотечным, обезболивающим, ангиотропным действием. Благодаря своим свойствам лазерное излучение восстанавливает проницаемость мембран и микроциркуляцию в зоне пораженных тканей, оказывает оптимизирующее влияние на процессы жизнедеятельности клетки. Клинически это проявляется уменьшением отека, ускорением процессов эпителизации вплоть до полного заживления раны или язвы (Авруцкий М. Я. и др., 1991; Плетнев С. Д., 1996; Немцев И. З., Лапшин В. П., 1997).

Одним из методов оценки морфофункционального состояния внутрисосудистого русла основных магистральных и коллатеральных сосудов при заболеваниях сосудов нижних конечностей является перфузионная сцинтиграфия. Метод, при минимальной лучевой нагрузке на пациента, прост в выполнении, легко переносится больными, в том числе пациентами пожилого возраста, привлекает возможностью неоднократного применения для контроля состояния сосудистого русла.

В Центре лазерной медицины СПбГМУ в течение нескольких лет применяется НИЛИ для лечения больных с заболеваниями сосудов нижних конечностей. В зависимости от выраженности заболевания используются различные методики надсосудистого лазерного облучения крови, контактного и бесконтактного воздействия на пораженные зоны. Обычно курс лазеротерапии состоит из 10—15 процедур, проводимых ежедневно, кроме выходных дней.

Было обследовано 77 пациентов в возрасте 23—79 лет, из них 42 — с облитерирующим атеросклерозом (ОАСНК), 35 — с варикозной болезнью.

Сцинтиграфическое исследование пациентов проводили на гамма-камере Sigma-410S (США, Германия), сопряженной с ЭВМ, в положении лежа на спине (исследовалась область стоп, голени и бедер). Были использованы радиофармацевтические препараты (РФП), позволяющие оценить объем циркулирующей и депонированной крови в сосудистом русле. Анализ сцинтиграмм осуществляли визуально и с помощью компьютерной программы, позволяющей оценить в процентном соотношении интенсивность циркуляции крови. В норме РФП равномерно распределяется в сосудистом русле обеих нижних конечностей с относительным снижением уровня накопления препарата от бедра к стопе, что объясняется анатомо-топографическим строением конечностей. По уменьшению или увеличению активности препарата в том или ином сегменте нижних конечностей можно непосредственно диагностировать изменения периферического кровообращения.

В настоящей работе представлены результаты лечения 42 больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей в возрасте 27—79 лет, которые в комплексном лечении получали курс лазеротерапии. Трофические язвы и долго незаживающие раны имелись у 18 пациентов (43%). Операции аорто-бедренного бифуркационного шунтирования и бедренно-тибиального шунтирования были выполнены 10 пациентам (24%).

По данным сцинтиграфического исследования, исходя из курса лазеротерапии у пациентов облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей 1—2А степени ишемии (по Fontaine) без трофических язв определялось общее неравномерное диффузное снижение кровотока, особенно в области стоп. Накопление РФП колебалось в пределах 80% от должной нормы, клинически

определялось снижение кожной температуры, бледность кожных покровов и субъективные жалобы.

Курс лазеротерапии состоял из 10 процедур, пациентам проводилось транскутанное надсосудистое лазерное облучение крови на аппарате «ШАТЛ-Комби» (ООО «Медлаз-Нева»). На проекцию сосудистого пучка в обеих подколенных ямках (по 10 минут) помещали приспособление для баромассажа, сочетанного с лазерным облучением. Оно представляет собой специальную стеклянную банку (диаметр — 2,5 см) со светоотражающим напылением. С помощью специального компрессора под банкой создавали отрицательное давление. Излучение гелий-неонового лазера (ГНЛ) доставляли с помощью гибкого световода, мощность света ГНЛ на выходе световода составляла 15 мВт.

После проведенного лечения у пациентов общий кровоток в конечности от бедра к стопе увеличивался и достигал параметров циркуляции крови у практически здоровых лиц.

У пациентов с 2Б и 3А степенью ишемии было отмечено снижение накопления РФП во всей конечности в пределах 50—60% от должной нормы, особенно в области стоп, кровотоков в проекции пальцев практически полностью отсутствовал («сцинтиграфическая ампутация»). При лечении данных пациентов курс лазеротерапии увеличивался до 15 процедур.

В результате симметрично в обеих конечностях увеличивался общий кровоток в среднем на 20% и достигал 80% от должной нормы, эти изменения имели место у 70% пациентов. У 25% пациентов положительной динамики не наблюдалось и эффект от лечения был минимальным, а у 5% была отрицательная динамика.

Характерно, что более отчетливый эффект надсосудистого облучения крови был отмечен у пациентов старше 70 лет. Вероятно, это связано с влиянием на микроциркуляторное русло, изменения которого несут спастический и спастико-атонический характер (Бураковский В. И., Бокерия Л. А., 1989). Согласно данным Schiindl A., Schiindl L. (1996), у больных с ангиопатиями под воздействием лазерного облучения увеличиваются количество и просвет функционирующих капилляров, в определенной степени оптимизируется транскапиллярный обмен в дистрофически измененных тканях, находящаяся в состоянии внутри-и внеклеточной дегидратации, сочетающейся с изменениями ионного баланса, склеротическими и атрофическими процессами. В этих условиях даже небольшое ангиопротекторное действие проявляется положительным клиническим эффектом.

У больных с 3 степенью ишемии и с наличием трофических изменений кожи (гиперкератоз, гиперемия) на фоне общего резкого снижения кровотока (в пределах 40—50%) выявлено значительное увеличение циркуляции крови в проекции кожных изменений, которое регистрировалось повышением накопления препарата, составляющее примерно 120—150% от нормы. Эти области имеют большие размеры, не имеют четких контуров. После курса лазеротерапии у 75% больных положительная динамика проявлялась увеличением циркуляции крови в обеих конечностях примерно на 20—25%, а в зонах трофических изменений кожи кровоток уменьшался в среднем на 30—40%, причем у 10% больных происходило восстановление перфузии. У 20% больных динамики не наблюдалось, у 5% отмечалась отрицательная динамика. Это вероятно связано с тем, что больные на фоне лечения периодически злоупотребляли алкоголем и курили.

По данным сцинтиграфии, у пациентов с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей с трофическими язвами на фоне общего снижения циркуляции крови исходно, до курса лазеротерапии, определялось резкое усиление кровотока примерно на 130—160% в проекции язвы, причем эта зона была по размеру всегда больше, чем сама язва. Характерно, что в этой области выявляется резкое неравномерное увеличение циркуляции крови, а в отдельных участках трофической язвы

максимум накопления составил 160% в сравнении с кровотоком в том же сегменте конечности практически здоровых лиц. Интенсивность накопления препарата в этой области неравномерная, что проявляется в максимальной его активности от центра к периферии язвы.

Больным с трофическими язвами назначали комбинацию надсосудистого облучения крови (по 6 минут на область проекции сосудистого пучка в обеих подколенных ямках) с местным лазерным облучением зоны трофического поражения (контактно и бесконтактно). Контактное облучение проводили («ШАТЛ-Комби») по полям (от 1 до 6 за одну процедуру), количество которых определяли в зависимости от размера язвы. Бесконтактное облучение осуществляли по дистанционно-сканирующей методике. При этом воздействие оказывали на всю зону поражения. Время контактного или дистанционного облучения зон кожного повреждения составляло 8—10 минут за одну процедуру.

После курса лазеротерапии у 50% пациентов имелась отчетливая положительная динамика. По данным сцинтиграфии, кровоток симметрично увеличивался в обеих конечностях на 10—15%. В проекции язвы интенсивность накопления препарата снижалась и составляла 120—130%, клинически размеры язвы также достоверно уменьшались. У 7 больных язвы закрылись полностью, а на их месте остались трофические изменения, в этих участках интенсивность накопления падала и составляла примерно 110%.

В динамике установлено, что эффективность лечения больных облитерирующим атеросклерозом коррелирует со степенью ишемии, то есть максимальный эффект наблюдается при минимальной ишемии и возможно излечение больного, а минимальный эффект наблюдается при максимально выраженной ишемии, что, вероятно, указывает на снижение резервных возможностей сосудистого русла. Известно, что по мере прогрессирования атеросклеротического процесса изменяется состояние сосудистой стенки от выраженного спазма до спастико-атонического и атонического состояния. Вероятно, положительная динамика при 1—2А степени ишемии и сцинтиграфическая картина «излечения» соответствует устранению вазоконстрикторного влияния на сосуды и полному восстановлению кровотока. При 2Б—3А степени ишемии лазерное излучение также способствовало устранению спазма артериол и частичному восстановлению кровотока. При 3Б—4 степени — эффект незначительный, так как при тяжелых поражениях сосудистого русла в нем преобладают изменения атонического характера.

У 10 больных с 3 степенью ишемии, которым были выполнены реконструктивные операции, до начала или в период проведения курса лазеротерапии при объективном осмотре определялся значительный отек по всей длине конечности, местная гиперемия в области послеоперационных швов различной степени выраженности, локальное повышение температуры кожи, напряжение тканей в связи с отеком, конечность имела цвет слоновьей кости. Субъективно больные предъявляли приблизительно одинаковые жалобы. Ходить мешал выраженный отек конечности, чувство тяжести и жжения, стягивания в области швов и главной, наиболее неприятной жалобой для больных была тотальная или частичная потеря кожной чувствительности в оперированной ноге.

По данным сцинтиграфического исследования выявлено резкое увеличение объема прооперированной конечности, накопление РФП значительно увеличено (до 150%) в области бедра и голени, а в области стопы визуализировались локусы накопления, расположенные в проекции пятки и ластыров костей.

Курс лазеротерапии состоял из 15 процедур, проводимых ежедневно. Транскутанное облучение крови проводилось на аппарате «ШАТЛ-Комби». Суммарное время воздействия — 12 минут (по 6 минут на каждую конечность). Лазерное облучение тыла стопы прооперированной

конечности и области послеоперационных швов проводили по дистанционно-сканирующей методике. Время облучения не превышало 28 минут за один сеанс, экспозиция на каждое поле — по 4 минуты. После лечения отмечалась положительная динамика: уменьшался объем конечности, температура кожи нормализовалась, исчезало чувство тяжести и жжения в области швов, восстанавливалась окраска кожных покровов, чувствительность.

По данным сцинтиграфии также определялась положительная динамика: достоверно уменьшался объем конечности, распределение препарата становилось более равномерным, а накопление препарата снижалось и достигало 110—120% от нормы. Спустя 6 месяцев после оперативного вмешательства при повторном сцинтиграфическом исследовании больных кровоснабжение оперированной конечности еще больше снижалось и составляло 70—80% от нормы, при этом сцинтиграфическая картина в контрлатеральной конечности соответствовала исходной степени ишемии. Данные сцинтиграфического исследования соответствовали 2А степени ишемии.

Таким образом, применение лазеротерапии эффективно и его применение обоснованно как в комплексном лечении больных ОАСНК, так и в качестве самостоятельного метода поддерживающей терапии.

В настоящей работе представлены также результаты лечения 35 больных варикозной болезнью нижних конечностей в возрасте от 27 до 79 лет. Трофические язвы и долго незаживающие раны имелись у 15 пациентов. Флебэктомия была выполнена 8 пациентам.

В комплексном лечении наряду с традиционной терапией пациенты получали курс лазеротерапии, которая была направлена на оптимизацию периферического кровообращения, устранение отеков и трофических изменений кожи, в том числе на заживление трофических язв, уменьшение болевого синдрома. Облучение осуществляли бесконтактно на область очага поражения, а также проводили надсосудистое лазерное облучение крови в зоне проекции сосудистого пучка в подколенной ямке. В 12 случаях проводилось сочетанное облучение ГНЛ и ИК-лазером в импульсном режиме. Надсосудистое облучение проводилось 9 пациентам, сочетание местного облучения с неинвазивным облучением крови — 12, остальным — только местное воздействие.

Исходно до курса лазеротерапии по данным изотопного исследования у пациентов с варикозной болезнью без трофических язв определялось общее равномерное снижение кровотока в тех сегментах конечности, где локализовались расширенные вены. По ходу измененных вен были выявлены эктазии небольших размеров с умеренным накоплением РФП (в пределах 100—120%), клинически в этих зонах никаких изменений не было. По данным сцинтиграфии, варикозно расширенные вены визуализировались как извитые, с четкими контурами участки с увеличенным накоплением РФП, проекционно соответствующие варикозно расширенным венам и узлам. В случае одностороннего поражения выявлялось увеличение объема того сегмента конечности, где имелись измененные вены.

