

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

№2 (21) 2010

Нам
5 лет!

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU

В любую поездку, на дачу и в лес
берите с собой **ЭНТЕРОДЕЗ®!**

Энтеросорбирующее средство



Применяется у взрослых и у детей от 1 года при токсических формах острых инфекционных желудочно-кишечных заболеваний, печеночной и почечной недостаточности. Лечебный эффект наступает через 15–30 минут. Отпускается без рецепта.



МОСХИМФАРМПРЕПАРАТЫ
им. Н.А. Семашко

**115172, г. Москва, ул. Большие Каменщики, 9,
тел./факс (495) 912-71-61**

В НОМЕРЕ:

- 24 марта – Всемирный день борьбы с туберкулезом (стр. 11)
- Новые технологии в работе (стр. 31) и обучении (стр. 49)
- Преимущества дневного стационара (стр. 35)
- ВИЧ-инфекция – проблема не отступает (стр. 19)
- Персональные данные. Цена вопроса (стр. 26)
- Новые разработки Елатомского приборного завода (разворот)

ООО «КАМЕЛОТТ»

ВОЛГОГРАД

ПОСТАВКА И ПОЛНЫЙ СЕРВИС

*всё для
рентгенодиагностики
на профессиональном
уровне*

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ РОССИЙСКИХ ИЗГОТОВИТЕЛЕЙ
РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ЮФО
12 ЛЕТ СОВМЕСТНОЙ УСПЕШНОЙ РАБОТЫ ПО ЦЕНАМ ЗАВОДОВ-ИЗГОТОВИТЕЛЕЙ

Рентгенодиагностические комплексы



АМИКО
рентгентехника

А также:
Системы оцифровки
рентгеновских снимков
(дигитайзеры):
Оптускан-Амико
CR-35
CR-85

РЕНТГЕНПРОМ

Магнитно-резонансные
томографы



ПОДВИЖНЫЕ ЦИФРОВЫЕ КАБИНЕТЫ

Маммографические



Рентгенографические



Флюорографические



Цифровые рентгенографические
аппараты ПроГраф



Цифровые сканирующие
и матричные флюорографы
ПроСкан и ПроМатрикс



Маммограф Маммо-Р



E-mail: camelott@hotmail.ru
тел./факс общие (8442) 37-36-65, 37-89-09, коммерческая служба: (8442) 37-82-72,
сервисная служба: (8442) 37-26-96
400087, г. Волгоград, ул. Двинская, 13 А

МАТОРАТ – МАРКА ВЫСОКОГО КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Медицинские учреждения испытывают все большую потребность в использовании современных перевязочных материалов, стерильность и качество которых особенно важны.

Торуньский Завод Перевязочных Материалов TZMO SA — европейский производитель высококачественной продукции торговой марки **МАТОРАТ** — предлагает вашему вниманию новинки: марлевые и нетканые салфетки стерильные и нестерильные, тампоны для операций.

Все изделия **МАТОРАТ** отбелены без использования хлора. Края изделий из хлопчатобумажной марли сложены таким образом, чтобы исключить вытягивание свободных нитей. Для повышения безопасности применения салфеток в операционных блоках они дополнительно снабжены рентгеноконтрастной нитью, что дает возможность быстрого и неинвазивного их обнаружения в операционном поле.

- Салфетки марлевые **Matocomp** из 100% хлопка 8-, 12- и 16-слойные, стерильные и нестерильные, с рентгеноконтрастной нитью и без.
- Салфетки для брюшной полости **Abdoma** изготовлены из марли, снабжены дополнительными элементами: рентгеноконтрастной нитью и петлей, дающей возможность прикрепления салфетки вне операционного поля. В зависимости от потребности можно подобрать салфетки **Abdoma** разного уровня впитываемости. Выпускаются в вариантах из 13-и 17-ниточной марли, сложенной в 3, 4 и 6 слоев, стерильные и нестерильные, с рентгеноконтрастной нитью и без.
- Салфетки из нетканого материала **MATOVLIES** легко формируются и отлично прилегают к телу пациента. Выпускаются Matovlies 4-, 6-, 8-, 10-и 12-слойные, стерильные и нестерильные.
- Нейрохирургические салфетки **NEUROCOMPRESS** из 4-слойного нетканого материала с прочно прикрепленной рентгеноконтрастной нитью, которая облегчает обнаружение перевязочного материала и гарантирует быстрое устранение из операционного поля. Каждая серия стерильных **NEUROCOMPRESS** контролируется по уровню содержания эндотоксинов.
- Салфетки **ABSORBA** с повышенным уровнем впитывающей способности. Между двумя слоями нетканого материала находится слой распушенной целлюлозы. Применяются для перевязки ран с большим количеством отделяемого. Выпускаются в стерильном и нестерильном вариантах.



- Тампоны для операций **Tupfer** из цельного 100% хлопка. Выпускаются в стерильном и нестерильном вариантах, с рентгеноконтрастной нитью и без. Предлагаются следующие формы тампонов: Tupfer A — шарики, Tupfer B — фасольки, Tupfer C — усики, Tupfer D — треугольники, Tupfer E — наперстки.

Все представленные изделия сертифицированы и соответствуют необходимым требованиям мировых стандартов

Более подробную информацию можно получить в ООО «белла-ДОН» по тел.: (863) 203-74-74 или у медицинского представителя по моб. тел. 8-917-338-50-05, 8-918-557-21-29



ГЕРМЕТИК АБРИС Mc – ЗАЛОГ ЧИСТОТЫ И БЛАГОПОЛУЧИЯ

*Савченкова Г.А., Шашунькина О.В., Кравцова Т.А.,
ООО «Завод герметизирующих материалов»,
г.Дзержинск Нижегородской обл.*

В связи с бурным развитием высоких технологий в различных сферах человеческой деятельности все больше возрастают требования к чистоте помещений. Чистые помещения необходимы для производства продукции в аэрокосмической, микроэлектронной, фармацевтической отраслях, в пищевой промышленности, производстве медицинских изделий и в здравоохранении.

Для стабильного обеспечения чистоты воздушной среды невозможно применение обычных строительных вентиляционных систем, стандартных инженерных решений и привычных отделочных материалов. В последнее время в медицинской практике находят все большее применение технические комплексы, обеспечивающие качественную воздушную среду, практически лишенную микробного загрязнения.

Предлагаем вниманию специалистов **новый строительный герметизирующий материал марки Абрис Mc** ТУ 5772-010-52471462-2008 производства ООО «Завод герметизирующих материалов», предназначенный для устройства монтажных швов узлов примыканий оконных, дверных блоков к стеновым проемам с целью снижения патогенной микрофлоры воздушной среды для обеспечения требований ГОСТ Р ИСО 14644-2002 «Чистое помещение и связанные с ним контролируемые среды». Герметик Абрис Mc прошел санитарно-гигиеническую экспертизу в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в Нижегородской области, который дал санитарно-химическую оценку материала. По результатам исследований концентрация выделений вредных веществ в воздушную и водную среды значительно ниже ДКМ или ПДК воды (ГН 2.3.3.972-00) и ПДК рабочей зоны и пределов обнаружения (по ГН 2.2.5.1313-03).

Преимущества строительного герметика Абрис Mc:

- физическая стабильность;
- материал пласто-эластичный, самоклеящийся;
- совместимость с различными строительными материалами;
- разрешен контакт с водой хозяйственно-питьевого назначения;
- устойчивость к влажной дезинфекции;
- предотвращает развитие патогенной микрофлоры;
- содержит природный антисептик;
- изготовлен на основе вазелинового масла.

Применение технологии герметизации чистых помещений материалами Абрис Mc существенно повышает микробиологическую защищенность за счет устранения причин поступления, выделения и удержания загрязнений в зоне примыкания оконных, дверных блоков. В результате снижается уровень послеоперационных осложнений, сокращается количество внутрибольничных инфекций, улучшается качество лечебного процесса больных с заболеваниями иммунной системы, системы кроветворения и онкологией.

Область применения герметика Абрис Mc:

- герметизация узлов и примыканий при строительстве и ремонте зданий и сооружений типов А-В (в их числе детские, дошкольные, учебные, лечебно-профилактические, санаторно-курортные учреждения, предприятия пищевой промышленности, торговли, общественного питания, культуры-зрелищные и другие объекты);
- гидро-, теплоизоляция канализационных труб, сантехнического оборудования и труб хозяйственно-питьевого водоснабжения;
- герметизация внешних и внутренних (только для ЛП) поверхностей резервуаров, водонапорных башен, бассейнов и других инженерных сооружений при контакте с водой хозяйственно-питьевого назначения.

О материалах, выпускаемых ООО «ЗГМ», более подробную информацию можно получить на сайте www.zgm.ru



**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

Бицуев 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

Маньшин В. П. — зам. министра
здравоохранения Республики Калмыкия

Натхо Р. Х. — министр здравоохранения
Республики Адыгея

Цидаева Т. И. — зам. министра
здравоохранения Республики Северная
Осетия — Алания

Адрес редакции:

344064, г. Ростов-на-Дону,
ул. Вавилова, 54, оф. 404
т.: (863) **223-23-26**, т./ф. (863) **273-25-16**

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

Отпечатано в ООО «Принт-Сервис»,
г. Ростов-на-Дону, пр. Шолохова, 116

Тираж 6000 экз. Заказ №214

Подписано в печать 19.03.2010

Зарегистрирован
Управлением Россохранкультуры
по Южному Федеральному округу

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

Распространяется бесплатно по линии МЗ

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

Инновационный подход к повышению качества медико-демографического анализа в Астраханской области.....	4
Интернет спешит на помощь. Утверждены плановые объемы высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных клиниках для субъектов РФ	6
Льготное лекарственное обеспечение: тенденции положительные	7
Актуальные вопросы обеспечения качества медицинской помощи.....	8
Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в северных приграничных районах Республики Дагестан и пути ее улучшения	11
Отделение гравитационной хирургии крови в многопрофильном стационаре (задачи, перспективы развития)	17
Ситуация по ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае	19
Трудности диагностики и тактика ведения больного с хронической ишемической болезнью органов пищеварения	23
Персональные данные. Цена вопроса.....	26
Возможности NIFU-технологии в комплексном лечении онкологических больных.....	31
Комплексная ультразвуковая диагностика очаговых образований печени.....	33
Дневной стационар — ресурсосберегающая форма стационарзамещающих технологий.....	35
Комфорт и безопасность врача и пациента.....	39
Стерилизаторы «Фармстандарт» — взгляд в будущее	40
Автоматы окраски мазков ЭМКОСТЕЙНЕР-АВТО (АФОМК8-Г-01, АФОМК8-В-01). Технические характеристики и технологические возможности.....	43
Экспресс-дезинфекция и стерилизация озоном — максимальный эффект	45
Обучение новым хирургическим технологиям «из рук в руки»	49
Применение препарата Энтеродез в терапии интоксикационного синдрома инфекционной этиологии	50
Предложения оптовых фирм	53

Инновационный подход к повышению качества медико-демографического анализа в Астраханской области

Акишкин В. Г., к.м.н., министр здравоохранения Астраханской области; Андреев М. К., к.м.н., директор МИАЦ; Волков С. В., зам. директора МИАЦ; Хасанов М. Р., зам. директора МИАЦ; Коломин И. А., программист МИАЦ; Поликарпов А. В. зав. сектором МИАЦ; Министерство здравоохранения Астраханской области; Областное государственное учреждение «Медицинский информационно-аналитический центр», г. Астрахань

На протяжении последнего десятилетия человечество совершило прорыв в сфере информационных технологий, касающихся здравоохранения, продолжают выходить в свет множество научных трудов о новых возможностях диагностики, современных подходов в лечении различных заболеваний. Однако медико-демографическая ситуация все еще остается актуальной проблемой в современном здравоохранении.

На территории Астраханской области за 2009 год зарегистрировано 14350 новорожденных, что на 150 больше, чем в 2008 году, а показатель рождаемости за 2009 год составил 14,3 промилле. За прошедший год зарегистрировано 13527 умерших, что на 133 меньше, чем за 2008 год, и показатель смертности составил 13,5 промилле. Таким образом, мы достигли в сравнении с 2008 годом большего положительного естественного прироста населения +0,8 на 1000 жителей (в 2008 году +0,5).

Уровень младенческой смертности за 2009 год уменьшился с 8,6 до 7,7 на 1000 детей, родившихся живыми. Это в значительной степени обусловлено снижением ранней смертности новорожденных за счет планомерного осуществления мероприятий по охране материнства и детства, внедрением современных перинатальных технологий. Благодаря этой работе снизился и показатель материнской смертности с 35,2 на 100 тысяч детей, родившихся живыми в 2008 году до 13,9 в 2009 году.

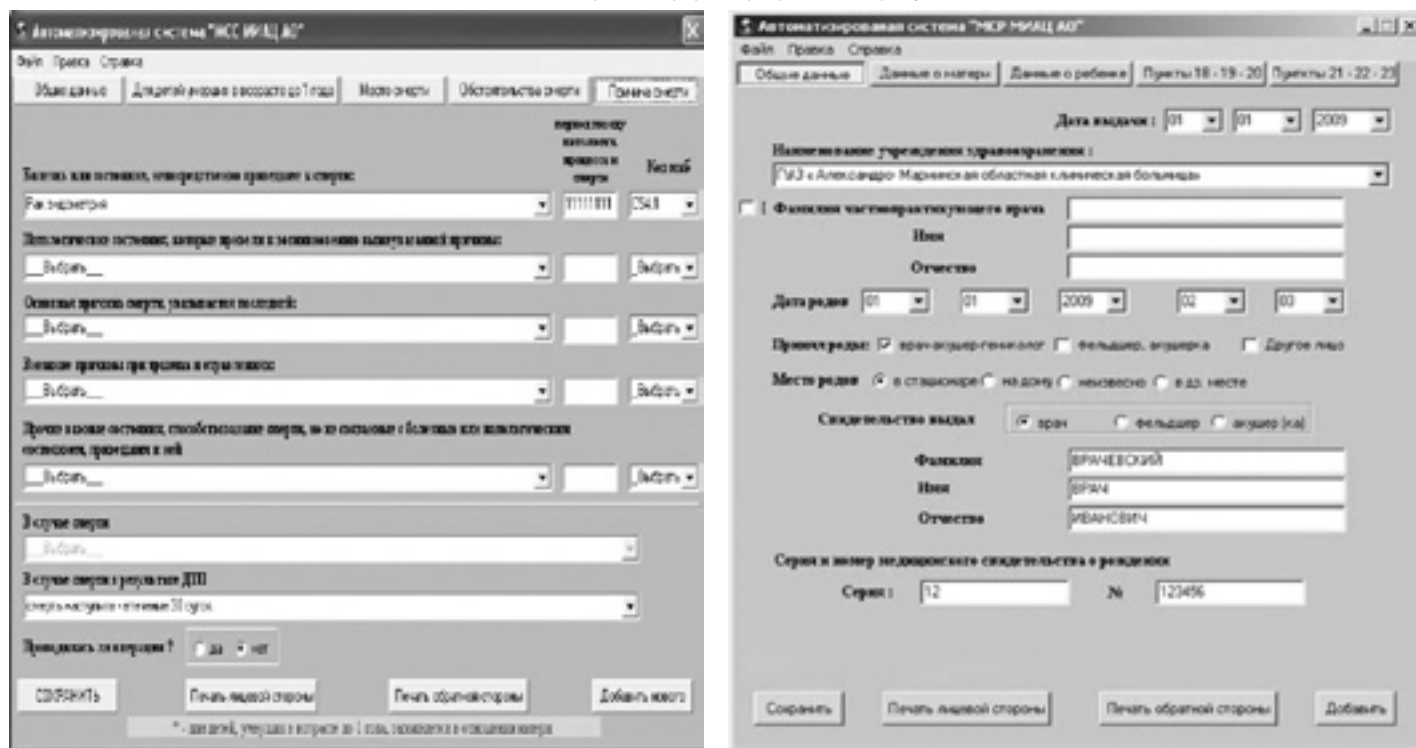
Несмотря на достигнутые успехи в развитии социально-демографического мониторинга в регионе, остается актуальным своевременный анализ медико-демографической ситуации по Астраханской области, подтверждающий достоверность важнейших социальных индикаторов.

Внедрение методов системного анализа и современных компьютерных технологий позволяет обоснованно планировать профилактические мероприятия, оптимизацию сети лечебно-профилактических учреждений и реструктуризацию системы здравоохранения для эффективного управления и организации медицинской помощи, сохранения здоровья жителей области и закрепления достигнутых результатов в демографической политике.

Информационные системы поддержки принятия решений помогут не только обеспечить высокий уровень оказания медицинской помощи, но и грамотно планировать распределение кадровых, материально-технических и финансовых ресурсов.

В целях повышения эффективности функционирования системы здравоохранения, в целях применения современных технологий в здравоохранении и учета демографической ситуации на территории Астраханской области было принято Постановление Правительства Астраханской области от 21.09.2007 №410-П «О концепции информатизации здравоохранения Астраханской области».

Рис. 1. Экранная форма программных продуктов АИС «МСР МИАЦ АО» и АИС «МСС МИАЦ АО»



Одной из составляющих мониторинга медико-демографической ситуации является качественный, достоверный и оперативный учет случаев рождения и смерти, который позволяет формировать средне- и долгосрочные прогнозы для принятия управленческих решений в социально-демографическом развитии региона.

На территории Астраханской области ОГУ «Медицинский информационно-аналитический центр» при поддержке Министерства здравоохранения Астраханской области ведется мониторинг показателей рождаемости и смертности населения области на новом качественном уровне. Разработаны прикладные компьютерные программы на основе изученного опыта и анализа показателей смертности и рождаемости в других регионах Российской Федерации. Созданы программные продукты АИС «МСР МИАЦ АО» и АИС «МСС МИАЦ АО» (авт. свид. №2009611673, №2009611672 от 27.03.2009) по медицинскому персонифицированному учету новорожденных и умерших для углубленного анализа медико-демографических показателей в Астраханской области в целом и отдельных ее территориальных образований, с возможностью получать и обрабатывать информацию с разными временными интервалами, оперативно оценивать изменения показателей без затрат времени и ресурсов на ожидание получения сведений от органов государственной статистики.

Целью разработанных и внедренных программных продуктов является повышение эффективности информационного обеспечения и оперативности взаимодействия между учреждениями здравоохранения и органом управления субъекта; улучшение статистического качественного и количественного анализа рождаемости и смертности в субъекте Российской Федерации на основании выданных медицинских свидетельств о смерти и рождении. Так, функционирующая на территории Астраханской области информационная система позволяет определять «критические точки» медицинской деятельности, на основе которых выявляются «слабые» направления в работе системы здравоохранения и позволяют выбрать необходимые пути решения увеличения рождаемости, снижения смертности в Астраханской области, муниципальных образованиях, сокращения летальности в медицинских учреждениях.

