

специализированный медицинский журнал

# главный **ВРАЧ**

№ 1-2 (17) 2009

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU

## ОФТАЛЬМОФЕРОН®

### КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ

ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ  
И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ



РЕКЛАМА

**В НОМЕРЕ:**

- Подпишитесь на журнал! (стр. 54)
- Транспедикулярная фиксация ускоряет реабилитацию (стр. 49)
- В основе эволюции – волновой принцип? (стр. 54)
- Об автоматизации работы врача (стр. 29)
- Подводя итоги (стр. 2, 3)

## Перевязка ран и компрессионная терапия. Специализированные повязки Medisorb

### Medisorb A

Повязка из кальция-альгината, стерильная



**Medisorb A** представляет собой стерильную повязку, предназначенную для непосредственного наложения на рану. Содержит кальция-альгинат и карбоксиметилцеллюлозу СМС.

**Действие:** Волокна повязки вступают в реакцию с отделяемым из раны, образуя мягкий, влажный гель, который обеспечивает среду, способствующую заживлению раны.

**Показания:** Medisorb A является повязкой с большой впитывающей способностью и может применяться для обработки ран как с умеренным, так и с обильным отделяемым, даже инфицированных поверхностей.

Medisorb A может применяться при лечении пролежней, трофических язв, диабетической гангрены, мест взятия кожных трансплантатов, механических повреждений кожи. В случае трофических язв голени повязка может быть применена в комбинации со сдавливающей терапией и только по указанию врача.

### Medisorb P

Полимерная повязка, стерильная



**Medisorb P** представляет собой многослойную полупроницаемую стерильную повязку, состоящую из следующих элементов: липучего слоя, который обеспечивает фиксацию повязки (без приклеивания к ране, поскольку контакт с отделяемым раны лишает ее этих свойств), гидрогелевого слоя с высокой способностью к впитыванию отделяемого, мягкой пенки, обеспечивающей испарение избыточного количества отделяемого и одновременно защищающей рану от механического повреждения, внешней полиуретановой оболочки, проницаемой для воздуха и влажных испарений и непроницаемой для бактерий.

**Действие:** Повязка обеспечивает оптимальный уровень влажности в ране, благодаря чему улучшает естественный процесс ее заживления.

**Показания:** Повязка Medisorb P может быть применена для лечения ран разной глубины: пролежней I-IV степени, язв нижних конечностей венозного происхождения, язв нижних конечностей, вызванных артериальной недостаточностью.

### Medisorb H

Гидроколлоидная повязка, стерильная



**Medisorb H** представляет собой стерильную самоклеящуюся повязку, состоящую из гидроколлоидного слоя толщиной 1 мм и тонкой полиуретановой пленки. Гидроколлоидный слой состоит из полиизобутиленовой матрицы, содержащей натуральный углеводородный полимер с высокими абсорбционными свойствами Psyllium Husk, и карбоксиметилцеллюлозы.

**Действие:** Абсорбирует раневое отделяемое, одновременно обеспечивая проникновение кислорода и удаление влажных испарений. Повязка непроницаема для бактерий. При контакте гидроколлоидного слоя с раневыми отделениями образуется компактный гель, обеспечивающий оптимальную влажность, способствующую заживлению раны.

**Показания:** Medisorb H может применяться для обработки ран с умеренным и обильным отделяемым, как поверхностных, так и глубоких: Трофических язв, пролежней, ожогов I-II степени, мест взятия кожных трансплантатов, повреждений эпидермиса.

### Medisorb F

Полиуретановая пленочная повязка, стерильная



**Medisorb F** представляет собой прозрачную стерильную повязку, которая состоит из полиуретановой пленки, покрытой слоем акрилового клея.

**Действие:** Повязка непроницаема для микроорганизмов и в то же время обеспечивает доступ воздуха к ране и возможность испарения влаги наружу. Сохраняет оптимальную влажность раневой среды, что предотвращает образование струпа, способствует заживлению раны. Позволяет осуществлять визуальный контроль процесса заживления раны.

**Показания:** Повязка Medisorb F показана для лечения небольших ожогов, мест взятия кожных трансплантатов, пролежней I-II степени, послеоперационных ран, ссадин и порезов. Может также применяться в профилактических целях как защитная повязка для кожи, подвергающейся трению или воздействию влаги.

РЕКЛАМА

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

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

**Редакционный совет:**

**Акишкин В.Г.** – министр здравоохранения Астраханской области

**Алексеев С.Н.** – руководитель Департамента здравоохранения Краснодарского края

**Анищенко Е.А.** – зам. Главы Администрации Волгоградской области, председатель Комитета по здравоохранению Волгоградской области

**Борсов М.Х.** – министр здравоохранения Республики Адыгея

**Быковская Т.Ю.** – министр здравоохранения Ростовской области

**Мамаев И.А.** – министр здравоохранения Республики Дагестан

**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. 404  
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 № 288  
Подписано в печать 20.03.2009 г.

Зарегистрирован Управлением  
Росохранкультуры по Южному  
Федеральному округу  
Регистрационный номер  
ПИ № ФС 10-5825 от 28 января 2005 г.

Распространяется бесплатно по линии МЗ

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

Об итогах работы Управления Росздравнадзора по Ростовской области за 2008 год .....	2
Итоги деятельности противотуберкулезной службы Ставропольского края в 2008 году .....	3
Необходима ли модернизация психологических аспектов в поведении специалиста XXI века? .....	5
Идеальная мебель для идеальной чистоты .....	11
Обязательное медицинское страхование: итоги и перспективы .....	12
Анализ работы ЛПУ города Каменска-Шахтинского в национальном проекте «Здоровье» .....	13
«Петровакс» – лидер среди российских фармацевтических компаний .....	16
Наследственный нефрит в детской практике .....	20
Опыт применения тимодепрессина у больных с аутоиммунной тромбоцитопенией и аутоиммунной гемолитической анемией в гематологическом отделении ГУЗ «РОКБ» .....	21
Анализ результатов пренатального биохимического скрининга у беременных женщин Ростовской области .....	25
Высокотехнологичная медицинская помощь стала доступнее .....	26
Автоматизация работы врачей амбулаторно-поликлинического лечебного учреждения как средство повышения качества обслуживания пациентов .....	29
Возможности магнитно-резонансной томографии при диагностике травм коленного сустава .....	30
Клеточная «страховка» .....	32
«ЛайфКор Интернешнл» – новые технологии обеспечения пациентов медицинским кислородом .....	35
Опыт применения нейролептиков в послеоперационном периоде у больных с фантомными болями после ампутации .....	37
Влияние уровня сенсibilизации аллергенами на состояние иммунного статуса больных atopическими заболеваниями .....	41
Врожденная косолапость: клиника, диагностика, принципы лечения .....	43
К вопросу о больничных прачечных .....	46
Жесткая инструментальная фиксация позвоночника в хирургическом лечении туберкулезного спондилита и хронического гематогенного остеомиелита позвоночника .....	49
Биоадекватные методы лечения .....	52
Подпишитесь на журнал! .....	54
Предложения оптовых фирм .....	55, 45

## Об итогах работы Управления Росздравнадзора по Ростовской области за 2008 год

*Трепель В.Г., руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону*

Управлением Росздравнадзора по Ростовской области (РО) подведены итоги деятельности за 2008 год.

В рамках полномочий, определенных Приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 205 «Об утверждении положения о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по субъекту Российской Федерации (Управлении Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации)», в 2008 году проведено более 2000 проверок, из них:

- 1258 проверок деятельности организаций здравоохранения;
- 292 проверки деятельности организаций в сфере социальной защиты населения;
- 115 проверок контроля качества лекарственных средств;
- 291 проверка возможности выполнения лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности;
- 37 проверок возможности выполнения лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности;
- 35 проверок возможности выполнения лицензионных требований и условий при осуществлении деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ;
- 92 проверки деятельности организаций, осуществляющих производство, оборот и использование изделий медицинского назначения;
- 190 проверок реализации программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС) отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, в том числе:
  - по вопросам обоснованности назначения лекарственных препаратов при оказании дополнительной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи – 64 проверки ЛПУ РО (58 плановых проверок и 6 внеплановых), в том числе 1 – по заданию Прокуратуры РО, 1 совместная проверка с МЗ РО по вопросам формирования заявки на поставку лекарственных средств, 4 – по информации в СМИ;
  - по вопросам организации реализации программы ОНЛС отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи – 57 проверок (27 проверок в ЛПУ, 27 проверок в аптечных учреждениях, 2 проверки в организациях оптовой торговли, 1 проверка МЗ РО). Из 57 проверок было проведено 35 плановых и 22 внеплановых (3 – по заданию Прокуратуры РО, 9 – совместные проверки с Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, 8 – по информации в СМИ, 1 – по поручению Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, 1 – по факту поступления в Управление Росздравнадзора по РО обращений граждан);
  - по факту поступления в Управление Росздравнадзора по РО обращений граждан – 69 проверок.

Проверка МЗ РО была проведена в соответствии с заданием Росздравнадзора в части реализации программы обеспечения лекарственными средствами по семи высокочувствительным нозологиям. В ходе проверочных мероприятий нарушения выявлены не были.

При проведении проверок ЛПУ по вопросам обоснованности назначения лекарственных препаратов при оказании дополнительной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, были выявлены следующие системные нарушения:

- назначение льготного лекарственного препарата без осмотра больного;
- назначение лекарственного препарата без проведения дополнительных методов обследования, предусмотренных стандартом медицинской помощи;
- отсутствие записи консультаций узких специалистов, подтверждающих целесообразность выбора лекарственного препарата;
- назначение льготного лекарственного препарата без указания способа приема;
- необоснованное назначение лекарственного препарата без достаточных показаний.

По факту завершения проверок по вопросам обоснованности назначения лекарственных препаратов было составлено 64 предписания в адрес юридических лиц об устранении выявленных нарушений, а также направлено 38 информационных писем, в том числе 23 – главам администраций муниципальных образований области, 7 – в органы исполнительной власти области (МЗ РО), 7 – в управления здравоохранения городов области.

В ходе 58 проверок в рамках осуществления контроля реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», а также пилотных проектов были выявлены следующие основные нарушения: несоответствие лицензионным требованиям и условиям первичной подготовки специалистов, несвоевременное повышение квалификации за последние 5 лет, осуществление медицинской деятельности без лицензии на виды работ и услуг, соответствующих поступившему оборудованию и медицинской технике, несоблюдение правил хранения вакцин.

Управлением проведено 93 проверки соблюдения стандартов качества медицинской помощи. Данные проверки были внеплановыми и проводились в соответствии со ст. 7 Федерального Закона от 08.08.2001 № 134-ФЗ (ред. от 30.12.2006 с изм. от 22.12.2008) «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)». Основаниями для проведения внеплановых проверок являлись: поручение прокуратуры (35%), поручение Росздравнадзора (24%), обращения граждан (41%). Одна проверка проводилась совместно с прокуратурой. В 14% случаев результаты проверок направлялись в прокуратуру, в 13% – в МЗ РО.

В результате проверок было установлено осуществление безлицензионной деятельности, в связи с чем составлены предписания и направлены в суд два про-

токола об административном правонарушении. Всего по результатам проверок соблюдения стандартов качества медицинской помощи составлено 6 протоколов.

Сотрудниками Управления Росздравнадзора по РО в 2008 году по фактам выявленных нарушений соблюдения лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности составлено и направлено в суд 234 протокола об административном правонарушении, в том числе 63 – за грубые, 45 – за негрубые нарушения лицензионных требований и условий, 126 протоколов – за осуществление безлицензионной медицинской деятельности, в том числе за осуществление медицинской деятельности, не предусмотренной имеющейся лицензией. В ходе проведенных проверок выявлено 33 учреждения, осуществляющих деятельность без специального разрешения (лицензии).

В 2008 году по поручению Росздравнадзора осуществлены 4 проверки учреждений ГУФСИН России по РО, в том числе 2 проверки совместно с органами

прокуратуры. В ходе проверок выявлены нарушения, связанные с осуществлением медицинской деятельности по специальностям, не предусмотренным имеющейся лицензией, с привлечением специалистов, в ряде случаев не имеющих сертификата специалиста, а также нарушения, связанные с невыполнением стандартов оказания медицинской помощи. Так, в нарушение статьи 45 Приказа Министерства Юстиции РФ от 17.10.2005 № 190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу» в ходе проведения профилактических осмотров в ряде случаев не обеспечивается определение остроты зрения и слуха, не проводятся исследования крови, электрокардиографические исследования. Медицинская документация не содержит записей о проведении объективного исследования по органам и системам.

По результатам проведенных проверок составлено 6 протоколов об административном правонарушении, а также 4 предписания об устранении нарушений.

## Итоги деятельности противотуберкулезной службы Ставропольского края в 2008 году

*Одинец В.С., к.м.н., заслуженный врач РФ; Куц Т.А., к.м.н.; ГУЗ «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер», г. Ставрополь*

24 марта весь мир вспоминает о туберкулезе, именно этот день является Всемирным Днем борьбы с этим коварным недугом. В преддверии этого дня уместно подвести итоги прошедшего профессионального года.

Глобально он ознаменовался тем, что в связи с мировым финансово-экономическим кризисом в стране приобрели большую остроту социальные факторы распространения туберкулеза (рост числа безработных, миграция, инфляция, снижение заработной платы), возникли сложности с финансированием, в том числе и противотуберкулезных учреждений. В 2008 году не были осуществлены поставки противотуберкулезных препаратов в рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)», подпрограммы «Туберкулез».

Ведомственная целевая программа, подраздел «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Ставропольском крае», в 2008 году за счет краевого бюджета профинансирована в сумме 13 млн 672,3 тыс. рублей (2007 год – 12 млн 171 тыс. рублей). Из местных бюджетов территорий на противотуберкулезные мероприятия выделено 7 млн 24,1 тыс. рублей (2007 год – 5 млн 992 тыс. рублей).

Завершилась реализация Проекта МБPP «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа». В общей сложности в наш край в рамках этого проекта поставлено оборудования, противотуберкулезных медикаментов, проведено обучение специалистов на общую сумму в 25,5 млн рублей, 33 учреждения ОЛС и 8 учреждений противотуберкулезной службы получили комплекты лабораторного оборудования стоимостью 276 тысяч 130 рублей.

По грантам Программы Глобального Фонда «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к туберкулезу» в течение истекшего 2008 года в Ставропольский край получено оборудование для усиления мер инфекционного кон-

троля в противотуберкулезных учреждениях, финансовые средства для обеспечения социальной поддержки больных с целью повышения их мотивации к лечению, оборудование для двух кабинетов тестирования и консультирования ВИЧ-инфицированных пациентов в Ставрополе и Пятигорске. Общая сумма полученных в край средств составила почти 1,5 млн рублей.

Продолжается совместная работа с прокуратурой по привлечению к обследованию и лечению лиц, страдающих бациллярными формами туберкулеза. И хотя в правовом отношении еще много нерешенных проблем, положительный результат эта работа, безусловно, приносит.

С 2009 года запланировано внести в приоритетный национальный проект «Здоровье» вопросы оказания противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации.

А теперь кратко о самых важных показателях, характеризующих работу противотуберкулезной службы Ставропольского края в 2008 году.

Эффективность работы противотуберкулезной службы в Российской Федерации определяется по таким стратегическим показателям, как ожидаемые конечные результаты реализации подпрограммы «Туберкулез» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)».

Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в Ставропольском крае в 2008 году таковы.

**Территориальный показатель заболеваемости** в 2008 году составил 70,5 на 100 тысяч населения, в 2007 – 67,6. То есть произошел рост показателя на 4%. Прогноз по России – 7%.

**Показатель заболеваемости туберкулезом** всех локализаций постоянного населения края в 2008 году составил 56,9 случаев на 100 тысяч населения (в 2007 году – 54,1).

**Заболееваемость туберкулезом органов дыхания** составила в 2008 году 51,6 на 100 тысяч населения (в 2007 году – 48,7). В клинической структуре впервые выявленного туберкулеза органов дыхания по-прежнему преобладают инфильтративные процессы – 56,9% (53,0% в 2007 году, 54,8% в 2006), второе место занимает диссеминированный туберкулез – 19,7% (22,4% в 2007, 21,6% в 2006 году).

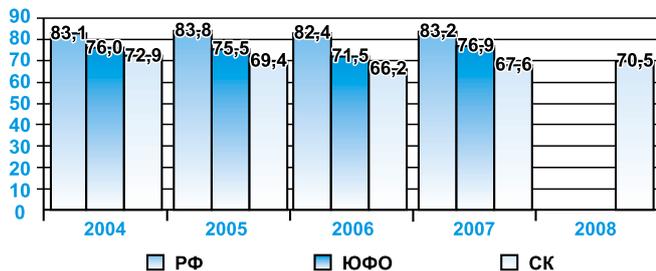
**Показатель заболеваемости внелегочными формами туберкулеза** – 5,3 случаев на 100 тысяч населения, в 2007 году – 5,4. В структуре внелегочного туберкулеза преобладает доля туберкулеза мочеполового – 40,3%, на втором месте туберкулез глаз (29,2%). Костно-суставной туберкулез составил 17,4%, снизилась доля туберкулеза периферических лимфоузлов с 8,2% в 2007 до 2,1% в 2008 году. Не зарегистрировано случаев туберкулезного менингита в отчетном году.

**Уровень заболеваемости детей** в 2008 году составил в среднем по краю 10,5 случаев на 100 тысяч детей. В 2006 году он был равен 10,3; в 2007 году – 10,8.

**Заболееваемость туберкулезом подросткового населения** выросла до 33,5 случаев на 100 тысяч подросткового населения против 25,7 в 2007 году.

**Динамика территориальной заболеваемости туберкулезом** всех групп населения в СК за 2004-2008 гг. (на 100 тыс. населения) представлена на диаграмме 1.

Диаграмма 1



Таким образом, в 2008 году в Ставропольском крае произошел рост показателя заболеваемости туберкулезом всех категорий жителей края на 4% (что в 1,75 раза меньше предполагаемого роста заболеваемости в целом по России – 7%), постоянных жителей – на 5% при повышении заболеваемости туберкулезом органов дыхания на 6% и относительно стабильном уровне заболеваемости внелегочным туберкулезом.

**Доля умерших от туберкулеза**, наблюдавшихся менее 1 года, составила в среднем по краю 10,8% (7,7% в 2007, 11,9% в 2006 году).

**Распространенность туберкулеза среди населения края** выросла с 201,7 в 2007 году до 206,7 случаев на 100 тысяч населения в 2008 году.

**Охват массовой туберкулинодиагностикой** детей составил в 2008 году 97,5% (2007 год – 93,7%).

**Виразж** туберкулиновых проб – 4,1% (4,3% в 2007 году).

**Флюорографически** в 2008 году было осмотрено 77,0% от запланированного числа, в 2007 году – 74,5%. Обследование лиц, не проходивших ФЛГ в течение двух и более лет, составило 84,8% (65,7% в 2007 году); обследование групп медицинского и со-

циального риска в 2008 году составило 75,4% (68,5% в 2007 году).

**Показатель выявляемости на 1000 осмотренных** составил 0,6 против 0,5 в 2007 году.

**Выявление по профосмотрам** больных туберкулезом органов дыхания составило 65,7% (64,1% в 2007 году).

**Эффективность работы по лабораторной диагностике** туберкулеза оценивается по следующим ключевым индикаторам:

- доля впервые выявленных больных с туберкулезом легких с БК+ методом микроскопии, выявленных в ПМСП среди всех ВВ М+, должна быть 70%. В Ставропольском крае этот показатель составил в 2008 году 38,7% против 26,6% в 2007 году;

- доля больных ТЛ М+ среди лиц, обследованных методом микроскопии в учреждениях ПМСП, должна составлять 1-5%. В Ставропольском крае этот показатель составил: в 2005 году – 0,3%, в 2006 – 0,6%, в 2007 – 0,86%, в 2008 году – 0,62%.

**Эффективность лечения больных по форме годового отчета 33.** Показатель закрытия полостей распада у впервые выявленных больных составил 73,5% (73,6% в 2007 году). Показатель прекращения бактериовыделения составил 86,6% (90,5% в 2007; 87,3% в 2006 году). Доля оперированных среди больных туберкулезом органов дыхания в 2008 году составила 4,6% (3,5% в 2007 году). По поводу фиброзно-кавернозного процесса прооперировано в истекшем году 9,6% (7,2% в 2007; 4,3% в 2006 году).

Рабочей группой высокого уровня разработан Комплексный план в рамках выполнения национальной стратегии борьбы с туберкулезом на 2009-2020 годы. Поэтому наши рабочие задачи на 2009 и последующие годы заключаются в **достижении следующих нормативных показателей деятельности:**

- снижение процента больных, выявленных постерно, до 0,2% (Ставропольский край 2007 год по форме 8 – 1,12%, по форме 33 – 1,43%, 2008 год по форме 8 – 0,68%, по форме 33 – 0,65%);
- снижение показателя летальности впервые выявленных больных до 2,0% (Ставропольский край 2007 год – 1,84%; 2008 год – 2,14%);
- повышение процента впервые выявленных больных с бактериовыделением, определяемым методом микроскопии в ОЛС, до 70% среди всех впервые выявленных больных с бактериовыделением, определенным методом микроскопии (Ставропольский край 2007 год – 26,6%, 2008 год – 38,7%);
- повышение эффективности лечения больных с МЛУ-туберкулезом свыше 65%; повышение эффективности лечения больных туберкулезом свыше 75% по критерию прекращения бактериовыделения (СК когорта 2004 года – 61%, 2005 года – 71%, 2006 года – 69,9%, 2007 года – 56,7%) и свыше 70% по критерию закрытия полостей распада (СК в/в когорта 2005 года – 67,2%, когорта 2006 года – 61,7%, когорта 2007 года – 54,8%);
- снижение процента лиц, прервавших лечение туберкулеза, менее 2,0% (СК в/в когорта 2005 года – 8,3%, когорта 2006 года – 9,0%, когорта 2007 года – 10,5%);
- повышение процента клинического излечения свыше 45% (СК 2006 год – 23,8%, 2007 год – 20,6%, 2008 год – 21,7%);
- снижение частоты развития рецидивов до 5 и ниже

на 100 тысяч населения (Ставропольский край 2006 год – 5,3; 2007 – 5,2; 2008 – 4,8 случаев на 100 тысяч населения).

Проведенный анализ основных эпидемически значимых показателей по туберкулезу в Ставропольском крае (табл. 1) позволяет определить ближайшие задачи на текущий год и перспективные планы для достижения нормативных показателей, введенных в Проект комплексного плана по противотуберкулезным мероприятиям в рамках национальной стратегии по туберкулезу в России на 2009-2020 годы.

Для повышения уровня санитарного образования населения в вопросах профилактики туберкулеза и формирования устойчивой мотивации к здоровому образу жизни, настойчивости в отношении собственного здоровья ГУЗ «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер» Ставрополя в марте 2009 года открыл сайт в международной сети Интернет. Адрес сайта: [www.skkptd.com](http://www.skkptd.com). Информация

на сайте доступна всем желающим: что такое туберкулез, как выявляют заболевание, и самое главное, что нужно делать, чтобы не заболеть туберкулезом. Мы приглашаем посетить наш сайт медицинских работников всех специальностей и ознакомиться с информацией, необходимой в их работе, чтобы не пропустить случай туберкулеза у пациентов при первичном обращении к врачу.

Очень важная информация размещена на нашем сайте для врачей-фтизиатров, так как он содержит все нормативные документы МЗ РФ, а также МЗ СК, которыми мы должны руководствоваться в своей работе, библиотеку (последние публикации центральной печати, методические рекомендации по лечению, раннему выявлению, профилактике туберкулеза) и электронную версию адресной книги фтизиатров края. Мы приглашаем к сотрудничеству и обмену информацией наших коллег Южного Федерального округа РФ.

Таблица 1

**Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу за 2007 год в Ставропольском крае (СК), ЮФО и РФ в целом**

Показатель	СК	ЮФО	РФ
<i>Данные на 100 тыс. населения</i>			
Заболееваемость территориальная	67,6	76,9	83,2
Заболееваемость постоянного населения	54,1	66,0	67,7
Заболееваемость детей	10,8	14,7	16,4
Заболееваемость подростков	27,4	-	35,8
Смертность от туберкулеза	13,0	19,1	18,4
<i>Данные в %</i>			
Охват профилактическими осмотрами	74,5	48,1	63,2
Удельный вес туберкулеза легких с деструкцией	42,1	55,4	49,4
Удельный вес умерших, не известных диспансеру	1,1	0,5	2,1
Удельный вес фиброзно-кавернозного туберкулеза среди в/в больных	1,9	1,7	2,4
Удельный вес больных, выявленных при профосмотрах	64,1	50,6	56,0
Удельный вес успешно пролеченных больных ФНФ8-ТБ	70,6	66,4	58,2

## Необходима ли модернизация психологических аспектов в поведении специалиста XXI века?

*Сагитова Г.Р., д.м.н., зав. кафедрой детских болезней ФПО ГОУ ВПО АГМА Росздрава;  
Акишкин В.Г., к.м.н., министр здравоохранения Астраханской области, г. Астрахань*

Сформировавшаяся в стране система последилового образования врачей включает две формы обучения: специализацию – прохождение интернатуры или ординатуры по специальности широкого профиля (первичная специализация), затем – по более узкой специальности (вторичная специализация) и усовершенствование – дальнейшее совершенствование профессиональных знаний и навыков. Собственная база последилового образования врачей-педиатров стала складываться в Астраханской области с 1991 года, когда в Астраханском государственном медицинском институте (ныне – академии) был открыт соответствующий факультет.

К сожалению, при вполне стройной системе медицинского образования в России каждый четвертый врач работает без сертификата специалиста, каж-

дый третий – не имеет квалификационной категории (Стародубов В.И., Баранов А.А., Володин Н.Н., 2006). Сегодня во всем мире идет осмысление того, каким должно быть медицинское образование, какова его миссия, роль и место в укреплении здоровья населения. Ведь цель медицинского образования – раскрытие творческого потенциала и возможностей самореализации личности врача на благо всего общества.

Безусловно, в настоящее время необходимо модернизировать российское образование, и для этого есть все возможности. При этом важно сохранить и развить то лучшее, что было заложено в отечественном медицинском образовании великими российскими врачами и педагогами Н.И. Пироговым, С.П. Боткиным и многими другими. Именно поэтому на факультетах усовершенствования врачей акцент должен быть сде-

лан соответственно запросам и здравоохранения, и общества в целом. Медицинский мир является микромоделью нашего общества, а медработники – часть социума. Таким образом, все пороки современного общества так или иначе коснулись и врачебного корпуса. Столь неблагоприятную ситуацию нужно исправлять, воспитывая и просвещая не только студентов, но и работающих врачей (Сагитова Г.Р., Мирошников В.М., 2008).

Во многих странах мира (Франция, Италия, Швеция, США и др.) существуют национальные деонтологические кодексы. Вопросам деонтологии посвящены конгрессы, симпозиумы. В учебных же программах по специализации и усовершенствованию врачей-педиатров, регулируемых МЗ РФ, вопросам этики и деонтологии времени уделяется ничтожно мало. Не секрет, что зачастую семинары (лекции) по столь востребованной теме составлены без учета реалий времени.

В этой связи представляет несомненный интерес определение уровня осведомленности практических врачей в основополагающих вопросах медицинской этики и деонтологии. С этой целью на кафедре детских болезней факультета последипломного образования ГОУ ВПО «АГМА» Росздрава в течение последнего года в начале курса усовершенствования проводится анонимное анкетирование врачей-педиатров. Обработано 163 анкеты, заполненных в основном участковыми педиатрами со стажем работы от 5 до 47 лет. Были предложены 11 вопросов, касающихся правовых, этических и деонтологических аспектов медицины и педиатрии в частности.

Результаты опроса показали, что 63,4% респондентов знают о существовании Этического кодекса врача, в то же время 83% не смогли указать дату вступления в силу кодекса на территории РФ. По сути, все направления деятельности специалиста изложены в разделах кодекса, где можно найти ответы на многие вопросы. Однако только половина опрошенных пыталась сформулировать суть некоторых разделов. Чаще указывались отдельные понятия, такие как «сохранение врачебной тайны», «не навреди», «соблюдение этики и деонтологии». Некоторые врачи с большим медицинским стажем дословно писали, что «пациент всегда прав».

Считаем целесообразным представить некоторые выдержки из Этического кодекса российского врача, одобренного Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 года.

**1.** Врач несет всю полноту ответственности за свои решения и действия. Для этого он обязан систематически профессионально совершенствоваться, памятуя, что качество оказываемой больным помощи никогда не может быть выше его знаний и умений. В своей деятельности врач должен использовать последние достижения медицинской науки, известные ему и разрешенные к применению МЗ РФ.

**2.** Мотивы материальной, личной выгоды не должны оказывать влияния на принятие врачом профессионального решения. Врач обязан доступными ему средствами (газеты, журналы, радио, телевидение, беседы и пр.) пропагандировать здоровый образ жизни, быть примером в соблюдении общественных и профессиональных этических норм.