После курса лазеротерапии у этих пациентов сцинтиграфическая картина изменялась. Достоверно уменьшался объем пораженной конечности, что коррелирует с данными антропометрии. Небольшие изолированные участки увеличенного накопления препарата у 78,2% пациентов исчезали, вместе с тем сохранялись признаки депонирования крови в больших по размеру варикозных узлах, что вероятно обусловлено склеротическими изменениями сосудистой стенки. В непораженных сегментах конечности общий кровоток увеличивался в среднем на 20% и распределение РФП в сосудистом русле становилось более равномерным, а в интактной конечности равномерно усиливался кровоток от бедра к стопе.

Таким образом, результаты сцинтиграфического исследования подтверждают данные о том, что под влиянием низкоинтенсивного лазерного излучения происходит активация процессов неоваскулогенеза, вазодилатации и, в соответствии с этим, увеличение линейной и объемной скорости кровотока (Козлов В. И., 1996). Очевидно, лазерное излучение проявляет свое влияние только на те структуры, в которых сохранена функциональная активность, а морфологические изменения носят обратимый характер. Там, где имеются необратимые изменения сосудистой стенки с некробиозом, атрофией функционально-активных элементов и склерозированием, отсутствует адекватная мишень для воздействия НИЛИ и эффекта не наблюдается.

Следует отметить, что под нашим наблюдением находилась группа пациентов с трофическими изменениями кожи (гиперкератоз, гиперпигментация, гиперемия). Сцинтиграфически в зоне кожных изменений выявляется повышение накопления препарата, составляющее примерно 110—120% от нормы. Эти области имеют большие размеры, не имеют четких контуров и связи с контурами сосудов. В остальном данные сцинтиграфического исследования не отличались от представленных выше. После курса лазеротерапии положительная динамика проявлялась восстановлением в полном объеме кровоснабжения в этой зоне. По нашему мнению, выявление таких участков с измененным кровотоком следует рассматривать, как определенные «зоны риска» развития в последующем трофической язвы.

У пациентов с варикозной болезнью и трофическими язвами исходно до курса лазеротерапии определялось увеличение объема пораженного сегмента на фоне общего снижения циркуляции крови в обеих конечностях при наличии извитых сосудов, соответствующих варикозно расширенным венам, выявлено резкое усиление кровотока в проекции язвы. В этой области, по данным сцинтиграфии, выявляется резкое неравномерное увеличение циркуляции крови, а в отдельных участках трофической язвы максимум накопления составлял 150% по сравнению с кровотоком в том же сегменте конечности у практически здоровых лиц. После курса лазеротерапии у пациентов с трофическими язвами значительно уменьшался объем пораженного сегмента конечности, что соответствовало клиническим данным. У 42% больных сцинтиграфическая картина значительно изменялась. Так, у тех пациентов, у которых трофическая язва в процессе лечения полностью закрывалась, общий кровоток в обеих конечностях увеличивался также в пределах 20%, а в проекции язвы накопление РФП значительно снижалось и составляло примерно 130% по сравнению с нормой. В случаях неполного закрытия язвы накопление РФП снижалось в меньшей степени. Изолированные небольших размеров варикозно расширенные узлы не визуализировались, а узлы больших размеров оставались без динамики.

Согласно нашим данным, лазеротерапия эффективна в комплексном лечении больных варикозной болезнью. Клинически это выражалось уменьшением отека, кожных проявлений, болевого синдрома, повышением толерантности к физической нагрузке, что соответствовало данным сцинтиграфического исследования. В обеих конечностях увеличивалась циркуляция крови в сочетании с нормализацией кровотока или тенденцией к ней в так называемых «зонах риска», соответствующих кожным проявлениям. Влияние лазеротерапии на состояние кровотока в зоне трофической язвы неоднозначно. Так, положительный эффект с полным закрытием язвы наблюдался у 42%, размеры язвы уменьшились у 36% больных, эффекта не наблюдалось у 22% пациентов.

Объективную оценку эффективности лазеротерапии в комплексном лечении больных с поражениями сосудов нижних конечностей позволяет дать простой и доступный метод сцинтиграфии при динамическом обследовании больных.



МЕДЛАЗНЕВА

Производитель и поставщик
аппаратуры для лазерной
и фотохромотерапии

БЕЗОПАСНЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Профессиональные аппараты "ШАТЛ" обеспечивают выраженный терапевтический эффект методик ГНЛ, ИК-, магнито- и баролазерной терапии, ВЛОК и пр.



К- и ИК-светодиодные аппараты "РУБИН" успешно применяются в педиатрии, семейной, спортивной медицине, для фотогемокоррекции при плазмаферезе

ООО "Медлаз-Нева", 196128, С-Петербург, ул. Кузнецовская, д. 11, оф. 32Н
<http://www.medlazneva.ru>, e-mail: info@medlazneva.ru, sale@medlazneva.ru
+7 (812) 369-49-21, +7 (911) 114-36-56



ООО Научно-производственное предприятие

МИКРОМОНТАЖ

✉ 603136, г. Н.Новгород, а/я 58,

☎ (831) 2464085, 2464460, 2779963

WWW.med-mm.nnov.ru E-mail: mmontazh@sandy.ru

Проектирует и серийно производит медицинские средства перемещения пациентов и грузов для автомобилей скорой помощи, больниц и служб спасения.



BIOPTRON[®]

LIGHT THERAPY SYSTEM By Zepter Group



СИСТЕМА СВЕТОТЕРАПИИ БИОПТРОН

Сертифицирован как медицинский прибор
в ЕС (93/42/ЕЕС)

Регистрационное удостоверение МЗ и СР
ФС №2006/372 от 30.03.2006

СВЕТОТЕРАПИЯ БИОПТРОН:

- Улучшает микроциркуляцию крови
- Стимулирует процессы обмена веществ
- Оказывает иммуномодулирующее действие
- Стимулирует регенеративные и репаративные процессы всего организма
- Ускоряет заживление ран
- Снимает боль или уменьшает ее интенсивность

БИОПТРОН В МЕДИЦИНЕ

ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ТКАНЕЙ

- Посттравматические раны
- Ожоги
- Послеоперационные раны
- Язвы нижних конечностей
- Пролезни

ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ

В ревматологии:

- Снимает боль или уменьшает ее интенсивность
- Увеличивает дистанцию и скорость ходьбы
- Укрепляет мышцы и расширяет объем движений
- Улучшает качество сна

В спортивной медицине:

- Снимает мышечную боль
- Уменьшает отек и боль в суставах
- Расширяет диапазон активных и пассивных движений суставов
- Ускоряет восстановление мышечной и суставной активности

Эффективное вспомогательное лечение при:
ушибах, вывихах, растяжениях сухожилий и
связок, порезах, гематомах

В физиотерапии и реабилитации:

- Снимает боль и мышечные спазмы
- Улучшает трофику тканей
- Уменьшает воспаление
- Ускоряет регенеративные процессы и заживление ран

МЕДИЦИНСКИЕ ПРИБОРЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И КРАСОТЫ

- для МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
и ДОМАШНЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
- для СПОРТИВНЫХ ЦЕНТРОВ
- ЗАПАТЕНТОВАННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ
- ШИРОКИЙ ДИАПАЗОН ПРИМЕНЕНИЯ
- ПРОСТ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ
- НЕПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
- БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ
- БЕЗ УФ-ИЗЛУЧЕНИЯ
- ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ НЕ ВЫЯВЛЕНЫ
- ПРОИЗВЕДЕН В ШВЕЙЦАРИИ

Перед использованием
ознакомьтесь с инструкцией

Свет, избавляющий от боли!



Телефон горячей линии

8-800-2002-700

Звонки по России бесплатно

zepter[®]
INTERNATIONAL
MEDICAL

www.zepter-medical.com

БИОПТРОН Про 1

Товар сертифицирован. Реклама



Современные технологии светолечения

Эрдес С. И., д.м.н., профессор каф. детских болезней ММА им. И. М. Сеченова, г. Москва

Развитие медицины в современных условиях сопровождается стремительным развитием фармацевтической промышленности, производящей огромное количество лекарственных препаратов. Помимо положительного влияния, заключающегося в более эффективном лечении заболеваний, необоснованно частое применение медикаментов приводит к различным побочным эффектам: росту числа аллергических заболеваний, нарушению функционирования органов и систем, формированию устойчивости микроорганизмов к препаратам. В связи с этим понятен устойчивый интерес к методам немедикаментозной терапии. Среди них важное место занимает светолечение. Применение этого метода воздействия тем более обосновано в России, поскольку значительная часть ее территории расположена в зоне солнечного дефицита. Следует помнить также и о том, что в осенние и зимние месяцы организм наиболее подвержен действию различных неблагоприятных факторов вследствие снижения выработки светозависимых биологически активных веществ, иммунных факторов. Среди методов светотерапии по праву занял достойное место полихроматический поляризованный свет прибора **БИОПТРОН** (Цептер, Швейцария), который используется в отечественной медицине уже более 10 лет, имеет все необходимые сертификаты и регистрационное удостоверение МЗ и СР РФ (ФС № 2006/372).

Свет прибора БИОПТРОН является поляризованным полихроматическим некогерентным излучением видимого и частично инфракрасного спектров (длина волны 480—3400 нм). Энергетическая нагрузка на кожу при лечении небольшая — с расстояния 10 см удельная мощность потока составляет 40 мВт/см², плотность энергии — 2,4 Дж/см² в минуту. Лечебное воздействие на организм человека обусловлено большим разнообразием индуцируемых светом позитивных функциональных сдвигов: улучшением тканевого кровообращения (микроциркуляции), стимуляцией репаративных процессов, противовоспалительным, иммуномодулирующим, анальгетическим и нормализующим обмен веществ действием.

БИОПТРОН применяется как в медицинских учреждениях, так и в домашних условиях. Эффективность метода подтверждена клиническими испытаниями, опыт применения в различных областях медицины обобщен в большом количестве методических рекомендаций, опубликованных ведущими российскими учеными.

В спортивной медицине и реабилитации БИОПТРОН широко применяется для лечения заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата. Его применение в комплексном лечении патологии мышц, суставов и связочного

аппарата позволяет уменьшить острые воспалительные явления, болезненность, отечность, нормализовать трофику тканей и улучшить функционирование конечностей, способствует более быстрому заживлению травм и рассасыванию гематом.

В дерматологии и хирургии БИОПТРОН активно применяется при лечении атопического дерматита, акне, псориаза, ожогов различного происхождения, длительно незаживающих язв нижних конечностей у диабетических больных, пролежней, трофических венозных язв, пост-травматических и послеоперационных ран.

Особые свойства БИОПТРОН-терапии широко применяются **в косметологии** в различных программах ухода за кожей, в том числе и с целью омоложения. Светотерапия нашла свое место и **в пластической хирургии**, особенно в периоде реабилитации пациентов в послеоперационном периоде.

Особое место занимает светотерапия БИОПТРОН **в педиатрической практике**, поскольку метод может быть использован даже для лечения новорожденных детей. Разработаны рекомендации по применению светотерапии у детей первых месяцев жизни при пеленочных дерматитах (опрелостях), воспалении пупочного кольца (омфалитах), при респираторных заболеваниях. У детей более старшего возраста светотерапия применяется для лечения острых респираторных заболеваний, заболеваний ЛОР-органов, бронхитов, а также для повышения сопротивляемости организма как метод профилактики, например, для оздоровления часто болеющих детей. Свет БИОПТРОН с успехом применяется при ринитах, фарингитах, обострениях тонзиллита, синуситах.

Светотерапию можно использовать не только в комплексе с лекарственной терапией, но и как самостоятельный метод лечения или профилактики.

Клиническими исследованиями подтверждена эффективность метода при так называемом «метаболическом синдроме», свойственном больным сахарным диабетом и гипертонической болезнью, характеризующимся целым комплексом различных обменных нарушений. Применение светотерапии БИОПТРОН у таких больных в комплексе с традиционным лечением позволяет быстрее и эффективнее нормализовать имеющиеся обменные нарушения, уменьшить количество ежедневно принимаемых медикаментов.

Таким образом, высокая терапевтическая эффективность и отсутствие побочных эффектов при применении поляризованного света БИОПТРОН позволяют рекомендовать широкое использование этого метода физиолечения как в домашних условиях, так и в различных лечебно-профилактических учреждениях.

