



КРИОЦЕНТР

ВЕДУЩИЙ БАНК СТВОЛОВЫХ 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 <http://www.cryocenter.ru>

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





Your
Clearest
View
Within

Кристалльный взгляд изнутри

Сделать явным недоступное ранее!

ACCUVIX V10

Опыт, воплощенный
в новое поколение УЗД сканеров!

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

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

V10 – широкий диапазон мультислотных датчиков

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



ООО «ЕВРОМЕДСЕРВИС» –

авторизованный дилерский и сервисный центр
по Южному Федеральному округу

357500, г. Пятигорск, ул. Крайнего, 49, оф. 901.
Тел. (8793) 36-59-48, тел./факс: (8793) 36-36-92.
E-mail: ems@kmv.ru • www.euromc.ru

see it all 
MEDISON

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**Анищенко Е. А.** — зам. Главы
Администрации Волгоградской
области, председатель Комитета
по здравоохранению Волгоградской
области**Бицупев В. Г.** — министр здравоохранения
Кабардино-Балкарской республики**Быковская Т. Ю.** — министр
здравоохранения Ростовской области**Мажаров В. Н.** — министр
здравоохранения Ставропольского края**Мамаев И. А.** — министр
здравоохранения Республики Дагестан**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**Подписка т./ф.: (863) 273-25-16**www.akvarel2002.ru,
e-mail: info@akvarel2002.ruОтпечатано в ООО «Принт-Сервис»,
г. Ростов-на-Дону, пр. Шолохова, 11б

Тираж 5500 экз. Заказ №693

Подписано в печать 22.09.2009

Зарегистрирован
Управлением Россохранкультуры
по Южному Федеральному округуРегистрационный номер
ПИ № ФС 10—5825 от 28 января 2005 г.

Распространяется бесплатно по линии МЗ

В соответствии со ст. 38 закона РФ
«О рекламе» ответственность за содержание
информации в рекламе несет рекламодатель.

Широкое совещание в Ростове-на-Дону	4
Социальное обслуживание в ЮФО.....	6
Демографическая обстановка в РСО — Алания	8
Инновационные технологии — для обследования больных сахарным диабетом и оказания им специализированной помощи при осложнениях	10
К 100-летию Ростовского научно-исследовательского института микробиологии и паразитологии (1909—2009)	13
Основные показатели здоровья детей-сирот на территории Астраханской области	16
Эффективность ТЭС-терапии в лечении гипогалактии.....	19
Эффективность комбинаций инсулинотерапии в детской эндокринологии (по данным Астраханской области).....	23
Результаты скрининга артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа и других нарушений углеводного обмена среди работающего населения Ростова-на-Дону.....	25
Проблема безопасности персональных данных и доступные варианты ее решения	30
Аттестация ЛПУ для обработки персональных данных — проблемы, подходы, решения.....	31
Новый метод диагностики заболеваний зависимости	32
Социальная работа в современной психиатрии.....	33
Отчет о научно-исследовательской работе по оценке эффективности лекарственного препарата ВАНКОРУС у пострадавших с множественной и сочетанной травмой	38
Возможности применения милдроната у больных хронической сердечной недостаточностью с сахарным диабетом 2 типа и автономной кардиальной нейропатией.....	41
Лечение келоидных и гипертрофических рубцов методом сочетанного применения отечественного препарата «Лонгидаза 3000 МЕ» и ультразвука	46
УЗО в операционном блоке: операционные сестры сказали «ДА»	51
Коронарное шунтирование при тяжелом коронарном атеросклерозе. Обзор рандомизированных испытаний	52
«Ника-Полицид» — современное дезинфицирующее средство	55
Предложения оптовых фирм	56

Широкое совещание в Ростове-на-Дону

Пресс-служба Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

За последние годы государственная политика в области здравоохранения и социального развития претерпела серьезные качественные изменения. Она стала концентрироваться на наиболее острых проблемах и ориентироваться на приоритетные национальные программы, элементы модернизации. Примером этого стало широкое совещание, прошедшее в начале августа в резиденции Полномочного представителя Президента в ЮФО. В центре внимания его участников были вопросы повышения качества оказания медицинской и социальной помощи, лекарственного обеспечения населения, стабилизации цен на лекарственные средства в регионах юга России.

На совещании присутствовали руководители всех территориальных управлений Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ЮФО во главе с руководителем Центрального аппарата Н. В. Юргелем. Вел совещание заместитель Полномочного представителя Президента РФ в ЮФО В. А. Жуков. Также присутствовали: заместитель Главы Администрации (Губернатора) А. И. Бедрик, руководитель Управления Федеральной антимонопольной службы по Ростовской области В. Г. Корнеев, министр здравоохранения Ростовской области Т. Ю. Быковская, министр здравоохранения Астраханской области В. Г. Акишкин, министр здравоохранения Ставропольского края В. Н. Мажаров, заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики Р. А. Бартиев, руководитель Департамента здравоохранения Краснодарского края Е. Н. Редько и другие участники.

Одной из приоритетных задач государственной политики в сфере здравоохранения продолжает оставаться лекарственное обеспечение граждан. Заместитель руководителя Росздравнадзора Е. А. Тельнова во время выступления отметила, что в течение всего периода реализации программа обеспечения необходимыми лекарственными средствами неоднократно подвергалась критике, и порой справедливой. Однако именно она обеспечила доступность необходимых лекарственных средств для наиболее незащищенных групп населения, позволила реально подойти к определению потребности в лекарственных средствах с учетом ограниченных финансовых возможностей. Реализация программы принесла значимые медико-социальные результаты: снижение смертности от хронических заболеваний, улучшение качества жизни многих тысяч пациентов. В настоящее время на территории ЮФО в льготных программах задействованы 859 пунктов отпуска, 1455 ЛПУ и 31282 врача.

Основным индикатором качества реализации программы обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами является количество и доля рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении и отказанных в обеспечении. Так, доля рецептов отсроченного обслуживания в среднем по РФ составляет 0,06%, в ЮФО — 0,11%, что в 6,5 раз ниже аналогичного показателя за 2008 год. Количество рецептов, отказанных в обеспечении на юге страны, — 2661 (табл. 1).

Тельнова Е. А. также остановилась на проблеме ценовой доступности лекарственных средств, «одной из серьезных проблем лекарственного обеспечения населения России в условиях экономического и финансового кризиса».

Именно поэтому проведение Росздравнадзором мониторинга уровня цен на лекарственные средства позволило привлечь внимание руководителей субъектов РФ, органов управления здравоохранением, других участни-

ков фармацевтического рынка и общественности к проблемам ценообразования на лекарственные средства, наиболее остро проявившимся в виде повышения цен в условиях экономического кризиса. Мониторинг показал, что в настоящее время произошла некоторая стабилизация ситуации, а в ряде регионов цены по определенным позициям даже снизились (табл. 2).

Согласно данным мониторинга, уровень цен на лекарственные препараты в июне 2009 года в сравнении с маем 2009 года в среднем по стране практически не изменился (снизился на 0,16%); на препараты начальной стоимостью до 500 рублей в среднем по стране и округу тоже находился на прежнем уровне (увеличился на 0,12%); на препараты дороже 500 рублей в среднем также оставался стабильным (снизился на 0,47%).

Результаты мониторинга цен в амбулаторном сегменте за май и июнь в разрезе отечественных и зарубежных лекарственных средств также свидетельствуют о стабилизации ситуации. В целом по округу уровень цен на импортные препараты увеличился на 0,2%.

Таким образом, данные мониторинга цен выявили наметившуюся тенденцию к стабилизации уровня цен на лекарственные препараты.

Анализ размера фактически применяемой розничной торговой надбавки показал, что в июне в среднем по России она составила 27,8%, в ЮФО — 23,7%.

Начальник Управления организации государственного контроля обращения медицинской продукции и средств реабилитации инвалидов Росздравнадзора В. В. Косенко в своем докладе определила основную задачу государственной политики в сфере обращения лекарственных средств — удовлетворение реальных потребностей населения в качественных, эффективных, безопасных и доступных лекарственных препаратах. В первую очередь это будет достигнуто в результате реализации проекта по созданию в каждом федеральном округе современных лабораторных комплексов, обеспечивающих возможность проведения экспертизы любой степени сложности, в том числе иммунобиологических препаратов.

Первая испытательная лаборатория будет организована на территории ЮФО в Ростове-на-Дону к концу 2009 года. В составе комплекса будут функционировать: контрольно-аналитическая, микробиологическая, биологическая и экспресс-лаборатория, оснащение которых позволит обеспечить проведение испытаний различных лекарственных средств, в том числе генно-инженерных, а также инсулинов.

В настоящее время на территории ЮФО действуют 9 испытательных лабораторий, аккредитованных на техническую компетентность и независимость. Лекарственные средства на территории округа производят 12 организаций; номенклатура выпускаемой продукции — более 130 наименований лекарственных средств.

Заместитель начальника Управления государственного контроля обращения медицинской продукции и средств реабилитации инвалидов Росздравнадзора М. Ю. Хубиева в своем выступлении подчеркнула, что проблема обеспечения безопасности лекарственных средств неразрывно связана с эффективностью системы фармаконадзора. Актуальность совершенствования данной системы обусловлена, прежде всего, внедрением в клиническую практику новых препаратов, полипрагмазией, нерациональным использованием лекарственных средств, врачебными ошибками, самолечением, растущей сенсibilизацией

Основные показатели реализации программы ОНЛС на территории ЮФО и по РФ в целом по состоянию на 20.07.2009

Регион	Сумма (тыс. руб.)		Выписано рецептов		Обслужено рецептов		Отпущено ЛС на сумму (тыс. руб.)	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Республика Адыгея	30 252	46 195	61 323	54 183	47 206	53 611	22 695	42 886
Республика Дагестан	276 380	299 463	207 695	213 849	206 308	213 526	147 571	223 480
Республика Ингушетия	18 858	68 033	17 575	21 572	16 448	21 054	13 911	59 562
Кабардино-Балкарская Республика	49 044	68 433	97 685	55 804	97 325	55 541	46 032	47 823
Республика Калмыкия	28 734	73 984	28 237	63 519	27 997	63 508	21 892	56 008
Карачаево-Черкесская Республика	26 712	102 900	41 055	38 827	36 904	35 940	26 600	67 613
Республика Северная Осетия — Алания	90 114	113 109	137 962	110 680	112 158	93336	71 791	107 868
Чеченская Республика	19 160	41 035	23 164	90 735	16 309	88 994	16 550	99 770
Краснодарский край	463 614	700 920	677 699	781 152	635 188	778 292	318 439	592 307
Ставропольский край	177 820	343 640	226 071	275 018	211 450	272 223	149 170	278 531
Астраханская область	75 178	87 740	126 999	146 883	123 160	135 979	52 683	71 745
Волгоградская область	192 980	265 487	183 119	243 041	178 703	243 007	115 962	165 483
Ростовская область	538 056	769 399	907 702	667 696	902 773	666 288	403 708	471 513
ИТОГО по ЮФО	1986902	2980338	2736286	2762959	2611929	2721299	1407005	2284589
ИТОГО по РФ	18818213	27582030	33344671	33173037	31947228	32464746	14246539	21264887

населения к биологически активным и химическим веществам, а также применением фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных средств.

По ее словам, в настоящее время на территории РФ организовано 44 региональных центра мониторинга безопасности и эффективности лекарственных средств. Из 13 субъектов ЮФО региональные центры созданы только в четырех: Республике Дагестане, Краснодарском крае, Ставропольском крае и Астраханской области. Необходимость продолжения работы по созданию региональных центров, внедрению системы мониторинга врачебных назначений и выявлению побочных реакций в лечебных учреждениях очевидна. Для повышения ее эффективности необходимо активизировать работу по созданию региональных центров, развитию службы клинических фармакологов

и обеспечению передачи информации в автоматизированную информационную систему Росздравнадзора.

В своем выступлении начальник отдела контроля качества организации медицинской помощи Управления организации государственного контроля качества медико-социальной помощи населения Росздравнадзора П. П. Иванов озвучил статистическую информацию о работе, проделанной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в осуществление государственного контроля за соблюдением стандартов медицинской помощи, социального обслуживания населения и порядком производства медицинской экспертизы. В I полугодии 2009 года с целью осуществления контроля за порядком производства медицинской экспертизы в ЮФО было проведено 305 проверок. В рамках

Таблица 2

Динамика среднего уровня цен на лекарственные средства в амбулаторном сегменте ЮФО в мае — июне 2009 года

Регион	Май (цена, руб.)	Июнь (цена, руб.)	%%
Астраханская область	284,85	288,48	101,27
Волгоградская область	323,99	324,69	100,22
Республика Ингушетия	258,36	259,61	100,49
Кабардино-Балкарская Республика	297,18	298,37	100,40
Карачаево-Черкесская Республика	315,57	318,46	100,92
Краснодарский край	292,89	289,41	98,81
Республика Адыгея	283,29	286,04	100,97
Республика Дагестан	278,37	277,81	99,80
Республика Калмыкия	209,55	207,57	99,05
Республика Северная Осетия — Алания	244,07	246,45	100,98
Ростовская область	218,49	214,40	98,13
Ставропольский край	240,22	233,24	97,09
Чеченская Республика	324,19	335,24	103,41
В среднем по округу			99,84

осуществления контроля за порядком производства экспертизы временной нетрудоспособности управлениями Росздравнадзора в ЮФО проведена 201 проверка. Основными дефектами при осуществлении экспертизы временной нетрудоспособности являются замечания по ведению медицинской документации (62,1%), проведению медицинского осмотра пациента (22%), выписке и продлению срока листка временной нетрудоспособности (15,4%). Всего в 2009 году выявлено 209 нарушений порядка производства экспертизы временной нетрудоспособности, по результатам которых составлены предписания об устранении выявленных нарушений и направлена информация в органы управления здравоохранением, региональные отделения Фонда социального страхования и прокуратуру.

В Ставропольском крае, Волгоградской области, Республике Адыгея и ряде других регионов разрабатываются совместные планы проведения проверок состояния экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях с территориальными отделениями Фонда социального страхования, органами управления здравоохранением, что позволяет скоординировать организационные и методические принципы контроля проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

В рамках исполнения государственной функции по осуществлению контроля соблюдения стандартов качества медицинской помощи в 2009 году управлениями Росздравнадзора по субъектам, входящим в ЮФО, проведено 329 проверок.

Выявленные нарушения главным образом связаны с недостаточным контролем руководителей медицинских учреждений за соответствием оказываемой медицинской помощи требованиям к проведению диагностических, лечебных мероприятий и лекарственной терапии, установленным стандартами медицинской помощи.

Приятным для нашего региона моментом в совещании было вручение руководителем Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Н. В. Юргелем благодарственных писем руководителю Управления Росздравнадзора по Ростовской области В. Г. Трепелю, заместителю руководителя Т. А. Полинской и начальнику отдела организации государственного контроля фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, О. М. Ярославской за эффективное сотрудничество в борьбе с экономическими преступлениями в сфере здравоохранения в Ростовской области.

Социальное обслуживание в ЮФО

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

В соответствии со ст. 1 Федерального закона от 10.12.1995 №195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» социальное обслуживание представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на современном этапе представляет собой систему, сочетающую различные формы, виды и типы предприятий, учреждений и услуг, единая цель которых — удовлетворение потребностей категорий населения, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Важнейшими приоритетами государственной социальной политики являются: защита прав и законных интересов граждан старшего поколения, инвалидов, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; поддержание их социального статуса путем комплексного решения существующих проблем и обеспечения социально приемлемого уровня жизни, доступности и высокого качества базовых социальных услуг.

Динамичное развитие многоплановой сферы социальных услуг свидетельствует о возрастающей ее востребованности и вызвано, прежде всего, процессом социально-демографического старения российского общества. Эта устойчивая тенденция привела к тому, что каждый пятый житель Российской Федерации в настоящее время достиг пенсионного возраста или превысил его. На сегодняшний день в Ростовской области работает 93 учреждения, обеспечивающих социальную защиту и обслуживание престарелых и инвалидов.

Согласно письму Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 07.04.2009 №01И-191/09 Управлением Росздравнадзора по Ростовской области в план работы на 2009 год включены проверки учреждений социальной защиты Ростовской области с учетом обеспечения комплексной безопасности, в том числе обеспечения пожарной безопасности на объектах социальной защиты населения с круглосуточным пребыванием людей. Также осуществляется мониторинг по исполнению органами исполнительной власти Ростовской области планов мероприятий по реализации первоочередных мер обеспечения комплексной безопасности объектов социальной сферы населения с круглосуточным пребыванием людей, включающих необходимые объемы финансирования и сроки реализации данных мероприятий. Так, в 2009 году на проведение противопожарных мероприятий в государственных областных учреждениях социального обслуживания населения в областном бюджете предусмотрено 31064,8 тыс. руб., из которых в рамках реализации «Плана мероприятий по совершенствованию функционирования государственных и муниципальных стационарных учреждений образования, здравоохранения, социального обеспечения на 2009 год» выделено 10669,2 тыс. рублей.

Вопросы исполнения мер обеспечения комплексной безопасности объектов социальной защиты населения и состояния лицензирования медицинской деятельности учреждений социальной сферы были заслушаны 17 июня 2009 года на селекторном совещании, проведенном заместителем Главы Администрации области с главами администраций муниципальных образований и представителями заинтересованных областных министерств. При Администрации Ростовской области создана рабочая группа по обеспечению прав и законных интересов

престарелых, инвалидов и детей, проживающих в учреждениях здравоохранения, социального обслуживания и образования. С целью контроля за устранением недостатков в обеспечении прав и законных интересов престарелых, инвалидов и детей, проживающих в учреждениях здравоохранения, социального обслуживания и образования, создан «Автоматизированный единый реестр областных и муниципальных учреждений здравоохранения, социального обслуживания и образования, в которых проживают престарелые, инвалиды и дети», позволяющий отследить проведение проверок, выявленные нарушения и выполнение предложений по их устранению.

Кроме того, в соответствии со своими полномочиями в течение первого полугодия 2009 года сотрудники Управления Росздравнадзора по Ростовской области провели проверки по таким направлениям реализации государственных стандартов социального обслуживания, как осуществление контроля и надзора за соблюдением государственных стандартов социального обслуживания и качеством предоставления социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам. За этот период было проверено 29 учреждений социального обслуживания престарелых и инвалидов, из них 3 проверки были проведены повторно для контроля устранения выявленных ранее нарушений.

При проверках производился контроль исполнения 15 действующих национальных стандартов социального обслуживания и разработанных на их основе государственных стандартов социального обслуживания, утвержденных приказом Министерства труда и социального развития Ростовской области от 21.05.2008 №120 «Об утверждении государственных стандартов социального обслуживания».

При осуществлении контрольно-надзорных мероприятий по соблюдению государственных стандартов социального обслуживания основное внимание обращалось на следующие вопросы:

- *организация деятельности учреждений социального обслуживания в соответствии с национальными стандартами социального обслуживания;*
- *осуществление медицинской деятельности в соответствии с Федеральным законом от 08.08.2001 №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;*
- *организация медико-социальной экспертизы граждан пожилого возраста и инвалидов, находящихся в стационарных учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения, включая вопросы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации;*
- *организация предоставления набора социальных услуг и технических средств реабилитации инвалидам, находящимся в стационарных учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения;*
- *финансирование указанных учреждений и соответствие его нормативным показателям обеспечения жизнедеятельности указанных учреждений;*
- *укрепление материально-технической базы учреждений и повышение качества предоставления социальных услуг.*

В ходе проведенных проверок были выявлены различные нарушения выполнения национальных и государственных стандартов социального обслуживания. Практически повсеместно были обнаружены нарушения

лицензионных требований. Так, в ГОУ СЗН «Новочеркасский дом-интернат для престарелых и инвалидов» отсутствовала лицензия на медицинскую деятельность, в ГОУ СОН «Заветинский дом-интернат для престарелых и инвалидов» медицинская деятельность осуществлялась без лицензии по специальности «доврачебная помощь — диетология». Кроме того, во многих учреждениях нарушается п. 1 приложения №1 к приказу Министерства труда и социального развития Ростовской области от 21.05.2008 №120 «Об утверждении государственных стандартов социального обслуживания»: престарелые и инвалиды сталкиваются с проблемой недостаточной обеспеченности жилой площадью, так, в ГОУ СОН «Миллеровский дом-интернат для престарелых и инвалидов» на одного человека приходится 4,85 кв. м. К тому же помещения там не полностью соответствуют условиям, необходимым для перемещения инвалидов в колясках.

Реабилитационная работа в проверенных учреждениях социального обслуживания престарелых и инвалидов осуществляется хоть и в соответствии с требованиями стандарта, но не в полном объеме. Ее результативность недостаточна в связи с низкой обеспеченностью учреждений реабилитационным оборудованием, техническими средствами по уходу за инвалидами и гражданами пожилого возраста, индивидуальными средствами реабилитации.

Еще одно нарушение — отсутствие контроля за качеством оказания медицинской помощи, организацией и осуществлением лечебного процесса (нарушение приказа МЗ РФ и ФФОМС №363/77 от 24.10.1996 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения и социального развития от 24.09.2008 №513н «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации»).

Что касается питания, то оно, как правило, проводится без учета состояния здоровья пациентов, рационов питания и диетических столов (ГУ СОН РО «Верхнесвечниковский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГОУ СЗН «Мартиновский дом-интернат для престарелых и инвалидов»).

В большинстве социальных учреждений камнем преткновения является отсутствие отдельного помещения для отправления религиозных обрядов (ГУ СОН РО «Зерноградский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГОУ СЗН «Новогеорлыкский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГОУ СОН «Кашарский дом-интернат для престарелых и инвалидов»).

Не принято мер по укомплектованию системы социальных служб квалифицированными кадрами врачей, среднего медперсонала, специалистами по социальной работе, а также в области юриспруденции, хозяйственным и обслуживающим персоналом, обеспечению их социальной защищенности. Из-за некомплектованности штатов не полностью предоставляются социально-педагогические, социально-правовые и социально-психологические услуги (ГОУ СЗН «Красносулинский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов»).

По результатам проверок было составлено 40 протоколов об административных правонарушениях и 27 предписаний об устранении выявленных нарушений.

Демографическая обстановка в РСО — Алания

*Бесолов В. М., главный врач РЦМП; Фарниева Б. И.; Дзукоева М. Ю., зам. главного врача РЦМП;
Республиканский центр медицинской профилактики МЗ РСО — Алания, г. Владикавказ*

Начавшаяся в «Год семьи — 2008» в текущем году продолжается активная работа по решению задач, заложенных в концепции демографической политики государства до 2025 года.

Создана полная адекватная правовая база для того, чтобы качественно заработал важнейший документ о материнском капитале, который начнет выплачиваться с 2010 года.

Усилен контроль исполнения всех новых законов по поддержке материнства. В республике отмечена тенденция к увеличению рождаемости. За январь — июнь 2008 года в РСО — Алания зарегистрировано 4165 родившихся, это на 5,9% больше, чем в январе — июне 2007 года.

К началу 2008 года на территории РСО — Алания проживали 702,3 тыс. человек (371,0 тыс. женщин, 331,3 тыс. мужчин), из которых 454,5 тыс. (64,7%) — в городских поселениях, 247,8 тыс. (35,3%) — в сельской местности.

Самым многочисленным народом республики являются осетины — 62,7% от общей численности населения. Для сравнения: в Российской Федерации самый многочисленный народ (русские) составляет 79,8%. Этот факт свидетельствует о том, что Северная Осетия — Алания не является мононациональной республикой: исторически на территории региона проживают народы разных национальностей и конфессий.

Вторыми по численности населения в РСО — Алания являются русские — 164,7 тыс. человек (23,2%).

Миграционные потоки в течение 10 лет неоднозначно влияли на изменение численности населения республики.

В 2008 году зарегистрирован миграционный прирост населения — 85 человек, в то время как в соответствующем периоде 2007 года наблюдался отток населения — 783 человека. Положительное сальдо миграции определил приток населения из стран СНГ и Балтии.

По данным УДМ МВД РСО — Алания, на территории республики в 2008 году зарегистрировано 14019 беженцев и вынужденных переселенцев, в том числе 12852 человека из Грузии и 912 — из Таджикистана.

От общей численности беженцев и вынужденных переселенцев по Южному Федеральному округу на долю РСО — Алания приходится около 30%, а по РФ в целом — 10%.

Средняя продолжительность жизни в Северной Осетии за последнее десятилетие возросла на 2 года и уже в 2006 году составила 69,6 года (для женщин — 76,1 года, для мужчин — 63,3 года), что на 4 года больше среднероссийского показателя и на 2 года больше показателя по ЮФО.

Уровень смертности в РСО — Алания в течение последнего десятилетия имеет тенденцию к снижению. По-прежнему среди причин смерти преобладают болезни системы кровообращения, новообразования, а также несчастные случаи, отравления и травмы.

Младенческая смертность в республике снизилась в течение 10 лет более чем в 2 раза. Коэффициент младенческой смертности в 2008 году снизился по сравнению с 2007 годом на 5,2%.

Естественный прирост населения республики в 2008 году составил 185 человек.

В 2008 году число заключенных браков возросло по сравнению с 2007 годом на 4,7%.

Но, несмотря на положительные тенденции в демографической обстановке, она как в России в целом, так и в РСО — Алания, остается одной из самых актуальных проблем, в решении которой значительную роль играет формирование населения республики здорового образа жизни.

Необходимо переходить от принципа организации охраны здоровья населения, ориентированного на борьбу с болезнью (что не позволяет радикально улучшить состояние здоровья населения), к активным профилактическим мероприятиям, пропагандирующим здоровый образ жизни, так

как он является основным фактором улучшения здоровья населения, что, в свою очередь, способствует улучшению демографической обстановки.

В связи с этим Республиканский центр медицинской профилактики в соответствии с Указом Главы РСО — Алания от 28.12.07 №328 и планом МЗ РСО — Алания по проведению мероприятий в рамках «Года семьи», «Года молодежи — 2009» регулярно организует и проводит такие мероприятия профилактической направленности среди населения, как «уроки здоровья», циклы лекций по пропаганде здорового образа жизни, «круглые столы», публикует статьи в республиканских и районных газетах, проводит акции к знаменательным медицинским датам, социологические опросы и анкетирование среди учащихся и студентов. Разрабатываются, тиражируются и распространяются наглядные красочные материалы: буклеты, брошюры, памятки, календари, плакаты, пропагандирующие здоровый образ жизни. На наиболее оживленных трассах города и республики размещены баннеры по профилактике социально значимых заболеваний и пропаганде здорового образа жизни.

В рамках «Года семьи» совместно с Республиканским центром дополнительного образования детей «Поиск» проведены «круглые столы» на тему «Семья в тревоге за детей», семинар для заместителей директоров школ по воспитательной работе на тему «Основы планирования семьи. Здоровый образ жизни — залог здоровья семьи».

Также проведены «круглые столы», посвященные Всемирному дню здоровья «Здоровье семьи — здоровье молодежи — здоровье нации» на базе юношеской библиотеки им. Г. Газданова, куда были привлечены врачи-специалисты: дерматовенеролог, гинеколог, психолог, нарколог, специалисты СПИД-центра и другие.

Прочитаны циклы лекций, проведены «уроки здоровья» в средних школах и профессиональных училищах Владикавказа на тему «Здоровая семья — наше будущее».

К Международному дню семьи совместно с Республиканским центром планирования семьи и репродукции проведены семинары для медицинских работников на тему «Планирование семьи и репродуктивное здоровье. Здоровая семья — здоровая мать — здоровый ребенок».

Подготовлены и растиражированы для населения и ЛПУ РСО — Алания информационные письма.

Разработаны, растиражированы памятки, плакаты, календари:

- «Здоровая мать — здоровые дети»;
- «Как быть здоровым»;
- «Берегите детство» и др.

Подготовлены и растиражированы для ЛПУ и образовательных учреждений методические письма «Нравственно-этическое и половое воспитание детей и подростков — залог здоровья семьи и будущих поколений», «Планирование семьи» и др.

Пресс-служба РЦМП ведет работу по трем направлениям: в прессе, на телевидении и на радио — по повышению уровня гигиенической культуры населения, пропаганде медицинских аспектов формирования и укрепления здоровья, планирования семьи, повышения работоспособности и достижения активного долголетия.

РЦМП осуществляет взаимодействие с министерствами, ведомствами, организациями и учреждениями в области формирования здорового образа жизни, предупреждения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний.

Центром медпрофилактики планируются дальнейшие мероприятия, основной целью которых также является возрождение авторитета российской семьи, повышение качества здоровья каждого ее члена, сохранение семейных ценностей и традиций.

ООО «ФЛАКС»

ФУТЛЯР ДЛЯ МЕДКОМПЛЕКТА ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ: ФМ-2, ФМ-3, ФМ-7, ФМ-5

Материал – кожа искусственная или натуральная. Масса, кг: 1,8 - 2,5
ФМ-2 – 385x210x250 мм; ФМ-3 – 450x240x260 мм; ФМ-7 – 380x140x250 мм; ФМ-5 – 380x215x230 мм.

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

Материал – ткань капроновая рюкзачная с водостойкой отделкой
СМ-1 – 380x2160x260 мм; СМ-1м – 300x125x200 мм

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

Материал – водоотталкивающая ткань, внутри – моющаяся пленка, 330x190x190 мм
СМ-2 – с планшетом для режущих инструментов; СМ-3 – с ампулярием на 40 гнезд и планшетом для режущих инструментов

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Материал – капрониликожа, 215x155x75 мм

ПАПКА-УКЛАДКА: ПУ-х, ПУ-в, ПУ-мс

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

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

Материал – водоотталкивающая ткань, внутри – моющаяся пленка, 420x190x230 мм

СУМКА СВВ выездного врача – 430x215x260 мм.