**3.** В соответствии со ст. 41 Конституции РФ в условиях государственных ЛПУ врач оказывает пациентам помощь бесплатно.

**4.** Бесплатное лечение других врачей и их ближайших родственников, а также вдов и сирот является долгом российского врача и элементом профессиональной нравственности.

**5.** Контроль соблюдения врачебной этики осуществляют профессиональные ассоциации и созданные при них этические комитеты (комиссии).

Врач XXI века должен постоянно совершенствовать свои знания. Большей частью это происходит путем информирования через медицинские ассоциации или общества. Только четверть опрошенных заявили, что являются членами ассоциаций.

Среди различных нравственных проблем медицинского коллектива очень важны взаимоотношения врачей со средним медицинским персоналом. Всякий коллектив – это группа, но не всякая группа – коллектив (Макаренко А.С.). К сожалению, все чаще профессии медицинской сестры придают только техническое значение исполнителя врачебных назначений. А ведь эта профессия – истинное воплощение милосердия. Хороших медсестер надо ценить и уважать. Умный врач знает, что без квалифицированной этичной медицинской сестры он не сможет качественно работать, без нее нет полноценного коллектива. О наличии Этического кодекса медицинских сестер России знают 73,2% слушателей. Однако 76,4% респондентов не знают основных положений, и лишь 22% опрошенных смогли изложить некоторые разделы кодекса.

Правильно будет привести некоторые выдержки из Этического кодекса медицинской сестры России (Сагитова Г.Р., Мирошников В.М., 2008):

- статья 3 – гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав. Медицинская сестра должна превыше всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента;

- статья 4 – осуществляя уход, медсестра должна уважать право пациента на участие в планировании и проведении лечения. Проявления высокомерия, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимы;

- статья 8 – обязанность хранить профессиональную тайну;

- статья 10 – опрятность и соблюдение правил личной гигиены;

- статья 12 – фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений врача и медицинской сестры при исполнении ими профессиональных обязанностей осуждаются медицинской этикой.

Следующий аспект работы специалиста – сохранение врачебной тайны. Врачебная тайна – это все сведения, полученные в процессе обращения и лечения больного (диагноз, методы лечения, прогноз и др.). Вот как представлен этот аспект в Этическом кодексе врача (раздел 4) (Сагитова Г.Р., Мирошников В.М., 2008). Медицинская информация о пациенте может быть раскрыта:

- по ясно выраженному письменному согласию самого пациента;

- по мотивированному требованию органов дознания, следствия, прокуратуры и суда;

- если сохранение тайны существенным образом угрожает здоровью и жизни пациента и/или других лиц (опасные инфекционные заболевания);

- в случае привлечения к лечению других специалистов, для которых эта информация является профессионально необходимой.

Врач должен следить за тем, чтобы лица, принимающие участие в лечении больного, также соблюдали профессиональную тайну. Лица, пользующиеся правом доступа к медицинской информации, обязаны сохранять в тайне все полученные о пациенте сведения. В процессе научных исследований, обучения студентов и усовершенствования врачей должна соблюдаться врачебная тайна. Демонстрация больного ребенка возможна только с согласия его или родителей.

В ходе нашего исследования стало ясно, что 55,3% специалистов затрудняются сформулировать понятие врачебной тайны, а содержательную формулировку дали лишь 33%. В качестве примера можно привести несколько своеобразных понятий врачебной тайны, представленных респондентами. Врачебная тайна – это «обязательные положения, которые врач должен выполнять и знать»; «информация, которая стала известна при обращении за помощью».

Не менее животрепещущая проблема для медицины – это психическая асептика. Вынуждены признать, что 46,3% врачей не полностью сформулировали определение. Как понимают ятрогению врачи, это «улучшение (ухудшение) состояния пациента вследствие воздействия только словом» или «неблагоприятный исход оперативного вмешательства», или «комплекс мер, устраняющих дефекты лечения». Это многообразие фантазий можно было бы продолжить. Здесь хотелось бы отметить, что о психологических аспектах упоминают единицы.

Согласно определению, содержащемуся в Большой медицинской энциклопедии, ятрогения – это психогенные расстройства, возникающие как следствие деонтологических ошибок медицинских работников, неправильных, неосторожных высказываний или действий. Еще в 1925 году немецкий психиатр Бумке писал о врачах как о возможной причине душевных расстройств пациента. Нарушение деонтологических норм – один из важных факторов развития ятрогении. Проблема сложна, далека еще от своего разрешения, несмотря на большое число написанных научных работ и рекомендаций. Крайне важно, что поддержание в коллективе ЛПУ атмосферы, которая исключила бы развитие влияющих на больного психотравмирующих ситуаций, – серьезная основа для профилактики ятрогений.

Крайне актуальными остаются вопросы информированности педиатров в вопросах адаптации детей при встрече с медицинским персоналом. Основы общения детского врача с ребенком заложены в трудах замечательных отечественных педиатров Н.Ф. Филатова, А.А. Киселя, В.И. Молчанова, М.Е. Сухарева, Н.И. Нисевич, М.Я. Студеникина, В.А. Таболина и других.

Напомним, что общение с медицинским персоналом для ребенка проходит в три этапа: первый – знакомство, второй – этап достаточно длительного общения, третий – этап расставания (Сагитова Г.Р., Мирошников В.М., 2008; Вельтишев Ю.Е., 1995; Носов С.Д., 1977). В работе с детьми все составляющие клинического этикета имеют большое значение. Врач должен обладать знаниями психолога и педагога, уметь шутить на уровне зрелости ребенка. Так, входя в палату первый раз, врач осознает, что изначально необходимо найти подход к ребенку, а затем и к родителям. Ведь замеченные недочеты в действиях медицинских работников воспринимаются родителями

ми болезненно, иногда в гиперболизированном виде. Во взаимоотношениях с детьми важна предельная искренность как в словах, так и в действиях, мимике медработника. Контакт и доверие являются краеугольными камнями этих отношений. Доминантой в отношениях с медработниками у детей, даже хорошо воспитанных и смелых, является страх. У них больше выражено преобладание эмоций, чем разума (Морозов Г.В., Царегородцев Г.И., 1983).

Поистине бесценные данные о психосоматическом состоянии ребенка дает изучение внешнего вида: осанка, походка, мимика, манера говорить, улыбаться, отвечать на вопросы, вставать, садиться, отношение к родителям, одежда, интонация голоса – в первые минуты общения это дает возможность составить представление не только о ребенке, но и иногда сразу поставить диагноз.

Врач должен учитывать и национальность ребенка. Это важно для оценки возможного течения заболевания, осложнений, подходов в питании, гигиенических процедур и так далее. Свои действия нужно координировать в зависимости от возможностей маленького человека, которые определяются его возрастными особенностями.

Итак, **первая группа** – новорожденные. Они обладают мощным рецепторным аппаратом. Тихая, спокойная речь, негромкое пение, прикосновение теплых и нежных рук, неторопливое поворачивание и т.д. давно общепризнаны всеми педиатрами. Однако думается, что вы можете воспроизвести в своей памяти ситуации, когда медицинские работники в помещении, где находится маленький пациент, говорят раздраженным и громким голосом, приводя тем самым к беспокойству и плачу малыша.

**Вторая группа** – грудные дети, для них характерно бурное развитие всех органов чувств, что требует от медицинского персонала бережного и щадящего обращения. Исследователи считают, что многие отклонения в дальнейшем развитии ребенка формируются именно в этот ранний период. Процедуры для этой возрастной группы требуются выполнять деликатно и безболезненно (статья 30 – «права пациента»).

**Третья группа** – дети от 2 до 5 лет. Это период становления личности, развития собственного «Я». У ребенка наблюдается всплеск слов, вопросов. Именно поэтому родители должны изыскивать как можно больше времени для общения с ребенком.

**Четвертая группа** – младшие школьники, они имеют опыт коллективного общения, усвоили законы и правила поведения в нем.

Поле деятельности специалистов в педиатрии расширено до 18 лет. Подростковый возраст – решающий этап формирования личности, самоутверждения, чувства лидерства, непонимания со стороны родителей, несчастной любви и т.д. Эти возрастные особенности могут привести к отсутствию понимания между медперсоналом и подростком. Поэтому врач должен подобрать такие слова, интонацию, чтобы в беседе не задеть самолюбия, не оскорбить и не унижить пациента.

Много проблем возникает при госпитализации ребенка в стационар, даже если он неоднократно проходил там лечение. Дети испытывают острое потрясение, проходящее три стадии. Чуть более половины опрошенных педиатров не смогли выделить стадии

острого потрясения и всего лишь 11% правильно указали их. В настоящее время складывается антипатерналистский тип взаимоотношений врача и пациента. Патернализм (от лат. paternus – отцовский, отеческий) – концепция взаимоотношений государства и граждан, в соответствии с которой государство обязано обеспечивать удовлетворение их потребностей за государственный счет, принимать на себя заботы о благоденствии граждан (покровительственное отношение). Применительно к медицине патернализм предусматривает морально-этические нормы покровительственного отношения врача к пациенту. На Руси патернализм существовал более 200 лет. Но на сегодняшний день изменились взаимоотношения между пациентом и медработником. Медицина тесно связана с законом, что требует освоения врачами правового поля (Сагитова Г.Р., Мирошников В.М., 2008).

Очень часто пациенты отказываются от проведения диагностических и лечебных процедур, но это их право, закрепленное законом. В других случаях, когда человек недееспособен, несовершеннолетен, но есть законный правопреемник (тот, кто решает вопросы вместо пациента), тогда принимает решения он (Зильбер А.П., 2004). В случаях серьезных разногласий между врачом и правопреемником Декларация прав пациента гласит: «Если установленный законом правопреемник или лицо, назначенное пациентом, запрещает проводить лечение, которое, по мнению врача, в интересах пациента, то врач должен оспорить данное решение в соответствующем предусмотренном законом или иными положениями порядке».

Не знать права пациента врачу третьего тысяче-

летия просто недопустимо. Кроме того, медицинские работники часто тоже выступают в роли пациентов. Практически все респонденты заявили, что знают права пациента в РФ, но 79,7% опрошенных затруднились перечислить права пациентов, а 18% вообще не смогли их указать. Чаще всего упоминалось право пациента на выбор врача, метода лечения и диагностики, на квалифицированную, доступную и бесплатную помощь.

Таким образом, можно ответственно заявить, что вопросы клинического этикета и его составляющие как никогда являются востребованными в современной медицине. Подтверждением этого являются и результаты нашего исследования. Именно поэтому первый день занятий со слушателями мы посвящаем вопросам клинического этикета и его составляющих. Думается, никто из руководителей медицинских учреждений, да и сам специалист, не хотели бы слышать в свой адрес, что их работа определяется по принципу «дегуманизации» («ветеринаризации») медицины. Мы считаем необходимым освещать вопросы поведения медицинских работников не раз в пять лет, а как минимум ежегодно.

В России традиционно врач – это не просто квалифицированный специалист, это интеллигентный, широко образованный, глубоко порядочный человек, дающий надежду на исцеление и поддерживающий больного и его близких. Широкое образование врача является традиционным для русской медицины, однако современный российский врач также должен иметь базовую подготовку по вопросам клинического этикета, включая юридическую грамотность.

### ЕЖЕГОДНЫЙ АДРЕСНО-ТЕЛЕФОННЫЙ СПРАВОЧНИК

## «Донская медицина. Ростов и область»

- органы управления и контроля в здравоохранении
- лечебно-профилактические учреждения
- санаторно-курортные учреждения
- медицинское страхование
- стоматология
- частная врачебная практика
- фармацевтические компании и аптеки
- медицинская техника
- расходные материалы, средства гигиены

*Справочник предназначен для руководителей медицинских учреждений и предприятий, работающих в сфере медицинских услуг и медицинского производства; медицинских специалистов и всех, кто заинтересован в прохождении амбулаторного, стационарного и других видов лечения.*



344064, г. Ростов-на-Дону, ул. Вавилова, 54, оф. 305  
 тел. (863) 223-23-25, 223-23-26, тел./факс (863) 273-25-16  
 e-mail: info@akvarel2002.ru, www.akvarel2002.ru

# 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





# ОАО Елатомский приборный завод

## МЕДИЦИНСКАЯ МЕБЕЛЬ «ЕЛАМЕД»

**TUV NORD**  
EN ISO 13485:2003  
№1964/02

Соответствует СанПиН 2.1.3.1375-03.  
Входит в государственный реестр изделий медицинского назначения.  
Регистрационное удостоверение № ФС 02012005/2762-05.  
Сертификат соответствия № РОСС RU.ИМ 13. Н02191.

Изготовлена из материалов, обеспечивающих повышенную устойчивость к воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

- Материалы:
- Алюминий с полимерным порошковым покрытием;
- Медицинский пластик;
- Пластиковые сэндвич-панели;
- Ламинированная деревостружечная плита (ДСП) с ПВХ-кромкой;
- TRESPA;
- Трубы стальные хромированные.

Предназначена для оснащения всех отделений ЛПУ и особенно отделений с повышенными санитарно-гигиеническими требованиями:

- Хирургических отделений;
- Инфекционных отделений;
- Противотуберкулезных диспансеров;
- Кожно-венерических диспансеров;
- Преоперационных, операционных и послеоперационных отделений, боксов, палат;
- Перевязочных кабинетов;
- Отделений и палат реанимации;
- Отделений и палат интенсивной терапии;
- Отделений и палат для новорожденных, грудных, недоношенных, травмированных детей;
- Всех видов лабораторий;
- Станций переливания крови.



## ЕЛАТОМСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД - торговая марка "ЕЛАМЕД"

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

Приобрести специализированную медицинскую мебель можно также у наших торговых представителей:

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



## || Идеальная мебель для идеальной чистоты

Согласно санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров» (СанПиН 2.1.3.1375-03) все помещения ЛПУ, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте.

- Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2-х раз в сутки с использованием моющих и дезинфицирующих средств.
- Генеральная уборка палат и кабинетов должна проводиться не реже 1 раза в месяц с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря и т.д.
- Генеральная уборка операционного блока, перевязочных, родильных залов, процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводится 1 раз в неделю с обработкой и дезинфекцией оборудования, мебели, инвентаря.

В числе помещений с особыми (повышенными) требованиями к чистоте называются инфекционные, операционные отделения, отделения гематологии, реанимации, интенсивной терапии, палаты для новорожденных, родовые залы, кожно-венерические и противотуберкулезные диспансеры, процедурные и перевязочные кабинеты, лаборатории.

Опрос медицинских работников показал, что вышеизложенные требования СанПиНа учитываются и соблюдаются: практически во всех ЛПУ дважды в день проводят влажную уборку и дезинфекцию, регулярно идут генеральные уборки с тщательной обработкой всех поверхностей.

В связи с этим мебель в ЛПУ терпит двойную нагрузку, не только механическую (влажное протирание), но и химическую (обработка дезсредствами). Год-два такой эксплуатации, и поверхности, обычно выполняемые из ДСП, теряют цвет; через повреждения и кромки вода попадает внутрь плиты, вызывая ее разбухание и деформацию; мебель теряет привлекательность, придавая своей убогостью унылый вид всему учреждению. Кроме того, обычная бытовая мебель, не отвечающая медицинским стандартам и не имеющая соответствующей разрешительной документации, для руководства больницы может стать поводом для проблем с проверяющими инстанциями. Именно поводом, потому что обычно Роспотребнадзор закрывает глаза на несоответствие бытово-медицинской мебели стандартам, но если понадобится повод – им станет ваша «немедицинская мебель».

Если эта проблема вам близка, необходимость замены мебели назрела и оформилась, то именно вам адресована следующая информация. **Елатомский приборный завод**, известный как производитель физиотерапевтической техники и дезинфекционного оборудования, приступил к выпуску **МЕДИЦИНСКОЙ МЕБЕЛИ**, специально предназначенной для помещений со строгими требованиями к соблюдению санэпидрежима. Эта мебель изготовлена по технологиям, обеспечивающим ее повышенную защиту от воздействия моющих, дезинфицирующих средств и механических повреждений. Используемые материалы: алюминиевый каркас, обладающий жесткостью и легкостью одновременно; полистирол, дающий влагостойчивость и

ударопрочность; ламинированная ДСП. Во всех деталях, где применяется ЛДСП, непроницаемость влаги внутрь плиты обеспечена ударопрочной, влагостойчивой ПВХ-кромкой. Благодаря такой кромке жидкость не попадает внутрь плиты, и ее разбухание исключено. Кроме того, в местах, где вероятность повреждений большая (края дверей, столешниц), ПВХ-кромка имеет 5-кратную толщину, что дает повышенную защиту этих мест от механических повреждений.

Особо отметим следующие изделия из ассортиментного ряда медицинской мебели **ЕЛАМЕД**.

**Шкаф медицинский лабораторный ШМЛ-01.** Материалы: алюминиевый каркас, пластик, стекло. Достоинства: привлекательные стеклянные двери, которые выполняются в четырех вариантах прозрачности стекла.

**Шафы медицинские для фармпрепаратов ШМФ-01.** Материалы: ЛДСП, пластик, алюминий. Достоинства: поворотные и навесные полки для раздельного хранения медикаментов, запирающееся на ключ отделение, выдвижной стол-полка.

**Тумбочки кабинетные, лабораторные, прикроватные ТМК-01, СТМЛ-01, ТМП-01.** Материалы: пластик, алюминий, ЛДСП. Достоинства: снабжены поворотными колесами.

**Стол медицинской сестры СМС-01. Материал: ЛДСП.** Достоинства: удобная конструкция, предусмотрено место под ПК.

**Шафы для документов ШМД-01, спецодежды ШМСО-01.** Материал: ЛДСП. Достоинства: эргономичность.

**Стеллажи передвижные и стационарные.** Материал: пластик. Достоинства: стационарные стеллажи сборно-разборные, собираются в любую конструкцию; передвижные стеллажи снабжены поворотными колесами и ручкой, удобны для любых перевозок.

Все изделия имеют современный дизайн и эстетичный внешний вид, прочность, удивительную легкость, удобство в уборке, устойчивость к влажной дезинфекции и механическим повреждениям. Такая мебель не потеряет свои потребительские качества и презентабельность от частого мытья – она создана для того, чтобы ее мыли, мыли и мыли!

Мебель **Елатомского приборного завода** внесена в государственный реестр изделий медицинского назначения и зарегистрирована именно как медицинская. Благодаря наличию всей разрешительной документации с нашей мебелью у Вас не будет проблем при любой проверке.

**ОАО «Елатомский приборный завод»  
требуется агент по продажам в Краснодарском  
и Ставропольском краях**

**За дополнительной информацией обращайтесь  
на завод-изготовитель:  
391351, Рязанская обл., г. Елатьма, ул. Янина, 25  
Тел./факс: (49131) 4-16-16, 2-21-09  
e-mail: tkud@yandex.ru, www.elamed.com**

## Обязательное медицинское страхование: итоги и перспективы

**Наш собеседник – Виктор Павлович Пузиков, исполнительный директор Ростовского областного фонда обязательного медицинского страхования (РОФОМС), зам. председателя комитета по социальной политике и здравоохранению Законодательного Собрания Ростовской области.**



*- Виктор Павлович, РОФОМС общепризнанно занимает лидирующее положение среди территориальных фондов регионов Южного федерального округа и других субъектов Российской Федерации по многим направлениям деятельности. Скажите, как завершился для коллектива Вашего фонда прошедший 2008-й год?*

*- В целом успешно.*

В минувшем году на деятельность фонда мобилизующее влияние оказало 15-летие образования фонда и системы ОМС в Ростовской области. Сегодня в системе ОМС области работает около 200 учреждений здравоохранения, которые в рамках Территориальной программы ОМС оказывают жителям Дона свыше 90 процентов от общего объема медицинских услуг, и 9 страховых медицинских организаций.

За 15 лет доходы и расходы бюджета фонда выросли более чем в 50 раз и вплотную подошли к 13-миллиардному рубежу, а система ОМС прошла путь развития от достижения финансовой устойчивости к обеспечению гарантий качества и доступности медицинских услуг.

В 2008 году расходы фонда на финансирование Территориальной программы ОМС составили 11189 млн рублей, что на 1875 млн рублей (29%) больше, чем в 2007 году.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» через бюджет фонда в здравоохранение области направлено 750 млн рублей федеральных средств на оплату специалистов первичного медицинского звена, диспансеризацию работающих граждан, а также детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Завершены расчеты по пилотному проекту, направленному на повышение услуг в сфере здравоохранения, в котором участвовало 29 муниципальных ЛПУ области. Право на участие в пилотном проекте было предоставлено лишь отдельным регионам России, имеющим необходимые предпосылки и условия для его успешного проведения. Всего за два года участия в пилотном проекте фондом было направлено в ЛПУ области более 335 млн рублей. Данные средства израсходованы на повышение зарплаты, приобретение медикаментов и медицинского оборудования.

В 2008 году высокую оценку Федерального фонда ОМС получил инициированный РОФОМС опыт работы представительств страховых медицинских компаний по защите прав застрахованных. Эти представительства, работающие в 160 ЛПУ области, помогают жителям Дона в получении доступной и качественной медицинской помощи.

*- С каким настроением Вы и Ваш коллектив рабо-*

*таете в непростой кризисный период наступившего года?*

*- Настрой и у меня, и у моего коллектива боевой. Готовы бороться со всеми последствиями финансового кризиса и не допустим его серьезного проявления в сфере здравоохранения. Нам, как говорится, «не впервой» работать в таких экстремальных условиях. Нечто подобное коллектив нашего фонда уже переживал в «дефолтовском» 98-м году. Тогда я только начинал работать исполнителем директором РОФОМС, и начинать приходилось именно в роли «кризисного управляющего».*

*- Значит, Виктор Павлович, у Вас уже есть опыт работы в подобных ситуациях, есть апробированные рецепты, как действовать в кризисных условиях?*

*- Здесь опасно проводить какие-либо параллели, каждая ситуация, помимо общих черт, имеет и уникальные, неповторяемые моменты. Но что сегодня однозначно, так это необходимость нового порядка финансирования здравоохранения.*

Мы уже обсудили и согласовали этот новый порядок на совещании со страховыми медицинскими компаниями и на Дне организатора здравоохранения со всеми руководителями ЛПУ области. Суть его в том, что в рамках возможностей сегодняшнего бюджета фонда должны быть выстроены четкие приоритеты.

В целом показатели бюджета фонда на кризисный период 2009 года выше, чем в 2008 году. Так, на финансирование Территориальной программы ОМС планируется направить 11 млрд 855 млн рублей, что на 1062 млн рублей больше, чем в прошлом году. Но необходимо учесть, что в стоимость Территориальной программы заложен рост зарплат медработникам до 30 процентов и введение во всех ЛПУ ее минимального размера 4330 рублей. Нам удалось сохранить этот важнейший приоритет. Удалось также удержать материальные затраты ЛПУ на медикаменты, питание и мягкий инвентарь на уровне прошлого года.

Теперь фонд перестраивает всю систему своей работы таким образом, чтобы обеспечить первоочередное финансирование расходов именно на выплату повышенной зарплаты всем медработникам. Любые задержки и нарушения выплаты зарплаты будут пресекаться самым строгим образом в соответствии со статьей 142 Трудового Кодекса Российской Федерации.

Считаю, что сегодня очень важно сохранить уверенное самочувствие всех врачей и медперсонала. Чтобы они, не беспокоясь за свое завтрашнее будущее, могли выполнять свою важную и очень востребованную работу по оказанию качественной и доступной помощи жителям нашей области. Это и будет наш совместный вклад в преодоление последствий финансового кризиса.

*- Виктор Павлович, Вы являетесь депутатом Законодательного Собрания области, заместителем председателя его профильного комитета по социальной политике и здравоохранению. Как взаимосвязана Ваша депутатская деятельность с Вашей работой в качестве руководителя РОФОМС?*

*- Взаимосвязь, безусловно, имеется. С одной стороны,*

моя депутатская деятельность расширяет горизонты видения всех социальных проблем. Особенно на селе, так как я избран депутатом от пяти сельских районов области. С другой стороны, как руководителю учреждения, финансирующего здравоохранение, мне легче решать вопросы оказания медицинской помощи для моих избирателей. Например, сейчас для пяти районов, входящих в мой избирательный округ, я за счет средств областного бюджета добился выделения 15 школьных стоматологических кабинетов на общую сумму 3 млн 150 тысяч рублей.

- И последний вопрос. Как Вам представляется будущее ОМС?

- О перспективах развития ОМС в нашей стране не-

мало было сказано и Президентом России Дмитрием Анатольевичем Медведевым, и председателем Правительства Владимиром Владимировичем Путиным. В частности, перед фондом ОМС поставлена задача поэтапно, но последовательно внедрять полноценное медицинское страхование и по охвату, и по стоимости. С тем чтобы со временем система ОМС стала главным и единственным каналом финансирования здравоохранения, включала в себя организованное на основе страховых принципов не только медицинское, но и лекарственное страхование граждан.

Думаю, что, несмотря на сегодняшние сложности, нашему фонду в перспективе удастся решить эти задачи.

## Анализ работы ЛПУ города Каменска-Шахтинского в национальном проекте «Здоровье»

*Пискунова С.Г., координатор здравоохранения города Каменска-Шахтинского Ростовской области*

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье», начатого в 2006 году, в городе Каменске-Шахтинском проводилась на базе пяти муниципальных ЛПУ. Финансирование для реализации этой программы ведется из трех источников: федерального, областного и муниципального бюджетов. Только совместная слаженная работа управленцев всех уровней и исполнителей первичного звена может повлиять на повышение качества и доступности медицинской помощи и, как следствие, улучшения качества жизни.

К концу 2008 года население города Каменска-Шахтинского составляло 94,7 тысяч человек. В течение прошедших лет мы видим небольшое увеличение рождаемости с 8,2‰ (2006 год) до 10,9‰ (2008), уменьшение естественной убыли населения с -8,0‰ (2006 год) до -4,7‰ (2008), снижение младенческой смертности с 10,3‰ (2006 год) до 5,6‰ (2008), в течение трех лет не регистрировалась материнская смертность.

Мы анализируем слишком небольшой период проекта, поэтому резких изменений показателей не отмечается, но хотелось бы более прицельно проанализировать ситуацию, сложившуюся в ЛПУ города по различным направлениям реализации национального проекта «Здоровье».

Главным направлением является укрепление и развитие амбулаторно-поликлинической помощи. Создан регистр лиц – работников первичного звена. В 2006 году число участковых врачей (терапевтов и педиатров) по городу составляло 35 человек, а к концу 2008 года – 44, т.е. их количество увеличилось на 25,7%. На педиатрических участках укомплектованность достигает 100%.

Большая работа ведется по повышению профессиональной квалификации медицинских работников. В 2006 году сертификаты повышения квалификации имели 86% врачей и 68% средних медработников, а на сегодняшний день – 95,3% и 80,5% соответственно.

Средний уровень оплаты труда медицинских работников в рамках Проекта на 1 октября 2008 года составил: у врачей-терапевтов, педиатров участковых, врачей общей практики – 14818 руб.; медсестер, работающих с названными врачами, – 8666 руб. Таким образом, по сравнению с 2005 годом зарплата повысилась в 3,8 раза у врачей и в 3,5 раза – у медсестер. Мэром города предоставлено 3 квартиры участковым врачам, идут денежные вливания в рамках городской целевой программы «Обеспечение медицинскими кадрами учреждений здравоохранения г. Каменска-Шахтинского на 2008–2010 гг.» (за 2007

год израсходовано 1,2 млн руб., за 2008 – 1,56 млн руб.).

Выросло количество посещений на 1-го жителя с 7,3 в 2006 году до 7,8 – в 2008. Охват профилактическими осмотрами в 2008 году составил 99,2%.

Значительно расширились диагностические возможности ЛПУ города. Полностью заменены рентгенологические аппараты, получен маммограф. В конце 2008 года начал работать компьютерный томограф. Вышла из разряда дефицитных и стала доступной УЗ-диагностика. Получено современное эндоскопическое, лабораторное оборудование, электрокардиографы. Это позволило сократить время, затрачиваемое на выполнение диагностических исследований, улучшить их качество. Увеличилось количество обследований: лабораторных исследований – на 10,9% (1565428 – 1736232), эндоскопических исследований – на 52,8% (2746 – 4195), УЗ-исследований – на 60,2% (32132 – 51487).

Было выделено около 4 млн руб. на подготовку помещений для установки аппаратуры и сплит-систем, приобретение холодильного оборудования для хранения вакцин.

Родильный дом и женская консультация улучшают свою работу, получая средства через систему родовых сертификатов учреждения города получили 27438,8 тыс. руб., из них на оснащение акушерско-гинекологической службы современным дорогостоящим оборудованием и закупку изделий медицинского назначения использовано 12484,9 тыс. руб. Снизилось число аборт на 1000 женщин фертильного возраста: с 27,1 в 2005 году до 18,5 в 2008 году.

Впервые в 2007 году введено скрининговое обследование новорожденных на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, галактоземию, адреногенитальный синдром. Обследовано 2688 детей, выявлен 1 случай фенилкетонурии.