Программные продукты АИС «МСР МИАЦ АО» и АИС «МСС МИАЦ АО» разработаны с использованием языка программирования Delphi, обеспечены простым интерфейсом, позволяющим осуществлять быстрый доступ к функциональным возможностям программы, имеется возможность экспорта в электронный табличный редактор (рис. 1).

АИС «МСР МИАЦ АО» и АИС «МСС МИАЦ АО», обладая интуитивно понятным интерфейсом, позволяют автоматизировать деятельность учреждений здравоохранения, выдающих медицинские свидетельства о рождении и смерти, обеспечивают сбор и обработку баз данных, позволяют провести углубленный медико-статистический анализ рождаемости и смертности населения с учетом распределения родившихся и умерших



Рис. 2. Вид учетных форм №103/y-08 и №106/y-08 после распечатки с использованием программных продуктов АИС «МСР МИАЦ АО» и АИС «МСС МИАЦ АО»

лиц по поло-возрастному, территориальному составу, причинам и дате смерти с учетом рекомендаций международной классификации болезней 10 пересмотра и других критериев.

Пользователь программы может беспрепятственно и без дополнительного обучения ввести информацию согласно учетной форме №106/y-08 «Медицинское свидетельство о смерти» и учетной форме №103/y-08 «Медицинское свидетельство о рождении».

Дополнительные функциональные возможности программы позволяют выдавать вышеуказанные формы в учреждениях здравоохранения в печатном виде, в соответствии с совместным Приказом Министерства здравоохранения Астраханской области и Службы записи актов гражданского состояния Астраханской области от 28.09.2009 №554Пр/01—8/113 (рис. 2).

База данных программных продуктов по выданным свидетельствам хранится в учреждениях, осуществляющих выдачу медицинских свидетельств о смерти и рождении для последующей передачи сведений в орган управления субъекта.

Подводя итоги вышеизложенному, необходимо отметить, что программы для ЭВМ «МСР МИАЦ АО» и «МСС МИАЦ АО» обладают следующими преимуществами:

- сбор информации на основе учетных форм №106/y-08 и №103/y-08;
- простой ввод сведений при работе пользователей с программой;
- четкие записи и отсутствие небрежно оформленных медицинских свидетельств;
- встроенные в программы проверки для исключения дефектов заполнения форм;
- встроенные электронные справочники, в том числе МКБ-10 для шифровки причин смерти;
- возможность интеграции между учреждениями и ведомствами формируемых программными продуктами баз данных умерших и родившихся;

- возможность использования сведений при формировании start- и stop-листов назначения или отмены мер социальной поддержки (Социальная карта жителя Астраханской области).

Дальнейшее развитие информационного общества в регионе диктует необходимость создания подобных продуктов, которые позволяют актуализировать общий регистр населения, который в данное время фрагментирован по различным ведомствам. Обмен данными между ведомствами затруднен отсутствием нормативных документов как внутри ведомств, так и между ними. На основе разработанных программных продуктов можно создать

реальный механизм интеграции фрагментов баз различных организаций и ведомств в единый социальный регистр населения. Экономическая эффективность от актуализации регистра населения региона очевидна, это снижение затрат на ОМС за счет верификации базы данных застрахованных граждан, сокращение затрат на социальные выплаты за счет своевременного информирования о факте прекращения действия социальных гарантий, сокращение затрат на выплаты компенсаций по ЖКХ и многое другое.

Разработка и внедрение подобных социально направленных информационных систем позволит в ближайшей перспективе достичь эффективной реализации проекта «Социальная карта жителя Астраханской области».

Интернет спешит на помощь

Пресс-служба Министерства здравоохранения Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

Утверждены плановые объемы высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных клиниках для субъектов РФ

Какое количество мест выделено для пациентов Ростовской области, насколько доступна пациенту из глубинки высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) в федеральных клиниках? На вопросы о порядке предоставления дорогостоящих видов помощи жителям региона рассказала министр здравоохранения Ростовской области Т. Ю. Быковская.

Квота — это единица объема дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи. Сегодня принято говорить не о квотах, а об объемах ВМП.

С введением приоритетного национального проекта «Здоровье» оказание ВМП получило качественно новое наполнение. Теперь финансирование ВМП осуществляется из федерального бюджета в рамках государственного задания.

Новый порядок направления граждан в федеральные медицинские учреждения для получения высокотехнологичных видов помощи работает с прошлого года. Тогда же начал действовать программно-аппаратный комплекс, так называемый единый Интернет-портал, позволяющий в режиме on-line согласовать оказание помощи конкретному больному между Минздравсоцразвития РФ, областным министерством здравоохранения и лечебным учреждением. Сегодня нет необходимости посылать документы больного почтой в федеральные центры для постановки пациента на учет и ждать ответа в течение месяца. Интернет-система позволяет отправить электронную заявку в нужное лечебное учреждение, таким же образом получить ответ, оформить направление. Вся процедура занимает теперь 10–15 дней. Это существенно экономит время больного.

Электронная система четко отслеживает объемы помощи, выделяемые на регион. Можно быть уверенным, что программа не допустит ошибки в количестве квот, что, соответственно, контролирует правильность использования талонов-направлений и оформления заявок.

В 2009 году в Ростовской области по ВМП пролечено 9925 больных, в том числе 1139 детей. Хотя квот было выделено гораздо меньше — 7781. Выделение дополнительных объемов ВМП обосновывалось возникшей в течение года потребностью, исходя из «листа ожидания».

Общая очередь, общероссийская, в листе ожидания достигла 40 тысяч человек, и Правительство России выделило федеральным клиникам дополнительное финансирование, что позволило оказать помощь сверх задания.

На 2010 год Ростовской области выделено 6452 квоты. Но мы надеемся, что в случае надобности вновь будет открыт «лист ожидания», и федеральные клиники смогут помочь больным.

Оказание высокотехнологичной помощи регламентируется Приказом Минздравсоцразвития РФ №1047. В нем перечислены лечебные учреждения, виды помощи и объемы ВМП. Квоты распределяются в соответствии с заявками субъектов, в зависимости от объемов финансовых средств и возможностей федеральных медицинских учреждений. В течение года идет уточнение потребностей. Допустим, в Ростовской области в прошлом году остались не востребованы квоты по офтальмологии, а вот не хватило объемов по эндопротезированию и онкологии. В этом случае мы просим перераспределить квоты, ставим больного в «лист ожидания».

ВМП оказывается по 20 направлениям, которые включают 142 вида. С 2010 года список расширен, в него включены сложнейшие нейрохирургические вмешательства и онкопротезирование, чего ранее не было. Это очень дорогостоящая операция. Детское онкопротезирование, к примеру, обходится в 1,3 млн рублей.

Схема направления больных на высокотехнологичное лечение не изменилась. Ключевой фигурой в этой цепочке остается лечащий врач. Его работа — выявить заболевание и дать пациенту достоверную информацию по лечению.

Пациенты Ростовской области направляются в 65 федеральных центров. 4 из них расположены на территории области, и, конечно, в них попасть проще, потому что при распределении объемов ВМП учитывается и территориальный фактор.

А с 2008 года в их число, доказав свое профессиональное мастерство и техническую подготовленность, включены отделения травматологии и ортопедии, нейрохирургии и офтальмологии, центр сердечно-сосудистой хирургии областной клинической больницы, а также онкогематологическое отделение областной детской больницы.

В ближайшие дни будет заключено соглашение между администрацией области и МЗСР РФ о софинансировании ВМП, оказываемой в областных лечебных учреждениях. Предположительно речь идет о 110 млн рублей из федерального и 47 млн рублей — из областного бюджета. По условиям, средства выделяются тем регионам, в которых уровень помощи финансирования не менее 30 процентов, а качество помощи соответствует федеральному уровню. Это даст возможность оказать дополнительно 935 пациентам Ростовской области высокотехнологичную помощь.

Льготное лекарственное обеспечение: тенденции положительные

Пресс-служба Министерства здравоохранения Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

На фоне последовательных шагов государства по регулированию фармацевтической отрасли, от разработки закона об обращении лекарственных средств до усиления контроля над ценообразованием, более пристальный интерес общественности вызывает обеспечение необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС) льготных категорий граждан. Изменяется ли на фоне возросшей роли государства в фармакологической сфере условия обеспечения лекарствами льготников, и каким окажется финансирование соответствующих программ в 2010 году?

Государственная задача по обеспечению необходимыми лекарственными средствами льготных категорий граждан в Ростовской области решается посредством федеральной и региональной программ. Обеспечивают их реализацию 162 пункта отпуска медикаментов, в том числе 105 аптек.

В Ростовской области в 2010 году сохранили за собой право на льготное лекарственное обеспечение в рамках программы ОНЛС 104063 федеральных льготника. В списке региональных льготников — 231094 человека.

Из федерального бюджета для обеспечения льготников Ростовской области необходимыми лекарственными средствами выделено на 2010 год 949,7 млн рублей. Отдельно предусмотрены средства для обеспечения больных по семи высокозатратным нозологиям: гемофилия, муковисцидоз, гипопизарный нанизм, болезнь Гоше, миелолейкоз, рассеянный склероз, а также состояние после трансплантации органов и (или) тканей — 762,2 млн рублей.

Из регионального бюджета финансирование обеспечения жителей области лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания составит 200,91 млн рублей и мероприятий по борьбе с сахарным диабетом — 142,17 млн рублей.

С целью бесперебойного обеспечения федеральных и региональных льготников в первом полугодии 2010 года Министерство здравоохранения Ростовской области провело конкурсные торги на медикаменты в ноябре 2009 года. На территорию области в конце декабря — начале января было поставлено лекарственных средств по федеральной льготе на сумму около 400 млн рублей и по региональной льготе — более чем на 90 млн рублей. В настоящее время определяется потребность в медикаментах на второе полугодие.

С 1 января 2010 года Приказом МЗ РО от 17.11.2009 №1444 введен новый Порядок взаимодействия участников организации обеспечения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания граждан, имеющих право на льготы в соответствии с Областным Законом от 22.10.2004 №179-ЗС «Об охране здоровья жителей Ростовской области».

Порядок регламентирует работу и конкретизирует ответственность всех лиц, участвующих в организации обеспечения данной льготной категории граждан.

Так, назначение, выписывание и отпуск лекарственных средств должны осуществляться теперь только по международным непатентованным наименованиям (МНН), а рецепты выписываться в централизованном порядке с использованием компьютерного программного обеспечения. В лечебные учреждения ежедневно должна поступать информация о наличии лекарственных средств в пунктах отпуска.

Кроме этого, Постановлением администрации РО от 23.10.2009 №545 утвержден минимальный ассортимент лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания для обеспечения региональных льготников, находящихся на амбулаторном лечении, составленный на основе перечней лекарственных средств и с учетом утвержденных стандартов лечения.

На заседании коллегии администрации области 16 февраля 2010 года глава администрации (губернатор) В. Ф. Чуб призвал органы исполнительной власти всех уровней уделять особое внимание решению проблем ветеранов ВОВ. Одним из направлений этой работы является лекарственное обеспечение ветеранов. В Ростовской области по состоянию на февраль 2010 года имеют право на льготные лекарства 6952 человека. С начала года ветеранам выписано 8157 рецептов на сумму 1206,1 тыс. рублей, все рецепты обслужены.

Министр здравоохранения Т. Ю. Быковская поставила задачу перед всеми работниками здравоохранения: создать максимально удобные условия для ветеранов и участников войны при получении медицинских услуг и обеспечении их лекарственными средствами.

Справочно

В 2009 году средняя стоимость лекарственного обеспечения одного федерального льготника по сравнению с 2008 годом возросла на 95% и составила 15872,79 руб., а средняя цена одного рецепта — на 74,2% (888,52 руб.).

Региональным льготникам в 2009 году было выписано 661,2 тысячи рецептов, средняя цена одного рецепта повысилась по сравнению с 2008 годом на 84,7% и составила 548,98 руб., а средняя стоимость обеспечения одного регионального льготника возросла на 60,5% (3305,65 руб.).

Телефон «горячей линии» по вопросам лекарственного обеспечения в МЗ РО: (863) 263-20-50, работает с 10.00 до 12.00 и с 15.00 до 17.00 часов.

Актуальные вопросы обеспечения качества медицинской помощи

*Трепель В. Г., руководитель Управления Росздравнадзора по РО;
Полинская Т. А., к.ф.н., зам. руководителя; Шишов М. А., к.м.н., главный
государственный инспектор; Шумилина Е. В., ведущий специалист-эксперт;
Управление Росздравнадзора по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону*

Проблема организации контроля качества медицинской помощи, оценки уровня и эффективности ее применения на протяжении десятилетий остается краеугольным камнем национальной системы здравоохранения.

Еще в 1988 году 38-я сессия Европейского регионального комитета ВОЗ в числе задач по достижению здоровья для всех определила, что к 2000 году все государства — члены ВОЗ должны иметь соответствующие структуры и механизмы для обеспечения непрерывного повышения качества медико-санитарной помощи и совершенствования соответствующего развития и использования технологий здравоохранения.

В Российской Федерации оптимизировать материально-техническую базу лечебных учреждений, повысить реальную доступность и качество оказания медицинской помощи, гарантировать социальную защиту населения призван приоритетный национальный проект «Здоровье».

Качество оказания медицинской помощи, особенно на уровне первичного звена здравоохранения, остается острой, актуальной проблемой. Подтверждением служит тот факт, что более трети письменных обращений, поступивших в 2009 году в Управление Росздравнадзора по РО, содержат жалобы на качество оказанной медицинской помощи.

Одной из форм обеспечения надлежащего качества медицинской помощи, широко представленной в зарубежных странах, является система государственного контроля. Например, в Великобритании контроль качества оказанного лечения (проведение медицинского аудита) является обязанностью государственной службы здравоохранения, предусматривающей проведение врачами данной службы систематической экспертной оценки применяемых методов диагностики и лечения, эффективности использования материальных ресурсов и исходов лечения. В США ответственность за установление национальных стандартов и проведение работы по улучшению качества медицинской помощи возложена на Национальное Бюро здоровья (НБЗ).

В РФ система государственного контроля качества медицинской помощи находится в стадии оптимизации.

В соответствии с действующим законодательством контроль качества медицинской помощи правомочны осуществлять следующие органы государственной власти:

1) федеральные органы государственной власти в области охраны здоровья граждан (Росздравнадзор и его территориальные органы) в части осуществления контроля за соответствием качества высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в федеральных организациях здравоохранения, установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения (п. 15 ст. 5 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан);

2) органы государственной власти субъектов РФ в части осуществления контроля за соответствием

качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения, за исключением контроля качества высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в федеральных организациях здравоохранения (ч. 1 ст. 5.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан).

Определенные сложности в реализации данной государственной функции составляет то, что значительное количество утвержденных федеральных стандартов медицинской помощи, устанавливающих определенный объем диагностики и лечения различных заболеваний, не опубликовано. В то время как ч. 3 ст. 15 Конституции РФ определено, что любые нормативные правовые акты, затрагивающие права, свободы и обязанности человека и гражданина, не могут применяться, если они не опубликованы официально для всеобщего сведения.

В Послании Президента РФ Федеральному Собранию от 05.11.2008 особое внимание уделено значению конституции для формирования качественно новой правовой системы, необходимой для избавления от коррупции и правового нигилизма. Вместе с тем президент в Послании Федеральному Собранию от 05.11.2008 подчеркнул, что граждане России в настоящее время в гораздо большей степени, чем в начале реформ, готовы к свободной деятельности без государственной опеки.

Учитывая вышеизложенное, большое значение приобретает самоконтроль медицинских организаций за своей деятельностью.

Осуществление контроля соответствия качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам) является лицензионным требованием и условием, обязательным к исполнению медицинской организацией или индивидуальным предпринимателем, непосредственно оказывающим медицинскую помощь, в силу требований ст. 2, ст. 17 Федерального Закона от 08.08.2001 №128-ФЗ (ред. от 30.12.2008) «О лицензировании отдельных видов деятельности»; пп. «з» п. 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденное постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 №30 (ред. от 07.04.2008).

Порядок осуществления контроля соответствия качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным стандартам определен Приказом Минздравсоцразвития РФ от 24.09.2008 №513н (ред. от 22.05.2009) «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации». Согласно п. 1, пп. 8 п. 12, п. 13, п. 14 «Порядка деятельности врачебной комиссии медицинской организации», врачебная комиссия создается в медицинской организации независимо от ее организационно-правовой формы, формы собственности и ведомственной принадлежности с целью осуществления оценки качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, проводит заседания на основании планов-графиков, утверждаемых

руководителем медицинской организации, как правило, не реже 1 раза в неделю. Решение врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) оформляется протоколом врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) и вносится в медицинскую документацию. Необеспечение контроля качества медицинской помощи в части установления ее соответствия федеральным стандартам, в том числе при оказании медицинской помощи, является грубым нарушением лицензионных требований и условий, влекущих административную (ст. 14.1, ст. 19.20 КоАП РФ), а в ряде случаев — и уголовную ответственность, предусмотренную ст. 171 УК РФ.

В связи с тем, что требования к медицинской деятельности, в том числе к порядку ее оказания, предусмотрены значительным количеством подзаконных актов, обеспечение контроля соответствия качества выполняемых медицинских услуг установленным требованиям является более широким понятием и входит в обязанности как руководителя, так и иного уполномоченного им лица. Например, в силу ст. 20 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», Постановления Правительства РФ от 02.10.2009 №811 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год», при оказании медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан в соответствии с законодательством РФ необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также обеспечение детей-инвалидов специализированными продуктами питания. Следовательно, необеспечение контроля надлежащего обеспечения пациентов лекарственными средствами, несоблюдение условий хранения лекарственных средств в медицинских учреждениях, установленных Приказом Минздрава СССР от 02.06.1987 №747 «Об утверждении «Инструкции по учету медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения, состоящих на государственном бюджете СССР», или несоблюдение при назначении лекарственных препаратов при оказании дополнительной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, требований Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.02.2007 №110 (ред. от 25.09.2009) «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания», также является нарушением лицензионных требований и условий, влекущих административную (уголовную) ответственность.

Вместе с тем, контроль качества оказания медицинской помощи необходим в первую очередь для стимулирования эффективной работы медицинских работников. Например, особенностью предусмотренной приоритетным национальным проектом «Здоровье» программы «Родовой сертификат» является внедрение экономических стимулов для повышения качества медицинских услуг. В частности, в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2007 №50, руководителем учреждения средства на оплату труда распределяются между медицинским персоналом, непосредственно оказывающим медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде, в зависимости от качества оказанной медицинской помощи, оцениваемого по утвержденным критериям. Наличие одного или более из них влечет снижение размера средств, направляемых на оплату

труда медицинского персонала. К данным критериям относятся:

- антенатальная гибель плода; врожденные аномалии развития, не выявленные во время беременности; разрыв матки до госпитализации; несвоевременная госпитализация при гестозе средней степени тяжести; несвоевременная госпитализация при переносенной беременности (при оказании амбулаторно-поликлинической помощи женщинам в период беременности);
- эклампсия в родах и послеродовом периоде; случаи родового травматизма новорожденного; разрывы промежности III-IV степени, разрывы шейки матки III степени, расхождение лонного сочленения; разрывы матки; гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде; поздняя неонатальная смерть новорожденного (7—27 день); осложнения послеродового периода, обусловленные задержкой частей плаценты; экстирпация матки при осложненных родах.