НОУ ВПО КИЭП



НОУ ВПО КИСЛОВОДСКИЙ ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ И ПРАВА

Осуществляет набор по специальностям:
«Юриспруденция», «Финансы и кредит», «Менеджмент организации»
Для специалистов с высшим и средним специальным медицинским образованием
КИЭП реализует новый проект «Глобальное медицинское образование»,
включающий в себя следующие образовательные программы:
«Юриспруденция в сфере здравоохранения»,
«Менеджмент в социальной сфере – здравоохранении»,
«Финансовый менеджмент в социальной сфере – здравоохранении».
Форма обучения – заочная традиционная, заочная дистанционная.

ВНИМАНИЮ ЛИЦ С ВЫСШИМ И СРЕДНИМ СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ!

КИСЛОВОДСКИЙ ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ И ПРАВА В ЧЕСТЬ СВОЕГО 15-ЛЕТИЯ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ
объявляет юбилейный дополнительный льготный набор «ВМЕСТЕ»
на заочное отделение по специальностям: «Юриспруденция в здравоохранении», «Менеджмент
в здравоохранении», «Финансы в здравоохранении»

Льготный образовательный чек
на обучение со скидкой 15% выдается двум лицам, поступающим в вуз одновременно.

ВРАЧИ И МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ! ПРИШЛО ВАШЕ ВРЕМЯ ВЫБИРАТЬ «ВМЕСТЕ»
Форма обучения – заочная традиционная, заочная дистанционная.

ОБРАЗОВАНИЕ В КИСЛОВОДСКОМ ИНСТИТУТЕ ЭКОНОМИКИ И ПРАВА – ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ КАРЬЕРЫ!

Ставропольский край, г. Кисловодск, ул. Розы Люксембург, 42,
тел. (87937) 2-22-62; факс (87937) 6-29-52

Лицензия Серия А № 255858 от 23.04.2007 г.
выдана Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки.
Свидетельство о государственной аккредитации № 0603 от 23.04.2007 г.



При поддержке
Правительства Ставропольского края;
Администрации Кавказских Минеральных Вод;
Министерства здравоохранения Ставропольского края

ЮЖНО-РОССИЙСКИЙ КУРОРТНЫЙ ФОРУМ – 2009 КАВКАЗСКАЯ ЗДРАВНИЦА ВЫСТАВКА ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ

19–21 февраля 2009
г. Кисловодск

- Современное медицинское и диагностическое оборудование
- Оборудование для бальнеологического лечения
- Рентгеновское оборудование и материалы
- Оборудование для салонов красоты, SPA-центров и клиник эстетической медицины
- Фармацевтические, гомеопатические и препараты
- Лечебно-оздоровительная косметика, методики
- Сауны, солярии, лечебные ванны
- Комплексы и тренажеры для современного оснащения санаториев
- Средства дезинфекции и гигиены. Спецодежда
- Диетические продукты

www.rostex-expo.ru



генеральный спонсор



РОСТЭКС
ВЫСТАВКИ ЮГА РОССИИ



Тел.: (863) 240-32-60/61; rostex@aanet.ru
Тел.: (87937) 331-74/79; kavkaz-expo@mail.ru



Лабораторные микроскопы Leica серии E (Германия) качественные лабораторные микроскопы эконом-класса

- ▶ 3 года гарантии
- ▶ Стеклянная оптика высшего качества
- ▶ Традиционное немецкое качество
- ▶ Просты и удобны в использовании
- ▶ Обеспечивают выполнение всех типов исследований в лабораториях медико-биологического профиля



ООО «АТМ-практика» — эксклюзивный дистрибьютер в России микроскопов Leica Microsystems (Германия) серии E
199397, Санкт-Петербург, ул. Беринга, д.32.к.2, т. (812) 327-10-01,
www.atm-practica.ru, www.leica-rus.ru.

Из истории о появлении установок для производства кислорода в российских больницах

Агапитова Л. Э., ген. директор ООО «ЛайфКор Интернешнл», г. Москва

ЛайфКор Интернешнл — 11 лет на отечественном медицинском рынке или история о том, как появились установки для производства кислорода из атмосферного воздуха в российских больницах.

В медицине обеспечение кислородом является одной из наиболее сложных и многофакторных задач, которые приходится решать при оснащении операционных, реанимационных, родильных отделений, стационарных и мобильных госпиталей, машин скорой помощи, процедурных кабинетов физиотерапии и кислородотерапии. Широкое применение получил кислород и в оздоровительных центрах, где применяются кислородные коктейли и арома-кислородотерапия. До недавнего времени главным образом применялся кислород, доставляемый в баллонах, или жидкий кислород в цистернах, что, естественно, создавало организационно-технические проблемы, требовало дополнительных затрат, а главное — такой кислород взрыво- и пожароопасен.

На смену старым способам пришли новые технологии получения кислорода из атмосферного воздуха методом адсорбции непосредственно в точке потребления. Такие автономные источники кислорода получили название «концентраторы кислорода».

Фирма «ЛайфКор Интернешнл» первая познакомила российскую медицину с новой безопасной технологией производства кислорода и установками, реализующими эту технологию. Некоторое время я работала в США и по роду своей работы увидела много технических и технологических новинок, на тот момент не распространенных в России. В США нуждающимся больным с легочной недостаточностью выдают кислородный концентратор на дом бесплатно. Захотелось создать подобную социальную программу и в России.

Хочу заметить, что технология получения кислорода методом адсорбции, в общем-то, уже была известна, но самого изделия (концентратора), в России не было.



При этом я имею в виду серийно выпускаемое изделие, а не изделие, выпущенное в качестве опытного образца или даже мелкой опытной партии. Мы привезли не одну установку для производства медицинского кислорода, а целую серию — от завода до малогабаритного, так называемого «прикроватного» концентратора, то есть 11 лет назад мы предложили целую линейку установок по производству кислорода.

Все принципиально новое и прогрессивное очень тяжело пробивает себе путь к тем, кому это действительно необходимо в смысле повышения безопасности, расширения области применения, наконец, простого удобства. Трудно было убедить в том, что, приобретая не очень дорогое устройство сегодня, завтра ты избавишь себя от хлопот по заказу баллонов с кислородом, проблем с их доставкой. Должно было пройти некоторое время, чтобы все привыкли к новой технологии получения кислорода. Но даже сегодня далеко не все знают о кислородных концентраторах. Концентраторы

постепенно входят в привычную практику больниц, клиник и других медучреждений, но на это ушло много времени. А скольким людям можно было бы помочь...

«ЛайфКор Интернешнл» является эксклюзивным представителем компании-производителя AirSep (США). Выбор компании не случаен, на него повлияли следующие факторы:

- Установки AirSep наиболее конкурентоспособны из-за сравнительной дешевизны, простоты монтажа, эксплуатации и технического обслуживания.

- Установки отличаются компактностью, высокой степенью безопасности, надежности и автоматизации технологического процесса на всех стадиях, включая пуск и остановку.

- Ни одна компания в мире не представляет такой широкий спектр концентраторов кислорода, как компания AirSep — пионер в данной области. Инженерно-технический персонал этой компании сыграл решающую роль в разработке данной технологии и сейчас занимает лидирующую позицию в мире в ее дальнейшем развитии. Компания производит как стационарные установки любой производительности (по требованию заказчика), так и портативные концентраторы индивидуального пользования.

Специально для рынка России разработан уникальный кислородный концентратор MZ-30. Этот аппарат является универсальным, так как, не занимая много места, может применяться в любом стационаре, в операционных, палатах реанимации и интенсивной терапии, роддомах и т. п. Наша российская фирма «ЛайфКор Интернешнл» принимала самое активное участие в разработке этой установки, но говорить о масштабном производстве в России считаю пока преждевременным. У нас всегда есть запас деталей и запчастей. Технический персонал в «ЛайфКор Интернешнл» прошел обучение на фирме-производителе. Существует сеть дилеров по России, которые за 11 лет научились проводить регламентное обслуживание установок поставляемых моделей. Изделия компании AirSep произведены в соответствии со всеми принятыми международными стандартами, в том числе и стандартом менеджмента качества, поэтому редко выходят из строя и могут уверенно работать на привозных запчастях, тем более что их номенклатура невелика.

За 10 лет работы на рынках СНГ и России наша фирма «ЛайфКор Интернешнл» как эксклюзивный представитель компании AirSep поставила более 700 приборов производительностью до 6 л/мин., более 300 приборов производительностью до 8 л/мин., более 100 установок MZ-30. Наше оборудование работает уже более чем в 80 городах и населенных пунктах России и стран СНГ в различных медицинских учреждениях, санаториях, фитнес-центрах, спортивных залах, у частных лиц. С 1997 г. работает мини-завод (до 30 м³ в сутки) в Пермской области, а в Москве более 5 лет эксплуатируются 2 установки производительностью по 1270 м³ в сутки. В 2003 г. поставлена установка MZ-285 в ЦГБ г. Щучье Курганской области. С 2006 г. работает система производства медкислорода в ОБП УД Президента. Показали высокие эксплуатационные качества большие промышленные установки, работающие в Казахстане

(с 1994 г.) и Нижнем Новгороде (с 1998 г.). Этот опыт убедительно свидетельствует о надежной долговременной работе продукции фирмы AirSep. В этом году и начале следующего заработают установки в больничных комплексах Иркутска, в Астане (Казахстан), Санкт-Петербурге, Астрахани и др.

Наряду с уже известными моделями кислородных концентраторов мы предлагаем и новые модели NewLife Single (8 л) и NewLife Dual (8 л), которые, сохраняя все превосходные эксплуатационные характеристики старых, отличаются повышенной производительностью — до 8 л/мин. — и повышенным давлением подачи кислорода — 1,4 атм. Это расширяет область их применения. Например, такой относительно недорогой прибор подойдет для использования с ИВЛ с механическим приводом серии РО для педиатрических кювез, процедур физиотерапии. При несложной разводке новые NewLife будут достаточны для 2-х и более пациентов. Ни один концентратор подобного класса таких размеров и такой цены не имеет равнозначных характеристик. Особенно полезными новые модели NewLife будут в небольших клиниках, в сельской местности, мобильных госпиталях МЧС и везде, где необходим надежный, удобный и мобильный источник кислорода. Это реальная альтернатива опасным баллонам с кислородом высокого давления в школах, аптеках и других общественных местах. Уже появляются точно в таком же исполнении, как и NewLife, приборы производительностью 10 л/мин., что еще больше увеличивает диапазон их применения.

Из новинок интересна еще одна уникальная модель — переносной концентратор FreeStyle. В отличие от известного NewLife (4,4 кг), FreeStyle весит всего 2 кг и (с поясом с аккумуляторами) способен производить кислород в течение 10 часов без внешнего источника электропитания. Сейчас проходит тестирование новая модель уже хорошо известного и постоянно модернизируемого концентратора Reliant (на который действительно можно положиться, особенно в операционных и реанимационных) — с дополнительным воздушным выходом, что позволит работать с аппаратами ИВЛ и дыхательно-наркозными без использования отдельного воздушного компрессора.

Принципиально новое предложение — размещение кислородных установок MZ в контейнере. Такой кислородный завод полностью автономен, имеет вентиляцию, системы отопления, кондиционирования, пожарной и газовой безопасности. Требуется только размещение контейнера на фундаменте, подключение электропитания и кислородного трубопровода. Техобслуживание сводится к замене фильтров и регламентным работам на компрессоре. Все это, безусловно, может решить задачу обеспечения кислородом больничных комплексов. Кстати, блок-контейнеры производятся в России. Уверена, что и в дальнейшем развитие нашей компании будет полезно и прогрессивно.

Оборудование, выпускаемое компанией AirSep и не имеющее аналогов, применяется более чем в 100 странах мира на протяжении 30 лет. Именно поэтому наша фирма «ЛайфКор Интернешнл» предлагает кислородные концентраторы и установки по производству кислорода от компании-производителя AirSep.

Лайф Кор

ИНТЕРНЕШНЛ

11 лет на
российском рынке
кислородного
оборудования



NEWLIFE

4- вида терапевтических
концентраторов различной
производительности и давления



RELAINT

Уникальный операционно-
реанимационный концентратор,
применяется с наркозными и ИВЛ
аппаратами при любых
хирургических операциях и
реанимации



FREESTYLE

миниатюрный кислородный концентратор
для индивидуального пользования вес 2 кг



MZ-30

Концентратор кислорода для
операционных, реанимационных,
небольших клиник, родильных домов,
полевых госпиталей МЧС и МО



MZ

Завод любой производительности
для любой больницы

ООО «ЛайфКор Интернешнл» - эксклюзивный представитель компании AirSep (США) в России.