Активно проводится иммунизация населения. На 4568,1 тыс. руб. были получены вакцины против гриппа, гепатита В, полиомиелита, краснухи, кори. Полностью охвачено иммунопрофилактикой детское население. Проведена дополнительная иммунизация против гепатита В взрослого населения (17097 чел.). Против краснухи привиты девочки, подростки и молодые женщины детородного возраста (3702 чел.), против кори – взрослые до 35 лет (150 чел.). Ежегодно в осеннее время проводится вакцинация против гриппа, за 3 года привито 38278 человек (дети дошкольных учреждений, школьники 1-4 классов,

учащиеся ссузов и вузов, пенсионеры).

Эта работа дала свои положительные результаты: резко снизилась заболеваемость краснухой в городе, заболеваемость гепатитом В держится на уровне эпизодической. Четыре года в городе не отмечаются эпидемии гриппа. Большая работа по иммунопрофилактике способствовала уменьшению заболеваемости населения управляемыми инфекциями.

В рамках проекта обследовано 70845 чел. с целью выявления ВИЧ-инфицированных и инфицированных вирусом гепатита С.

На улучшение состояния здоровья работающих граждан, повышение качества их жизни и своевременную диагностику различных заболеваний направлена дополнительная диспансеризация граждан, работающих в бюджетной сфере, и работников, занятых на работах с вредными и/или опасными производственными факторами. За 2006–2008 годы осмотрено 9436 работающих граждан. Выявляемость заболеваний составила 63,3%. В основном это патология эндокринной системы, системы кровообращения, мочеполовой сферы. Осмотрено 3281 человек, работающих с вредными и/или опасными производственными факторами. Выявляемость заболеваний составила 19,8%. Наиболее часто выявляемая патология – болезни системы кровообращения, нервной, эндокринной систем и мочеполовой сферы.

С 2008 года ведется диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Осмотрено 1102 ребенка.

Полностью обновлен автомобильный парк станции скорой медицинской помощи. Получены специализированные «газели» с полным набором медицинского оборудования. Выездные бригады оснащены современными лекарственными препаратами, а также тест-системами для экспресс-диагностики при инфаркте миокарда. Заработная плата работников ССМП увеличилась в 2,5 раза. Сократилось время ожидания скорой помощи до 15–20 минут.

Город активно участвует в направлении больных для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Созданы регистры больных с сосудистой и ортопедической патологией. По согласованию со специалистами РОКБ (г. Ростов-на-Дону) проводятся выездные консультации для обследования и отбора пациентов. За 2006–2008 годы высокотехнологичную помощь в областных и федеральных центрах получили 115 человек по кардиологическому, офтальмологическому, ортопедическому и сосудистому профилю.

В 2007–2008 годах областными специалистами ГУЗ «РОКБ», ГУЗ «ОБ №2» и ГУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации №2» РО (Шахтинский областной противосиликозный диспансер) в составе выездных бригад были проконсультированы 489 человек.

Активно проводится работа по информационной поддержке проекта. Регулярно ведется разъяснительная работа с населением через средства массовой информации: местные газеты, радиовещание, телевизионный городской канал. Только в этом году дано 67 статей в местные и областную газеты, 16 статей размещены на сайте МУЗ «ЦГБ», 5 радио- и 5 телевещаний. Проводятся «горячие линии» с мэром города, встречи с ветеранами, представителями общества инвалидов, в которых участвует координатор здравоохранения города. В больнице работает телефон доверия, открыт сайт в Интернете, где постоянно размещаются новые информационные материалы, ведется работа с электронными обращениями граждан.

На территории города реализуется ряд пилотных проектов.

С июля 2007 года по июль 2008 года МУЗ «ЦГБ» участвовала в реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. Всего в город поступило дополнительного финансирования на 11,6 млн руб. Средства использовались на оплату труда медицинских работников стационара, закупку оборудования, медикаментов и изделий медицинского назначения. Это позволило:

- отработать систему оплаты труда с учетом моделей конечных результатов;
- увеличить среднюю заработную плату врачей и средних медицинских работников;
- довести выполнение стандартов оказания медицинской помощи по различным нозологиям до 90%;
- внедрить малоинвазивную хирургию;
- улучшить процент выполнения плана койко-дней;
- значительно снизить штрафные санкции, предъявляемые ЛПУ страховыми компаниями, за счет улучшения оснащения ЛПУ оргтехникой.

Следующий пилотный проект – это организация безопасности дорожного движения. В рамках этого проекта Губернатором области принято решение о закупке компьютерного томографа для улучшения оказания помощи больным, пострадавшим в ДТП. Компьютерный томограф установлен и начал функционировать в конце 2008 года, помещение подготовлено за счет средств муниципалитета. В рамках этого проекта также получена дорогостоящая аппаратура для отделений реанимации и травматологии, 2 реанимобиля. Внедрена система телемедицинских консультаций. Разработан алгоритм доставки в больницу пострадавших в ДТП, приказом по ЛПУ назначен ответственный врач на каждом этапе оказания медицинской помощи больному. Из 53 пострадавших погибло 12 человек, из них 9 – на месте ДТП, 1 – на догоспитальном этапе и 2 – в стационаре. Проводимые мероприятия позволяют поднять на качественно новый уровень оказание медицинской помощи больным с сочетанной травмой.

С середины 2008 года администрация города и МУЗ «ЦГБ» начали подготовку к реализации проекта, направленного на улучшение помощи больным с сосудистыми заболеваниями. Выделено и освоено 1,2 млн руб. на текущий ремонт отделения неврологии, на 665,6 тыс. руб. закуплена мебель и оборудование. Изменена структура ЛПУ города – неврологическое отделение с 1 января 2009 года введено в состав МУЗ «ЦГБ».

Данные мероприятия в рамках реализации всех программ, работающих на территории города, позволили:

- улучшить качество, повысить доступность и эффективность медицинской помощи населению города;
- увеличить объем оказываемых услуг в амбулаторно-поликлиническом секторе;
- снизить уровень госпитализации и длительность пребывания больных в стационаре;
- повысить профессиональный уровень медработников;
- улучшить показатели здоровья населения;
- стабилизировать эпидемиологическую ситуацию, связанную с распространением инфекционных заболеваний;
- повысить уровень здоровья детского населения и женщин репродуктивного возраста;
- и, как один из результатов работы проекта, хочется отметить улучшение хорошего климата в медицинских коллективах, повышение престижа профессии врача.

# ПРОИЗВОДСТВО И ПОСТАВКА СОВРЕМЕННЫХ ИНДИКАТОРОВ ЭКСПРЕСС-КОНТРОЛЯ



**ВИНАР**  
НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ  
ФИРМА

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 нестерилизованных и исключения риска смешения потоков стерилизованных и нестерилизованных изделий. Применимы при всех разрешенных в России режимах воздушной и паровой стерилизации.
- Серия «**СанИС**» — позволяют контролировать критические параметры процесса паровой обработки зараженных микроорганизмами объектов (120°/90', 120', 126°/60', 90', 132°/45', 60', 134°/27', 35').

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

АВАНСЕПТ	ГИПОХЛОРИТ НАТРИЯ	НОВОДЕЗ-ФОРТЕ	ТРИМИЦИН-ЭМ
АЛАМИНОЛ	ДВУ-5	ОФАЛЬ	ХЛОАКТИВ
АЛЬФАДЕЗ	ДЕСОН	ПЕРЕКИСЬ ВОДОРОДА	ХЛОРАМИН
АМИНОЦИД	ДСВУ	САМАРОВКА	ХЛОРНАЯ ИЗВЕСТЬ
АНАВИДИН-КОМПЛИТ	ЛИЗОФОРМИН 3000	СЕПТАБИК	ЭРИГИД ФОРТЕ
БИАНОЛ	МИСТРАЛЬ	СЕПТОДОР	ЭФФЕКТ-ФОРТЕ
БИОДЕЗ-ЭКСТРА	НЕЙТРАЛЬНЫЙ АНОЛИТ	СЕПТОДОР-АРОМА	ЭКОДЕЗ
БРИЛЛИАНТ	НИКА-ДЕЗ, НИКА-НЕОДЕЗ	СЕПТОДОР-ФОРТЕ	ЭКОДЕЗ-75
БРОМОСЕПТ 50% р-р	НИКА ЭКСТРА-М	СУЛЬФОХЛОРАНТИН Д	ЭКОМИН
ВАПУСАН	НИЗАМЕД	СУПРАЦИД	ЭКОМИН-ФОРТЕ
ВЕЛТОЛЕН	НИЗАМЕДВИТА	ТРИЛОКС	ДХИ - средства на основе Na-соли ДХЦК
ГИПОХЛОРИТ КАЛЬЦИЯ	НОВОДЕЗ-50	ТРИМИЦИД	

## 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;
- **ФЕНОЛФАЛЕИН** — 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**

## «Петровакс» – лидер среди российских фармацевтических компаний

Группа компаний «Петровакс» была основана в 1996 году. «Петровакс» разрабатывает, производит и внедряет в практику здравоохранения инновационные лекарственные препараты и вакцины, созданные на основе фундаментальных научных исследований. О своих достижениях и планах нашему журналу рассказал генеральный директор ГК «Петровакс» Аркадий Васильевич Некрасов, доктор химических наук, профессор, лауреат Государственной Премии РФ, ведущий специалист в области создания новых высокоэффективных иммуномодуляторов и вакцин.



- Аркадий Васильевич, группе компаний «Петровакс» уже более 12 лет, скажите, какой препарат был первым в портфеле компании?

- Наш первый препарат – **полиоксидоний**. Мы создали его более десяти лет назад, а ему до сих пор нет аналогов ни в России, ни в мире. Кроме того, по результатам 2008 года полиоксидоний занимает 3-е место среди иммуномодуляторов и 25-е место по объему продаж среди всех лекарственных средств России.

- Отличные показатели! Не могли бы Вы рассказать о свойствах полиоксидония, которые делают его таким уникальным?

- На сегодняшний день полиоксидоний – единственный истинный иммуномодулятор комплексного действия. То есть он не только восстанавливает иммунный статус человека, но и связывает и выводит токсины, а также обладает антиоксидантным действием. С 2007 года он внесен в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ПЖНВЛС).

Полиоксидоний, как мы говорим, «умный» полимер, он воздействует на иммунную систему в зависимости от ее состояния у конкретного человека, или, правильнее сказать, пациента, то есть повышает сниженные и понижает повышенные показатели иммунитета. Поэтому врач может назначать его даже без предварительного иммунологического исследования.

Благодаря трем своим основным свойствам (иммуномодулятор, детоксикант, антиоксидант) полиоксидоний

эффективен при лечении как хронических, так и острых инфекционных заболеваний, вызванных бактериями или вирусами.

Полиоксидоний широко применяется в гинекологии, хирургии, дерматовенерологии, терапии, урологии и в педиатрической практике. И во всех областях он успел зарекомендовать себя как эффективный и безопасный препарат, совместимый с любым курсом лечения. Он хорошо переносится и не имеет побочных эффектов.

Часто полиоксидоний применяется не как основной препарат для борьбы с болезнью (например, как антибиотик при пневмонии), а включается в комплексную терапию заболевания вместе с препаратами основной терапии и помогает организму справиться с этим заболеванием. Опыт долголетнего применения позволяет говорить, что он значительно повышает эффективность и сокращает сроки лечения. Полиоксидоний усиливает действие антибиотиков, бронхолитиков, глюкокортикостероидов, поэтому врач может значительно уменьшить их использование пациентом. При всем этом у пациентов удлиняется срок ремиссии.

Полиоксидоний помогает восстановить почти полностью разрушенный после проведенных операций, облучения и химиотерапии иммунитет онкологических больных; значительно увеличивает продолжительность и улучшает качество их жизни.

Я перечислил лишь основные, но далеко не все области применения полиоксидония в качестве лекарственного средства.

- Простите, а в каком еще качестве выступает полиоксидоний?

- В качестве иммунопотенциатора. Благодаря включению полиоксидония в состав других наших препаратов мы смогли получить новые уникальные соединения и решить некоторые задачи, которые давно стояли перед учеными и врачами.

- Я надеюсь, сейчас Вы расскажете про Ваши достижения?

- Наши достижения – это, прежде всего, наши препараты. Например, мы смогли создать эффективный фермент для лечения гиперплазии соединительной ткани. Конечно, раньше существовали подобные препараты на основе гиалуронидазы, но они имели множество недостатков: обязательное многократное введение, большие дозы, аллергия, развитие тяжелых аллергических реакций и так далее. Это все потому, что сама гиалуронидаза, как соединение физиологически активное, очень термолабильна, то есть неустойчива к действию температуры и к действию протеаз – ингибиторов, которые есть в организме человека, и поэтому она очень быстро инактивируется, раньше, чем успевает срабатывать. Из-за этого эффективность гиалуронидазы резко снижается.

Продолжение статьи на стр. 19

# Лонгидаза®

оригинальный ферментный препарат, конъюгат гидролитического фермента Гиалуронидаза с высокомолекулярным носителем Полиоксидонием

**лечение заболеваний, сопровождающихся гиперплазией соединительной ткани**

- Высокая ферментативная активность
- Выраженные противофиброзные, противовоспалительные свойства
- Устойчивость к действию ингибиторов
- Хорошая переносимость
- Высокий уровень безопасности
- Пролонгированное действие
- Возможность назначения в острую фазу воспаления

**Доказанная клиническая эффективность в лечении:**

- Трубно-перитонеального бесплодия
- Хронического простатита
- Спаечных процессов в малом тазу
- Коррекции косметических дефектов (келоидные, гипертрофические рубцы)
- Лечении рубцовых изменений при угревой болезни
- Ограниченной склеродермии

Горячая линия (495) 410-6634



Группа Компаний  
**ПЕТРОВАКС**

ПРЕПАРАТЫ БУДУЩЕГО УЖЕ СЕГОДНЯ



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

Группа Компаний "Петровакс" 117587, г. Москва, ул. Днепропетровская, д. 2  
тел./факс: (495) 984-2753/54 e-mail: npo@petrovax.ru [www.petrovax.ru](http://www.petrovax.ru)

## азоксимера бромид **ПОЛИОКСИДОНИЙ®** ИММУНОМОДУЛЯТОР • ДЕТОКСИКАНТ • АНТИОКСИДАНТ

сочетание доказанной клинической эффективности и высокого профиля безопасности

Входит в схемы лечения острых и хронических инфекционных заболеваний:  
● бактериальной ● вирусной ● грибковой этиологии

Назначается в процессе и после химио- и лучевой терапии онкологических больных

Используется для профилактики гриппа и ОРВИ

Совместим практически с любым курсом лечения

Применяется с 6-ти месяцев



В основе клинической эффективности Полиоксидония® лежат его уникальные физико-химические и биологические свойства. Это высокомолекулярное соединение, в составе которого имеется большое количество активных групп. В силу этого Полиоксидоний® обладает не только иммуномодулирующими, но и мощными антитоксическими и антиоксидантными свойствами.



Группа Компаний  
**ПЕТРОВАКС**

ПРЕПАРАТЫ БУДУЩЕГО УЖЕ СЕГОДНЯ

Разработчик вакцины Гриппол

# Гриппол *плюс*

**Инновационная  
защита  
от гриппа**

- Иммуногенность до 100%
- Эффективность доказана по GCP
- Доза антигена снижена в 3 раза
- Без консерванта
- Производство по GMP
- Индивидуальная шприц-доза



**Вакцина против гриппа  
последнего поколения**

Телефон горячей линии  
(495) 768-8150  
[www.petrovax.ru](http://www.petrovax.ru)

Вопрос о том, как можно продлить жизнь этого фермента, как сделать, чтобы он сохранял свою активность в организме гораздо больше времени, чтобы успеть проявить свои полезные свойства, стоял уже давно. Мы связали полиоксидоний с молекулами этого фермента химическими связями. Образовали новую большую молекулу, которая получила все хорошие свойства и от фермента, и от полиоксидония. Они настолько подошли друг другу, что полиоксидоний защитил этот фермент, прикрыл его от действия неблагоприятных факторов, стабилизировал. И мы получили **лонгидазу** – оригинальный ферментный препарат. В ней работают два вещества. Гиалуронидаза облегчает циркуляцию жидкостей в межклеточных пространствах, увеличивает проницаемость тканей, снимает воспаление, способствует замедлению и предотвращению патологического роста соединительной ткани при различных заболеваниях. Полиоксидоний, который обладает выраженными противовоспалительными и антиоксидантными свойствами, способствует выведению токсинов, действует как «защитник» гиалуронидазы и усилитель ее свойств.

Хотя препарат на рынке только около трех лет, он уже успел помочь большому количеству людей. В 2006 году лонгидаза стала лидером по объему продаж среди новых лекарственных средств.

*- Понятно, а какие еще преимущества есть у лонгидазы, и при каких заболеваниях она рекомендована?*

- В отличие от большинства препаратов, комплексное действие лонгидазы позволяет назначать ее даже при острой фазе заболевания, а также использовать самостоятельно или в комплексе с другими лекарственными средствами. Лонгидаза не только подавляет воспалительный процесс, но и способствует рассасыванию уже сформировавшихся спаек, рубцов и фиброзных образований. Еще одно преимущество – пролонгированное действие, то есть препарат следует применять намного реже, чем другие, при сохранении высокой эффективности.

Лонгидаза великолепно зарекомендовала себя при лечении бесплодия, вызванного непроходимостью маточных труб, склеродермии, простатита, интерстициального цистита, некоторых форм туберкулеза. Кроме того, препарат легко переносится, не вызывает местных и общих побочных реакций. Ну, и если говорить о перспективах, то это лечение заболеваний в гинекологии, урологии, дерматологии, хирургии, пульмонологии и так далее. На самом деле потенциал всех наших препаратов просто безграничен. Мы не стоим на месте, постоянно совершенствуем наши препараты.

Например, Вам наверняка известна вакцина **«Гриппол»**. Ежегодно благодаря ей миллионы российских граждан и граждан стран СНГ защищают себя от гриппа. В 2008 году группа гриппозных вакцин «Гриппол» лидировала по объему продаж.

*- «Гриппол» – вакцина Национального календаря прививок?*

- Правильно, с 2006 года вакцинация против гриппа была включена в национальный календарь профилактических прививок. А вакциной выбора стал «Гриппол» – препарат последнего поколения, соответствующий всем национальным и международным требованиям по эффективности и безопасности. Содержание антигенов вируса гриппа в вакцине снижено в 3 раза за счет наличия в его составе иммунопотенциатора полиоксидония. Но нет предела совершенству. В 2008 году группа

компаний «Петровакс» выпустила на рынок его усовершенствованный аналог – вакцину **«Гриппол плюс»**.

«Гриппол плюс» – тоже субъединичная адьювантная вакцина последнего поколения, но производится она на нашем новом современном предприятии в соответствии с передовыми мировыми стандартами производственной практики (GMP). В его составе только высокоочищенные антигены вируса гриппа европейского производства и иммунопотенциатор полиоксидоний.

Всего у нас три собственных завода на территории Московской области, на которых мы выпускаем различные формы наших препаратов: субстанции, суппозитории, инъекционные и таблетированные формы. Поэтому мы можем контролировать весь процесс: от возникновения самой идеи до создания конкретного продукта и продвижения его на рынок.

*- Чем «Гриппол плюс» лучше хорошо известного нам «Гриппола»?*

- Наше передовое производство позволило отказаться от добавления ртутьсодержащего консерванта в состав вакцины, а это, безусловно, повысило его безопасность. «Гриппол плюс» стал первой российской вакциной, производимой в предварительно заполненных шприцах. Удобная форма выпуска и специальная безопасная атравматичная игла повысили безопасность самой процедуры вакцинации.

В целом ряде стран отдают предпочтение вакцинам, не содержащим консервант, особенно при выборе препаратов для вакцинации детей в рамках Национального календаря профилактических прививок. Вакцина «Гриппол плюс» начинает в России реализацию международной программы, нацеленной на сокращение и последующий полный отказ от применения ртутьсодержащих препаратов и защиту детей от возможного негативного влияния консерванта. Высокая безопасность и эффективность «Гриппола плюс» подтверждена государственными испытаниями и опытом вакцинации расширенных контингентов детей разного возраста в ходе прошедшего эпидсезона.

*- А противопоказания у препарата есть?*

- К сожалению, для всех существующих на сегодняшний день гриппозных вакцин главным противопоказанием к вакцинации является аллергия на белок куриного яйца. Различные виды аллергий часто сочетаются с целым рядом атопических заболеваний, поэтому около 10% людей не могут защитить себя от гриппа и связанных с ним осложнений, а именно им прививка против гриппа особенно необходима. Но уже в эпидемическом сезоне 2009–2010 гг. ГК «Петровакс» выпустит вакцину «Гриппол Нео» – первую российскую вакцину, антигены для которой будут выращиваться не на куриных эмбрионах, а на чистой лабораторной культуре клеток. Новая вакцина без овальбумина «Гриппол Нео» станет новым стандартом безопасной вакцинации – «неовакцинацией». Новый препарат позволит увеличить охват населения прививками, защитив Россию от прогнозируемой экспертами ВОЗ возможной пандемии.

*- Аркадий Васильевич, а какие планы у ГК «Петровакс»?*

- В настоящий момент специалистами нашей компании ведутся разработки новых форм уже существующих препаратов и ряда принципиально новых лекарственных средств. Мы планируем, что уже в ближайшие 3-5 лет они появятся на рынке и смогут помочь еще большему количеству людей в борьбе с различными заболеваниями.

## Наследственный нефрит в детской практике

*Кожин А.А., врач-нефролог отделения нефрологии ГУЗ «ОДБ»; Батюшин М.М., профессор кафедры внутренних болезней № 1 ГОУ ВПО «РостГМУ»; Терентьев В.П., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней № 1 ГОУ ВПО «РостГМУ», г. Ростов-на-Дону*

Наследственные нефропатии являются разнородной группой заболеваний, которые могут проявляться как нефротическим, так и нефритическим синдромом. Болезни почек нередко есть у родственников больного, однако выяснить это удается далеко не всегда (Каштан К., 2006). Среди наследственных нефропатий, проявляющихся в детском возрасте, выделяют неиммунные нефропатии, связанные с мутацией генов коллагена 4 типа. Это наследственный нефрит (синдром Альпорта) и болезнь тонких базальных мембран (ТБМ) или доброкачественная семейная гематурия (Kashtan K., 2005).

Причины формирования нефросклероза при наследственных нефропатиях недостаточно изучены. Brenner В. и соавт. (1982) сравнивали процесс, наблюдаемый при гломерулонефрите, с тем, что имеет место при олигонефронии. Сегодня основным методом диагностики синдрома Альпорта является биопсия почки, однако в перспективе ее заменит биопсия кожи (Gubler M.C. et al., 2007). Отсутствие альфа-5 цепи в базальной мембране эпидермиса указывает на X-сцепленный синдром Альпорта. В этом случае биопсия почки становится необязательной (Каштан К., 2006). При болезни ТБМ редко наблюдается прогрессирующее течение, однако возможно присоединение другой гломерулопатии (в частности, IgA-нефропатии) вплоть до развития нефротического синдрома, что в конечном итоге может определить неблагоприятный исход болезни (Ignatova M. et al., 2006).

Существенную проблему в детской нефрологии составляет прогрессирование наследственных врожденных и некоторых приобретенных нефропатий, что чревато развитием почечной недостаточности (Игнатова М.С., 2007). О быстром прогрессировании синдрома Альпорта в детском возрасте писал Kashtan K. (2005). В то же время синдром Альпорта может проявляться в любом возрасте вплоть до 70–80 лет, при этом формы, манифестирующиеся в более позднем возрасте, протекают более доброкачественно (Gubler M.C. et al., 2007).

**Цель работы:** на практическом материале показать особенности течения и прогноза наследственного нефрита при болезни ТБМ и синдроме Альпорта.

**Материалы и методы.** В нефрологическом отделении областной детской больницы Ростова-на-Дону в течение 10 лет проводили биопсии почек только детям с тяжелым течением нефрита, с частыми рецидивами. Биоптаты почек у всех больных исследовались светооптически, иммуноморфологически, электронномикроскопически с обработкой изображения по морфометрической программе Analysis. Толщина базальных мембран измерялась в 20–30 местах.

В результате анализа результатов 110 биоптированных больных у 28 детей (11 девочек, 17 мальчиков) констатирован наследственный нефрит: у 13 детей – синдром Альпорта, у 15 – болезнь ТБМ. Возрастной состав: до 3-х лет – 1 человек, с 3 до 6 лет – 7, с 6 до 12 лет – 9 и до 17 лет – 11 человек.

Острое начало с выраженной гематурией зафиксировано у 8 детей (28,5%), у остальных заболевание выявлено случайно. Болезнь проявлялась мочой цвета мясных помоев у 3-х детей, у 12 детей в анализах мочи эритроциты >100 в поле зрения, у остальных эритроциты 30–

40 в поле зрения, суточная протеинурия (СПБ) 200–300 мг у 7 больных (25%), у остальных СПБ до 100 мг. Колебания креатинина 0,019–0,09 ммоль/л, мочевины крови 3,0–6,0 ммоль/л, изогипостенурия (max уд. вес 1014–1017) у 4-х больных (14%). Подъем АД у 2-х больных (7%), гипотония – у 8 человек (28,6%).

Руководствуясь данными СКФ (скорость клубочковой фильтрации), рассчитанными по формуле Шварца с учетом возраста и пола, вся группа была представлена следующим образом:

- ХБП 1 стадия, СКФ > 90 мл/мин., 13 человек (6–12 лет – 4 человека, 13–17 лет – 9 человек);
- ХБП 2 стадия, СКФ 64–84 мл/мин., 13 человек (4–5 лет – 3 человека, 6–12 лет – 8, 13–14 лет – 2 человека);
- ХБП 3 стадия, СКФ 42–53 мл/мин., 2 человека (3–5 лет).

Болезни почек в семье встречались у 16 детей (57%), из них у 3-х – с летальным исходом. Сопутствующие заболевания, имеющие отношение к возможному фиброзированию интерстиция: вирус Э-Барр и цитомегаловирусная (ЦМВ) инфекция отмечены у 6 детей (21%), дисфункция мочевого пузыря – у 14 детей (50%). Из сопутствующих заболеваний следует отметить наличие тугоухости у 4-х детей и патологии зрения в виде частичной атрофии зрительного нерва у 1-го больного и выраженного астигматизма у 3-х больных.

### Сравнительная характеристика 2 групп детей с болезнью ТБМ и синдромом Альпорта

● 15 детей с болезнью ТБМ (4 года – 1 ребенок, 5 лет – 2, 6 лет – 1, 9 лет – 2, 11 лет – 1, 12 лет – 2, 13 лет – 1, 14 лет – 3, 15 лет – 1 и 17 лет – 1 человек). У этой группы детей болезни почек по линии матери отмечались у 5 человек, по линии отца – у троих (один из них умер). То есть у 53,3% детей выявлен неблагоприятный семейный анамнез.

**Морфологическая картина:** в 4-х случаях – сочетание с дизэмбриогенезом (мелкие клубочки, кисты в канальцах), в 1 случае – сочетание с ФСГС (фокально сегментарным гломерулосклерозом), в 14 случаях – наличие фиброза интерстиция (слабо выражен у 4-х детей, умеренно у 6 и выражен у 4-х детей), в 4 случаях – присоединение иммунной нефропатии.

● Синдром Альпорта был диагностирован у 13 детей (3 года – 1 ребенок, 6 лет – 2, 9 лет – 3, 10 лет – 1, 13 лет – 1, 14 лет – 2, 15 лет – 1 и 16 лет – 1 человек). У 50% детей отмечен неблагоприятный семейный анамнез по заболеванию почек, у 2-х детей отцы умерли от патологии почек.

**Морфологическая картина:** у 7 детей – сочетание с дизэмбриогенезом почек (мелкие эмбриональные клубочки), у 3-х – сочетание с ФСГС, у 5 – фиброз с тубулоинтерстициальным нефритом (ТИН) сплошь; у 2-х – слабый фиброз с ТИН; у 4-х – умеренный фиброз с ТИН. У некоторых – признаки иммунного воспаления.

Сравнивая обе группы, мы пришли к заключению, что склеротические изменения в почках присутствуют в обеих группах, при синдроме Альпорта в большем проценте случаев. С учетом клиники и анамнеза не всегда можно с уверенностью утверждать наличие болезни ТБМ по морфологической картине, так как с возрастом возможно по-

явление характерной картины синдрома Альпорта.

Клиническая и морфологическая картина у каждого больного индивидуальна. Она усугубляется сочетанием с дизэмбриогенезом почек; наличием условий для прогрессирования фиброза интерстиция по генетическим факторам, присоединению вирусной инфекции; сочетанием с патологией мочевых путей, ведущих к нарушению пассажа мочи. Прогноз для больных с наследственной патологией при болезни ТБМ и синдроме Альпорта индивидуален с учетом перечисленных факторов.