Вышеизложенное созвучно официальному толкованию термина «качество медицинской помощи», изложенному в Приказе Минздравсоцразвития РФ от 22.01.2001 №12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», согласно которому качество медицинской помощи — это система критериев, позволяющих определить качество оказания медицинской помощи как в определенном медицинском учреждении, у определенного врача, на определенной территории, так и отдельному больному. В силу ст. 20.1 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», критерии качества и доступности медицинской помощи указываются в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2010 год, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 02.10.2009 №811, установлены следующие критерии доступности и качества медицинской помощи: удовлетворенность населения медицинской помощью; число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом; число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами; смертность населения; смертность населения в трудоспособном возрасте; смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний; смертность населения от онкологических заболеваний; смертность населения от внешних причин; смертность населения в результате дорожно-транспортных происшествий; материнская смертность; младенческая смертность; доступность медицинской помощи на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи по видам в соответствии с Программой, а также установленных территориальной программой сроков ожидания гражданами медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке; эффективность использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых и других).

Вместе с тем действующим законодательством конкретизированы критерии качества для отдельных видов деятельности медицинских организаций, оцениваемой органами управления здравоохранением субъектов РФ.

Например, основными критериями качества работы женской консультации согласно Приказу Минздрава-соцразвития РФ от 02.10.2009 №808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» являются: показатель ранней постановки на учет по беременности; частота невынашивания и недонашивания беременности; показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности; отсутствие антенатальной гибели плода; отсутствие врожденных аномалий развития, не выявленных во время беременности; разрыв матки до госпитализации; несвоевременная госпитализация при гипертензии средней степени тяжести, обусловленной беременностью; несвоевременная госпитализация при переносной беременности.

Таким образом, контроль качества медицинской помощи в медицинской организации представляет собой систему мероприятий, включающих: установление соответствия проведенных лечебно-диагностических мероприятий федеральным (областным) стандартам, контроль соответствия различных составляющих медицинской помощи установленным требованиям, оценку качества работы лечебного учреждения (структурного подразделения, отдельных медицинских работников) на основании утвержденных критериев. В последующем функционирование системы контроля качества будет способствовать принятию своевременных, рациональных управленческих действий, направленных на повышение качества лечения.



196128, Россия, Санкт-Петербург, Кузнецовская 11, офис 32Н

Тел./факс: (812) 368-21-67, (812) 368-21-69

http://www.laserstar.ru E-mail: info@laserstar.ru

НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ФИРМА «АЛКОМ МЕДИКА» ЗАНИМАЕТСЯ РАЗРАБОТКОЙ И ПРОИЗВОДСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ ЛАЗЕРНЫХ СИСТЕМ С 1997 ГОДА

ПРОДУКЦИЯ ФИРМЫ «АЛКОМ МЕДИКА»:

- *Аппарат лазерный диодный медицинский «АЛОД-01» применяется в офтальмологии, малой хирургии и косметологии*
- *Аппарат лазерный твердотельный с диодной накачкой «Изумруд» применяется в офтальмологии и косметологии*
- *Многофункциональный медицинский комплекс «Вега»*

Аппараты имеют сертификаты и регистрационные удостоверения МЗСР РФ.

Научно-производственная фирма «Алком медика» организует обучение работе на лазерных аппаратах на базе Санкт-Петербургского Государственного Медицинского Университета им. И. П. Павлова, после которого слушатели получают удостоверение государственного образца.

РЕКЛАМА



17-19 июня 2010, г. Сочи

«МЕДИЦИНА – СЕГОДНЯ И ЗАВТРА»

XI специализированная выставка новых достижений в области медицины и здравоохранения

«СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА»

I специализированная выставка для обеспечения квалифицированной медицинской помощью различных категорий и групп населения занимающихся физической культурой и спортом

29-31 октября

«EXROMED-2010»

XI специализированная выставка новых достижений в области медицины и здравоохранения

- Конференции
- Круглые столы
- Презентации
- Научные программы и разработки

оснащаем южную столицу
ВМЕСТЕ!

Генеральный информационный партнер:



Главный деловой партнер:



Стратегический информационный спонсор:



Информационный спонсор:



Организаторы:



Администрация Краснодарского края



Администрация города Сочи



ТПП города Сочи



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

Официальный партнер: Группы компаний «Ивент-Сервис»



Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в северных приграничных районах Республики Дагестан и пути ее улучшения

Адзиев А. А., главный врач Республиканского противотуберкулезного диспансера, г. Махачкала

Несмотря на совершенствование методов лечения и использование новых антибактериальных препаратов, изучение эпидемиологической ситуации по распространенности туберкулеза в некоторых районах Республики Дагестан свидетельствует о постепенном снижении эффективности лечения. Это является следствием запоздалого обращения к врачу впервые выявленным больным, зачастую с распространенными, деструктивными формами туберкулеза, высокими показателями лекарственной устойчивости (Перельман М. И., Шилова М. В., 2003; Гветадзе Н. Ш., Адзиев А. А., Одиноц С. С., 2001, 2002; Мамаев И. А., 2001, 2003; Гусейнов Г. К., Адзиев А. А., 2003, 2004; Пунга В. В., 2003). По мнению отдельных авторов, основной причиной снижения эффективности лечения является неуклонный рост лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам (Ерохин В. В., 1996; Чуканов В. И. и соавт., 2004; Мишин В. Ю. и соавт., 2002). Известные военные события 1994—2000 гг. на Северном Кавказе и особенно в северных приграничных районах Республики Дагестан привели к ухудшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Ее изучение — важнейшая проблема здравоохранения, которая имеет особую актуальность на территории Дагестана в связи с особенностями климатических, экологических и социально-гигиенических условий.

Дагестану в последние годы пришлось пережить немало тяжелых испытаний и потрясений. Вооруженные конфликты на Кавказе, связанная с этим экономическая и транспортная блокада, ряд террористических актов с многочисленными человеческими жертвами, трагические события в Кизляре и Первомайске, вооруженное вторжение бандформирований в 1999 году, — все это значительно обострило естественные трудности переходного периода, нанесло огромный ущерб экономике и социальной сфере, тяжело отразилось на судьбах дагестанцев (Председатель Государственного совета РД Магомедов М. М., Даг. правда №213 от 27.10.2001). Как известно, туберкулез является не только инфекционной, но и социальной болезнью. Основными причинами, вызвавшими ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу и значительное увеличение распространенности туберкулезной инфекции как в целом по стране, так и в Республике Дагестан за последние десятилетия, явились многие факторы, среди которых можно назвать ухудшение социально-экономических условий жизни населения, военные события, экономические кризисы, увеличение миграционных процессов, рост численности социально-уязвимых групп населения и контингентов пенитенциарных учреждений, недостаточная материально-техническая база противотуберкулезных учреждений.

Таблица 1

Динамика показателя заболеваемости туберкулезом в северных приграничных районах РД

Районы	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Бабаюртовский	68,5	65,7	47,6	107,1	79,8	97,6	50,8	56,7	36,0
Ботлихский	46,1	57,1	63,3	43,6	23,7	33,3	62,3	82,9	53,2
Казбековский	40,7	40,5	38,6	20,9	58,6	50,4	62,3	56,5	50,8
Кизилюртовский	167,4	90,4	96,1	77,4	89,1	81,9	76,7	80,8	58,3
Кизлярский	95,0	70,0	99,7	87,4	135,3	118,6	68,9	105,6	97,7
Новолакский	103,8	82,6	58,6	74,3	42,7	79,2	76,4	66,3	52,8
Ногайский	113,0	69,3	90,3	86,0	89,5	80,2	83,8	66,2	70,9
Тарумовский	116,8	84,4	86,1	90,5	82,3	111,6	72,0	108,7	103,1
Хасавюртовский	114,7	117,6	97,0	82,7	91,2	90,5	77,6	77,9	75,1
Цумадинский	92,4	69,9	80,0	51,8	32,3	45,0	61,8	105,5	141,4
Северные города	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Кизляр	59,2	89,6	81,8	60,4	68,0	44,6	60,2	64,9	47,1
Кизилюрт	121,3	65,5	80,1	80,7	82,7	63,2	39,0	55,8	55,2
Хасавюрт	92,0	96,3	73,7	59,3	60,5	49,6	39,7	36,2	22,6
Республика Дагестан	74,4	74,4	73,2	57,8	56,3	58,1	56,3	55,8	52,8

Особенно это сказалось на жителях северных районов Республики Дагестан (Бабаюртовский, Ботлихский, Казбековский, Кизилюртовский, Кизлярский, Новолакский, Ногайский, Тарумовский, Хасавюртовский, Цумадинский; города Кизилюрт, Кизляр и Хасавюрт).

В отношении больных, живущих в зонах социальных конфликтов и экономического кризиса, действует ряд других негативных медико-социальных факторов, заметно снижающих эффективность лечения и приводящих к неуклонному ухудшению эпидемиологической ситуации.

Заболееваемость населения туберкулезом

Показатель заболеваемости жителей Республики Дагестан в 2009 году составил 52,8 (2008 — 55,8) на 100 тысяч населения.

За 2008 год зарегистрировано 1499 больных с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза среди постоянных жителей республики.

Динамика показателя заболеваемости туберкулезом в северных приграничных районах Дагестана за последние 8 лет приведена в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, на протяжении периода наблюдения показатель заболеваемости туберкулезом в северных районах отличался нестабильностью и большими колебаниями. Рост показателя заболеваемости в 2008 году по сравнению с 2001 годом отмечен только в 2-х районах — Ботлихском на 24% и Казбековском на 35%, что связано не с увеличением охвата населения периодическими осмотрами, флюорографическим и бактериологическим методами, а с увеличением обращаемости населения за медицинской помощью. При обращаемости в Ботлихском районе выявлено 71,4% больных, а в Казбековском — 87%.

Соотношение мужчин и женщин среди впервые выявленных больных туберкулезом по республике и по северным районам в 2008 году составляет 1,6:1, доля мужчин составляет 61,3%, женщин — 38,7%.

Больные туберкулезом, прибывшие из подразделений УИН, составляли в 2003 году 14,1%, в 2004 — 11,8%, в 2005 — 8,6%, в 2006 — 8,0%, в 2007 — 7,8%, в 2008 — 7,7% по отношению к впервые взятым на учет в учреждениях министерства здравоохранения.

Число активно выявленных больных в 2008 году составило 50,2%, в 2007 — 50,3%, в 2006 — 50,0%, в 2005 — 50,8%, в 2004 — 50,5%. Однако все еще имеется резерв возможностей активного выявления больных путем привлечения к обследованию лиц из групп повышенного риска заболевания и контингентов населения, не обследованных в течение многих лет, а также внедрением бактериологических методов обследования на туберкулез среди лиц с симптомами, подозрительными на туберкулез легких.

За период 2001—2008 гг. уменьшилось число больных, выявленных с фиброзно-кавернозными формами туберкулеза легких среди впервые взятых на учет. Их число по республике с 1998 по 2008 год снизилось с 5,6% до 0,6%. В северных территориях в 2007 году больных с фиброзно-кавернозной формой туберкулеза легких не зарегистрировано.

В некоторых северных территориях (Ногайский, Хасавюртовский, Тарумовский районы) высокий показатель заболеваемости в 2008 году обусловлен активным выявлением больных туберкулезом при достаточно высоком охвате населения профилактическими флюорографическими обследованиями.

В то же время в некоторых территориях высокий показатель заболеваемости обусловлен ухудшением эпидемической ситуации по туберкулезу, так как в них рост заболеваемости за отчетный год произошел при недостаточном охвате населения профилактическим флюорографическим обследованием. Так, например, в Ботлихском районе показатель заболеваемости туберкулезом составил 82,9 на 100 тысяч населения при охвате населения флюорографическим

Таблица 2

Динамика показателя распространенности туберкулеза в северных приграничных районах РД

Районы	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Бабаюртовский	334,0	345,0	388,8	299,8	253,8	223,2	87,7	86,2	92,2
Ботлихский	380,4	371,4	319,0	227,7	213,1	192,0	235,5	213,9	178,7
Казбековский	176,3	148,6	170,4	163,9	165,7	176,3	171,9	186,6	164,5
Кизилюртовский	550,4	529,1	559,2	416,0	392,6	378,4	295,9	252,9	233,3
Кизлярский	516,7	462,4	478,1	449,0	470,4	472,8	424,7	427,3	400,0
Новолакский	292,5	275,2	256,9	257,9	183,4	162,6	156,8	124,7	128,3
Ногайский	313,0	298,7	318,4	280,6	247,4	236,1	211,7	185,2	168,3
Тарумовский	458,8	431,1	417,6	461,2	476,5	377,9	283,9	275,8	226,8
Хасавюртовский	425,6	421,8	420,1	393,5	384,0	375,5	320,0	300,5	276,7
Цумадинский	222,8	193,5	256,2	150,6	106,2	90,0	113,3	171,5	216,6
Северные города	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Кизляр	320,4	358,5	348,1	255,2	250,5	267,6	233,1	236,0	215,9
Кизилюрт	407,7	402,9	386,0	307,0	313,4	263,6	203,7	171,7	165,6
Хасавюрт	316,1	313,7	314,0	228,3	224,2	216,0	176,9	160,5	132,4
Республика Дагестан	306,2	306,2	300,0	233,5	220,8	208,7	183,5	168,1	161,6

обследованим 48,1%. В Цумадинском районе показатель заболеваемости составил 105,5 на 100 тысяч населения при охвате населения профосмотрами всего 60,0%, в Кизилюртовском районе — 80,8 на 100 тысяч населения при охвате населения всего 57,0%.

Распространенность туберкулеза (болезненность)

Одним из показателей, характеризующих качество оказания медицинской помощи больным туберкулезом, является распространенность туберкулеза.

Показатель болезненности за 2001—2009 годы как в северных территориях Дагестана, так и по республике в целом, снизился. Средний показатель в 2009 году по Республике Дагестан составил 161,6 на 100 тысяч населения и по сравнению с 2001 годом (306,2) снизился в 1,9 раза.

Динамика показателя распространенности туберкулеза в северных приграничных районах Дагестана за 2001—2009 годы приводится в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, снижение показателя распространенности туберкулеза произошло в 9 районах и 2 городах северных приграничных территорий. Наиболее существенное снижение произошло в Бабаюртовском (в 3,6 раза), Кизилюртовском (в 2,4) и Новолакском (в 2,3), Тарумовском районах (в 2,0) и в городах Кизилюрт (в 2,5), Хасавюрте (в 2,4) и Кизляр (в 1,5 раза). Вместе с тем, в 6 районах (Ботлихском, Кизилюртовском, Кизлярском, Тарумовском, Хасавюртовском, Цумадинском) и в Кизляре показатель распространенности туберкулеза значительно превышает среднереспубликанский показатель — 161,6. Как показали наши исследования, это связано не столько с высокими показателями заболеваемости, а с дефектами в раннем выявлении и особенно в организации эффективного лечения.

В северных приграничных районах и городах Дагестана наиболее высокие показатели распространенности

туберкулеза в 2009 году отмечаются в Кизилюртовском (233,3), Кизлярском (400,0), Тарумовском (226,8), Хасавюртовском (276,7), Цумадинском (216,6) районах и в городах Кизляр (215,9) и Махачкала (169,8).

Смертность от туберкулеза

Еще одним важным показателем, характеризующим состояние противотуберкулезной помощи населению, ее объем и качество, является смертность от туберкулеза. Динамика показателя смертности населения от туберкулеза в северных приграничных районах Дагестана в сравнении с данными по республике в целом приводится в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, снижение показателя смертности от туберкулеза за 2001—2009 гг. произошло во всех 3 городах и в 8 районах. Показатель смертности был выше среднереспубликанского в 8 районах и в г. Кизляр и колебался от 21,7 на 100 тысяч населения в Кизлярском районе до 9,7 — в Казбековском районе.

Наиболее высокие показатели смертности от туберкулеза на 100 тысяч населения в 2009 году зарегистрированы в северных районах: в Кизлярском (21,7), Кизилюртовском (19,0), Хасавюртовском (13,7).

Итого по республике от разных причин умерли в 2008 году всего 290 больных, в 2007 — 289; в 2006 — 388, в 2005 — 430 больных с активной формой туберкулеза; летальность больных активным туберкулезом от всех причин за 2008 год по республике составила 7,2%. В северных приграничных районах умер 121 человек, что составляет 41,8% всех умерших. Следует отметить, что из 58 сельских жителей Дагестана, умерших от туберкулеза, 38 больных (65,5%) составляют жители северных районов.

За последние годы руководство Республики Дагестан и министерства здравоохранения уделяли серьезное внимание проведению противотуберкулезных мероприятий в республике согласно республиканской целевой

Таблица 3

Динамика показателя смертности от туберкулеза в северных приграничных районах РД

Районы	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Бабаюртовский	20,7	14,4	10,6	16,1	7,0	11,6	11,5	18,2	13,5
Ботлихский	20,2	8,6	13,2	19,8	9,8	7,8	7,8	13,5	13,3
Казбековский	13,6	3,4	9,6	0	5,1	20,2	12,5	7,4	9,7
Кизилюртовский	24,8	29,1	31,5	35,2	20,9	24,6	18,8	16,9	19,0
Кизлярский	21,7	52,3	32,1	31,9	39,6	32,5	30,4	25,2	21,7
Новолакский	14,2	36,7	27,0	21,8	21,3	16,7	20,1	23,4	11,3
Ногайский	17,4	4,3	9,5	18,1	21,3	13,4	8,8	8,8	13,3
Тарумовский	25,9	35,5	17,2	8,6	12,9	21,5	12,7	12,5	4,1
Хасавюртовский	30,6	37,8	29,5	35,1	20,7	31,7	21,6	19,8	13,7
Цумадинский	10,9	10,7	10,7	14,1	4,6	13,5	17,43	22,0	4,4
Северные города	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Кизляр	32,7	26,5	27,3	27,3	17,5	19,4	13,6	5,9	9,8
Кизилюрт	14,6	31,6	14,6	17,7	10,9	21,8	10,8	10,7	2,1
Хасавюрт	33,3	30,6	29,5	21,9	20,2	16,0	15,1	13,4	8,6
Республика Дагестан	21,0	20,2	16,8	15,3	12,5	10,7	10,9	10,8	8,9

программе «Борьба с туберкулезом в Республике Дагестан», в результате чего обстановка по туберкулезу в республике стабилизировалась, снизились основные эпидемиологические показатели.