РЕКЛАМА

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



IX Южно-Российский курортно-медицинский форум на КавМинВодах

Ежегодная специализированная выставка «Медицина-2009»

Ежегодная специализированная выставка «EstetMed professional»

г. Пятигорск

8-10
октября

г. Пятигорск, ул. Бунимовича, 7
ТВЦ «ПЛАНЕТА» (район автовокзала)
Тел./факс (8793) 32-02-18, 32-17-38,
38-11-91, 32-41-09, 32-84-81, 36-57-71,
(961) 472-6838, (962) 016-16-22
E-mail: artex1@artex1.com, www.artex1.com

Инновационные технологии для обследования больных сахарным диабетом и оказания им специализированной помощи при осложнениях

Пресс-служба Министерства здравоохранения РО, г. Ростов-на-Дону

В Ростовской области начал работу исследовательский проект «Диамобиль». Накануне министр здравоохранения Ростовской области Т. Ю. Быковская, руководитель Федерального центра Государственного регистра сахарного диабета Ю. И. Сунцов, медицинский директор компании «Эли Лилли» М. Гил, главный врач ГУЗ «Областная больница №2», депутат Законодательного Собрания Ростовской области И. О. Пакус, главный эндокринолог МЗ РО, руководитель Областного эндокринологического центра ОБ №2 Е. В. Бова, Глава администрации Азовского района В. Н. Бевзюк, московские и ростовские врачи-эндокринологи познакомили журналистов с работой единственного в России мобильного диабетологического центра.

В Ростовской области в соответствии с планом работ по выполнению федеральной целевой программы «Сахарный диабет» работает группа ведущих специалистов Эндокринологического научного центра Минздравсоцразвития РФ. Совместно с эндокринологами Ростовской области проводятся обследования больных сахарным диабетом, имеющих выраженные осложнения, с использованием мобильного модуля (диамобиля) в отдаленных от областного центра районах. В ходе работы проводится сравнительный анализ заболеваемости населения сельской местности и горожан сахарным диабетом. Программа обследования рассчитана на 4 недели. Первая точка в рейде диамобиля — г. Азов, где пациентов принимали с 7 по 12 сентября. С 14 по 19 сентября группа специалистов работает с пациентами Азовского района. С 21 сентября по 2 октября диамобиль приедет в Ростов. За время рейда в Ростовской области планируется обследовать 600—650 больных сахарным диабетом.

Основная идея проекта «Диамобиль» — повысить качество медицинской помощи и сделать доступным медицинское обслуживание для периферийных пациентов с диабетом. Этот передвижной лечебно-диагностический центр позволяет пройти комплексное обследование



и получить консультации квалифицированных специалистов, поскольку диамобиль оборудован современным высокотехнологичным оборудованием. Диамобиль представляет собой инновационный партнерский проект, объединивший усилия государства, фармбизнеса и медицинского сообщества.

Проект предполагает не только обследование пациентов, проведение научных исследований, но и выявление болевых точек региональной диабетической службы. По итогам каждого рейда диамобиля разрабатываются рекомендации по внедрению новых методик и технологий лечения с учетом специфики и региональных особенностей каждой территории.

Поддержанный компанией «Эли Лилли» проект «Диамобиль» реализуется на Дону, в Красноярском и Екатеринбургском регионах. В Ростовской области основными партнерами проекта являются: Министерство здравоохранения РО и Эндокринологический центр ГУЗ ОБ №2.



Индивидуальный подход к лечению диабета



Сахарный диабет – ежедневный вызов каждому, кто столкнулся с этим заболеванием, для преодоления которого одних лишь лекарств недостаточно.

День за днём мы стремимся найти решения проблем диабета по 3 ключевым направлениям:

- Распространение научных и клинических знаний
- Создание инновационных препаратов
- Объединение усилий в борьбе с диабетом и улучшение качества жизни пациентов.



ВНИМАНИЮ ЛИЦ С ВЫСШИМ И СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ! НОУ ВПО КИСЛОВОДСКИЙ ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ И ПРАВА

в честь 15-летнего юбилея объявляет юбилейный льготный набор «ВМЕСТЕ» на заочное отделение по эксклюзивным программам:

«ЮРИСПРУДЕНЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

«МЕНЕДЖМЕНТ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

«ФИНАНСЫ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»



Скидка 50% по программе «ВМЕСТЕ» оформляется на трёх и более лиц, одновременно поступающих в ВУЗ. Программа льготного обучения «ВМЕСТЕ» — уникальная возможность в условиях глобального экономического кризиса получить реальную финансовую экономию в размере 50—100 тысяч рублей. Подумайте о тех, кому вы еще можете сделать такой подарок!

ПРИШЛО ВАШЕ ВРЕМЯ ВЫБИРАТЬ «ВМЕСТЕ»!

Вместе учиться, вместе дерзать, вместе строить успешное будущее!

В добрый путь вместе!

ФОРМА ОБУЧЕНИЯ

ЗАОЧНО ТРАДИЦИОННАЯ — набор осуществляется до конца октября.

ЗАОЧНО ДИСТАНЦИОННАЯ — набор осуществляется в течение года.

В собственности института 4-этажное здание, Интернет-залы, библиотека, учебная медиатека. Для студентов института — льготный доступ к рекреационным ресурсам федерального курорта!

Из числа выпускников института формируется кадровый резерв региональных органов управления здравоохранения, региональных отделений ФОМС, крупных страховых компаний.

Диплом государственного образца

Свидетельство о государственной аккредитации №0603 от 23.04.2007 г.

Лицензия Серия А №255858

от 23.04.2007 г. выдана Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки.

Ставропольский край,
г. Кисловодск
ул. Розы Люксембург, 42
Тел/факс (87937) 2-93-02
www.kiep.ru
e-mail: vmeste@e-grant.ru

ИНГАЛЯТОР УЛЬТРАЗВУКОВОЙ «МУССОН-2»



Ингалятор ультразвуковой аэрозольный индивидуального пользования предназначен для лечения и профилактики заболеваний органов дыхания водорастворимыми лекарственными препаратами (антибиотиками, настоями трав, минеральной водой и др.) как в домашних условиях, так и в медицинских учреждениях

Ингалятор эффективен при лечении и профилактике:

Бронхитов, гриппа, бронхиальной астмы, фарингомикозов, ОРЗ, ОРВИ, фарингитов, ларинготрахеитов, возрастных изменений слизистой оболочки дыхательных путей, профессиональных заболеваний верхних дыхательных путей бронхов, лёгких. Дополнительное оборудование к ингалятору «Муссон-2-01 Арома» — набор стаканчиков для лекарств, к «Муссон-2-03 Комфорт» — комплект аэрозольных масок (взрослая и детская), набор стаканчиков для лекарств

ТАБУРЕТ КУХОННЫЙ

Технические характеристики:

- **МАТЕРИАЛ**
ламинированная ДСП, сталь 10
- **РАЗМЕРЫ, ММ**
324x324x443
- **МАКСИМАЛЬНАЯ НАГРУЗКА, КГ**
110



ТАБУРЕТ СКЛАДНОЙ

Технические характеристики:

- **КАРКАС, ММ**
ø16, толщина стенки 2 (сталь 10)
- **МАТЕРИАЛ СИДЕНИЯ**
ткань «ОКСФОРД 600D»
- **ЦВЕТ**
хаки (зеленый камуфлированный)
- **РАЗМЕРЫ, ММ**
360x310x500 и 310x344x310
- **МАКСИМАЛЬНАЯ НАГРУЗКА, КГ** — 110



ОАО «АЛМАЗ»,
344093, г. Ростов-на-Дону, ул. Туполева, 16
отдел маркетинга: тел.: (863) 252-92-30, 227-89-77;
отдел сбыта: тел.: (863) 252-81-55, 255-43-46
e-mail: almaz_market@mail.ru, www.almazrostov.ru



К 100-летию Ростовского научно-исследовательского института микробиологии и паразитологии (1909—2009)

Яговкин Э. А., д.м.н., Хмелевская Г. В., к.б.н.; ФГУН «Ростовский НИИ микробиологии и паразитологии», г. Ростов-на-Дону

Бактериологический институт был основан в 1909 году на базе лаборатории по производству противодифтерийной сыворотки и пастеровской станции центральной городской больницы. Основной задачей института была борьба с опасными инфекциями. Впоследствии институт не раз переименовывался: Городской бактериологический институт, Институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены, Институт эпидемиологии, микробиологии, паразитологии и гигиены в составе НПО «Ростэпидкомплекс», НПО «Биопрепарат». С 1994 года институт носит сегодняшнее название — Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии. К моменту основания штат института насчитывал всего несколько сотрудников, в наши дни число работающих составляет более 200 человек. В структуре института функционируют научные отделы, научно-производственные участки, клиника паразитарных болезней, референс-центр по мониторингу за ларвальными гельминтозами, Южный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Научные направления института всегда определялись эпидемиологической ситуацией в стране и на юге России и отвечали запросам практического здравоохранения. Изучались кишечные, природно-очаговые, особо опасные, вирусные, стафилококковые инфекции, малярия, паразитарные болезни. Проблема кишечных инфекций — традиционно ключевая научная проблема института. В ее рамках большим достижением института при участии кафедр медицинского института и практических учреждений здравоохранения явилась ликвидация в 1926—1927 годах крупнейшей в стране водной эпидемии брюшного тифа, а также

длительного очага холеры в г. Ростове-на-Дону. Проводились глубокие теоретические исследования по изучению диссоциации и изменчивости кишечных бактерий, описан новый вид дизентерийных бактерий, вошедших в мировую классификацию под названием Шмитц-Штуцера. З. В. Ермольевой, будущим академиком, доказана возможность реверсии патогенных свойств измененных штаммов *Vibrio*. Эти исследования вошли в золотой фонд изучения холеры не только у нас в стране, но и за рубежом.

В 1943 году после освобождения города от немецко-фашистских захватчиков в труднейших условиях институт оказывал активную помощь практическим учреждениям в борьбе с острыми кишечными инфекциями, восстановлении сети бактериологических лабораторий и пастеровских пунктов.

В 60-х годах институт, являясь головным учреждением на юге РСФСР по брюшному тифу, обеспечил стойкое уменьшение заболеваемости в ряде автономных республик Северного Кавказа. Организовано изучение в массовом эпидемиологическом опыте эффективности спиртовой брюшнотифозной дивакации, оценена эффективность систематического фагирования переболевших брюшным тифом для профилактики носительства.

Начиная с 70-х годов в институте проводился цикл работ, направленных на разработку иммунобиологических препаратов для лечения и профилактики острых кишечных заболеваний и дисбактериозов. Исследования завершились созданием новых высокоэффективных безвредных препаратов нового поколения, не имеющих аналогов в стране и за рубежом — гипериммунных лактоглобулинов

из молозива коров. Группа сотрудников института под руководством д.м.н. С. В. Соболевой за разработку, внедрение в практику здравоохранения препаратов лактоглобулинов и организацию их промышленного выпуска удостоена Государственной премии РФ в области науки и техники (1996). Ежегодно институт выпускает до 100 тысяч доз лактоглобулина, которые направляются в аптечную сеть. Доказана возможность использования отходов лактоглобулинового производства для создания новых питательных сред, превосходящих стандартные, используемые в бактериологической практике. И такие среды в институте созданы — для выделения бифидобактерий и лактобактерий.

По проблеме кишечных вирусных инфекций многолетние исследования завершились разработкой новой диагностической системы «Ротатест», предназначенной для выявления ротавируса в фекалиях и для определения антител против ротавируса в сыворотках крови. Система не имеет отечественных и зарубежных аналогов. С ее помощью установлена значительная роль ротавирусов в этиологии диарейных кишечных инфекций в РФ. Работы института послужили базой для включения ротавирусных гастроэнтеритов в официальную регистрацию. Созданы диагностические системы «Аденотест» и «Рео-тест» для быстрой диагностики различных клинических форм аденовирусной и реовирусной инфекции.

Вирусологические исследования в 50-х годах были направлены на диагностику и профилактику энтеровирусных заболеваний, полиомиелита, гриппа. На основе вирусологической лаборатории была создана опорная база на Северном Кавказе по культуре клеток.

Важное научное и практическое значение имеют разработки института по природно-очаговым, особо опасным и трансмиссивным инфекциям. Исследования по чуме, бруцеллезу, туляремии, малярии начаты еще в 20-е годы. В 1928 году было открыто противочумное отделение. На основе авирулентного штамма чумных бактерий создана отечественная противочумная вакцина, бактериофаг. При участии института ликвидирован ряд пойменных и степных очагов туляремии в Ростовской области и других территориях Северного Кавказа. За разработку живой туляремийной вакцины и способа ее введения профессор Б. Я. Эльберт и Н. А. Гайский удостоены Государственной премии. При институте была создана краевая малярийная станция, а также сеть противомаларийных учреждений в области, разработан авиационный метод борьбы с комарами, методы окраски, паразитологические исследования крови, что определило успехи борьбы с малярией.

Большой вклад внесен институтом в изучение крымской геморрагической лихорадки (КГЛ), возникшей в Ростовской области в 60-х годах. Были развернуты многоплановые исследования по выделению вируса, изучению механизмов эпидемического и эпизоотического процессов, разработке мероприятий по угнетению природного очага и профилактике инфекции, а также разработке иммунобиологических препаратов. В результате была доказана возможность применения реакции непрямой гемагглютинации (РНГА) для экспресс-диагностики КГЛ и индикации возбудителя, впервые разработан и применен в лечебной практике гипериммунный гамма-глобулин против КГЛ, который экспонировался на ВДНХ СССР и получил диплом I степени.

Исследования по лептоспирозам, начатые еще в предвоенный период, возобновлены с 1948 года. Проведено эпидемиологическое районирование очагов на Северном Кавказе, определены факторы, обуславливающие эпидемический процесс. Комплексные мероприятия привели к резкому снижению заболеваемости. В 80—90-х годах в связи с хозяйственной деятельностью человека проявления лептоспироза вновь возросли. Проводятся широкие



Директор института
д.м.н. Т. И. Твердохлебова

исследования по экспериментально-теоретическому обоснованию новых принципов создания иммунобиологических препаратов против лептоспироза. Результатом научных изысканий явилась разработка и внедрение в практику здравоохранения высокоэффективной противолептоспирозной вакцины. С 1999 года на базе института организовано около 600 тысяч человек в 30 субъектах РФ. Анализ заболеваемости лептоспирозами в РФ показал, что после внедрения в 1999 году в практику здравоохранения новой вакцины уровень заболеваемости (на 100 тыс. населения) в РФ снизился в 2 раза и стабильно сохраняется на сниженном уровне. Наиболее показательным в этом отношении является Южный Федеральный округ, на долю которого до внедрения в практику новой вакцины приходилось более 40% всех случаев заболеваемости людей лептоспирозами в России. Уровень заболеваемости в ЮФО (на 100 тыс. населения) после внедрения в практику новой вакцины снизился с 3,4 до 0,6 и стабильно сохраняется на этих показателях. Экономический эффект от предотвращения заболеваемости лептоспирозами по РФ за период 2003—2007 годов составил 118 млн рублей; по ЮФО, где наиболее интенсивно применялась вакцинация, — 81 млн рублей.

Большой удельный вес в научных исследованиях института занимает проблема паразитологии. В 1987 году в рамках НПО «Ростэпидкомплекс» были объединены Институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены и Институт медицинской паразитологии (в 30-х годах выделенный из состава института как самостоятельное учреждение и названный Институтом тропических болезней), имеющий большой опыт борьбы с малярией и гельминтозами.

В 1952 году за разработку и внедрение в практику здравоохранения комплексной системы мероприятий, обеспечивающих резкое снижение заболеваемости малярией и ликвидацию ее как массового заболевания, профессор С. Н. Покровский с группой ученых и организаторов здравоохранения удостоены Государственной премии. В разные периоды научные исследования по паразитологии были направлены на изучение эпидемиологии основных гельминтозов человека на европейской части РФ, организацию мероприятий по борьбе с ними, разработке методов диагностики, профилактики и лечения. Более 70 лет Ростовский НИИ медицинской паразитологии является научным и организационно-методическим центром борьбы с гельминтозами на территории европейской части РФ. В 2008 году на базе института организован референс-центр по мониторингу за ларвальными гельминтозами для оказания консультативно-методической и практической помощи органам и учреждениям Роспотребнадзора и учреждениям здравоохранения субъектов РФ в идентификации возбудителей паразитарных болезней. Результаты исследований носят не только прикладной, но и фундаментальный характер. Впервые предложена новая концептуальная модель патогенного действия различных фаз развития трихинелл на организм хозяина, связанная с определенными молекулярно-биологическими структурами паразита. Разработаны рациональные меры профилактики паразитозов, что позволило институту в сотрудничестве с учреждениями здравоохранения ликвидировать очаг малярии в Дагестанской АССР, а также локализовать возникший в 1984 году очаг трихинеллеза в Сальском районе Ростовской области. Разработанная и усовершенствованная система эпиднадзора за трихинеллезом на юге России привела к снижению заболеваемости населения в 2004—2005 годах в 6—12 раз по сравнению со среднегодовыми показателями 1990—2003 годов. Разработан культуральный эритроцитарный трихинеллезный диагностикум для РНГА и реакции непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ). Разработаны экологически безопасные интегрированные методы дезинвазии внешней среды в микроочагах гельминтозов. В комплексе с научным подразделением института работает клиника паразитарных болезней — единственное на Северном Кавказе специализированное учреждение, обеспечивающее диагностическую, лечебную помощь при паразитарных заболеваниях, которое является центром для учреждений здравоохранения республики по оказанию методической и консультационной помощи.

Важное место в научной деятельности института всегда занимали санитарно-гигиенические исследования. Выполнен цикл работ, направленных на рациональное использование, охрану и оздоровление основных речных и морских бассейнов Северного Кавказа. Обоснованы створы водозаборов на перспективу, зоны санитарной охраны хозяйственно-питьевых водопроводов. Усовершенствованы и внедрены новые методы санитарно-бактериологического исследования воды. Социально-гигиенический мониторинг за водными объектами (река Дон, Цимлянское водохранилище, малые реки Ростовской области) позволяет дать объективную оценку санитарно-эпидемиологической ситуации и своевременно проводить профилактические мероприятия, направленные на снижение риска инфекционной и паразитарной заболеваемости.

Научная деятельность института всегда была связана с производством, что позволяло быстро осуществлять переход от научных идей к их реализации и выпуску новых иммунобиологических препаратов. В зависимости от нужд страны предприятием выпускались: оспенный детрит, антирабическая, тифопаратифозная и дизентерийная вакцины, БЦЖ, сыворотки против дифтерийных бактерий, менингококка, стрептококка и другие. В 60-х годах основной

продукцией были препараты крови: противокоревой и противостафилококковый гамма-глобулин, альбумин, протеин, гистоглобулин. В настоящее время в институте выпускаются иммунобиологические препараты: лактоглобулины, лептоспирозная вакцина, трихинеллезный диагностикум, диагностическая тест-система «Ротатест». На стадии завершения разработки находится гемофильная вакцина, безвредность и иммунологическая эффективность которой доказана в регистрационных клинических испытаниях на взрослом и детском контингенте, получено решение Комитета МИБП о рекомендации к регистрации препарата для иммунизации детей в возрасте от 3 месяцев до 5 лет. Имеются наработки для создания комбинированного препарата на основе гемофильной вакцины и АКДС-вакцины, что позволит включить гемофильную вакцину в календарь прививок для детского контингента.

Приоритетность научных исследований подтверждают патенты, число которых постоянно растет. Исследования проводятся в рамках федеральных целевых и отраслевых научно-исследовательских программ.

В рамках национального проекта «Здоровье» планируется реконструкция Южного окружного центра по борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, выполняющего роль организационно-методического центра в регионе и обеспечивающего гарантию качества диагностики ВИЧ-инфекции в территориальных и скрининговых лабораториях ЮФО. Выделенное для этих целей финансирование (2007—2011 гг.) в размере 431 млн рублей предусматривает создание современной госпитальной, поликлинической и лабораторной базы, что даст возможность поднять уровень центра до мирового уровня.

Благодаря накоплению большого материала по широкому диапазону инфекций и наличию подготовленных кадров институт явился родоначальником самостоятельных профильных научных учреждений: Противочумного института (1934), Института тропических болезней (впоследствии Институт медицинской паразитологии, 1933), Института коммунальной гигиены и Станции защиты растений. За успехи в борьбе с инфекционными заболеваниями сотрудникам института в разные годы (40-е годы, 1952, 1996) присуждались государственные премии в области науки и техники.

В институте работают ученые высокой квалификации: Заслуженный деятель науки РФ профессор Ю. И. Васерин, доктора наук Э. А. Яговкин, С. В. Соболева, Л. Н. Терновская. В стенах института за время его существования подготовлены высококвалифицированные кадры. За последние 10 лет защищено 7 кандидатских и 1 докторская диссертация, издано 2 монографии: «Трихинеллез на Северном Кавказе» и «Криптоспоридиоз у ВИЧ-инфицированных», пособие для врачей «Оценка состояния канцерогенной ситуации при различных условиях водопользования», учебное пособие для студентов вузов «Медицинская микробиология», два сборника материалов научно-практических конференций, опубликовано 350 научных работ, подготовлено и утверждено 12 методических пособий.

В дальнейшем перспективу развития институт видит в решении задач, стоящих перед Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, по совершенствованию системы эпидемиологического надзора при инфекционных и паразитарных заболеваниях, разработке новых наукоемких технологий выпуска иммунобиологических препаратов нового поколения.

По вопросам приобретения вакцины, лактоглобулинов и других диагностических средств обращайтесь в РНИИМП: 344000, г. Ростов-на-Дону, пер. Газетный, 119, тел.: (863) 242-98-27, 240-32-36, e-mail: rostovniimp@mail.ru.

*От всей души
поздравляем с юбилеем
министра здравоохранения
Астраханской области*

Виктора Георгиевича АКИШКИНА!

*Желаем ему здоровья, удачи,
реализации намеченного,
крепкой и дружной команды,
стабильности, терпения
и благополучия в семье!*

Коллеги и друзья

*Редакция журнала присоединяется
к поздравлениям юбиляру*



Основные показатели здоровья детей-сирот на территории Астраханской области

Афанасьева Е. В., Абдрашитова А. В., ГУЗ «ОДКБ им. Н. Н. Силищевой»; Сагитова Г. Р., д.м.н., зав. кафедрой детских болезней ФПО ГОУ ВПО «АстрГМА Росздрава»; Акишкин В. Г., к.м.н., министр здравоохранения Астраханской области; Безрукова Л. В., гл. специалист педиатр МЗ АО; г. Астрахань

Значительные экономические и социальные перемены, которые Россия пережила на протяжении переходного периода, существенно подорвали возможности семей обеспечить надлежащее попечение о детях. Российское правительство уделяет приоритетное внимание мерам по расширению поддержки детям, оставшимся без родительского попечения, и детям, воспитывающимся в государственных интернатных учреждениях, уделяя при этом особое внимание воспитанию в семейном окружении. Правительственные учреждения стремятся к принятию мер по борьбе с семейным неблагополучием и распадом семей, устройству детей, оставшихся без попечения родителей, на воспитание в альтернативные семьи. Обретение ребенком семьи (биологической или приемной) — приоритетная задача персонала дома ребенка и работников органов опеки и попечительства.

На территории Астраханской области дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, и дети, оказавшиеся в сложной жизненной ситуации, в младшем возрасте проживают в трех специализированных домах ребенка, подведомственных министерству здравоохранения. Целью исследования явилось проведение сравнительного анализа состояния здоровья детей по итогам диспансеризации 2007—2008 годов.

Организация работы по диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, на территории Астраханской области в 2008 году проводилась в соответствии с регламентирующими документами:

- приказом Минздравсоцразвития РФ от 21.04.2008 №183н «О проведении в 2008—2010 годах диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»;
- приказами министерств здравоохранения, образования и науки, социального развития и труда Астраханской области: №611/1362/175 от 03.12.2008, №550/1268/150 от 06.11.2008 «О проведении в 2008—2010 годах диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

В 2008 году было осмотрено 325 детей (в 2007 — 228 детей), их основную часть (78,5% — в 2008 году и 79,8% — в 2007) составляли дети в возрасте 0—2 года. Удельный вес мальчиков составил 54,5% (2007 год — 53,5%). Следует указать, что в возрастном аспекте число мальчиков преобладает в группе 0—2 года,

Распределение по группам здоровья с учетом пола и возраста

Возраст		2008 год					2007 год				
		I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
До года	М	0	16	32	3	3	0	3	30	3	0
	Д	0	11	27	0	4	0	5	17	1	0
	Всего	0	27	59	3	7	0	8	47	4	0
	%	0	28,1	61,5	3,1	7,3	0	13,6	79,7	6,8	0
1 год	М	0	26	14	1	8	0	5	16	1	7
	Д	0	14	15	0	7	0	6	15	0	9
	Всего	0	40	29	1	15	0	11	31	1	16
	%	0	47,1	34,1	1,2	17,6	0	18,6	52,5	1,7	27,1
2 года	М	0	11	14	0	15	0	7	14	2	12
	Д	0	18	8	0	19	0	0	18	0	11
	Всего	0	19	22	0	34	0	7	32	2	23
	%	0	25,3	29,3	0	45,3	0	10,9	50,0	3,1	35,9
3 года	М	0	6	8	0	10	0	1	2	0	10
	Д	0	3	11	0	12	0	3	4	0	8
	Всего	0	9	19	0	22	0	4	6	0	18
	%	0	18	38	0	44	0	14,3	21,4	0	64,3
4 года	М	0	1	2	0	7	0	1	1	0	3
	Д	0	2	2	0	6	0	0	1	0	3
	Всего	0	3	4	0	13	0	1	2	0	6
	%	0	15	20	0	65	0	11,1	22,2	0	66,7
Старше 4 лет	М	-	-	-	-	-	0	0	0	0	4
	Д	-	-	-	-	-	0	0	1	0	4
	Всего	-	-	-	-	-	0	0	1	0	8
	%	-	-	-	-	-	0	0	11,1	0	88,9
Всего	М	0	60	70	4	43	0	17	63	6	36
	Д	0	38	63	0	48	0	14	56	1	35
	Всего	0	98	133	4	91	0	31	119	7	71
	%	0	30,1	40,8	1,2	27,9	0	13,6	52,2	3,1	31,1

а начиная с 3-х лет соотношение мальчиков и девочек выравнивается.

Комплексная оценка состояния здоровья проводилась в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 30.12.2003 №621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей». Распределение по группам здоровья с учетом пола и возраста представлено в таблице 1.

Как и в 2007 году, I группа здоровья никому из детей не определена. В 2008 году преобладал удельный вес детей, которые были отнесены ко II и III группе здоровья (30,1% и 40,8% соответственно), в отличие от 2007 года, когда преобладали III и V группа здоровья (52,2% и 31,1% соответственно). IV группа здоровья занимает незначительное место и составляет 1,2% и 3,1% в 2008 и 2007 годах соответственно. К V группе здоровья отнесены дети категории «ребенок-инвалид» и дети, подлежащие освидетельствованию в бюро медико-социальной экспертизы по итогам диспансеризации. Причем процент этих детей уменьшился и составил 27,9% в 2008 году.

Удельный вес детей с различными группами здоровья варьирует в зависимости от возраста детей. Если в возрасте до 2-х лет преобладает число детей, которым определена II или III группа здоровья, то в возрасте 2—4 года преобладают дети с V группой здоровья.

Зависимости распределения по группам здоровья от пола не выявлено.

Из зарегистрированных заболеваний (табл. 2) первые 2 места как в 2007, так и в 2008 году занимают болезни нервной системы и врожденные anomalies. Из числа болезней нервной системы детский церебральный паралич составляет 6,7% (2008) и 7,5% (2007). Из класса врожденных anomalies ведущее место остается за пороками сердечно-сосудистой системы — 53,1%.

Обращает внимание тот факт, что в 4,5 раза увеличилась заболеваемость по классу «расстройства питания и нарушения обмена веществ», что составило в 2008 году 15,6%. В основном этот класс болезней представлен гипотрофиями различной степени и задержкой физического развития.

Следующее ранговое место занимает класс болезней органов пищеварения. Основные нозологические формы, представленные в этом классе, — нарушения сроков прорезывания зубов, anomalies прикуса, а также пупочные и паховые грыжи. Удельный вес этого класса заболеваний несколько уменьшился и составил 8,0% в 2008 году (10,8% в 2007), что обусловлено плановым оперативным лечением детей с грыжами по итогам диспансеризации 2007 года.

Зарегистрированные заболевания

Нозологические формы	2008 г., %	2007 г., %
Болезни нервной системы	24,65	31,1
Врожденные аномалии	19,44	22,6
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	15,72	3,4
Болезни органов пищеварения	8,09	10,8
Психические расстройства и расстройства поведения	6,88	2,8
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунные механизмы	6,79	7,9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	5,21	4,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	3,16	4,7
Болезни органов дыхания	1,95	3,1
Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	1,30	0,4
Новообразования	1,21	0,7
Болезни системы кровообращения	1,12	1,9
Болезни мочеполовой системы	0,93	4,7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,84	0,1
Болезни уха и сосцевидного отростка	0,56	1,0
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,56	-
Травмы, отравления	0,09	0,1
Прочие	1,49	-
Итого	100,0	100,0

Кроме того, если в 2007 году на долю класса психических расстройств и расстройств поведения приходилось 2,8%, то в 2008 — 6,8%. Основные нозологические формы — это смешанные специфические расстройства речи и языка и смешанные специфические расстройства психологического развития. В то же время отмечено, что удельный вес умственной отсталости уменьшился на 14%.

На следующем месте в 2008 году — болезни крови и кроветворных органов, их удельный вес — 6,7% (7,9% в 2007 году). Основные нозологические формы представлены в этом классе дефицитными анемиями, преимущественно I степени тяжести.

Из числа осмотренных детей 27% в 2008 и 31% в 2007 году имеют категорию «ребенок-инвалид».