## Опыт применения тимодепрессина у больных с аутоиммунной тромбоцитопенией и аутоиммунной гемолитической анемией в гематологическом отделении ГУЗ «РОКБ»

Шамрай В.С., Переудина И.А., Каплина А.А., Колпакова О.В., Комарцева Е.Ю., Ефимова С.В., Смирнова А.С.; гематологическое отделение ГУЗ «Ростовская областная клиническая больница», г. Ростов-на-Дону

Тимодепрессин – синтетический пептид, состоящий из D-аминокислот (глутаминовой кислоты и триптофана), соединенных -пептидной связью (Справочник «Видаль», 2007).

### Механизмы действия тимодепрессина:

- ингибирует реакции клеточного и гуморального иммунитета;
- обратимо снижает общее количество лимфоцитов в периферической крови;
- вызывает пропорциональное снижение как хелперов, так и супрессоров;
- подавляет колониюобразование и вступление стволовых клеток-предшественников в S-фазу.

### Гематологические показания для назначения тимодепрессина:

- аутоиммунные одно-, двух- и трехростковые цитопении, как первичные, так и вторичные, протекающие на фоне лимфоцитарных лимфом и хронического лимфолейкоза;
- гипопластические (апластические) анемии;
- аутоиммунные гемолитические анемии;
- аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура.

В 2007–2008 году нами пролечено 24 пациентки в возрасте от 20 до 63 лет, из них 17 – с аутоиммунной тром-

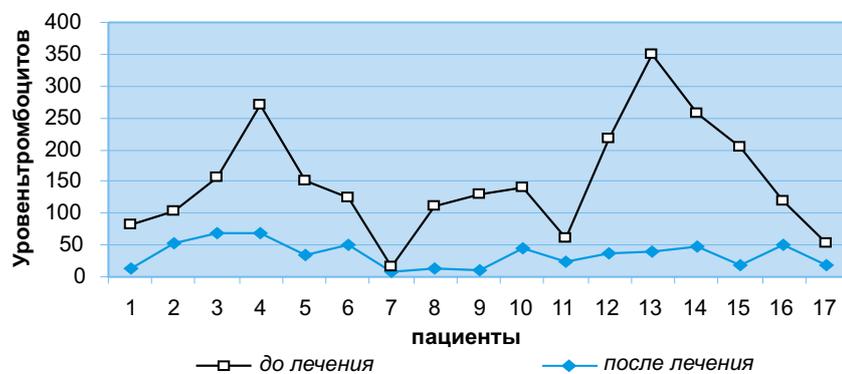


Рис. 1. Результаты терапии тимодепрессинем при аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуре

### Выводы

- Характер наследственного нефрита уточняется по анамнезу, клинико-морфологической картине и при необходимости – генетическим обследованием.
- Лечение данной патологии в корне отличается от приобретенных нефритов, поэтому надо уточнять диагноз на раннем этапе заболевания.
- В лечении надо санировать сопутствующие заболевания, широко использовать нефропротекторы и создавать условия больному для поддержания качества жизни.

боцитопенической пурпурой (рис. 1) и 7 – с аутоиммунной гемолитической анемией (рис. 2). Длительность анамнеза составляла от 3 до 7 лет. Предшествующая цитостатическая и иммунодепрессивная терапия – без эффекта. При аутоиммунной гемолитической анемии у 2 пациенток – спленэктомия в анамнезе.

### Схемы курсовой терапии тимодепрессинем

1. Тимодепрессин 0,1% – 1,0 мл п/к № 5, интервал 7 дней.

2. Тимодепрессин 0,1% – 3,0 мл п/к № 7, интервал 7 дней.

Проводилось от 3 до 6 курсов.

При применении тимодепрессина в дозе 1,0 мл в течение 5 дней эффект не был получен, больные переведены на схему 2.

При применении тимодепрессина в дозе 3,0 мл в течение 7 дней у 5 (21%) пациентов эффект наступил после первого курса, у 13 (54%) – после второго курса, у 6 (25%) пациентов – эффект не получен. Таким образом, эффект был получен в 75% случаев, в том числе в 60% – стойкий эффект.

### Критерии оценки эффективности

- Аутоиммунная тромбоцитопения: количество тромбо-

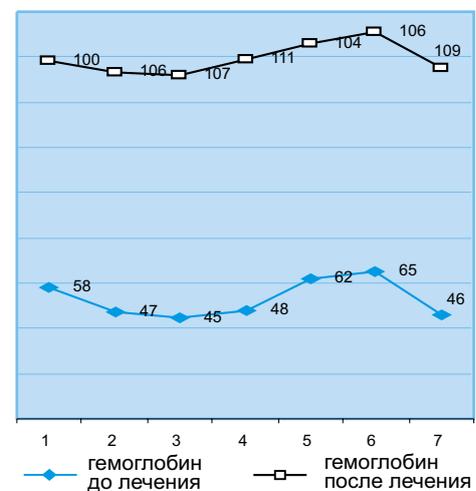


Рис. 2. Результаты терапии тимодепрессинем при аутоиммунной гемолитической анемии

цитов и длительность кровотока до и после лечения; оценка качества жизни.

● Аутоиммунная гемолитическая анемия: уровень гемоглобина, ретикулоцитов, билирубина, ЦИК до и после лечения; оценка качества жизни.

Потеря положительного гематологического ответа при дальнейшем наблюдении расценивается как потенциальный случай для пролонгации терапии тимодепрессином с возможным увеличением дозы.

**Качество жизни при терапии тимодепрессином**

В качестве дополнительного интегрального показателя оценки эффективности лечения предлагается оценка качества жизни, включающая физический, эмоциональный и социальный статус больного. Исследование качества жизни дает возможность понять, каким образом физическое, эмоциональное и социальное благополучие больного изменяется под влиянием заболевания или его лечения. Оценка проводилась по критериям качества жизни и их составляющим (рекомендованы ВОЗ) The WHOQOL Group/Field Trial WHOQOL-100: Facet definitions and questions//Geneva:WHO (MNH/PSF/1995.1.B).

При применении тимодепрессина во всех случаях отмечалось субъективное улучшение самочувствия, что в сочетании с улучшением психологического состояния, связанного с применением нового метода лечения, несомненно, улучшает качество жизни пациентов.

**Побочные эффекты терапии тимодепрессином:** в одном случае был отмечен реактивный артрит, в трех случаях – «гриппоподобный синдром».

Случаев индивидуальной непереносимости не отмечалось.

Клинические наблюдения свидетельствуют об эффективности лечения рецидивирующих аутоиммунных заболеваний тимодепрессином в качестве монотерапии, в том числе и при неэффективности предшествующей терапии кортикостероидами, другими иммунодепрессивными препаратами и рецидивах заболевания у пациентов с выполненной спленэктомией.

**Преимущества тимодепрессина**

- Неиммуногенный пептидный препарат, обладает высокой стабильностью в организме и длительностью эффекта.
- Полностью выводится из организма.
- Не взаимодействует с другими препаратами.
- Не токсичен.
- Обладает высокой биодоступностью при рекомендованных путях введения.

**Резюме**

- Клинический эффект достигается при применении не менее 3,0 мл 0,1% раствора тимодепрессина в сутки.
- В данной дозе препарат хорошо переносится пациентами, в том числе и при повторных курсах терапии.
- Оптимальным для достижения клинического эффекта является проведение 3–5 пятидневных курсов терапии.
- Препарат повышает качество жизни пациентов также за счет улучшения их психологического состояния.



## Диагностика микроциркуляции

### одновременно с традиционной доплерографией



**МИНИМАКС-ДОППЛЕР-К  
(ММ-Д-К) МОДЕЛЬ НБ**

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФ



**МИНИМАКС-ДОППЛЕР-К  
(ММ-Д-К) МОДЕЛЬ ЖК**

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФ

**ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ:**

- КОСМЕТОЛОГИЯ ■
- МИКРОХИРУРГИЯ ■
- ДЕРМАТОЛОГИЯ ■
- ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ ■
- СТОМАТОЛОГИЯ ■
- ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ ■
- СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ ■
- ТРАВМАТОЛОГИЯ ■
- НЕВРОЛОГИЯ ■
- ЭНДОКРИНОЛОГИЯ ■
- ОФТАЛЬМОЛОГИЯ ■
- ФИЗИОТЕРАПИЯ ■
- ГИНЕКОЛОГИЯ ■
- УРОЛОГИЯ ■
- КАРДИОЛОГИЯ ■

**Регистрируемые показатели:**

- Мониторинг доплерограммы
- Линейные скорости кровотока (Vs Vm Vd)
- Средние линейные скорости кровотока (Vas Vav Vad Vakd)
- Индексы: пульсовый, резистивности, Стюарта (PI RI STI)
- Объемные характеристики кровотока Qs Qas

Производитель  
Россия, 197376, Санкт-Петербург  
ул. Л. Толстого д. 7  
www.minimax.ru  
minimax7@lek.ru  
raziat\_minimax@mail.ru  
тел (812) 234-38-95  
234-95-46

# Современная терапия

## аутоиммунных заболеваний

селективный иммунодепрессант нового поколения

# ТИМОДЕПРЕССИН<sup>®</sup>

гамма-глутамил-триптофан динатрия

высокоэффективен за счет  
воздействия на патогенез заболевания

нетоксичен

без побочных действий

достоверно улучшает качество жизни

хорошо переносится

не взаимодействует с другими  
лекарственными средствами

полностью выводится в течение суток  
без токсического влияния на печень  
и почки



### Разрешен к применению у детей с 2-х лет!



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

117997, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.16/10, тел/факс (495) 330-72-38

e-mail: [info@peptos.ru](mailto:info@peptos.ru)

PEPTOS

РЕКЛАМА

# ГУП «МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ДЕЗИНФЕКЦИИ»

129337, г. Москва, Ярославское шоссе, 9

## ПРОИЗВОДИТ И РЕАЛИЗУЕТ:

1.

Средства бактериологического контроля работы стерилизаторов и дезинфекционных камер:  
Индикаторы биологические



### БИК-ИЛЦ

Контроль эффективности стерилизации:

- паровой
- воздушной
- газовой (оксид этилена, формальдегид)

2.

Средства контроля качества дезинфекционных средств и предстерилизационной очистки:



### БИК ДК-«ИЛЦ»

Контроль работы дезинфекционных камер:

- паровых
- паровоздушных

«АЗОПИРАМ» – комплект реактивов для контроля качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения

«ФЕНОЛФТАЛЕИН» – реактив для определения остаточного содержания моющих веществ

Реактивные бумаги:

«МИЛЛИХЛОР» – для контроля содержания активного хлора в нейтральном анолите в интервале 0,01-0,06%

«ПЕРОКСИД-ТЕСТ» – для контроля содержания перекиси водорода в интервале 1-6%

«ХЛОП-ТЕСТ» – для контроля содержания активного хлора в растворах хлорамина в интервале 0,5-5%

ПОЛУЧИТЬ КОНСУЛЬТАЦИИ МОЖНО ПО ТЕЛЕФОНАМ:

(499) 183-48-74, (499) 188-78-26 (индикаторы биологические)

(499) 188-99-00 (контроль качества дезсредств)

Оформить заказ можно по тел./факсу: (499) 183-50-38

e-mail: ilc-mgcd@mail.ru, ds08@mgcd.ru

## Анализ результатов пренатального биохимического скрининга у беременных женщин Ростовской области

Гутникова Л.В., НИИ биологии Южного федерального университета, КДЛ «Наука», г. Ростов-на-Дону

В нашей стране согласно приказу Минздрава РФ № 457 от 28.10.2000 «О совершенствовании пренатальной диагностики и профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» проводится массовое обследование беременных на содержание так называемых маркерных сывороточных белков (МСБ) – альфа-фетопротеина (АФП) и хорионического гонадотропина человека (ХГЧ). Это обследование способствует выявлению беременных с повышенным риском рождения детей с синдромом Дауна, Эдвардса и другими хромосомными аномалиями, а также с дефектами зародка нервной трубки (открытая спинномозговая грыжа, анэнцефалия и т.д.) (Вахарловский В.Г., Баранов В.С., 2003; Баранов В.С. с соавт., 2004).

Концентрация данных белков в сыворотке меняется в течение беременности. Значения уровня белков могут сильно варьировать в разных лабораториях. Для того чтобы корректно сравнивать результаты, отклонения уровня маркера от нормы выражают обычно через кратность медианы. Медиана является средней в ряду упорядоченных по возрастанию значений уровня маркера при нормальной беременности того же срока гестации и обозначается *Mom* (multiples of median). Вероятность рождения ребенка с той или иной врожденной патологией развития (ВПР) при определенном значении *Mom* рассчитана статистически на большом количестве образцов. В целом нормальные значения *Mom* для используемых маркеров лежат в диапазоне 0,5–2,0 *Mom*. По результатам биохимического скрининга, а также других методов пренатального скрининга,

беременные, попавшие в группу риска рождения детей с ВПР, направляются на инвазивные методы диагностики для верификации предварительного диагноза (Айламазян Э.К., Баранов В.С., 2006).

Нами был проведен ретроспективный анализ соотношения уровней АФП и ХГЧ в крови беременных женщин Ростовской области за период с 2006 по 2008 гг. с целью изучения эффективности применения биохимического пренатального скрининга у беременных женщин Ростовской области.

Материалом для исследования служили образцы венозной крови более 10 тысяч беременных женщин в возрасте 19–39 лет, взятые на сроке гестации 15–18 недель. АФП и ХГЧ определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) на автоматическом ИФА-анализаторе ALISEI (Италия), используя тест-системы «Алкор Био» (СПб). Исследования проводили на базе клинко-диагностической лаборатории «Наука» в НИИ биологии ЮФУ.

Данные, полученные в результате проведенного анализа, представлены в таблице 1.

Проведенный анализ показал, что количество беременных, имеющих оба показателя в норме, составляет всего 61,5%, остальные 38,5% (более 1/3) имеют отклонения либо по одному, либо сразу по обоим показателям. В основном это беременные с пониженным уровнем ХГЧ (28,35%). ХГЧ выше нормы зарегистрировано у 3,87%, АФП выше нормы – у 8,9%, АФП ниже нормы – у 1,99% беременных женщин Ростовской области.

Таблица 1

Ретроспективный анализ соотношений АФП и ХГЧ у беременных женщин Ростовской области (2006–2008 гг.)

	АФП N (0,5-2,0 Mom)	АФП ниже N (<0,5 Mom)	АФП выше N (>2,0 Mom)
ХГЧ N (0,5-2,0 Mom)	61,50%	0,96%	5,28%
ХГЧ ниже N (<0,5 Mom)	24,90%	0,93%	2,52%
ХГЧ выше N (>2,0 Mom)	2,67%	0,10%	1,10%

По данным Н.П. Кулешова (2004), в России на 1000 новорожденных приходится 45–60 детей, имеющих ту или иную форму патологии: болезни генной природы – у 8–16 детей, хромосомные болезни – у 3–6, врожденные пороки развития – у 25–40, болезни с выраженным наследственным предрасположением – у 15–20 детей (Кулешов Н.П. с соавт., 2004). Ростовская область не является исключением: частота новорожденных с ВПР – 5%, с хромосомными болезнями – 1–1,5% (данные МГК РО). Отклонение уровней АФП и ХГЧ от нормальных зарегистрировано у 38,5% беременных женщин. Известно, что резкое повышение МСБ или их понижение сигнализирует о патологическом течении беременности (угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность, наличие генитальных инфекций и др.) (Кашеева Т.К., Вахарловский В.Г., Гусева М.Е., 1999). Таким образом, кроме решения основной задачи – выявления беременных с высоким риском патологии плода, биохимический скрининг позволяет получить информацию и о состоянии самой беременности (табл. 2).

Комплексная оценка морфофункционального состоя-

ния системы «мать–плацента–плод» с применением биохимического, ультразвукового скрининга и доплерографии позволяет сформировать группу риска по врожденной патологии плода и фетоплацентарной недостаточности и своевременно решить вопрос оптимальной акушерской тактики. Установлено, что уровень продуктов ПОЛ (перекисное окисление липидов) в крови матери и плода является одним из показателей нормального или патологического течения беременности и развития плода и что в случае развития гестоза или формирования фетоплацентарной недостаточности происходит существенное некомпенсированное увеличение уровня продуктов ПОЛ (диеновые конъюгаты, малоновый диальдегид) и свободных жирных кислот, а также снижение активности глутатионредуктазы, повышение уровня аллантаина (Абрамченко В.В., 2001; Гутникова Л.В., 2006; Шестопалов А.В. с соавт., 2006). Очевидно, что определение содержания продуктов ПОЛ и антиоксидантной системы в крови беременных позволит, с одной стороны, прогнозировать возможную перинатальную патологию, а с другой – провести своевременную профилактику антиоксидантами. Преиму-

Показатели АФП и ХГЧ в сыворотке крови беременных женщин при различных патологиях (Куцева С.И., Гуськова Е.П., 2004)

ХГЧ	АФП	Диагноз
N	3,6-32 Mom	Анэнцефалия, открытые черепно-мозговые дефекты
N	3,8-9,8 Mom	Открытая Spina Bifida
N	3-4 Mom	Закрытые дефекты нервной трубки
N	>2-12 Mom	Множественные врожденные уродства и пороки развития плода, в т.ч. пороки почек: гидронефроз, агенезия почек
N	>2 Mom	Низкая масса тела матери
N	>2 Mom	Плод – мальчик
>N	2,5-40 Mom	Три-, тетра- и полиплоидии плода
>N	<0,7 Mom	Синдром Дауна
>N	2,0-2,5 Mom	Ранний токсикоз беременных
>N	1,5-5 Mom	Острая плацентарная недостаточность, резус-конфликт
<N	0,3-0,7 Mom	Хроническая плацентарная недостаточность
<N	>2 Mom	Угроза прерывания беременности
<N	<0,5 Mom	Задержка внутриутробного развития, синдром Эдвардса
<N или >N	<0,4 Mom или >2 Mom	Патология плаценты

щество определения продуктов ПОЛ в том, что они являются доклиническими маркерами нарушений в системе «мать–плацента–плод», их ранняя диагностика позволит провести своевременную коррекцию и тем самым снизить количество беременных, попадающих в группу риска по

результатам отклонения биохимических маркеров ВПР.

Однако существует необходимость дальнейшего углубленного изучения акушерских и генетических аспектов биохимического скрининга беременных с целью повышения эффективности пренатального мониторинга.

## Высокотехнологичная медицинская помощь стала доступнее

*Рыбина Н.С., Старун М.Н.; ГУЗ «Ростовская областная клиническая больница», г. Ростов-на-Дону*

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) – это медицинская помощь, которая оказывается высококвалифицированными медицинскими кадрами гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики и лечения с использованием сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий, основанная на современных достижениях науки и техники.

Это, в первую очередь, операции на открытом сердце, эндопротезирование суставов, нейрохирургические вмешательства при опухолях головного мозга, лечение наследственных и системных заболеваний, хирургические вмешательства высокой степени сложности. Перечень видов ВМП утверждается приказом Министерства здравоохранения и социального развития России. С каждым годом данный список увеличивается. Внедрение ВМП осуществляется в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» и предназначено для повышения доступности и качества оказания медицинских услуг населению. Необходимость развития и расширения ВМП не вызывает сомнений. Одной из основных задач является помощь в предоставлении сложной и дорогостоящей медицинской помощи населению за счет средств бюджета непосредственно в тех территориях, где пациенты проживают. Поставленные задачи решаются путем закупки дорогостоящих расходных материалов (эндо-

протезы, стенты для кардиохирургии, электрокардиостимуляторы и т.д.) и оснащения больниц передовым высокоэффективным лечебно-диагностическим оборудованием.

Оказание ВМП в Ростовской области в последние годы стало стабильно ассоциироваться с Ростовской областной клинической больницей (РОКБ). С 2002 года работает областная программа, согласно которой стало возможным за счет средств областного бюджета льготным категориям граждан получать в РОКБ ВМП по следующим профилям:

- сердечно-сосудистая хирургия;
- травматология-ортопедия;
- диализная помощь;
- слухопротезирование.

С 2007 года РОКБ включена в перечень учреждений, участвующих в выполнении государственного задания на оказание ВМП гражданам РФ за счет средств федерального бюджета по двум профилям: сердечно-сосудистая хирургия и травматология-ортопедия. Другими словами, для получения сложной и дорогостоящей медицинской помощи по вышеназванным профилям врачам Ростовской области теперь нет необходимости направлять всех пациентов в Москву или Санкт-Петербург. Для этого созданы условия и в нашем регионе. Только за 2 года дополнительно финансирование из областного и федерального

бюджетов в общей сложности в РОКБ оказана медицинская помощь более чем 4500 человек: в 2007 г. – 2144 (в том числе 535 – за счет средств федерального бюджета), в 2008 г. – 2456 (в том числе 760 – за счет средств федерального бюджета). За этот период времени в кардиохирургическом центре было прооперировано с применением высоких технологий более 3500 человек, в отделении травматологии и сердечно-сосудистой хирургии – около 500 человек. Кроме того, в соответствии с Государственным заданием РОКБ поручено оказание ВМП населению соседних регионов: в 2007 году жителям Волгоградской области и Ставропольского края, в 2008 году – жителям республик Дагестан, Калмыкия, Ингушетия и Ставропольского края, а на 2009 год запланировано оказание ВМП дополнительно еще и жителям Адыгеи и Чеченской республики.

За время оказания ВМП были проведены сотни сложнейших хирургических вмешательств, вернувших пациентов к полноценной жизни. Одним из ярких примеров является ребенок из детского дома, 2001 года рождения, с врожденным пороком сердца и задержкой физического развития (в семилетнем возрасте его вес составлял всего 8 кг), которому проведена радикальная коррекция тетрады Фалло – пластика ДМЖП и легочной артерии. В результате проведенного лечения состояние ребенка улучшилось, он стал полноценно развиваться. Или другой пример: житель Ростова-на-Дону, 28 лет, заболевший остро, с установленным в процессе обследования диагнозом: активный инфекционный эндокардит, абсцесс корня аорты, был прооперирован кардиохирургами РОКБ за счет средств федерального бюджета, выполнено протезирование митрального и аортального клапанов сердца. После операции пациент полностью восстановился и вернулся к полноценной жизни.

В 2009 году организована работа сосудистого центра. Областной сосудистый центр осуществляет оказание медицинской помощи пациентам, требующим высокоспециализированной неотложной помощи, когда сроки начала лечения играют в буквальном смысле жизненно важную роль. Организован он при активном участии МЗ РО, так как с 2009 года предполагается реализация в области федерального пилотного проекта «Снижение смертности и инвалидизации от инсультов и инфарктов». Организация сосудистых центров в целом по стране и в Ростовской области в частности должна перевести современное здравоохранение на принципиально новый уровень в лечении таких заболеваний, как инсульт и инфаркт. Если раньше при их возникновении проводилась консервативная терапия, то на сегодняшний день наиболее предпочтительным является использование хирургических высокотехнологичных методов лечения.

Выполнять сложнейшие диагностические и лечебные мероприятия на высокотехнологичном уровне позволяет и оснащение РОКБ. Так, новейший рентгеноангиографический комплекс дает возможность оперировать детей с пороками сердца в первые сутки после рождения, позволяет проводить диагностические и лечебные мероприятия пациентам с нарушениями сердечно-сосудистой системы, с врожденными и приобретенными пороками сердца, с сосудистыми патологиями верхних и нижних конечностей, проводить процедуры ангиопластики и стентирования коронарных артерий при ишемической болезни сердца

и сонных артерий – при ишемической болезни мозга. Лазерная трансмиокардиальная установка позволяет восстанавливать проходимость сосудов при стенозных повреждениях в бассейне коронарных артерий, артерий верхних и нижних конечностей, при лечении больных ишемической болезнью сердца, именно в тех случаях, когда невозможно выполнить аортокоронарное шунтирование и стентирование коронарных сосудов обычным способом. К самому новейшему оборудованию относится система электрофизиологического нефлюороскопического картирования сердца CARTO, предназначенная для построения полноценной анатомической модели сердца с формированием изопотенциальной карты, в результате чего становится видна зона, ответственная за возникновение аритмии. Ультразвуковой аппарат экспертного класса с методикой 4D-ЭхоКГ, который появился в больнице одним из первых в России, позволяет сканировать сердечные структуры в трехмерном объеме по типу MPT, получать неограниченное количество срезов, архивировать их и при необходимости восстанавливать до первоначального объема. В больнице имеются: спиральный компьютерный томограф, обладающий высокой разрешающей способностью, позволяющий выявлять минимальные изменения при толщине среза от 6,5 до 1,2 мм и времени сканирования не более 30 секунд (на одной задержке дыхания, что особенно важно для больных с сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью) и новейший магнитно-резонансный томограф Siemens Symphony 1,5 Тл, позволяющий за достаточно короткое время с высокой разрешающей способностью выявлять патологические изменения в веществе головного и спинного мозга, в брюшной полости, полости малого таза, а также других органах и системах. Достоинством данного оборудования является возможность получения изображения сосудов без введения контрастных веществ и отсутствие лучевой нагрузки на пациента.

Что немаловажно, РОКБ располагает высококвалифицированными медицинскими кадрами, обученными работать на этом современном лечебно-диагностическом оборудовании, которым доверено выполнение ВМП жителям Дона. С 2009 года ВМП за счет средств федерального бюджета в РОКБ оказывается уже по шести профилям:

- сердечно-сосудистая хирургия,
- травматология-ортопедия,
- нейрохирургия,
- гематология,
- офтальмология,
- абдоминальная хирургия.

В рамках федеральной программы по сердечно-сосудистой хирургии выполняется ряд сложнейших хирургических вмешательств: уникальные операции при врожденных и приобретенных пороках сердца, атеросклеротическом поражении сосудов сердца, аорты, верхних и нижних конечностей, что позволяет избежать ранней инвалидизации пациентов.

Не менее уникальной и серьезной является работа, выполняемая врачами отделения травматологии и ортопедии по эндопротезированию крупных суставов (тазобедренных и коленных). Особенно стоит отметить жизненно важные операции молодым людям, возвращающие их к полноценной жизни, к трудоспособности и перспективам на будущее.

По нейрохирургическому профилю осуществля-

ются уникальные операции по удалению новообразований головного и спинного мозга, все виды микрохирургических и эндоваскулярных вмешательств при поражении различных отделов позвоночника и спинного мозга с имплантацией и установкой стабилизирующих систем.

По гематологии – лечение различных видов апластических анемий, тромбоцитопений, агранулоцитоза.

По офтальмологии – операции факоэмульсификации с имплантацией интраокулярных линз при всех видах катаракт, применяется эндовитреальная хирургия при диабетической ретинопатии, хирургическое и лазерное лечение при разрыве и отслойке сетчатки и другие.

По абдоминальной хирургии в центре функциональной гастроэнтерологии и реконструктивно-пластической хирургии выполняются сложные комбинированные хирургические вмешательства, реконструктивные операции по восстановлению утраченных органов, микрохирургические и реконструктивно-пластические операции на поджелудочной железе, печени, желчных протоках, пищеводе, желудке, тонкой, толстой кишке и промежности, в том числе при доброкачественных новообразованиях ЖКТ.

### Порядок направления пациентов для оказания ВМП

Порядок направления жителей области в РОКБ для оказания ВМП определен действующими приказами Минздравсоцразвития РФ и МЗ РО. Отбор пациентов, нуждающихся в получении помощи, осуществляется как при первичном их обращении в РОКБ для получения консультативной помощи, так и при выездах специалистов РОКБ в составе многопрофильной и кардиохирургической бригад в больницы городов и районов области. Только в 2008 году было осуществлено 73 выезда в 42 территории, из них в составе кардиохирургической бригады – 21, многопрофильной – 52, проконсультировано более 10 тысяч жителей области, направлено на дообследование и лечение в РОКБ более 2 тысяч человек.

На основании полученных о пациентах данных формируется реестр больных, нуждающихся в получении ВМП, и осуществляется их вызов в порядке очередности. При получении вызова и проведении обследования по месту жительства пациент обращается в РОКБ, где проводится необходимое дооб-

следование в установленном порядке, оформляется выписка из медицинской документации больного, содержащая результаты клинико-диагностических обследований по профилю заболевания не более чем месячной давности с рекомендациями необходимости направления больного для оказания ВМП. Комиссией МЗ РО с участием главных внештатных специалистов выносится решение о наличии (или отсутствии) показаний для планового направления больного с целью оказания помощи, оформляется «Талон на оказание ВМП». При принятии решения об оказании ВМП в РОКБ и направлении документов в нашу больницу врачебная комиссия РОКБ назначает дату госпитализации и извещает об этом МЗ РО и пациента. Направление в федеральные медицинские учреждения (в том числе расположенные в Москве и Санкт-Петербурге), как правило, осуществляется в случае невозможности оказания необходимого вида ВМП в РОКБ. С 2009 года официально введена в действие система электронного документооборота между медицинскими учреждениями, оказывающими ВМП, МЗ РО и МЗ РФ, что значительно сокращает время принятия окончательного решения об оказании ВМП.