Особое внимание было уделено борьбе с туберкулезом в северных приграничных районах. Население указанных выше районов составляет всего 26,6% всей популяции республики, а число ежегодно вновь зарегистрированных больных — более 30%, а из сельских — 43%. Следует отметить, что подавляющее большинство больных туберкулезом из сельской местности Дагестана (78%) составляют жители северных приграничных территорий. Показатель заболеваемости туберкулезом сельского населения на протяжении всего периода наблюдения превышал среднереспубликанский показатель в 1,3—1,5 раза и в 2007 году составлял 74,0 на 100 тысяч населения. Показатель заболеваемости туберкулезом на протяжении периода наблюдения отличался нестабильностью и большими колебаниями и не всегда коррелировал с увеличением охвата населения периодическими осмотрами. Рост показателя заболеваемости туберкулезом в 2008 году отмечен только в 2-х районах, где охват населения флюороосмотрами не превышал 32,4—40,5%, а доля больных, выявленных при обращении, 71,4% и 87%. За 2009 год роста показателя заболеваемости туберкулезом не отмечено. Несмотря на снижение показателя заболеваемости туберкулезом, за период наблюдения в 7 районах и 1 городе он превышает среднереспубликанский показатель (52,8 на 100 тысяч населения), что свидетельствует о напряженной эпидемической ситуации и необходимости интенсификации противотуберкулезных мероприятий.

Необходимо отметить, что снижение показателя распространенности туберкулеза за период наблюдения произошло во всех районах и городах Северных приграничных территорий. Вместе с тем, в 6 районах и 1 городе показатель распространенности туберкулеза в 2009 году значительно превышал среднереспубликанский показатель (161,6) и колебался от 400,0 на 100 тысяч населения в Кизлярском районе до 215,9 в г. Кизляр. Показатель смертности от туберкулеза, как важный показатель объема и качества медицинской помощи больным туберкулезом, снизился во всех городах и 9 районах. Вместе с тем, в 2009 году в 8 районах и 1 городе показатель смертности от туберкулеза был выше среднереспубликанского показателя, что также свидетельствует о напряженной эпидемической ситуации в Северных приграничных районах и необходимости совершенствования проводимых противотуберкулезных мероприятий в настоящее время.

Вследствие улучшения обеспечения противотуберкулезными лекарственными препаратами и продуктами питания туберкулезных больниц, а также улучшения условий содержания больных в большинстве туберкулезных стационаров после проведенного в них ремонта улучшились показатели лечения больных туберкулезом.

За последние годы улучшилась работа по санитарному просвещению населения, повысилась грамотность людей в вопросах раннего выявления и профилактики туберкулеза, поэтому улучшилась и обращаемость людей в лечебно-профилактические учреждения для обследования при появлении у них малых симптомов туберкулеза, следовательно, снизился удельный вес запущенных форм туберкулеза у впервые выявленных больных.

Если удельный вес фиброзно-кавернозных форм туберкулеза у впервые выявленных больных 10 лет назад составлял 9,7%, то он постепенно снижался и в 2008 году он составлял всего 0,6%.

Однако надо отметить, что городские и районные территориальные программы по борьбе с туберкулезом администрациями городов и районов финансируются

недостаточно, в осуществлении противотуберкулезных мероприятий слабо задействованы соответствующие службы территорий, имеющие непосредственное отношение к этой проблеме, решение большинства проблем остается за органами здравоохранения.

Туберкулез остается медико-социальной проблемой, напрямую зависящей от влияния экономических и социальных факторов, качества жизни и питания населения.

В настоящее время туберкулез продолжает наносить серьезный вред здоровью граждан и экономике республики, в связи с чем борьба с этим заболеванием является одной из важнейших государственных задач.

Анализ сложившейся ситуации, связанной с туберкулезом, выявляет ряд проблем, требующих неотложного решения. Наиболее важной задачей следует считать своевременное выявление больных туберкулезом, особенно в группах повышенного риска, среди детей, подростков и женщин, лиц с асоциальным поведением и находящихся в подразделениях УИС.

Для дальнейшего улучшения оказания противотуберкулезной помощи населению и стабилизации эпидемиологической обстановки по туберкулезу в Республике Дагестан необходимо:

- совместно с администрациями городов и районов принять конкретные меры по выполнению республиканской целевой программы «Борьба с туберкулезом в Республике Дагестан на 2008—2012 годы» и территориальных программ борьбы с туберкулезом; проводить профилактические флюорографические обследования, в первую очередь, по группам повышенного риска заболевания туберкулезом и в населенных пунктах, где имеется сочетание низкого охвата населения профосмотрами и высокая заболеваемость туберкулезом;
- совершенствовать работу по оказанию организационно-методической и практической помощи центральным больницам городов и районов республики в проведении противотуберкулезных мероприятий;
- расширить возможности бактериологической диагностики туберкулеза как в противотуберкулезных, так и в учреждениях общей лечебной сети с целью активного и раннего выявления туберкулеза;
- продолжить работу по укреплению материально-технической базы противотуберкулезных учреждений;
- вести строгий учет детей и подростков, впервые инфицированных туберкулезной инфекцией, и обеспечить им проведение профилактических курсов лечения;
- продолжить проведение семинаров для врачей общей лечебной сети по диагностике и раннему выявлению туберкулеза, регулярно проводить санитарно-просветительную работу среди населения, направленную на раннее выявление и профилактику туберкулеза.

Важное значение в повышении качества противотуберкулезной помощи населению имеет материальное стимулирование медработников общей лечебной сети и противотуберкулезных учреждений за своевременное выявление и эффективное лечение больных туберкулезом.



«ЛайфКор Интернешнл» предлагает кислородные концентраторы от ведущей американской компании



Заводы для производства кислорода

Компания AirSep (США) выпускает стационарные медицинские кислородные установки серии MZ (ASM), которые позволяют автономно производить необходимый кислород концентрацией 93±3% производительностью от 50 до 2530 куб.м. в сутки и более. Такие установки устраняют все проблемы связанные с транспортиров-

кой и перебоями в поставках кислорода, обеспечивают наиболее безопасный процесс получения медицинского кислорода. Такие заводы могут использоваться в любой отрасли народного хозяйства, где требуется кислород.

Дополнительно наша компания предлагает удобную модульную конструкцию

мини-завода по производству кислорода («завод в гараже»). При этом не требуется помещение для кислородного завода. Блок-контейнер с кислородным заводом имеет все необходимое, устанавливается в любом месте на территории больницы и подключается к кислородным магистралям ЛПУ.

FREESTYLE-самый миниатюрный и самый легкий кислородный концентратор для пациентов, которым необходим кислород, но не нужны ограничения

Концентрация – 90-95%
Поток кислорода – 1-3 л/мин
Вес – 2 кг
Размеры – 15,5 x 21,8 x 9,1 см
Автономная работа от внутреннего аккумулятора – до 2 часов
С поясом Airbelt с дополнительными аккумуляторами – до 8 часов



VisionAir

Самый легкий, практически бесшумный и компактный концентратор, удобен для пациента в повседневной жизни.

Производительность: 5 л/мин
Давление на выходе: 0,6 атм
Потребляемая мощность: 290 Вт
Уровень шума: 40 Дб
Размеры: 52,8x35,8x29,2 (см)
Вес: 13,6 кг

Носилка!



LIFESTYLE-портативный кислородный концентратор

LIFESTYLE-портативный кислородный концентратор для индивидуального использования. Дает пациенту полную мобильность и независимость. Его всегда можно носить с собой, т.к. его вес составляет 4 кг, снабжен тележкой для перемещения. Его можно подключить в автомобиле, т.к. его электропитание – 220 вольт, 50 Гц, а также 12 вольт. Также можно автономно дышать кислородом в течении 50 минут от внутренней аккумуляторной батареи.



ОПЕРАЦИОННО-РЕАНИМАЦИОННЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ

Кислородный концентратор RELIANT

-производительность 8 л/мин,
-давление на выходе до 3,4 Атм,
-концентрация кислорода на выходе 93±3%,
-электропитание 220 В/ 50 Гц,
-потребляемая мощность 0,73 кВт/час,
-внешний накопитель кислорода объемом 227 литров.



Универсальный кислородный концентратор MZ-30 для ИВЛ и наркозных аппаратов

-производительность до 15 л/мин,
-давление на выходе до 3,4 Атм,
-концентрация кислорода на выходе 93±3%,
-электропитание 220 В/ 50 Гц,
-потребляемая мощность 1,1 кВт/час,
-внешний накопитель кислорода объемом 227 литров.



NEWLIFE-терапевтические кислородные концентраторы

Применяются при легочных и сердечно-сосудистых заболеваниях.

- 1.Базовая модель – производительность 5 л/мин с давлением 0,3-0,6 Атм.
- 2.С повышенной производительностью 8 л/мин и 10 л/мин с давлением 1,4 Атм.
- 3.Модели могут иметь два выхода для двух пациентов.



NEWLIFE-это 6 моделей концентраторов.

Эксклюзивный представитель компании

AirSep (США) ЛайфКор Интернешнл

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

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

Тел./факс (495)944-06-66, 948-84-02

E-mail: Lifecore@aha.ru, <http://www.lifecore.ru>

AirSep – медицинское и промышленное оборудование для автономного производства кислорода. Прием поставки и обслуживание – «ЛайфКор Интернешнл». На всю продукцию компании AirSep имеются Регистрационные Удостоверения МЗ РФ и сертификаты соответствия Госстандарта РФ.

ЛайфКор
Интернешнл



МЕДИКЛОН®

Всё для анализа крови

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

тел. \ Факс: (499) 502-1214 (Москва)

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

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



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



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

РЕКЛАМА

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

ФНПЦ ОАО «КРАСНОГОРСКИЙ ЗАВОД им. С.А. Зверева»

Российская Федерация, 143400, Московская обл., г. Красногорск, ул. Речная, 8



Лампа щелевая ЛС-01-«ЗЕНИТ»

С офтальмооптическим столом и цифровой видеосистемой. Оптическая система Грону обеспечивает высококачественное стереоскопическое изображение при офтальмологических обследованиях.



Комплект для проктологии и ректоскопии КПр-01-«Зенит»



Комплект приборов для вагиноскопии КВ-01-«ЗЕНИТ»

для диагностики и лечения в гинекологии детского и подросткового возраста. В составе комплекта зеркала гинекологические, трубулы с obturatorами, система осветительная холодного света, набор луп



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.

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:
- илоспримека, полностью скрывающего иглу в корпусе прибора, исключая появление открытого искрения, сильного запаха;
- наличие вентилятора и сильного фильтра для очистки от примесей в процессе горения.



Лупы бинокулярные

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



Кольпоскопы напольные

бинокулярные ЮН-01-«Зенит» (с холодным светом), ЮН-02-«Зенит», ЮН-03-«Зенит» для обследований в гинекологии и акушерстве. Стереозритель обеспечивает оптическая система Грону. Могут комплектоваться телефотоприставкой.



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

E-mail: marketing@zenit.istra.ru, тел./факс(495)562-8316 http://www.zenit-foto.ru, тел./факс(495)562-7244

ПРИГЛАШАЕМ РЕГИОНАЛЬНЫХ ДИЛЕРОВ

РЕКЛАМА

Отделение гравитационной хирургии крови в многопрофильном стационаре (задачи, перспективы развития)

*Гуров А. Ю., к.м.н., заведующий отделением гравитационной хирургии крови;
ГУЗ «Ставропольский краевой клинический центр
специализированных видов медицинской помощи», г. Ставрополь*

Государственное учреждение здравоохранения «Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи» (ГУЗ «СККЦСВМП») — старейшее в крае. Первых пациентов Ставропольская краевая больница приняла более 90 лет назад, в 1916 году.

Сегодня это крупнейшее лечебное учреждение Ставрополя, представляющее собой единый лечебно-диагностический комплекс: в стационаре мощностью 830 коек развернуто 38 подразделений, в том числе 18 клинических; имеется консультативная поликлиника, офтальмологический диспансер, отделение экстренной консультативной помощи (санавиация). Ежегодно в больнице получают стационарную медицинскую помощь свыше 28 тысяч человек, консультативную — более 50 тысяч человек. Кроме жителей Ставропольского края, в Центр на лечение приезжают пациенты из Калмыкии, Кабардино-Балкарии, Карачаево-Черкесии, Ингушетии, Чечни.

Отделение гравитационной хирургии крови ГУЗ «СККЦСВМП» организовано в октябре 1994 года путем преобразования кабинета гравитационной хирургии крови, который существовал с августа 1991 года в составе отделения интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации (ОИТАР).

Отделение оснащено медицинским оборудованием для проведения всех основных эфферентных методов лечения: два аппарата «искусственная почка» с системой водоподготовки, аппарат для острой диализной терапии «Мультифильтрат», четыре центрифуги, четыре роликовых насоса, два аппарата для ультрафиолетовой гемотерапии, аппарат для лазерного облучения крови, два аппарата для приготовления раствора гипохлорита натрия для непрямого электрохимического окисления крови. Отделение оснащено лабораторно-диагностическим оборудованием для определения кислотно-щелочного состояния электролитов крови, гемоглобина, эритроцитов и гематокрита крови, электронной системой для контроля за состоянием больного во время проведения эфферентного лечения.

В отделении широко используются компьютерные программы по клинической токсикологии, исследованию уровня эндогенной интоксикации (лейкоцитарные индексы), программы математического анализа сердечного ритма (кардиоинтервалография) для оценки состояния больного во время проведения эфферентного лечения.

За время работы в отделении внедрены: прогрессивная методика проведения дискретного плазмафереза (рацпредложение №1022 от 21.04.2000), экономический эффект составляет 100—150 рублей за одну процедуру плазмафереза; методика определения в спинномозговой жидкости величины рН и ионов натрия и калия (рацпредложение №932 от 15.12.1997); метод забора крови из центрального венозного катетера для бактериологического исследования (рацпредложение №942 от 17.04.1998); метод кардиоинтервалографии для контроля за состоянием больного во время процедуры плазмафереза (рацпредложение №1051 от 22.01.2001).

Врачи отделения активно сотрудничают с сотрудниками четырех кафедр СтавГМА, проводятся исследования с целью уточнения показаний и оптимизации проведения эфферентного лечения. Врачами отделения за период 2001—2009 годов опубликовано более 40 печатных работ в центральной и местной печати.

Задачи отделения

- Осуществление комплекса мероприятий по подготовке и проведению всех видов эфферентного лечения (гемодиализ, гемодиофильтрация, ультрафильтрация, плазмаферез, гемосорбция, плазмасорбция, ультрафиолетовая и магнитная обработка крови, электрохимическая детоксикация).
- Оказание консультативной помощи врачам других клинических отделений по проведению эфферентного лечения, подготовке к данному виду терапии и последующему лечению пациентов.
- Повышение уровня теоретических знаний и практических навыков медицинского персонала учреждения в области гравитационной хирургии крови, гемодиализа.

Функции персонала

- Выбор, обоснование и проведение оптимального метода эфферентного лечения в отделениях Краевой клинической больницы.
- Наблюдение за состоянием больных после проведения эфферентного лечения в других отделениях при необходимости.
- Рекомендации по рациональному сочетанию эфферентной терапии и стандартного лечения больных профильных отделений.

Наиболее востребованы методики экстракорпоральной гемокоррекции в отделениях ревматологии и неврологии, но особенно необходимы они в интенсивной терапии осложнений гнойной хирургической патологии, в акушерстве и гинекологии. Врачами отделения отработывается методика комплексного лечения хирургического сепсиса.

Дифференцированный подход к выбору методов активной детоксикации при сепсисе должен быть основан на диагностике тяжести нарушений гомеостаза с оценкой основных патогенетически значимых параметров: эндотоксемии, агрегатного состояния крови, степени иммунных дисфункций, а также данных оценочно-прогностической шкалы АРАСНЕ-П и шкалы тяжести полиорганной недостаточности.

Ранее применение плазмафереза при сепсисе (до развития полиорганной дисфункций) оказывает положительное влияние на показатели агрегатного состояния крови, способствует регрессу эндотоксикоза, предупреждает развитие необратимых полиорганной поражений.

Применение криогепаринопреципитации позволяет проводить плазмаферез без использования донорской плазмы. Это уменьшает вероятность возникновения реакций и осложнений.

Проведение экстракорпоральной фармакотерапии антибиотиками и ронколейкином повышает эффективность плазмафереза, так как способствует регрессу воспалительного процесса и уменьшению количества послеоперационных осложнений. Это позволяет сократить время пребывания больных в стационаре и снизить летальность при сепсисе.

Экстракорпоральная иммунофармакотерапия ронколейкином эффективно корректирует признаки вторичного иммунодефицита при сепсисе, воздействуя на антибактериальные механизмы (стимуляцию поглотительной и переваривающей способности фагоцитов, потенцирование Т-зависимых иммунных реакций и факторов гуморального иммунитета).

Применение методов ультрафиолетовой и лазерной гемотерапии на фоне традиционной интенсивной терапии не приводит к значимым результатам (снижению летальности). Эти методы при сепсисе целесообразно применять только в сочетании с методами активной детоксикации (плазмаферезом, криогепаринопреципитацией, продленной гемофильтрацией, гемодиализацией). Сочетанное их применение обуславливает потенцированный детоксикационный, рео- и иммунокорректирующий эффекты.

При тяжелом сепсисе и септическом шоке методом выбора детоксикационной терапии являются методики медленной вено-венозной гемофильтрации и гемодиализации, выполняемые на современном аппарате для острой диализной терапии «Мультифильтрат», обеспечивающие наиболее выраженный лечебный эффект в стадии полиорганной недостаточности. В результате их применения происходит не только значительное улучшение

диагностически значимых лабораторных показателей гомеостаза, но и стабилизация гемодинамики (нормализация среднего артериального давления), положительная динамика течения полиорганной дисфункции.

Использование комплексной программы активной детоксикации позволяет уменьшить длительность проведения интенсивного лечения, снизить общую летальность больных сепсисом, особенно при полиорганной недостаточности.

При сепсисе интенсивная терапия должна строиться по опережающему принципу, до появления симптомов полиорганной недостаточности. С целью коррекции нарушений гомеостаза и предупреждения развития полиорганной недостаточности в комплексе интенсивной терапии целесообразно применение плазмафереза в ранние сроки после операции, после проведения инфузионной терапии с элиминацией 30—50% ОЦП и восполнением, при необходимости, донорской плазмой, крахмалами и кристаллоидами.

При вторичном иммунодефиците плазмаферез рекомендовано сочетать с методами фотомодификации аутокрови или экстракорпоральной иммунофармакотерапией ронколейкином.