Инвалидность — это социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты. Показатели инвалидности у детей наряду с показателями заболеваемости, физического развития, группой медико-демографических критериев характеризуют социально-экономическое развитие общества, экологическое состояние территории, уровень образования и культуры населения, а также качество проведения профилактических мероприятий по охране материнства

и детства. Ребенок-инвалид, включенный в систему комплексной реабилитации, в последующем сможет активно участвовать в жизни общества, не требуя от него дополнительных средств на свое обеспечение.

Наибольшее число инвалидов приходится на возраст старше 2-х лет. При достижении возраста 4-х лет среди воспитанников удельный вес детей-инвалидов достигает 65,0—66,6%. Категория «ребенок-инвалид» среди мальчиков и девочек определена практически с одинаковой частотой.

Основные заболевания, ставшие причиной инвалидности, распределены следующим образом (табл. 3).

На первом месте болезни нервной системы. Из них детский церебральный паралич составляет 35,9—43,9%.

Второе место занимают врожденные пороки, в их структуре основное место занимают пороки нервной системы (25,0—34,3%) и хромосомные нарушения, болезнь Дауна (31,4—41,7%).

Психические расстройства и расстройства поведения как причина детской инвалидности занимают третье место, причем за 2007—2008 годы отмечается рост этой патологии на 12,4%.

Индивидуальные программы реабилитации (ИПР) разработаны для 100% детей. В 2008 году ИПР выполнены в полном объеме в 48,8%, частично — в 17,1%, начаты — в 31,8%. Случаев невыполнения ИПР нет.

Таблица 3

Причины инвалидности

Нозологическая группа	2008 г., %	2007 г., %
Болезни нервной системы	46,6	54,9
Врожденные аномалии	39,8	33,8
Психические расстройства и расстройства поведения	11,3	9,9
Прочие	2,3	1,4
Итого	100,0	100,0

Обследование и стационарное лечение детей на муниципальном и областном уровнях проведено в полном объеме. Лечение детей осуществлялось непосредственно в домах ребенка, а также в профильных городских и областных стационарах.

Таким образом, учитывая результаты проведения диспансеризации детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей и детей, оказавшихся в сложной жизненной ситуации в 2007–2008 годах, можно сделать следующие выводы:

- наблюдается постоянная смена состава детей как по возрасту, так и по группам здоровья;
- из зарегистрированных заболеваний ведущее место как в 2007, так и в 2008 году занимают болезни нервной системы и врожденные аномалии;

• основные заболевания, ставшие причиной инвалидности, — болезни нервной системы, врожденные пороки, психические расстройства и расстройства поведения.

Основной задачей медицинских работников, наблюдающих эту социально незащищенную категорию детей, является своевременное выявление заболеваний, комплексное их лечение на всех уровнях, включая и оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

А это невозможно без знания основных показателей состояния здоровья этой категории детей, что дает возможность медицинской общественности и органам управления разработать тактику ведения и программы совершенствования оказываемой помощи.

МЕДИЦИНСКАЯ МЕБЕЛЬ

ПОСТЫ МЕДСЕСТРЫ

Столы лабораторные, палатные, препараторские, пеленальные, офисные, столы-мойки, для физических, химических исследований, забора крови, детских весов, 1- и 2-тумбовые, сложной конфигурации, приставные

ШКАФЫ

лабораторные, вытяжные, материальные, картотечные, для одежды, документации, архивных документов

СТЕЛЛАЖИ

угловые элементы. Секции навесные

ТУМБЫ

прикроватные, картотечные, для медикаментов, белья, под аппаратуру, анализы, весы

ООО «Южная Русь 2000»
344111, г. Ростов-на-Дону, пр. 40-летия Победы, 75,
тел./факс (863) 295-22-23
e-mail: rostov_opt@mail.ru, www.ru2000.ru

Эффективность ТЭС-терапии в лечении гипогалактии

Яхьяева М. Р.; Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой, г. Грозный; СПбГМА ПДО, кафедра акушерства и гинекологии №2

Введение

В настоящее время растет число женщин, которые в репродуктивном возрасте имеют серьезные хронические заболевания, что определяет необходимость лечения не только во время беременности, но и после родов, то есть в период лактации, что, в свою очередь, может вести к гипогалактии. При этом следует учитывать, что почти все лекарственные вещества проникают в грудное молоко, и их возможное влияние на ребенка, находящегося на естественном вскармливании, весьма значительно. Лекарства могут также накапливаться у новорожденных вследствие снижения у них очистительной способности крови и выделительной системы; часто может возникать специфическая чувствительность к лекарственным препаратам.

Исходя из вышеизложенного, представляется актуальным поиск эффективных немедикаментозных методов лечения гипогалактии, доступных и безвредных для матери и ребенка.

В этом плане перспективным методом терапии может оказаться транскраниальная электростимуляция (ТЭС),

которая является немедикаментозным методом профилактики и лечения многих заболеваний за счет активации защитных (эндорфинергических и серотонинергических) механизмов головного мозга.

В частности, в работе Кустарова В. Н. и Чернышенко И. И. (2005) показано, что повышение β-эндорфинов стимулирует выброс пролактина, что, в свою очередь, может привести к усилению функции молочной железы.

Цель исследования

Оценить эффективность использования ТЭС-терапии в лечении гипогалактии.

Материал и методы исследования

Нами были обследованы 820 родильниц Республиканского клинического центра охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой (г. Грозный), у 205 (25%) из них имела место гипогалактия. Критериями постановки диагноза гипогалактии служило недостаточное для данных суток выделение молока, отсутствие тенденции к его увеличению после устранения всех видимых причин, которые могут снижать лактацию.

Подавляющее большинство родильниц (164 — 71,1%) были в возрасте от 20 до 35 лет, 33 родильницы (16%) были моложе 20 лет и 8 (3,9%) — старше 35 лет. Среди обследованных родильниц 77 женщин (37,6%) являлись городскими жительницами, в сельской местности проживали 128 женщин (62,4%). Лишь 28 (13,6%) обследованных женщин относились к категории служащих, остальные 177 (86,4%) по социальному положению являлись домохозяйками.

Из общего числа обследованных женщин первородящих было 87 (42,4%), повторнородящих — 43 (20,9%), многорожавших — 75 (36,6%). Менструальная функция была нормальной у 156 женщин (76,0%), у 49 (23,9%) — отмечались различные нарушения: альгодисменорея, полименорея. В анамнезе имелись указания на самопроизвольные аборты у 21,9% обследованных женщин и медицинские аборты — у 21,5%. В подавляющем большинстве случаев (91,2%) у обследованных женщин имели место экстрагенитальные заболевания, обнаруженные вне и во время беременности (пиелонефрит, патология гепатобилиарной системы, ожирение), а также осложненное течение беременности и родов. Лишь у 18 (8,8%) беременность и роды протекали без осложнений.

В результате проведенного анализа были выделены возможные причины гипогалактии: анемии (91,2%), гестозы (61,5%), использование эстрогенов при подготовке родовых путей и родостимуляции (32,6%). Среди других причин следует отметить психотравмы (83,4%), позднее прикладывание новорожденных к груди матери (16,6%). Практически у всех родильниц имело место сочетание нескольких причин.

Клиническое обследование пациенток начинали с целенаправленного сбора анамнеза (условия жизни, менструальная и репродуктивная функции, соматические и гинекологические заболевания), оценивалось также состояние всех систем организма, выяснялась возможная причина гипогалактии.

Дополнительно к общеклиническому обследованию проводился ряд специальных исследований, направленных на объективную оценку лактационной функции. У всех родильниц учитывалось суточное количество молока путем суммирования количества сцеженного молока и молока, высосанного новорожденным. Последнее определяли контрольным взвешиванием новорожденных на электронных весах до и после каждого кормления в течение 4—5 дней с момента первого прикладывания ребенка к груди матери.

Допплерометрическое исследование состояния сосудов молочных желез проводилось на аппарате ALOKA-D630. С помощью датчика (5мГц) осуществлялось измерение скорости кровотока в грудных артериях. Для его оценки использовались показатели качественного (систолиадиастолического) отношения, индекса резистентности и пульсационного индекса.

Основную группу составили 103 родильницы, в том числе 10 женщин (9,7%), страдающих первичной гипогалактией, и 93 (90,3%) — вторичной, в лечении которых использовался метод ТЭС. В группе сравнения, состоящей из 102 родильниц, из которых 8 (7,8%) страдали первичной гипогалактией и 94 (92,2%) — вторичной, с этой же целью использовались методы традиционного лечения (окситоцин, апилак, обильное питье, грецкие орехи). При первичной гипогалактии

ТЭС-терапия проводилась с 4—5 суток, при вторичной — с момента установления диагноза. Курс лечения состоял из 4—5 процедур. Контрольную группу составили 28 родильниц с нормальной активностью молочных желез.

Результаты исследования и их обсуждение

У обследованных родильниц с гипогалактией обнаружен низкий исходный уровень разового объема кормления (25 ± 5 мл/сутки), довольно инертное повышение секреции молока в первые дни после родов (30 ± 6 мл/сутки) и прекращение прироста продукции молока после 10 суток, что указывало на нарушенную секреторную активность молочных желез.

Оценка функциональной активности молочных желез путем ультразвуковой доплерометрии показала, что скорость кровотока в грудной артерии, а, следовательно, в молочных железах, при гипогалактии заметно снижена. Так, систолиадиастолическое отношение у родильниц с гипогалактией составляло $10,02 \pm 0,56$ против $5,01 \pm 0,48$ у женщин с нормальной активностью молочных желез ($p < 0,001$), индекс резистентности составлял $2,86 \pm 0,13$ против $2,48 \pm 0,23$ у женщин с нормальной активностью молочных желез ($p < 0,05$).

Из 205 родильниц, страдающих гипогалактией, первичная гипогалактия отмечена у 18 (8,8%), вторичная — у 187 (91,2%) женщин.

Анализ результатов лечения гипогалактии показал высокую эффективность ТЭС-терапии. Использование этого метода лечения способствовало увеличению объема разового кормления с 25 ± 5 мл до 90 ± 5 мл у 79 (38,5%) родильниц с первичной гипогалактией, и с 70 ± 5 мл до 100 ± 5 мл у 91 (44,4%) — со вторичной гипогалактией.

Показатели доплерометрии достоверно подтверждали улучшение кровотока в грудной артерии у родильниц основной группы. Под влиянием ТЭС-терапии систолиадиастолическое отношение у родильниц с гипогалактией снизилось с $10,02 \pm 0,56$ до $4,93 \pm 0,47$ ($p < 0,001$), индекс резистентности — с $2,86 \pm 0,13$ до $1,68 \pm 0,12$, пульсационный индекс — с $0,90 \pm 0,01$ до $0,79 \pm 0,01$ ($p < 0,001$).

При использовании традиционных методов эффективность лечения была ниже. Увеличение суточного количества молока было достигнуто у 18 (17,6%) родильниц группы сравнения с первичной гипогалактией, и у 20 (19,6%) — с вторичной. При этом увеличение объема разового кормления отмечено с 25 ± 5 мл до 60 ± 5 мл у родильниц с первичной гипогалактией и с 70 ± 5 мл до 85 ± 5 мл — с вторичной. Достоверного улучшения кровотока в грудной артерии у родильниц группы сравнения не произошло.

Проведенные исследования показали, что использование ТЭС-терапии нормализовало кровоток в грудных артериях и привело к купированию гипогалактии у 92% родильниц основной группы, что значительно превысило данный показатель при использовании традиционных методов лечения (40% — у родильниц группы сравнения).



Универсальные Рентгеновские Медицинские Системы

УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР КОМПАНИИ VARIAN В РОССИИ

141002 Мос. обл. г. Мытищи, ул. Комарова д.4; офис 6. тел.(495) 221-2469; (985) 928-1058

Производство и поставка различных цифровых рентгеновских комплексов на основе плоских панелей детекторов, рентгеновских трубок для КТ, общей рентгенологии, ангиографии, маммографии

Вся продукция имеет Регистрационные удостоверения Федеральной Службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Сертификаты Соответствия Госстандарта России, Санитарно-эпидемиологические заключения ГосСанЭпид Службы РФ

DRX-1 КОМПОНЕНТЫ

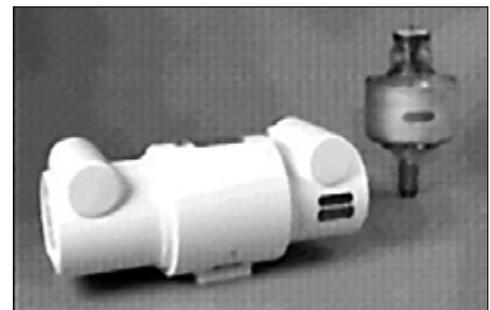
DRX-1 Console



DRX-1 Detector



DRX-1 Battery & Charger



Контактные телефоны: (495) 221-2469; (985) 928-1058. E-mail: vrodin@mail.ru



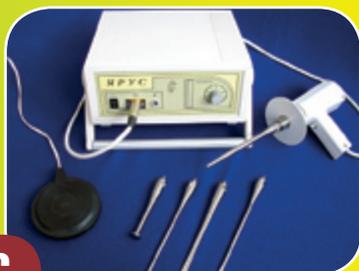
Лечение эрозии шейки матки, генитального кандидоза, кольпита, аднексита, вагинита, мастита, обработка послеродовых ран у рожениц (положительный результат в 98% случаев)

ГИНЕТОН-М

ТОНЗИЛЛОР-М



Высокоэффективный аппарат для лечения заболеваний лор-органов и проведения лор-остеопластических операций. Применение аппарата позволяет сократить количество операций по удалению небных миндалин



ЯРУС

Ультразвуковая чистка поверхности костного ложа, высокоточная обработка кости и технологических отверстий перед цементированием, кавитационный гемостаз, антисептическая кавитационная обработка поверхности

производит
НУЗ-аппараты
ОАО «Омский завод «АВТОМАТИКА»

ЭОСХ-01 «ТРИУМФ»



Хирургический электроотсосыватель с бактериальным фильтром предназначен для отсасывания жидкостей различной консистенции и газов из операционных ран и полостей организма во время и после операции. Эффективно применяется в машинах скорой помощи и в полевой хирургии (220В, 12В). В комплект входят 2 крышки к стандартным стеклянным банкам

644027, г. Омск,
Космический проспект, 24 б

тел.: (3812)

53-69-13

факс:

53-66-53

e-mail: zavt@omsknet.ru;
www.zavt.su

Пациенты будут Вам благодарны!

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

Подлокотники-трансформеры на гидравлике

Universal dental equipment

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

Автономная вытяжная система Стандарт 500 куб.м/час

ФНПЦ ОАО «КРАСНОГОРСКИЙ ЗАВОД им. С.А. Зверева» 
 Российская Федерация, 143400, Московская обл., г.Красногорск, ул.Речная, 8



○ **Лампа щелевая ЛС-01-«ЗЕНИТ»**
 С офтальмологическим столом и цифровой видеосистемой. Оптическая система Грену обеспечивает высококачественное стереоскопическое изображение при офтальмологических обследованиях.

○ **Установка для разрушения металлических игл УРМИ-01 (Деструктор игл DS-S-1400)**
 Игла уничтожается сразу после инъекции без снятия со шприца электротермическим способом за 3-5сек. Исключаются ручные манипуляции с иглой, накалывание игл и повторное их использование. Уменьшается риск внутрибольничного инфицирования персонала и пациентов. Обеспечивается получение экологически чистого продукта утилизации. Безопасность эксплуатации за счет:
 - илоприменника, полностью скрывающего иглу в корпусе прибора, исключая появление открытого искрения, сильного запаха;
 - наличие вентилятора и сменного фильтра для очистки от примесей в процессе горения.



○ **Комплект для проктологии и ректоскопии КПр-01-«ЗЕНИТ»**



○ **Комплект приборов для вагиноскопии КПВ-01-«ЗЕНИТ»**
 для диагностики и лечения в гинекологии детского и подросткового возраста. В составе комплекта зеркала гинекологические, тубусы с обтураторами, система осветительная «холодного света», набор луп.

○ **Лупы бинокулярные**
 на очковой оправе и на головном обруче (комплектуются осветителем «холодного света») для хирургов, стоматологов, косметологов, при необходимости стереоскопического увеличения рабочего поля



○ **Эндопротез тазобедренного сустава «ЗЕНИТ-ЭПРО»**
 цементной, бесцементной и гибридной фиксации с комплектом инструментов. Используемые материалы: высоколегированный кобальто-хромово-молибденовый и титановый сплавы, сверхвысокомолекулярный полиэтилен Chirulen.

○ **Кольпоскопы напольные**
 бинокулярные КНБ-01-«ЗениТ» (с холодным светом), КНБ-02-«ЗениТ», КНБ-03-«ЗениТ» для обследований в гинекологии и акушерстве. Стереозэффект обеспечивает оптическая система Грену. Могут комплектоваться теле/фотоприводкой.



○ **Кресло медицинское электромеханическое КМ-01-«ЗениТ»**
 для кабинетов гинекологов, проктологов, урологов. КМ-01-«ЗениТ» три электропривода; КМ-01-02-«ЗениТ» два электропривода; КМ-01-01-«ЗениТ» один электропривод.

Эффективность комбинаций инсулинотерапии в детской эндокринологии (по данным Астраханской области)

Верещагина А. Е., Подулясская А. Ю., Сагитова Г. Р.; ГОУ ВПО «АстрГМА» Росздрава; Отто Н. Ю.; Областная детская клиническая больница им. Н. Н. Силищевой, г. Астрахань

В лечении детей и подростков, страдающих сахарным диабетом 1 типа (СД-1), появилась возможность выбора препаратов инсулина. Начиная с 1989 года использовались датские инсулины — актрапид и протофан. Затем в арсенале врачей появились американские хумулины Р (регуляр). Позднее приняты на вооружение ультракороткие инсулины (аналоги) — хумалог и новорапид. В последние три года активно внедряется беспииковый инсулин лантус и инсулин короткого действия инсуман-рапид. Появилась возможность выбирать различные комбинации, добиваясь оптимальных условий для компенсации диабета у детей и подростков.

Цель работы: проанализировать частоту использования различных комбинаций инсулинов в педиатрической практике и определить оптимальные сочетания инсулинов для лечения детей и подростков, страдающих СД-1 на разных этапах лечения.

Пациенты и методы: на примере работы эндокринологического отделения ОДКБ им. Н. Н. Силищевой (г. Астрахань) проанализирована частота назначения различных сочетаний инсулинов детям и подросткам и их эффективность в разные периоды детского возраста и на разных этапах болезни. В исследовании опирались на среднюю потребность в инсулине на килограмм массы тела больного и на уровень гликированного НвАс1 при различных сочетаниях инсулинов.

Проведен анализ 250 случаев СД.

По возрастному показателю больных разделили на три группы:

1 группа — дети до 7 лет (27 человек),

2 группа — дети 7–12 лет (69 человек),

3 группа — подростки 13–18 лет (154 человека).

При исследовании эффективности различных комбинаций инсулинов в зависимости от длительности (стажа) заболевания выделили 4 периода. В первую группу включили впервые выявленных больных и детей со стажем болезни до 1 года (всего 54 ребенка).

Вторую составили дети со стажем болезни от 1 до 5 лет (всего 137 человек). В третью группу вошли больные со стажем от 5 до 10 лет (всего 45 человек). В четвертую группу вошли больные со стажем более 10 лет (14 человек).

Всего в лечении больных в 2006–2008 годах в эндокринологическом отделении использовалось 10 различных сочетаний инсулинов, в частности актрапид с протофаном или новорапид с протофаном. В 2006 году такие сочетания использовались в общей сложности у 43,8% больных, а в 2007 году — у 26,58% больных, в 2008 — у 32,6%. Хумулины использовались в сочетаниях: хумалог с НПХ и Р с НПХ, назначались в 2006 году 24,4% больных, а в 2007 — 23,05%, в 2008 — 22,4% больных. Инсулин лантус использовался в сочетаниях с актрапидом, новорапидом, хумалогом, хумулином Р и инсуманом-рапидом. В 2006 году лантус получали 33,5% больных, в 2007 — 48,5% больных, а в 2008 — 44,9% больных (табл. 1).

Таким образом, лантус заметно потеснил позиции датских инсулинов, которыми обеспечивали в основном городских детей, оставив на прежнем уровне использование хумулинов, которые преимущественно получали сельские жители. Городские дети имеют больше информации о появлении новых препаратов и активнее претендуют на перевод на лантус. Больные предпочитают лантус в связи с возможностью уменьшить количество инъекций с 5 до 4. Имеет ли лантус другие преимущества и в какие периоды болезни?

Мы оценили среднюю потребность в инсулине на кг массы тела у детей и подростков с разным стажем болезни и разных возрастов при использовании различных комбинаций инсулинов (табл. 2).

При анализе приведенных данных можно заключить, что наиболее низкая потребность в инсулине наблюдается при использовании комбинации новорапида с протофаном. Примерно на равных выглядят результаты использования сочетаний «актрапид + лантус»

Таблица 1

Динамика частоты использования различных комбинаций инсулинов в практике эндокринологического отделения в 2006–2008 годах

	Актрапид + протофан	Новорапид + протофан	Хумулины Р + НПХ	Хумалог + НПХ	Актрапид + лантус	Новорапид + лантус	Регуляр + лантус	Хумалог + лантус	Инсуман-рапид + лантус	Хумалог + протофан
2006	n – 41 41,80%	n – 2 2,00%	n – 16 16,30%	n – 5 5,10%	n – 4 4,00%	n – 15 15,30%	n – 1 1,00%	n – 7 7,10%	n – 7 7,10%	-
2007	n – 28 24,80%	n – 1 0,90%	n – 23 20,40%	n – 4 2,65%	n – 4 3,54%	n – 12 10,60%	n – 5 4,40%	n – 25 22,00%	n – 9 7,96%	n – 1 0,90%
2008	n – 15 30,60%	n – 1 2,00%	n – 10 20,40%	n – 1 2,00%	n – 3 6,10%	n – 6 12,20%	n – 2 4,10%	n – 9 18,40%	n – 2 4,10%	-
Итого	84	4	49	10	11	33	8	41	18	1

Средняя потребность в инсулине в ед./кг массы тела в зависимости от возраста больных и стажа болезни

Инсулины	Возраст			Стаж болезни			
	до 7 лет	7-12 лет	13-18 лет	до года	1-5 лет	5-10 лет	старше 10 лет
Актрапид + протофан	n – 18 0,78	n – 22 0,93	n – 43 0,95	n – 26 0,84	n – 45 0,99	n – 9 1,04	n – 3 0,91
Новорапид + протофан	n – 2 0,50	–	n – 2 1,00	n – 1 0,50	n – 1 0,50	n – 1 1,14	n – 1 0,88
Хумулины Р + НПХ	n – 4 0,70	n – 19 0,81	n – 26 0,93	n – 18 0,79	n – 24 0,88	n – 7 1,00	–
Хумалог + НПХ	n – 1 0,90	n – 6 0,76	n – 3 0,99	n – 2 0,64	n – 5 0,85	n – 3 0,99	–
Актрапид + лантус	n – 2 1,16	n – 7 0,78	n – 2 0,58	n – 3 0,68	n – 2 0,75	n – 2 1,02	n – 4 0,81
Хумулин Р + лантус	–	n – 2 0,70	n – 6 0,94	n – 3 0,88	n – 2 1,00	n – 3 0,80	–
Новорапид + лантус	n – 1 0,85	n – 5 0,97	n – 28 1,14	n – 1 0,49	n – 16 0,91	n – 13 1,01	n – 3 0,80
Хумалог + лантус	n – 1 0,66	n – 10 0,75	n – 31 0,83	n – 4 0,68	n – 24 0,78	n – 6 1,11	n – 8 0,83
Инсуман-рапид + лантус	–	–	n – 18 0,94	n – 3 0,78	n – 7 0,86	n – 6 1,00	n – 2 1,25

и «хумалог + лантус». У подростков 13–18 лет, как у больных с наиболее лабильным течением диабета, требующих обычно большего количества инсулина, наилучший результат наблюдался при использовании актрапида в сочетании с лантусом.

Мы оценили также уровень гликированного гемоглобина у детей и подростков с разным стажем болезни и разных возрастов при использовании различных комбинаций инсулинов (табл. 3).

Обсуждение результатов

Гликированный гемоглобин у пациентов регулярно стали исследовать с 2007 года. Общее впечатление создается, что в большинстве своем больные компенсируются плохо, однако дети, получавшие комбинацию новорапида с протофаном, имели показатели гликированного гемоглобина в пределах, допустимых для компенсации – 7,4%. Уровень гликированного гемоглобина, который можно расценивать как субкомпенсацию (7,5–8,5%),

Таблица 3

Уровень гликированного гемоглобина HbA1c у больных при использовании различных сочетаний инсулинов в зависимости от возраста больных и стажа болезни

Инсулины	Возраст			Стаж болезни			
	до 7 лет	7-12 лет	13-18 лет	до года	1-5 лет	5-10 лет	старше 10 лет
Актрапид + протофан	n – 18 8,49%	n – 22 8,10%	n – 43 8,75%	n – 26 8,52%	n – 45 8,47%	n – 1 5,98%	–
Новорапид + протофан	n – 2 7,40%	–	–	–	n – 1 7,40%	–	–
Хумулины Р + НПХ	–	n – 19 8,46%	n – 26 10,73%	–	n – 24 9,80%	n – 7 8,93%	–
Хумалог + НПХ	–	n – 3 10,51%	n – 3 9,50%	–	n – 5 10,51%	n – 1 9,50%	–
Актрапид + лантус	n – 2 9,75%	n – 7 7,90%	n – 2 8,31%	n – 3 8,92%	n – 2 9,80%	n – 2 5,51%	n – 4 9,01%
Хумулин Р + лантус	–	n – 2 7,90%	n – 6 10,30%	n – 3 11,50%	n – 2 8,60%	n – 3 8,20%	–
Новорапид + лантус	–	n – 5 9,20%	n – 28 9,58%	–	n – 16 9,38%	n – 13 9,80%	n – 3 9,40%
Хумалог + лантус	n – 1 9,28%	n – 10 8,02%	n – 31 8,64%	n – 4 8,31%	n – 24 8,30%	n – 6 9,36%	n – 8 8,30%
Инсуман-рапид + лантус	–	–	n – 18 9,42%	–	n – 7 9,60%	n – 6 9,40%	n – 2 8,62%

определялся у больных, получавших комбинации актрапида с протофаном и хумалога с лантусом.

У детей до 7 лет оптимальным сочетанием можно считать новорапид с протофаном. Потребность в инсулине у данной группы оказалась 0,5 ед./кг, гликированный гемоглобин — 7,4%. Для детей 7—12 лет лучшим оказалось сочетание хумалога с лантусом. При его использовании потребность в инсулине составила 0,75 ед./кг, а НвАс1 — 8,02%. Для подростков оптимальным оказалось сочетание актрапида с лантусом. Потребность в инсулине при использовании данного сочетания — 0,58 ед./кг, а НвАс1 — 8,31%.

В зависимости от стажа СД каких-либо закономерностей не найдено.

Выявленные особенности в эффективности препаратов и их комбинаций позволят более рационально подойти к расчету фармако-экономического эффекта в лечебно-профилактических учреждениях.

Выводы

1. Комбинации инсулинов, включающих лантус, предпочтительнее в детской практике из-за возможности сократить количество инъекций с 5 до 4, что привело к тому, что на настоящий период времени такие комбинации получают до 50% больных.

2. Наиболее эффективной комбинацией, требующей наименьшего количества инсулина на килограмм массы и позволяющий достичь удовлетворительных значений НвАс1, является сочетание новорапида с протофаном. За ним следуют сочетания актрапида с лантусом и хумалога с лантусом.

3. В зависимости от возраста больных имеются оптимальные сочетания инсулина. Для детей до 7 лет предпочтительнее сочетание новорапида с протофаном, 7—12 лет — хумалога с лантусом, а у подростков 13—18 лет — актрапида с лантусом.

4. В зависимости от стажа СД каких-либо предпочтений в выборе сочетания инсулинов не найдено.

Результаты скрининга артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа и других нарушений углеводного обмена среди работающего населения Ростова-на-Дону

Кудинов В. И., Чесникова А. И., Шульга Ю. В., Золотарева Н. В., Ничитенко М. С., Пащенко Е. В.; РостГМУ, Ассоциация эндокринологов Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности сахарного диабета 2 типа (СД-2) и других нарушений углеводного обмена, артериальной гипертензии (АГ), ожирения среди работающего населения Ростова-на-Дону. Обследовано трудоспособное население (1502 человека) в различных по профилю организованных трудовых коллективах. Среди обследованных диагностировано 30 больных СД-2 (2,07% от всех обследованных), 42 случая нарушенной гликемии натощак (2,8%), 13 случаев нарушенной толерантности к глюкозе (0,87%). Число лиц с избыточным весом составило 597 человек (41,2%), ожирение выявлено у 374 человек (25,8%), АГ у 375 человек (24,9%). Таким образом, проведенный скрининг показал целесообразность профилактических осмотров с целью раннего выявления указанной патологии, что позволит своевременно определять комплекс профилактических и лечебных мероприятий с целью предупреждения развития возможных осложнений.

Введение

Многочисленными научными работами и эпидемиологическими исследованиями последних десятилетий было установлено единство патогенетических механизмов возникновения и развития таких патологических состояний, как АГ, ишемическая болезнь сердца (ИБС) и СД (Дедов И. И., Юденич О. Н., 2006; Дедов И. И., 2000; Демидова Т. Ю., Селиванова А. В., Аметов А. С., 2006). Доказано, что в основе повышения артериального давления, дислипидемии и инсулинорезистентности лежат метаболические нарушения, наблюдаемые у больных с ожирением (Дедов И. И., Александров А. А., Кухаренко О. С., 2006). На основании полученных данных и выявленных закономерностей была разработана концепция метаболического синдрома, позволяющая связать

целую группу патологических состояний, существенно влияющих на структуру заболеваемости, смертность и продолжительность жизни, с нарушением жирового обмена и ожирением. В настоящее время метаболический синдром диагностируется при наличии у пациентов критериев по версии Международной диабетологической федерации (2005).