### Приоритеты – дальнейшее расширение и развитие ВМП

Результаты реализации Государственного задания на выполнение ВМП за последние 2 года не только не могут не радовать, но и дают возможность не останавливаться на достигнутом, ведь потребность жителей в сложной медицинской помощи достаточно высока и виды помощи разнообразны. Благодаря современным достижениям науки и внедрению новейших технологий в медицину, а также активной поддержке и помощи Министерства здравоохранения Ростовской области медицинским учреждениям Дона, в том числе Ростовской областной клинической больницы, получение ВМП стало доступным для большинства нуждающихся в ней жителей области и регионов ЮФО.

Высокие результаты лечения подтверждаются не только хорошими показателями работы, но и большим доверием населения Ростовской области и соседних регионов, которое стремится лечиться именно в Ростовской областной клинической больнице. И это мощный стимул для дальнейшего развития больницы и работы ее коллектива.

## 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.MEDTEHMARKET.ru](http://www.MEDTEHMARKET.ru), e-mail: [mtmarket@list.ru](mailto:mtmarket@list.ru)

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

РЕКЛАМА



# ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА

информационные технологии для медицинских учреждений

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

## Автоматизация работы врачей амбулаторно-поликлинического лечебного учреждения как средство повышения качества обслуживания пациентов

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

В связи с постоянно возрастающими требованиями к качеству обслуживания пациентов и необходимостью снижения загрузки врачей непрофильной деятельностью автоматизация лечебного учреждения приобретает все большее значение. С одной стороны, автоматизация – это инструмент, с помощью которого возможно принятие более оперативных решений в свете постоянно меняющейся обстановки, с другой стороны, автоматизированные системы позволяют повысить производительность труда, что является важным фактором экономии.

- Использование электронной истории болезни в амбулаторно-поликлиническом лечебном учреждении обеспечивает увеличение производительности работы врачей и тем самым позволяет снизить время на обслуживание одного пациента за счет ускорения процесса оформления первичной медицинской документации.

- Применение автоматизированной системы позволяет снизить процент отказов в оплате лечения при плановой экспертизе качества медицинской помощи, которая проводится СМК. Это прежде всего связано с возможностью использования шаблонов осмотров, соответствующих стандартам

диагностики и лечения. Автоматизированное формирование талонов амбулаторного пациента позволяет исключить противоречия между первичной медицинской документацией и выставленными счетами, что особенно актуально в связи с появлением медико-экономической экспертизы страховых случаев и позволяет практически свести к нулю отказы по ней.

- Предусмотрена возможность печати любого внешнего в систему документа.

- Система разработана с учетом административного регламента оказания медицинской помощи населению муниципальными поликлиниками в Ростовской области и предназначена для использования как в амбулаторно-поликлиническом лечебном учреждении, так и в стационаре.

- Основной задачей системы является автоматизация заполнения первичной медицинской документации (электронный вариант истории болезни). Информационная связь реализована программными комплексами

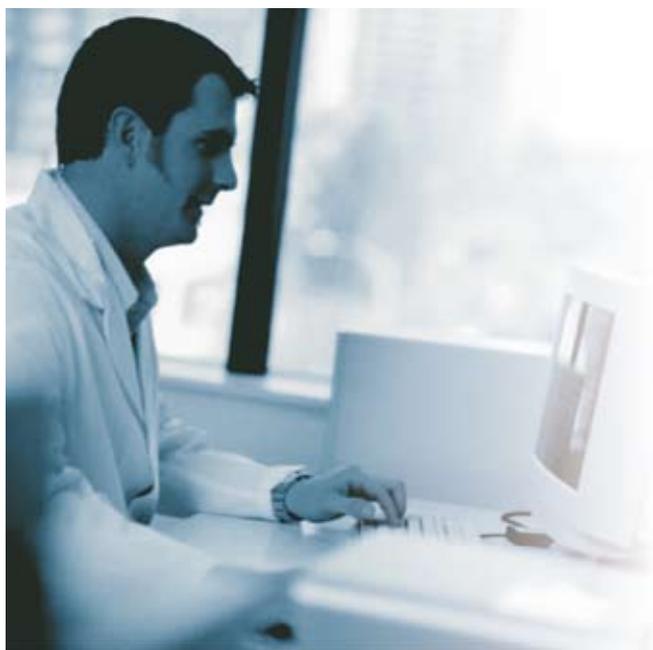
«Регистратура» и

«Поликлиника», разработанными в ООО «Электронная медицина». В рамках программного комплекса предусмотрена передача электронных документов между различными службами, работающими в лечебном учреждении, например, автоматизированная запись пациента на исследования, анализы и передача их результатов врачу.

- Предусмотрена возможность настройки документов под потребности различных подразделений и даже отдельных врачей. Реализованы различные шаблоны заполнения документов, что позволяет свести к минимуму временные затраты на ввод документов в систему.

- В программном комплексе реализовано разграничение прав доступа к информации о пациентах, случаях лечения и отдельных осмотрах. В настоящее время ведется доработка системы под требования федерального закона «О персональных данных».

- Все модули, входящие в комплекс, представляют собой единое сетевое решение, интегрированное с программным комплексом ведения статистического и экономического анализа. Данное решение работа-



## Возможности магнитно-резонансной томографии при диагностике травм коленного сустава

Джанелидзе Т.Д.; Васильева Т.Н.; Наумов Е.В., к.м.н.; Колос П.Г.; 1602 ОБКГ СКВО; Чаплыгина Е.В., к.м.н., РостГМУ; г. Ростов-на-Дону

Коленный сустав относится к наиболее часто травмируемому. По данным литературы, его повреждения составляют 20-50% случаев травм. Повреждения коленного сустава существенно нарушают трудоспособность и являются одними из наиболее частых причин инвалидности больных ортопедического профиля. В последние годы в 1602 ОБКГ СКВО получена и внедрена в практику высокоэффективная диагностическая аппаратура. Информативность новых методов не вызывает сомнений, поскольку полученные результаты являются ключом к выявлению патологии структур коленного сустава. Диагностика объема и тяжести повреждений коленного сустава должна быть быстрой, достоверной и исчерпывающей. Тщательное проведение клинического обследования с рациональным использованием современных методов лучевой диагностики при травмах коленного сустава позволяет во многих случаях определить причину патологического состояния и применить малоинвазивные реконструктивно-восстановительные методики на основе современных возможностей эндоскопической хирургии.

### Цель работы

Целью работы явилось изучение диагностической ценности магнитно-резонансной томографии (МРТ), эффективность комплексного ее применения в распознавании патологических состояний при повреждениях коленного сустава, выработка рекомендаций по рациональному использованию метода в клинической практике.

### Материал и методы

Нами было обследовано 275 больных с повреждениями коленного сустава, медицинскими проблемами которых является болевой синдром, нестабильность сустава, ограничения движений. Из них в 85% случаев причиной стала острая или ранее перенесенная травма.

МРТ проводилась специализированным томографом на базе постоянного магнита ТМРпм-«РЕНЕКС» для получения изображений суставов конечностей. Стандартный протокол включал получение T1- и T2-взвешенных изображений, режим «инверсия-восстановление» (STIR и TIRM) в сагиттальной, аксиальной и фронтальных проекциях при толщине срезов 3-5 мм с использованием жестких специальных радиочастотных катушек для исследования суставов напряженностью магнитного поля 0,2 Тл.

Полученные данные сопоставлялись с результатами рентгенологического и ультразвукового исследования коленного сустава.

### Результаты исследований

У больных данной группы при МР-исследовании были выявлены следующие изменения:

- разрывы менисков – 73%;

- патологический выпот в полости сустава – 100% (при острой травме);
- повреждения гиалинового хряща – 3%;
- разрывы связочного аппарата – 28%;
- ушиб кости – 82%.

### Повреждения менисков

Повреждения медиального мениска выявляются чаще (85%), реже – повреждения латерального мениска (12%) или одновременно обоих менисков (9%). Причем изолированные повреждения мениска диагностировались у 53% обследуемых, у остальных разрывы сочетались с повреждением передней крестообразной связки и/или гиалинового хряща.

На МР-томограммах повреждения менисков характеризовались повышением интенсивности МР-сигнала на T1- и T2-взвешенных изображениях и TIRM в виде вертикального разрыва (25%), разрыва в виде «ручки лейки» (3%), горизонтального разрыва (35%), радиальных разрывов (3%) (рис. 1).

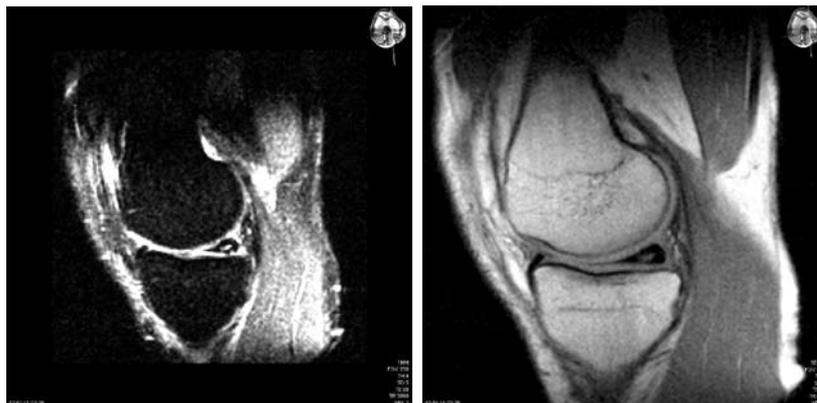


Рис. 1. Разрыв заднего рога медиального мениска

### Повреждение связочного аппарата

Повреждения крестообразных связок выявлялись у 25% обследуемых. Из них повреждения передней крестообразной связки составляли 93%, задней крестообразной связки – 3%, коллатеральных связок – 1% случаев. Наиболее четко разрывы определялись на T2-взвешенных томограммах и изображениях с жироподавлением в виде разрыва всех волокон, аномального хода связки, контузионных изменений в местах прикрепления связок (при полных разрывах) и в виде истончения связки, повышения интенсивности МР-сигнала внутри связки на фоне интактных волокон (при неполных разрывах) (рис. 2, 3).

### Патологический выпот и ушиб кости

Скопление жидкости в синовиальных оболочках при острой травме визуализировалось в 100% случаев в виде резкого повышения МР-сигнала на T2 и режимах «инверсии-восстановления» и жироподавления (STIR и TIRM). Патологический выпот чаще обнаруживался нами в супрапателлярной суставной сумке, в полости



Рис. 2. Разрыв задней крестообразной связки



Рис. 3. Разрыв передней крестообразной связки

сустава и в задних отделах синовиальной оболочки сустава. Ушибы кости выявлялись в виде диффузного снижения сигнала на T1-взвешенных изображениях и повышения интенсивности T2 и MP-томограмах с подавлением жира (рис. 4, 5).

**Обсуждение.** Сопоставление полученных нами результатов МРТ с другими методами лучевой диагностики показало, что рентгенологический метод позволяет выявлять прямые признаки повреждения костных структур при травмах коленного сустава, устанавливать косвенные признаки патологии мягкотканых структур по характеру изменений костей и степени нарушения двигательных функций сустава.

СКТ, обладая высокой разрешающей способностью, существенно дополняла данные рентгенологического ме-

тода в анализе костных структур и в определенной мере давала возможность оценить состояние мягкотканых структур. Однако в связи с почти одинаковой плотностной характеристикой указанных структур СКТ не позволяла получить достаточной информации о наличии разрывов или повреждений связочного аппарата, менисков, капсулы сустава.

УЗИ с использованием высокочастотных датчиков позволило выявлять повреждения мышц, сухожилий, связок, обнаруживать патологические изменения и наличие жидкости в околосуставных сумках. Результат во многом зависит от опыта врача, проводящего данное исследование, и знания им прикладной анатомии.

МРТ по применяемым нами методикам в настоящее время стала основным методом диагностики травм коленного сустава. Высокая контрастность мягких тканей и получение многоплоскостных изображений дали возможность обнаруживать прямые и косвенные симптомы разрывов и повреждений суставных хрящей, с высокой точностью определять состояние менисков, отличать различные типы их разрывов, распознавать разрывы связочного аппарата и дифференцировать полные разрывы связок от частичных. Как показал накопленный нами опыт, МРТ – единственный

надежный метод диагностики при выявлении ушибов костей, образующих сустав, и травматического отека костного мозга.

**Выводы**

Таким образом, МРТ позволяет расширить и дополнить представление о травматических повреждениях структур коленного сустава, скрытых от других методов лучевой диагностики.

МРТ позволяет травматологам оптимально выбрать тактику артроскопического лечения, что существенно повышает качество оказания медицинской помощи в остром периоде, а также дает возможность снизить риск возникновения инвалидности в будущем.

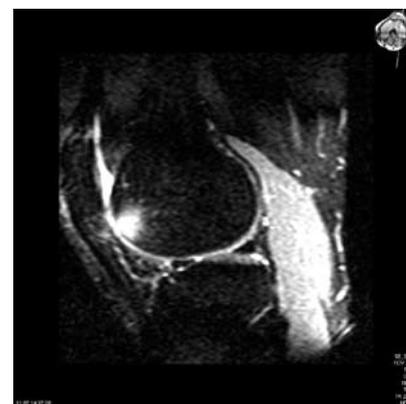
В идеале МРТ должна стать первичным методом визуализации больных ортопедического профиля.



Рис. 4. Ушиб костного мозга мыщелка большеберцовой кости



Рис. 5. Субхондральное повреждение наружного мыщелка бедренной кости



## Клеточная «страховка»

Романов Ю.А., д.б.н.; Научно-практическая лаборатория стволовых клеток человека  
Российского кардиологического центра, г. Москва

Термин «стволовая клетка» существует уже более века. Но лишь в последние двадцать лет стволовые клетки стали объектом повышенного внимания со стороны исследователей и практических врачей. Это связано с уникальной способностью стволовых клеток превращаться в ткани практически любой специфичности: от костных и жировых до клеток крови, сердца, печени, сосудов, мозга и т.д. А раз они способны, то почему бы и нам не попытаться использовать заложенный в них от природы потенциал? Как заманчиво выглядит перспектива «реставрировать» поврежденный орган с помощью новообразованных тканевых «заплат», состоящих из специально подготовленных стволовых клеток. Но пока это – вопрос будущего, пускай и недалекого. Сегодня же «лекарство будущего» нашло применение лишь в немногих областях медицины.

Каждый уголок нашего организма содержит или иное количество стволовых клеток. Именно благодаря им происходит постоянное обновление всех органов и тканей: растут волосы, слой за слоем обновляется кожа, заживают переломы и раны, восстанавливаются ткани и органы, пострадавшие от болезней. Но бывают ситуации, когда и сами стволовые клетки могут «заболеть» – возникает опухоль. Хорошо, если ее можно удалить на самом раннем этапе ее развития. А если нет? Тогда применяют массивную атаку на «плохие» клетки – химиотерапию. А она, как известно, действует без разбора, убивая вместе с раковыми и здоровые стволовые клетки. И после всего этого организм должен себя восстановить. А чем?

Вот для этого и производится трансплантация стволовых клеток. Попадая в опустошенный организм, они находят свой «дом» и включаются в привычную для них работу. Но для того, чтобы клетки ввести, их нужно где-то взять.

Один из вариантов – так называемая «стимулированная» кровь, когда свои собственные клетки «выгоняют» в кровь. Потом их собирают, замораживают, хранят и после лечения возвращают обратно.

Другой вариант, когда материалом для получения стволовых клеток служит донорский костный мозг. Именно он исторически, еще в 50-е годы прошлого столетия, стал первым источником клеток для трансплантации. Однако подобрать генетически совместимый образец непросто, даже при наличии в мире почти 10 миллионов потенциальных доноров.

Третий путь, и он признан во всем мире, – выделение и хранение клеток из пуповинной крови.

На протяжении десятилетий и послед, и пуповину «утилизировали», то есть сжигали. Сегодня отношение к пуповинной крови кардинально изменилось. Причина в том, что в ней тоже есть стволовые клетки. И не просто есть – их там много, достаточно для того, чтобы провести трансплантацию пациенту

с лейкозом или другим заболеванием. Однако онкогематология – не единственная отрасль медицины, в которой стволовые клетки востребованы уже сегодня. Область применения клеток пуповинной крови постоянно расширяется. С каждым годом растет число работ, свидетельствующих о возможности их применения в лечении аутоиммунных заболеваний и болезней обмена, инфаркта миокарда и сердечной недостаточности, диабета, последствий инсульта и травм головного мозга, болезнью Паркинсона и Альцгеймера.

По сравнению с традиционными источниками пуповинная кровь обладает целым рядом преимуществ, к которым можно отнести биологическую молодость и, следовательно, наибольший потенциал содержащихся в ней клеток, а также низкую вероятность внутриутробного инфицирования различными вирусами. Не следует забывать и о факторе времени: не каждый онкологический больной может ждать несколько месяцев (именно столько требуется, чтобы найти совместимого донора, заготовить и доставить его костный мозг в клинику). На поиск и транспортировку в любой уголок земного шара пуповинной крови обычно уходит не более двух недель. Трансплантация клеток пуповинной крови связана с меньшим риском отторжения, что позволяет проводить ее при частичной несовместимости донора и реципиента. Самому ребенку, даже во взрослом возрасте, клетки подойдут по определению – это его собственные стволовые клетки. Но для этого их мало получить, их надо сохранить на годы и десятилетия.

Именно с этой целью во всем мире (и в России) создаются высокоспециализированные медицинские учреждения – банки стволовых клеток. Часть из них – государственные банки-регистры, которые хранят обезличенные, безымянные образцы. Другие, коммерческие, оказывают эту медицинскую услугу как платную. Зато никто, кроме родителей или самого ребенка, уже не может воспользоваться этим «именным» клеточным вкладом. Неслучайно, наверное, появился даже специальный термин – «семейная биологическая страховка». Срок действия страховки пока невелик – 18-20 лет – ровно столько насчитывает история успешного хранения клеток пуповинной крови. По всей видимости, это не предел, и хранящаяся при минус 196°C страховка может сопровождать своего обладателя на протяжении всей жизни.

**Клиентом «именного» Банка стволовых клеток может стать любой человек, стремящийся воспользоваться бесценным даром природы. Шанс сохранить стволовые клетки пуповинной крови ребенка дается родителям только один раз в жизни – во время родов. Но этот вклад может стать спасительным.**

Научный Центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии  
имени академика В.И.Кулакова



## КРИОЦЕНТР

ВЕДУЩИЙ БАНК СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК

**выделение, тестирование  
и персональное криогенное хранение  
стволовых клеток пуповинной крови**

На протяжении нескольких десятилетий стволовые клетки успешно используются при лечении лейкозов, онкологических заболеваний, тяжелых нарушений обмена веществ и иммунной системы. Исследования последних лет открывают новые перспективы применения стволовых клеток в терапии заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной и центральной нервной системы, болезней печени, почек и т.д. Пуповинная кровь – богатейший источник стволовых клеток. Сохраняя клетки пуповинной крови своего ребенка сегодня, Вы гарантируете ему доступность самых передовых медицинских технологий в будущем.

Созданный в 2003 году на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Банк Стволовых Клеток "КриоЦентр" является первым в России медицинским учреждением подобного профиля, прошедшим сертификацию и получившим Лицензию МЗ РФ на все виды работ и предоставляемых услуг.

**"КриоЦентр" – элитный Банк Стволовых Клеток,  
не имеющий аналогов в России.**

**Вот лишь некоторые его преимущества:**

- ✓ собственные лаборатории и уникальный комплекс "чистых" помещений, соответствующих международным и Российским стандартам;
- ✓ новейшее оборудование и передовые клеточные технологии, разрешенные к применению Росздравнадзором;
- ✓ обученный забору пуповинной крови персонал ведущих родильных домов Москвы и Московской области, Санкт-Петербурга и других городов России;
- ✓ высокопрофессиональные кадры;
- ✓ надежное хранилище клеток и уникальная система учета хранящихся образцов;
- ✓ гибкая система скидок, возможность оплаты пластиковыми картами и в рассрочку, широкий выбор тарифных планов, в том числе, "Все включено";
- ✓ консультативная поддержка ведущих специалистов научно-практической лаборатории стволовых клеток человека Росздрава;
- ✓ общественное признание. "КриоЦентр" – Лауреат Международной премии "ПРОФЕССИЯ ЖИЗНЬ"

**"КриоЦентр" – единственный в России банк стволовых клеток,  
имеющий опыт успешного применения клеток пуповинной крови  
при лечении последствий травм головного мозга, детского  
церебрального паралича, рассеянного склероза, других  
заболеваний, не поддающихся традиционной терапии.**

117997, г. Москва, ул. Академика Опарина, 4  
Тел.: (495) 730-16-58; 730-16-59; факс: 438-87-66  
E-mail: [cryocenter@cryocenter.ru](mailto:cryocenter@cryocenter.ru) <http://www.cryocenter.ru>

**Представительство в Краснодаре:  
8-918-444-24-22 Семенова Т.И.**





# Лайф Кор

ИНТЕРНЕШНЛ

1 лет  
вместе  
с Вами!



**Новинка!**

**FREESTYLE**  
самый маленький в мире миниатюрный кислородный концентратор для индивидуального пользования, вес 2 кг



**Новинка!**

**VisionAire**  
облегченный терапевтический концентратор с низкими шумовыми характеристиками



**Новинка!**

**NEWLIFE inTENSity 10**  
ещё 2 вида терапевтических концентраторов повышенной производительности



**RELANT**  
Операционно-реанимационный концентратор, применяется с наркозными и ИВЛ аппаратами



**MZ-30**  
Концентратор кислорода для операционных, небольших клиник, родильных домов, полевых госпиталей МЧС и МО



**MZ**  
Завод любой производительности для любой больницы

ООО «ЛайфКор Интернешнл» – эксклюзивный представитель AirSep (США) в РФ и СНГ  
125480, Москва, ул. Героев Панфиловцев, д. 20, стр. 2, оф. 134; для почты: 125459, Москва, а/я 37  
Тел./факс: (495) 948-8402; 944-0666; E-mail: lifecore@aha.ru; http://www.lifecore.ru

## «ЛайфКор Интернешнл» – новые технологии обеспечения пациентов медицинским кислородом

Следуя традиции, сложившейся за 11 лет работы на российском медицинском рынке, в этом году российская компания «ЛайфКор Интернешнл» представляет новейшие технические решения и технологии обеспечения медицинским кислородом производства компании AirSep (США).

Напомним, что вся линейка концентраторов компании AirSep производит медицинский кислород из атмосферного воздуха по технологии P.S.A. и производство кислорода осуществляется непосредственно в точке его потребления, что является неоспоримым преимуществом по сравнению с баллонным или жидким взрыво- и пожароопасным кислородом.

Новые возможности повышения качества жизни пациентов, нуждающихся в кислороде, открывают портативные кислородные концентраторы. Используя новейшие технологии и богатейший опыт, компания AirSep разработала новые модели кислородных концентраторов, в которых объединены лучшие качества данных приборов.

### Портативный переносной кислородный концентратор FreeStyle

Миниатюрный **FreeStyle** полностью оправдывает свое название – «свободный стиль» и станет надежным помощником пациентам, которым необходим кислород, но которым нужно уйти от жизненных ограничений. **FreeStyle** – это источник кислорода будущего уже в наше время.

**FreeStyle** имеет современный дизайн и дает полную свободу пользователю для ведения активного образа жизни. Пациенты, вынужденные пользоваться кислородными концентраторами, по достоинству оценят этот легкий и надежный прибор. Пользователь может выезжать в путешествия, совершать длительные прогулки и даже участвовать в спортивных мероприятиях, быть независимым от источника питания в течение 8 часов.

Миниатюрные аккумуляторы **FreeStyle** незаметны и находятся в специально разработанном, прилагаемом к концентратору поясе AirBelt. Этот пояс с аккумуляторами не только функционален, но и эстетичен. AirBelt настолько легок, что можно забыть о его присутствии. AirBelt легко соединяется с **FreeStyle**, обеспечивая пользователю до 8 часов работы между перезарядками аккумулятора. Сигнализация номинального режима работы концентратора срабатывает при разрядке батареи, отсоединении канюли.

Прибор обеспечивает выбор трех режимов работы, соответствующих потоку кислорода 1–3 л/мин. Гибкий, легко

поворачивающийся кислородный выходной штуцер обеспечивает свободное положение канюли. Сегодня это самый легкий и миниатюрный переносной кислородный концентратор в мире. И самый доступный по цене.

### Технические характеристики FreeStyle

- Поток кислорода: 1–3 л/мин., концентрация: 90–95%
- Уровень шума: 35 дБ
- Вес: 2 кг, с поясом аккумуляторной батареи: 2,8 кг
- Размеры, см - 15,5x21,8x9,1
- Аккумулятор (внутренний): до 2 часов автономной работы, вместе с поясом AirBelt: до 8 часов
- Электропитание: от сети переменного тока 220 В/50 Гц, от сети постоянного тока: 12–16 В
- Время перезарядки внутренней аккумуляторной батареи: 3,5 часа, батареи пояса AirBelt - 3 часа.

В этом году новинкой пополнилась традиционная линейка так называемых прикроватных кислородных концентраторов серии NewLife, широко применяемых в повседневной практике как в ЛПУ, так и для проведения амбулаторной (домашней) кислородотерапии. Новая разработка компании AirSep – медицинский концентратор серии NewLife (Нью-Лайф) с повышенной производительностью 10 л/мин. **NewLife InTENSity 10** – при прежних размерах и весе (табл. 1).

### NewLife InTENSity 10

Выпускается двух моделей: с одним и двумя кислородными выходами (для 2-х пациентов одновременно).

Повышенная производительность нового концентратора (10 л) существенно расширяет возможности его применения. Кроме традиционного использования в терапевтических целях, в ароматерапии, для приготовления кислородных коктейлей, он может работать с аппаратом для искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и применяться в операционных, в палатах интенсивной терапии, кюветах.

### Технические характеристики NewLife InTENSity 10

- Производительность: до 10 л/мин.
- Концентрация кислорода: 92±3 (%) при расходе кислорода 2–9 л/мин., и 90±3 (%) – при расходе 10 л/мин.
- Давление на выходе: до 1,38 атм
- Размеры, см: 70x42x36,8; вес: 26,3 кг
- Потребляемая мощность: 590 Вт
- Электропитание: 220 В/50 Гц
- Сигнализация: отключение электроэнергии, перегрев, падение концентрации.

Таблица 1

### Сравнительные характеристики кислородных концентраторов серии NewLife Single

Технические характеристики	НьюЛайф Сингл, 5 л	НьюЛайф Сингл, 8 л	НьюЛайф Сингл, 10 л
Производительность, л/мин.	0–5	0–8	0–10
С воздушным выходом	+	-	-
С двумя кислородными выходами	-	+	+
Давление на выходе, атм	0,6		1,38
Потребляемая мощность, Вт	350	410	590
Размеры, высота x ширина x глубина (см)	72,5x40x37	70x42x37	
Вес, кг	24,5	25	26,3

И, наконец, самая последняя разработка компании AirSep – кислородный концентратор **VisionAire™**, самая перспективная модель в линейке 5-литровых бытовых прикроватных кислородных концентраторов.

**Технические характеристики VisionAire (ВижнЭйр)**

- Производительность: до 5 л/мин.
- Давление на выходе: 0,6 атм.
- Размеры, см: 52,8x35,8x29,2; вес: 13,6 кг
- Электропитание: 220 В, потребляемая мощность: 290 Вт
- Уровень шума: 40 дБ

Неоспоримым преимуществом **VisionAire™** является сочетание компактности прибора с высокими техническими характеристиками. Легкий, практически бесшумный и компактный концентратор чрезвычайно удобен для пациентов в повседневной жизни. Современный дизайн и «дружелюбный» интерфейс позволяют пациенту легко управлять работой прибора. Встроенная сигнализация обеспечивает автоматический контроль его работы, поскольку звуковая сигнализация включается автоматически при отключении электропитания концентратора, его перегреве или падении концентрации кислорода ниже номинального значения.

**Сохраняя все параметры по потоку и производительности кислородных концентраторов НьюЛайф Сингл, VisionAire (ВижнЭйр) в два раза легче, в два раза меньше и бесшумнее. И при этом реализует практически по той же цене, что и НьюЛайф Сингл!**

Для решения комплексного обеспечения ЛПУ магистральным кислородом в этом году компания «ЛайфКор Интернешнл» предлагает удобную модульную конструкцию мини-завода по производству кислорода на основе известного своей надежностью кислородного концентратора серии MZ (ASM).

**Мини-завод на базе MZ (ASM)** монтируется в блок-контейнере и поставляется потребителю в виде готового к

подключению к кислородным магистралям ЛПУ комплекса по производству медицинского кислорода. Комплектация мини-завода в контейнере производится с учетом требований заказчика в соответствии с принятыми в РФ техническими нормами соответствия и поставляется «под ключ».

По желанию заказчика завод может быть доукомплектован блоком повышения давления, станцией заправки баллонов и т.д.