Для усиления дезинтоксикационного воздействия плазмафереза и с целью уменьшения количества послеоперационных осложнений рекомендовано применение экстракорпоральной фармакотерапии антибиотиками, особенно в случае невозможности полной санации хирургическими методами. Наличие отделения гравитационной хирургии крови в структуре современного многопрофильного лечебного учреждения позволяет оказывать медицинскую помощь на более высоком уровне, оптимизировать хирургическую тактику ведения больных и лекарственную терапию, способствует выполнению стандартов лечения больных.

ПОДАРИ СЕБЕ СВОБОДУ!

АВТОМАТИЧЕСКИЕ ПАРОВЫЕ ФОРВАКУУМНЫЕ СТЕРИЛИЗАТОРЫ ЗАО «ТРАНС-СИГНАЛ»



СПГА-25-1-НН



СПГА-100-1-НН

■ Вам не понадобится решать проблему, где стерилизовать материалы, инструменты, растворы, питательные среды - наши стерилизаторы универсальны;

■ Без Вашего участия автоматические программы с высокой точностью выполняют заданные режимы стерилизации, защитят от аварийных ситуаций и сохраняют результаты стерилизации;

■ По желанию заказчика стерилизаторы могут комплектоваться дополнительным оборудованием;

■ С техническим обслуживанием изделий Вам помогут специалисты предприятий "Медтехника".



СПБА-75-1-НН



ЗАО «ТРАНС-СИГНАЛ»

603950, Россия, г. Нижний Новгород, ул. Торфяная, 30
тел./факс: (831) 222-65-68, 223-98-29, 223-98-30
E-mail: ts-nn@sinn.ru, Http: www.trans-signal.nnov.ru

Система качества предприятия сертифицирована на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2001

Ситуация по ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае

Кулагин В. В., к.м.н., главный врач; Палагута А. Е., зам. главного врача; ГУЗ «Клинический центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Краснодар

Регистрация ВИЧ-инфекции в нашей стране началась в 1987 году. Первый ВИЧ-инфицированный был зарегистрирован именно в Краснодарском крае (г. Армавир). В дальнейшем эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в крае продолжала постепенно развиваться и незначительный прирост ВИЧ-инфицированных был обусловлен в основном за счет иностранных граждан. В 1996 году вирус иммунодефицита попал в среду наркоманов, и началось стремительное распространение заболевания. Началась эпидемия. С 1996 по 2000 год Краснодарский край по количеству ВИЧ-инфицированных занимал второе место среди всех субъектов России. Поражение территорий края (крупные порты Новороссийск, Сочи, Туапсе) четко прослеживается с наркотрафиком, существовавшим в те годы. Эпидемия ВИЧ-инфекции могла принять неуправляемый характер.

С приходом новой администрации Краснодарского края в 2001 году ситуация в крае изменилась. Были усилены профилактические мероприятия по недопущению распространения ВИЧ-инфекции в крае. Увеличено финансирование краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» (финансирование подпрограммы «Анти-ВИЧ/СПИД»: 2001 год — 2,0 млн руб., 2007 — 7,9 млн руб.). Также увеличено финансирование муниципальных целевых программ «Анти-ВИЧ/СПИД» до 13,5 млн руб. Принята губернаторская программа «Антинарко». Создана краевая межведомственная комиссия по профилактике и борьбе со СПИД администрации Краснодарского края, возглавляемая заместителем главы администрации Краснодарского края. Заседания комиссии проходят регулярно, заслушиваются вопросы по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в крае.

Системный подход администрации Краснодарского края, Законодательного Собрания к проблеме ВИЧ-инфекции и реализация мероприятий в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» позволили стабилизировать ситуацию по распространению ВИЧ-инфекции в крае. Последние 5 лет заболеваемость ВИЧ-инфекцией остается на одном уровне с незначительными колебаниями 11—12 случаев на 100 тысяч населения (в 1997—2000 годах заболеваемость составляла 15,2—17,8 на 100 тысяч населения). В настоящее время Краснодарский край занимает 36 место по количеству ВИЧ-инфицированных среди всех субъектов РФ.

Для координации и проведения мероприятий по профилактике и борьбе со СПИД в Краснодарском крае создана мощная служба, и развернут ряд специализированных учреждений, занимающихся профилактикой, диагностикой ВИЧ-инфекции и лечением ВИЧ-инфицированных больных:

- 5 центров по профилактике и борьбе со СПИД (ГУЗ «Клинический центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (г. Краснодар), ГУЗ «Ейский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями №2» (г. Туапсе),

ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями №3» (г. Сочи) Департамента здравоохранения Краснодарского края и МУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Управления здравоохранения администрации г. Новороссийска);

- 4 отделения по профилактике и борьбе со СПИД в городах Анапа, Геленджик, Белореченск и Северском районе;
- 34 лаборатории, занимающиеся диагностикой ВИЧ и ВИЧ-ассоциированных заболеваний (из них 11 — межрайонные, 5 — в составе СПК, 5 — в составе центров по профилактике и борьбе со СПИД).
- 4 отделения для стационарного лечения ВИЧ-инфицированных: 2 — в Краснодаре на базе государственных учреждений здравоохранения «Специализированная клиническая инфекционная больница» на 30 коек и «Специализированная детская клиническая больница» на 10 коек и 2 отделения в Новороссийске на базе муниципальных учреждений здравоохранения «Инфекционная больница» на 30 коек и «Противотуберкулезный диспансер» на 30 коек.

ВИЧ-инфекция остается стратегической медико-социальной проблемой Краснодарского края, ежегодно количество инфицированных увеличивается на 800—900 человек.

Всего в крае с 1987 года и по состоянию на 01.01.2010 зарегистрировано 9712 случаев заражения ВИЧ-инфекцией. Из них российских граждан зарегистрировано 8868 человек (жителей края — 8260 человек), 1675 российских граждан, находящихся в местах лишения свободы, 120 случаев зарегистрировано у военнослужащих МО РФ и служащих других ведомств. Также ВИЧ-инфекция выявлена у 843 иностранных граждан. В 536 случаях ВИЧ-инфекция зарегистрирована у лиц, обследованных конфиденциально.

К настоящему времени от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 935 детей, из числа которых в разряд ВИЧ-инфицированных переведено 62 ребенка.

По разным причинам умерли 2528 ВИЧ-инфицированных, в том числе 6 детей; в стадии СПИДа умерли 1476 человек, из которых 5 детей.

Случаи инфицирования зарегистрированы на всех административных территориях края. Кумулятивный показатель пораженности населения Краснодарского края ВИЧ-инфекцией среди российских граждан составил 173,1 на 100 тысяч населения.

Внутривенные наркопотребители все еще составляют большую часть ВИЧ-инфицированных, живущих в крае, однако прослеживается снижение влияния внутривенного введения наркотиков на заражение ВИЧ-инфекцией (с 84,3% в 1996 году до 18,5% в 2009) и увеличение влияния полового пути передачи (с 14,1% до 73% соответственно) (рис. 1).

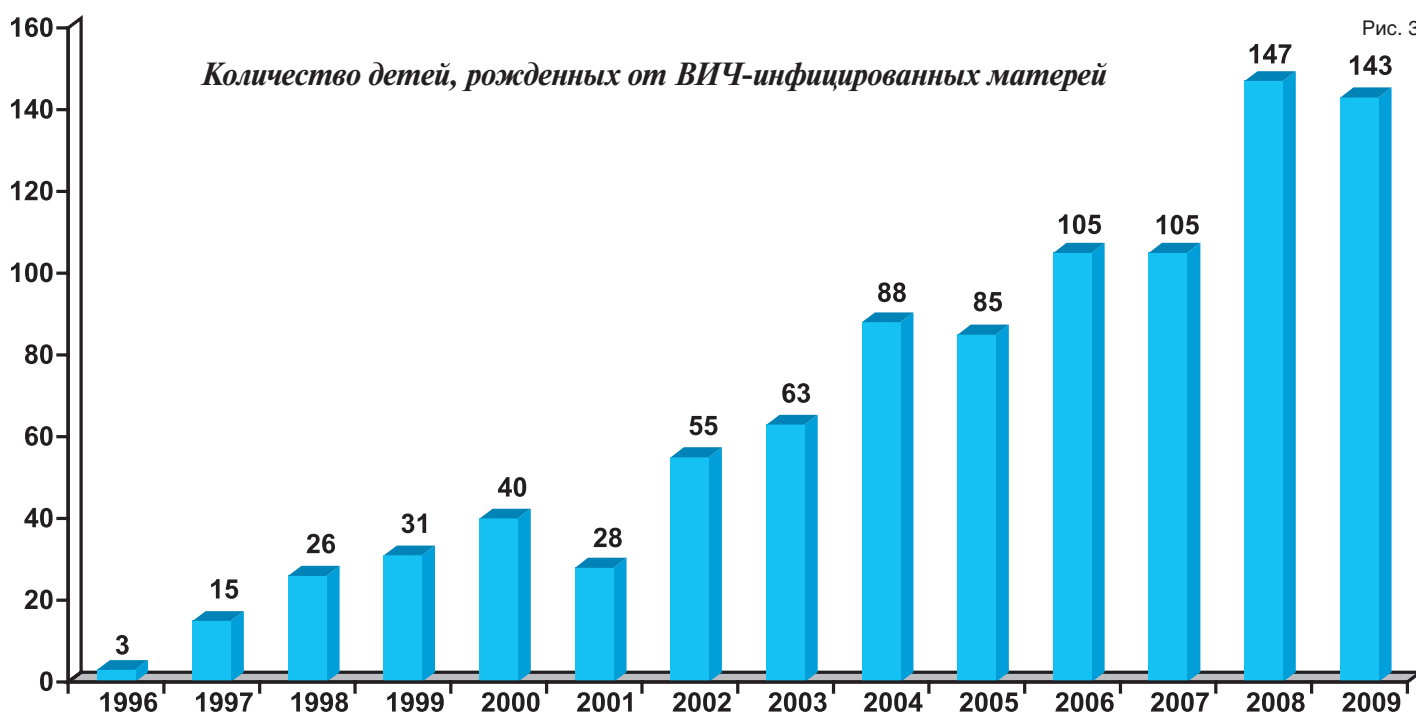
Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.



Данные распределения ВИЧ-инфицированных российских граждан по социальному составу в крае

Контингент	2009 год		2008 год	
	Абсолют.	%	Абсолют.	%
Неорганизованные дети	7	0,8	9	1,1
Учащиеся школ	1	0,1	1	0,1
Учащиеся ПТУ, техникумов	0	0	0	0
Студенты вузов	2	0,2	4	0,5
Служащие	73	8,0	53	6,5
Рабочие	137	15,0	104	12,8
Медработники	12	1,3	11	1,4
Неработающие	530	58,0	504	61,9
Пенсионеры	23	2,5	15	1,8
Инвалиды	7	0,8	0	0
Заклученные	116	12,7	111	13,6
Служащие ведомств	6	0,6	2	0,3
Всего	914	100,0	814	100,0

Отчетливо прослеживается достоверная тенденция на снижение удельного веса мужчин, соответственно увеличивается доля женщин (рис. 2).

Начиная с 1996 года, в Краснодарском крае отмечается увеличение количества детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей (в 1996 году — 3 детей, в 2009 — 143) (рис. 3).

По-прежнему наибольший уровень заболеваемости регистрируется на территориях причерноморской курортной зоны и в портовых городах, на долю которых приходится 41,5% от всех зарегистрированных за текущий период случаев ВИЧ-инфекции.

В 2009 году при распределении по социальным группам вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди российских граждан установлено, что самый высокий удельный вес по-прежнему составляют неработающие (58,0%) (табл. 1). При распределении по возрастному

составу большинство ВИЧ-инфицированных относятся к возрастной группе 21—39 лет (71,6%) (табл. 2).

Благодаря реализации приоритетного национально-го проекта «Здоровье» впервые удалось обеспечить:

- реальную медикаментозную помощь ВИЧ-инфицированным (к началу 2010 года непрерывную антиретровирусную терапию получают 1050 ВИЧ-инфицированных больных);
- мониторинг лечения (в 2009 году выполнено 7680 исследований по определению иммунного статуса, что на 50% больше, чем в 2007, и 4170 исследований по определению вирусной нагрузки);
- увеличение охвата диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных больных до 86,4% (в 2005 году — 65%);

Данные о возрастном составе ВИЧ-инфицированных российских граждан в крае

Возраст, годы	2009 год		2008 год	
	Абсолют.	%	Абсолют.	%
0–3	4	0,4	9	1,1
4–14	3	0,3	1	0,1
15–17	2	0,2	3	0,4
18–20	16	1,8	23	2,8
21–29	275	30,1	255	31,3
30–39	368	40,3	299	36,7
40–49	155	17,0	155	19,1
50–59	68	7,4	60	7,4
60 и старше	23	2,5	9	1,1
Итого	914	100,0	814	100,0

- внедрение компьютерной программы (программа позволяет осуществлять полицейской учет ВИЧ-инфицированных и ведение базы данных в части эпидемиологического мониторинга ВИЧ-инфекции, диспансерного учета ВИЧ-инфицированных и профилактики вертикального пути распространения ВИЧ-инфекции на территории Краснодарского края).

В 2009 году нам удалось:

- охватить лечением более 160 новых ВИЧ-инфицированных больных;
- обеспечить химиопрофилактику вертикальной передачи ВИЧ у 145 ВИЧ-инфицированных беременных и рожениц и у 141 новорожденного;
- обеспечить постконтактную профилактику заражения ВИЧ у 50 медработников.

В настоящее время краевая служба по профилактике и борьбе со СПИД продолжает развиваться и укрепляться. В 2005 году начато строительство лечебно-диагностического корпуса ГУЗ «Клинический центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», финансирование которого осуществляется как из федерального, так и из краевого бюджетов. Сдача корпуса в эксплуатацию планируется в 2010 году.

Предусмотрено дальнейшее укрепление материально-технической базы центров по профилактике и борьбе со СПИД и лабораторий по диагностике ВИЧ-инфекции, в том числе оснащение их современным клинико-лабораторным оборудованием в рамках реализации мероприятий краевой целевой подпрограммы «Анти-ВИЧ/СПИД» на 2008—2010 гг.

В настоящее время медицинская помощь максимально приближена к больным ВИЧ-инфекцией. Оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным осуществляется на нескольких уровнях — от КИЗов по месту жительства до ЛПУ краевого уровня.

В целях принятия неотложных мер по профилактике и ограничению распространения ВИЧ/СПИД в Краснодарском крае определены приоритетные направления комплексных мероприятий по снижению интенсивности эпидемии.

1. В течение 2009 года ежемесячно рассматривались на селекторных совещаниях, проводимых заместителем главы администрации Краснодарского края и руководителем департамента здравоохранения, состояние заболеваемости ВИЧ-инфекцией, эффективность мероприятий, направленных на профилактику и ограничение распространения этой инфекции.

2. Активизирована работа, направленная на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков. Обеспечено развертывание муниципальной наркологической помощи населению во всех муниципальных образованиях. Реализуется губернаторская программа «Антинарко».

3. Обеспечено широкое проведение в местных средствах массовой информации разъяснительной работы среди населения о мерах общественной и личной профилактики ВИЧ/СПИД, половых инфекций и наркомании.

4. Усилен контроль обеспечения выполнения условий, предотвращающих возможность заражения ВИЧ/СПИД на объектах коммунально-бытового хозяйства (парикмахерские, косметические салоны, кабинеты аппаратной косметологии и т. п.), выполняющих различные манипуляции, связанные с возможным повреждением кожных и слизистых покровов.

ООО «ФЛАКС»

- ◆ **ФУТЛЯР ДЛЯ МЕДКОМПЛЕКТА ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ: ФМ-2, ФМ-3, ФМ-5, ФМ-7**
Материал — кожа искусственная или натуральная; масса 1,8—2,5 кг
ФМ-2 — 383x210x250 мм; ФМ-3 — 450x240x260 мм; ФМ-5 — 360x215x230 мм; ФМ-7 — 380x140x250 мм
- ◆ **СУМКА СПАСАТЕЛЯ-САНИТАРА (САНДРУЖИННИКА): СМ-1, СМ-1м**
Материал — ткань капроновая рюкзачная с водостойкой отделкой
СМ-1 — 380x216x260 мм; СМ-1м — 300x125x200 мм
- ◆ **СУМКА ДЛЯ МЕДКОМПЛЕКТА СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДПЕРСОНАЛА: СМ-2, СМ-3**
Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка; 330x190x190 мм
СМ-2 с планшетами для режущих инструментов; СМ-3 с ампулярием на 40 гнезд и планшетом для режущих инструментов
- ◆ **СУМКА ВРАЧА ДЛЯ НАБОРА 1-й 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 ПОДШТАТИВЫ ДЛЯ ПРОБ КРОВИ И БАКАНАЛИЗОВ: СПШ-1, СПШ-2, СПШ-3, СПШ-4, СЛС**
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; СЛС — на 10 гнезд, 160x110x230 мм
- ◆ **СУМКА ДЛЯ ПЕРЕНОСКИ ЛАБОРАТОРНОГО ИНВЕНТАРЯ: СЛ-1, СЛ-2, СЛ-3**
Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка
СЛ-1 со сменным вкладышем, 410x185x280 мм; СЛ-2 — 320x150x300; СЛ-3 с плечевым ремнем, 410x185x320
- ◆ **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 теплостойкий пищевой пластик
УМСП-01-Пм — 440x252x330 мм; УМСП-01-П — 520x310x390 мм
УМСП-01-М — материал — алюминиевый сплав, масса 3,9 кг, 441x220x295 мм
- ◆ **АМПУЛЯРИЙ: АМ-72 (на 72 ампулы); АМ-120 (на 120 ампул)**
Материал — капронилискожа, 215x155x75 мм; 330x130x70 мм
- ◆ **ПАПКА-УКЛАДКА: ПУ-х (для хирурга), ПУ-в (для врача), ПУ-мс (для медсестры)**
Материал — водоотталкивающая ткань
ПУ-х — 235x125x40 мм; ПУ-в — 255x185x60 мм; ПУ-мс — 235x125x40 мм
- ◆ **СУМКА ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА) СВ, СУМКА ВЫЕЗДНОГО ВРАЧА СВВ, СУМКА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ СВОП**
Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка
СВ — 420x190x230 мм; СВВ — 430x215x260 мм; СВОП — 385x215x315 мм
- ◆ **СУМКА ДЛЯ ПРОЧЕГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАБОРА СЛ-4 — 410x185x320 мм**



РЕКЛАМА

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

Трудности диагностики и тактика ведения больного с хронической ишемической болезнью органов пищеварения

Богатырев В. Г., к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней; Маринчук А. Т., к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №1; РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Актуальность проблемы ишемических поражений органов брюшной полости определяется следующими положениями: высокой распространенностью абдоминальной ишемии (АИ), сложностью диагностики хронической и острой АИ, высокой летальностью при окклюзионных формах АИ, манифестацией АИ масками других заболеваний органов пищеварения и кровообращения.