125480, Москва, ул. Героев Панфиловцев, д.20, стр.2, офис 134.

Для корреспонденции: 125459, Москва, а/я 37.

Тел./факс: (495) 944-06-06, 948-8402, e-mail:lifecore@aha.ru, http://www.lifecore.ru



SAILSTAR



Оборудование для прачечных и ХИМЧИСТОК



ЗАО „БИЗНЕС-МОНОЛИТ“

127106, Россия, Москва, Гостиничный проезд д. 6, стр. 2
Тел/факс: +7 (495) 739-03-63, E-mail: info@zaomonolit.ru

<http://www.sailstar.info>

Китайское чудо

Крылова О. В., издатель журнала «Главный врач Юга России», г. Ростов-на-Дону

С 15 по 19 октября 2008 года состоялась поездка в Шанхай (Китай), посвященная презентации оборудования для химчисток и прачечных. Организаторами этого мероприятия выступали китайская компания SailStar — производитель этого оборудования, ЗАО «Бизнес-Монолит» — официальный представитель завода SailStar в России и фирма Ecolab — производитель профессиональных моюще-чистящих и дезинфицирующих средств.

Среди участников данного мероприятия были не только представители химчисток и прачечных, но и журналисты, и врачи. По приглашению организаторов мне, как представителю журнала «Главный врач Юга России», тоже посчастливилось принять участие в этой поездке.

Программа мероприятия включала презентацию продукции завода SailStar, компании «Бизнес-Монолит», осуществляющей поставку и обслуживание стирального оборудования в России, и фирмы Ecolab, производящей профессиональные моющие средства для этого оборудования, а также посещение завода SailStar и предприятий, где установлено произведенное им оборудование.

В первый день своего пребывания в Китае мы посетили завод компании SailStar, где разрабатывают и производят высококачественное стиральное и финишное оборудование. В штате компании — 900 сотрудников. Расположена она в Шанхайской зоне индустриального развития, владеет производственными площадями в 76000 м² и имеет землю для дальнейшего развития.

Компания SailStar была основана в 1986 году и со временем превратилась в крупнейшего производителя оборудования для коммерческих и индустриальных прачечных. Экскурсия по производственным помещениям завода была приятной: идеальная чистота в цехах, четкая и слаженная работа персонала. Нам показали все производство — от цеха изготовления каркаса до цеха тестирования готовых машин. Мы увидели образцы новых машин, которые еще только проходят испытания и убедились, что эта продукция отличается высоким и качеством при низкой цене. Базовая комплектация оборудования уже включает все опции, которые другие производители предлагают за дополнительную плату, при этом стоимость машин составляет треть от европейских аналогов.

С 1996 года SailStar представляет свою продукцию на международном рынке, экспортируя ее в США, Германию, Францию, Финляндию, Канаду, Австралию, Новую Зеландию, Японию и другие страны. Начиная с 2007 года она появилась и у нас, благодаря ЗАО «Бизнес-Монолит» — официальному представителю SailStar в России. Этому предшествовали серьезные исследования рынка, полная сертификация продукции для России, а также техническая адаптация машин к требованиям российских потребителей.

Компания «Бизнес-Монолит» предполагает комплексный подход в решении технических и технологических задач, поставленных заказчиком. В ее состав входит строительная компания, специализирующаяся на проектировании и строительстве индустриальных объектов, монтаже коммуникаций и оборудовании. Она сопровождает проекты по организации производства с момента предварительных расчетов и создания бизнес-плана до запуска в эксплуатацию, включая подбор и обучение персонала.

«Бизнес-Монолит» совместно с партнерами реализует различные схемы финансирования проектов: лизинг, проектное финансирование, кредит. Услуга «Бизнес-Монолит» по комплексному финансовому планированию позволяет спрогнозировать коммерческую состоятельность создаваемого производства с учетом множества факторов,

влияющих на себестоимость конечного продукта. С учетом всех критериев компания помогает своим клиентам разработать оптимальный по цене и производительности набор оборудования для поставленных задач.

ЗАО «Бизнес-Монолит» полностью обеспечивает все технологические процессы в стиральном цехе: системы сортировки и транспортировки грязного белья, загрузочные устройства, поточные стиральные машины, стирально-отжимные машины, отжимные прессы и центрифуги, сушильные барабаны, гладильные катки, подающие и складывающие машины, конвейеры системы сортировки и транспортировки чистого белья. «Бизнес-Монолит» предлагает решение любых задач, от обработки прямого и фасонного белья (включая его обеззараживание, дезактивацию и дезинфекцию) до стирки грязезащитных ковров на резиновой основе.

Постоянный партнер фирмы «Бизнес-Монолит» — компания «Эколаб», являющаяся лидером в области производства и продаж профессиональных моюще-чистящих и дезинфицирующих средств, используемых в ЛПУ, гостиницах, прачечных для стирки, гигиены кухонь, ухода за полами.

Созданная в 1924 году в США, фирма сочетает в себе американские инновации и немецкое качество. «Эколаб» предлагает своим клиентам современные моющие средства собственной разработки, комплексное решение вопросов гигиены, полную консультативную поддержку, индивидуальный подход к каждому клиенту. В России фирма «Эколаб» работает с 1991 года и имеет все соответствующие требованиям законодательства сертификаты.

Моющие средства разработаны с соблюдением требований защиты окружающей среды. Эти средства являются высококонцентрированными (многие из них имеют уникальную рецептуру), что обеспечивает их минимальный расход, высокую эффективность, удобство при транспортировке и складировании. Установка автоматических дозаторов собственной разработки с возможностью компьютеризованного мониторинга позволяет контролировать затраты на моющие средства и исключает ошибки персонала в их применении.

На следующий день мы отправились в прачечную больницы, в которой установлено оборудование фирмы SailStar: стиральные машины с загрузкой от 30 до 100 кг, наиболее подходящие для больничного белья. Автоматические стиральные машины серии BW являются машинами барьерного типа, то есть загрузка и выгрузка белья производится с противоположных бортов машины. Технические данные этих машин соответствуют параметрам современных автоматических стирально-отжимных машин международного класса.

Затем мы посетили прачечную железной дороги, которая стирает до 30 тонн белья в смену исключительно на оборудовании SailStar. Также мы побывали в пятизвездочной гостинице Crown Plaza, осмотрели ее прачечную, где все на том же оборудовании стирается белье номерного фонда, униформа, текстиль для кухни и ресторана, чистится одежда постояльцев.

Вопреки сложившимся стереотипам о дешевых и некачественных китайских товарах, мы увидели в работе недорогое оборудование с отличными характеристиками, не уступающее, а по некоторым показателям и превосходящее европейские аналоги. Настоящее китайское чудо!

Подводя итог всему сказанному и учитывая, что оптимальное соотношение цены и качества — залог успеха в любом бизнесе, можно сделать вывод: компания «Бизнес-Монолит» поможет вам достичь качества стирки мирового уровня при оптимальных затратах.

ПРОИЗВОДСТВО И ПОСТАВКА СОВРЕМЕННЫХ ИНДИКАТОРОВ ЭКСПРЕСС-КОНТРОЛЯ



Научно-производственная фирма «ВИНАР»
105094, г. Москва, а/я 26
(495) **988-7667, 963-7359**
www.vinar.ru
E-mail: main@vinar.ru

ОПЕРАТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ КРИТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СТЕРИЛИЗАЦИИ ХИМИЧЕСКИМИ ИНДИКАТОРАМИ

- Серия «МедИС» — самоклеющиеся индикаторы 4 класса для контроля критических параметров паровой (120°/45', 126°/30', 132°/20') или воздушной (160°/150', 180°/60') стерилизации в КАМЕРЕ стерилизатора (снаружи стерилизуемых упаковок);
- Серия «СТЕРИКОНТ» — самоклеющиеся индикаторы 4 класса для контроля ВСЕХ критических параметров паровой (120°/45', 132°/20') или воздушной (160°/150', 180°/60') стерилизации в КАМЕРЕ стерилизатора (снаружи стерилизуемых упаковок);
- Серия «СТЕРИТЕСТ» — самоклеющиеся индикаторы для контроля ВСЕХ критических параметров паровой 4 класса (120°/45', 132°/20' в стерилизаторах с продувкой) или воздушной 5 класса (160°/150', 180°/60', 200°/30') стерилизации ВНУТРИ стерилизуемых упаковок;
- Серия «ИНТЕСТ» — самоклеющиеся индикаторы 4 класса для контроля ВСЕХ критических параметров паровой стерилизации как в КАМЕРЕ стерилизатора, так и ВНУТРИ стерилизуемых упаковок в стерилизаторах с вакуумированием при режимах: 121°/20', 126°/10', 134°/5';
- Серия «ФАРМАТЕСТ» — самоклеющиеся индикаторы 4 класса для контроля ВСЕХ критических параметров паровой стерилизации как в КАМЕРЕ стерилизатора, так и ВНУТРИ стерилизуемых флаконов с растворами при режимах: 100°/30', 100°/45', 100°/60', 110°/10', 110°/15', 110°/20', 110°/30', 110°/60', 110°/90', 120°/8', 120°/12', 120°/15', 120°/30';
- Серия «СВИДЕТЕЛИ» — самоклеющиеся индикаторы 1 класса для визуального отличия упаковок, прошедших стерилизацию, от не стерилизованных и исключения риска смешения потоков стерилизованных и не стерилизованных изделий. Применимы при всех разрешенных в России режимах воздушной и паровой стерилизации.

ЭКСПРЕСС-КОНТРОЛЬ КОНЦЕНТРАЦИЙ РАБОЧИХ РАСТВОРОВ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ ИНДИКАТОРАМИ СЕРИИ «ДЕЗИКОНТ»

ДЛЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ:

АВАНСЕТ

АЛАМИНОЛ

АЛЬФАДЕЗ

БИАНОЛ

БИОДЕЗ-ЭКСТРА

БРИЛЛИАНТ

БРОМОСЕПТ 50% р-р

ВЕЛТОЛЕН

ГИПОХЛОРИТ КАЛЬЦИЯ

ГИПОХЛОРИТ НАТРИЯ

ЛИЗАФИН

ЛИЗОФОРМИН 3000

МИСТРАЛЬ

НЕЙТРАЛЬНЫЙ АНОЛИТ

НИКА-ДЕЗ

НИКА ЭКСТРА-М

НОВОДЕЗ-50

НОВОДЕЗ-ФОРТЕ

ОФАЛЬ

ПЕРЕКИСЬ ВОДОРОДА

САМАРОВКА

СЕПТАБИК

СЕПТОДОР

СУЛЬФОХЛОРАНТИН Д

СУПРАЦИД

ХЛОРАМИН

ХЛОРНАЯ ИЗВЕСТИ

ЭРИГИД ФОРТЕ

ЭФФЕКТ-ФОРТЕ

Средства на основе Na-соли

ДХИЦК

САЛФЕТКИ ИНДИКАТОРНЫЕ

- «Дезиконт-ЧАС» — для обнаружения следов дезсредств на основе ЧАС;
- «Дезиконт-ХЛОР» — для обнаружения следов хлорсодержащих дезсредств.

СТЕРИЛИЗАЦИОННЫЕ УПАКОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- Бумажные самоклеющиеся пакеты «ВИНАР» (с индикатором 1-го класса) для паровой и воздушной стерилизации.
- Комбинированные рулоны и пакеты для паровой и газовой стерилизации.
- Полиамидные пакеты и рулоны для воздушной стерилизации.
- Термосварочные аппараты.

ЭКСПРЕСС-КОНТРОЛЬ pH РАСТВОРОВ

- Индикаторы серии «ЛИКОНТ» — для определения pH водных растворов;
- Индикаторы серии «Молконт-pH» — для определения pH молока и молочных продуктов;

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ

- АЗОПИРАМ — для определения следов крови;
- ФЕНОЛФТАЛЕИН — для определения остаточных количеств щелочных компонентов моющего средства;
- СУДАН III — для определения жировых загрязнений;

ОТЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

- Журнал контроля работы стерилизаторов (форма 257/у).
- Журнал учета качества предстерилизационной обработки (форма 366/у).
- Журнал регистрации режима стерилизации исходных лекарственных веществ (приказ МЗ РФ № 214).
- Журнал контроля концентраций рабочих растворов дезинфицирующих и стерилизующих средств.
- Журнал учета проведения генеральных уборок (СанПиН 2.1.3.1375—03).
- Журнал регистрации и контроля работы бактерицидной установки (Рук. Р.3.1.693—98).
- Книга учета получения и расхода дезсредств.

**ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА ОТ РОССИЙСКИХ
И ЗАРУБЕЖНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ОПТОМ
И В РОЗНИЦУ ПО ДОСТУПНЫМ ЦЕНАМ**

О необходимости внедрения стандартных подходов к обеспечению инфекционной безопасности в здравоохранении

Веткина И. Ф., к.м.н., ген. директор ООО «Лизоформ-СПб», г. Санкт-Петербург

За последние 15 лет в нашей стране произошел значительный прогресс в области больничной гигиены: во многих больницах внедрены дозаторы для антисептиков и жидкого мыла, бумажные полотенца, современная уборочная техника. Благодаря усилиям НИИ дезинфектологии внедрено понятие дезинфекции высокого уровня для гибких эндоскопов. Однако и в условиях современной модернизации российского здравоохранения, широкого внедрения новейших технологий диагностики и лечения внутрибольничные инфекции (ВБИ) остаются одной из самых злободневных проблем.

Профилактика ВБИ в современных условиях выходит далеко за рамки таких медицинских специальностей как эпидемиология, гигиена и инфекционные болезни и касается любой сферы оказания медпомощи населению, от амбулаторных центров до высокотехнологичных ЛПУ. В октябре 2005 года на своем форуме в Женеве ВОЗ приняла проект «Всемирный альянс за безопасность пациента». Впервые в истории общественного здравоохранения разработан сильнейший глобальный механизм остановки распространения инфекций в лечебных учреждениях всего мира. Ключевая акция этого проекта — программа «Чистота — залог безопасности пациентов».

Роль инфекционных агентов в заболеваемости и смертности значительно больше, чем общепринято думать, хотя еще древнегреческий философ Лукреций сказал «Все болезни вызываются невидимыми живыми существами» (в нашем понимании — микробами).

Ежегодно в мире доля смертности от инфекционных заболеваний составляет около 25% (15 млн из 57 млн). В развивающихся странах эта цифра равняется 50%, при этом детская смертность от инфекций достигает 60%. Даже в такой высокоразвитой стране, как США смертность от инфекций стоит на 3 месте — и это в век антибиотиков! Инфекции значительно влияют и на качество жизни — 1,5 млрд инвалидностей в мире вызвано инфекциями.

За последние 35 лет открыто более 40 новых возбудителей инфекций, многие из которых особенно разрушительны — СПИД, САРС, грипп птиц, норовирусы. Но и «старые» инфекционные агенты, по последним данным, проявляются в «новых» ролях. Так, по данным Национального центра статистики здравоохранения США, у более 440 тысяч перенесших полиомиелит может развиться постполиомиелит (PPS), проявляющийся в развитии прогрессирующей мышечной слабости.

Выявлено, что многие хронические заболевания, причина возникновения которых ранее была не ясна, имеют инфекционную этиологию. Новейшими исследованиями установлена связь между инфекционным началом и такими нейropsychиатрическими и поведенческими расстройствами как шизофрения, тики, навязчивые состояния и даже изменение личности. Стрептококковой инфекцией, которая повреждает центральную нервную систему и вызывает детское аутоиммунное нейропсихическое расстройство PANDAS, поражен 1% детей в возрасте от 1 до 13 лет. Такие распространенные инфекции как герпес, хламидии, грипп, Хеликобактерии пилори и микопlasма пневмония вызывают атеросклероз. Обнаружена связь между периодонтальной инфекцией и коронарной болезнью сердца. Имеются неоспоримые доказательства, что причиной разных типов рака у человека являются вирусы. В США ежегодно вирус папилломы убивает 3700 женщин, вызывая рак шейки матки. Установлена связь между вирусом папилломы и сквамозной карциномой заднего прохода и глотки. Неоспоримый факт — вирус гепатита В вызывает рак печени. Предполагается, что причиной смерти 60 млн из 350 млн хронических носителей вирусного гепатита В в мире будет рак печени.

Ниже в таблице приведены примеры инфекций, вызывающих хронические заболевания человека.

Основную роль в специфической профилактике инфекционных заболеваний играет вакцинация. Так, например, предполагается, что разработанная в последнее время вакцина против цервикальной карциномы предотвратит возникновение рака в 90% случаев. В 60% случаев вакцинация против гепатита В может предотвратить рак печени. С другой стороны, для многих возбудителей вакцина отсутствует и единственный способ профилактики — неспецифические меры по разрыву путей передачи инфекции от пациента к пациенту, между пациентом и медперсоналом, с поверхностью окружающей среды, через воздух, через руки персонала и, наконец, через медицинские инструменты при медицинских манипуляциях.

Принимая в расчет инфекционную этиологию многих хронических заболеваний, которые ранее не считались инфекционными, опасность заражения пациентов и персонала при оказании лечебной помощи возрастает и касается специалистов любой медицинской отрасли. К широко известным возбудителям ВБИ (синегнойная палочка, протей, стафилококки, *E. coli* и др.) добавляются малоизученные инфекционные агенты, которые персистируют в организме всю жизнь, практически не поддаются лечению и обладают высокой контагиозностью.

Рост ВБИ в России, на наш взгляд, связан со многими факторами, среди которых особо можно выделить следующие:

1. Недостаток качественных дезинфектантов и антисептиков из-за отсутствия стандартных методов их тестирования на стадии разработки и регистрации. Следствием этого является несоответствие зарегистрированных режимов дезинфектантов и антисептиков их реальной эффективности, сводящее на нет все усилия по обеззараживанию объектов в ЛПУ. По материалам Уральского НИИ фтизиопульмонологии, большинство дезсредств (особенно ЧАС), испытанных на музейном штамме В-5, не эффективны к вирулентным штаммам музейных культур и штаммам, выделенным от больных туберкулезом. С 1997 года для защиты медперсонала от гемоконтактных возбудителей в госпиталях США выпущен стандарт, по которому для дезинфекции поверхностей разрешено использовать только препараты, обладающие туберкулоцидной и вирулицидной активностью. Специальный список дезинфектантов EPA, зарегистрированных с этой целью, состоит всего из 25 препаратов и не содержит ни одного концентрата исключительно из ЧАС из-за их неспособности инактивировать туберкулез и слабой противовирусной активности.

При этом на Российском рынке существует более 30 препаратов исключительно на основе ЧАС с зарегистрированной активностью против туберкулеза и гепатита В, что, по мировым научным данным, не соответствует их реальной эффективности. Однако именно такой препарат (65% ЧАС) был закуплен Минздравом Московской области на 30 млн рублей для туберкулезных и других клиник (www.gz-mo.ru).

Значительно усложнило снабжение медицинских учреждений качественными средствами дезинфекции исключение из списка лекарственных средств кожных антисептиков.

2. Недостаток информации о проводимых в мире исследованиях по оценке новых дезинфектантов. В 2002 году на форуме в Вашингтоне Организация экономического сотрудничества и развития выдвинула инициативу по гармонизации методологии биоцидных тестов и требований к регистрации дезсредств среди 30 стран, представляющих все развитые нации. На форуме среди

Заболевание	Возбудитель
Т-клеточная лейкемия/лимфома (Adult T-cell leukemia/lymphoma) Аутоиммунные заболевания (Autoimmune disorders) Иммуносупрессия (Immunosuppression)	Human T-cell Lymphotropic virus 1
Артриты (Arthritis)	Various viruses, bacteria and fungi
Астма (Asthma, exacerbations)	Rhinoviruses
Атеросклероз (Atherosclerosis)	Chlamydia pneumoniae Cytomegalovirus
Паралич лицевого нерва (Bell's palsy)	Herpes viruses
Рак шейки матки (Cervical cancer)	Human papilloma viruses
Хроническое акне (Chronic acne)	Propionibacterium acnes
Эмфизема (Chronic obstructive pulmonary disease)	Various viruses and bacteria
Хронический перикардит (Chronic pericarditis)	Histoplasma capsulatum
Задержка развития мышления (Cognitive development) Детская анемия (Childhood anemia)	Plasmodium falciparum
Врожденные дефекты (Congenital defect)	Treponema palladium Toxoplasma gondii Maternal rubella virus, etc.
Расстройства развития (Developmental disabilities)	Perinatal HIV; measles virus Perinatal herpes viruses
Эпилепсия (Epilepsy)	Helminthic infections Plasmodium falciparum
Гемолитический уремический синдром (Hemolytic-uremic syndrome)	E. coli O 157:H7
Саркома Капоши (Kaposi's sarcoma)	Human herpesvirus 8
Рак печени (Liver cancer) Цирроз (Cirrhosis)	Hepatitis B and C viruses
Менингиты (Nervous system impairment, meningitis)	Homophiles influenza Type B
Нейропсихиатрические осложнения (Neuropsychiatry sequel)	Japanese encephalitis virus Borne disease virus
Воспалительные заболевания малого таза (Pelvic inflammatory disease)	Chlamydia trachoma is
Постполиоинфекционный синдром (Post-Polio syndrome)	Poliovirus
Рак предстательной железы (Prostate cancer) Саркоидоз (Sarcoidosis)	BK virus Mycobacterium spp.
Шизофрения (Schizophrenia)	Toxoplasma gondii Human herpesvirus 2 Intrauterine exposure to influenza viruses
Энцефалопатия (Shortfalls, fitness and cognitive impairment)	Helminic infections Infectious diarrhea
Диабет детей (Type 1 diabetes mellitus)	Enterovirus Reoviruses
Виппл синдром (Whipple's disease)	Tropheryma whippleii

других обсуждались вопросы тестирования дезинфектантов на твердых и пористых поверхностях. Основным заключением было то, что гармонизированные методы тестирования должны быть полностью количественными и иметь активность в отношении максимально широкого спектра возбудителей. С 1994 года Европейское общество стандартизации дезинфектантов выпустило более 35 стандартов, связанных с дезинфекцией, антисептикой и стерилизацией. К настоящему времени разработаны новые тесты для оценки эффективности дезинфектантов в отношении многих возбудителей, включая норовирусы, САРС, коронавирусы и другие, которые не применяются в нашей стране.

Внедрение международных методов тестирования в России значительно облегчило бы процедуру регистрации новых препаратов и сделало бы заявленные на этикетках и в инструкциях режимы более надежными.

3. Отсутствие режимов обеззараживания для новых высокотехнологических методов лечения и обследования. Например, не решен вопрос обеззараживания вагинальных, ректальных, трансэзофагальных и других внутриполостных датчиков, применяемых при ультразвуковом сканировании, криохирургических инструментов, которые могут быть источником заражения не только ВБИ, но и вирусом папилломы человека, норовирусами и другими. Колоноскопами и ректальными датчиками может передаваться *Cl. Dificile* — один из самых грозных возбудителей ВБИ. Презервативы, применяемые в качестве покрытия вагинальных и других внутриполостных датчиков, не обеспечивают гарантированную защиту от инфекций. Перфорация или проницаемость покрытий может достигать 80%.

4. Появление новых возбудителей инфекций с неисследованными механизмами распространения

и способами их инактивации. Совсем свежим примером являются норовирусы с высокой выживаемостью во внешней среде (до 28 суток), устойчивостью к замораживанию, нагреванию, ультрафиолету и дезсредствам, вызывающие 90% вспышек небактериальных гастроэнтеритов в больницах, домах престарелых и детских учреждениях США и 99% — в Японии. Каждый подтвержденный случай норовирусной инфекции ведет к заражению примерно 1600 человек. За рубежом уже разработаны способы инактивации этого возбудителя в окружающей среде. Данные по нашей стране отсутствуют.

5. Нерациональное применение антибиотиков, ведущее к возникновению множественно устойчивых штаммов. MRSA, VRE, мультирезистентные *M. tuberculosis*, также как и *Cl. Dificile*, занимают все более ведущие места среди возбудителей ВБИ. Несмотря на то, что вопрос корреляции устойчивости к антибиотикам и дезсредствам окончательно не решен, в Европе и США уже приняты меры на государственном уровне по предупреждению распространения именно этих возбудителей. Так, совсем недавно EPA выпустило дополнительный список дезсредств для поверхностей, которые были испытаны конкретно в отношении этих возбудителей и зарегистрированы.

6. Отсутствие стандартов по оснащению вновь строящихся, существующих или реконструируемых ЛПУ необходимым оборудованием и препаратами для соблюдения больничной гигиены в соответствии с международными требованиями. В действующем приказе МЗ РФ от 30.03.06 №223 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению РФ» с изменениями от 06.04.07 для соблюдения противомикробного режима указаны только бактерицидные

лампы, ультразвуковой стерилизатор и ультразвуковая мойка для обработки рук и инструментов.