Мини-завод вырабатывает медицинский кислород высокого качества в объемах от 50 до 1000 м<sup>3</sup>/сутки и более, в зависимости от модификации, и способствует снижению затрат учреждения на закупку медицинского кислорода. При этом модульная конструкция мини-завода позволяет решить проблему помещения для его размещения в условиях больницы или клиники. В этом году инженеры компании «ЛайфКор Интернешнл» запустили в производство свою новейшую разработку в области ароматерапии – сенсорную кислородную аромастанцию, предназначенную для сеансов ингаляции кислорода с парами различных ароматизаторов. Новая аромастанция имеет привлекательный дизайн, светящееся и переливающееся акриловое полотно, подсветку. Новая аромастанция станет прекрасным дополнением списка медицинских услуг для пациентов ЛПУ, медицинских центров, клиентов спа-салонов и фитнес-центров.

На этом технические усовершенствования кислородных концентраторов компаний AirSep и «ЛайфКор Интернешнл» не заканчиваются. Впереди еще много проектов и новых технических решений.

**ООО «ЛайфКор Интернешнл» – эксклюзивный представитель AirSep (США) в РФ и СНГ**  
 125480, Москва, ул. Героев Панфиловцев, 20,  
 стр. 2, оф. 134, для почты: 125459, Москва, а/я 37  
**Тел./факс: (495) 948-84-02, 944-06-66**  
**e-mail: lifecore@aha.ru, www.lifecore.ru**

## 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  
 Полигликоolid  
 Полиэстер  
 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»**  
**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**

РЕКЛАМА

## Опыт применения нейролептиков в послеоперационном периоде у больных с фантомными болями после ампутации

Голубев В.В.; Евлахов Р.П.; кафедра хирургических болезней № 1 ГОУ ВПО «РостГМУ»  
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, г. Ростов-на-Дону

### Актуальность темы

Фантомные боли (ФБ) появляются после ампутации более чем у 70% больных. У многих пациентов эти боли могут стать препятствием для полноценной реабилитации. Борьба с ФБ – одна из труднейших медицинских задач. Боль определяется как «неприятное ощущение и эмоциональное испытание, связанное с имеющимся или потенциальным повреждением ткани либо же испытываемое в момент этого повреждения» (Вейн А.М., Авруцкий М.Я., 1997). Боль является конечным субъективным ощущением. Особым видом, выходящим за рамки современного понимания боли, является ФБ у больных с ампутированными сегментами конечностей в результате травмы или заболевания. ФБ возникают в результате пересечения нерва и последующих сложных изменений в нервной системе как на периферическом, так и на центральных уровнях. Последние находки в этой области продемонстрировали патологическую экспрессию натриевых каналов типа Nav 1.3, расположенных в нейронах заднего рога второго порядка и в нейронах таламуса третьего порядка. Предполагается, что патологическая экспрессия вызывает гипервозбудимость этих нейронов и они, в свою очередь, становятся самостоятельными генераторами болевых импульсов.

Причиной ФБ, по современным представлениям, является стойкий патологический очаг, сформировавшийся в головном мозге человека в процессе жизнедеятельности как результат длительной афферентной импульсации от рецепторов пораженного сегмента конечности. После травматических ампутаций возникают фантомные ощущения (ползание мурашек, ощущение несуществующей конечности, попытки использовать несуществующую конечность), а после ампутации в результате заболевания – ФБ.

### Статистические данные

Предложенные как в России, так и за рубежом методы лечения ФБ не приносят удовлетворительных результатов. По данным проведенных исследований, все существующие методы обезболивания при ФБ, применяемые как медицинскими работниками, так и самими пациентами, по частоте использования распределились следующим образом:

- фармакологические – 82%;
- физиотерапевтические – 10%;
- хирургические – 5%;
- суггестивные методики – 3%.

Медикаментозные методы используются в большем проценте случаев, однако, как отмечают и пациенты, и медики, эффективность лекарственной терапии при лечении ФБ остается низкой. В то же время существуют достаточно эффективные методики релаксации и аутотренинга, однако их использование не находит достаточного распространения в практическом здравоохранении.

Хирургические методики, такие как перерезка чувствительных нервов культи, пересечение болепроводящих путей спинного мозга в области передней комиссуры (комиссурэктомия спинного мозга) или спиноталамического тракта (хордотомия), вплоть до операций по деструкции глубоких церебральных структур, на практике применяются ограниченно.

### Цель работы

Изучение влияния атипичных нейролептиков третьего поколения на ФБ у больных хирургического профиля в послеоперационном периоде после ампутации, определение эффективности включения данной группы препаратов в комплексную схему лечения ФБ и в конечном итоге улучшение качества жизни больных.

### Материалы и методы

Мы сочли возможным для облегчения состояния больных предложить ввести в комплексную схему лечения ФБ использование атипичных нейролептиков третьего поколения, так как традиционно используемые трициклические антидепрессанты, обладающие доказанным анальгезирующим эффектом, у данной группы больных теоретически могли вызвать больше побочных эффектов. Так, по данным профессора М.Ю. Дробижева (НИИ психиатрии, Москва), к многочисленным побочным эффектам типичных нейролептиков относятся: задержка мочи, агранулоцитоз, пируэтная тахикардия, повышение уровня пролактина, снижение артериального давления и экстрапирамидные расстройства.

В исследовании на базе хирургического отделения № 2 НУЗ «Дорожная клиническая больница ст. Ростов-Главный» ОАО «РЖД» приняли участие 10 человек (8 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 49 до 62 лет после проведения ампутации одной из нижних конечностей, с диагнозами: облитерирующий эндартериит – 6 человек, диабетическая ангиопатия – 2 человека, варикозная болезнь – 2 человека.

У двух взятых в исследование женщин была проведена ампутация стопы, и ФБ возникли в период 10-18 дней после операции (каузалгические боли). У двух больных с ампутацией вследствие варикозной болезни обращение по поводу ФБ произошло в период 1,5-3 месяца после операции. У остальных взятых в исследование больных ФБ возникли в послеоперационный период от 2 недель до 2 месяцев (кинестетические боли). В этот период все больные получали традиционную комплексную терапию по назначению лечащего врача. Использование в схеме лечения сероквеля (кветиапина) и труксала (хлорпроксена) было продиктовано высоким уровнем избирательного воздействия на ЦНС и низким уровнем побочных эффектов. Сероквель и труксал в меньшей степени блокируют дофаминовые D2-рецепторы триггерной зоны рвотного центра и полинейрональных синапсов головного мозга, а также нигростриальной зоны и тубуло-инфундибулярной области, мезолимбической и мезокортикальной систем, являются сильными антагонистами 5-HT<sub>2A</sub>-рецепторов, что в большей степени, по мнению некоторых исследователей, влияет на негативную симптоматику и нарушение мышления (в частности, на структуры мозга, отвечающие за поддержание в сознании представления о схеме тела). Сероквель и труксал влияют и на другие нейротрансмиттерные системы. Сероквель взаимодействует с гистаминовыми (H<sub>1</sub>), ацетилхолиновыми, мускариновыми M<sub>1</sub> и альфа-адренорецепторами, что может уменьшать тревожность, оказывает среднее ингибирующее действие на инактивацию нейронального транспорта серотонина,

подавляет высвобождение большинства гормонов гипоталамуса и гипофиза. Механизмы, лежащие в основе этих эффектов, изучены недостаточно (табл. 1). Подбор препаратов и их доз производился из расчета низкого риска возникновения гипергликемии, гиперлипидемии, пролактинемии, удлинения интервала QT на электрокардиограмме.

Для определения интенсивности болевого синдрома мы использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), которая широко применяется в клинической практике с 80-х годов прошлого века. ВАШ представляет собой отрезок длиной 10 см, концы которого соответствуют крайним степеням интенсивности боли от «нет боли» до «нестерпимая боль» в ампутированной конечности. Больным предлагалось оценить свое состояние и сделать отметку, соответствующую интенсивности болевого синдрома в

данный момент. Расстояние между отметками «нет боли» и «нестерпимая боль» измерялось в сантиметрах и при необходимости округлялось. Оценка боли в баллах облегчается пояснениями, вписанными вдоль оси ВАШ:

- 0 – нет боли;
- 1 – отсутствие боли в покое, не ограничивающее активность больного;
- 2-3 – слабая боль в покое, ограничивающая активность больного;
- 4-5 – умеренная боль в покое, ограничивающая активность больного;
- 6-7 – сильная боль в покое, существенно ограничивающая активность больного;
- 8-9 – сильная мучительная боль в покое, резко ограничивающая активность больного;
- 10 – нестерпимая, непреодолимая боль.

Таблица 1

**Клинические проявления связывания нейрорептиков с разными типами рецепторов**

Вид рецептора	Клинические проявления
D <sub>2</sub> -антагонизм	Эффективность в отношении позитивных симптомов, экстапирамидных симптомов (ЭПС), эндокринные эффекты
5-HT <sub>2A</sub> -антагонизм	Эффективность в отношении негативных симптомов, ослабление ЭПС
Высокое отношение сродства к 5-HT <sub>2A</sub> /D <sub>2</sub> -рецепторам	Нейрорептическая активность, ослабление ЭПС по сравнению с одним D <sub>2</sub> -антагонизмом
5-HT <sub>1A</sub> -антагонизм	Антидепрессантная и анксиолитическая активность, улучшение когнитивных функций, ослабление ЭПС
5-HT <sub>1D</sub> -антагонизм	Антидепрессантная активность
5-HT <sub>2C</sub> -антагонизм	Антидепрессантная активность
Торможение обратного захвата серотонина/норадреналина	Антидепрессантная и анксиолитическая активность
Альфа-1-антагонизм	Ортостатическая гипотония
H <sub>1</sub> -антагонизм	Седативное действие, увеличение веса тела
M <sub>1</sub> -антагонизм	Холинолитические побочные эффекты (например, нарушение когнитивных функций)

Таблица 2

**Схема лечения препаратами сероквель (кветиапин) и труксал (хлорпротиксен)**

День применения	Кратность приема в сутки	Дозировка, мг/сут.	
		сероквель (кветиапин)	труксал (хлорпротиксен)
1-2	1	25	15
3-4	2	50	30
5-14		75	

**Результаты**

Используемые дозы сероквеля составляли от 25 до 100 мг в сутки с коррекцией дозировки в сторону увеличения на 25 мг в сутки, труксала – от 15 до 30 мг в сутки. В начале лечения отмечалась сонливость, сухость во рту. Полная редукция ФБ отмечена у 8 больных при дозировке 75 мг сероквеля в сутки, частичная – у 2-х больных при дозировке 30 мг труксала в сутки (табл. 2).

В меньшей степени редукция ФБ происходила у больных, прооперированных по поводу диабетической ангиопатии, принимавших соответственно труксал до 30 мг в сутки в течение 2 недель под контролем уровня глюкозы крови. У 8 больных, прооперированных по поводу варикозной болезни и облитерирующего эндартериита, ФБ ку-

пированы в 2-недельный период при приеме сероквеля в дозе 75 мг в сутки. Выбывших из исследования не было. Седативный эффект использовался как терапевтический.

Состояние пациентов в ходе лечения оценивалось по шкале общего клинического впечатления, при начальной тяжести состояния (по ВАШ) составляло более или равно 4, а после проведенной терапии – 1 и менее.

**Заключение**

Использование атипичных нейрорептиков в терапии фантомных болей требует дальнейшего исследования, но соотношение пользы и риска при применении данной группы для уменьшения или снятия фантомных болей у больных в послеоперационном периоде очевидно и свидетельствует в пользу их применения.

# ООО Научно-производственное предприятие «ЛАРИКС»

17 лет на рынке медицинских изделий

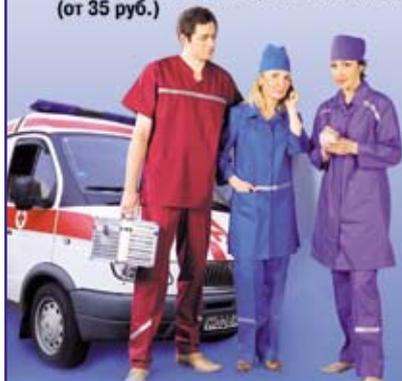
выпускает одноразовые стерильные хирургические комплекты из нетканых материалов для различных областей медицины

- Акушерство и гинекология: комплекты акушерские, для кесарева сечения, для малой гинекологии (от 20 руб.)
- Общая хирургия: комплекты белья и одежды, маски, шапочки, бахилы (от 42 руб.)
- Кардиохирургия: комплекты белья для аортокоронарного шунтирования, кардиоваскулярных операций и др. (от 300 руб.)
- Ортопедия: комплекты белья для операций на суставах и др. (от 250 руб.)
- Спецкомплекты для офтальмологии, нейрохирургии, эндоскопии (от 35 руб.)

Комплекты выпускаются из нетканых материалов – спанбонда и материалов нового поколения:

- СМС, СМММС – 3-, 5-слойный материал (спанбонд–мельтблаун–спанбонд). Мельтблаун увеличивает антибактерицидные свойства в 7-10 раз, что очень важно для защиты медицинского персонала

- СМММС Пегатекс – материал с повышенными защитными свойствами, антистатической обработкой и защитой от водного столба
- Спанлейс – обладает очень высокими барьерными свойствами, исключает проникновение инфекции, с низким ворсоотделением, высокой адсорбционной способностью, тактильно близкий к хлопку
- Мельбурн – 2-, 3-слойный, из нетканого впитывающего материала и каландрированной дышащей пленки



Мы разработали элегантную коллекцию медицинской одежды из тканей высочайшего качества. Новое направление – одежда для работников скорой помощи и детских отделений.

347810, Ростовская обл., г. Каменск-Шахтинский, ул. Ленина, 53, офис ул. М. Горького, 85, тел./факс: (86365) 7-08-33, 7-33-12, e-mail: larix5@rambler.ru. www.larix.ru

РЕКЛАМА

www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru



Подложки-трансформеры на гидравлике



## Столы зубного техника

Универсал  
г.Самара, Заводское шоссе, 5  
(846) 3121459, 9521968



www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru



Автономная вытяжная система "Super MAX" 700 куб.м/час

Автономная вытяжная система Стандарт 500 куб.м/час



РЕКЛАМА

www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru



# МЕДИКЛОН®

## Всё для анализа крови

127276, г. Москва, ул. Ботаническая, 35, корп. 1

тел. \ Факс: (499) 502-1214 (Москва)

www.mediclone.ru e-mail: Mediclone@mediclone.ru

- Полная панель ЦОЛИКЛОНОВ для службы крови
- Полиглюкин 33 %
- Скарификаторы
- Планшеты для определения группы крови и резус фактора



- Штативы для флаконов и другие расходные материалы для лабораторий, больниц, поликлиник и станций переливания крови

- Автоматические пипетки
- ЭКСПРЕСС ТЕСТ-СИСТЕМЫ для качественного определения ВИЧ, Гепатита С и Туберкулеза



Для Лечебно-профилактических учреждений и организаций, пользующихся упрощенной системой налогообложения, предлагается продажа без НДС.

РЕКЛАМА

  
**АЛЛЕРГЕН**  
ТОРГОВЫЙ ДОМ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ДИСТРИБЬЮТОР МИБП

  
SHUYANG

### ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ

Предлагаем вам специфические человеческие иммуноглобулины производства КНР

**Иммуноглобулин антирабический**  
**Иммуноглобулин противостолбнячный**

**Уже в продаже!**

Препараты зарегистрированы и разрешены к применению в РФ.

Москва, тел./факс: (4967) 50-21-62, 51-06-45, 51-08-45, 51-09-34,  
51-00-35, e-mail: info@allergen.ru, www.allergen.ru

Ростов-на-Дону, тел.: (863) 459-95-57, +7(928)163-98-47, e-mail: allergenrostov@yandex.ru

Волгоград, тел.: (8442) 48-55-03, +7(902)382-53-22, e-mail: allergenvolga@yandex.ru

РЕКЛАМА

## Влияние уровня сенсибилизации аллергенами на состояние иммунного статуса больных атопическими заболеваниями

Гумилевский Б.Ю., д.м.н., профессор, зав. кафедрой иммунологии и аллергологии ВолгГМУ, зав. иммунологической лабораторией МУЗ «КДП №2», г. Волгоград

За последние десятилетия аллергия приняла масштаб глобальной медико-социальной проблемы. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в ГНЦ Института иммунологии, аллергическими заболеваниями в России страдают 15-35% населения. Загрязнение окружающей среды отходами промышленного производства, неблагоприятные социальные условия, рост потребления различных лекарственных препаратов, интенсивное использование средств дезинфекции в быту и на производстве, применение пестицидов и гербицидов в сельском хозяйстве, изменение качества питания, использование генетически измененных продуктов – все это расширяет спектр потенциальных аллергенов и создает условия для возникновения аллергии (Федосеев Г.Б. и соавт., 2003; Лусс Л.В., 2002). Несмотря на то что аллергические болезни известны человеку более 2500 лет, в современном мире вопросы, связанные с диагностикой, терапией, профилактикой аллергии и иммунопатологических состояний, остаются актуальными.

**Целью нашего исследования** стало влияние сенсибилизации аллергенами на состояние иммунного статуса больных атопическими заболеваниями.

Для достижения поставленной цели были выделены следующие задачи:

- исследовать зависимость состояния иммунной системы пациентов с атопическим дерматитом от количества сенсибилизирующих аллергенов;
- изучить состояние иммунной системы пациентов, страдающих аллергическим ринитом, сенсибилизированных различным количеством аллергенов;
- оценить особенности состояния иммунной системы больных бронхиальной астмой в зависимости от количества сенсибилизирующих аллергенов;
- исследовать состояние иммунной системы пациентов с хронической крапивницей, имеющих гиперчувствительность к различному количеству аллергенов.

### Материал и методы исследования

Исследования состояния иммунной системы проводи-

лись у пациентов 4-х различных нозологий: атопический дерматит, бронхиальная астма, аллергический ринит и крапивница. Пациенты каждой из этих нозологий были разделены на 2 группы в зависимости от количества сенсибилизирующих аллергенов: 1 группа – менее 3-х аллергенов (один или два) и 2 группа – 3 и более аллергенов. В контрольную группу вошли 20 условно здоровых человек, не имеющих признаков гиперчувствительности. В каждую исследуемую подгруппу вошли по 30 человек. У всех пациентов оценивали состояние иммунного статуса (Лебедев К.А., Понякина И.Д., 2003; Новикова И.А., Афанасьева Е.С., Скребло Е.И., 2003; Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., 2001), определяя:

- состав субпопуляций лимфоцитов периферической крови (CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD22) на проточном цитофлуориметре FACScan (Becton Dickinson, США) с использованием моноклональных антител к поверхностным рецепторам лимфоцитов меченных FITC, PE (Caltag laboratories, Канада);
- уровни поликлональных иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) методом иммунодиффузии в агаре по Манчини;
- IgE общий и аллергенспецифический иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов ЗАО «Вектор-Бест» и Allergofarma;
- неспецифическое звено иммунитета (активность фагоцитоза, НСТ-тест, ЦИК) стандартными методами.

Кровь для исследования иммунного статуса брали из пальца и вены в первой половине дня, натощак, до приема медикаментов и принятия лечебных процедур. В качестве антикоагулянта использовали гепарин, 25-30 ед. на 1 мл крови.

### Результаты исследования

Обследование пациентов с **атопическим дерматитом** позволило выявить определенные особенности иммунного статуса в зависимости от количества сенсибилизирующих аллергенов. Так, у пациентов 1-й группы ниже содержание моноцитов, но выше количество эозинофилов периферической крови (табл. 1).

Таблица 1

Иммунный статус больных атопическим дерматитом, M±m

Параметры	Группа 1	Группа 2	Здоровые
Моноциты, %	5,84±0,36*	7,04±0,53*	7,56±0,45
Эозинофилы, %	5,44±0,86*	3,67±0,46*	2,38±0,51
Эозинофилы, кл/мкл	407±73,08*	257,11±39,72*	141,8±28,5
CD3, кл/мкл	1759±149**	1779±111**	1226±87
CD8, кл/мкл	754±80**	759±53**	463±44
IgM, г/л	1,46±0,11**	1,41±0,11**	1,1±0,06
IgE, МЕ/мл	159±41**	94±29**	42±5
НСТ (П) инд., %	25,08±2,18**	24,1±2,9**	35,8±3,4

Примечание: \* – значимые отличия ( $p < 0,05$ ) между группой 1 и группой 2  
\*\* – отличие исследуемых подгрупп от контрольной группы

Содержание CD3-лимфоцитов и CD8-лимфоцитов у пациентов обеих групп с диагнозом атопический дерматит было значимо выше, чем у здоровых. Обращает внимание

высокая дисперсия при исследовании IgE, что может свидетельствовать о неоднородности групп за счет действия неконтролируемого фактора. Видимо, наследственная

предрасположенность к повышенному синтезу IgE не является важной для спектра сенсibilизации. Кроме того, у больных обеих групп было значительно большее содержание в периферической крови IgM. Активность микробицидных систем гранулоцитов в тесте со стимуляцией у всех пациентов была значительно ниже, чем у здоровых.

Исследование иммунного статуса больных **аллергическим ринитом** позволило выявить следующие особенности состояния иммунной системы пациентов. Так, у пациентов исследуемых групп отмечается более высокое содержание лейкоцитов за счет повышенного количества лимфоцитов и эозинофилов (табл. 2).

Таблица 2

**Иммунный статус больных аллергическим ринитом, M±m**

Параметры	Группа 1	Группа 2	Здоровые
Лейкоциты, кл/мкл	7630±478**	6844±444**	5964±126
Лимфоциты, кл/мкл	3381±250**	2964±186**	2407±637
Эозинофилы, %	5,8±1,01**	4,97±0,76**	2,38±1,63
Эозинофилы, кл/мкл	412±72**	339,95±55**	141±100
CD3, кл/мкл	2360±177**	1993±197**	1226±87
CD8, кл/мкл	994,59±93**	820,60±78**	463±44
IgA, г/л	0,76±0,12**	1,0±0,09**	1,41±0,06
IgG, г/л	8,53±0,36*	9,53±0,42*	10,5±0,29
IgE, МЕ/мл	100,95±26,2* **	300,14±79,90* **	42±5
НСТ (П) инд., %	27,0±6,0**	27,5±6,35**	35,8±3,4

Примечание: \* – значимые отличия (p<0,05) между группой 1 и группой 2  
 \*\* – отличие исследуемых подгрупп от контрольной группы

У пациентов обеих групп с диагнозом аллергический ринит замечено более высокое содержание CD3-лимфоцитов и CD8-лимфоцитов по сравнению со здоровыми. При исследовании уровня иммуноглобулинов в периферической крови были выявлены значимые отличия содержания IgG и IgE между группой 1 и группой 2. Таким образом, у пациентов с аллергическим ринитом наблюдается изменение концентрации циркулирующих в крови иммуноглобулинов – с увеличением количества сенсibilизирующих аллергенов увеличивается уровень

IgG и повышается количество общего IgE. Активность микробицидных систем гранулоцитов в тесте со стимуляцией у пациентов обеих групп была значительно ниже, чем у здоровых.

При исследовании иммунного статуса пациентов с диагнозом **бронхиальная астма** удалось выявить следующие закономерности. У пациентов группы 2 отмечался лейкоцитоз за счет повышенного содержания лимфоцитов, моноцитов и эозинофилов. У пациентов 1-й группы отмечается эозинофилия (табл. 3).

Таблица 3

**Иммунный статус больных бронхиальной астмой, M±m**

Параметры	Группа 1	Группа 2	Здоровые
Лейкоциты, кл/мкл	6327±597	7692±570**	5964±126
Лимфоциты, кл/мкл	2730±314	3357±363**	2407±637
Моноциты, кл/мкл	443±44	529±50**	445±27
Эозинофилы, %	4,90±0,93**	5,5±1,05**	2,38±1,63
Эозинофилы, кл/мкл	312±67**	441±81**	141,8±100
CD3, кл/мкл	2054±241**	2447±270**	1226±87
CD4, кл/мкл	1170±150**	1314±138**	752±70
CD8, кл/мкл	731±80*	1022±111***	463±44
IgA, г/л	0,97±0,11**	0,94±0,14**	1,41±0,06
IgE, МЕ/мл	150±26**	234±73**	42±5
ФП, %	76,12±1,74***	69,13±2,58*	67,2±2,4
НСТ (П) инд., %	22,43±3,44**	24,04±2,74**	35,8±3,4

Примечание: \* – значимые отличия (p<0,05) между группой 1 и группой 2  
 \*\* – отличие исследуемых подгрупп от контрольной группы

Лимфоцитоз у пациентов обеих исследуемых групп был обусловлен повышением количества Т-лимфоцитов. Если у пациентов 2-й группы в периферической крови было больше CD4 и CD8, то у пациентов 1-й группы только CD8, причем уровень CD4-лимфоцитов у пациентов 1-й группы был значительно ниже, чем у пациентов 2-й группы. Таким образом, у больных бронхиальной астмой увеличение уровня сенсibilизации приводит к повышению уров-

ня Т-цитотоксических клеток.

При исследовании уровня иммуноглобулинов в периферической крови у пациентов с бронхиальной астмой было выявлено снижение содержания IgA и повышение IgE. Отличались у пациентов исследуемых групп и показатели фагоцитоза. Так, у пациентов 1-й группы ФП был значительно выше. Но у всех пациентов активность гранулоцитов в тесте НСТ со стимуляцией была ниже, чем у здоровых.

При исследовании иммунного статуса больных **хронической крапивницей** у пациентов обеих групп обнаружены значимые изменения по сравнению с контрольной группой. Так, у пациентов исследуемых групп отмечается более высокое содержание лейкоцитов за счет повышенного количества лимфоцитов и эозинофилов (табл. 4).

При оценке содержания субпопуляций циркулирующих лейкоцитов у пациентов с хронической крапивницей выявлено различное содержание CD16-лимфоцитов в периферической крови. Кроме того, у всех пациентов отмечается повышенное содержание Т-цитотоксических клеток.

Таблица 4

Иммунный статус больных хронической крапивницей, M±m

Параметры	Группа 1	Группа 2	Здоровые
Лимфоциты, кл/мкл	2095±160**	2182±167**	2407±637
Эозинофилы, %	3,00±0,7**	3,80±0,8**	2,38±1,63
Эозинофилы, кл/мкл	184,81±48,30	240,27±57,04**	141,8±100,9
CD8, кл/мкл	644±73**	655±83**	463±44
CD16, кл/мкл	246±55*	446±75*	327±32
НСТ (П) инд., %	23,2±2,6**	27,6±2,07**	35,8±3,4
ЦИК	26,2±6,2**	35,2±7,2**	21,4±1,3
IgM, г/л	1,26±0,12**	1,40±0,15**	1,1±0,06
IgE, МЕ/мл	195±64**	281±93**	42±5

Примечание: \* – значимые отличия ( $p < 0,05$ ) между группой 1 и группой 2  
\*\* – отличие исследуемых подгрупп от контрольной группы

Исследование уровня иммуноглобулинов в периферической крови позволило выявить повышенное содержание IgE и IgM.

Состояние неспецифического звена иммунитета между группами не различалось, но в обеих группах отмечено увеличение уровня ЦИК и снижение стимуляции гранулоцитов в НСТ-тесте.

На основании полученных данных можно заключить, что широта спектра сенсибилизирующих аллергенов отражается на состоянии иммунного статуса пациентов. В зависимости от клинических проявлений аллергопатологии уровень сенсибилизации связан с разными показателями состояния иммунной системы. Это свидетельствует о дифференциальных иммунных реакциях, значит, и механизмах расширения сенсибилизации в зависимости от вида аллергического заболевания. Дальнейшее изучение выявленных реакций и их механизмов может углубить наши представ-

ления о формировании аллергии и быть полезным для поиска диагностических критериев и лечебных средств.

#### Выводы

- У пациентов, страдающих атопическим дерматитом, с более узким спектром сенсибилизации выше количество моноцитов, эозинофилов и палочкоядерных нейтрофильных гранулоцитов, чем у пациентов, сенсибилизированных к широкому спектру аллергенов.
- У пациентов с аллергическим ринитом расширение спектра сенсибилизации связано с увеличением уровней IgG и IgE.
- У больных с бронхиальной астмой расширение спектра сенсибилизации сопровождается увеличением количества цитотоксических лимфоцитов на фоне снижения активности фагоцитоза нейтрофильными гранулоцитами.
- У больных с хронической крапивницей с увеличением спектра сенсибилизации повышается содержания общего IgE, НК-клеток и ЦИК.

## Врожденная косолапость: клиника, диагностика, принципы лечения

Лукаш Ю.В., к.м.н.; Фоменко М.В., к.м.н.; отделение травматологии и ортопедии МЛПУЗ «Городская больница №20», г. Ростов-на-Дону

Врожденные деформации стоп у детей являются одним из наиболее часто встречающихся пороков развития опорно-двигательного аппарата (ОДА) и достигают 33-38% от всех аномалий развития ОДА. За последние годы врачи отмечают увеличение числа детей с этим диагнозом.