Центральное место в этой системе критериев занимает абдоминальное ожирение. В 1997 году ВОЗ объявила не только об эпидемии СД-2, но и об эпидемии ожирения: к началу XXI века уже 20—25% взрослого населения планеты имели ожирение, а около 40—50% — избыточную массу тела. По прогнозам ВОЗ, к 2025 году в мире будет насчитываться примерно одинаковое количество больных с этими заболеваниями — около 300 млн человек. По данным статистики, в России избыточным весом страдают 40—50% населения. Ожирение значительно уменьшает продолжительность жизни, в среднем — от 3—5 лет при небольшом избытке веса, до 15 лет — при выраженном ожирении. Практически в 2 случаях из 3 смерть человека наступает от заболеваний, связанных с нарушением жирового обмена. Установлено, что если бы человечеству удалось решить проблему ожирения, средняя продолжительность жизни увеличилась бы на 4 года (Гинзбург М. М., Козупица Г. С., Крюков Н. Н., 2000).

Важной особенностью СД является отсутствие или слабая выраженность симптоматики, поэтому примерно 50—60% больных остаются недиагностированными, а у значительной части диагноз устанавливается спустя 7—15 лет от начала заболевания. Так, по данным различных исследований, при диагностировании СД у 12—15% пациентов уже выявляется диабетическая нефропатия, у 16—37% — ретинопатия, а у 25—40% — нейропатия. Эти данные диктуют необходимость раннего

выявления категории лиц с признаками метаболического синдрома для проведения коррекции имеющихся обменных нарушений с целью предупредить и приостановить развитие таких тяжелых заболеваний, как СД, АГ и ИБС. Поэтому большой практический интерес представляет реализация программ раннего выявления СД и АГ среди лиц с повышенной массой тела.

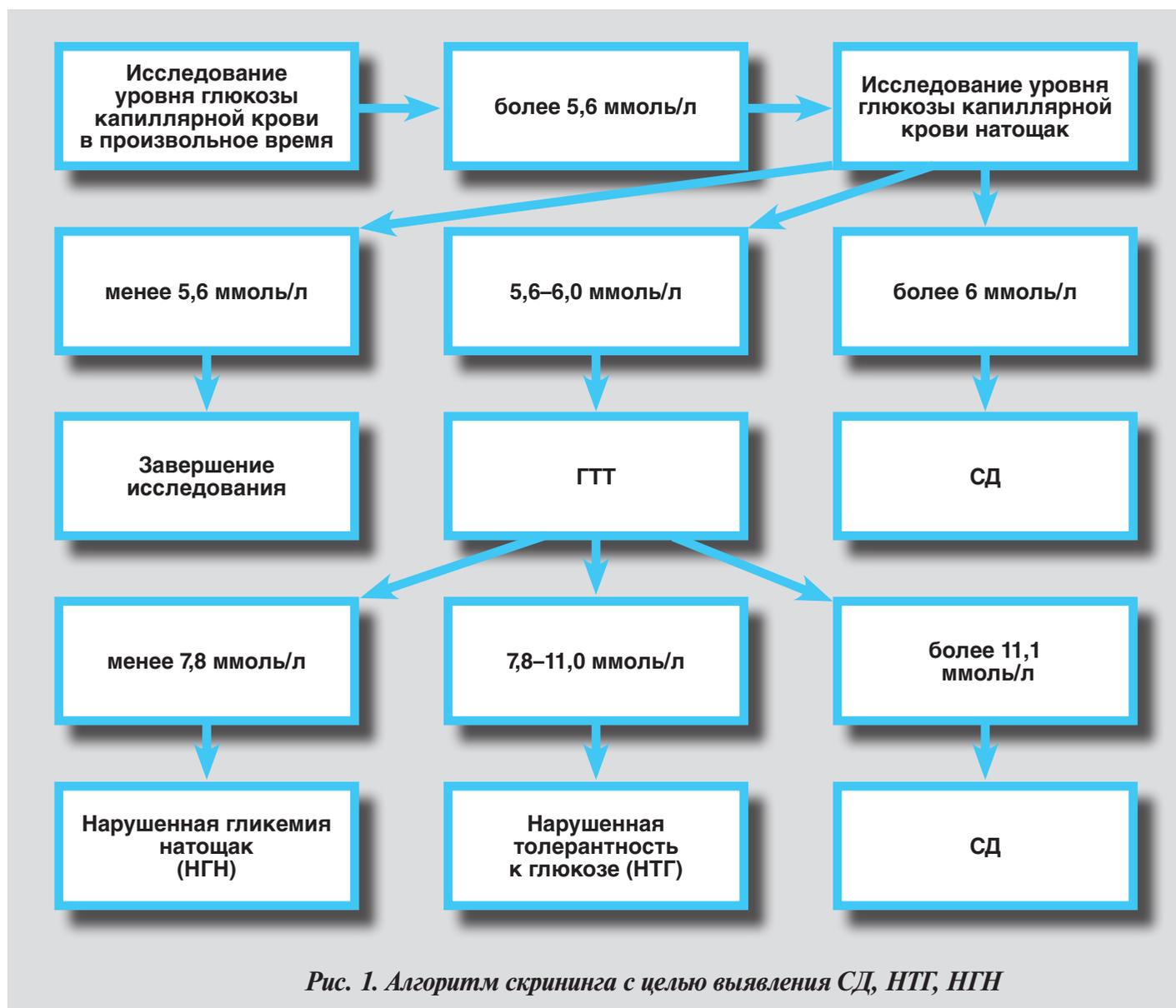
В настоящее время используется 3 основных вида скрининга (ВОЗ, 1994): популяционный, целенаправленный и скрининг лиц с высокой степенью риска. В нашей стране в ряде городов и регионов используется скрининг лиц с высокой степенью риска как наиболее экономически приемлемый. В Санкт-Петербурге проведенный скрининг СД среди населения, имеющего факторы риска (обследовано 341096 человек), выявил распространенность недиагностированного СД в 0,78% случаев. Частота развития СД у женщин была в 1,2 раза выше, чем у мужчин. Реализация программы скрининга позволила повысить выявляемость СД в Санкт-Петербурге на 25,3% (Карпова И. А., Залевская А. Г., 2001). Скрининг СД в Омске позволил выявить 401 (4,9%) новый случай СД среди 8034 обследованных и 334 (4,16%) пациента с нарушенной толерантностью к глюкозе. Среди

больных СД преобладали женщины — 74,6% (Сайфуллина М. Л. и соавт., 2003).

В 2006 году в Ростове-на-Дону и Новочеркасске было проведено скрининговое исследование работающего населения с целью выявления случаев и оценки распространенности СД и других нарушений углеводного обмена, АГ, ожирения среди взрослого работающего населения города.

Материалы и методы

Основным методом исследования было выбрано скрининговое обследование работающего населения. Данный выбор был обусловлен тем, что выявление новых случаев СД, ожирения и АГ в данной группе лиц, а тем более профилактика их возникновения, представляются наиболее экономически эффективными, так как своевременная диагностика и лечение могут предупредить появление, замедлить прогрессирование осложнений, снизить выход на инвалидность и продлить трудоспособный возраст. Включение в исследование широкого круга предприятий и учреждений различной сферы деятельности охватывает многие возрастные группы, в том числе и лиц пенсионного возраста, что позволяет с определенными



допущениями экстраполировать полученные данные на взрослое население города в целом. Предприятия и учреждения выбирались таким образом, чтобы в программу были включены жители всех районов города, имеющие разный уровень образования и различные специальности.

На первом этапе скрининга на каждого участника заполнялась анкета, включающая следующие данные: пол, возраст, должность, уровень физической активности, вредные привычки (курение, алкоголь), СД в анамнезе и у родственников, хронические заболевания, АГ. Обследование включало в себя клинический осмотр, определение артериального давления, роста, массы тела с последующим вычислением индекса массы тела (ИМТ), определение общего жира в организме, запись ЭКГ. Окружность талии (ОТ) измеряли гибкой сантиметровой лентой на середине расстояния между вершиной гребня подвздошной кости и нижним боковым краем реберной дуги, окружность бедер (ОБ) — в положении стоя на уровне лобкового симфиза спереди и большого вертела бедренной кости сбоку, рассчитывали отношение ОТ/ОБ. Увеличение ОТ более 80 см у женщин и ОТ более 94 см у мужчин расценивали как абдоминальный тип ожирения (АО). Диагностика нарушений углеводного обмена проводилась согласно классификации ВОЗ (1999). Лицам с отягощенной наследственностью, повышенным ИМТ, АГ, СД в анамнезе, предъявляющим жалобы на жажду, зуд, немотивированную слабость, проводилось измерение уровня гликемии капиллярной крови. Обследование проводилось группой специально подготовленных врачей в медицинских пунктах соответствующих предприятий и учреждений.

Лиц с уровнем гликемии 5,6—6,0 ммоль/л и более направляли на второй этап скрининга для определения гликемии натощак и через 2 часа после еды или проведения перорального глюкозотолерантного теста (ГТТ). По результатам исследования обследуемые распределялись по категориям нарушения углеводного обмена в соответствии с критериями ВОЗ (1999). Если уровень глюкозы крови натощак дважды превышал 6,0 ммоль/л или уровень гликемии после проведения ГТТ превышал 11,0 ммоль/л, обследуемых относили к группе «впервые выявленный СД» и направляли к эндокринологу по месту жительства для постановки на учет. Всем участникам исследования с выявленными метаболическими нарушениями давались стандартные рекомендации по питанию и физической активности. Обследуемые с АГ были проконсультированы кардиологом с целью подбора или коррекции гипотензивной терапии (рис. 1).

Результаты и обсуждение

Анализ полученных результатов проводили с помощью общепринятых методов статистики.

Было обследовано 1502 человека, 786 (52,3%) мужчин и 716 (47,7%) женщин.

При проведении скрининга выявлено 42 случая НГН, 13 случаев НТГ и 30 случаев впервые диагностированного СД. Общая распространенность НГН, НТГ и впервые выявленного СД в группе составила 2,8%, 0,87% и 1,99% соответственно. Среди лиц с нарушением углеводного обмена преобладали женщины: 71,4% в группе с НГН и 70% в группе впервые выявленного СД. У 17 человек имел место ранее диагностированный СД. Таким образом, в результате программы было выявлено 77 (5,12%) человек с нарушением углеводного обмена,

Таблица 1

Распространенность СД, НГН, НТГ среди мужчин

Возраст	Обследовано	Новых случаев СД (%)	Известных случаев СД (%)	НГН (%)	НТГ (%)	Всего (%)
20–29	232	0 (0)	0 (0)	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,4)
30–39	169	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,6)	1 (0,6)
40–49	203	1 (0,5)	0 (0)	7 (3,4)	3 (1,5)	10 (4,9)
50–59	141	5 (3,5)	3 (2,1)	2 (1,4)	1 (0,7)	11 (7,7)
старше 60	34	3 (8,8)	2 (5,9)	2 (5,8)	0 (0)	8 (23,5)
Всего	786	9 (1,1)	5 (0,6)	12 (1,5)	6 (0,8)	31 (3,9)

Таблица 2

Распространенность СД, НГН, НТГ среди женщин

Возраст	Обследовано	Новых случаев СД (%)	Известных случаев СД (%)	НГН (%)	НТГ (%)	Всего (%)
20–29	101	0 (0)	0 (0)	1 (0,9)	0 (0)	1 (0,9)
30–39	161	2 (1,2)	0 (0)	1 (0,6)	2 (1,2)	5 (3,1)
40–49	202	2 (0,9)	2 (0,9)	10 (4,9)	4 (0,9)	18 (8,9)
50–59	165	9 (5,5)	7 (4,2)	11 (6,7)	1 (0,6)	28 (16,9)
старше 60	56	8 (14,3)	3 (5,4)	7 (12,5)	0 (0)	18 (32,1)
Всего	716	21 (2,9)	12 (1,7)	30 (4,2)	7 (0,9)	70 (9,7)

Частота случаев АГ и нарушений углеводного обмена в зависимости от массы тела

Исследуемые признаки	ИМТ		
	18,5–24,9 кг/м ² , n= 562 (%)	25–29,9 кг/м ² , n=597 (%)	более 30 кг/м ² , n=374 (%)
АГ	40 (7,1)	149 (24,9)	186 (49,7)
НТГ	1 (0,2)	1 (0,2)	3 (0,8)
НГН	5 (0,9)	20 (3,4)	17 (4,5)
СД	6 (1,1)	13 (2,2)	28 (7,5)
Отягощенная наследственность	50 (8,9)	63 (10,6)	54 (14,4)
АГ и нарушения углеводного обмена	4 (0,7)	26 (4,4)	41 (11)
ОТ более 80 см, женщины	18 (3,2)	109 (18,3)	159 (42,5)
ОТ более 94 см, мужчины	5 (0,9)	33 (5,5)	43 (11,5)

которые и не подозревали о наличии у них подобной патологии. Полученные нами данные примерно совпадают с результатами скрининговых исследований в Омске и Санкт-Петербурге. В таблицах 1 и 2 представлены результаты выявленных нарушений углеводного обмена в разных возрастных группах мужчин и женщин.

Как следует из представленных в таблицах данных, выявление новых случаев СД закономерно увеличивается с возрастом, при этом «пик» заболеваемости приходится на возраст 60 и более лет. Рост распространенности НГН и НТГ начинается в более молодом возрасте, но также достигает максимума в возрастной группе 60 и более лет. В результате суммарная распространенность СД и других нарушений углеводного обмена наблюдалась среди лиц 60 лет и старше. Такое распределение показателей косвенно указывает на «преддиабетическую» роль НГН и НТГ. Некоторое снижение уровня НТГ в старшей возрастной группе может быть связано с тем, что в возрасте 60 и более лет большая часть лиц, имевших нарушения углеводного обмена, переходит в категорию «сахарный диабет».

В таблице 3 представлены данные о частоте случаев выявления АГ и нарушений углеводного обмена в зависимости от массы тела.

Как следует из представленных в таблице данных, избыточный вес (ИМТ 25–29,9 кг/м²) имели 597 обследованных, ожирение (ИМТ более 30 кг/м²) 374 человека, нормальную массу (ИМТ 18,5–24,9 кг/м²) тела 562 человека, что составляет, соответственно, 39,7%, 24,9% и 37,4% от числа всех анкетированных. Полученные результаты не отличаются от статистических данных частоты встречаемости избыточного веса и ожирения в мире. Среди страдающих ожирением преобладали лица с I степенью — 228 (60,9%) человек, II степень определена у 71 (18,9%) человека и III степень — у 13 (3,5%) человек.

Обращает на себя внимание более частое выявление случаев АГ среди лиц с избыточным весом (149 человек — 24,9%) и ожирением (186 человек — 49,7%) по сравнению с лицами, имеющими нормальную массу тела (40 человек — 7,1%). Сочетание АГ с нарушением углеводного обмена имели 26 человек с избыточной массой тела и 41 — с ожирением. Все это еще раз свидетельствует в пользу наличия общих механизмов развития

указанных патологических состояний и необходимости борьбы с лишним весом для предупреждения развития СД и АГ.

Распространенность абдоминального ожирения составила 23,8% среди лиц с ИМТ 25–30 кг/м² и 54,01% — с ИМТ более 30 кг/м², причем женщины преобладают в обеих группах. Полученные данные подтверждают важную роль абдоминальной жировой ткани в формировании метаболического синдрома.

Среди обследованных с НГН повышенную массу тела имели 37 человек из 42 (88,1%), АГ страдали 27 (64,3%) человек, избыточный вес среди 47 больных СД имелся у 41 человека (87,2%), повышение артериального давления наблюдалось у 37 (78,7%) человек. Отягощенная наследственность выявлена у 14 (33,3%) человек с НГН и у 35 (74,5%) человек с СД-2.

АГ прослеживается у 375 человек (24,9% от всех анкетированных), чаще страдают женщины (62,2%), среди мужчин АГ выявлена в 37,8% случаев.

Выводы

- Распространенность НГН, НТГ и СД среди работающего населения составляет 2,8%, 0,87%, 3,13% соответственно. Распространенность недиагностированного СД (1,99%) превышает в 1,8 раз число случаев зарегистрированного СД (1,14%). Количество лиц с избыточным весом составляет 41,2%, а с ожирением — 25,8%. Повышенное артериальное давление было определено у 24,9% обследованных.
- Пик заболеваемости СД приходится на возрастную группу 60 и более лет, преобладает у женщин. Наибольшая распространенность СД, НГН и НТГ отмечалась среди лиц с ожирением и АГ. Наиболее прогностически значимыми предикторами развития СД явились АГ, возраст, повышенный ИМТ, абдоминальный тип ожирения, то есть основные составляющие метаболического синдрома.
- Проведенный скрининг СД, АГ и ожирения среди работающего населения показал целесообразность и высокую эффективность раннего выявления указанной патологии, что позволит своевременно определять необходимый комплекс профилактических и лечебных мероприятий.

ПРОИЗВОДСТВО И ПОСТАВКА СОВРЕМЕННЫХ ИНДИКАТОРОВ ЭКСПРЕСС-КОНТРОЛЯ



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

ОПЕРАТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ КРИТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СТЕРИЛИЗАЦИИ ХИМИЧЕСКИМИ ИНДИКАТОРАМИ

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

НОВИНКИ

- биологические индикаторы контроля стерилизации и камерной дезинфекции;
- «Термотест» для контроля «холодовой цепи»;

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ

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

ОТЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

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

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

Проблема безопасности персональных данных и доступные варианты ее решения

*Евдокимов А. В., к.т.н.; Куделя С. В., к.т.н.; Курбесов А. В., к.э.н.;
Чердиченко А. Н.; Щитов И. А.; ООО «Электронная медицина»,
г. Ростов-на-Дону*

В соответствии с Федеральным законом РФ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» перед медицинскими, страховыми, аптечными и многими другими учреждениями, работающими с населением, встала задача до 2010 года привести все аппаратно-программные средства, обеспечивающие учет информации о гражданах, в соответствие с требованиями закона.

Данные, которые обрабатываются участниками: лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ), аптечными учреждениями (АУ), страховыми медицинскими компаниями (СМК), территориальными фондами ОМС (ТФОМС) центрами обработки данных (ЦОД), органами управления здравоохранения, региональными аптечными складами (РАС), относятся преимущественно к категории безопасности К2, а в некоторых случаях к более высокой — К1.

Обеспечение безопасности информационной системы — это комплексная задача, которая состоит из модернизации и переконфигурировании технических средств, на которых работает программное обеспечение; специальной подготовки помещений; покупки дополнительного программного обеспечения, обеспечивающего комплексную защиту данных; разработки и внедрения организационно-методических материалов внутри организации, обеспечивающих строгий учет и контроль доступа сотрудника к обрабатываемым данным. Это обобщенный список мер, которые необходимо предпринять для обеспечения безопасности обработки персональной информации. Специальные организации, имеющие соответствующую лицензию, помогают обеспечивать выполнение всех требований закона. Стоимость проведения таких работ достаточно велика. ООО «Электронная медицина» оказывает услуги, которые позволяют значительно оптимизировать структуру вычислительного процесса при обработке личной информации, в результате чего существенно снижаются затраты на выполнение работ по защите персональных данных.

Анализ всех потоков информации и регламентов работы медицинских и аптечных учреждений позволяет разделить автоматизированные рабочие места на две категории: предназначенные для обработки персональных данных и не обрабатывающие персональные данные. При этом в результате проведения ряда работ удастся большинство рабочих мест свести к местам второй категории.

В программное обеспечение разработки ООО «Электронная медицина» («Регистратура», «Приемник», «Поликлиника», «Стационар», «Прививки», «Учет застрахованного контингента», «Экспертиза качества медицинской помощи», ПО учета и выписки льготных рецептов и т. д.) нами внесены существенные изменения, позволяющие снизить количество рабочих мест, на которых обрабатываются персональные данные и которые подлежат обязательной защите. В некоторых случаях, например в аптечных учреждениях, работающих в системе обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами, нами была найдена возможность обеспечить выполнение закона, не затрачивая финансовых средств.

Таким образом, использование услуг и программного обеспечения ООО «Электронная медицина» при прохождении процедуры сертификации для обработки персональных данных позволяет существенно снизить затраты учреждения, а в некоторых случаях — свести их к нулю.

Аттестация ЛПУ для обработки персональных данных – проблемы, подходы, решения

Щитов И. А., ООО «Электронная медицина», г. Ростов-на-Дону

Актуальность вопроса защиты персональных данных ни у кого не вызывает сомнений, а необходимость проведения подобных мероприятий в медицинских учреждениях обусловлена не только требованиями Федерального закона РФ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», но и тем, что персональные данные пациентов являются в соответствии со ст. 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» врачебной тайной, также защищаемой законом. Существующие в медицинских учреждениях информационные системы персональных данных (ИСПДн) в большинстве своем создавались без учета требований по защите персональных данных и врачебной тайны.

Неоднозначность трактовок закона провоцирует массу споров, а сложность выполнения требований руководящих документов требует высокой квалификации исполнителей, а в некоторых случаях (ИСПДн 1, 2 и 3 класса) при проведении работ по защите персональных данных необходимы лицензии ФСТЭК России и ФСБ России. Ограниченные сроки проведения работ (до 01.01.2010) и отсутствие специалистов необходимой квалификации являются существенной проблемой для лечебно-профилактических учреждений.

Для решения данной проблемы ООО «Электронная медицина» разработала информационный пакет «Защита-1», обеспечивающий выполнение всех требований по защите персональных данных — от создания системы защиты персональных данных «с нуля» до сопровождения системы и проведения плановых мероприятий, а именно:

- проведение классификации информационной системы персональных данных;
- определение перечня актуальных угроз безопасности информации, анализ угроз безопасности информации, разработка модели угроз безопасности информации;
- выработку рекомендаций по обеспечению безопасности информации;
- разработку организационно-распорядительных документов (инструкций, регламентов), определяющих порядок обработки и обеспечения безопасности персональных данных в организации;
- разработку технического задания на систему защиты персональных данных;
- разработку проекта системы защиты персональных данных;
- поставку, установку и настройку средств защиты информации, ввод в эксплуатацию системы защиты персональных данных;

- техническое обслуживание системы защиты персональных данных;
- подготовку необходимой документации и проведение оценки соответствия информационной системы персональных данных требованиям безопасности информации (аттестация информационной системы персональных данных).

Используя информационный пакет «Защита-1», ООО «Электронная медицина» помогает выполнить комплекс организационных и технических мероприятий, пройти процедуру аттестации, в результате которой лечебно-профилактическое учреждение получает:

- систему защиты персональных данных, соответствующую нормативным правовым документам в области защиты персональных данных;
- официальное подтверждение (аттестат) соответствия информационной системы персональных данных требованиям регуляторов;
- сопровождение системы защиты персональных данных после завершения проекта.

«Защита-1» является специализированным решением для лечебно-профилактических учреждений и позволяет существенно снизить стоимость проведения работ по защите персональных данных.

Длительный опыт работы ООО «Электронная медицина» в области здравоохранения гарантирует, что при построении защищенной информационной системы персональных данных будут учтены требования федерального, регионального законодательства и пожелания заинтересованных учреждений.

Новый метод диагностики заболеваний зависимости

Мяжкова М. А., д.б.н., профессор;

Институт физиологически активных веществ РАН, г. Москва

В последние годы в мире зарегистрировано значительное возрастание количества людей, страдающих патологическим влечением к употреблению лекарственных препаратов, наркотиков, алкоголя, продуктов питания, к азартным играм, и т. д. Эти люди нуждаются в ранней диагностике заболевания и своевременном оказании лечебно-реабилитационной помощи. Научные разработки, проведенные на стыке иммунологии и медицины, принципиально изменили представления о механизме развития состояния зависимости и явились базой для создания новой комплексной системы экспертизы и диагностики различных заболеваний зависимости с последующим выбором методов дифференцированного лечения и реабилитации больных.

Фундаментальные исследования метаболизма наркотиков и механизмов образования антител к ним начали проводиться российскими учеными Института физиологически активных веществ (ИФАВ РАН) уже более 15 лет назад. Первым итогом их практического применения в медицине стала разработка принципиально нового иммунохимического способа выявления лиц, употребляющих наркотики. Этот метод получил название «Дианарк». Метод позволяет по образованию специальных маркеров (антител) в сыворотке крови человека, употребляющего наркотик, определять факт его приема в более отдаленные сроки, когда в других биологических жидкостях уже отсутствуют метаболиты данного вещества. Предлагаемый способ выявляет ранние стадии болезни в отсутствии проявления ярких клинических признаков. Следы употребления наркотиков сохраняются в организме в течение 2—4 месяцев после последнего приема наркотика человеком. Российская разработка диагностики фактов употребления наркотических средств удостоена премии (золотая медаль) Всемирной организации интеллектуальной собственности (ВОИС). Методика была представлена на XXXV Женевском салоне изобретений (2007). Надежная диагностика ранних, скрытых форм наркомании стала реальностью.

В настоящее время осуществляется выпуск диагностических наборов реагентов серии «Дианарк» для иммуноферментного определения маркеров (антител), образующихся в крови при употреблении наркотических веществ, относящихся к следующим классам: «Дианарк-Ат-О» (опиаты), «Дианарк-Ат-К» (каннабиноиды), «Дианарк-Ат-А» (амфетамины), «Дианарк-Ат-Б» (барбитураты), «Дианарк-Ат-Ко» (кокаин), «Дианарк-Ат-Э» (эфедрон).

Вторым направлением практического использования фундаментальных исследований, выполненных в ИФАВ РАН, стало создание диагностических наборов для оценки игровой зависимости. Это психическое заболевание, при котором человек не в состоянии самостоятельно контролировать свое участие в азартных играх (патологический гемблинг), относится к одной из актуальных медико-социальных проблем в России и в мире. Исходом заболевания часто является личностная и социальная деградация, которая сопровождается другими, более пагубными формами болезненной зависимости, такими как алкоголизм и наркомания. В России 2—5% взрослого населения в той или иной степени непосредственно



сталкиваются с болезненной игровой зависимостью. Необходим комплекс эффективных мер, направленных на создание методов раннего выявления игровой зависимости.

Есть научные основания полагать, что в основе «игромании» лежат те же патогенетические механизмы, что и при развитии классических случаев зависимости от психоактивных веществ (наркотиков и алкоголя). В то же время «игромания» не обусловлена прямым действием особого токсического вещества на центральную нервную систему, как это наблюдается при алкоголизме и наркомании. Полученные результаты исследований, выполненных в ИФАВ РАН, принципиально изменили представления об уровне взаимосвязи ЦНС и иммунной системы. Установлено, что при развитии игровой зависимости и наркомании происходят специфические нарушения гуморального иммунитета. Это выражается в изменении уровня тех естественных антител (e-Ат), которые связывают эндогенные нейромедиаторы, участвующие в патогенезе заболевания (серотонин, β -эндорфин, дофамин). Впервые показаны различия состава крови в отношении e-АТ к указанным выше эндогенным нейромедиаторам у здоровых доноров и у больных игровой зависимостью. Доказано, что оценка изменения в крови уровня e-АТ к эндогенным биорегуляторам может служить объективным параметром, отражающим взаимодействие ЦНС с гуморальным звеном иммунитета при патологических зависимостях. Достигнутым практическим выходом является метод ранней диагностики игровой зависимости.



За более подробной информацией о методе «Дианарк» можно обратиться по адресу:
ООО «Диамедика», 111024,
г. Москва, ул. Авиамоторная, 51а,
тел. (495) 673-39-42

Социальная работа в современной психиатрии

Конова Е. С., Бакуменко К. И.; ГУЗ «Психоневрологический диспансер» Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

Здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или анатомических дефектов. Главной задачей государства является сохранение и защита общественного здоровья при любых социально-экономических, политических, социальных и природных условиях. Важным направлением в решении этой задачи выступает предупреждение и преодоление психических заболеваний, имеющих как биологическую, так и социальную природу, и улучшение психического здоровья населения.

Психическое здоровье — это состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения. В современных условиях во всех регионах России обнаруживается увеличение числа психических расстройств среди населения, и оно не имеет тенденции к снижению. По данным специальных исследований, распространенность основных форм психических заболеваний возрастает каждые десять лет на 10—15%. Наиболее интенсивно растет число лиц с наркоманией, алкоголизмом, реактивными состояниями, неврозами, расстройствами личности, психическими и поведенческими расстройствами, включая детский и подростковый возраст. Актуальными являются проблемы беспризорных детей — социальных сирот, имеющих живых родителей, которые лишены родительских прав или не могут осуществлять воспитание вследствие психических расстройств. Группа населения с невротическими и декомпенсированными личностными расстройствами в значительной мере пополняется лицами, пострадавшими от катаклизмов наших дней: военных конфликтов, террористических актов, стихийных бедствий, аварий и катастроф, вынужденного переселения и т. д.

Среди психически больных значительную часть составляют одинокие и пожилые люди. В связи с общим старением населения возросло количество лиц пожилого возраста и, соответственно, заболеваний старческого возраста. Эти люди относятся к наиболее незащищенной, нуждающейся в особой социальной поддержке группе населения. Как показывает мировой опыт, по меньшей мере каждый четвертый житель планеты нуждается в консультации психолога, психотерапевта или психиатра. По этой причине продолжают расти показатели первичной инвалидности. Психические заболевания являются одной из важных социальных, экономических, культурных и медицинских проблем в современной России.

В нашей стране в большей мере, чем в других развитых странах, больные с хроническими психическими заболеваниями воспринимаются обществом как маргинальная часть населения. Положение психически больных людей осложнено экономическими, социальными, социокультурными и другими обстоятельствами. При обсуждении вопроса о социальной помощи людям

с психическими расстройствами прежде всего надо отметить специфичность данной патологии, которая в силу недостаточной информированности общества о причинах и проявлениях заболевания либо замалчивается, либо отвергается, встречает пренебрежение или насмешку. Между тем у психически больного в силу специфичности заболевания возникает ряд серьезных проблем, с которыми он просто не в состоянии справиться. Достаточно отчетливо выявляется ухудшение трудового статуса (инвалидизация, занятие неквалифицированным трудом, потеря работы и безработица, ухудшение материального положения и социально-бытовых условий), изоляция от общества и близких.