С хронической ишемической болезнью органов пищеварения в первую очередь встречаются врачи общей практики, которые недостаточно знакомы с ишемическими поражениями органов брюшной полости и нередко принимают клиническую картину АИ за симптомы традиционных заболеваний органов пищеварения — гастрита, панкреатита, холецистита, язвенной болезни, энтероколита, а иногда и за симптомы сердечно-сосудистых заболеваний — ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ) и некоторых других. Маскированность патогенетической основы заболевания присутствием многообразия атипичной клинической симптоматики вводит в заблуждение клиницистов и затрудняет диагностику АИ.

Частота поражений висцеральных ветвей брюшной аорты по данным патологоанатомических вскрытий представлена в таблице 1.

Как видно из приведенных данных, большинство случаев АИ приходится на атеросклеротическую этиологию стенозирования чревного ствола (ЧС) и верхней брыжеечной артерии (ВБА), реже — нижней брыжеечной артерии (НБА). Экстравазальному сдавлению чаще подвергается ЧС. По данным других авторов, чаще наблюдается стеноз НБА, но в то же время они указывают на то, что атеросклеротическая окклюзия с развитием острой АИ чаще выявляется в ВБА.

Мы наблюдали 11 больных с хронической АИ, у 5 из них был обнаружен гемодинамически значимый стеноз ВБА, у 2 — ЧС и в 2 случаях ограничение висцерального кровотока наблюдалось при сочетанном поражении ВБА и ЧС. В остальных 2 случаях у больных с клиникой хронической АИ гемодинамически значимого стеноза висцеральных ветвей брюшной аорты не обнаружено. Клиническая картина у этих больных вероятно была обусловлена расстройством микроциркуляции на уровне органного кровотока. Исходя из этих данных, следует важное обстоятельство,

свидетельствующее о том, что чаще всего острое нарушение мезентериального кровообращения, ведущее к инфаркту кишечника, развивается вследствие стенозирования и обтурации тромбом ВБА.

Большая частота поражения ВБА по сравнению с НБА объясняется топографическими особенностями. Высокое стояние устья ВБА по току крови, угол отхождения от аорты близкий к 45°, более значительная функциональная нагрузка кровоснабжения всего тонкого и большей части толстого кишечника при минимальном количестве коллатералей создают условия для формирования эндотелиальной дисфункции проксимальной части артерии и присоединения атеромы.

Симптомы хронической АИ могут развиваться и при аневризме брюшного отдела аорты вследствие сдавления артерий аневризматическим мешком аорты. В основе большинства аневризм брюшного отдела аорты лежит атеросклероз, особенно в сочетании с АГ. Аневризмы аорты возникают в результате дегенеративных процессов в средней оболочке сосуда вследствие инфильтрации липидов в интиму, что приводит к нарушению прочности и постепенному растяжению стенок аорты. Предрасполагающими факторами для развития аневризмы брюшной аорты являются значительные гемодинамические нагрузки, раннее образование и прогрессирование атероматоза в этом ее отделе.

У значительной части больных аневризмы брюшной аорты протекают бессимптомно. Больные нередко сами обращают внимание на сильную пульсацию в брюшной полости, что является поводом для обращения к врачу. Над расширенным участком аорты аускультативно можно определить систолический шум.

Прогнозировать течение аневризмы брюшной аорты сложно. Необходимо следить за размером аневризмы в динамике с помощью ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) и дуплексного сканирования аорты. Если наблюдается динамика увеличения аневризмы, возрастает угроза расслоения стенок аорты и ее разрыва. В этих случаях целесообразным является решение планового проведения хирургического протезирования аневризматического участка аорты.

Хроническая недостаточность висцерального кровоснабжения клинически проявляется триадой синдромов, которые являются общими для всех видов хронической

Таблица 1

Авторы	Число наблюдений	Число поражений			Общее количество поражений	
		ЧС	ВБА	НБА	Абсолют.	%
Derrick J. (1959)	110	48	41	-	89	81
Абулов М.Х. (1980)	94	2	63	6	71	75,5
Croft R. (1981)	203	7	10	22	39	19,1
Plonka A. (1989)	47	5	8	13	26	56,0
ЦНИИГ, г. Москва (2003)	230	71	53	46	170	74
Всего	684	133	175	87	395	57,7

ишемической болезни органов пищеварения, но имеют свои особенности клинических проявлений:

- абдоминальная боль, связанная с приемом пищи;
- дисфункция кишечника — запор, сменяющийся диареей;
- прогрессирующая потеря массы тела.

Локализация боли зависит от места стенозированной участка висцеральных артерий. При поражении ЧС преимущественно поражаются печень, поджелудочная железа, желудок, 12-перстная кишка, селезенка. При нарушении кровотока в ВБА страдает тонкий кишечник и большая часть толстого кишечника: слепая кишка, восходящий отдел ободочной кишки и поперечно-ободочная кишка. Поражение НБА обуславливает ишемию толстого кишечника преимущественно левых отделов ободочной кишки, сигмы и прямой кишки. Часто наблюдается сочетанное поражение органов пищеварения, примерно в 80% случаев.

При поражении ЧС боли локализируются в эпигастрии, при поражении ВБА — в мезогастрии вокруг пупка, при поражении НБА — в области левого фланка живота и в левой подвздошной области.

Сочетание всех трех основных синдромов абдоминальной хронической висцеральной ишемии клиницистами вначале нередко расценивается как присутствие известного частого заболевания желудочно-кишечного тракта, и больные долгое время напрасно лечатся по поводу мнимого заболевания желудка, холецистита, панкреатита, энтероколита и других патологических состояний «неясной этиологии».

Рост заболеваемости атеросклеротическими поражениями висцеральных ветвей брюшной аорты, тяжелые последствия циркуляторных расстройств органов пищеварения, а также появившиеся возможности ранней диагностики неинвазивными методами исследования диктуют необходимость оказания своевременной медицинской помощи больным с АИ. По нашему мнению, трудности диагностики хронической АИ связаны не столько с отсутствием высоко специфических симптомов, сколько с недостаточной оценкой и неправильной интерпретацией данных клинической картины, отсутствием осведомленности врачей о значительной частоте встречаемости этой патологии, особенно среди лиц старших возрастных групп. По нашим наблюдениям врач, сталкиваясь с хронической АИ, ведет упорный диагностический поиск сначала среди широко известных заболеваний органов пищеварения, а при нерезультативности его — онкологической патологии. Проблема дефектуры и нераспознавания хронической АИ состоит в закрепившемся мнении в сознании большинства практических врачей о том, что надо в первую очередь вести диагностический поиск среди известных, хорошо изученных, часто встречающихся заболеваний органов брюшной полости, необоснованно исключая из этого ряда сосудистую патологию. Это общее правило успешной диагностики — идентификации вероятного заболевания среди наиболее часто встречающихся возможностей правомочно и целесообразно, но при этом надо учитывать пожилой возраст, высокий риск прогрессирующего атеросклероза и сочетание ИБС с приступами стенокардии и брюшной жабы. В связи с этим обстоятельством уместен афоризм: молодой и средний возраст пациента (до 50—55 лет) — думай о тривиальных заболеваниях органов пищеварения, пожилой и старческий — ищи хроническую АИ! Наличие абдоминального болевого синдрома с сердечно-сосудистой и церебральной патологией, особенно в пожилом возрасте, обязывает клинициста исключить прежде всего «сосудистый генез» абдоминальной боли.

При объективном обследовании больных хронической АИ, пальпируя живот, можно определить болезненность и пульсирующую брюшную аорту в эпигастриальной области несколько левее средней линии живота. Большое значение имеет аускультативный признак — систолический шум в эпигастриальной области над проекцией висцеральных ветвей аорты, который выслушивается при стенозе ЧС на границе между верхней и средней третью линии, соединяющей пупок и мечевидный отросток, а при стенозе ВБА — на 2—3 см ниже проекции ЧС.

Основную роль в верификации диагноза хронической АИ играют методы, выявляющие стенотические изменения в висцеральных артериях — рентгенконтрастная аорто-артериография, МРТ и ультразвуковые методы исследования визуализации кровотока.

Прогрессирование заболевания и нарастание симптомов хронической ишемической энтероколонии, особенно при анемизации больного, вызывают необходимость исключить наличие злокачественного новообразования в брюшной полости, что приводит к потере времени и бесплодному онкологическому поиску с применением дорогостоящих методов исследования. Следовательно, в неясных случаях периодического возникновения абдоминальной боли, дисфункции кишечника и прогрессирующего похудения у лиц пожилого возраста состояние сердечно-сосудистой системы должно не в меньшей степени привлекать внимание клиницистов.

В качестве примера может служить собственное наблюдение.

Больной К., 57 лет, находился в терапевтическом отделении в марте 2009 года с диагнозом «обострение хронического панкреатита».

Из анамнеза: считает себя больным в течение 1,5 лет, беспокоят боли в эпигастриальной области и вокруг пупка, возникающие сразу после приема пищи, тошнота, тяжесть в эпигастрии, нарушение стула, горечь, сухость во рту, похудание за последние 6 месяцев на 40 кг! С целью исключения онкологического заболевания многократно обследовался амбулаторно с применением фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС), колоноскопии, УЗИ и КТ органов брюшной полости. Был консультирован гастроэнтерологом и хирургом. Выставлялся диагноз: хронический эрозивный гастродуоденит. В январе 2009 года произведена вынужденная аппендэктомия по поводу очередного затяжного характера приступа болей в животе. За последние полгода болевой синдром усилился и если в начале возникал через 20—25 минут после приема пищи, то в последнее время боли стали беспокоить сразу, даже после небольшого количества пищи. Из-за этого больной старался голодать, появились запоры, нарастало похудание.

Объективно: пониженного питания. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, ритмичны. АД — 120/70 мм рт.ст. Живот запавший, при пальпации небольшая болезненность в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. **Аускультативно:** систолический шум выше пупка на 3—4 см, несколько левее белой линии живота.

Общий анализ крови: НВ — 11,9 г%, ЭР — $3,8 \times 10^{12}/л$, ЦП — 0,85, Л — $9,2 \times 10^9/л$, б — 0, э — 4, пян — 9, сян — 46, л — 36, м — 5, СОЭ — 24.

УЗИ органов брюшной полости — диффузные изменения в печени, поджелудочной железе, признаки холецистита. ФЭГДС — на фоне атрофии слизистой в антральном отделе множественные ярко-красные эрозии до 0,3 см, в 12-перстной кишке — множественные эрозии до 0,3 см. Колоноскопия — слизистая толстой кишки отечная, контактно ранима. ЭКГ — ритм синусовый, ЧСС — 80 уд./мин., полная блокада правой ножки пучка Гиса.

На основании клинических данных была заподозрена хроническая АИ. Проведенная проба с нитроглицерином дала положительный эффект уменьшения боли.

Назначенные пролонгированные формы нитратов позволили уменьшить боли и дали возможность больному принимать пищу. Для подтверждения диагноза проведено ультразвуковое триплексное сканирование брюшной аорты и ее висцеральных ветвей 13.03.09: ЧС — 4,5 мм, просвет неравномерно сужен; ВБА — кровоток достоверно не визуализирован; НБА — достоверно не визуализирована.

Заключение: эхо-признаки атеросклеротического поражения аорты. Окклюзия ВБА и стеноз ЧС не менее 70%. Больной был направлен на консультацию в сосудистый центр РостГМУ, где после выполненной ортоартериографии успешно проведена операция по восстановлению висцерального кровотока.

Для оперативного решения задачи — верификации диагноза хронической ишемической болезни органов пищеварения рекомендуется вести диагностический поиск, используя наиболее значимые (опорные) критерии диагностики в режиме алгоритма.

Литература

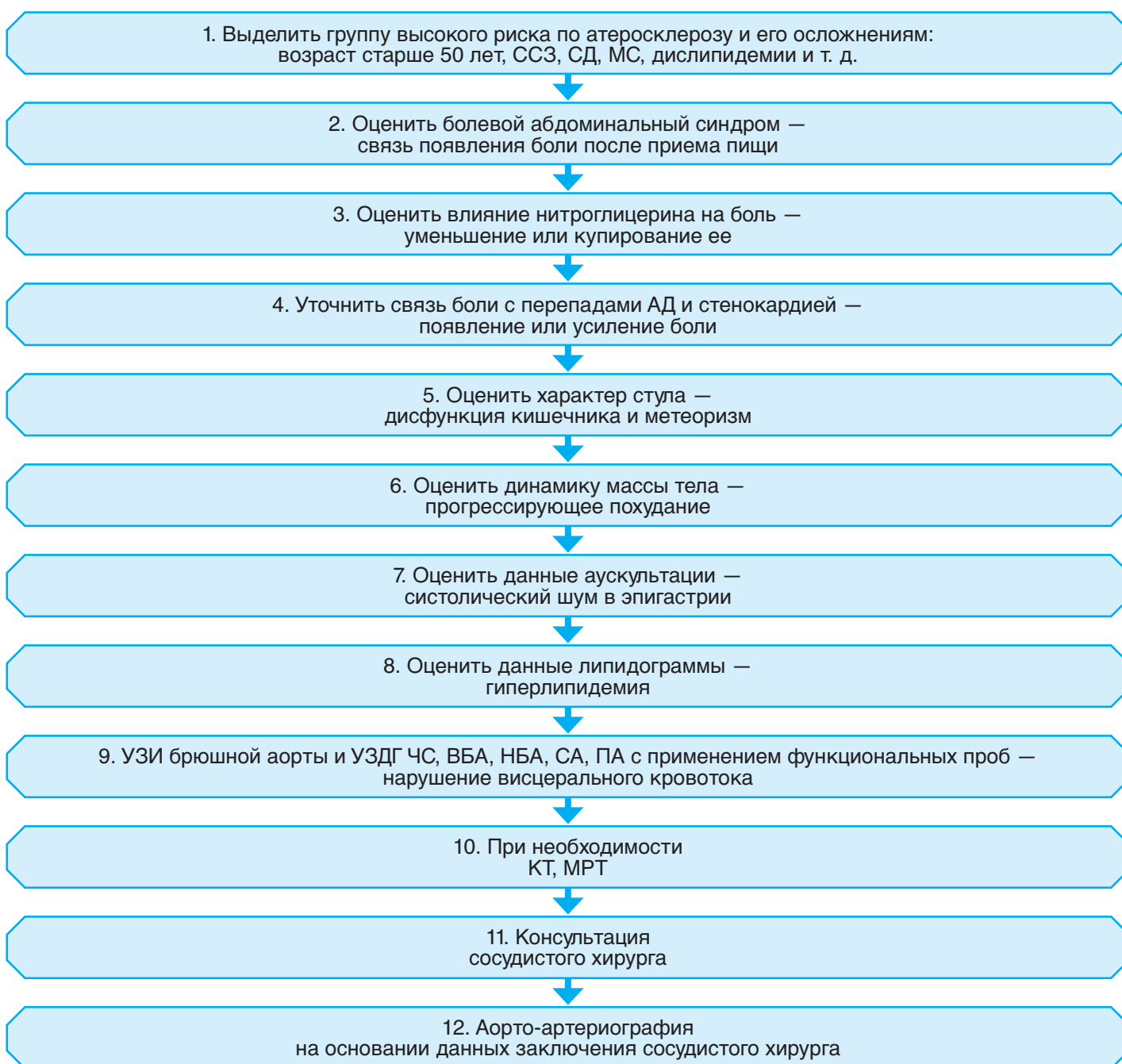
1. Калинин А. В., Степура Д. К., Корнеев Н. В., Токмулина Г. М., Грабко Н. Н. Хронический абдоминальный ишемический синдром и сочетанные с ним заболевания: особенности клиники, диагностики и лечения // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2003. — №6. — С. 19–23.

2. Лазебник Л. Б., Звенигородская Л. А. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения. — М: Анахарсис, 2003. — 136 с.

3. Ойоткинова О. Ш. Многоликий атеросклероз: абдоминальная ишемическая болезнь — симптом или синдром // Архив газеты «Мед. вестник». — 2007. — №42.

4. Moawad J., Gewertz B.L. Chronic mesenteric ischemia. Clinical presentation and diagnosis // Surg. Clin. Noth. Am. — 1997. — V. 77. — №2. — P. 357–369.

Схема алгоритма верификации диагноза хронической АИ



Персональные данные. Цена вопроса

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

Необходимость исполнения требований закона №152 ФЗ «О персональных данных» вызывает у руководителей ЛПУ и других учреждений сферы здравоохранения массу вопросов. Главные из них — «что делать» и «где брать деньги»? В ряде регионов уже прошли проверки соответствия медицинских информационных систем (МИС) этим требованиям

Ответить, сколько средств понадобится ЛПУ, достаточно сложно. Можно говорить о затратах на проведение работ на одном рабочем месте, где обрабатываются персональные данные. Здесь следует учитывать затраты на покупку и установку сертифицированных программных средств защиты информации (устанавливаются только организациями-лицензиатами ФСТЭК и ФСБ или лицензированными специалистами), разработка распорядительной документации, обучение персонала, консультационные услуги. В ходе подготовки к сертификации и аттестации системы потребуется разработать и издать около 40 организационно-распорядительных документов. В итоге стоимость работ по аттестации одного рабочего места, проводимых специалистами ООО «Электронная Медицина», составит около 35 тыс. рублей, что значительно дешевле, чем в других организациях. Следует учитывать, что для выполнения комплекса работ по защите персональных данных потребуется не менее двух недель, поэтому такие работы следует планировать заблаговременно.

Сегодня для снижения затрат на обработку персональных данных в медучреждениях можно и нужно, по нашему мнению, сделать следующее.

- 1. Установить сертифицированные средства защиты,** что осуществляется организацией-лицензиатом ФСТЭК.
- 2. Не стоит заходить слишком далеко при реализации защитных мероприятий —** использовать специальные средства защиты от утечки через побочные излучения и наводки, а также генераторы акустического шума.

- 3. Шифрование персональных данных необходимо осуществлять только тогда, когда они передаются за пределы ЛПУ, по каналам связи или на внешних носителях.**

Замечу, что шифрование баз данных, которое сегодня требуется руководящими документами, снижает быстродействие системы в 5–7 раз.

- 4. Снизить категорию безопасности.**

Как пример — обезличить обрабатываемые данные. Обезличенные данные не требуют покупки дополнительного программного обеспечения, модернизации технических средств. Для этой категории необходимо только провести организационные мероприятия внутри организации, принять регламент обработки данных.

Также в медучреждении необходимо наладить работу по оформлению, учету и хранению письменных согласий пациентов на обработку их персональных данных. В программном комплексе, разработанном специалистами ООО «Электронная Медицина», например, предусмотрена распечатка согласия с уже заполненными реквизитами пациента, которое ему остается только подписать.

Подчеркнем, что главный принцип построения системы защиты информации — это соблюдение сбалансированности комплекса. В большинстве случаев основная угроза утечки исходит со стороны людей, имеющих вполне законный доступ к информации. Бесполезно создавать сложную и дорогую систему технической защиты информации, если в холле поликлиники расположен ящик с результатами анализов в бумажном виде.