Причины развития косолапости остаются до настоящего времени недостаточно изученными. Чаще всего обсуждаются три гипотезы. Наиболее старой теорией возникновения этой патологии является механическая, сторонники которой считают причиной деформации стопы механическое воздействие на плод в период внутриутробного развития. Другие связывают косолапость с нарушением закладки и задержкой формирования стопы и голени во внутриутробном периоде. Третьи, которых большинство, – с пороком развития нервной системы. Однако многочисленные исследования последних лет показали, что в основе врожденной косолапости лежит

диспластический процесс всего организма с преимущественным поражением стопы и голени, где в зависимости от тяжести деформации превалирует в разной степени недоразвитие костной, мышечной и нейро-сосудистой систем.

Формированию косолапости у плода может способствовать и неблагоприятная экологическая обстановка: электромагнитные поля, радиоактивное излучение, химические воздействия и т.п. Вирусные инфекции в разные сроки беременности могут оставить после себя очень тяжелые последствия. Об этом должны помнить будущие мамы. В первый триместр беременности, когда происходит закладка скелета, женщине с разрешения акушера-гинеколога нужно принимать кальциево-фосфорные препараты. Нехватка витаминов в питании беременной также может отрицательным образом сказаться на нормальном развитии плода. Кроме того, одной из причин формирования врожденной косолапости может яв-

ляться и наследственность. Однако строго сказать, что это заболевание передается по наследству, нельзя.

Косолапость относится к аномалиям развития, диагноз которых устанавливается сразу после рождения ребенка на основании следующих клинических признаков:

- pes equinus (конская стопа) – избыточное подошвенное сгибание в голеностопном суставе;
- pes varus (супинация) – поворот подошвенной части стопы к срединной линии;
- pes adductus – приведение переднего отдела стопы;
- inflexus – избыточное сгибание самой стопы, выражающееся увеличением продольного свода.

Существующая классификация врожденной косолапости по степени тяжести основана на оценке возможности одноментной ручной коррекции деформации. Выделяют косолапость легкой степени (варусная контрактура), среднетяжелую (связочная косолапость) и тяжелую (костная косолапость). Также тяжесть деформации может определяться по балльной шкале Пирани, которая оценивает 6 клинических признаков деформации по степени выраженности.

Многие авторы ранее считали, что основным патологическим субстратом косолапости является изменение скелета стопы. Однако впоследствии было доказано, что кости косолапой стопы вообще мало изменены до начала ходьбы, а изменения, обнаруживаемые у детей после начала нагрузки, носят характер вторичных. При врожденной косолапости в большей степени нарушается взаиморасположение костей заднего отдела стопы, к которым относятся пяточная, таранная и ладьевидная кости. Огромное значение имеют изменения связочно-сумочного аппарата, особенно располагающегося по заднемедиальной поверхности голеностопного сустава. Укороченные, натянутые связки фиксируют кости стопы в почном положении. Пяточная кость вследствие укорочения

ахиллова сухожилия перестает быть опорной точкой стопы. Основная нагрузка ложится на смещенную латерально и кпереди таранную кость, вызывая вторичные изменения кожи в виде грубых ороговелостей. У ребенка развивается специфическая походка – при каждом шаге он «перешагивает» через свою ногу.

Таким образом, можно сказать, что анатомической основой врожденной косолапости являются изменения мягких тканей, вызывающие в свою очередь нарушения положения костей стопы, а в последующем, особенно при нагрузке на деформированную конечность, – изменения их формы. Эти положения важны для понимания задач, стоящих перед врачом при лечении косолапости.

На современном этапе общепринятым является положение о том, что лечение врожденной косолапости следует начинать максимально рано – с первых дней жизни ребенка. Ткани новорожденного гораздо податливее, их можно легче растягивать и удерживать в скорректированном положении, давая возможность костям стопы расти в нормальных взаимоотношениях. Основным принципом лечения в настоящее время следует считать полное исправление деформации до начала самостоятельной ходьбы, то есть до 1 года. Для достижения хороших анатомических и функциональных результатов необходимо применять непрерывное этапное комплексное лечение, сочетающее в себе консервативные и оперативные методики.

**Первый этап** начинается с момента рождения ребенка и заключается в ежедневном проведении редрессирующей гимнастики с дозированным растяжением мягких тканей внутренней поверхности стопы.

Отличием **второго этапа** является фиксация стопы в положении достигнутой коррекции после проведения редрессации фланелевыми бинтами с использованием боковых

## МИР ОРТОПЕДИИ

### Всё для здоровья



Мы являемся официальными представителями ведущих отечественных компаний производителей ортопедических изделий «ПасТер» и ORTO. Также представляем товары следующих фирм-производителей: «Тонус Эласт» (Латвия), FOSTA (США), «Комф-Орт» (Россия), Carbosan Classic (Германия), SISSEL (Швеция), GYMNIC (Италия), Ergoforce (Тайвань), «Техидос эластик Йовера» (Испания), «Ростовское протезно-ортопедическое предприятие» и др.

**В ассортименте:** корсетно-бандажные изделия, стельки, супинаторы и другие вкладные приспособления для обуви, шейные бандажи, головодержатели, фиксаторы на суставы, ортопедические подушки и матрасы, средства реабилитации, массажные изделия, компрессионный трикотаж, массажные столы, анатомическая обувь, детская ортопедическая обувь, пластиковые бинты, инвалидная техника, санитарные приспособления.

Осуществляем оптовые поставки по всему Южному региону (Ставропольского край, Краснодарский край, Ростовская область, КЧР, Кабардино-Балкария, Дагестан, Осетия и др.).  
Цены от производителя.

Приглашаем к сотрудничеству фирмы и медицинские учреждения!

Индивидуальный предприниматель Колесникова Ирина Аркадьевна  
г. Ставрополь, ул. Ленина, 484-а, офис 2 т./факс (8652) 56-06-67, 56-61-42, e-mail: abon99@yandex.ru

РЕКЛАМА

и подошвенных шин. Методике бинтования обучается мать и продолжает ее до 1 месяца.

**Третий этап** является этапом наиболее интенсивного консервативного лечения. Основным методом лечения является постепенная коррекция деформации стоп с помощью этапных гипсовых повязок. В процессе этапного гипсования в первую очередь устраняются супинация и приведение переднего отдела стопы, только после этого следует приступать к коррекции подошвенного сгибания до полного устранения деформации и придания стопе положения гиперкоррекции. Лечение гипсовыми повязками в раннем возрасте сопряжено с целым рядом трудностей: необходимость частой смены повязок, нежность и легкая ранимость кожных покровов у детей, повышенная гидрофильность подкожно-жировой клетчатки. Все это обуславливает необходимость проведения данного этапа лечения в условиях специализированного детского отделения врачом высокой квалификации. На третьем этапе большинство врачей используют гипс, так как он очень эластичен, позволяет тщательно, без спешки, отмоделировать повязку, что не всегда возможно при использовании быстро твердеющих полимеров. Повязки накладываются в виде циркулярных подколенных сапожков. После наложения повязки необходимо динамическое наблюдение за ребенком в течение нескольких часов для оценки состояния пальцев стоп. Результатом третьего периода лечения может явиться либо полное исправление деформации, либо частичная коррекция отдельных ее компонентов.

**Четвертый этап** – раннее хирургическое вмешательство на связочном аппарате заднего отдела стопы – выполняется в возрасте 7-8 месяцев. Оперативное вмешательство производится из S-образного разреза по задней поверхности средней-нижней трети голени. Выполняется удлинение ахиллова сухожилия в сагиттальной плоскости с относительной латерализацией точки его прикрепления к пяточному бугру. Оно дополняется подкожной плантотомией и теномиотомией абдуктора I пальца из отдельного разреза по внутренней поверхности в проекции I плюснефалангового сустава.

Одним из этапов оперативного вмешательства является субтотальная мобилизация таранной кости с рассечением патологически измененных связок по ее задней, медиальной и передней поверхностям. После выведения стопы в положение коррекции через пяточную, таранную и большеберцовую кости чрескожно проводится спица Киршнера, после чего концы ахиллова сухожилия сшиваются без натяжения бок в бок.

Данная методика позволяет значительно снизить выраженность послеоперационного отека, а также избежать потери коррекции. При двухсторонней косолапости оперативное лечение на стопах проводится последовательно, с интервалом 1-1,5 месяца.

Спица удаляется через 3 недели, после чего лечение продолжается в течение 5-6 месяцев в виде этапных гипсовых повязок в положении легкой гиперкоррекции, в которых ребенку разрешается ходить.

**Пятый этап** характеризуется диспансерным наблюдением за вылеченными детьми с врожденной косолапостью. Основными задачами периода реабилитации являются определение индивидуальных сроков и характера протезирования, периодическое проведение физио-функционального лечения. Нельзя умалять его значения, поскольку отсутствие контроля растущей стопы без своевременного вмешательства может привести к возникновению рецидива одного или нескольких компонентов деформации.

Протезирование стабилизирует выпрямленную стопу в процессе ходьбы и роста ребенка. После завершения лечения и стойкого исправления деформации рекомендуется ношение обычных ботинок с наружным коском-пронатором, использование ночных корригирующих туторов.

Физио-функциональное лечение должно быть максимально интенсивным в течение первых 8-10 месяцев после исправления деформации и направлено на восстановление функции стопы. Следует отметить, что оно наиболее эффективно именно в раннем возрасте, когда процессы созревания тканей выражены максимально. Основными методами являются: тепловые процедуры, улучшающие кровоснабжение и растяжимость тканей; электрофорез рассасывающих препаратов на внутренний отдел стопы, массаж, электростимуляция малоберцовой группы мышц.

Последовательное проведение в полном объеме этапного лечения больных с косолапостью не только позволяет повысить его качество за счет осуществления коррекции всех элементов, но и способствует сокращению общей длительности лечения. Успех в лечении такого сложного и многообразного порока развития, каким является косолапость, определяется комплексным лечением, индивидуальным подходом к выбору основных методов лечения, протезирования, прогнозирования возможного развития рецидивов и индивидуального своевременного выбора методов их лечения, что невозможно без длительного диспансерного наблюдения.



## ООО «СпецБалтМебель» Производство лабораторной и медицинской мебели

г. Санкт-Петербург, (812) 326-11-57, (495) 411-91-27, [www.sbm-lab.ru](http://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!*

## К вопросу о больничных прачечных...

Мельницина А.А., ЗАО «Бизнес-Монолит», г. Москва

Среди прочих методов борьбы с внутрибольничными инфекциями (ВБИ) наиболее значимое место занимает обеззараживание и дезинфекция/дезинсекция путем стирки в прачечной.

Со времен Советского Союза технология работы подавляющего большинства больничных прачечных в России принципиально не изменилась. Дезинфекция производится в хлорных ваннах с помощью перекиси водорода или с 10-минутным кипячением при стирке в обычных барабанных стиральных машинах. Что при такой обработке происходит с бельем и спецодеждой?

**1. Внутрибольничная инфекция (ВБИ).** Существует чрезвычайно высокая вероятность пересечения потоков грязного (зараженного) и чистого белья. Нерадивому сотруднику достаточно один раз загрузить зараженное белье в барабан, и вся фронтальная поверхность машины будет заражена. Повторно будет заражено уже чистое белье при выгрузке из такой машины, далее – тележки для перевозки, и – вперед, к ВБИ.

**Комментарий юриста:** Такого рода ситуация может быть квалифицирована по УК РФ как преступная халатность должностного лица.

**2. Преждевременный износ белья и спецодежды.** Использование хлорсодержащих составов и высокая температура стирки приводят к преждевременному износу и выходу из строя белья и спецодежды. Срок службы текстиля сокращается в разы, при этом увеличиваются расходы на содержание (ремонт белья) и ухудшается качество предоставляемой услуги (кому понравится серо-желтое, полупрозрачное, штопаное белье/спецодежда с пятнами).

**Комментарий специалиста:** Слишком быстрый износ белья интересен только тому, кто ворует на его закупке, а плохое состояние постельного белья и спецодежды вообще не интересно никому.

### Промежуточные выводы

Указанные проблемы требуют решения, и выход есть – приобрести стирально-отжимную машину барьерного типа, в которой загрузка и выгрузка белья производится с противоположных сторон, то есть разделяет помещение на «грязную» и «чистую» зоны.

Сегодня на рынке достаточно много производителей такого оборудования. Как сделать правильный выбор?

ЗАО «Бизнес-Монолит» рекомендует приобрести барьерные машины производства Sailstar. Линейка серии BW отвечает параметрам современных автоматических стирально-отжимных машин мирового класса.

### Основные преимущества данных машин

Внутренние элементы машины, имеющие контакт с водой, изготовлены из высоколегированной нержавеющей стали. Вместительный внутренний барабан большого диаметра обеспечивает хорошую механическую обработку белья при умеренной скорости вращения, что позволяет создавать идеальные программы стирки.

Высококачественные подшипники со специальными уплотнениями из коррозионно- и износостойкого материала обеспечивают плавность хода и надежную защиту от проникновения воды. В барьерных машинах Sailstar используются современные смазки, что обеспечивает долговечность работы.

В режиме отжима в машинах предусмотрена система многократного равномерного перераспределения белья в барабане, что снижает уровень вибрации и уменьшает на-

грузку на несущие конструкции здания, где установлено оборудование.

Бесступенчатое регулирование скорости вращения барабана осуществляется при помощи преобразователя частоты – инвертора (реверсный двигатель, обеспечивающий вращение барабана при стирке и отжиме, оснащенный системой защиты от перегрузок). Это позволяет сэкономить до 30% потребляемой электроэнергии по сравнению с обычным двухскоростным двигателем.

В барьерных машинах Sailstar большой размер люков облегчает загрузку/выгрузку белья. Внутренний барабан оснащен опускающимся барьером, что позволяет быстро выгружать все белье, не перекручивая его.

Зазор между внешним и внутренним барабаном сведен к минимуму, что позволило снизить расход воды и энергии, затрачиваемой на нагрев воды, сократить время стирки и повысить эффективность работы.

Контроль максимального и минимального уровня воды в барабане осуществляется в ручном или автоматическом режиме. В случае подъема воды выше заданного значения выполняется автоматический слив, что позволяет сэкономить энергоресурсы. Эту функцию пользователи могут устанавливать произвольно.

Каждый люк машины оснащен замком и предохранительным устройством блокировки, срабатывающим при неплотном закрытом люке, а также при открытии люка во время работы. По обеим сторонам машины установлены кнопки аварийной остановки машины.

Машины серии BW50/70/100 могут быть дополнительно оснащены системой повторного использования воды. Обратную воду можно использовать для предварительной и основной стирки, чтобы снизить расход воды, энергии и моющего средства.

Машины оснащены пятью заводскими программами, но предусмотрена возможность программирования всех функций. Пользователь может создать до 40 программ.

На дисплее отображается текущий рабочий статус машины в режиме реального времени и выдаются сообщения об ошибках. Система управления позволяет заменять или редактировать программы, в том числе по подсказкам.

Подводя итог всему сказанному и учитывая, что оптимальное соотношение цены и качества – залог успеха в любом бизнесе, можно сделать вывод: стиральные машины барьерного типа SailStar помогут вам достичь качества стирки мирового уровня при оптимальных затратах.





# 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>

Дадим  
инфекции  
ОТПОР.

Возьмем,  
товарищи,  
ГЛАВХЛОР!



МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ ВИТА-ПУЛ

Тел.: (495) 514-1900  
Тел.: (495) 514-1907



[www.vitapool.ru](http://www.vitapool.ru)  
[info@vitapool.ru](mailto:info@vitapool.ru)

РЕКЛАМА

## Жесткая инструментальная фиксация позвоночника в хирургическом лечении туберкулезного спондилита и хронического гематогенного остеомиелита позвоночника

Хацин Д.Л., Редкобородый В.Г., Василенко А.И.; Ставропольский краевой клинический противотуберкулезный диспансер, г. Ставрополь

### Введение

Туберкулезный спондилит и гематогенный остеомиелит позвоночника до настоящего времени остаются распространенными и калечащими заболеваниями, в большинстве случаев ведущими к инвалидности. С целью замещения межпозвонковых диастазов, образующихся после удаления патологической ткани, применяется различный пластический материал. Для улучшения формирования костного блока спондилитоз выполняется аутокостью на сосудистой ножке (Гусева В.Н., 1983). При использовании аутокостного трансплантата нередко возникает резорбция последнего, перелом, потеря высоты и коррекции или развивается псевдоартроз. Отрицательные исходы составляют от 16 до 40% (Гарбуз А.Е., Тиходеев С.А., Олейник В.В., 1991; Гарбуз А.Е., 1988). Одной из причин неудачных результатов является отсутствие жесткой фиксации оперированного сегмента. Сведения о применении современных погружных конструкций при спондилитах единичны и часто ограничиваются непосредственными результатами операции (Мушкин А.Ю., Куклин Д.В., Беляков М.В., Доленко О.В., 2006).

Фиксация позвоночника при воспалительных заболеваниях должна обеспечивать неподвижность оперированных сегментов, исправлять деформацию, уменьшать статическую нагрузку на трансплантат, создавать благоприятные условия для сращения, что позволяет сократить сроки реабилитации пациентов (Мушкин А.Ю., Куклин Д.В., Беляков М.В., Доленко О.В., 2006). Для выполнения данных задач мы использовали **транспедикулярную фиксацию (ТПФ)**.

**Цель исследования:** изучить результаты радикально-восстановительных операций при туберкулезном спондилите и хроническом гематогенном остеомиелите позвоночника с ТПФ и без нее.

### Материал и методы

С 1991 по 2007 год в Ставропольском противотуберкулезном диспансере прооперировано 208 больных с впервые выявленным туберкулезным спондилитом и 193 – с хроническим гематогенным остеомиелитом позвоночника. В материал исследования включены 67 больных, 43 (64,2%) мужчины и 24 (35,8%) женщины, которым выполнялись традиционные радикально-восстановительные операции, разработанные СПбНИИФП и с применением ТПФ, результаты которых отслежены в ближайшем и отдаленном периоде наблюдения. Для соблюдения однородности материала в работу не включались больные с рецидивами, обострениями, свищами, а также пациенты, которые оперированы с применением других фиксаторов и имплантатов. Возраст исследуемых пациентов – от 18 до 72 лет. Локализация процесса – от Th3 до S1. Практически все больные (98,5%) оперированы в активных стадиях заболевания. Диагноз туберкулезного спондилита и хронического гематогенного остеомиелита позвоночника установлен клинико-рентгенологически и подтвержден гистологически. По типу оперативных вмешательств больные разделены на 2 группы:

1 группа (37 пациентов) – выполнена радикально-восстановительная операция, включающая в себя: абсцессотомию, резекцию тел позвонков, переднебоковую декомпрессию

сию спинного мозга, спинномозговых корешков и костную пластику передней опорной колонны. Интраоперационно выполнялась ручная реклинаяция с целью коррекции кифотической деформации. Подъем больных после операции осуществлялся через 3-6 месяцев.

2 группа (30 пациентов) – после радикально-восстановительной операции выполнена ТПФ позвоночника, которая всегда являлась этапом оперативного лечения туберкулезного спондилита и гематогенного остеомиелита и выполнялась внеочагово (вне зоны деструкции позвонков). При наличии выраженной кифотической деформации, стенозе позвоночного канала, неврологическом дефиците первым этапом выполнялась радикально-восстановительная операция с декомпрессией спинного мозга и спинномозговых корешков, вторым этапом – ТПФ одномоментно, в ходе одного наркоза, или отсроченно, через 2-4 недели (в зависимости от состояния пациента и тяжести сопутствующей патологии). При поражении одного позвоночно-двигательного сегмента применялась 2-опорная конструкция, при полисегментарном поражении – 4-опорная конструкция (рис. 1, 2). Подъем больных осуществлялся на 4-7 день.

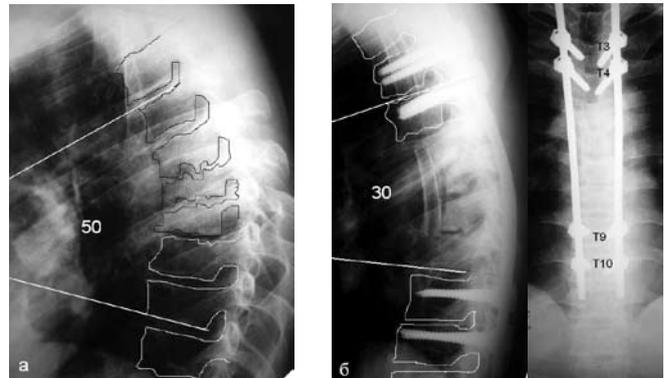


Рис. 1. Больной 45 лет. Диагноз: Хронический гематогенный остеомиелит Th5-Th6-Th7 позвонков (а – до операции: контактная деструкция Th5-Th6, Th6-Th7 позвонков; б – после радикально-восстановительной операции и ТПФ Th3-Th4-Th9-Th10).

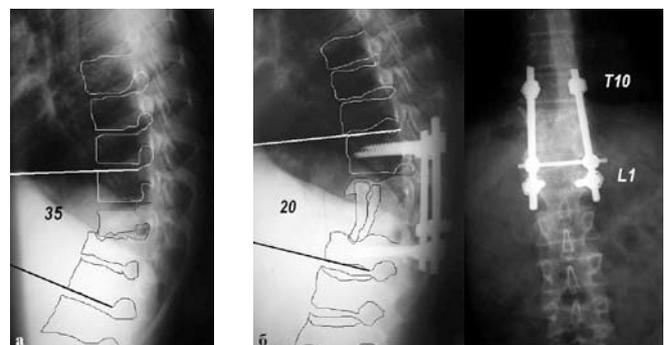


Рис. 2. Больной 38 лет. Диагноз: туберкулезный спондилит Th11-Th12 (а – до операции: глубокая контактная деструкция Th12, краевая Th11; б – после радикально-восстановительной операции и ТПФ Th10-L1).

Сравнимые группы сопоставимы по уровню (табл. 1) и распространенности поражения (во всех исследуемых группах преобладали моносегментарные поражения). Полисегментарные деструктивные процессы с поражением не более 3 позвоночно-двигательных сегментов имелись у 6 больных (16,2%) группы 1 и у 7 (20%) – группы 2.

Результаты лечения оценивались в ближайшем послеоперационном периоде 1 месяц и отдаленном, не менее 12 месяцев.

- При изучении кифотической деформации и длины ауто-трансплантата груднопоясничная локализация рассматривалась как грудная, а пояснично-крестцовая – как поясничная.
- Кифотическая деформация оценивалась на боковых спондилограммах или рентгеномограммах по замыкательным пластинкам двух смежных непораженных позвонков по Сообв<sup>2</sup> а в градусах.
- Измерение вертикальной длины ауто-трансплантата проводилось на боковых спондилограммах по его максимальному размеру в мм.
- Динамика неврологического статуса до операции и после оценивалась по модифицированной шкале Frankel (Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю., 2002) (тип А – параплегия с полным нарушением чувствительности, тип В – параплегия с частичным нарушением чувствительности, тип С – парапарез с выраженным нарушением двигательной функции, тип D – парапарез с незначительными ограничениями двигательной функции, тип R – радикулярный синдром, тип E – отсутствие неврологических симптомов).
- Выраженность болевого синдрома изучалась по методике Denis (Denis F. et al., 1988).
- Частота осложнений изучалась по имевшимся осложнениям во время операции, в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Статистическая обработка проводилась при помощи программы Statistics 6.0, для нахождения количественных различий использовался непараметрический критерий Mann-Whitney U-test, для качественных показателей использовался критерий «Пирсона и МП хи-квадрат»,  $\chi^2$  с поправкой Йетса и точный критерий Фишера.

### Результаты

Исследования показали, что наибольшая коррекция и наименьшая ее потеря в отдаленном периоде наблюдается в группе с применением ТПФ (табл. 2). Радикально-восстановительные операции с интраоперационной ручной реклинацией в условиях ригидной кифотической деформации малоэффективны. ТПФ обладает значительными корригирующими возможностями, позволяющими восстановить анатомическую ось позвоночника, нарушенную патологическим процессом.

Исследования вертикального размера трансплантата и осложнений переднего спондилодеза (табл. 3, 4) показали, что в отдаленном послеоперационном периоде снижение высоты трансплантата и наибольшая частота осложнений переднего спондилодеза наблюдается у больных 1-й группы без задней фиксации позвоночника. Болевой синдром (табл. 5) в отдаленном периоде у этой группы рецидивирует. Боли в спине связаны с прогрессированием кифотической деформации и дегенерацией межпозвонковых дисков выше- и нижележащих сегментов.

В послеоперационном периоде от 1 до 6 месяцев в обеих группах отмечена положительная

динамика в неврологическом статусе (табл. 6). В отдаленном периоде в 1-й группе у трех пациентов (8,1%) отмечено ухудшение. У одного пациента через 1 год и 3 месяца после радикально-восстановительной операции произошла дислокация трансплантата кпереди, перелом задней стенки резецированных позвонков, в результате чего возникла угловая кифотическая деформация со сдавлением спинного мозга, развилась нижняя параплегия типа А (из Е в А). В двух случаях на фоне прогрессирования кифотической деформации и резорбции трансплантата образовался центральный стеноз позвоночного канала с развитием нижнего парапареза типа С (из D в С). Таким образом, хотя статистических различий в группах не выявлено, в отдаленном периоде без задней инструментальной фиксации могут развиваться тяжелые неврологические осложнения. ТПФ препятствует развитию вторичных стенозов (рис. 3).

Осложнений со стороны металлоконструкции (нагноение, образование сером, развитие нестабильности) в нашем исследовании не выявлено.

Таким образом, можно с уверенностью говорить о том, что радикально-восстановительные операции с применением ТПФ во много раз превышают эффективность операций без задней инструментальной фиксации.

### Выводы

- ТПФ может использоваться на всем протяжении грудного, поясничного и пояснично-крестцового отдела позвоночника при активном воспалительном процессе, независимо от протяженности деструкции.
- Корригирующие возможности ТПФ позволяют восстановить ось позвоночника до физиологической нормы. В отдаленном периоде кифотическая деформация не прогрессирует.
- Длина ауто-трансплантата при ТПФ не уменьшается.
- Болевой синдром в отдаленном периоде при использовании ТПФ не рецидивирует.
- Для предупреждения развития неврологических осложнений после радикально-восстановительных операций в ближайшем и отдаленном периоде необходима жесткая фиксация позвоночника, отсутствие которой может приводить к утяжелению неврологического статуса пациентов.
- Применение ТПФ при туберкулезном спондилите и гематогенном остеомиелите позвоночника позволяет улучшить результаты лечения, ускорить реабилитацию пациентов.



Рис. 3. МРТ и рентгенограммы больной 37 лет с туберкулезным спондилитом Th9-Th10-Th11 (а – на МРТ глубокая контактная деструкция, воспалительная инфильтрация позвонков Th9-Th10-Th11 с эпидуральным и паравerteбральным абсцессами; б – через 12 месяцев после радикально-восстановительной операции и ТПФ Th6-Th7-Th12-L1 позвонков)

Таблица 1

## Распределение больных по характеру патологии и уровню поражения позвоночника

Отдел позвоночника	Группа 1			Группа 2		
	ТБС	ХГО	n (%)	ТБС	ХГО	n (%)
Грудной	18	-	18 (48,6)	10	2	12 (40,0)
Грудопоясничной	1	3	4 (10,8)	-	-	0 (0)
Поясничной	12	2	14 (37,9)	14	3	17 (56,6)
Пояснично-крестцовый	1	-	1 (2,7)	-	1	1 (3,3)
Всего	32	5	37 (100)	24	6	30 (100)

Примечание: ТБС – туберкулезный спондилит, ХГО – хронический гематогенный остеомиелит позвоночника

Таблица 2

## Динамика кифотической деформации M±m

Отдел позвоночника	Величина кифоза						Операционная коррекция		Потеря коррекции	
	До операции		После операции через 1 мес.		Отдаленный период					
	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.
Грудной	23±2,4	36±4,5	22±2,6	21±3,5	35±3,7	22±3,6	1±0,7	15±2,7*	13±2,1	1±0,4*
Поясничной	38±3,1	30±4,0	36±3,0	18,4±3,6*	42±3,1	18±3,6*	2±0,4	11,6±1,5*	6±0,7	0,4±0,17*

Примечание: \* – различия статистически достоверны (p<0,01)

Таблица 3

## Вертикальный размер трансплантата в динамике (M±m)

Отдел позвоночника	Длина трансплантата, мм				Потеря высоты трансплантата, мм	
	После операции через 1 мес.		Отдаленный период			
	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
Грудной	59,8±4,4	62,2±10,3	48,4±4,0	60,5±9,8	11,4±2,0	1,7±0,6*
Поясничной	37,4±2,1	35±2,1	31,2±2,0	34,6±2,0	6,1±0,9	0,4±0,1*

Примечание: \* – различия статистически достоверны (p<0,01)

Таблица 4

## Осложнения в зоне переднего спондилодеза в группах

Группы	Варианты осложнений со стороны трансплантата					Всего осложнений, n (%)
	Дислокация	Перелом	Резорбция	Замедленная консолидация	Псевдоартроз	
1	2	1	10	1	1	15 (40,5)
2	-	-	-	1	-	1* (3,3)

Примечание: \* – различия статистически достоверны (p<0,05)

Таблица 5

## Динамика болевого синдрома M±m

Группы	Интенсивность боли по F. Denis в баллах		
	До операции	Через 1 мес. после операции	Отдаленный период
1	2,21±0,09	0,13±0,05	1,17±0,12
2	2,3±0,08	0,26±0,09	0,26±0,1*

Примечание: \* – различия статистически достоверны (p<0,05)

Таблица 6

## Динамика неврологического статуса, n (%)

Группы по шкале Frankel	До операции		Через 1-6 мес. после операции		Отдаленный период	
	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
A	2 (5,4)	2 (6,6)	-	-	1 (2,7)	-
B	4 (10,8)	4 (13,3)	-	1 (3,3)	-	1 (3,3)
C	6 (16,2)	-	1 (2,7)	2 (6,6)	3 (8,1)	-
D	1 (2,7)	1 (3,3)	6 (16,2)	3 (10,0)	2 (5,4)	1 (3,3)
R	18 (48,7)	14 (46,6)	-	-	-	-
Всего осложнений	31 (83,7)	21 (70,0)	7 (18,9)	6 (20,0)	6 (16,2)	2 (6,6)
E	6 (16,2)	9 (30,0)	30 (81,0)	24 (80,0)	31 (83,8)	28 (93,4)

## Биоадекватные методы лечения

Лян Н.В., д.м.н., профессор; Лян В.Н.; Зайдинер Б.М., к.м.н.;

Организация инвалидов-опорников «Икар», ГОУЗ «Онкологический диспансер Ростовской области», г. Ростов-на-Дону

В 1992 году нами сформулирован тезис: организм человека можно представить в виде трехуровневой системы, человек существует как неотъемлемая часть природы, и связи строго упорядочены (Лян Н.В., Лян В.Н., 1992). Этот тезис опирается на данные восточной философии, основу же взаимодействия составляют электромагнитные и гравитационные поля низкой интенсивности, им свойственны дальное действие и векторный характер.