Весь комплекс проблем, связанных с психическими заболеваниями, требует профессионального вмешательства. Общество должно уяснить, что от психического заболевания никто не застрахован. В связи с этим необходимо проявлять гуманное отношение к лицам, страдающим психическими расстройствами.

Пересмотр позиций психиатрических учреждений в отношении оказания социальной помощи психически больным непосредственным образом связан с развитием социальной психиатрии, утверждением принципов психиатрической реабилитации и профессиональной социальной работы.

У психически больного в силу специфичности заболевания возникает ряд серьезных проблем: снижается уровень адаптации, пациент испытывает трудности в результате стигматизации со стороны общества и самостигматизации, осложняется процесс получения образования. Из-за выхода на инвалидность человек теряет работу, изменяется его трудовой статус. Если ему удастся найти работу, то, как правило, это неквалифицированная работа, либо облегченные, низкооплачиваемые виды труда, что ведет к ухудшению материального положения и социально-бытовых условий. Помещение пациента в больницу на длительный срок приводит к его изоляции от общества и родных, обеднению и разрыву социальных связей, ограничению социального функционирования, развитию негативных последствий пребывания в стационаре — госпитализма. У психически больных возникают проблемы и в производственной сфере, семейных отношениях, формах проведения досуга, социальных контактах. Надо отметить также, что социально-политические и экономические потрясения, произошедшие на территории бывшего СССР, привели к тяжелому кризису многие семьи, включающие лиц с нарушениями психического развития. Имея низкие адаптационные способности, большую уязвимость с точки зрения материального благополучия, уровня здоровья, внутрисемейного климата, психологического состояния членов семьи, они оказались беспомощными перед множеством нерешенных проблем. Основная цель функционирования служб психического здоровья — это улучшение

качества жизни пациентов и оказание им помощи в повышении уровня адаптации.

Все перечисленные проблемы ранее решались медицинским персоналом психиатрических учреждений, которому приходилось расширять свои функции за счет выхода в сферу социальной реабилитации. Современный этап в развитии психиатрической помощи характеризуется включением в штатное расписание психиатрических учреждений специалиста по социальной работе, что призвано стать одним из неотъемлемых стандартов качества психиатрической помощи.

В задачи социальной психиатрии входит: предотвращение психических заболеваний, смягчение последствий заболевания, вывод душевнобольного из изоляции, повышение качества его жизни.

Социальная психиатрия как метод строится на тщательном профессиональном подходе к возможностям, ресурсам и тем сферам жизни, с которыми душевнобольной входит в контакт. В сферу вмешательства социальной психиатрии входит не только сам больной и его близкие, но и вся его каждодневная жизнь: работа, жилье, соседи, друзья и знакомые. Существенным элементом социальной психиатрии является работа по созданию для душевнобольных специальных условий на местах в форме работы, занятий, а также возможность участвовать в культурной, спортивной жизни и прочее. Социально-психиатрическая работа тесно связана с профессиональными социальными методами, которые включены во многие учебные программы, имеющие отношение к психиатрии.

Специалисты по социальной работе и социальные работники в одних психиатрических учреждениях нашей страны еще только обозначены в штатном расписании, в других уже появляются во все большем количестве. Они располагают профессиональным образованием по социальной работе, но чаще не имеют специальной подготовки для работы в психиатрии. Все это определяет необходимость в настоящее время конкретизации социальной работы при осуществлении бригадного полипрофессионального подхода к оказанию помощи, выделения основных ее направлений и определения ее особенностей при различных формах психических патологий и в деятельности отдельных психиатрических учреждений.

Рассмотрим три основных направления социальной работы в психиатрии.

Социотерапевтическое вмешательство. Ориентировано на пациента и проводится как индивидуально, так и в групповых формах. Его целями являются: организация медицинской помощи и наблюдения; развитие личности в терапевтической форме; ограничение и смягчение последствий заболевания; повышение качества жизни больного; укрепление связей с окружающим миром; повышение адаптации и социализации.

Психосоциальное вмешательство. Проводится на микросоциальном уровне и направлено на работу с ближайшим окружением больного (семьей, друзьями, соседями, окружением по месту работы, учебы или проведения досуга), включая как семейные формы вмешательства, в том числе и с применением образовательного подхода, так и воздействие на другие компоненты естественной сети социальной

поддержки, а также ее замещение, осуществляемое путем создания искусственной социотерапевтической среды: различные формы защищенного жилья и вовлечение пациентов в групповые формы активности, в том числе в группы самопомощи, психосоциальные клубы.

Здесь решаются задачи создания благоприятной атмосферы для проживания и труда больного вне стен психиатрического учреждения, укрепления социальных связей; научения родных правилам общения и навыкам ухода за больным; решение проблем семей, имеющих психически больных и т. д.

Социальная работа в области психиатрии. Проводится на уровне общества в целом (макросоциальный уровень). Этот уровень относится к сфере влияния общественно-ориентированной психиатрии как концепции, способствующей повышению толерантности населения к психически больным, преодолению проблемы стигматизации, совершенствованию законодательства в области охраны психического здоровья и в социальной сфере, профилактике психических и психосоциальных расстройств, привлечению внимания как государственных, так и частных, благотворительных, общественных организаций, СМИ к проблемам психического здоровья и психосоциальной реабилитации лиц с психическими проблемами и хронически психически больных.

Ранее было общепринято рассматривать душевнобольного только как больного человека, которому необходим медицинский уход и лечение. Но у больных имеется ряд социальных проблем, для решения которых необходим социальный работник. Поэтому использование только медицинской модели означает одностороннюю помощь психически больным, и она не может служить основой для лечения и обслуживания данной категории людей. Задача социальной службы в решении социальных проблем пациентов, в защите гражданских и имущественных интересов (примером могут служить нередко встречающиеся факты, когда душевнобольные становятся жертвами мошенничества с целью присвоения жилой площади и остаются в итоге без квартиры и без средств к существованию). Выполнение этих функций социальными работниками при условии владения ими основами законодательства было бы более адекватным и эффективным.

Активный социальный вклад необходим при решении жилищных вопросов пациента, проблем, связанных с организацией его повседневной жизни или когда признано целесообразным обучение в школах по особым, специфическим программам. Трудности могут возникнуть при возвращении пациентов на прежнее место работы. В силу ранимости психики, обостренного эмоционального восприятия отношения сослуживцев больные могут оказаться в самоизоляции и тяжело переживают само это обстоятельство. Такая ситуация требует непосредственного участия социального работника в трудовой реадaptации больных. Для этого социальный работник должен владеть основами общей психологии, патопсихологии и другими близкими к указанным областям знаниями.

Аналогичная ситуация возникает и в отношениях с соседями, особенно в условиях коммунальной квартиры, где трудно ожидать отношения, щадящего и оберегаю-

щего психику больного. В этой связи возникает необходимость вмешательства социального работника по оказанию социально-психологической, социально-бытовой помощи, социальной реадaptации больных путем разъяснения соседям целесообразной тактики их поведения. К сфере социально-психолого-медицинских услуг должны относиться также: психопрофилактика депрессионных состояний, предотвращение социальной и психологической напряженности, профилактика психологических срывов, соматических заболеваний, контроль пенсионного и материального обеспечения, обучение семей правилам и навыкам ухода за психически больными, содействие в медицинском страховании, в обеспечении лекарствами, помощь в решении социально-бытовых, психологических, юридических вопросов, оформление и переоформление документов для направления больного на медико-социальную экспертизу, работа по просвещению и повышению культуры общества в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами. Какая из многочисленных форм помощи будет играть ведущую роль, зависит от конкретной жизненной ситуации, сложившейся у пациента.

Таким образом, можно выделить следующие основные направления деятельности психосоциальной службы в психиатрическом учреждении:

- *пациент-центрированные формы психосоциального вмешательства;*
- *работа с социальным окружением лиц, страдающих психическими расстройствами;*
- *работа с семьей и изъятие психически больного из неблагополучного семейного окружения;*
- *трудоустройство людей с психическими расстройствами;*
- *взаимодействие с благотворительными организациями, учреждениями, общественными фондами, коммерческими организациями, оказывающими социальную помощь, церковь.*

Пациент-центрированные формы психосоциального вмешательства считаются методологически наиболее разработанными. В широком смысле эти формы можно объединить под общей рубрикой социотерапевтического взаимодействия, направленного на повышение социальной компетенции пациента, на обеспечение максимально высокого уровня личностного и социального функционирования, преодоление социального дефицита. Их диапазон варьирует от восстановления навыков независимого проживания (элементарные навыки гигиены и самообслуживания, более сложные навыки повседневной жизни — ведение домашнего хозяйства, пользование транспортом, распределение бюджета, структурирование деятельности в течение дня и т. д.) до преодоления дефицита социальных навыков, важных для успешного социального функционирования (улучшение социального взаимодействия, общения, социально приемлемого поведения; обучение навыкам уверенного поведения и самопредъявления). Формы вмешательства, направленные на восстановление трудовой занятости (трудовая терапия), по существу также относятся к этой группе.

Расширению возможностей больного в области эффективного социального взаимодействия путем тренинга социальных навыков приписывается не только социотерапевтическая, но и профилактическая роль.

Техники тренинга социальных навыков строятся с учетом первично сниженной способности пациентов, в особенности больных шизофренией, к социальному научению, на чем основано требование структурированности и поэтапности программы, а также индивидуализации на основе предварительной оценки исходных возможностей пациента. Занятия обычно проводятся в малых группах, с использованием моделирования соответствующих ситуаций, с применением ролевых игр и многократным повторением и закреплением эффективных форм поведения, положительным их подкреплением со стороны ведущего группы и других участников, последующим выполнением домашних заданий.

Однако четкую границу в таком аспекте между прерогативами специалистов социальной работы и медицинских психологов провести затруднительно. Многие зависят от индивидуальной подготовки первых. Как правило, здесь есть различия в технике: медицинский психолог работает на уровне переживаний, его цель — личностный рост пациента; специалист по социальной работе — на уровне «событий», с использованием психосоциальной модели.

Работа с социальным окружением лиц с психическими расстройствами — важнейшая сторона психиатрической помощи. Персональные «социальные сети» психически больных формируются под влиянием их конституциональных, а также средовых факторов и обладают значительной стабильностью. Однако в ряде исследований показано, что они постепенно истощаются в зависимости от длительности заболевания; у хронически психически больных они наиболее бедные. В результате социальная поддержка (путем длительного эмоционального, интеллектуального, материального и экономического воздействия с лицами ближайшего окружения) приобретает существенные изъяны, обедняется. Поэтому социальное воздействие нацелено на восстановление, стимуляцию естественной сети социальной поддержки пациента, а также на искусственное создание или расширение этой сети. Все это соотносится с понятием социальной поддержки. Различаются «инструментальная» (осязаемая, материальная) и эмоциональная (способствующая самоутверждению) виды поддержки. Задачами инструментальной поддержки хронически психически больных являются: улучшение приспособления больных в обществе и повышение уровня социального функционирования. К инструментальной поддержке относится социально-бытовая и материальная помощь (доставка продуктов питания, лекарств, уборка помещения, помощь в получении льгот, осуществление социально-правовой защиты больных), а также мероприятия по восстановлению социального положения пациентов (помощь в трудоустройстве, восстановление на работе и т. д.), стимуляции социальных сетей.

Истощение персональной сети социальной поддержки определяется не только особенностями поведения больного (сопротивление или негативизм по отношению к вмешательству близких, аутистические тенденции, эмоциональная холодность, бредовые трактовки и т. д.), но и связано с тяжелым бременем, которое испытывает семья при совместном проживании с хронически психически больным.

Понятие стимуляции социальной сети пациента включает восстановление утраченных семейных и межличностных связей и при недостаточности или невозможности воссоздания естественной персональной социальной сети (отсутствие семьи, неспособность больного к поддержанию эффективных и помогающих дружеских контактов) — создание искусственной среды социальной поддержки, основной вид которой — терапевтическое сообщество. Понятие «терапевтическое сообщество» включает не только модель взаимоотношений между персоналом и пациентами в отделении, но и группы само- и взаимопомощи, клубные дома для хронически больных и т. п.

Работа с семьями является одним из вариантов как индивидуальной, так и групповой социальной работы с ближайшим окружением пациента. Важность этого раздела работы основывается на понимании влияния семейного окружения на течение психического заболевания.

Семейные взаимоотношения при наличии больного в семье могут быть по-разному дисгармоничными — от ригидно организованных вокруг заболевания одного из членов семьи, что приводит к избыточной эмоциональной и поведенческой вовлеченности всей семьи и гиперпротекции, до игнорирования психиатрических проблем больного с отрицанием психопатологической основы дезадаптивного поведения пациента и сведением проблем к обыденному, бытовому уровню. И в том и в другом случае имеет место отсутствие адекватной поддержки со стороны семьи как одного из основных компонентов персональной сети социальной поддержки больного.

Нередко приходится вести большую разъяснительную работу среди родственников больного, обучать их адекватному отношению к нему, щадящему его психику, которая необыкновенно ранима и склонна к ситуационно обусловленным психологическим реакциям. Роль специалиста социальной работы здесь заключается в использовании и групповых занятий с родственниками, и индивидуального подхода с учетом особенностей и структуры семьи, а также внутрисемейных отношений лиц, перенесших психозы.

Работа с семьей занимает одно из ключевых мест в социальной работе.

Социальное вмешательство, направленное на обеспечение трудовой занятости. Будучи по сути пациент-центрированным, оно в то же время означает создание для больного благоприятного микросоциального окружения. Данный аспект наиболее подробно разработан в отечественной психиатрии. В современных условиях экономического кризиса все большее внимание следует уделять индивидуальному трудоустройству, используя все возможности, в том числе на предприятиях малого бизнеса. Это особенно важно, поскольку возрастание безработицы среди психически больных существенно обгоняет рост числа безработных в населении. Для большинства психически больных большой проблемой становится обращение на «Биржу труда», тем более — общение с работодателем.

Социальный работник психиатрической больницы должен собирать информацию о нуждающемся в трудоустройстве больном (методами опроса, анкетирования) и передавать ее в центры (службы), где сотрудники на основе полученной информации

подберут подходящее рабочее место. Если требуемой вакансии на данный момент нет, то работник центра (службы) может связаться с социальным работником при ее появлении. Для психически больного предлагаются, как правило, либо облегченные виды труда (вязание, пошив домашней обуви), либо неквалифицированные виды труда (работа чернорабочим, грузчиком), также может предоставляться неполная трудовая занятость по всем специальностям и должностям. Еще одной важной задачей является осуществление социальным работником контроля выполнения объема работ, а также соблюдения прав психически больного на рабочем месте. Следовательно, социальный работник должен быть связующим звеном не только между психически больным и управлением труда и социальной защиты, но и между больным и работодателем.

Надо также указать, что нередко в связи с болезненным состоянием, особенно в начале психоза, по бредовым мотивам либо в связи с идеями самоуничтожения больные увольняются с работы, а в период выздоровления или улучшения состояния оказываются без работы и без средств к существованию. Часто приходится доказывать администрации, что увольнение было связано с болезненным состоянием работника, тратить много времени на восстановление больного, отрываясь от клинической, лечебной работы. Эти функции должен выполнять социальный работник, вооруженный элементарными знаниями психиатрии, основательно владеющий нормативными актами и оперирующий понятиями нарушения прав личности при отказе в трудоустройстве психически больных.

Важным направлением является **взаимодействие с благотворительными организациями**, учреждениями, общественными фондами, коммерческими организациями, оказывающими социальную помощь.

В рамках ведомственной помощи социальная помощь оказывается вне больничных стен, опираясь на возможности государства и привлекая к сотрудничеству учреждения социальных и реабилитационных служб. Таким образом, психосоциальная служба может являться главным партнером при взаимодействии с системой социального обеспечения; пенсионного обеспечения; с ведомствами, группами самопомощи; службами, оказывающими помощь на дому; службой занятости и т. д.

Следует также указать и на конкретные мероприятия, осуществление которых необходимо для более четкой организации деятельности профессионалов по социальной работе в психоневрологических учреждениях.

Во-первых, это участие в формировании полипрофессиональных бригад. Такие бригады должны формироваться в каждом психоневрологическом учреждении по мере появления соответствующих специалистов с постепенным накоплением опыта и передачей его вновь создаваемым бригадам, возникающим на других участках диспансера, в дневных стационарах или в других отделениях больницы.

Во-вторых, это создание организационной структуры системы психосоциальной реабилитации. Специалисты социальной работы совместно с администрацией, психотерапевтами и врачами должны создавать единую

для всего учреждения постоянно функционирующую структуру, без которой эта работа будет носить неорганизованный, случайный и непоследовательный характер, а сотрудники будут дублировать действия друг друга. Это, прежде всего, постоянно действующие социотерапевтические (и психотерапевтические) группы, использующие и образовательный подход, ориентированные на разные проблемы и учитывающие этап социальной реабилитации.

Опыт социальной работы в психиатрии в Ростовской области

Каждому инвалиду ежегодно при прохождении пересвидетельствования в бюро МСЭ предлагается разработка индивидуальной программы реабилитации, в которой даются рекомендации по адекватному обучению, рациональному трудоустройству, желательным условиям труда и т. д. Реабилитационный процесс проходит под наблюдением психиатра, как правило, сочетаясь с амбулаторным поддерживающим лечением. Инвалидам оказывается психотерапевтическая, психологическая, социальная и юридическая помощь соответствующими специалистами. В ГУЗ «Психоневрологический диспансер» Ростовской области (головное учреждение психиатрической службы области) функционирует отделение лечебно-трудовой реабилитации, где психически больные — инвалиды не только восстанавливают трудовые навыки, но и получают лечение.

Конечно, в процессе проведения реабилитации возникает много проблем. Большие затруднения возникают у инвалидов вследствие психических расстройств при попытках трудоустройства. Актуальной остается проблема занятости инвалидов, организация их досуга, клубной работы. Пока это проводится главным образом силами энтузиастов, заинтересованных лиц, родственников больных.

Перечисленные проблемы и многие другие можно и нужно решать не только специалистам психиатрической службы и заинтересованным лицам — это задача всего общества. Без общественной помощи, в том числе и благотворительной, трудно рассчитывать на кардинальные перемены. Главное — изменить свое отношение к психически больным людям, не допускать их необоснованной дискриминации. Отношение к психически больному — это отражение состояния здоровья общества.

Заключение

На основе проведенных исследований можно сделать следующие выводы.

1. В систему социальной помощи психически больным начала внедряться биопсихосоциальная модель. Подобный всесторонний подход подразумевает участие профессионалов в сфере социальной работы.

2. Психическое заболевание является как медицинской, так и социальной проблемой, требующей активного вмешательства государства и являющейся мерой его гуманности.

3. Социальный работник, практикующий в области психиатрии, должен иметь специальные знания

и обладать следующими основными умениями и навыками: сбор и анализ информации; первичная оценка психического состояния; разработка и реализация плана вмешательства; организация реабилитации, консультативная и посредническая деятельность; адекватное завершение работы с пациентом.

4. Эффективная работа системы социальной помощи основана на знании и практическом применении современного законодательства. Права психически больных лиц в России регламентируются Законом РФ от 01.07.92 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Постановлением Правительства РФ от 25.05.94 «О мерах по обеспечению психической помощи и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами», а также Гражданским, Гражданско-процессуальным и Трудовым кодексами РФ.

5. Деятельность специалистов социальной службы важна на всех этапах лечебного и реабилитационного процесса. Она включает в себя следующее:

- решение вопросов социальной защиты и поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами, восстановление их социальных связей, повышение уровня их социальной адаптации;
- социальное обследование пациентов;
- составление социальной характеристики пациента и разработка индивидуального плана его социальной реабилитации;
- помощь в налаживании семейных отношений;
- восстановление трудовых навыков пациента, вовлечение его в трудовую деятельность;
- восстановление у пациента навыков общения, межличностных отношений; клубная работа;
- помощь в решении бытовых вопросов;
- подготовку выписываемого из стационара пациента к жизни в обычных социальных условиях.

6. Важную роль в социальной реабилитации психически больных играет трудоустройство в особо созданных условиях, то есть в отделениях лечебно-трудовой реабилитации. Основными направлениями работы социального работника при этом являются: работа с больным и его семьей; организационная, аналитическая, учебно-методическая, клубная работа; взаимодействие с организациями и учреждениями, оказывающими социальную помощь.

7. В Ростовской области ведется активная социальная работа в психиатрии. Ведется подготовка кадрового состава социальной службы. Внедряются новые формы социальной реабилитации. Проводятся конференции по обмену опытом социальных работников.

Актуальной остается проблема организации социальной поддержки психически больных в части финансирования социальных мероприятий, неукомплектованности штатами социальных работников и специалистов по социальной работе, недостаточное количество отделений лечебно-трудовой реабилитации. Главной задачей в решении вопроса о повышении эффективности социальной работы с психически больными является интеграция всех направленных на это усилий.

Отчет о научно-исследовательской работе по оценке эффективности лекарственного препарата ВАНКОРУС у пострадавших с множественной и сочетанной травмой

Соколов В. А., д.м.н., профессор; Иванов П. А., к.м.н.; отделение множественной и сочетанной травмы НИИСП им. Н. В. Склифосовского, г. Москва

В отделении множественной и сочетанной травмы НИИ скорой помощи (НИИСП) им. Н. В. Склифосовского была проведена оценка эффективности применения антибактериального препарата ВАНКОРУС производства ОАО «Синтез» (г. Курган, Россия).

Для испытания были предоставлены 400 флаконов препарата в виде порошка для приготовления раствора для инъекций (дозировка — 1 г, годен до 1.9.2009 г., серия 60807, регистрационное удостоверение МЗ РФ ЛС-000602).

Целью испытаний являлось определение эффективности отечественного препарата ВАНКОРУС в сравнении с аналогичными препаратами зарубежных производителей (ВАНКОМИЦИН, ВЕРО-ВАНКОМИЦИН, ВАНКОМИЦИН-ТЕВА, ВАНКОМИЦИНА ГИДРОХЛОРИД).

Испытания проводились с 16 ноября 2007 года по 30 января 2008 года.

Для проведения исследования были отобраны 40 пациентов:

- *пострадавшие, которые имели высокий риск развития общих гнойных осложнений (о. пневмонии, сепсис) при множественных тяжелых открытых переломах костей и повреждении внутренних полых органов (16 пациентов);*
- *пациенты с развившимися гнойными осложнениями множественных и сочетанных повреждений в виде хронического посттравматического остеомиелита длинных костей конечностей (24 пациента).*

Данные пациенты были разделены на две группы, равные по количеству, нозологии и степени выраженности патологических изменений. Основную группу составили 20 пациентов (50%), у которых применяли препарат ВАНКОРУС. Остальные 20 пациентов (50%), у которых применяли препараты на основе ВАНКОМИЦИНА зарубежного производства, составили группу сравнения.

24 пациента имели развившиеся гнойные осложнения множественных и сочетанных повреждений в виде хронического посттравматического остеомиелита длинных костей конечностей. Указанные состояния сопровождалась замедленной консолидацией отломков костей или формированием ложных суставов, наличием длительно незаживающих ран конечностей, выраженными трофическими расстройствами в виде гипертермии, изменениями лабораторных показателей.

Ложные суставы явились последствием открытых переломов у 18 человек, закрытых — у 6 пострадавших. Эти переломы в большинстве наблюдений были компонентом тяжелой множественной или сочетанной травмы. Локальная инфекция была представлена в виде свищевой формы хронического остеомиелита у 17 больных, в виде гнойной инфекции мягких тканей (язв, гранулирующих ран, патологических рубцов) — у 7. Дефекты кожи и мягких тканей, патологические рубцы наблюдались у 8 человек, деформация сегмента — у 12. Структура раневой микрофлоры была достаточно разнообразна, были выделены *Staphylococcus aureus* у 8 пациентов, *Staphylococcus*

epidermidis — у 6, *Enterobacter* — у 6, *Enterococci* — у 2, *Proteus* — у 1, *Pseudomonas aeruginosa* — у 1 больного. Как правило, выделенная микробная флора была полирезистентна к антибиотикам.

Для лечения указанных состояний применяли разработанную в 2007 году в НИИСП им. Н. В. Склифосовского методику остеосинтеза интрамедуллярными блокируемыми штифтами с антибактериальным покрытием. Активное покрытие состояло из полиметилметакрилатного цемента и ванкомицина, изготавливалось и наносилось на металлический интрамедуллярный фиксатор интраоперационно. Для изготовления фиксатора для бедренной кости использовали 5 г испытуемого антибактериального препарата, для большеберцовой и плечевой — 3 г. В послеоперационном периоде у всех пациентов отмечена регрессия клинических симптомов гнойных осложнений. Так, закрытие свищевых ходов происходило в среднем на 14–18 суток, нормализация температуры тела и лабораторных показателей отмечалась через 5–7 суток. У 1 (5,0%) пациента основной группы и 1 (5,0%) пострадавшего группы сравнения через 1,5 месяца после операции отмечали рецидив воспаления в виде появления единичных свищевых ходов со скудным серозно-гнойным отделяемым в области переломов. У всех пациентов отмечена положительная динамика в консолидации отломков костей. Средний срок стационарного лечения для пациентов основной группы составил $39,3 \pm 5,7$, для пострадавших группы сравнения — $38,1 \pm 6,1$ суток.

16 пациентов, включенных в исследование, имели высокий риск развития общих гнойных осложнений (о. пневмонии, сепсис) при множественных тяжелых открытых переломах костей конечностей и повреждениях внутренних полых органов. Для профилактики осложнений исследуемые препараты применяли парентерально в дозировке 1 г 3 раза в сутки в течение 7 суток. Антибактериальное лечение проводили в виде монотерапии. У всех пациентов отмечено неосложненное заживление послеоперационных ран и ран конечностей. Развития общих инфекционных осложнений у пострадавших данной группы не наблюдалось.

Для определения эффективности препаратов сравнивали количество осложнений, летальных исходов и продолжительность стационарного лечения в обеих группах пациентов. При проведении анализа результатов не было выявлено достоверно значимых различий в частоте осложнений и сроках стационарного лечения. Летальных исходов у пострадавших, включенных в исследование, отмечено не было.

Препарат ВАНКОРУС эффективен при профилактике и лечении инфекционных осложнений у пострадавших с множественной и сочетанной травмой. По эффективности он не уступает аналогичным препаратам зарубежного производства, при этом имеет преимущество в стоимости перед импортными аналогами. Может быть рекомендован для применения в ЛПУ.

РОССИЙСКИЕ АНТИБИОТИКИ высокого качества

ВАНКОРУС®

(ванкомицин)

лиофилизат для приготовления раствора для в/в инфузий

**МОЩНЫЙ БОРЕЦ
С ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ!**



ЭНТЕРОКОККИ
СТРЕПТОКОККИ
СТАФИЛОКОККИ



СИНТЕЗ

www.kurgansintez.ru Региональный Менеджер по Югу России - тел. 8-928-816-10-45 E-mail: georgmama@mail.ru

Per. ул. ЛС-000602 от 18.08.2006



АЛЛЕРГЕН

ТОРГОВЫЙ ДОМ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ДИСТРИБЬЮТОР МИБП

Иммунобиологическая продукция

ВСЁ

для диагностики и профилактики

ГРИППА

г. Москва, тел./факс: (4967) 51-06-45, 51-08-45, 51-09-34, 51-00-35, 50-21-62

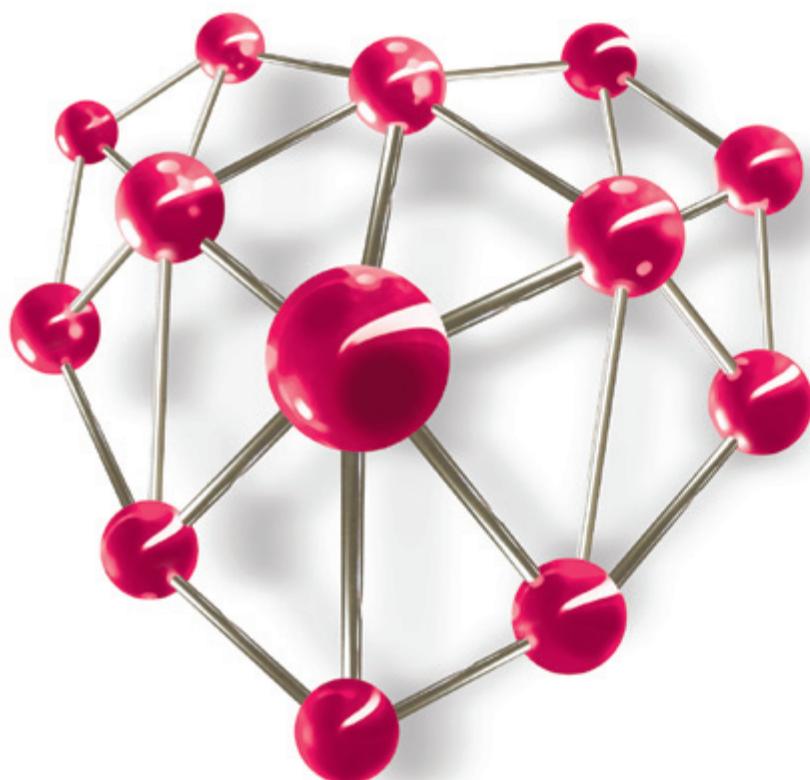
e-mail: info@allergen.ru. сайт: www.allergen.ru

г. Волгоград, тел.: (8442) 48-55-03, 55-10-27, +7 (902)-382-53-22, +7 (902) 363-05-78, e-mail: allergenvolga@yandex.ru

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

МИЛДРОНАТ®

Антиишемическое средство,
корректирующее метаболизм



Сердце
под защитой

- Выраженная противоишемическая и антиангинальная активность¹
- Доказанная эффективность и безопасность²
- Достоверное снижение количества приступов стенокардии и потребности в нитратах³
- Повышение физической и умственной работоспособности

1 Марценен, С. Ю., Н. П. Кутышенко, et al. (2005). «ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ МИЛДРОНАТОМ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ». Кардиоваскулярная терапия и профилактика 4 (4 (приложение)): 205-206.