В список стандартного оснащения каждого кабинета или отделения (хирургического, эндоскопического, ультразвуковой диагностики, рентгеновского и прочих), помимо основного диагностического оборудования, следует внести оборудование и средства, необходимые для обеспечения инфекционной безопасности при проведении процедур.

7. Отсутствие единых руководств по инфекционному контролю. Среди основных направлений деятельности МЗ РФ на 2008—2010 годы в разделе «Предупреждение болезней» выделены мероприятия по обеспечению государственного санитарно-эпидемиологического надзора за соблюдением санитарного законодательства. К сожалению, следует отметить, что сама законодательная база в этой сфере устарела.

На настоящий момент основной документ, определяющий гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров — СанПиН 2.1.3.1375—03 — не отражает современных требований к обеспечению инфекционной безопасности. Так, уборочным инвентарем там до сих пор называются ведра, тазы, ветошь и швабры, тогда как многие ЛПУ давно перешли на современную уборку помещений с помощью специальных тележек и МОПов. Приобретая новое оборудование, ЛПУ пытаются найти рекомендации по его использованию в санитарных правилах и, не находя, возвращаются к устаревшему способу уборки. Пытаясь соответствовать устаревшим санитарным нормативам, российские ЛПУ отбрасываются на несколько десятилетий назад и не могут отвечать мировым стандартам, какие бы новейшие технологии лечения они не внедряли. Поддержанию чистоты и безопасности больничной среды должно уделяться огромное внимание. Проведенные Институтом Коха (Германия) в 2006 году исследования показали, что неправильная технология уборки в сочетании с использованием

неэффективных дезсредств приводит к рассеиванию патогенных микроорганизмов в ЛПУ и создает еще большую угрозу, чем отсутствие уборки.

Нет единого мнения по выработке концепции утилизации медицинских отходов. То, как она проводится сейчас, не отвечает международным стандартам и может привести к заражению как персонала на любом этапе процесса утилизации, так и населения в целом. В своем докладе на IV Международной конференции по медицинским отходам в октябре 2007 года главный государственный санитарный врач России Г. Г. Онищенко сказал, что «сегодня ни одно ЛПУ в стране не может продемонстрировать отлаженный полный цикл обезвреживания отходов».

Для решения вышеизложенных проблем необходимо:

- разработать современное руководство по инфекционному контролю с разделами «Дезинфекция», «Стерилизация» и «Антисептика» со статусом официального государственного документа;
- разработать перечень стандартного оснащения ЛПУ для соблюдения гигиены и профилактики ВБИ на современном уровне, включая все вновь зарегистрированные технологии и оборудование;
- усилить контроль за регистрацией дезсредств;
- ввести наблюдателя или эксперта от России в Европейское общество стандартизации дезсредств;
- внедрить принятые на международном уровне методы тестирования дезсредств;
- создать действительно независимые лаборатории, работающие по международным стандартам и правилам тестирования новых дезинфектантов (GLP).

Компания «Лизоформ-СПб» готова помочь в решении обозначенных проблем, обеспечивая потребность каждого клиента всем комплексом высокоэффективных средств дезинфекции и оборудования, включая разработку проекта плана комплексного обеспечения лечебного учреждения средствами и оборудованием по инфекционной безопасности.



ЛИЗОФОРМ

ООО «Лизоформ-СПб» 195220, Санкт-Петербург, пр. Непокоренных, д.16, к.1, лит. Б.
Тел.: (812) 347-71-16, 545-33-24, 545-09-25. E-Mail: sales@mail.lysoform.ru
Филиал в Москве: ООО «КЛИНДЕЗ» 111024, г. Москва, ул. Авиамоторная д. 50.
Тел.: (495) 741-54-42
www.lysoform.ru

НОВОЕ УНИКАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ ДЛЯ УТИЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ В ЛПУ – УСТАНОВКА «ГИДРОКЛАВ» Н-07

а также:

- Весь спектр средств для обработки рук персонала, мединструментов, поверхностей
- Упаковочные материалы для хирургических инструментов
- Техника для уборки больничных помещений



Сравнение с хлором...

Малков А. Е., к.х.н., лауреат Государственной премии РФ, зам. директора по научной работе НПФ «Геникс», г. Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

В лаборатории научно-производственной фирмы «Геникс» создано новое композиционное дезинфицирующее средство «Ника-Полицид», которое экономичней традиционных хлорных препаратов и дешевле средств на основе четвертичных аммониевых соединений в 5 раз. При этом полученный препарат обладает целым рядом незаменимых в дезинфекции и предстерилизационной обработке свойств.

Хлор уже 100 лет спасает человечество от патогенных микроорганизмов, и за это низкий ему поклон. Более проверенного, надежного и доступного средства пока не было создано, но пылкий человеческий ум не хочет останавливаться на достигнутом и ищет лучшие препараты для надежной защиты человека.

Сотрудники НПФ «Геникс» были уверены, что их новое средство «Ника-Полицид» должно превзойти существующие композиционные дезинфектанты. Результаты проверки антимикробной эффективности этого нового препарата в испытательном центре ФГУ «РНИИТО им. Р. Р. Вредена» Росздрава окончательно подтвердили правильность выбранного научного направления по разработке новых дезинфектантов, на которое были направлены основные силы испытательной лаборатории «Геникса».

Откровение производителя

Можно и дальше продолжать тщательно скрывать от потребителей, что все сотни средств, выпускаемых сегодня на рынок, создаются на основе ШЕСТИ основных субстанций (полигуанидины, хлор, перекись, четвертичные аммониевые соли — ЧАС, альдегиды, спирты), но каждый профессиональный производитель знает, что принципиальное отличие в препаратах не может быть, если брать чистые субстанции и делать на их основе растворы. И именно поэтому главных медсестер и эпидемиологов удивить чем-нибудь новым в дезинфекции сегодня практически невозможно.

Тем не менее, оказалось, что даже на основе досконально изученных и неоднократно испытанных активно действующих веществ, использующихся для дезинфекции и предстерилизационной очистки, можно создать не только эффективное, но и экономичное средство, готовое удивить самого строгого судью в белом халате и порадовать персонал больницы удобством, эффективностью и безопасностью в работе.

Свои профессиональные секреты по получению уникального средства, которое по некоторым режимам дезинфекции экономичнее самых известных брендов в разы, открывают сотрудники «Геникса».

Святая святых производителя дезсредств

Первым поколением дезсредств можно назвать хлорку. Позже в дезинфекции стали использовать действующие вещества (ДВ) других классов: фенолы, альдегиды, перекиси, полигуанидины, ЧАСы. На смену чистым ДВ пришли «синергетики», т.е. составы из нескольких активных ДВ, которые позволили повысить эффективность препаратов, снизив при этом стоимость обработки.

Следующим поколением дезинфектантов можно назвать препараты, которые основаны на технологиях, тщательно скрываемых производителями, опасющимися

подделки и не желающими отдавать первенство на рынке. А именно, если в разделе о составе дезсредства в инструкции по применению, кроме известных действующих веществ, есть приписка «комплексные добавки» или «ПАВ», и при этом концентрации рабочих растворов значительно ниже, чем у аналогичных препаратов с похожим по ДВ составом, то это как раз тот случай. Скорее всего, вы держите в руках продукт, в котором усиление действующих свойств происходит не за счет веществ, обладающих бактерицидностью, а именно за счет добавок, которые сами по себе бактерицидностью не обладают! С одной стороны, ничего особенного, с другой — это истинный секрет успеха дезсредства и популярности препарата в ЛПУ.

Все получается как в нашей повседневной жизни: из одного и того же теста одна хозяйка печет всеми обожаемые пироги, другая — и близко ничего не может. И секрет первой, скорее всего, в незначительных для неопытного глаза отличиях: тут — чуть огонь поменьше, здесь — щепотку чего-то подсыпать, капельку водички вовремя добавить и т. п.

По этой же причине профессионального химика-дезинфекциониста совершенно не смущает, что для повышения эффективности дезсредств в разы (!) порой достаточно ввести в состав небольшую добавку (синергетик), которая сама по себе дезинфицирующим действием не обладает. Вопрос только, в каком количестве, какую, а иногда — в какой последовательности все это использовать.

Все это говорит о том, что создать новое средство, отвечающее всем требованиям сегодняшнего рынка, включая высокую эффективность, широкий спектр использования и действия, экономичность, удобство в работе и безопасность для персонала, — крайне непростая задача.

Перечислим **основные преимущества** нового препарата «Ника-Полицид» (получены Сертификат соответствия и Свидетельство о гос. регистрации):

- при обработке поверхностей в режиме бактериальной инфекции стоимость 1 литра рабочего раствора средства составляет 30 коп. (табл. 1);
- обработка поверхностей при туберкулезе в 1,5—7 раз дешевле в сравнении с хлорными препаратами;
- стоимость 1 литра рабочего раствора средства «Ника-Полицид» при дезинфекции биологического материала (мокрота) составляет 4 руб. 50 коп. при времени экспозиции 60 минут, в сравнении с «Сульфохлорантин-Д» — 5 руб. 92 коп. при 360 минутах.

Отметим и **дополнительные преимущества** средства «Ника-Полицид» перед хлорными препаратами:

- высокая стабильность (14 суток), не требуется специальных условий хранения;
- низкая токсичность;
- совмещение моющих и дезинфицирующих свойств (тогда как к хлорным средствам необходимо добавление моющих средств, что повышает затраты на их использование);
- отсутствие агрессивного воздействия на обрабатываемые материалы и, как следствие, широкая область применения (дезинфекция мягкой мебели, ковровых покрытий, белья и т. д.);

Режимы дезинфекции

Объекты обеззараживания	Конц. рабочего р-ра по препарату, % (в скобках — время экспозиции, мин.)		
	Ника-Полицид	Сульфохлор-антин-Д	Хлорамин Б, Чехия
Цена средства на 14.10.2008, руб. (Компания «Бинго-Гранд»)	300,00	236,78	200,46
Поверхности в помещениях, жесткая мебель при бактериальных инфекциях (кроме туберкулеза) Цена 1 литра рабочего р-ра, руб.	0,1 (60) 0,30	0,1 (60) 0,24	0,1 (60) 2,00
Поверхности в помещениях, жесткая мебель при туберкулезе Цена 1 литра рабочего р-ра, руб.	0,5 (60) 1,50	1,0 (60) 2,37	5,0 (120) 10,00
Дезинфекция биологического материала (мокроты) методом смешивания с рабочим р-ром средства в соотношении 1:2 Цена 1 литра рабочего р-ра, руб.	1,5 (60) 4,50	2,5 (360) 5,92	- -

Примечание: Концентрации средств приведены из следующих инструкций:

Инструкция №12 по применению дезинфицирующего средства «Ника-Полицид» (ООО НПФ «Геникс», Россия) для дезинфекции и предстерилизационной очистки (от 07.07.08).

Инструкция №13 по применению дезинфицирующего средства «Ника-Полицид» (ООО НПФ «Геникс», Россия) для дезинфекции биологического материала (от 07.07.08).

Инструкция №1/12-05 по применению дезинфицирующего средства «Сульфохлорантин-Д» (ЗАО «Завод «Оргсинтез Ока», Россия) (от 13.08.05).

Инструкция №1 по применению дезинфицирующего средства «Хлорамин Б» ООО «Универсал-фарм», Россия (производитель BOCHEMIE, Чешская Республика) (от 24.12.04).

• удобство в использовании (хорошая растворимость в воде, отсутствие запаха);

• при вирусных инфекциях дезинфекция, совмещенная с ПСО изделий медицинского назначения, в 3,5—5 раз дешевле, чем аналогичными препаратами (табл. 2).

Эти данные являются результатом планомерной углубленной работы научного сектора лаборатории НПФ «Геникс» в тесном сотрудничестве с главными медсестрами, эпидемиологами больниц и технологами производителей субстанций активных ДВ.

За два года интенсивных исследований были испытаны композиции и составы с различными классами ДВ (полигуанидины, различные ЧАС, альдегиды и др.), подготовлено более 500 экспериментальных образцов.

Научное объяснение полученного синергетического эффекта, включающего оптимальное соотношение нескольких действующих веществ, функциональных добавок и особой технологии производства, может быть следующим.

В состав средства «Ника-Полицид» входит ортофосфорная кислота, ДВ, ПАВ и вода. Действующее вещество нового препарата — дидецилдиметиламмоний хлорид, относящийся к классу ЧАС. Как известно, ЧАСы вошли в медицинскую практику в качестве дезинфекционных средств в 30-е годы прошлого века, тогда как пик популярности пришелся на 90-е годы.