Приоритет в изучении взаимовлияний космо- и биообъектов принадлежит отечественным ученым (Казначеев В.П., Михайлова Л.П., 1991; Бецкий О.В., Голанд М.Б., Девятков Н.Д., 1988). Совместными усилиями радиоприемников и медиков под руководством академика Н.Д. Девяткова создано научно-практическое направление «Миллиметровые волны в биологии и медицине», полученные результаты представлены на международных конференциях и в монографиях. Мы кратко приведем основные положения в контексте нашей работы:

- элементарная доза энергии, которую излучает атом, называется квантом; с ее помощью оценивают спектр излучения или поглощения волн (здесь стоит напомнить о двойственной – корпускулярно-волновой – природе электронов);
- квант в оптическом диапазоне называется фотоном; фотон – это элементарная частица и одновременно транспортное средство электромагнитного взаимодействия;
- информационно-энергетические взаимоотношения существуют между Землей и человеком, а также между полевыми феноменами Вселенной, включая, кстати, геомагнитные патогенные зоны, социальные катаклизмы, а также сферу интересов космобиологии;
- в основу эволюции живой материи природой заложен волновой принцип – клетки живых организмов (вирусов, микробов, растений, животных, человека) генерируют волны миллиметрового (ММ) диапазона, характер которых строго индивидуален;
- человеку свойственна энергия определенной длины волны и частоты – мембраны клеток вибрируют с частотой 42,0-75,7 ГГц при длине волны 3-7,5 мм; длина волны индивида не изменяется в течение жизни, причем эта энергия крайне низкой интенсивности, порядка  $10^{-5}$  мВт/см<sup>2</sup>;
- все биохимические процессы в клетке протекают с определенной скоростью и последовательностью только при определенном ритме колебаний мембраны;
- вирус (микроб, вакцина), однажды попав в организм человека, деформирует (усиливая или ослабляя) волновую характеристику мембраны и оставляет запись своей волновой характеристики на волновой матрице того или иного органа, эта информация остается и после удаления патогена, она способна пролонгировать различные заболевания;
- при оценке интегральной волновой характеристики в состоянии клинического благополучия или при обострении болезни у испытуемых всегда регистрируется отклик только на одну определенную частоту

ММ-диапазона;

- болезнь – это не хаотичный процесс, а взаимодействие определенных программ, закодированных в информационном поле организма, то есть своеобразный четко направленный, последовательный ряд изменений, переходящих из информационных структур в энергетические, из энергетических – в биохимические с последующей реализацией на клеточном и организменном уровнях;
- нарушение функционирования организма за счет излучения патологических частот можно устранить путем навязывания извне той частоты, на которую он был настроен в здоровом состоянии, при этом организм имеет возможность как бы заново построить (восстановить) волновую структуру;
- резонансно-полевые взаимодействия и синхронизация частотных и когерентных характеристик различных излучений в живом организме происходят путем бесконтактного приема и передачи волновых информационных характеристик поля; в этой связи поле как таковое является своеобразным надструктурным образованием живой материи (Дубров Л.П., 2000). Под термином «информационные взаимодействия» понимается уровень энергии меньше, чем кТ (коэффициент, характеризующий тепловое движение частиц в организме), этот термин стал основным для радиоизлучений малой интенсивности – менее  $10^{-5}$  мВт/см<sup>2</sup> в диапазоне крайне высоких частот (КВЧ);
- волновые характеристики организма можно восстанавливать с помощью приборов квантовой технологии.

Взаимоотношение информативности и энергетичности образует так называемую информационно-энергетическую субстанцию, или биоэнергоинформатику (БЭИ). Можно предположить, что эволюция Вселенной происходит в сторону развития высокоинформативных, но малознергетичных, «экономных» систем. К примеру, по мере развития глобализации и ухудшения экологической обстановки на Земле появляется все больше ранее неизвестных вирусов и аутоиммунных заболеваний, вирулентнее становятся условно-патогенные микроорганизмы.

БЭИ сформировалась и как мировоззрение, опирающееся на синтез научных и эзотерических знаний. Она связана с представлениями о единстве информационно-энергетического пространства Вселенной, включающем как вещественный, так и духовный (тонкоматериальный) мир сознания и подсознания индивида со сверхсознанием Абсолюта (Волченко В.Н., 1997; Родштат И.В., 2000). Установлено также, что в основе экстрасенсорного воздействия сенситива на биообъекты, растения и микроорганизмы лежат резонансно-полевые феномены с примерным интервалом энергии в диапазоне  $10^{-10}$ - $10^{-12}$  мВт/см<sup>2</sup> (Волченко В.Н., Колбун Н.Д., Лобарев В.Е., 1989). По сути, здесь происходит как бы безэнергетическая передача информации.

Вышеизложенное позволяет обратиться к биоадекватным медицинским технологиям. Биоадекватность

подразумевает использование полей, характеристики которых выявляются при нормальном функционировании организма. По данному критерию все лекарственные препараты в аллопатических диетозах, а также ионизирующие излучения и рутинные методы физиотерапии небоадекватны. Малую эффективность современных лечебных программ иллюстрирует нарастающая частота хронических болезней вопреки обилию антибиотиков и других лекарственных препаратов (Чернов Ю.Н. и соавт., 2003).

Боадекватными информационными подходами считают биорезонансную ММ-терапию, эффект низкоинтенсивных лазерных (НИЛИ) и магнитных источников и некоторые методы традиционной терапии: воздействие на БАТ иглами, лечебные пластыри, точечный и линейный массаж. Этот перечень недавно дополнила СКЭНАР-технология (Гринберг Я.З., 2003; Городецкая Е.Н., Городецкий И.Г., 2003).

Наш центр проводит профилактику, лечение и реабилитацию детей с ДЦП, пациентов с дизэнцефальными синдромами, последствиями нарушений мозгового кровообращения и травм позвоночника, а также их родственников с психосоматическими заболеваниями.

Обратившимся в центр на первом этапе проводят компьютерную диагностику функционального состояния организма с помощью аппарата РИСТА-ЭПД (г. Таганрог), оценивающего биопотенциалы БАТ по Накатани. Таким образом определяют степень энергетического состояния организма, оценивая причинно-следственные связи заболевания, пространственное распределение энергии; кроме того, достигается динамический контроль за эффективностью лечения. РИСТА-диагностика позволяет индивидуализировать программу лечения, ориентируемого на коррекцию обнаруженных расстройств.

С учетом специфики заболеваний нами разработаны научно обоснованные методы лечения, в которых аппараты квантовой технологии используют, сочетая с программами традиционной медицины.

**1. При поражении ЦНС:** иглорефлексотерапия активных зон скальпа, ответственных за двигательную функцию конечностей и мимической мускулатуры с одновременным воздействием аппарата биорезонансной ММ-терапии АМРТ-02 (г. Харьков) с суммарной частотой 52 ГГц на соответствующие зоны скальпа и крупных суставов. Клинико-экспериментальными исследованиями установлено, что при ММ-терапии крупных суставов модуляция активности головного мозга реализуется посредством нервных и гуморальных механизмов диссимметризации правой гемисферы и гипоталамуса при воздействии слева и обоих полушарий – при обработке справа (Родштат И.В., 1994).

**2. Депрессивные расстройства, тревога, нарушения сна** – основные психологические компоненты, сопровождающие посттравматический период у наших пациентов. Эти психоэмоциональные симптомокомплексы купировали НИЛИ-прибором «Лазтер-05» (Томск) с длиной волны 0,68 мкм и мощностью до 0,5 мВт, световод которого вводился в носовые пазухи. Воздействие НИЛИ на оптико-эпифизарные пути способствует стимуляции выработки нейроэндокринных аминов в передних ядрах гипоталамуса; такие субстанции повышают уровень адаптационных

процессов и способствуют преодолению астено-депрессивных расстройств (Шуркова И.Н., Бухановский А.О., Мрыхин В.В., 2006). Данный прибор позволял воздействовать на БАТ заинтересованных энергетических каналов в качестве самостоятельного метода.

**3.** В последнее время мы используем аппарат КВЧ-ИК СЕМ ТЕСН (Controlled Energy Material Technology – технология использования материалов с управляемой энергетической структурой) (Томск). Аппарат снабжен сменными излучателями фиксированных частот КВЧ-диапазона 42,2 ГГц (7,1 мм), 53,5 ГГц (5,6 мм) и 66,7 ГГц (4,9 мм), а также в режиме шумовой генерации 42-78 ГГц и в ИК-диапазоне. Отметим еще одно достоинство аппарата – функция «запись–перезапись» резонансных характеристик патологического очага. С помощью специального датчика в автоматическом режиме записывают спектральную характеристику очага патологии (травмы, переломы, ожоговая поверхность, опухоль, воспаление) с дальнейшей перезаписью их на воду, воск или мед, после чего волновая характеристика патологического очага восстанавливается.

Наш многолетний опыт динамического наблюдения в процессе лечения и 1-2-летние катamnестические исследования позволяют отметить несколько важных, на наш взгляд, обстоятельств:

- здоровый организм отличается высокой энергетической наполненностью, составляя 50% энергетической шкалы Накатани. При этом в пространственном распределении энергии абсолютно преобладает Ян-компонент (энергия тепла, процесс созидания);
- хроническое течение болезни обусловлено дефицитом общей энергии или биоэнергетической недостаточностью (здесь мы опускаем общие вопросы энергообеспечения организма). При этом энергетический потенциал по шкале Накатани снижается до уровня 30-40%, а у онкологических больных с астено-гиподинамическим синдромом – до 20-25% (Шифрин А.Г., Шифрин Г.А., 1999; Зайдинер Б.М., Лян Н.В., 2005; Zaidiner B., Baranovsky I., Lyan N., 2005); абсолютно доминирует Инь-энергия холода, свидетельствуя о процессах упадка;
- клиническое выздоровление после проведенного лечения сопровождается увеличением энергетической обеспеченности, однако этот показатель не доходит до нормального уровня по шкале Накатани.

Пространственное распределение энергии зависит от энергетического состояния центрального (чакры) и периферического (каналы) звеньев в организме. Так, энергетическое состояние чакр определяет возникновение и развитие любого заболевания, а энергетическое состояние каналов – манифестацию его симптоматики.

Чакральную диагностику можно проводить с помощью радиэстезического метода (Лян Н.В., Лян В.Н., Кулижский Б.П., 2002). Так, например, стенокардия напряжения зависит от избытка энергии тепла чакры Вишуддха, а также от избытка энергии ветра чакры Анахата и энергии влажности чакры Манипура. С другой стороны, вегетососудистая дистония формируется снижением энергетического потенциала вышеназванных чакр. Следовательно, главным условием при лечении вегетососудистой дистонии становится пополнение энергией чакр Вишуддха, Анахата и Манипура; такой дефицит можно купировать с помощью ММ-те-

рапии.

В последнее время перспективные направления клинической медицины дополнила СКЭНАР-терапия. СКЭНАР – аббревиатура названия прибора «самоконтролируемый энерго-нейроадаптационный регулятор» (г. Таганрог). Аппарат генерирует нейрореподобные импульсы средней и низкой частоты импульсного электромагнитного поля: по данному критерию СКЭНАР-терапию относят к биоадекватным технологиям (Лян Н.В., Зайдинер Б.М., Кулижский Б.П., Лян В.Н., 2002).

Благодаря высокой эффективности СКЭНАР-терапии многих нозологических форм заболеваний медицинская общественность все серьезнее интересуется прибором. Результаты научных разработок СКЭНАР-технологии обсуждаются на ежегодных региональных и международных конференциях.

В нашей практике используются аппараты серии «Домашний доктор» СКЭНАР 97.4 и ЧЭНС-СКЭНАР. Методики воздействия: активация или тонизирование заинтересованных энергетических каналов; при

снижении функционально-энергетического состояния органов и систем – обработка зон передней поверхности тела (прежде всего точек входа энергии в эти органы); при активности патологического процесса – обработка задней поверхности, где находятся точки выхода энергии. Хронические воспалительные или продуктивные процессы диктуют необходимость воздействия на зоны скальпа, кроветворения, иммунитета, гормонально-эндокринных систем.

Опыт показал, что применение разноплановых источников электромагнитного излучения: ММ-биорезонансной, НИЛИ-, СКЭНАР-терапии – позволяет эффективно восстанавливать энергетический потенциал организма – главный фактор здоровья. Мы убеждены в том, что комбинированное применение перечисленных подходов становится методом выбора профилактики, лечения и реабилитации различной патологии, обуславливающей инвалидность и ограничение физических возможностей человека, а также возникновение психосоматических заболеваний.



## Уважаемые читатели!

***С 2005 года мы распространяем наш журнал по всем больницам и поликлиникам юга – через почтовые ячейки в министерствах и управлениях здравоохранения ЮФО.***

***Если по какой-либо причине у Вашего учреждения есть трудности с регулярным получением журнала или Вы хотите получать большее количество экземпляров, можно оформить подписку на журнал у нас в редакции и получать его прямо на адрес учреждения.***

***Цена годовой подписки на 2009 год (с почтовыми расходами) – 300 рублей. Журнал ежеквартальный, выходит в марте, июне, сентябре и декабре.***

Сделать заявку на подписку можно в свободной форме по телефону (863) 223-23-26, факсу (863) 273-25-16 или по электронной почте на e-mail: [info@akvarel2002.ru](mailto:info@akvarel2002.ru)

***В заявке нужно указать ФИО получателя, организацию, почтовый адрес (с индексом), контактный телефон и требуемое количество экземпляров.***

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

## Надеемся на длительное сотрудничество!

# ООО «ВИТАЛАБ»

196105, г. Санкт-Петербург, Яковлевский пер., 11, оф. 3, тел.: (812) 740-71-04, 740-71-05, e-mail: vitalab@mail.ru, www.vita-lab.spb.ru

**Обеспечение лабораторий. Медицинское оборудование. Диагностические наборы, реагенты и расходные материалы.**

Категория №	Наименование	Цена за упаковку 1000 шт. без НДС, 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.
<b>Расх. материалы для анализаторов глюкозы «Эко-Соло II» (полуавтом.) (Германия, Care Diagnostics)</b>			
600 001	Мембрана биокерамическая GOD, НДС — 10%	1 шт.	1660,56
600 002	Пакет реагентов 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
<b>Расх. материалы для анализаторов глюкозы «Эко-Твенти», «Эко-Матик» (автом.) (Германия, Care Diagnostics)</b>			
866 603	Мембрана биокерамическая GOD, НДС — 10%	1 шт.	2445,70
866 621C	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
<b>Реагенты для гематологических анализаторов Селтак МЕК (Япония, Nihon Kohden)</b>			
19201	Изотонический разбавитель для МЕК (Дилуэнт Дифф.) (Diaton-NK-Diff-Diluent), НДС — 10%	20 л	1794,87
19202	Лизирующий раствор для МЕК 6318K (Dialyse-NK-Diff), НДС — 10%	5 л	9333,25
	Лизирующий раствор для МЕК 5216K (Dialyse-MC-Q-Diff), НДС — 10%	30 мл	897,62
24009	Лизирующий реагент для МЕК 5208K, 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
CBC-3D	Набор контрольной крови (2N-1L-1H), НДС — 10%	4 фл.х2 мл	6608,20
T496	Hemolynac 5, НДС — 18%	500 мл	1979,13
30200010	Гематологические стаканчики, НДС — 10%	50 шт.	762,94
<b>Реагенты и расх. материалы для автом. биохим. анализатора «Сапфир»</b>			
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
<b>Реагенты и расх. материалы для автом. биохим. анализатора «СпотКем» SP-4430 (Япония, Arkgray Inc.)</b>			
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
<b>Реагенты и расх. материалы для анализатора мочи Aution Eleven (Япония, Arkgray Inc.)</b>			
10EA	Тест-полоски Aution Sticks (GLU, PRO, BIL, URO, pH, уд. плот., кровь, KET, NIT, 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
<b>Тест-полоски для экспресс-анализаторов мочи Clinitek (США)</b>			
	Тест-полоски на 10 параметров: глюкоза, белок, билирубин, уробилиноген, кетоновые тела, PH, удельный вес, эритроциты, нитриты, лейкоциты (Cia, 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



ГИПЕРИОН

НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ИННОВАЦИОННАЯ ФИРМА

**ГИПЕРИОН**

121170, г. МОСКВА, КУТУЗОВСКИЙ ПРОСПЕКТ, 34 ТЕЛ./ФАКС: (499) 249-08-69

www.giperion.nm.ru, e-mail: giperion@nm.ru

Лицензия Минздрава РФ № 64/2003-0274-0289 от 08.07.2003 г.

**Разработка и производство медицинского и лабораторного оборудования**

НАИМЕНОВАНИЕ ИЗДЕЛИЯ	Цена, руб.
<b>ПЛАЗМОЭКСТРАКТОРЫ, ШЕЙКЕРЫ, ВОДЯНЫЕ БАНИ</b>	
ПЛАЗМОЭКСТРАКТОР – устройство настольное для отделения в полимерных контейнерах плазмы крови от эритроцитарной массы «НОСТАЛЬГИЯ» (с двумя прозрачными пластинами) (Рег. уд. №ФСР 2007/01515)	8500
Автоматический плазмоэкстрактор	50150
Устройство для термостатирования и перемешивания биологических проб – ВИБРОТЕРМОСТАТ ВТ-1	8673
Устройство для термостатирования и перемешивания биол. проб – ВИБРОТЕРМОСТАТ «ВИТЕРМ»	13865
Устройство для размораживания криоконсервированных продуктов крови (Рег. уд. №ФС 022а2006/3440-06) - «ПЛАЗМОТЕРМ-4» на 4 контейнера с комплектом держателей - «ПЛАЗМОТЕРМ-4Э» для размораживания эритроцитной массы	82350 139000
УТИВ-01-«ГИПЕРИОН» – устройство термостатируемое для инактивирования вирусов при термической обработке флаконов с препаратами крови (термостатируемая ванна) 100-700 л (Рег. уд. №ФС 02262005/1642-05)	296000- 1290000
ВОДЯНАЯ БАНЯ на 40 пробирок или 2 контейнера – устройство ванна термостатируемая со световой и звуковой сигнализацией для термической обработки полимерных флаконов и контейнеров с инфузионным раствором ВТ-20, внутренняя поверхность – нерж. сталь (Рег. уд. №ФС 022а2006/3242-06)	39500
ВСТАВКА ДЛЯ УСТАНОВКИ ПРОБИРОК (нерж. сталь)	6100
ВСТАВКА ДЛЯ УСТАНОВКИ КОНТЕЙНЕРОВ (нерж. сталь)	9100
<b>УСТРОЙСТВА ДЛЯ ЗАПАИВАНИЯ ТРУБОК ПОЛИМЕРНЫХ КОНТЕЙНЕРОВ ДЛЯ ЗАГОТОВКИ И ХРАНЕНИЯ КРОВИ. ДОЗАТОРЫ</b>	
УСТРОЙСТВА ДЛЯ ЗАПАИВАНИЯ ТРУБОК ПОЛИМЕРНЫХ КОНТЕЙНЕРОВ ДЛЯ ЗАГОТОВКИ И ХРАНЕНИЯ КРОВИ «ГЕКОН-С» и «ГЕКОН-Б» (Рег. уд. №29/01111299/1788-01)	50500- 62500
УСТАНОВКА ДЛЯ ДОЗИРОВАНИЯ ИНФУЗИОННЫХ РАСТВОРОВ В ПОЛИМЕРНЫЕ КОНТЕЙНЕРЫ И ИХ ГЕРМЕТИЗАЦИИ	148090
УСТРОЙСТВО ДОЗИРОВАНИЯ ДОНОРСКОЙ КРОВИ В ПРОЦЕССЕ ЕЕ ЗАБОРА В ПОЛИМЕРНЫЕ КОНТЕЙНЕРЫ ДМ-1 (автоматические механические весы с кронштейном для взвешивания крови) (Рег. уд. №ФСР 2007/01514)	5900
УСТРОЙСТВО ЭЛЕКТРОННОЕ ДЛЯ НОРМИРОВАНИЯ ОБЪЕМОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ И ПЕРЕМЕШИВАНИЯ ЕЕ С КОНСЕРВАНТОМ «ЛИКА» (дозировка крови по объему). Питание от сети и от встроенного аккумулятора пр-ва Японии, с зарядным устройством (Рег. уд. №ФСР 2007/01516)	39000
УСТРОЙСТВО ЭЛЕКТРОННОЕ ДЛЯ НОРМИРОВАНИЯ ОБЪЕМОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ И ПЕРЕМЕШИВАНИЯ ЕЕ С КОНСЕРВАНТОМ «ЛИКА» В КОМПЛЕКТЕ СО СТОЛИКОМ (Рег. уд. №ФСР 2007/01516)	49500
МИКСЕР ДОНОРСКОЙ КРОВИ ДЛЯ НОРМИРОВАНИЯ ЕЕ ОБЪЕМА В ПРОЦЕССЕ ЗАБОРА И ПЕРЕМЕШИВАНИЯ ЕЕ С КОНСЕРВАНТОМ «ГЕМИКС» (дозировка крови по весу). Питание от сети и от встроенного аккумулятора пр-ва Японии с зарядным устройством (Рег. уд. №ФСР 2007/01513)	42500
МИКСЕР ДОНОРСКОЙ КРОВИ ДЛЯ НОРМИРОВАНИЯ ЕЕ ОБЪЕМА В ПРОЦЕССЕ ЗАБОРА И ПЕРЕМЕШИВАНИЯ ЕЕ С КОНСЕРВАНТОМ «ГЕМИКС» В КОМПЛЕКТЕ СО СТОЛИКОМ (Рег. уд. №ФСР 2007/01513)	53000
<b>СТОЛИКИ. СТОЙКИ</b>	
СТОЛИК ПОД ПОМЕШИВАТЕЛЬ-ДОЗАТОР (нерж. сталь)	3540
СТОЙКА РАЗДВИЖНАЯ-ПЕРЕДВИЖНАЯ для размещения и закрепления полимерных контейнеров и флаконов с инфузионным раствором и компонентами крови СР-01, обеспечивает крепление импортных дозаторов и инфузوماتов (1-6 шт.) (Рег. уд. №ФС 02012006/3241-06) - с вращающимися держателями на 4 контейнера - с вращающимися держателями на 2 контейнера и 2 флакона - с вращающимися держателями на 4 контейнера и полкой-поставкой - с вращающимися держателями на 2 контейнера и 2 флакона и полкой-поставкой	6500 6900 8500 8900
СТОЙКА ПЕРЕДВИЖНАЯ для ЛЕЙКОФИЛЬТРАЦИИ (Рег. уд. №ФС 02012006/3241-06)	37800
СТОЙКА НАСТОЛЬНАЯ для закрепления полимерных контейнеров и флаконов с кровью и ее компонентами СН-1, нерж. сталь (Рег. уд. №ФС 02012006/3526-06) - для контейнеров - для флаконов и контейнеров	3700 3900
СТОЛ-ПОДСТАВКА (для выездных бригад забора крови)	3068
<b>ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ХРАНЕНИЯ КРОВИ</b>	
ХОЛОДИЛЬНАЯ КАМЕРА ДЛЯ ХРАНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ (температура на +4°С, объем 370 л, на 120 контейнеров типа «ГЕМАКОН» по 450 мл, габариты (1860x575x620 мм), внутренняя поверхность – нерж. сталь)	89000- 97000
<b>УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИБОРЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЙ</b>	
ПОРТАТИВНЫЙ ЭХОСИНУСКОП «ЭХОЛОР»	70800
АУДИОТЕСТЕР «ЭХОТЕСТ-02» (Рег. уд. №ФСР 2007/00363)	29500
<b>ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗРЕНИЯ</b>	
АНАЛИЗАТОР РЕФРАКЦИИ ЛАЗЕРНЫЙ «ЛАР-02»	76523



**Южно-Российский  
курортно-медицинский форум  
«КУРОРТЫ ЮГА.  
ИНДУСТРИЯ ГОСТЕПРИИМСТВА»**

**Ежегодная специализированная  
выставка «ЮгМедЭкспо»**

**Ежегодная специализированная  
выставка «ЮгДенталЭкспо»**

г. **Пятигорск**  
**14-16**  
**мая 2009 года**

г. Пятигорск, ул. Первомайская, 81  
Тел./факс (8793) 32-02-18, 32-17-38,  
(800) 100-91-99 (звонок бесплатный),  
(961) 472-6838, (962) 016-16-22  
E-mail: artex1@artex1.com, info@artex1.com,  
[Http://www.artex1.com](http://www.artex1.com)



Под патронатом Министерства здравоохранения и социального развития РФ  
При поддержке администрации Краснодарского края, г. Сочи, ТПП г. Сочи

**2 – 4 ИЮЛЯ, СОЧИ, ГК «ЖЕМЧУЖИНА»**

X специализированная выставка

**"МЕДИЦИНА - СЕГОДНЯ И ЗАВТРА"**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО СТОМАТОЛОГИИ

**10 – 12 СЕНТЯБРЯ, СОЧИ, ГК «ЖЕМЧУЖИНА»**

X специализированная выставка

**«EXROMED-2009»**

-ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ВЫСТАВКА-СЕМИНАР

«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В XXI ВЕКЕ»

-НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

ВЫСТАВОЧНАЯ КОМПАНИЯ «СОЧИ-ЭКСПО ТПП г. СОЧИ», тел.: (8622) 642-333,  
647-555, 648-700, (495) 745-77-09, [www.sochi-expo.ru](http://www.sochi-expo.ru) e-mail: [medicina@sochi-expo.ru](mailto:medicina@sochi-expo.ru)



**СОЧИЭКСПО**

*- залог чистоты в Вашем доме!*



## Крем-мыло «ЧИСТЫЙ ГОРОД»

- Обладает дезинфицирующими антимикробными, очищающими, смягчающими и увлажняющими свойствами
- Обеспечивает снижение заносной микрофлоры
- Обладает нейтральным pH и приятным запахом
- Экономично в применении

*Скоро в продаже!!!*



*Элитная серия препаратов «Чистый город» по уходу за кожей рук жидкое мыло «Чистый город» и крем для рук «Чистый город»*

*Также предлагаем:*

**«ПАРФЮМЕР»** - средство для удаления запахов, в том числе: в ёмкостях для мусора, медицинских мусорных ёмкостях для использованных санитарных полотенец, тампонов, подгузников и т.д.

**«УЛЯ»** - препарат для удаления налета и остатков органики, а также нерастворимых осадков (известковый и мочевоый камень) в унитазах, писсуарах.

**«ЕРШИК»** - препарат для ликвидации промышленных засоров в канализации.



## ЧИСТЫЙ приГОРОД

Препарат для загородных туалетов и септиков



Перерабатывает отходы  
Устраняет запахи

**«ЧИСТЫЙ приГОРОД»** - препарат для загородных туалетов и септиков, микробиологический продукт, специально разработан для ускорения переработки бытовых стоков в септиках. Процесс биопереработки органических отходов очень важен для правильной работы септиков. Кроме того, «ЧИСТЫЙ приГОРОД» столь же эффективен для применения в наружных туалетах и выгребных ямах.