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

Приглашает вас в программу «Глобальное медицинское образование» (реализуется в течение 10 лет). Это эксклюзивные программы высшего профессионального образования:

**«ЮРИСПРУДЕНЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»**

**«МЕНЕДЖМЕНТ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»**

**«ФИНАНСЫ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»**



Срок обучения на базе высшего медицинского образования – 3 года, на базе среднего профессионального – от 3,5 до 4 лет. Набор студентов ведется непрерывно. А также осуществляет прием в аспирантуру по очной и заочной форме обучения. Диссертационный совет.

**ОБРАЗОВАНИЕ
В КИСЛОВОДСКОМ ИНСТИТУТЕ
ЭКОНОМИКИ И ПРАВА —
ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ КАРЬЕРЫ!**

На базе института имеется санаторий «Элита», который располагает конференц-залом, оснащенным мультимедийным оборудованием, комнатами для занятий и тренингов, учебными классами, Wi-Fi Интернетом. Основные медицинские профили «Элиты»: сердечно-сосудистая система; мужское и женское здоровье и др. Консультации и лечение проводят ведущие специалисты - кандидаты и доктора медицинских наук.

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



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

**Ежегодная специализированная
выставка «ЮгМедЭкспо»**

**Ежегодная специализированная
выставка «ЮгДенталЭкспо»**

г. Пятигорск
12-14
мая 2010 года

г. Пятигорск, ТВЦ «ПЛАНЕТА»
ул. Бунимовича, 7
Тел./факс (8793) 32-02-18, 32-17-38,
(961) 472-6838, (962) 016-16-22
E-mail: artex1@artex1.com, info@artex1.com,
Http://www.artex1.com

АЛМАГ-02 —



эффективность ПОЛИМАГа и удобство АЛМАГа

Физиотерапевтическая техника Елатомского приборного завода, предназначенная для стационарного и домашнего применения, в представлении не нуждается. «Маги» и «Алмаги» сегодня есть практически в каждом доме и ЛПУ. Три года назад Елатомский завод порадовал специалистов новой разработкой — аппаратом ПОЛИМАГ-01, заявленным как «связующее звено между общей и локальной магнитотерапией», что подтвердилось на практике. Однако завод не перестает удивлять потребителей новаторскими идеями — получив и проанализировав опыт практического применения ПОЛИМАГа в больницах, елатомцы создали новое устройство, объединяющее простоту АЛМАГа и эффективность ПОЛИМАГа, — АЛМАГ-02.

В настоящий момент более 600 установок ПОЛИМАГ-01 работают в лечебно-профилактических учреждениях России. Получены и описаны впечатляющие результаты применения аппарата в лечении остеохондроза, дорсопатий, бронхолегочных заболеваний, травм, послеоперационных осложнений.

В этих отчетах отмечается, что главные достоинства аппарата ПОЛИМАГ-01:

- высокая эффективность лечебного воздействия программируемых импульсных магнитных полей (сокращение сроков выздоровления и пребывания больных в стационарах);
- простота применения (лечебные параметры запрограммированы, даже средний медицинский персонал работает с аппаратом без специального обучения);
- удобство в условиях ЛПУ (аппарат занимает мало места, легко передвигается);
- широкие возможности (одним аппаратом проводится и общая, и локальная магнитотерапия).

Таким образом, ПОЛИМАГ-01 полностью оправдал ожидания потребителей. Вдохновленные этими результатами создатели аппарата решили выпустить «экономичную» версию ПОЛИМАГа — меньших габаритов, с меньшей площадью воздействия, но с прежними программируемыми параметрами магнитного излучения и, по замыслу разработчиков, с проверенной эффективностью ПОЛИМАГа-01. Новый аппарат получил название АЛМАГ-02 (АЛМАГ-01, как известно, первооснова ПОЛИМАГа).

АЛМАГ-02 имеет комплект излучателей. В комплект входят:

- 1) основной излучатель — ОИ (состоит из четырех объединенных между собой линеек излучающих, каждая из которых состоит из четырех индукторов);
- 2) отдельная линейка излучающая гибкая — ЛИГ (состоит из шести индукторов);
- 3) локальный излучатель — ЛИ (состоит из двух отдельных больших индукторов).

Каждый излучатель имеет свое назначение.

ОСНОВНОЙ ИЗЛУЧАТЕЛЬ предназначен для воздействия на относительно большую площадь. Например, им оборачивают голень или бедро при лечении варикозной болезни.

ЛИНЕЙКА ИЗЛУЧАЮЩАЯ гибкая предназначена для воздействия на относительно малую площадь. Например, воротниковую зону при лечении гипертонии.

ЛОКАЛЬНЫЙ ИЗЛУЧАТЕЛЬ предназначен для глубокого проникновения магнитного поля (до 15 см). Например, при лечении заболеваний печени.

Параметры и характеристики магнитного поля такие же, как у ПОЛИМАГа, но задаются только программным способом. При этом АЛМАГ-02 является настольным и удобен для применения в палатах стационаров для лечения больных, перемещение которых ограничено.



ПОЛИМАГ-01

Эти особенности АЛМАГА-02 делают его незаменимым в случаях, когда применение физиотерапевтической аппаратуры ограничено возможностями медицинского учреждения – территориальными, финансовыми и другими, когда в штате нет физиотерапевта, процедуры отпускаются средним медицинским персоналом и физиотерапия активно используется в лечебном процессе. Во всех случаях, а это поликлиники, санатории, небольшие медицинские центры, – применение АЛМАГА-02 не вызывает затруднений и дает оптимальный результат по соотношению «цена-эффективность».



АЛМАГ-02

Технические характеристики АЛМАГ-02

Типы магнитных полей:

бегающее импульсное МП, неподвижное импульсное МП.

Режимы воздействия:

непрерывный, прерывистый.

Направления движения магнитных импульсов на основном излучателе:

по горизонтали, по вертикали, по диагонали.

Интенсивность магнитного поля:

2–45 мТл.

Частота следования импульсов магнитного поля:

1–100 Гц.

Длительность процедуры:

1–30 мин.

Отличие от всех предыдущих наших аппаратов:

В памяти аппарата под номерами хранятся программы воздействий (программы), в которых заложены параметры и характеристики магнитного поля, а также время воздействия для определенных излучателей. Номер соответствующей программы указан в методике лечения.

Аппарат обеспечивает индикацию следующих параметров и режимов:

- номера программы;
- времени экспозиции;
- кода неисправности;
- наличия магнитотерапевтического воздействия;
- активации-деактивации излучателей;
- формирования магнитного поля в излучателях.

Заболевания, при которых рекомендуется применение АЛМАГа-02:

- грыжи диска с корешковым синдромом;
- остеопороз, осложненный переломом шейки бедра;
- остаточные явления (парезы) после перенесенного инсульта;
- гипертоническая болезнь;
- облитерирующий атеросклероз, варикозная болезнь с трофическими нарушениями;
- бронхиальная астма;
- осложнения сахарного диабета – диабетическая ангио- и нейропатия;
- заболевания печени;
- хронический панкреатит;
- гинекологические заболевания;
- псориаз;
- камни почки.

Запрограммированные параметры воздействия АЛМАГа-02, рассчитанные на разные этапы лечения, обеспечивают высокую эффективность лечения при всех указанных заболеваниях.

ОАО «ЕЛАТОМСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД»:

391351, Рязанская область, г. Елатьма, ул. Янина, 25
Тел./факс: (49131) 5-01-11, 3-38-16, +7-920-959-98-48,
e-mail: ivturchak@yandex.ru, www.elamed.com

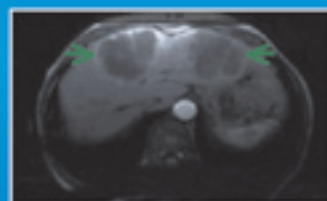
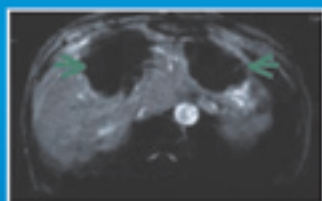


ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В РЕГИОНАХ:

Ставропольский край:	ООО «Флорес» ВИАРИК ИП Скрипка Е. А.	(8652) 94-01-00 (87935) 3-74-7, +7-928-321-17-39
КЧР:	ИП Халилова Е. Ю.	(8782) 26-73-67
Краснодарский край:	ООО «Мл Трейд»	(861) 274-34-54
Ростовская область:	ООО «Полимед-Юг» ООО «МедТорг»	(863) 220-38-85, (863) 255-22-22
Астраханская область:	ООО «Медтехторг» ООО «Медлад»	(8512) 37-06-27, (8512) 34-62-82

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СИСТЕМА «JS»

-ультразвуковая абляция злокачественных и доброкачественных новообразований



- *Неинвазивность*
- *Отсутствие ограничений по объему опухоли*
- *Возможность многократного воздействия*
- *Отсутствие повреждений кожных покровов и мягких тканей рядом с опухолью*
- *Короткий период реабилитации*
- *Минимальные послеоперационные осложнения*



«Научно-технический центр «Новые Медицинские Технологии»

эксклюзивный представитель производителя
ультразвуковых терапевтических систем «JS»
на территории РФ и Украины

117149, Россия, Москва, ул. Азовская, д. 6, корп. 3
Телефон/факс: +7(495) 310-60-44; +7 (495) 543-98-12
www.hifu.su, e-mail: info@hifu.su
www.nmedtech.ru, e-mail: info@nmedtech.ru

**на правах рекламы*

Возможности HIFU-технологии в комплексном лечении онкологических больных

Карпов О. Э., д.м.н, профессор, генеральный директор НМХЦ; Ветшев П. С., д.м.н, профессор, зам. генерального директора НМХЦ; Бруслик С. В., к.м.н., зав. отделением ультразвуковой диагностики и рентгенохирургических методов диагностики и лечения НМХЦ; Серебряник П. С., Слабожанкина Е. А., врачи ультразвуковой диагностики; ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова» Росздрава, г. Москва

В последние десятилетия заболеваемость злокачественными новообразованиями в России неуклонно растет. В последние годы смертность от рака занимает 2 место в ряде других причин. Большая часть заболевших — люди трудоспособного возраста, причем чаще всего опухоль диагностируется на поздних стадиях. Наряду с традиционными методами лечения этих пациентов, включающими оперативное вмешательство, лучевую и химиотерапию, активно используются и минимально инвазивные методики — суперселективная внутриартериальная химиоэмболизация артерий, питающих опухоль, крио-, лазерная- и радиочастотная абляция.

По-настоящему революционным явилось появление новой неинвазивной технологии, основанной на использовании высокоинтенсивного фокусированного ультразвука — HIFU (High Intensive Focused Ultrasound) для дистанционного локального направленного лечения опухолей [6].

Принцип действия лечебного HIFU не отличается от диагностического и основан на способности ультразвуковой волны проникать через ткани, не повреждая их. Однако при ее фокусировке за счет специальной линзы в небольшой зоне возникает повышение температуры, достаточное для развития тканевого коагуляционного некроза (локальный очаг повреждения) [1, 8, 9].

Впервые HIFU-технология для разрушения патологической ткани была использована около 60 лет назад. В 1950 году Frank Fry и соавт. [5] успешно разрушили мелкий очаг в головном мозге без повреждения здоровых тканей у пациента с болезнью Паркинсона. Дальнейшие исследования по применению HIFU ограничивались недостаточной разработанностью и слабостью аппаратной

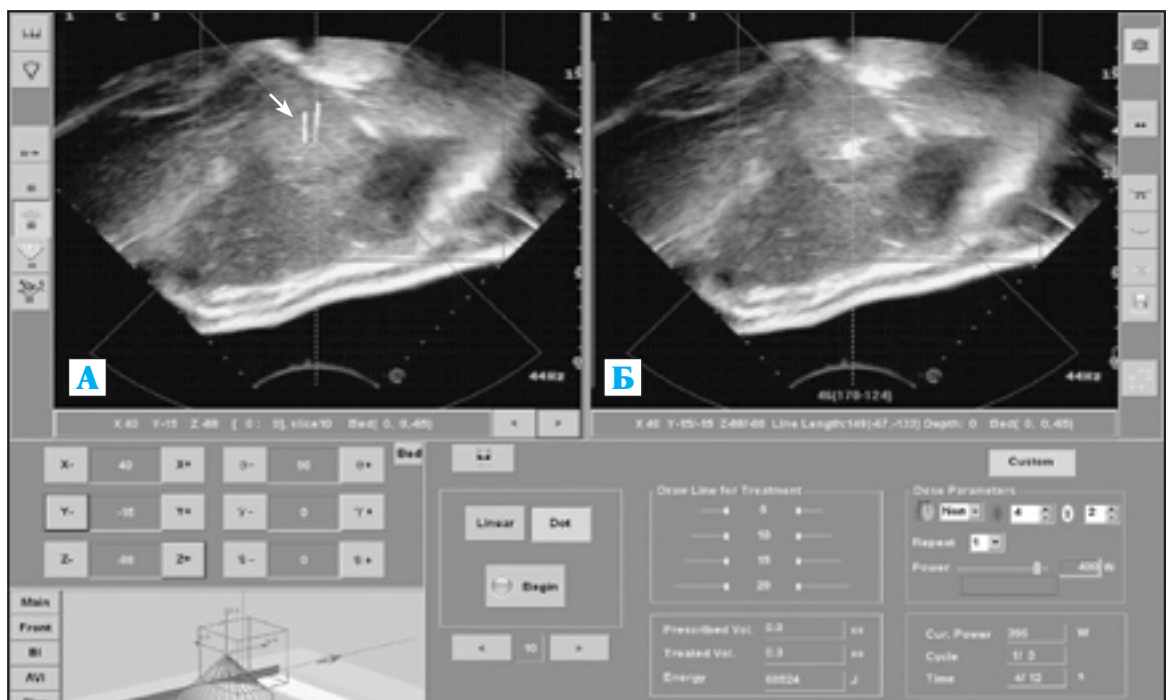
базы и, прежде всего, отсутствием надежных средств контроля за ходом процедуры. Только в 1997 году появились первые промышленные установки, позволившие проводить лечение пациентов с опухолями печени, молочных желез, почек, предстательной железы, фибромиомами матки. К настоящему времени применение HIFU для лечения новообразований различной локализации получает все большую популярность. Во многих странах (Великобритания, Германия, Италия, Франция, Япония, Ю. Корея и др.) применяются системы для проведения такого лечения. Наибольший опыт в применении УЗ-абляции для лечения новообразований различной локализации накоплен в Китае [7, 10].

Метод также известен как HIFU-терапия, ультразвуковая абляция, фокусированная ультразвуковая хирургия. Наибольшую распространенность в клинической практике получил термин «ультразвуковая абляция». Абляция (лат. ablatio, отнятие) в медицине — хирургическая операция, удаление органа или какой-либо части тела; кроме того — прямое термическое или химическое воздействие на опухолевую ткань с целью ее разрушения.

Повреждающее действие HIFU основано на трех основных механизмах: первый — превращение механической энергии в тепловую, второй — механизм запуска кавитации и третий — прямое повреждение сосудов, питающих опухоль [2, 3].

В качестве наведения и интраоперационного контроля в аппарате используется ультразвук (рис. 1). Лечебный датчик представлен пьезоэлектрической линзой диаметром 12 см с фокусным расстоянием 10–16 см и с изменяющейся частотой излучения от 0,8 до 1,6 МГц. Излучение достигает очень большой интенсивности (до 20000 Вт/см²).

Рис. 1. Ультразвуковая интраоперационная сканограмма. А — зона воздействия обозначена стрелкой. Б — серошкальные изменения в метастатическом очаге в печени (собственное наблюдение).



Для оценки функционального состояния органов, четкой верификации топографии и уровня кровоснабжения опухоли перед проведением УЗ-абляции пациентам проводят комплексное обследование, включающее УЗИ с цветовым доплеровским картированием, КТ с внутривенным контрастированием или МРТ, биопсию опухоли и серийное исследование онкомаркеров.

Процедура дистанционной УЗ-абляции предусматривает два этапа. Первый — выполнение разметки, в ходе которой определяют глубину расположения опухоли, ее структуру, соотношение с окружающими органами, достижимость опухоли, а также производят предварительное «разделение» опухолевого узла на отдельные срезы. Этот этап, по мнению специалистов, является наиболее важным для успешного проведения лечебного воздействия. Затем приступают ко второму этапу — непосредственно лечению. Лечение обычно начинают с центральных срезов, путем единичных пробных соникаций (воздействий) с использованием низких энергий. Производят постепенное (по мере прогревания узла) повышение энергии и смещение зоны фокуса для поэтапной обработки всего опухолевого очага по выбранному в ходе разметки срезам. В ходе лечения отмечаются изменения экзогенности образования за счет формирования очага деструкции. При лечении доброкачественных образований очень важным условием является сохранение целостности капсулы [1, 2]. При лечении злокачественных образований необходимо соблюдение онкологических канонов и, для достижения наибольшей абластичности, видимая зона опухоли «перекрывается» по крайней мере на 1 см. Поэтому зона абляции включает саму опухоль и перифокальную зону нормальной неопухолевой ткани. В последующие 7 суток происходит миграция полиморфноядерных лейкоцитов в зону очага деструкции с последующим образованием грануляций, содержащих незрелые фибробласты и формированием по периферии зоны некроза новых капилляров (рис. 2). Далее в течение двух недель периферическая часть зоны воздействия замещается пролиферирующей фиброзной тканью [4, 9]. Морфологические исследования достоверно свидетельствуют о постепенном сморщивании ткани, подвергшейся воздействию HIFU и замещению некротических тканей фиброзной.

Важно отметить, что для выполнения операции не имеет значения морфологическое строение опухоли, ее размеры, количество очагов. Одним из важных преимуществ УЗ-абляции является возможность воздействия на опухоли, расположенные вблизи крупных сосудов. Еще одним преимуществом является возможность выполнения УЗ-абляции опухолей и метастазов в лимфатические узлы, расположенные в печеночно-двенадцатиперстной связке.

Для оценки эффективности проведенной процедуры (определения васкуляризации, объема опухоли и др.) используют УЗИ с цветовым доплеровским картированием, КТ с внутривенным контрастированием или МРТ.

В 2009 году в НМХЦ им. Н. И. Пирогова HIFU-технология была использована у пациентов с вторичным поражением печени (43), первичным поражением (гемангиомой) печени (2), с аденомой крючковидного отростка поджелудочной железы (2) и опухолью тела поджелудочной железы (2), с вторичным поражением надпочечника (1).

Первые результаты использования фокусированной ультразвуковой абляции в комплексном лечении опухолей паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства подтверждают данные специалистов о безопасности, эффективности и хорошей переносимости метода [3, 4, 7, 10]. Однако для всесторонней клинической оценки метода, изучения ближайших и отдаленных результатов его применения с учетом анализа качества жизни пациентов, а также возможностей использования HIFU-технологии при других локализациях опухолей, необходимо дальнейшее накопление клинического материала.