Противомикробные свойства ЧАС коррелируют с поверхностной активностью. Они концентрируются на поверхности раздела фаз «раствор: поверхность клетки бактерии», встраиваются в цитоплазматическую мембрану с последующими изменениями текучести и конформации

мембранных липидов. Последнее приводит к повышению проницаемости цитоплазматической мембраны, утечке из клеток наружу цитоплазматических компонентов, снижению активности ферментных систем бактерий. Снижение концентрации ЧАС обуславливает включение мембранных липидов в смешанные с ЧАС мицеллы и дезорганизацию цитоплазматической мембраны.

Интерес к ЧАСам обусловлен низкой токсичностью и хорошими моющими свойствами, благодаря которым средства на основе ЧАС широко применяются для обработки поверхностей и инструмента. Вследствие этого совместились процессы дезинфекции и предстерилизационной очистки, стало возможным проводить дезинфекцию помещений в присутствии людей.

Как известно, ЧАСы проявляют так называемый «отрицательный» моющий эффект (фиксация загрязнений на обрабатываемых поверхностях за счет образования многослойных пленок). В новинке «Ника-Полицид» данный недостаток устраняется наличием в составе средства неионогенного ПАВ, существенно повышающего потребительские характеристики продукта, а также, как показали микробиологические исследования, существенно усиливающего эффективное действие ЧАС в средстве.

Еще один компонент средства — ортофосфорная кислота, создает в растворе низкий уровень pH, который губительно сказывается на жизнедеятельности микроорганизмов, создавая бактерицидный эффект. Таким образом, в средстве «Ника-Полицид» мы имеем дело с так называемым «синергетическим эффектом» компонентов, усиленным низким уровнем pH-среды.

Таблица 2

Сравниваемые показатели	Конц. рабочего р-ра по препарату, % (в скобках — время экспозиции, мин.)			
	Ника-Полицид	Авансепт	Самаровка	Аламинол
Дезинфекция, совмещенная с ПСО (ИМН простой конфигурации)	0,8 (60)	3,0 (60)	3,0 (60)	5,0 (60)
Цена средства на 14.10.2008, руб. (Компания «Бинго-Гранд»)	300,00	384,57	280,93	199,85
Цена 1 литра рабочего р-ра, руб.	2,40	11,54	8,43	10,00

Примечание: Концентрации средств приведены из следующих инструкций:

Инструкция №12 по применению дезинфицирующего средства «Ника-Полицид» (ООО НПФ «Геникс», Россия) для дезинфекции и предстерилизационной очистки (от 07.07.08).

Инструкция №8/05 по применению средства дезинфицирующего с моющим эффектом «Авансепт» (ООО «МК ВИТА-ПУЛ», Россия) в лечебно-профилактических учреждениях (от 21.03.05).

Инструкция №01-02/05 по применению средства «Самаровка» (ООО «Самарово», Россия) для дезинфекции и предстерилизационной очистки (от 21.12.05).

Инструкция №А-18/06 по применению дезинфицирующего средства «Аламинол» (ФГУП «ГНЦ «НИОПИК», Россия) для дезинфекции и предстерилизационной очистки (от 10.07.06).

ООО «Альфа-Медтехника XXI»

109518, г. Москва, 1-й Грайвороновский проезд, 2, стр. 1
E-mail: alfamed2002@yandex.ru; www.alfamed.rusmed.ru

Тел./факс: (495) 232-12-36, (499) 173-52-09, (499) 722-06-96
Действует с 24.11.2008 г.

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ	СТОИМОСТЬ, РУБ.	СТРАНА
АНАЛИЗАТОРЫ БИОХИМИЧЕСКИЕ		
Анализатор биохимический BioChem BA (HTI) (полуавтомат, открытая система)	75000	США
Анализатор биохимический BioChem SA (HTI) (полуавтомат, встроенная кювета)	108000	США
Анализатор биохимический BioChem Analette (автомат, открытая система) (HTI)	720000	США
Анализатор биохимический полуавтомат, HUMALLYZER 2000, (HUMAN)	194000	Германия
Анализатор биохимический полуавтомат, STAT FAX 1904+ (Awareness Technology)	76500	США
Анализатор биохимический полуавтомат, встроенная кювета STAT FAX 3300 (Awareness Technology)	133000	США
АНАЛИЗАТОРЫ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ		
Анализатор гематологический автомат ABACUS JUNIOR (DIATRON), 18 параметров, 40 тестов/час, встроенный принтер	288000	Австрия
Анализатор гематологический автомат ABX Micros 60 OT 18 (18 параметров)	464000	Франция
Анализатор гематологический полуавтомат PCE-90 ERMA (9 параметров)	217500	Япония
Анализатор гематологический полуавтомат PCE-90 Vet HTI (18 параметров) для ветеринарии	237000	США
Анализатор гематологический автомат PCE-210 ERMA (18 параметров)	390000	Япония
Анализатор гематологический автомат SYSMEX KX-21N (18 параметров)	600100	Япония
АНАЛИЗАТОРЫ ГАЗОВ И ЭЛЕКТРОЛИТОВ КРОВИ		
Анализатор газов крови EasyBloodGas (pH, pO2, pCO2) (MEDICA)	299000	США
Анализатор газов и электролитов крови EasyStat (pH, pO2, pCO2, Na+, K+, Ca+, Hct) (MEDICA)	395000	США
Анализатор газов и электролитов крови Opti CCA (Opti Medical)	279000	США
Анализатор электролитов E-lyte5 Na/K/Cl (HTI)	105900	США
Анализатор электролитов E-lyte5 Na/K/Cl/Ca/pH (HTI)	143500	США
Анализатор электролитов EasyLyte Na/K (MEDICA)	120000	США
АНАЛИЗАТОРЫ ИММУНОФЕРМЕНТНЫЕ		
Анализатор иммуноферментный автомат BioChem Analette EIA (HTI)	765000	США
Анализатор иммуноферментный планшетный ImmunoChem 2100 (HTI)	103500	США
Анализатор иммуноферментный стриповый STAT FAX 303+ (Awareness Technology)	72500	США
Анализатор иммуноферментный планшетный STAT FAX 2100 (Awareness Technology)	105500	США
АНАЛИЗАТОРЫ МОЧИ		
Анализатор мочи CL-50, 10 пар., 120 тест/час, память 1000 анализов (HTI)	29950	США
Анализатор мочи CL-500, 11 параметров, 514 тестов/час, память 1000 анализов (HTI)	105000	США
Анализатор мочи CLINITEK STATUS (BAYER Diagnostics)	39500	США
Анализатор мочи URISCAN OPTIMA (от 36 до 300 тест/час, 13 показателей)	49600	Ю. Корея
КОАГУЛОМЕТРЫ		
Коагулометр THROMBOSTAT 1 (1 каналный) (Behnk Elektronik)	79200	Германия
Коагулометр TS1000 (1-каналный) HTI	86000	США
Коагулометр TS4000 (4-каналный, встроенный принтер) HTI	105000	США
МИКРОСКОПЫ UNICO		
M 250 бинокулярный микроскоп, 4 АХРОМАТ-объектива: 4X/0.10, 10X/0.25, 40XR/0.65, 100XR/1.25	26700	США
G 380 бинокулярный микроскоп, для работы в светлом поле; 4 АХРОМАТ-объектива: 4X/0.10, 10X/0.25, 40XR/0.65, 100XR/1.25 (масло)	36000	США

ООО «ВИТАЛАБ»

196105, г. Санкт-Петербург, Яковлевский пер., 11, оф. 3
Обеспечение лабораторий. Медицинское оборудование.

(812) 740-71-04, 740-71-05, e-mail: vitalab@mail.ru, www.vita-lab.spb.ru
Диагностические наборы, реагенты и расходные материалы.

КАТЕГОРИЯ №	НАИМЕНОВАНИЕ	Цена за упаковку 1000 шт. без НДС на 10.09.08, руб.
04.1905.001	S-Monovette 2,6 мл, 90x13 мм, активатор свертывания + гель, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	14240,19
06.1690.001	S-Sedivette 3,5 мл, для определения СОЭ из венозной крови, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	14312
01.1601	S-Monovette 7,5 мл, 92x15 мм, активатор свертывания, с градуировкой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	10854
02.1063	S-Monovette 9 мл, 95x16 мм, активатор свертывания, с градуировкой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	10442,5
03.1397.001	S-Monovette 5,5 мл, 75x15 мм, активатор свертывания, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	7659
05.1071.001	S-Monovette 5 мл, 92x11 мм, цитрат, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	8278
20.1289	Microvette 200, стабилизатор глюкозы, фасовка 100/1000, НДС — 10%	9902,7
20.1308	Microvette 300, активатор свертывания, фасовка 100/1000, НДС — 10%	9906
20.1288	Microvette 200, ЭДТА, фасовка 100/1000, НДС — 10%	8880
20.1278	Microvette 100, ЭДТА, фасовка 100/1000, НДС — 10%	10985
85.1162.200	Monovette-игла Safety 21 G x 1 1/2, зеленая, фасовка 100/1000, НДС — 0%	24281
02.1067.001	S-Monovette 10 мл, 95x16 мм, цитрат 3,13%, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	20727
20.1308	Microvette 300, активатор свертывания, фасовка 100/1000, НДС — 10%	9906
06.1667.001	S-Monovette 1,1 мл, 66x8 мм, активатор свертывания + гель, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	20174
77.1595.007	Multi-Safe 0,7 л, фасовка 150/1, НДС — 10%	65
93.838	Штатив 48 отв. d 12,2 мм, h 40 мм // д/пробирок, моноветт Ш 11,5 мм, фасовка 1/40, НДС — 10%	1733

КАТЕГОРИЯ №	НАИМЕНОВАНИЕ	КОЛ-ВО В УПАКОВКЕ	ЦЕНА НА 10.09.08, РУБ.
РАСХ. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ АНАЛИЗАТОРОВ ГЛЮКОЗЫ «ЭКО-СОЛО II» (ПОЛУАВТОМ.) (ГЕРМАНИЯ, CARE DIAGNOSTICS)			
600 001	Мембрана биокерамическая GOD, НДС — 10%	1 шт.	1660,56
600 002	Пакет реagens для отходов (400г), НДС — 10%	2 шт.	2692,49
600 003	Капилляры, НДС — 10%	1000 шт.	3724,42
600 004	Калибровочный раствор глюкозы, НДС — 10%	фл.	89,91
600 005	Контрольная проба (уровни I и II), НДС — 18%	2 фл.	448,81
РАСХ. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ АНАЛИЗАТОРОВ ГЛЮКОЗЫ «ЭКО-ТВЕНТИ», «ЭКО-МАТИК» (АВТОМ.) (ГЕРМАНИЯ, CARE DIAGNOSTICS)			
866 603	Мембрана биокерамическая GOD, НДС — 10%	1 шт.	2445,70
866 621С	Концентрат системного разбавителя, НДС — 10%	500 мл	3243,42
866 623	Калибровочный раствор глюкозы, НДС — 10%	8x50 мл	1794,87
866 627	Капилляры, 20 мкл, НДС — 10%	1000 шт.	2827,17
866 629	Кюветы для образцов 2 мл, НДС — 10%	5000 шт.	15480,80
РЕАГЕНТЫ ДЛЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ АНАЛИЗАТОРОВ СЕЛЛАК МЕК (ЯПОНИЯ, NINON KONDEN)			
19201	Изотонический разбавитель для МЕК (Дилуент Дифф.) (Diaton-NK-Diff-Diluent), НДС — 10%	20 л	1794,87
19202	Лизирующий раствор для МЕК 6318К (Dialyse-NK-Diff), НДС — 10%	5 л	9333,25
	Лизирующий раствор для МЕК 5216К (Dialyse-MC-Q-Diff), НДС — 10%	30 мл	897,62
24009	Лизирующий реагент для МЕК 5208К, НДС — 10%	6x20 мл	1391,20
19102	Промывающий раствор (Diatarg-NK), НДС — 10%	5 л	1979,13
19203	Очищающий раствор (Diaclean-NK-Diff), НДС — 10%	5 л	2356,16
СВС-3D	Набор контрольной крови (2N-1L-1H), НДС — 10%	4 фл.х2 мл	6608,20
T496	Немолунас 5, НДС — 18%	500 мл	1979,13
30200010	Гематологические стаканчики, НДС — 10%	50 шт.	762,94
РЕАГЕНТЫ И РАСХ. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ АВТОМ. БИОХИМ. АНАЛИЗАТОРА «САПФИР»			
SP 2208	Щелочной моющий раствор (Alkaline Washing Solution)	500 мл	3382,60
SP 2209	Кислотный моющий раствор (Acid Washing Solution)	500 мл	3382,60
20010004	Карусель образцов (Sample Tray (3))	1 шт.	31668
20010005	Карусель образцов (Sample Tray (4))	1 шт.	31668
20070126	Кюветы реакционные для биохим. анализатора «Сапфир-400»	60 шт.	23669,10
РЕАГЕНТЫ И РАСХ. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ АВТОМ. БИОХИМ. АНАЛИЗАТОРА «СПОТКЕМ» SP-4430 (ЯПОНИЯ, ARKRAY INC.)			
10712	Пробирки центрифужные для анализатора	100 шт.	1146,60
77043	Контрольная сыворотка	4 шт.	2484,30
10192	Пробирки для цельной крови	500 шт.	6661,20
77366	Глюкоза (Glucose)	50 шт.	982,80
77379	Гемоглобин (Hemoglobin)	50 шт.	982,20
77383	Креатинин (Creatinine)	50 шт.	1446,90
РЕАГЕНТЫ И РАСХ. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ АНАЛИЗАТОРА МОЧИ AUTION ELEVEN (ЯПОНИЯ, ARKRAY INC.)			
10EA	Тест-полоски Aution Sticks (GLU, PRO, BIL, URO, pH, уд. плот., кровь, КЕТ, НИТ, LEU), НДС — 10%	100 шт.	817,18
79053	Концентрир. моющий р-р (Concentrated Washing Solution), НДС — 10%	1 л	1828,84
11719	Фильтр бумажный для анализатора мочи, НДС — 18%	30 шт.	2149,94
ТЕСТ-ПОЛОСКИ ДЛЯ ЭКСПРЕСС-АНАЛИЗАТОРОВ МОЧИ CLINITEK (США)			
Тест-полоски на 10 параметров: глюкоза, белок, билирубин, уробилиноген, кетоновые тела, PH, удельный вес, эритроциты, нитриты, лейкоциты (Clia, США), НДС — 10%		100 шт.	554,00
Тест-полоски на 10 параметров Multistix 10SG (США), НДС — 10%		100 шт.	1020,00
Тест-полоски на 10 параметров Uristik A10 (Китай), НДС — 10%		100 шт.	434,00