2 Сергиенко, И. В., В. В. Кухарчук, et al. (2007). «Оценка влияния комбинированной терапии милдронатом на липидный спектр, факторы воспаления и функцию эндотелия у больных ишемической болезнью сердца». Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 3: 10-14.

3 Шабалин, А. В., Ю. И. Рагзю, et al. (2006). «Влияние цитопroteкции на окислительные процессы и эндотелиальную функцию у пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца». Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 3: 32-36.



Эксклюзивный дистрибутор

ОАО "Фармстандарт"

Россия, г. Долгопрудный, Лихачевский пр-д, д.56

Тел./факс: +7 (495) 970-00-30/32

П №016028/01

П №016028/02

ЛС-001115

Grindex

Возможности применения милдроната у больных хронической сердечной недостаточностью с сахарным диабетом 2 типа и автономной кардиальной нейропатией

Стаценко М. Е., Туркина С. В., Беленкова С. В.;
ГОУ ВПО «ВолгГМУ», г. Волгоград

Сахарный диабет 2 типа (СД-2) — заболевание, представляющее собой непосредственную угрозу для жизни пациентов. Неутешительность этого прогноза связана как с распространенностью этого заболевания, так и с высокой инвалидизацией и смертностью у больных СД, причиной которых являются сердечно-сосудистые осложнения: инфаркт миокарда, прогрессирование сердечной недостаточности, инсульт (Дедов И. И., 2003; Betteridge D., 2001). Сердечно-сосудистые осложнения у больных СД встречаются в 3—4 раза чаще, чем в общей популяции (Дедов И. И., 2003), что обусловлено рядом причин: развитием микро- и макроангиопатий, нейропатий, и, прежде всего, автономной кардиальной нейропатии (АКН) (Fang Z.Y. et al., 2004).

Сочетание АКН и хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных СД является часто встречающимся синдромом (Соколов Е. И., 2002; Bauters C. et al., 2003; Bell D.S., 2003), что драматически усиливает клинические проявления сердечно-сосудистой патологии у больных СД и риск развития сердечно-сосудистых осложнений, в том числе внезапной смерти (Taegtmeyer H., Razeghi P., 2004).

По данным различных эпидемиологических исследований, распространенность диабетической АКН варьирует от 1% до 90% (Aaron I. et al., 2007; Shaw J.E. et al., 2003). Ее проявлениями могут быть тахикардия покоя, фиксированный ригидный сердечный ритм (синдром денервации сердца), аритмии, ортостатическая гипотензия, безболевая ишемия и инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, сосудистая гиперчувствительность к катехоламинам, снижение толерантности к физической нагрузке, изменения ЭКГ (дисперсия и удлинение интервала QT, инверсия положительного зубца T, псевдокоронарный подъем сегмента ST), кардиореспираторная остановка, дисфункция левого желудочка, отеchnый синдром, внезапная смерть. Даже доклиническая стадия АКН ухудшает прогноз жизни, увеличивает риск внезапной смерти вследствие фатальных нарушений ритма, безболевого инфаркта миокарда, апноэ во сне, «кардиореспираторных арестов» (Балаболкин М. И., 2003).

В настоящее время доказано, что основными факторами риска развития диабетических нейропатий вообще и АКН является неадекватный гликемический контроль, высокий уровень триглицеридов (ТГ) (Rodrigues D.A., Rodrigues B., 2006), избыточный вес, курение и артериальная гипертензия (Tesfaye S. et al., 2005). «Метаболический» патогенез АКН обусловлен гетерогенным процессом, включающим формирование оксидативного стресса (Cai L., 2001), развитие дислипидемии, нарушения коагуляционного гемостаза (Hayat S.A. et al., 2004), дисфункцию эндотелия (Farhagkhoue H. et al., 2006) и изменения состояния клеточной мембраны в целом (Caimi G. et al., 2001). Активация перекисного окисления липидов, белков сопровождается ослаблением естественных антиоксидантных систем защиты (Cai L., 2001).

Говоря о лечении диабетической нейропатии, следует отметить, что все препараты, используемые в настоя-

щее время (ингибиторы альдозоредуктазы, трициклические антидепрессанты, противосудорожные средства, анальгетики, витамины группы В) не имеют патогенетической направленности и доказанного клинически и электрофизиологически положительного эффекта, а в лечении АКН не используются вообще. Препараты альфа-липоевой кислоты применяются, прежде всего, в терапии периферической формы нейропатии у больных СД-2 (исследования ALADIN, ALADIN II, ALADIN III, ORPIL) (Reljanovic M. et al., 1999; Ziegler D. et al., 1997; Ziegler D. et al., 1999). И лишь в ходе исследования DECAN отмечена положительная динамика интервала QT, а также увеличение вариабельности сердечного ритма по сравнению с исходными данными (Ziegler D. et al., 1997), что объяснялось антиоксидантным эффектом альфа-липоевой кислоты.

Учитывая тесную двустороннюю связь между СД-2 и ХСН, большой интерес представляет рассмотрение перспектив рациональной терапии пациентов с этими нозологиями. Современным и перспективным направлением в лечении ХСН является цитопротекторная терапия, направленная на повышение эффективности работы миокарда не за счет прямого инотропного эффекта, а за счет оптимизации синтеза аденозинтрифосфата в митохондриях кардиомиоцитов при меньшем потреблении кислорода (Мкртчян В. Р., 2004).

Традиционно нарушения энергетического обмена при СД объясняют преимущественным преобладанием в нем процессов β -окисления свободных жирных кислот (СЖК) и выраженным подавлением окисления глюкозы. Накопленные к настоящему времени данные свидетельствуют о том, что активация β -окисления жирных кислот в митохондриях при СД тесно связана с нарушениями их синтеза в цитозоле. Эти изменения обмена жирных кислот оказывают решающее воздействие на прогноз выживаемости диабетического миокарда. Важное значение при этом приобретает накопление промежуточных продуктов β -окисления СЖК — ацилкоэнзима А, ацилкарнитина и др. Как следствие, происходит снижение сократительной способности миокарда, возникает риск развития аритмий. Поэтому у пациентов с ХСН и СД-2 использование препаратов, механизм действия которых заключается в снижении скорости окисления СЖК, — перспективно. В настоящее время к числу наиболее изученных и доступных в России миокардиальных цитопротекторов, способных восстанавливать нормальный энергетический метаболизм в миокарде и вегетативные функции, используемых в лечении ИБС и ХСН, относятся триметазидин и милдронат. Показано, что триметазидин улучшает функциональный класс сердечной недостаточности и систолическую функцию левого желудочка у пациентов с ишемической кардиомиопатией (Стаценко М. Е., Спорова О. Е., 2005), оказывает достоверное положительное влияние на конечно-диастолический объем и толерантность к физической нагрузке у больных с ХСН (Fragasso G. et al., 2006). Отдельные работы

Клиническая характеристика и кардиогемодинамические показатели больных

Параметр	Основная группа	Контрольная группа
Количество больных	30	30
Возраст	62,9±1,66	62,8±1,43
Мужчины / женщины	15/15	13/17
ИМ с зубцом Q / без зубца Q	8/22	10/20
Пациентов с ГБ / без ГБ	27/3	28/2
ФК по NYHA	2,77±0,1	2,71±0,1
Дистанция 6-минутной ходьбы, м	283±10,7	279±14,3
САД, мм рт.ст.	124,7±13,5	121,3±15,8
ДАД, мм рт.ст.	77,2±6,5	76,4±7,3
ЧСС/мин.	66,7±11,4	67,3±10,7
Конечный диастолический размер, мм (КДР)	55,3±1,3	54,8±1,6
Фракция выброса по Тейхольцу, % (ФВ)	44,5±1,4	49,3±1,2
Средняя доза эналаприла, мг/сут	16,3±2,7	15,8±2,4
Средняя доза бисопролола, мг/сут	6,4±1,6	6,8±2,1
Средняя доза симvastатина, мг/сут	13,2±3,4	12,9±3,2
Средняя доза гликлазида, мг/сут	51±12,3	50±13,5
Средняя доза метформина, мг/сут	682,5±153,1	694,3±160,3

посвящены влиянию триметазидина на АКН (Недогода С. В., Капустин И. О., 2005).

В ряде недавно проведенных исследований установлено, что кардиопротектор милдронат, ингибирующий β -окисление жирных кислот и активирующий окисление глюкозы в ишемизированном миокарде, способствует улучшению тканевой микроциркуляции сердца у больных ИБС (Сергиенко И. В., Малахов В. В., Наумов В. Г., 2005). Доказан отчетливый антиоксидантный эффект у милдроната в комплексной терапии пациентов как с ИБС (Гордеев И. Г., Лучинкина Е. Е., Люсов В. А., 2009), так и с СД (Стаценко М. Е. и соавт., 2008). Продемонстрирована эффективность и безопасность включения милдроната в комбинированное лечение пациентов с ХСН (Галевич А. С., Галеева З. М., Балеева Л. В., 2005; Стаценко М. Е. и соавт., 2005; Стаценко М. Е. и соавт., 2007). Таким образом, милдронат, обладая антиоксидантным действием, благоприятно влияя на микроциркуляцию сердца, оптимизируя энергетический метаболизм в миокарде, имеет патогенетическую основу для коррекции АКН у больных СД-2 с ХСН. Однако данных о возможности применения милдроната у пациентов с ХСН и СД-2 с точки зрения воздействия как на АКН, так и ХСН, в доступной литературе мы не встретили.

Цель нашего исследования

Состояла в оценке влияния милдроната на проявления АКН в комплексном лечении больных ХСН с СД-2.

Материалы и методы

Исследование носило рандомизированный проспективный, сравнительный характер. Протокол исследования был одобрен Региональным этическим

комитетом. Обследовано 60 пациентов в возрасте 45–70 лет, страдающих СД-2 в стадии компенсации или субкомпенсации углеводного обмена и ХСН II-III функционального класса по классификации ОССН (2007) в раннем постинфарктном периоде (3–4 недели от развития инфаркта миокарда с зубцом Q или без него). Все включенные в исследование пациенты имели клиничко-инструментальные проявления АКН (Соколов Е. И., 2002). Больные получали базисную терапию эналаприлом, бисопрололом, аспирином, симvastатином. Для коррекции нарушений углеводного обмена использовались гликлазид±метформин. После проведенной рандомизации на две группы пациентам 1-й группы (30 человек) в дополнение к базисной терапии назначался милдронат в дозе 1 г/сутки. Первые 10 дней исследования препарат вводился внутривенно, затем — перорально по 500 мг 2 раза в сутки. Продолжительность исследования составила 16 недель. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести заболевания, характеру проводимой базисной и гипогликемизирующей терапии. Исходная характеристика групп больных представлена в таблице 1.

Исследование вариабельности ритма сердца (BPC) проводили на приборе «ВАРИКАРД-1.41» (Россия). Запись ЭКГ осуществляли в течение 5 минут утром в состоянии покоя в положении «лежа» и во время активной ортостатической пробы (АОП) (Бабунц И. В., 2002). Обработку результатов выполняли с помощью программного обеспечения используемой системы PC IBM Pentium-III. Учитывали следующие показатели BPC: SDNN (мс) — стандартное отклонение величин

интервалов RR за весь рассматриваемый период; SI (%) — индекс напряжения регуляторных систем; IC (%) — индекс централизации регуляторных систем; HF, LF (%) — соответственно мощность спектра высокочастотного, низкочастотного и очень низкочастотного компонента вариабельности в процентах от суммарной мощности колебаний. Для обработки кардиоинтервалов использовали статистический (временной), спектральный (частотный), геометрический и автокорреляционный методы анализа (Методические рекомендации по анализу вариабельности сердечного ритма... / Под ред. Р. М. Баевского, 2001).

Для оценки вегетативной реактивности обоих отделов вегетативной нервной системы с учетом исходного вегетативного тонуса проводилась проба на вегетативную реактивность по Баевскому Р. М. (2001).

Для верификации ФК ХСН были использованы критерии ОССН (2007) и тест с 6-минутной ходьбой, которые определялись исходно и через 16 недель лечения. Качество жизни больных оценивали с помощью Миннесотского опросника «Качество жизни с сердечной недостаточностью» (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire — MLHFQ) (Беленков Ю. Н., Мареев В. Ю., 2000). Всем пациентам проводилась оценка систолической (фракция выброса, ФВ) и диастолической функции (время изоволюмического расслабления — IVRT) ЛЖ, а также оценка ряда метаболических показателей, отражающих состояние углеводного (глюкоза крови натощак, постпрандиальная гипергликемия, гликированный гемоглобин) и липидного обмена (общий холестерин и его фракции, ТГ).

Статистическую обработку результатов проводили методами параметрической и непараметрической статистики. Статистически значимыми считали отклонения при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В обеих группах у всех больных в начале наблюдения выявлено снижение среднеквадратического отклонения (SDNN) менее 50 мс, что является независимым предиктором смерти от прогрессирующей ХСН (Абрамкин Д. В.,

Явелов И. С., Грацианский Н. А., 2004; Арборишвили Г. Н. и соавт., 2005; Рябыкина Г. В., 1998).

Также отмечено повышение индекса напряжения (SI), что свидетельствует о напряжении регуляторных систем. В норме данный показатель колеблется от 80 до 150 условных единиц. В первой группе показатель SI составил $395,4 \pm 26,8$ у.е., во второй — $393,2 \pm 23,1$ у.е., что свидетельствует об умеренной симпатикотонии у пациентов обеих групп.

В 1-й группе на фоне базисной терапии с милдронатом больных ХСН и СД-2 с АКН через 16 недель наблюдения отмечалось увеличение SDNN на 46% (с 28,3 мс до 41,2 мс; $p < 0,05$) и уменьшение SI регуляторных систем на 28% ($p < 0,05$) по сравнению с исходными значениями. У больных 2-й группы SDNN увеличилось на 20%, а SI уменьшился на 12% по сравнению с исходными значениями, однако так и не достиг нормальных значений (уровня вегетативного равновесия) в обеих группах. Различия между группами достоверны ($p < 0,05$) (табл. 2).

У всех пациентов с ХСН и СД-2 с АКН, включенных в исследование, выявлено более высокое значение индекса централизации ($6,34 \pm 1,12$ vs $5,12 \pm 1,4$), что свидетельствует о преобладании активности центрального контура регуляции над автономным. В первой группе в динамике лечения отмечается снижение IC до $4,57 \pm 0,92$ ($\Delta\% = -29$), во второй группе — до $3,88 \pm 1,2$ ($\Delta\% = -24$), различие между группами не достоверно (см. табл. 2).

В обеих группах при анализе исходных данных спектральных составляющих выявлено нарушение соотношения основных компонентов: высокочастотного компонента (парасимпатическое влияние) HF, низкочастотного компонента (симпатическая регуляция) LF. В 1-й группе процентное содержание LF составило $32,2 \pm 3,41\%$, во 2-й группе — $33,12 \pm 3,62\%$. Показатель LF, отражающий активность симпатических центров в конце 16 недели терапии, возрос на 31,2% в положении стоя ($p < 0,05$) и 7,2% для 1-й и 2-й группы соответственно. Разница между группами достоверна ($p < 0,01$).

При анализе скорректированного интервала QTc у больных ХСН и СД-2 с АКН в начале лечения отклонений от нормальных значений QTc получено не было. В процессе 16-недельного наблюдения отмечено уменьшение

Таблица 2

Динамика показателей ВРС у больных с ХСН и СД-2

Параметр	1 группа (базисная терапия + милдронат)		$\Delta\%$	2 группа (базисная терапия)		$\Delta\%$
	исходно	16 недель		исходно	16 недель	
SDNN, мс лежа стоя	$28,3 \pm 3,17$ $30,1 \pm 3,05$	$41,2 \pm 3,02^* \#$ $38,6 \pm 4,1$	46% 28%	$32,6 \pm 2,15$ $31,3 \pm 3,22$	$39,8 \pm 3,28$ $34,6 \pm 3,71$	20% 10,5%
SI, у.е. лежа стоя	$395,4 \pm 26,8$ $401,8 \pm 19,3$	$284,8 \pm 22,4^* \#$ $275,3 \pm 21,4^* \#$	-28% -31,4%	$393,2 \pm 23,1$ $398,7 \pm 20,4$	$347,2 \pm 24,8$ $338,6 \pm 22,7^*$	-12% -15%
IC лежа стоя	$6,34 \pm 1,12$ $9,1 \pm 2,41$	$4,46 \pm 0,92$ $6,51 \pm 2,05$	-29% -28%	$5,12 \pm 1,4$ $8,78 \pm 2,6$	$3,88 \pm 1,2$ $7,1 \pm 2,1$	-24% -19%
HF, % лежа стоя	$27,8 \pm 3,79$ $22,6 \pm 2,47$	$31,6 \pm 4,2$ $27,4 \pm 2,29$	13,7% 21,2%	$27,3 \pm 3,61$ $22,9 \pm 2,6$	$29,1 \pm 5,1$ $24,7 \pm 2,23$	6,6% 7,8%
LF, % лежа стоя	$32,2 \pm 3,41$ $29,5 \pm 3,27$	$36,8 \pm 2,98$ $38,7 \pm 2,57^*$	14,2% 31,2%	$33,12 \pm 3,62$ $30,2 \pm 3,56$	$35,72 \pm 3,12$ $32,4 \pm 3,43$	7,8% 7,2%

Примечание: * — достоверность различий с показателями до лечения $p < 0,05$
— достоверность различий между группами $p < 0,05$

Влияние терапии на клиническое состояние пациентов и кардиогемодинамические параметры сердца

Показатель	Основная группа базисная терапия + милдронат (n=30)			Контрольная группа базисная терапия (n=30)		
	исходно	через 16 недель	Δ,%	исходно	через 16 недель	Δ,%
ФК	2,77±0,1	2,24±0,1*	-19	2,71±0,1	2,33±0,09*	-14
Дистанция 6-мин. ходьбы, м	283±10,7	358±12,5*	26,5	297±14,3	353±11,5*	18
КДРЛЖ, мм	55,3±1,3	52,5±1,1*	-3,7	54,8±1,6	54,1±1,3	-1
ФВ, %	48,5±1,4	54,5±1,2*	13	49,3±1,2	53,2±1,4	7
IVRT, мс	125±5,8	118±6,1	-5,6	124±5,8	122±4,8	-1,6
САД, мм рт.ст.	124,7±13,5	126,5±12,3	1,4	121,3±15,8	122,9±14,6	1,3
ДАД, мм рт.ст	77,2±6,5	79,3±7,2	2,7	76,4±7,3	77,3±8,1	1,2
ЧСС, уд./мин.	66,7±11,4	67,5±10,8	1,2	67,3±10,7	69,5±9,3	3,3

Примечание: * – достоверность различий с показателями до лечения $p < 0,05$

корректированного интервала QTc на 7,1% vs 2,4% в контрольной группе ($p > 0,1$).

При проведении активной ортостатической пробы в первой группе пациентов отмечалось меньшее снижение показателей САД и ДАД (различия между группами не достоверны) (таблица 3).

При анализе результатов пробы на вегетативную реактивность получены следующие данные: исходно в обеих группах больных ХСН и СД-2 с АКН преобладали пациенты с нормальной и гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью. Через 16 недель терапии в основной группе у 35% пациентов регистрировалась нормальная вегетативная реактивность, у 24% — асимпатикотоническая и у 41% — гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность. В группе контроля к концу исследования стал преобладать гиперсимпатикотонический тип вегетативной реактивности (50,7%), доля пациентов с нормальным типом снизилась на 3,7%, а с асимпатическим — увеличилась на 7%. Это объясняется нарастанием симпатического влияния на фоне сохраняющихся расстройств вегетативного тонуса у пациентов контрольной группы (рис. 1).

В течение 16-недельного наблюдения у пациентов обеих групп отмечено статистически значимое улучшение клинического статуса, более выраженное в 1-й группе больных. Отмечено достоверное уменьшение ФК ХСН, также более выраженное в 1-й группе больных, принимающих милдронат (на 19%, по сравнению с 2-й группой, где аналогичный показатель составил 14%). Увеличение дистанции теста с 6-минутной ходьбой через 16 недель терапии составило 26,5% и 18% соответственно в 1-й и 2-й группе. Различия между группами по этому показателю были недостоверны. Уровень качества жизни пациентов (улучшение качества жизни определялось за счет изменения ответов на вопросы, отражающих выраженность симптомов ХСН и ограничений в повседневной жизни) к концу наблюдения во 2-й группе повысился на 10%, а в 1-й — на 20%. Также в 1-й группе больных в конце 4-месячного наблюдения значительно уменьшилось количество ангинозных приступов и снизилась потребность в приеме нитроглицерина на 20%, тогда как аналогичный показатель для 2-й группы составил лишь

7%. Различия между группами на уровне статистической тенденции ($p < 0,1$).

В обеих группах больных ХСН и СД-2 с АКН по окончании курса терапии отмечалось возрастание ФВ ЛЖ. К концу 16-й недели наблюдения отмечено увеличение глобальной сократимости — ФВ ЛЖ на 12% в 1-й группе и лишь на 7% — во 2-й. На момент включения в исследование почти у всех пациентов была диагностирована диастолическая дисфункция, выраженность которой в 1-й группе больных на 16-й неделе лечения уменьшилась в большей степени, чем у больных 2-й группы (см. табл. 3).

Выявлено благоприятное влияние милдроната на метаболические показатели, характеризующие углеводный и липидный обмен. Отмечено достоверное снижение уровня ТГ крови у пациентов, получающих милдронат — на 33%. В обеих группах больных ХСН и СД-2 с АКН к 16-й неделе исследования отмечено снижение уровня ОХС, более выраженное в 1-й группе пациентов — на 28% ($p < 0,1$), тогда как во 2-й группе ОХС снизился лишь на 5% ($p < 0,1$). Различия между группами было статистически значимым ($p < 0,05$). Отмеченный эффект милдроната, по-видимому, опосредован способностью препарата улучшать микроциркуляцию жировой ткани, что сопровождается активацией процессов липолиза в жировых депо, вследствие чего уровень ТГ снижается. Кроме того, гипополипидемическое действие милдроната можно объяснить его способностью снижать уровень липопероксидов в крови (Гордеев И. Г. и соавт., 2009). Влияние милдроната на уровень ТГ крови особенно важно для больных СД, так как при СД наряду с повышением концентрации жирных кислот в крови резко возрастает содержание в миокарде ТГ. Прирост содержания ТГ в миокарде коррелирует с высокой концентрацией свободных жирных кислот в крови (Carley A.N., Severson D.L., 2005; Christoffersen C. et al., 2003).

К 16-й неделе исследования выявлено снижение гликозилированного гемоглобина у пациентов, получающих милдронат (на 12%, $p < 0,1$), по сравнению с таковым в контрольной группе (на 3%, $p > 0,1$). Различия между группами статистически достоверны ($p < 0,05$). Одной из причин выявленных изменений может быть влияние милдроната на биосинтез карнитина, который влияет

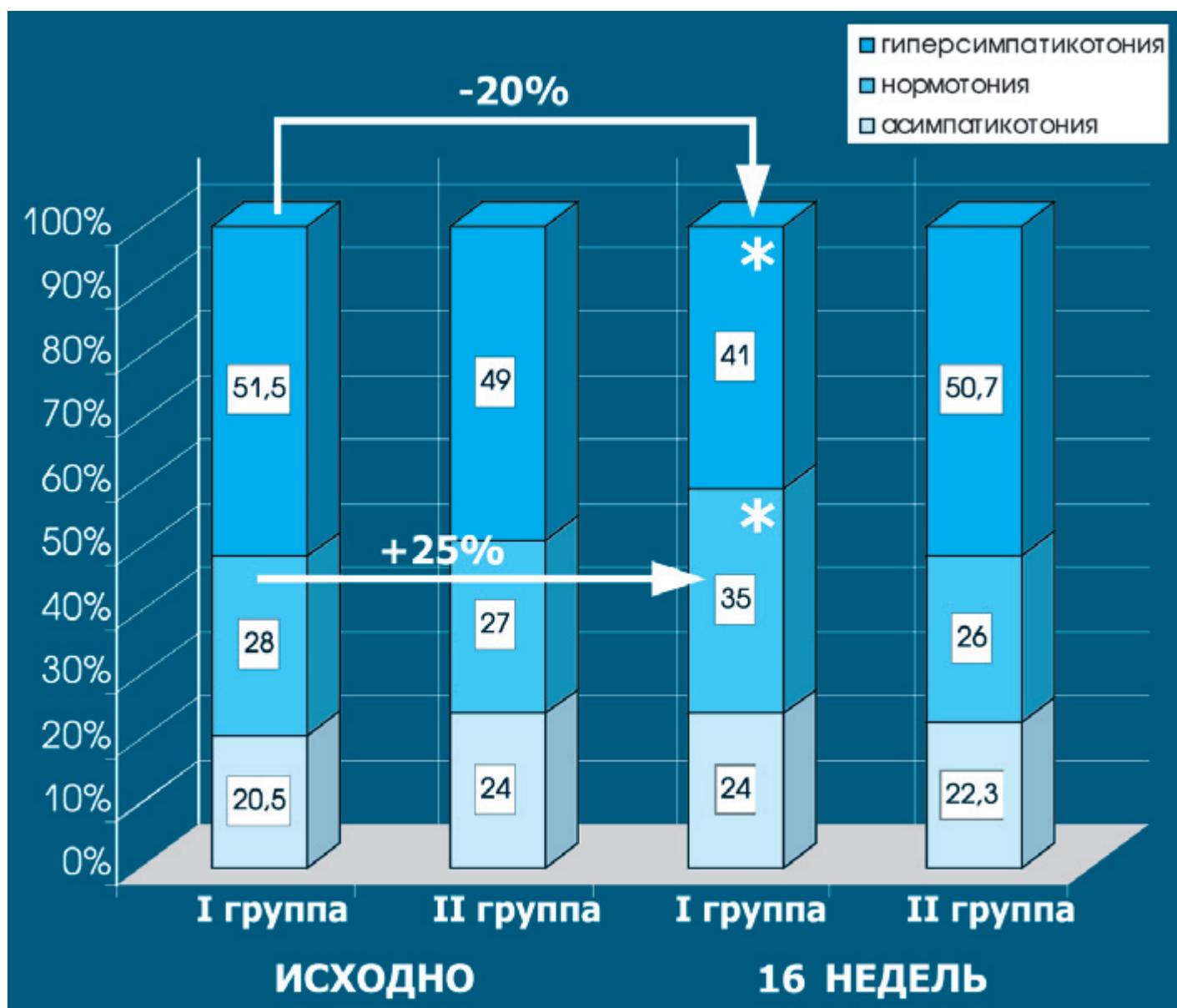


Рис. 1. Динамика вегетативной реактивности на фоне проводимой терапии

Примечание: * – достоверность различий с показателями до лечения: $p < 0,05$

на выраженность инсулинорезистентности (Rajasekar, Panchamoorthy A., Carani V., 2007).

Проблема коррекции миокардиального метаболизма при ИБС особенно актуальна для больных СД. Именно у этих больных блокада β -окисления жирных кислот в миокарде представляется наиболее патогенетически обоснованной тактикой, направленной на улучшение функциональных возможностей сердца. Кроме того, такое описанное свойство ингибиторов β -окисления жирных кислот, как увеличение инсулиновой чувствительности и снижение содержания ТГ, вероятно, весьма полезно в этой ситуации (Кальвинш И. Я., 2002).

Таким образом, добавление кардиопротектора милдроната к базисной терапии у пациентов с ХСН, СД-2 с АКН обладает достоверным положительным влиянием на течение АКН, что сопровождается улучшением клинического состояния: уменьшается ФК ХСН, повышается толерантность к физическим нагрузкам, уменьшается выраженность диастолической дисфункции, увеличивается ФВ ЛЖ и повышается уровень качества жизни.

Выводы

1. Применение милдроната в составе комплексной терапии ХСН у больных СД-2 с АКН сопровождается достоверным увеличением показателя среднеквадратического отклонения и уменьшением индекса напряжения регуляторных систем.

2. При использовании кардиопротектора милдроната в составе базисной терапии у больных ХСН и СД-2 с АКН наблюдается уменьшение количества пациентов с гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью за счет статистически значимого увеличения числа лиц с нормотонией.

3. Применение милдроната у пациентов ХСН и СД-2 с АКН сопровождается антиангинальным эффектом, увеличением глобальной сократимости миокарда и уменьшением выраженности диастолической дисфункции, что проявляется снижением степени тяжести сердечной недостаточности и улучшением качества жизни пациентов.

4. Кардиопротектор милдронат в составе комплексной терапии ХСН оказывает благоприятное влияние на липидный и углеводный обмен, что имеет особое значение для больных СД-2 с АКН.

Лечение келоидных и гипертрофических рубцов методом сочетанного применения отечественного препарата «Лонгидаза 3000 МЕ» и ультразвука

*Ходарев С. В., д.м.н., заслуженный врач РФ, гл. врач ГУЗ «ЦВМиР №1» РО;
Прядко О. И., зав. отд. физиотерапии и медицинского массажа, врач высшей кат.;
Рубанова Т. Г., врач-физиотерапевт, врач высшей кат.;
ГУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации №1» РО, г. Ростов-на-Дону*

Рубцы на коже представляют собой продукт регенерации, появляющийся на месте повреждения слоев кожи: эпидермиса, дермы и/или гиподермы. Рубцы могут быть как результатом перенесенных заболеваний кожи (ветряная оспа, угри, пиодермия, туберкулез кожи и другие дерматозы), так и следствием травм, ожогов, хирургических вмешательств. Рубцы могут быть и едва заметными, и обширными, грубыми, способными нарушать строение и функцию поврежденного участка кожи. Характер рубцов зависит от множества причин, главными из которых являются глубина и площадь повреждения и полноценность репаративных механизмов, участвующих в процессах заживления.