Дезинфицирующие средства производства ООО «Самарово»

350051, г. Краснодар, ул. Гаражная, 81/2

Тел./факс (861)215-40-28, тел. (861) 215-40-29

e-mail: samarovo-kub@yandex.ru

НАИМЕНОВАНИЕ	УПАКОВКА, ЕД. ИЗМ.	ЦЕНА С НДС
«Самаровка» (конц. на основе ЧАС) для всех видов дезинфекции поверхностей, мебели, изделий медназначения (хир. и стом. инстр., жестких и гибких эндоскопов, белья, посуды), а также для предстерилизационной обработки изделий медназначения и уборки помещений	Бутылка 1 л Канистра 5 л	270 руб. за 1 л
«Самаровка-Комби» (конц. на основе ЧАС и глутарового альдегида) для дезинфекции поверхностей в помещениях, приборов, сан.-тех. оборуд., лаб. посуды, для дезинфекции, совмещенной с предстерилизационной очисткой изделий медназначения (вкл. хир. и стом. инстр., жесткие и гибкие эндоскопы, инстр. к ним), стом. оттисков, зубопротезных заготовок и коррозионностойких артикуляторов. Для проведения проф. дезинфекции на коммунальных объектах, а также уборки помещений любого типа. При ротации дезсредства «Самаровка»	Канистра 5 л	250 руб. за 1 л
«ДСВУ-1» — готовый р-р на основе ЧАС и глутарового альдегида для дезинфекции высокого уровня (ДВУ — 5 мин.) эндоскопов, стерилизации изделий медназначения (вкл. хир. и стом. инстр., жесткие и гибкие эндоскопы и инстр. к ним)	Канистра 5 л	80 руб. за 1 л
«Офаль» — готовый р-р на основе ортофталевого альдегида для дезинфекции и стерилизации изделий медназначения (вкл. хир. и стом. инстр., жесткие и гибкие эндоскопы). ДВУ эндоскопов	Канистра 5 л	100 руб. за 1 л
«Изаептик» — спирт. р-р кожного антисептика на основе изопропанола, 2-феноксиэтанола и ЧАС — для обработки рук хирургов, операц. медсестер и др. лиц при проведении операт. вмешательства; — для обработки кожи опер. и инъекц. полей пациентов, доноров; — для гигиен. обработки рук мед. персонала; — для обеззараживания перчаток (из латекса, неопрена, нитрила и др. материалов, устойчивых к воздействию хим. веществ), надетых на руки медперсонала в микробиол. лабораториях при бактер. инфекциях (кроме туберкулеза), в т.ч. в случае попадания на перчатки инфекц. материала, а также работников предприятий, выпускающих стерильную продукцию	Бутылка 1 л Евробутыль 1 л	160 руб. 200 руб.
«Дезинфицирующая салфетка «СЕПТИЗОЛ» для обработки рук и поверхностей». Пропитана составом «Изаептик» (ООО «Самарово») — для гигиен. обработки рук медперсонала. Для дезинфекции небольших поверхностей, предметов, приборов, медоборудования. Для обеззараж. перчаток, надетых на руки медперсонала	Герм. пакет, упаковка 100 шт.	300 руб. за упак.

«Дезинфицирующая салфетка СЕПТИЗОЛ мини». Пропитана составом «ИзАсептик» (ООО «Самарово») — для обработки кожи инъекц. поля пациентов	Герм. пакет, упаковка 100 шт.	150 руб. за упак.
Мыло жидкое «Гигея» для гигиен. обработки рук и тела, обладает смягчающим эффектом, не оказывает раздражающего действия на кожу	Бутыль 0,3 л Бутыль 1 л Евробутыль 1 л Канистра 5 л	39 руб., 79 руб., доз. 125 руб., 288 руб.
Мыло жидкое «Гигея-дез» с антимикробным эффектом для гигиен. обработки рук и тела, обладает смягчающим эффектом, не оказывает раздражающего действия на кожу, не токсично, снижает количество транзитной Грам (+) и Грам (-) микрофлоры	Бут. 0,3/0,5 л Бутыль 1 л Евробутыль 1 л Канистра 5 л	60/80 руб., 105 руб., доз. 150 руб., 399 руб.
Шампунь педикулицидный «Гигея» — для уничтож. головных, лобковых вшей и их яиц у взрослого населения и детей с 5 лет	Бутылка 1 л Разовый пакетик 30 мл №25	122 руб., 275 руб.
«Самаровка-лосьон» — педикулицидное средство для уничтож. головных, лобковых вшей и их яиц у взрослого населения и детей с 5 лет	Бутыль 1 л Флакон 100 мл	520 руб., 89 руб.
«Самаровка-Инсектицид» — инсектоакарицидное средство, концентрат эмульсии на основе циперметрина (25%), для уничтож. синантропных насекомых (тараканов, постельных клопов, блох, муравьев и др.), комаров (имаго, личинки), гнуса, клещей. Обладает остаточным действием в воде до 3 недель, на объектах открытой природы до 4—6 недель, на поверхностях в помещениях до 4 мес.	Канистра 5 л	375 руб. за 1 л
«Минутка» — крем для рук с провитамином В5 и бисабололом. Незаменимый помощник при длительной работе в перчатках и частом применении антисепт. и моющих средств, мгновенно впитывается, смягчает, максимально увлажняет. Для медперсонала	Флакон 215 мл	100 руб.
Шампунь «Гигея»	Флакон 1 л	97 руб.
«Клорсепт-25» — хлорсодержащее таблетированное дезсредство (дейст. в-во Na-соль ДХЦК). Р-ры обладают бактерицидным (в т.ч. туберкулоцидным), вирулицидным (в т.ч. вирусы гепатита и ВИЧ), фунгицидным (кандидозы и дерматомикозы) действием. Для дезинфекции поверхностей, сан.-тех. обор., изделий медназначения из стекла, пластмасс, резин, коррозионностойких материалов, предметов ухода за больными, белья, посуды (в т.ч. лабораторной, аптечной) в ЛПУ, инфекц. очагах, в машинах скорой помощи, в лабораториях при инфекциях бактериальной (вкл. туберкулез), вирусной (вкл. ВИЧ и гепатиты) этиологии, дерматофитиях, кандидозах	Банка 300 табл.	450 руб. за банку
«Акватабс-8,68» — хлорсодержащее дезсредство (дейст. в-во Na-соль ДХЦК). Р-ры обладают бактерицидным, вирулицидным, фунгицидным действием. Для обеззараживания питьевой воды при нецентрализ. водоснабжении, емкостей для хранения воды, для обеззараживания в плав. бассейнах (воды, объектов в помещениях ванны бассейна, раздевалках, душевых, санузлах, сан.-тех. обор., уборочного материала), а также для обеззараж. фруктов, овощей, воды для пищевого льда	Банка 60 табл.	1355 руб. за банку

Примечание: Доставка продукции осуществляется бесплатно



ЗАО «ДЕСМО»

197022, Санкт-Петербург, ул. Инструментальная, 6

Тел.: (812) 234-91-32, тел./факс: (812) 234-91-33

E-mail: desmo-office@mail.ru, сайт: www.safian.sp.ru

НАИМЕНОВАНИЕ	ЦЕНА, РУБ.
ГЕЛЬ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЕЙ	
Гель для УЗИ «АКВАГЕЛЬ», выпускается в разных модификациях по вязкости: «4», «5», «6», «7» — емкостью 1 л	от 38,87
Гель для электрокардиографических исследований «АКВАГЕЛЬ-ЭЛЕКТРО», выпускается в разных модификациях по вязкости: «4», «5», «6», «7» — емк. 1 л	от 41,69
ОБОРУДОВАНИЕ ЛАБОРАТОРИИ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА	
Анализатор иммуноферментный фотоэлектрический АИФЦ01С с дополнительными блоками	от 61600,00
Универсальный промыватель для планшетов и стрипов	69780,00
Встряхиватель термостатируемый универсальный	15810,00
СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ПЛАНШЕТНЫХ ФОТОМЕТРОВ	
Комплект светофильтров поверочный (КСП-02) с комплектом приспособлений КПА-01-МАРТ с биохимическими держателями (полный)	82100,00
Комплект светофильтров поверочный (КСП-02) с комплектом приспособлений КПА-01-МАРТ без держателей	78390,00



ООО «СпецБалтМебель»

Производство лабораторной и медицинской мебели

г. Санкт-Петербург, (812) 326-11-57, (495) 411-91-27, www.sbm-lab.ru

ЛАБОРАТОРНАЯ МЕБЕЛЬ	ЦЕНА, РУБ. с НДС
Вытяжные шкафы (электророзетки, освещение, защитный экран из стекла «триплекс»)	от 23 900
Лабораторные столы (мет. каркас, рабочая поверхность по выбору, тумбы)	от 6 280
Пристенные столы (мет. каркас, полки, светильник, розетки, раб. пов. по выбору, тумбы)	от 10 740
Островные столы (мет. каркас, полки, светильник, розетки, раб. пов. по выбору, тумбы)	от 19 900
Стол для микроскопирования (мет. каркас, полка, раб. пов. по выбору, тумбы)	от 8 530
Стол-мойки (раковина — нерж. сталь или полипропилен)	от 9 910
Стол для титрования (мет. каркас, световой экран, раб. пов. по выбору, тумбы)	от 16 980
Стол для весов (металлический каркас, гранитная плита на спец. демпферах)	от 9 860
Стол письменный	от 2 700
Шкафы для хранения	от 7 640
Шкафы для одежды	от 6 980

Минимальные сроки изготовления, доставка в любой регион России!

ЧИСТОТА

ПОБЕЖДАЕТ

Научно-производственная фирма

 **ГЕНИКС**

**МОЮЩИЕ, ЧИСТЯЩИЕ И
ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ
СРЕДСТВА**

Жука

® • «Ника-Экстра М»
• «Ника-Неодез»

– стерилизация: 15 минут;
– ДВУ: 5 минут;
– дезинфекция крови и
биологических выделений.

• «Ника-Свежесть
антибактериальное»

мыло жидкое с
дезинфицирующим эффектом

• «Ника-Полицид»

новое высокоэффективное
дезинфицирующее средство

Стоимость рабочего
раствора от 30 копеек.



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