В целом рубцовая ткань образуется в результате заживления раны первичным или вторичным натяжением. Если зона повреждения небольшая, соприкосновение краев раны плотное, сохранена их жизнеспособность, отсутствуют некроз и гематома, нет бактериального обсеменения раны, то заживление идет первичным натяжением. За короткий промежуток времени края раны срастаются без видимой промежуточной ткани, и образуется нежный рубец.

При заживлении вторичным натяжением процесс рубцевания идет медленнее, через образование гранулематозной ткани, что приводит к формированию грубого склерозированного рубца. Обычно заживление вторичным натяжением характерно для обширных ран, при наличии в ране нежизнеспособных тканей и при инфицировании, препятствующих прямому соединению краев раны.

В клинко-гистоморфологическом плане образование рубца происходит следующим путем [1]. Вначале происходит закрытие раны эпителием. При этом коллагеновые волокна дермы располагаются параллельно поверхности кожи. В течение 2–2,5 недель рубец грубеет. Нежно-розовый эпителий становится белесоватым, более плотным, приближающимся по цвету к окружающей коже. Затем происходит набухание рубцовой ткани; в межклеточном веществе выявляют рыхло расположенные коллагеновые волокна, пронизанные сосудами, и неразвитый роговой слой эпидермиса. Визуально рубец приподнимается над уровнем кожи, краснеет, становится чувствительным к прикосновению. Через 3–4 недели эритема принимает цианотичный оттенок, болезненность уменьшается, и рубец постепенно становится равномерно плотным, резко выступает над поверхностью кожи, местами покрывается плотными бляшками, что придает ему бугристый характер, обуславливающий сходство с келоидным рубцом.

С этого момента процесс рубцевания может развиваться либо по обычному варианту, когда происходит размягчение рубца, либо по пути трансформации в келоидный или гипертрофический рубец. В последнем случае начинают доминировать и активизироваться фибробласты. Коллагеновые волокна уплотняются, становятся более компактными и образуют спирали и уздечки. Разрастающиеся сосуды в ходе неоваскуляризации придают рубцу насыщенный красный цвет. Таким образом, в течение нескольких недель или месяцев над зарубцевавшимся участком формируется аномальное красное выпуклое твердое опухолевидное образование.

В настоящее время не представляется возможным определить, насколько то или иное повреждение может отразиться на характере рубца. Тем не менее существует ряд предрасполагающих факторов, позволяющих в определенной мере прогнозировать этот процесс. К таким факторам относят [1]: площадь и глубину повреждения, локализацию повреждения, генетическую предрасположенность, возраст больного, технику и мастерство хирурга.

Существуют два основных клинических варианта рубцов: гипертрофические и келоидные.

Гипертрофические рубцы представляют собой плотные, выступающие над уровнем окружающей кожи опухолевидные образования с умеренно или слабо бугристой блестящей поверхностью, иногда покрытые шелушащимся эпидермисом. Вначале они имеют ярко-красный цвет, позднее становятся желто-белыми. Наиболее часто рубцы располагаются на спине, плечах или в области грудины. Нередко в местах натяжения на рубце образуются поперечные трещины, и его участки, подвергающиеся давлению или трению, могут изъязвляться. Уплотненные рубцы без четких границ переходят в атрофические и никогда не распространяются за пределы зоны повреждения. Их форма и размеры разнообразны — от узких шнуровидных тяжей и перепончатых складок до обширных рубцовых полей. Гипертрофические рубцы формируются в течение 6–12 месяцев после эпителизации ран, заживающих вторичным натяжением, при образовании в них избыточных грануляций с последующим грубым фиброзированием. Поэтому такие рубцы также называют фиброзными узлами.

В формировании гипертрофических рубцов большие размеры раневого дефекта и постоянная травматизация рубца играют далеко не последнюю роль. Постоянное раздражение, надрывы и изъязвления эпидермиса

поддерживают хронический воспалительный процесс, препятствующий размягчению рубца. Со временем (через годы и даже десятилетия) рубцы уплощаются, постепенно приобретают четкие очертания, отграничиваясь от атрофической части рубца и неповрежденной кожи. Нередко они сопровождаются зудом.

Келоидные рубцы — особая, наиболее тяжелая группа рубцов, отличающихся от других по виду и патогенезу. Келоидные рубцы представляют собой одну из разновидностей патологических рубцов кожи, относятся к группе псевдоопухолевых фиброматозов [2, 6] и являются результатом дисрегенерации соединительной ткани дермы [3, 7]. Цвет рубцов варьирует от темно-красного до коричневого при полном отсутствии микрорельефа кожи и пор. Толстые, блестящие, резко возвышающиеся дольчатые фиброно-келоидные бляшки плотно сидят на коже и имеют выраженную тенденцию к рецидивированию после удаления. Старые рубцы приобретают еще большую плотность и цианотичный или гиперпигментированный оттенок.

Развитие келоидных рубцов начинается через несколько недель или месяцев после заживления раны, когда в толще рубцовой ткани появляются ограниченные уплотнения, быстро увеличивающиеся с вовлечением в процесс визуально не измененных окружающих тканей. Этот процесс продолжается от нескольких месяцев до нескольких лет и сопровождается зудом, что, вероятно, связано с наличием большого количества тучных клеток. Иногда отмечается нарушение чувствительности (дизестезия) либо болезненность, особенно у пациентов, у которых рубцы возникли после торакотомии и стернотомии. Келоидные рубцы способны проникать в подкожную клетчатку, но очень редко изъязвляются.

Келоидные рубцы часто ошибочно принимают за гипертрофические и наоборот, в связи с чем их дифференциальная диагностика приобретает важное практическое значение (табл. 1).

Гипертрофический процесс и келоидообразование, являющиеся нередкими спутниками травм и оперативных вмешательств, делают проблему профилактики их формирования и лечения значимой задачей не только эстетической медицины, но и важной составляющей качества жизни.

В клинической практике по настоящее время отсутствуют достаточно эффективные методы воздействия на фиброзные, рубцовые, спаечные, анкилозирующие и подобные процессы.

Одним из основных средств лечения заболеваний, сопровождающихся гиперплазией соединительной ткани, является фармакологическое лечение препаратами, содержащими фермент гиалуронидазу. Специфическим субстратом гиалуронидазы являются глюкозамингликаны, составляющие основу матрикса соединительной ткани. В результате деполимеризации под влиянием гиалуронидазы глюкозамингликаны теряют свои основные свойства: вязкость, способность связывать воду, ионы металлов, затрудняется формирование коллагеновых белков в волокна, увеличивается проницаемость тканевых барьеров, облегчается движение жидкости в межклеточном пространстве, увеличивается эластичность соединительной ткани. Препараты гиалуронидазы применяются в медицинской практике более 40 лет, но они имеют ряд побочных эффектов: ингибирование фермента в крови, что приводит к снижению эффективности терапии, термолабильность, развитие аллергических реакций.

В этом плане представляет интерес отечественный комплексный ферментативно-иммунный препарат лонгидаза, являющийся конъюгатом хорошо очищенного фермента гиалуронидазы и высокомолекулярного носителя полиоксидония, что позволяет сочетать все свойства ферментативной активности гиалуронидазы и противовоспалительного и иммунокорректирующего действия полиоксидония в одном фармакологическом препарате.

Таблица 1

Дифференциальные признаки гипертрофических и келоидных рубцов [4, 5]

Гипертрофические рубцы	Келоидные рубцы
Развиваются вскоре после операции или травмы	Развиваются через несколько недель или месяцев после операции или травмы
Образуются преимущественно за счет локальных изменений	Преобладают общие причины образования рубца
После заживления раны незначительно увеличиваются в размерах	Быстро увеличиваются в размерах
Могут уменьшаться в течение 1—2 лет	Почти никогда не уменьшаются
Никогда не выходят за границы раны	Распространяются за пределы раны
Можно взять кожу с рубцом в складку	Невозможно взять кожу с рубцом в складку
Возвышаются над кожей на 1—2 мм	Возвышаются над кожей более чем на 5 мм
Эпизодически зудят	Зудят практически постоянно
Имеют небольшую бугристость	Имеют выраженную бугристость
Не слишком плотные	Очень плотные

Сравнительное изучение стабильности исходной гиалуронидазы (лидазы) и лонгидазы показало, что ферментативная активность лонгидазы сохраняется при 37°C в течение 20 суток, в то время как полная денатурация лидазы в этих же условиях происходит в течение 24 часов.

Нами проведено исследование по обоснованию одномоментного сочетанного применения лонгидазы и ультразвука в лечении гипертрофических и келоидных рубцов. Метод осуществлялся с помощью ультразвуковых колебаний. Механические колебания ультразвуковой частоты передаются в среднем на глубину 5–6 см от микроструктур дермальной ткани до мышечной, возникает микромассажный эффект в сочетании с локальным нагревом (при переходе колебаний на молекулярный уровень). Это обеспечивает усиление крово- и лимфообращения и активизацию обменных процессов, ускорение регенерации. Улучшаются процессы передачи нервного возбуждения в мионевральных синапсах, снижается повышенная возбудимость периферических нервов, увеличивается их функциональная подвижность.

Ультразвуковое воздействие, повышая проницаемость эпидермального барьера, способствует более глубокому проникновению лекарственных препаратов в эпидермис и верхние слои дермы через выводные протоки сальных желез. Они достаточно легко диффундируют в интерстиций и проходят через поры эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов.

В настоящее исследование были включены 68 пациентов обоего пола в возрасте от 45 до 60 лет с гипертрофическими и келоидными рубцами различной локализации с давностью заболевания до 1 года, которые были разделены на две клинические группы — основную и контрольную.

Пациенты основной группы (37 человек) получали препарат «Лонгидаза 3000 МЕ» в сочетании с ультразвуком. Использовали аппарат УЗТ-1.07Ф, генерирующий ультразвуковые колебания с частотой 880 кГц. Сухое вещество препарата «Лонгидаза 3000 МЕ» разводили непосредственно перед процедурой в 5,0 мл геля для ультразвукового воздействия и наносили на кожу пациента в области рубца (на очаг поражения), затем без временного интервала осуществляли воздействие ультразвуком по лабильной, контактной методике в непрерывном режиме с интенсивностью 0,4–0,6 Вт/см излучателем площадью 4 см². Общая продолжительность процедуры составляла 15 минут, курс лечения — 12 ежедневных процедур.

Пациентам контрольной группы (31 человек) проводили ультразвуковую терапию по той же методике с использованием геля для ультразвукового воздействия.

Оценка результатов лечения пациентов с рубцовыми изменениями кожи проводилась по следующим критериям:

- *значительное улучшение — прекращение роста рубца, исчезновение субъективных ощущений, уплощение, размягчение, сглаживание контура рубца, уменьшение разницы в цвете между рубцовой и окружающими тканями;*
- *улучшение — остановка или прекращение роста рубца, исчезновение или значительное уменьшение субъективных ощущений, уплощение, размягчение, оседание, уменьшение интенсивности окраски рубца;*

- *без эффекта — отсутствие заметной динамики в проблемной области;*
- *ухудшение — сохранение отрицательной динамики или дальнейшее прогрессирование процесса.*

Получены следующие результаты эффективности применения препарата лонгидаза у пациентов с гипертрофическими и келоидными рубцами: в основной группе (37 человек) наблюдалось значительное улучшение у 18 человек (48%), улучшение — у 15 человек (41%), без эффекта — у 4 человек (11%), ухудшение не отмечено (0%).

В контрольной группе (31 человек) значительное улучшение не отмечено (0%), улучшение — у 8 человек (26%), без эффекта — у 21 человека (68%), ухудшение — у 2 человек (6%).

Сравнительный анализ двух клинических групп показал высокую эффективность препарата «Лонгидаза 3000 МЕ». Все пациенты основной группы отмечали хорошую переносимость сочетанного применения препарата «Лонгидаза 3000 МЕ» и ультразвука. В контрольной группе в трех случаях возникло обострение на 4 и 5 сутки воздействия ультразвуком, которое к окончанию курса купировалось.

Таким образом, проведенное исследование подтверждает целесообразность использования лонгидазы в фармакофизиотерапевтических методах восстановительной медицины при заболеваниях, сопровождающихся патологией соединительной ткани.

Высокая эффективность метода сочетания лонгидазы и ультразвука у пациентов с гипертрофическими и келоидными рубцами (давностью не более 12 месяцев) имеет большое прогностическое значение для профилактики развития данной патологии, что свидетельствует о необходимости более раннего включения этого метода в лечебный комплекс.

Литература

1. Ахтямов С. Н., Бутов Ю. С. Практическая дермакосметология: Учеб. пособие. — М.: Медицина, 2003. — 400 с.
2. Косов И. С. Изучение влияния фактора роста фибробластов на заживление кожных ран: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1994.
3. Шафранов В. В., Борхунова Е. Н., Таганов А. В. и соавт. Келоидные рубцы: этиология, клиническая, морфологическая, физикальная диагностика и лечение СВЧ-криогенным методом: Руководство для врачей. — М., 2003. — 192 с.
4. Drake L.A., Salasche S., Ceilley R.I. et al. Guidelines of care for nevi: II Non-melanocytic nevi, hamartomas, neoplasms, an potentially malignant lesions // J. Amer. Acad. Dermatol. — 1995. — Vol. 32. — P. 1.
5. Drolet B.A., Esreley N.B., Frieden I.J. Hemangiomas in children // New Engl. J. Med. — 1999. — Vol. 341. — P. 173–181.
6. Grussedorf-Conen E.I. Anogemtal premalignant tumors (including Buschke-Lowenstein tumors) // Clin. Dermatol. — 1997. — Vol. 15. — P. 377–388.
7. Kelly A.P. Keloids // Dermatol. Clin. — 1988. — Vol. 6. №3. — P. 413–424.

Лонгидаза®

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

лечение заболеваний, сопровождающихся гиперплазией соединительной ткани

- Высокая ферментативная активность
- Выраженные противомембранозные, 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)
- Лечения рубцовых изменений при угревой болезни
- Ограниченной склеродермии

Горячая линия (495) 410-6634



Группа Компаний
ПЕТРОВАКС

ПРЕПАРАТЫ БУДУЩЕГО УЖЕ СЕГОДНЯ

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

www.longidaza.ru



азоксимера бромид

ПОЛИОКСИДОНИЙ®

ИММУНОМОДУЛЯТОР • ДЕТОКСИКАНТ • АНТИОКСИДАНТ

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

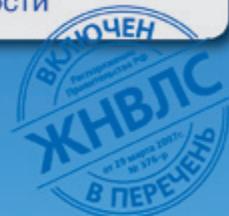
Назначается в процессе и после химио- и лучевой терапии онкологических больных

Используется для профилактики гриппа и ОРВИ

Совместим практически с любым курсом лечения

Применяется с 6-ти месяцев

сочетание доказанной клинической эффективности и высокого профиля безопасности



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.



ОАО Елатомский приборный завод

КОМПЛЕКСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ



TUV NORD
EN ISO 13485:2003
№1964/02



- Стационарная и портативная медицинская техника;
- Ультразвуковое оборудование для предстерилизационной очистки;
- Емкости для дезинфекции;
- Изделия медицинского назначения;
- Медицинская мебель;
- Расходные материалы.

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

Тел./факс: (49131) 4-16-16, 2-21-09, 4-19-96,

e-mail: ivturchak@yandex.ru, www.elamed.com

Наши представители в ближайших регионах:

Ставропольский край: ООО «Флорес» (8652) 94-01-00, ООО «ВИАР и К» (87935) 3-74-78,
ООО «Химпродукт КМВ» (87934) 2-09-13, ИП Шестун Г.И. (8652) 55-16-46

г. Краснодар: ООО «Эталон» (861) 254-18-93, 254-18-92

Волгоградская область: ООО «ВМТ» (8442) 49-21-89, ООО «Медико» (8442) 49-90-18,
ООО «Медфарм» (8442) 32-73-83, ООО «Сеан-В» (8442) 23-24-30

УЗО в операционном блоке: операционные сестры сказали «ДА»

Никифорова Е. В., операционная медсестра, стаж работы 16 лет, I квалификационная категория

До сих пор во многих лечебно-профилактических учреждениях загрязненный медицинский инструмент персонал очищает вручную. При ручной очистке колющих и режущих инструментов возможно травмирование рук медперсонала и последующее заражение внутрибольничными инфекциями (ВБИ). Чтобы избежать заражения, инструменты сначала дезинфицируют, но многие дезрастворы обладают фиксирующим действием, после них очистить инструменты становится еще труднее.

Большинство этих проблем удалось решить в нашем операционном блоке с приобретением и внедрением в процесс предстерилизационной очистки (ПСО) УЗО 10—01 и УЗО 5—01 Елатомского приборного завода. ПСО операционные медсестры проводят непосредственно в операционном блоке и в предоперационных. УЗО 10—01 эксплуатируется в операционном блоке главного корпуса, где сосредоточены 5 операционных и проводится наибольшее количество операций и, следовательно, предстерилизационных очисток. УЗО 5—01 находится в предоперационной микрохирургии глаза и используется для ПСО дорогостоящих микроинструментов. Эти установки приобретены 7 лет назад. За этот период операционные медсестры отмечают следующие преимущества УЗО:

- более качественный и в то же время щадящий режим очистки, который не приводит к порче и затуплению инструмента;
- с инструмента очищается ржавчина, головки с алмазным напылением приобретают серебристый цвет;
- под воздействием ультразвука очищаются самые сложные инструменты с замковыми частями, их самые мелкие отверстия (до 1 мм в диаметре);
- хорошо удаляются белковые, лекарственные и другие загрязнения;

- *но самое главное, при ультразвуковой очистке сводится к минимуму контакт рук персонала с очищаемым инструментом и, как следствие, возможность заражения ВБИ.*

За период с 2005 года в тех предоперационных, где ПСО проводится с помощью ультразвуковой установки, результаты азопирамовых проб на 100% отрицательные. В тех предоперационных, где проводится ручная очистка хирургических инструментов, результаты азопирамовых проб на 5,7% положительные.

Установки УЗО просты в обращении, позволяют сократить затраты времени на очистку медицинских инструментов, и операционные медсестры могут уделить больше времени подготовке к предстоящим операциям.

Все медицинские инструменты перед применением проходят обязательную обработку: дезинфекцию, очистку, стерилизацию. Наш операционный блок на 100% обеспечен пластмассовыми емкостями Елатомского приборного завода ЕДПО. При работе мы используем в основном емкости объемом 10, 5, 3 литра. Для дезинфекции микрососудистых, офтальмологических и стоматологических инструментов приобрели емкости объемом 1 л.

Емкости выдерживают агрессивность дезинфицирующих средств, легко обрабатываются и выглядят красиво. Перфорированные решетки, выполняющие роль корзины для загрузки-выгрузки инструмента, хорошо защищают руки медперсонала от контакта с растворами. За счет перфорированного дна поддона обеспечивается быстрое вытекание из него растворов и ополаскивающей воды при промывании. Крышка плотно прилегает к поддону и служит для защиты медперсонала от вредных испарений дезрастворов. С приобретением ЕДПО в операционном блоке у сотрудников нет заболеваний дыхательных путей, аллергических реакций, хотя раньше были случаи заболеваний бронхиальной астмой и аллергическими дерматитами.

Галимова Л. А., ст. медсестра операционного блока, стаж работы 26 лет, высшая квалификационная категория

Эффективность борьбы с ВБИ и качество оперативного процесса в операционном блоке напрямую зависят от степени оснащенности отделения техническими новинками. Изделия Елатомского приборного завода для медицинских учреждений способствуют успешному соблюдению санэпидрежима и профилактике ВБИ в операционном блоке.

Нами приобретены ультразвуковые установки УЗО, полимерные лотки, емкости-контейнеры ЕДПО, передвижные стеллажи, защитные очки и маски.

Достоинства установок УЗО неизменно оправдывают затраты на их приобретение, так как позволяют быстро выполнять трудоемкую и рутинную работу

персонала. Стоимость установок окупилась за 7 месяцев за счет того, что вследствие щадящего режима очистки хирургических инструментов срок их эксплуатации удвоился. Кроме того, при проведении ПСО ультразвуком расход моющих средств (Зифа 2%) намного меньше, чем при ручной очистке. Сокращен и расход средств на приобретение материалов для ручной отмывки.

Мы, медицинский персонал операционного блока, выражаем благодарность коллективу Елатомского приборного завода за помощь в работе и высокую степень защиты от внутрибольничной инфекции сотрудников и пациентов.

Коронарное шунтирование при тяжелом коронарном атеросклерозе. Обзор рандомизированных испытаний

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

У больных коронарной болезнью сердца (КБС) со стенозом ствола левой коронарной артерии или трехсосудистым поражением при низкой фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), как правило, предпочитается операция коронарного шунтирования (КШ). Напротив, при однососудистом поражении с учетом низкого клинического риска в качестве процедуры реваскуляризации миокарда обычно выполняется чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Однако у большинства больных КБС при ангиографии выявляются изменения коронарного русла, находящиеся между этими крайними анатомическими ситуациями. Окончательно не определено, какой метод реваскуляризации миокарда следует предпочитать в данной популяции больных.

Американские ученые выполнили систематический обзор рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ), непосредственно сравнивающих клиническую эффективность ЧКВ и КШ у пациентов с КБС (Hannan E.L., Wu C., Walford G. et al., 2008).

Методы и ход исследования

В MEDLINE, EMBASE и Кокрановских базах данных были отобраны РКИ, сравнивающие клинические исходы (выживаемость, инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, стенокардия, дополнительные процедуры реваскуляризации) у больных, подвергнутых ЧКВ и КШ. Исключались исследования, в которых сопоставлялась эффективность ЧКВ или КШ с консервативной терапией, различные методики ЧКВ или КШ друг с другом.

Результаты

Обнаружено 23 РКИ, включивших 9963 участников, в том числе в группы ЧКВ — 5019 пациентов и в группы КШ — 4944 больных. Только 3 испытания прошли в США, остальные — в Европе. До 1994 года в качестве ЧКВ использовалась баллонная ангиопластика, позднее стали применяться коронарные стенты. Только в одном небольшом РКИ проводилось сравнение ЧКВ с использованием покрытых стентов с КШ, 9 РКИ включали пациентов с однососудистым поражением проксимального отдела передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии, остальные — больных с многососудистым, чаще двухсосудистым, поражением коронарного русла. Средний возраст участников составил 61 год, 27% были женщины. Около 20% пациентов страдали сахарным диабетом, около половины имели артериальную гипертензию и гиперлипидемию, 40% перенесли в анамнезе ИМ. Среди пациентов было мало больных, имеющих сердечную недостаточность или низкую ФВ ЛЖ.

Выживаемость участников в первые 30 суток после процедуры была высокой при обоих вмешательствах: 98,9% при ЧКВ и 98,2% при КШ (различия не достоверны). Тем не менее частота операционного инсульта

при КШ была выше (1,2% против 0,6% при ЧКВ; $p=0,002$). В то же время частота ИМ (хотя этот показатель был оценен не во всех РКИ) во время процедуры реваскуляризации оказалась небольшой и между группами не различалась (разница — 0,1%).

Долговременные исходы прослежены в сроки от 6 месяцев до 13 лет в разных РКИ. В целом выживаемость пациентов в группах ЧКВ и КШ была сопоставимой, в том числе у больных диабетом (разница составила менее 1%): через 1 год — 96,5% против 96,4% соответственно; через 5 лет — 89,7% против 90,7%. В 4 РКИ с длительностью наблюдения более 5 лет значимых различий в выживаемости больных, подвергнутых ЧКВ и КШ, также не выявлено. Более того, авторы не нашли различий эффективности того или иного вмешательства в какой-либо подгруппе пациентов: с однососудистым или многососудистым поражением, с применением одной ангиопластики или стентирования.

Отсутствие стенокардии чаще отмечалось у пациентов, подвергнутых КШ: через 1 год — 84% против 75% в группе ЧКВ; через 5 лет — 84% против 79% (разница от 5% до 8%; $p<0,001$) (Serruys P.W., Morice M.C., Kappetein A.P. et al., 2009). При этом больше больных в группе КШ оставалось без повторных коронарных реваскуляризаций: через 1 год — 96,2% против 73,5%; через 5 лет — 90,2% против 53,9% при ангиопластике и 59,9% при стентировании. Таким образом, пациентам в группе ЧКВ чаще требовалось повторное вмешательство: на 24% — через 1 год ($p<0,001$) и на 33% — через 5 лет ($p<0,001$).

В 10 РКИ доложена частота ИМ при долговременном наблюдении. В течение 5 лет она оказалась незначительно выше в группе ЧКВ: $11,9\pm 3,0\%$ против $10,9\pm 2,6\%$ в группе КШ.

Выводы

В данном мета-анализе РКИ показано, что реваскуляризация миокарда с помощью КШ в сравнении с ЧКВ более эффективно «освобождает» пациента от симптомов стенокардии и приводит к меньшему долговременному риску повторных коронарных вмешательств. Тем не менее процедура КШ сопровождается большим риском операционного инсульта и не улучшает 10-летнюю выживаемость пациентов в сравнении с ЧКВ.

Однако после внедрения в практику стентов, покрытых лекарствами (СПЛ), остается невыясненным, какой способ реваскуляризации более эффективен и безопасен при многососудистом поражении коронарного русла. В этой связи американские ученые выполнили анализ 2 баз данных (ЧКВ и КШ) штата Нью-Йорк за период между 1 октября 2003 года и 31 декабря 2004 года. Отбирались пациенты с первой процедурой реваскуляризации миокарда без острого ИМ в течение 24 часов и стеноза ствола левой коронарной артерии,

которым была выполнена имплантация СПЛ ($n=9963$) или КШ ($n=7437$). Клинические исходы (ИМ, смерть, повторные реваскуляризации) были прослежены по 31 декабря 2005 года. Первичными конечными точками исследования были: смертность в течение 30 суток после операции и смертность и комбинация смертности, ИМ и повторных вмешательств до 18 месяцев после операции. Пациенты, подвергнутые КШ, были несколько старше, имели более низкую ФВ ЛЖ, чаще переносили ИМ в анамнезе, имели больше сопутствующей патологии и чаще имели трехсосудистое поражение коронарного русла. Тем не менее скорректированное отношение шансов (ОШ) 30-дневной смертности между больными КШ и ЧКВ не различалось (ОШ — 1,29; 95% доверительный интервал (ДИ) — 0,92—1,81; $p=0,15$).

После поправки на исходные различия КШ сопровождалось лучшими отдаленными клиническими исходами, чем ЧКВ с имплантацией СПЛ. У лиц с трехсосудистым поражением 18-месячный риск смерти был на 20% ниже в группе КШ (отношение риска (ОР) — 0,80; 95% ДИ — 0,65—0,97) при выживаемости 94,0% против 92,7% в группе ЧКВ ($p=0,03$). Риск ИМ снизился на 25% (ОР — 0,75; 95% ДИ — 0,63—0,89) при уровне свободы от ИМ 92,1% против 89,7% в группе ЧКВ ($p<0,001$). У пациентов с двухсосудистым поражением риск смерти и ИМ также оказался ниже в группе КШ: ОР — 0,71 (95% ДИ — 0,57—0,89) и ОР — 0,71 (95% ДИ — 0,59—0,87) соответственно при частоте выживаемости 96,0% против 94,6% ($p=0,003$) и свободы от ИМ 94,5% и 92,5% ($p<0,001$) соответственно. Кроме того, больные группы КШ реже подвергались повторным реваскуляризациям миокарда: ЧКВ — 5,1% против 28,4% в группе ЧКВ; КШ — 0,1% против 2,2% соответственно (оба $p<0,001$).

Авторы публикации (Joseph P. Carrozza, 2008) делают вывод, что у пациентов с многососудистым поражением коронарного русла КШ сопровождается меньшим отдаленным риском смертности, ИМ и повторных реваскуляризаций, чем ЧКВ с имплантацией СПЛ. В редакторском комментарии д-р Joseph P. Carrozza (Гарвардская школа медицины) замечает, что полученные данные подтвердили роль КШ как стандартного вмешательства при многососудистом поражении. Однако СПЛ могут использоваться у больных с высоким риском операционных осложнений либо при информированном согласии пациента на менее инвазивное лечение.

Внедрение стентов, выделяющих лекарства, существенно снизило частоту коронарных рестенозов в месте интервенции в сравнении со стандартными эндопротезами. Исходя из этого в испытании Synergy between PCI with Taxus and Cardiac Surgery (SYNTAX) проверялась гипотеза, что ЧКВ с применением стентов, выделяющих лекарства, будет не менее эффективно, чем КШ, в реваскуляризации ранее не оперированного трехсосудистого поражения или стеноза ствола левой коронарной артерии.

Методы и ход исследования

Проспективное рандомизированное исследование SYNTAX было проведено в 85 центрах 17 стран Европы и США при спонсорской поддержке производителя стентов — компании Boston Scientific. Включались

пациенты с трехсосудистым поражением коронарных артерий или стенозом ствола левой коронарной артерии (в сочетании с одно-, двух- или трехсосудистым поражением или без такового), анатомические изменения которых, по мнению кардиохирурга и кардиолога-интервенциониста, одинаково подходили как для ЧКВ с имплантацией стентов, покрытых паклитаксолом, так и для КШ. Больные, у которых только один метод реваскуляризации был признан целесообразным, включались в соответствующие регистры: ЧКВ или КШ.

Все диагностические коронароангиограммы оценивались местным персоналом и в независимой центральной лаборатории с расчетом счета по шкале SYNTAX, в которой сумма до 22 баллов отражает менее тяжелое, от 23 до 32 баллов — промежуточное и более 33 баллов — тяжелое поражение коронарного русла. Всем участникам рекомендовалось проведение полной реваскуляризации всех поражений со стенозированием 50% и более. После ЧКВ тиенопиридины назначались на срок не менее 6 месяцев (в 71,1% случаев — более 12 месяцев). Аспирин рекомендовался на неопределенно длительный срок всем участникам.

Первичная конечная точка — комбинация основных нежелательных сердечных и цереброваскулярных событий (смерть от любой причины, инсульт, ИМ, повторные реваскуляризации) в течение 12 месяцев после рандомизации. Статистический анализ проводился по принципу намеченного лечения с запланированной верхней границей 95% ДИ 6,6% для не меньшей клинической эффективности (noninferiority) ЧКВ в сравнении с КШ.

Результаты

С марта 2005 года по апрель 2007 года было рандомизировано 1800 пациентов (897 — в группу КШ, 903 — в группу ЧКВ), 1275 больных вошли в регистры (1077 — в регистр КШ, 198 — в регистр ЧКВ). Большинство предоперационных характеристик участников групп были сопоставимы. Средний возраст составил 65 лет, мужчины — около 77%, частота перенесенного ИМ — около 32%, перенесенного инсульта — около 4%, с клиникой нестабильной стенокардии — около 28%, с поражением ствола левой коронарной артерии — около 39% в обеих группах. Четверть пациентов страдали сахарным диабетом, требующим фармакотерапии; из них треть получали инсулин. Почти половина участников (45,8%) имели критерии метаболического синдрома. На основании европейской системы оценки сердечно-оперативного риска (euroSCORE) более 20% пациентов были расценены как имеющие высокий хирургический риск (значение ≥ 6 имели 24,9% больных в группе КШ против 24,7% в группе ЧКВ; $p=0,94$) (Bravata D.M., Gienger A.L., McDonald K.M. et al., 2007).

Полная реваскуляризация достигнута у большего числа больных в группе КШ, чем в группе ЧКВ (63,2% против 56,7%; $p=0,005$). После ЧКВ пациенты значительно чаще получали тиенопиридины (при выписке — 96,8% против 19,5% после КШ; $p<0,001$; через год — 71,1% против 15,0% соответственно; $p<0,001$), несколько (но достоверно) чаще — аспирин, статины, ингибиторы

ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина II и антагонисты кальциевых каналов.

В группе КШ оперативное лечение off-pump выполнено у 15,0% больных; один и более артериальных шунтов использованы у 97,3% пациентов (в среднем — 2,8 кондуита и 3,2 дистальных анастомоза на одного пациента). В группе ЧКВ поэтапные интервенции проведены у 14,1% больных; в 63,1% случаев они выполнены на бифуркации или трифуркации; всего имплантировано более 4 стентов на человека, в том числе у трети пациентов общая длина стентов составила более 100 мм.

Через 12 месяцев частота первичной конечной точки оказалась ниже в группе КШ: 12,4% против 17,8% в группе ЧКВ ($p=0,002$). При этом верхняя граница 95% ДИ для сравнений оперативных подходов составила 8,3%, то есть выше запланированного критерия для не меньшей эффективности ЧКВ. При анализе участников, подвергнутых реваскуляризации, различия между группами практически не изменились: 12,3% против 17,6% соответственно ($p=0,002$). При этом эффективность КШ была достигнута прежде всего за счет меньшей частоты повторной реваскуляризации миокарда (5,9% против 13,5% в группе ЧКВ; $p<0,001$) при сопоставимой частоте ИМ (3,3% против 4,8% соответственно; $p=0,11$), смерти от сердечной причины (2,1% против 3,7%; 95% ДИ 0,99—3,08; $p=0,05$) и комбинации смерти, инсульта и ИМ (7,7% против 7,6%; $p=0,98$). Тем не менее после ЧКВ отмечено значительно меньше инсультов, чем при проведении КШ: 0,6% против 2,2% соответственно ($p=0,003$). Частота симптомной окклюзии коронарных шунтов и тромбозов стента в группах не различалась: 3,4% против 3,3% ($p=0,89$) (Bravata D.M., Gienger A.L., McDonald K.M. et al., 2007).

Исследователи выполнили анализ основных клинических исходов в группах, исходя из риска по шкале SYNTAX. В группе КШ у больных с низким, промежуточным и высоким счетом исходы не различались (14,7%; 12,0%; 10,9%). Тем не менее после ЧКВ частота первичной конечной точки значительно возростала при увеличении счета по SYNTAX (13,6% против 16,7% и против 23,4% соответственно; между низким и высоким риском — $p=0,002$; между промежуточным и высоким риском — $p=0,04$). У больных низкого и промежуточного

риска частота исходов между группам КШ и ЧКВ не различалась, однако при высоком риске первичная конечная точка чаще развивалась при ЧКВ ($p<0,001$).

Среди участников со стенозом ствола левой коронарной артерии частота первичных событий между группами КШ и ЧКВ не различалась (13,7% против 15,8% соответственно; $p=0,44$), но за счет дисбаланса в частоте повторных реваскуляризации в пользу КШ (6,5% против 11,8%; $p=0,02$) и в частоте инсульта в пользу ЧКВ (2,7% против 0,3%; $p=0,01$). В подгруппе пациентов с трехсосудистым поражением без стеноза ствола левой коронарной артерии первичная конечная точка была реже после КШ (11,5% против 19,2% при ЧКВ; $p<0,001$) опять-таки за счет меньшей частоты повторных реваскуляризации (5,5% против 14,6%; $p<0,001$), но при сопоставимом риске комбинации общей смертности, ИМ и инсульта (6,6% против 8,0% при ЧКВ; $p=0,39$).

Выводы

В исследовании SYNTAX показано, что при трехсосудистом поражении коронарных сосудов и/или стенозе ствола левой коронарной артерии проведение КШ сопровождается меньшим числом основных нежелательных сердечных и цереброваскулярных событий в течение 12 месяцев в сравнении с имплантацией коронарных стентов, выделяющих паклитаксел. Тем самым КШ должно оставаться стандартом помощи у таких пациентов.

При статистическом анализе первичной конечной точки ЧКВ не продемонстрировало критерия не меньшей эффективности в сравнении с КШ. Поэтому, подчеркивают ученые, межгрупповые различия в частоте отдельных компонентов первичной конечной точки или в подгрупповом анализе могут носить только характер предположений, выдвигающих гипотезу. Тем не менее, исследователи рассчитали, что для предотвращения одного события первичной конечной точки требуется пролечить КШ 19 человек, для предотвращения одной повторной реваскуляризации — 14 человек, для предотвращения одной смерти — 119 человек и для предотвращения одного ИМ — 71 человека. В свою очередь, для предотвращения одного инсульта необходимо выполнить ЧКВ у 60 больных.

ERBE**STORZ**

KARL STORZ – ENDOSKOPE

"ППП"производственная фирма
г. Казань**"DUFNER"**
instruments

Компания «Ростов ЭНДО» является представителем отечественных и зарубежных производителей и более 10 лет занимается продажей инструмента и оборудования для эндохирургии.

МЫ ПРЕДЛАГАЕМ ВАМ:

- оборудование и инструмент по ценам производителя
- рассрочку платежей, систему гибких скидок
- ввод в эксплуатацию оборудования, сервисное обслуживание, качественный ремонт

*Мы всегда готовы предложить ВАМ
лучшую цену на качественное оборудование!*

Т./ф.: (863) 268-96-07, 268-96-72, 256-28-84,
e-mail: mfsdon@mail.ru

«Ника-Полицид» — современное дезинфицирующее средство

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

Научно-производственная фирма (НПФ) «Геникс» специализируется на производстве жидких моющих и моюще-дезинфицирующих средств для нужд медицинских учреждений, организаций пищевой промышленности, общественного питания и др. Моющие и моюще-дезинфицирующие средства серии «Ника» экономичны, не содержат хлора, удобны в применении и дешевы по сравнению с традиционными и импортными аналогами.

Средство «Ника-Полицид» производства НПФ «Геникс» применяется для дезинфекции и предстерилизационной очистки. «Ника-Полицид» представляет собой прозрачную жидкость от бесцветного до желтого цвета со слабым характерным запахом. Средство обладает антимикробной активностью в отношении различных грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, возбудителей туберкулеза, вирусных инфекций (ОРВИ, герпеса, полиомиелита, гепатитов всех видов, ВИЧ-инфекции), а также в отношении грибов рода *Candida* и дерматофитий, плесневых грибов, возбудителей внутрибольничных инфекций. Средство «Ника-Полицид» эффективно в отношении возбудителей особо опасных инфекций (чума, холера, туляремия). Препарат не портит обрабатываемые объекты, не обесцвечивает ткани, не вызывает коррозии металлов, не требует смывания раствора с обрабатываемых поверхностей.

Препарат «Ника-Полицид» был апробирован в Городской больнице, Детской городской больнице города Йошкар-Олы, Областной клинической больнице города Владимира и других.

В период перевода этих учреждений на режим работы с препаратом «Ника-Полицид» были получены следующие данные. В Городской больнице Йошкар-Олы «Ника-Полицид» применяли в ожоговом, травматологическом, колопроктологическом, инфекционном отделениях, а также в операционном блоке. Проводилась дезинфекция объектов внешней среды в процедурных кабинетах, палатах, обработка посуды, дезинфекция медицинского инструментария, отходов класса Б, биологического материала, обуви, эндоскопического оборудования и уборочного инвентаря. В инфекционном отделении проводилась дезинфекция поверхностей по вирусному режиму 0,5% раствором «Ника-Полицид», время выдержки составило 60 минут. В ходе санитарно-бактериологических исследований по контролю этих объектов были взяты смывы на *E. coli* и стафилококки (200 смывов в пяти отделениях больницы) — результаты отрицательные. При исследовании воздуха общее микробное число находилось в пределах нормы.

Ректоскопы и колоноскопы обрабатывались ручным способом 2% раствором в течение 15 минут; изделия медицинского назначения (ИМН) в операционном блоке дезинфицировались в течение 30 минут 1,5% рабочим раствором, в течение 15 минут — 2% раствором «Ника-Полицид».

В ходе апробации препарата «Ника-Полицид» в больнице было выявлено несколько его преимуществ перед другими дезинфицирующими средствами:

- не оставляет следов и разводов на поверхностях,
- не образуется много пены,
- не имеет резкого запаха,
- не вызывает раздражения кожи рук и слизистых оболочек глаз,
- не требует смывания рабочего раствора с обрабатываемых поверхностей.

Отмечены также преимущества средства «Ника-Полицид» при дезинфекции, совмещенной с предстерилизационной очисткой: приятный запах, низкая концентрация, малая экспозиция, возможность многократного применения. Средство хорошо смывается водой, является очень удобным и экономичным для дезинфекции отходов класса Б и биологического материала.

В Детской городской больнице Йошкар-Олы после этапа дезинфекции было взято и исследовано 80 смывов на условно-патогенную флору — результаты отрицательные. Испытания проводились в хирургическом кабинете, отделении выхаживания недоношенных детей и клинической лаборатории соматического стационара. Также средство «Ника-Полицид» использовалось для дезинфекции, совмещенной с предстерилизационной очисткой ИМН, которые обрабатывались 1,5% рабочим раствором в течение 30 минут, 2% раствором в течение 15 минут. Оценка качества — 50 отрицательных азопирамовых проб. При проведении генеральной уборки в процедурном кабинете концентрация рабочего раствора составила 1,5%, время экспозиции — всего 15 минут. Сотрудники, работавшие с препаратом, отмечают следующие его достоинства: малая экспозиция, не изменяющийся внешний вид после многократного применения, отсутствие раздражающего запаха.

Положительные качества препарата отметили также работники Областной клинической больницы г. Владимира. Средство применялось в родовом отделении, поликлинике, стоматологическом кабинете, иммунологической лаборатории. Из смывов, взятых после дезинфекции препаратом, условно-патогенной флоры также не было выделено. При дезинфекции поверхностей, пораженных плесневыми грибами, 0,4% раствором средства «Ника-Полицид» время экспозиции составило всего 15 минут.

Таким образом, дезинфицирующее средство «Ника-Полицид» НПФ «Геникс», показавшее положительные качества в процессе его использования в различных медицинских учреждениях, может не только стоять в одном ряду с другими известными дезинфицирующими средствами, но и значительно превосходить их.

См. рекламу на 4-й обложке

Сканеры УЗИ "РАСКАН"

Полностью цифровая обработка
Высокая плотность лучей



Переносные приборы
С возможностями
стационарных.
Легкие, компактные
с автономным
питанием.

Конвексные, линейные, полостные мультисекционные датчики высокой плотности. Рабочие частоты от 2,5 до 10 МГц. Динамическая фокусировка. Доплер. Пунктирование. Кинопетля. Персональные настройки. Помощь. База данных исследований. Вычисления и измерения. Пиктограммы. Заключение. Распечатка эхограмм.



НПП "РАТЕКС"

199178, С.-Петербург, ул. Донская, д. 19, пом.1Н,
Тел./факс: (812)321-89-74, 321-57-71, (950)030-30-41
E-mail: rateks@mail.ru Http://rateks.aanet.ru



ООО «СпецБалтМебель»

Производство лабораторной и медицинской мебели

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

ЛАБОРАТОРНАЯ МЕБЕЛЬ	ЦЕНА, РУБ. С НДС
Вытяжные шкафы (электророзетки, освещение, защитный экран из стекла «триплекс»)	от 23900
Лабораторные столы (мет. каркас, рабочая поверхность по выбору, тумбы)	от 4560
Лабораторные столы с полками (мет. каркас, полки, светильник, розетки, раб. пов. по выбору, тумбы)	от 8950
Островные столы (мет. каркас, полки, светильник, розетки, раб. пов. по выбору, тумбы)	от 18990
Стол-мойки (раковина — нерж. сталь или полипропилен)	от 9910
Стол для титрования (мет. каркас, световой экран, раб. пов. по выбору, тумбы)	от 14150
Стол для весов (металлический каркас, гранитная плита на спец. демпферах)	от 9860
Стол письменный	от 2700
Шкафы лабораторные для хранения	от 7640
Шкафы для одежды	от 6980

Минимальные сроки изготовления, доставка в любой регион России!



ООО НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ИННОВАЦИОННАЯ ФИРМА «ГИПЕРИОН»

121170, г МОСКВА, КУТУЗОВСКИЙ ПРОСПЕКТ, 34 ТЕЛ/ФАКС: (499) 249-08-69. www.giperion-msk.ru, e-mail: giperion@gmail.com
Лицензия МЗ РФ №64/2003-0274-0289 от 08.07.2003 г.

Разработка и производство медицинского и лабораторного оборудования

НАИМЕНОВАНИЕ ИЗДЕЛИЯ	ЦЕНА В РУБ.
Ванна термостатирующая ВТ-20 для термообработки пробирок и полимерных контейнеров	39500
Вставки к ванне ВТ-20 для пробирок	6100
Вставки к ванне ВТ-20 для контейнеров	9100
Миксер донорской крови «Гемикс»	49500
Плазмоекстрактор «Ностальгия» механич.	9850
Плазмоекстрактор «Гемопресс» автомат.	50150
Помешиватель-дозатор для заготовки крови «Лика»	42500
Размораживатель продуктов крови «Плазмотерм-4» на 4 контейнера	89000
Размораживатель эритроцитной массы «Плазмотерм-4Э»	139000
Стойки напольные, с креплением флак., контейн., инфузomat. (нерж.ст.)	6500
Стойки настольные (нерж. сталь)	3700
Столик под дозатор и миксер	3540
Стол-подставка для выездных бригад забора крови	3068
Устройство для дозирования инфузионных растворов в контейнеры	148090
Устройство для запаивания трубок полимерных контейнеров «Гекон» (4 модификации)	50500—64500
Устройство для инактивирования вирусов, УТИВ-01-«Гиперион» термостатируемое от 100л	296000
Устройство дозирования донорской крови ДМ-1	5900
Аудиотестер «Эхотест-02» ультразвуковой	32500
Анализатор рефракции «ЛАР-02» лазерный	86553
Комплекс заготовки и сепарации крови подвижный «Гемоекспресс». Срок изг. 6 мес. НДС не облагается	Цена дог.

ООО «ВИТАЛАБ»

196105, г. Санкт-Петербург, Яковлевский пер., 11, оф. 3 (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.

ВЫГОДНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

Альбумин (10%) – 100 мл – плазмозаменитель ОПТОМ	1660 руб.
ТЕРМОИНДИКАТОРЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ	
Электронный термоиндикатор для контроля холодной цепи «ТермоТест»	1320 руб.
Химический тест, реагирующий на повышение температуры	200 руб.
Капиллярный тест, реагирующий на понижение температуры	300 руб.

Категория №	Наименование	Цена в руб. за упаковку 1000 шт. без НДС на 01.06.09
04.1905.001	S-Monovette 2,6 мл, 90x13 мм, активатор свертывания + гель, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	14059,02
06.1690.001	S-Sedivette 3,5 мл, для определения СОЭ из венозной крови, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	16326,50
01.1601	S-Monovette 7,5 мл, 92x15 мм, активатор свертывания, с градуировкой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	11834,93
02.1063	S-Monovette 9 мл, 95x16 мм, активатор свертывания, с градуировкой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	12243,14
03.1397.001	S-Monovette 5,5 мл, 75x15 мм, активатор свертывания, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	8798,33
05.1071.001	S-Monovette 5 мл, 92x11 мм, цитрат, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	9432,98
20.1289	Microvette 200, стабилизатор глюкозы, фасовка 100/1000, НДС — 10%	11610,22
20.1308	Microvette 300, активатор свертывания, фасовка 100/1000, НДС — 10%	11614,13
20.1288	Microvette 200, ЭДТА, фасовка 100/1000, НДС — 10%	10411,20
20.1278	Microvette 100, ЭДТА, фасовка 100/1000, НДС — 10%	12058,34
85.1162.200	Monovette-игла Safety 21 Gx1 1/2, зеленая, фасовка 100/1000, НДС-0%	28468,13
02.1067.001	S-Monovette 10 мл, 95x16 мм, цитрат 3,13%, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	13599,63
20.1308	Microvette 300, активатор свертывания, фасовка 100/1000, НДС — 10%	11614,13
06.1667.001	S-Monovette 1,1 мл, 66x8 мм, активатор свертывания + гель, с этикеткой, фасовка 50/500/1000, НДС — 10%	22666,05
77.1595.007	Multi-Safe 0,7 л, фасовка 150/1, НДС — 10%	75,92
93.838	Штатив 48 отв. d — 12,2 мм, h — 40 мм // д/пробирок, моноветт Ш 11,5 мм, фасовка 1/40, НДС — 10%	2031,92

Категория №	Наименование	Кол-во в упаковке	Цена в руб. на 01.06.09
Расх. материалы для анализаторов глюкозы «Эко-Соло II» (полуавтом.) (Германия, Care Diagnostics)			
560000000	Мембрана биокерамическая GOD, НДС — 10%	1 шт.	2195,00
100000002	Реагент со сливной емкостью — ЭкоСоло 2 — 10%	упак	3402,30
1900001000	Капилляры, НДС — 10%	1000 шт.	4574,70
33000010	Калибратор глюкозы, НДС — 10%	10x2 мл	2249,9
38000010	Контрольный раствор для глюкозы уровень 1 — 18%	1 мл	219,50
37000010	Контрольный раствор для глюкозы уровень 2 — 10%	1 мл	219,50
Расх. материалы для анализаторов глюкозы «Эко-Твенти», «Эко-Матик» (автом.) (Германия, Care Diagnostics)			
160000000	Мембрана биокерамическая GOD, НДС — 10%	1 шт.	2990,96
06300500	Концентрат сист. раствора глюкозы, НДС — 10%	500 мл	3786,42
32000050	Стандарт глюкозы, НДС — 10%	50 мл	274,38
1800001000	Капилляры, 20 мкл, НДС — 10%	1000 шт.	3457,17
16001000	Чашечки для образцов 2 мл, НДС — 10%	1000 шт.	3786,42
Реагенты для гематологических анализаторов Селлтак МЕК (Япония, Nihon Kohden)			
19201	Изотонический разбавитель для МЕК (Дилуэнт Дифф.) (Diaton-NK-Diff-Diluent), НДС — 10%	20 л	2204,57
19202	Лизирующий раствор для МЕК 6318K (Dialyse-NK-Diff), НДС-10%	5 л	11463,77
24009	Лизирующий реагент для МЕК 5208K, НДС — 10%	6x0,02	1422,00
19102	Промывающий раствор (Diaterg-NK), НДС — 10%	5 л	2430,75
19203	Очищающий раствор (Diaclean-NK-Diff), НДС — 10%	5 л	2430,75
СВС-3D	Набор контрольной крови (2N-1L-1H), НДС — 10%	4 фл.х2 мл	7747,67
Реагенты и расх. материалы для автом. биохим. анализатора «Сапфир»			
SP 2208	Щелочной моющий раствор (Alkaline Washing Solution)	500 мл	4222,26
SP 2209	Кислотный моющий раствор (Acid Washing Solution)	500 мл	4222,26
20010004	Карусель образцов (Sample Tray (3))	1 шт.	39539,00
20010005	Карусель образцов (Sample Tray (4))	1 шт.	39539,00
20070126	Кюветы реакционные для биохим. анализатора «Сапфир-400»	60 шт.	29555,85
Реагенты и расх. материалы для автом. биохим. анализатора «СпотКем» SP-4430 (Япония, Arkray Inc.)			
10712	Пробирки центрифужные для анализатора	100 шт.	1424,12
77043	Контрольная сыворотка	4 шт.	3113,02
10192	Пробирки для цельной крови	500 шт.	8301,40
77366	Глюкоза (Glucose)	50 шт.	1223,74
77379	Гемоглобин (Hemoglobin)	50 шт.	1155,92
77383	Креатинин (Creatinine)	50 шт.	1803,41
Реагенты и расх. материалы для анализатора мочи Aution Eleven (Япония, Arkray Inc.)			
10EA	Тест-полоски Aution Sticks (GLU, PRO, BIL, URO, pH, уд. плот., кровь, KET, NIT, LEU), НДС — 10%	100 шт.	1019,95
Тест-полоски для экспресс-анализаторов мочи Clinitek (США)			
	Тест-полоски на 10 параметров: глюкоза, белок, билирубин, уробилиноген, уд. вес, кетоновые тела, PH, эритроциты, нитриты, лейкоциты (Cia, США), НДС — 10%	100 шт.	632,00
	Тест-полоски на 10 параметров Multistix 10SG (США), НДС — 10%	100 шт.	1431,54
	Тест-полоски на 10 параметров Uristik A10 (Китай), НДС — 10%	100 шт.	536,00

ООО «Альфа-Медтехника М»

109518, г. Москва, 1-й Грайвороновский проезд, 2, стр. 1 Тел./факс:(495) 232-12-36, (499) 173-52-09, (499) 742-83-71
E-mail: alfamed2002@yandex.ru; www.alfamed.rusmed.ru

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ	СТОИМОСТЬ, РУБ.	СТРАНА
Анализаторы биохимические		
Анализатор биохимический BioChem BA (HTI) (полуавтомат, открытая система)	84000	США
Анализатор биохимический BioChem SA (HTI) (полуавтомат, встроенная кювета, память 1000 результатов)	99500	США
Анализатор биохимический полуавтомат BS3000P, проточная и наливная кюветы (Sinnowa)	71000	КНР
Анализатор биохимический полуавтомат CLIMA MC-15 (RAL)	352000	Испания
Анализатор биохимический полуавтомат HUMALYZER Junior, (HUMAN)	142500	Германия
Анализатор биохимический Mini Screen P, полуавтомат, HOSPITEX DIAGNOSTICS	96500	Италия
Биохимический экспресс-анализатор Reflotron Plus (биохимический анализ крови с использованием тест-полосок) Roche Diagnostics	253000	Швейцария
Анализатор биохимический полуавтомат, STAT FAX 1904+ (Awareness Technology)	99800	США
Наборы биохимических реагентов DiaSys Diagnostic Systems GmbH (ДиаСис) и ДИАКОН-ДиаСис (ДДС)	ассортимент	Германия/ Россия
Анализаторы гематологические		
Анализатор гематологический полуавтомат PCE-90 ERMA (9 параметров)	218000	Япония
Анализатор гематологический автомат PCE-210 ERMA (18 параметров), 60 тестов/час	387000	Япония
Анализатор гематологический автомат ABACUS JUNIOR (DIATRON), 18 параметров, 40 тестов/час, встроенный принтер	349000	Австрия
Анализатор гематологический автомат ABX Micros 60 OT 18 (18 параметров) HORIBA ABX Diagnostics	593000	Франция
Анализатор гематологический автоматический BC 2300 (Mindray) (19 параметров + 3 гистограммы, 30 проб/час)	218000	КНР
Анализатор гематологический полуавтомат двухканальный Hema-Screen 13, 16 параметров, HOSPITEX DIAGNOSTICS	386000	Италия
Системы забора капиллярной крови с ЭДТА (микроветы 200 мкл), 50 шт./уп.	550	Германия
Анализаторы газов и электролитов крови		
Анализатор газов крови ЭЦ-60 (pH, pO ₂ , pCO ₂) со стартовым набором реагентов	221000	Россия
Анализатор газов и электролитов крови Opti CCA (управление с клавиатуры, на кассетах) (Opti Medical)	290500	США
Анализатор электролитов E-lyte5 Na/K/Cl/Ca/pH (HTI)	154500	США
Анализатор электролитов EasyLyte Na/K (MEDICA)	152000	США
Анализатор электролитов АЭК-01 (Na, K, Ca, Cl, pH) со стартовым набором реагентов	115000	Россия
Анализаторы иммуноферментные		
Анализатор иммуноферментный и биохимический BioChem Analette (автомат, 170/200 тестов/час, открытая система) HTI	768000	США
Анализатор иммуноферментный ImmunoChem 2100 (планшетный, встроенный принтер, память 10000 результатов) (HTI)	102000	США
Анализатор иммуноферментный стриповый HUMAREADER Single Plus (Human)	156000	Германия
Анализатор иммуноферментный планшетный Plate Screen (сенсорный экран, встроенный термопринтер) HOSPITEX DIAGNOSTICS	188500	Италия
Анализатор иммуноферментный стриповый STAT FAX 303+ (Awareness Technology)	97500	США
Анализатор иммуноферментный планшетный STAT FAX 2100 (Awareness Technology)	134000	США
Инкубатор-шейкер ST-3 для 2-х планшет (Elmi)	36300	Латвия
Анализаторы мочи		
Анализатор мочи CL-50, 10 параметров, 120 тестов/час, память 1000 анализов, термопринтер (HTI)	27500	США
Анализатор мочи CL-500, 11 параметров, 514 тестов/час, память 1000 анализов (HTI)	87200	США
Анализатор мочи CLINITEK STATUS (Siemens Healthcare Diagnostics / BAYER Diagnostics)	59800	США
Анализатор мочи Combilyzer Plus, 11 параметров, 50 тестов/час (HUMAN)	65700	Германия
Анализатор мочи DocUReader, 11 параметров, 40—60 тестов/час (77 Elektronika)	25500	Венгрия
Анализатор мочи URISCAN OPTIMA (от 36 до 300 тест/час, 13 показателей)	58000	Ю. Корея
Анализатор мочи URISIS 1100 Roche (10 параметров)	55200	Германия
Коагулометры		
Коагулометр Clot (1-канальный) HOSPITEX DIAGNOSTICS	105500	Италия
Коагулометр TS 1000 (1-канальный) HTI	58500	США
Коагулометр TS 4000 (4-канальный, встроенный принтер) HTI	85000	США
Коагулометр Thrombotimer 1 (1 канальный) Behnk Elektronik	167500	Германия
Микроскопы Unico		
M 250 бинокулярный микроскоп, 4 АХРОМАТ-объектива: 4X/0.10, 10X/0.25, 40XR/0.65, 100XR/1.25	27500	США



БИОДЕЗ

РОССИЙСКОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ ПО ПРОИЗВОДСТВУ ДЕЗСРЕДСТВ

Новинка!



Кожный антисептик **Лижен-ИП**



Сфера применения:

- ЛПУ (в том числе родильные дома, станции переливания крови, машины скорой помощи)
- коммунальные объекты
- культурно-оздоровительные комплексы, офисы, потребительские рынки
- учреждения социального обеспечения
- детские дошкольные и школьные учреждения (медицинские кабинеты)
- население в быту (кроме детей)
- пенитенциарные учреждения

Средство предназначено:

- для обработки кожи перед инъекцией, локтевых сгибов доноров, операционного поля
- для дезинфекции небольших по площади, а также труднодоступных поверхностей в помещениях
- предметов обстановки, приборов, медицинского оборудования

Формы выпуска:

- готовый раствор л под локтевой дозатор УМР-01
- спрей 200 мл
- салфетка в инд. упак. №1

СРОК ГОДНОСТИ: готового раствора 5 лет, салфеток 3 года

344065, г. Ростов-на-Дону, ул. Орская, 25
тел.: (863) 219-45-20, 219-45-31, факс: (863) 219-45-32

www.biotech.ru

www.biodez.ru

biotec@aaanet.ru

ООО «АльфаМед» г.Ставрополь

Поставка медицинского оборудования отечественных и импортных производителей для оснащения лечебно-профилактических учреждений на территории ЮФО и РФ, комплексное оснащение стоматологических клиник, поликлиник, косметических салонов.

Сервисное обслуживание и ремонт медтехники.

Дистрибьютор по дезинфицирующим средствам: Лайна и Новодез!

Изделия медицинского назначения.

Гибкая система скидок, индивидуальный подход к клиенту.

Розничная торговля

мед. изделиями.



355012, г. Ставрополь, ул. Ленина, 55. Тел.: (8652) 29-00-11, 29-00-50, e-mail: alfamedst@inbox.ru

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.
- 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



*Год основания
1897...*

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

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

Также предлагаем к реализации

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

ООО «МОСНИТКИ»

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