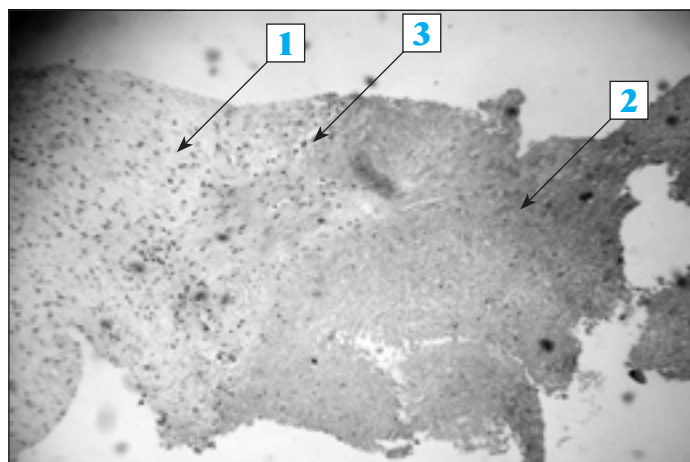


Рис. 2. Микрофото. Морфологическая картина некроза метастатического узла (1) после выполнения УЗ-абляции и нейтрофильной инфильтрации прилежащей ткани печени (2); на границе зоны некроза и ткани печени отсутствуют признаки опухолевого роста (3) (окраска гематоксилин—эозин; ув. x 80).

Контакты:

105203, г. Москва,
ул. Нижняя Первомайская, 70.
Тел.: (495) 464-30-43
<http://www.pirogov-center.ru>

Литература

1. Назаренко Г. И., Хитрова А. Н., Краснова Т. В., Богданов Е. Г. Инновационный метод ультразвуковой абляции опухолей человека (обзор литературы и собственные наблюдения) // Ультразвуковая и функциональная диагностика. — 2008. — Вып. 70. — 4.
2. Карпов О. Э., Ветшев П. С., Животов В. А. Ультразвуковая абляция опухолей — состояние и перспективы // Вестник национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. — 2008. — Т. 3. — №2. — С. 77—82.
3. Clement G.T. Perspectives in clinical uses of high-intensity focused ultrasound // Ultrasonics. — 2004. — 42:1087—93.
4. Chen L., Rivens I., ter Haar G.R. et al. Histological changes in rat liver tumours treated with high-intensity focused ultrasound // Ultrasound Med. Biol. — 1993. — 19:67—749.
5. Fry F.J., Mosberg W.H. et al. Production of focal destructive lesions in central nervous system with ultrasound // J. Neurosurg. — 1954. — V. 11. — P. 471—478.
6. Kennedy J.E., ter Haar G.R., Cranston D. High Intensity Focused Ultrasound: surgery of the future? // Brit. J. Radiol. — 2003. — 76; 590—599.
7. Li C.X., Xu G.L., Jiang Z.Y. et al. Analysis of clinical effect of high-intensity focused ultrasound on liver cancer // World J. Gastroenterol. — 2004. — 10:2201—4.
8. Vogl T.J., Helmlinger T.K., Mack M.G., Reiser M.F. (eds) Percutaneous Tumor Ablation in Medical Radiology. — 2008, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York. — P. 258.
9. Wu F., Chen W.Z., Bai J. et al. Pathological changes in human malignant carcinoma treated with high-intensity focused ultrasound // Ultrasound Med. Biol. — 2001. — 27:1099—2006.
10. Wu F., Wang Z.B., Chen W.Z. et al. Advanced hepatocellular carcinoma: treatment with high intensity focused ultrasound ablation combined with transcatheter arterial embolization // Radiology. — 2005. — 235:659—67.

Комплексная ультразвуковая диагностика очаговых образований печени

Бесолов В. М., главный врач РЦМП; Дзукоева М. Ю., зам. главного врача РЦМП, зав. кабинетом ультразвуковой диагностики; Фарниева Б. И., зав. Центром здоровья; Республиканский центр медицинской профилактики МЗ РСО-Алания, г. Владикавказ

Очаговые заболевания печени на ранних стадиях своего развития протекают бессимптомно и в 30% случаев обнаруживаются у больных, не имеющих характерных клинических проявлений, таких как боли в правом подреберье, увеличение печени, асцит, спленомегалия. О возникновении трудностей в дифференциальной диагностике очаговых образований печени по данным других методов исследования, в частности, компьютерной томографии, говорит тот факт, что при опухолевых поражениях печени информативность УЗИ равна 78,3%, КТ — 84,7%, а при сочетанном использовании — 89,8%. При метастатических опухолях печени достоверность различных диагностических тестов такова: КТ обеспечивает 88% правильных результатов, УЗИ в В-режиме — 85%.

Традиционное УЗИ в В-режиме позволяет оценить эхографические признаки объемного образования, размеры, форму, локализацию опухоли. Наряду с оценкой морфоструктурных особенностей строения, включающей выявление диффузных и очаговых изменений паренхимы, УЗИ позволяет оценить архитектуру билиарной системы печени, а также внепеченочных желчных протоков и желчного пузыря.

Источником опухолей печени могут быть гепатоциты, желчные протоки, эндотелиальная выстилка, купферовские клетки синусоидов и кровеносных сосудов и, редко, перипортальная соединительная ткань и нервные клетки.

Злокачественные опухоли печени

Гепатоцеллюлярный рак — первичная опухоль печени, возникающая в 85% случаев на фоне цирроза печени. Объем поражения может достигать 80% ткани печени. Прорастание крупных ветвей воротной и печеночной вен при данном заболевании отмечено в 65% и 23% соответственно.

УЗИ — чувствительный и необходимый метод диагностики опухоли. УЗИ-признаки ее довольно разнообразны. Выделяют 3 основных типа гепатоцеллюлярных карцином:

- узловой — единичные или множественные, отдельно расположенные очаговые образования;
- диффузный — гепатомегалия с диффузным искажением нормальной внутренней структуры печени. Характерны множественные зоны повышенной эхогенности по всей паренхиме печени;
- смешанный — комбинация узлового и диффузного типов.

Холангиоцеллюлярный рак — опухоль, возникающая из печеночных протоков и составляющая около 10% среди первичных опухолей печени. Она имеет две формы: периферическую и воротную. Макроскопически выделяют два основных типа: диффузно-инфильтративный и полиповидный. По морфологическому строению в большинстве случаев холангиоцеллюлярный рак представлен аденокарциномой.

Ультразвуковые признаки периферической формы холангиоцеллюлярного рака неспецифичны: гипозоногенное либо гиперэхоногенное образование. Опухоль ворот визуализируется с большим трудом.

Ведущим симптомом в диагностике опухолей является дилатация внутрипеченочных желчных протоков проксимальнее обструкции, а чувствительность УЗИ в диагностике расширения желчных протоков составляет более 90%.

Метастазы в печень — наиболее распространенные и клинически значимые очаговые поражения печени. Ультразвуковые признаки метастазов в печень весьма разнообразны.

Существует следующая классификация ультразвуковых моделей метастазов в печень:

1. анэхогенные — встречаются редко, в 5% случаев. Могут имитировать картину простой кисты печени;
2. гипозоногенные (31% случаев);
3. гиперэхоногенные (39%);
4. гиперэхоногенные с гипозоногенным ободком типа «бычий глаз» (4%);
5. гипозоногенные с гиперэхоногенной зоной вокруг типа «мишень» (5%);
6. гиперэхоногенные с акустической тенью (2%);
7. смешанной эхогенности (3%);
8. диффузные (11%).

Разнообразие ультразвуковых признаков метастазов в печень объясняется наличием сосудов, фиброзной ткани, коллагеновых волокон, слизистого компонента, некроза и кровоизлияния.

Доброкачественные опухоли печени

Гемангиома — наиболее частая доброкачественная опухоль печени, встречается в 4–6% наблюдений. Ультразвуковые признаки характерны, но они часто совпадают с ультразвуковой картиной злокачественных опухолей.

Гемангиомы малых размеров имеют четкий контур, однородную гиперэхоногенную структуру, эффект дистального усиления. Гемангиомы больших размеров часто имеют смешанную эхоструктуру, даже могут быть гипозоногенными.

Печеночно-клеточная аденома — четко ограниченная доброкачественная опухоль печени, обычно отделена капсулой от окружающих тканей. Диаметр опухоли может быть различным — от 1 до 20 см. Печеночно-клеточная аденома обычно гипозоногенна и гетерогенна.

Очаговая узловая гиперплазия — более гомогенная, имеет повышенную эхогенность, может иметь «центральный рубец». Диаметр опухоли от 1 до 25 см.

Ультразвуковые признаки печеночно-клеточной аденомы и очаговой узловой гиперплазии достаточно разнообразны.

Кисты печени — классические истинные кисты при УЗИ выглядят как образования с четкими, ровными контурами, с однородным анэхоногенным содержимым и эффектом дистального усиления. Поликистоз печени — наследственное заболевание, в 4 раза чаще

наблюдается у женщин, может сочетаться с поликистозом почек и поджелудочной железы.

У пациентов старше 60 лет кисты встречаются в 3—7% наблюдений, у пациентов, возраст которых не превышает 60 лет, — в 1% случаев.

Среди паразитарных заболеваний следует остановиться на эхинококкозе. Его эхографические признаки variabelны и могут соответствовать как однородному кистозному, так и солидному образованию, напоминающему опухоль. Внутри могут определяться волнистые ленты расслоенной хитиновой оболочки (симптом «водной лилии»). Кроме того, часто отмечается кальцификация фиброзной капсулы. Плотная кальцификация свидетельствует о смерти и неактивном состоянии эхинококка.

Быстрый рост и тяжелый прогноз онкологических заболеваний печени ставят проблему своевременной диагностики опухолей печени в ряд наиболее актуальных.

Комплексная ультразвуковая диагностика очаговых заболеваний печени включает:

- *УЗИ в реальном масштабе времени в В-режиме с оценкой ультразвуковых свойств печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы и селезенки по стандартной методике;*
- *дуплексное сканирование сосудистых структур: воротной, селезеночной, верхней брыжеечной, нижней полой и печеночной вен, чревного ствола, общей печеночной, селезеночной и верхней брыжеечной артерий с качественной и количественной оценкой кровотока;*
- *исследование кровотока внутри и вокруг очагового образования печени с применением цветного доплеровского кодирования в комбинации с импульсной доплерографией.*

Использование только серошкального УЗИ в В-режиме хотя и весьма ценно, но не всегда позволяет с достаточной степенью точности проводить дифференциальную диагностику очаговых образований печени различной природы из-за схожести сонографических признаков.

Кроме того, значение данного метода в изучении абдоминальных сосудов и органной гемодинамики невелико, так как использование УЗИ в В-режиме позволяет оценить состояние сосудистой стенки и визуализировать просвет крупных абдоминальных сосудов, таких как аорта, нижняя полая вена, печеночные вены, артерии и вены воротной системы, но дает очень мало информации о состоянии гемодинамики и направлении кровотока.

Дуплексное сканирование и ЦДК значительно расширяет возможности ультразвуковой диагностики при исследовании сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства, позволяя определять наличие и направление кровотока с качественной и количественной оценкой, а также изучать состояние внутриорганной гемодинамики.

Процесс ангиогенеза в опухоли от начальной стадии до стадии некроза разделяется на 4 стадии. В течение I и II стадий происходит увеличение длины и диаметра капилляров, а также степени их ветвления. В конце II стадии объем сосудов достигает 50%. В конце III и IV стадии объем сосудов быстро снижается до нуля. Процесс васкуляризации однотипен вне зависимости от вида опухоли, а возникновение мало- и бессосудистых областей — неизбежное следствие специфической опухолевой васкуляризации.

Установлено, что существует значимое увеличение диаметра и объемной скорости кровотока в общей печеночной артерии у пациентов со злокачественными опухолями по сравнению с величинами этих показателей у больных с доброкачественными очаговыми образованиями печени.

Имеет место увеличение диаметра и объемной скорости кровотока в чревном стволе и селезеночной артерии у пациентов с первичными злокачественными опухолями по сравнению с доброкачественными.

Не существует значимых отличий величины диаметра и параметров гемодинамики при метастазах и доброкачественных опухолях при оценке кровотока в венах воротной системы кровообращения.

Оценка качественных параметров спектра доплеровского сдвига частот артерий и вен, формирующих портальную систему кровообращения свидетельствует, что каждый из сосудов имеет характерные особенности, отражающие потребности кровоснабжаемого органа.

1. При первичных опухолях печени увеличивается объемная скорость кровотока в чревном стволе, общей печеночной и селезеночной артериях, а также в воротной и селезеночной венах.

2. При метастазах в печень увеличивается объемная скорость кровотока в общей печеночной артерии.

3. При доброкачественных образованиях нет достоверных отличий диаметров и параметров гемодинамики в сосудах системы воротной вены.

4. Высокая степень кровообращения характерна для злокачественных опухолей, умеренная степень васкуляризации — для доброкачественных.

5. Выделены три уровня гемодинамики, соответствующие степени сосудистой перестройки, свойственные доброкачественным опухолям, метастазам в печень и первичным злокачественным новообразованиям:

- *минимальный уровень, находящийся в координатах (0—490; 0—110), соответствует 77% доброкачественных очаговых образований;*
- *средний уровень (0—490; 110—300) — большинству метастазов в печень;*
- *максимальный уровень (490—800; 110--300) — первичным злокачественным опухолям.*

Практические рекомендации

1. Для дифференциальной диагностики очаговых образований печени целесообразно проводить анализ количественных и качественных параметров гемодинамики сосудов портальной системы кровообращения, балльную оценку состояния гемодинамики и внутриорганного кровотока.

2. При подозрении на нарушение проходимости абдоминальных сосудов целесообразно использовать импульсную доплерографию. Полный тромбоз характеризуется отсутствием отраженных доплеровских сигналов как в режиме цветного доплеровского картирования, так и импульсной доплерографии, а также повышением экзогенности просвета сосуда. Экстравазальная компрессия проявляется увеличением максимальной линейной скорости и турбулентным спектром кровотока.

3. Регистрация турбулентного кровотока в артериях портальной системы кровообращения или вокруг опухоли увеличивает вероятность наличия злокачественного новообразования печени.

4. Значение индекса периферического сопротивления в сосудах, находящихся внутри опухоли, не имеет

практического значения в дифференциальной диагностике очаговых образований печени.

5. Отсутствие кровотока внутри очагового образования размером менее 3 см или в опухоли большего размера, но располагающейся в заднем секторе правой доли, не исключает наличия злокачественного новообразования и является показанием к пункционной биопсии.

Выводы

• Комплексное ультразвуковое исследование позволяет выделить три уровня перестройки гемодинамики в сосудах, формирующих портальную систему кровообращения, соответствующих первичным злокачественным опухолям, метастазам в печень и доброкачественным объемным образованиям печени.

- Комплексное ультразвуковое исследование дает возможность диагностировать наличие, локализацию и степень сдавления артерий и вен портальной системы, а также оценить их гемодинамическую значимость при очаговых поражениях печени.
- Комплексное ультразвуковое исследование позволяет неинвазивно оценить сосудистый рисунок объемного образования и судить о характере и степени его васкуляризации.
- Комплексное ультразвуковое исследование дает возможность более объективно, по сравнению с УЗИ в В-режиме, дифференцировать очаговые поражения печени различной природы.

Сканеры УЗИ "РАСКАН"

Полностью цифровая обработка
Высокая плотность лучей



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

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



РЕКЛАМА

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

Дневной стационар — ресурсосберегающая форма стационарзамещающих технологий

Кутузова Е. А., зам. начальника поликлиники по медчасти; Антипова Е. В., зав. госпитальным отделением; Ширенко О. Е., врач-терапевт госпитального отделения ФГУ «629 КДП СКВО» МО РФ, г. Ростов-на-Дону

Основные направления развития российского здравоохранения в ближней и среднесрочной перспективе касаются формирования ресурсосберегающей и высокотехнологичной его модели, достижения положительных результатов в качестве оказания медицинской помощи, повышения эффективности работы лечебно-профилактических учреждений и улучшения состояния общественного здоровья.

В РФ в настоящее время проводится структурная реформа отрасли, которая ставит две основные задачи: выполнение государственных гарантий населению по оказанию медицинской помощи в необходимом объеме с высоким уровнем качества и повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения.

Современная медицина приобретает черты хорошо отлаженного технологического процесса. Одной из составляющих медицинских технологий является

стационарзамещающая помощь, в частности — организация дневных стационаров, способных обеспечить должное качество лечения больных при меньших затратах.

В соответствии с планом мероприятий по реализации «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 05.11.1997 №0387 на 2001—2005 и на период до 2010 года, актуальной задачей отрасли является обеспечение максимальной доступности стационарной помощи населению за счет широкого внедрения в практику малозатратных технологий и развитие стационарзамещающих форм организации медицинской помощи.

Одним из возможных и наиболее эффективным источником ресурсосберегающих стационарзамещающих технологий являются дневные стационары. Они представляют собой структурные подразделения лечебно-профилактических учреждений и могут быть образованы

как в амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных учреждениях здравоохранения. Предпосылками для их создания послужили ограниченные финансовые средства, выделяемые на здравоохранение, и при этом удорожание стационарного этапа медицинской помощи; необходимость применения на поликлиническом уровне методов диагностики и лечения, не укладывающихся в рамки амбулаторной помощи; отказ некоторых пациентов от госпитализации по семейным и другим обстоятельствам.

История развития дневных стационаров имеет глубокие корни. Еще в XIX веке С. С. Корсаков подчеркивал необходимость ознакомления психиатров с официальным положением об обслуживании больных как в стационарных условиях, так и вне их. По его мнению, только каждый восьмой психически больной нуждался в стационарной помощи. Идея экстрамурального содержания больных в 70-х годах XIX века привела к созданию стихийно возникшего психиатрического патронажа, а прибольничный семейный патронаж ввел Н. Н. Баженов в Рязани в 1886 году.

Первые дневные стационары в России были открыты более 70 лет назад, в 30-е годы XX века, в Московской психоневрологической больнице им. П. Б. Ганнушкина. В 1937 году в Москве функционировали уже 3 подобных учреждения. В дальнейшем такая форма оказания медицинской помощи стала появляться и в других областях медицины.

Сегодня в стране успешно работают дневные стационары терапевтического, неврологического, педиатрического, гинекологического и узкоспециализированного профилей. Анализ основных показателей деятельности дневных стационаров показал их экономическую эффективность: количество пролеченных больных в 1,5—3 раза больше за счет работы в две смены, а стоимость койко-дня в 5 раз меньше, чем при круглосуточном стационарном лечении.

Из всех пролеченных больных в дневных стационарах 45,2% составляют больные с патологией сердечно-сосудистой системы, 12,5% приходится на болезни органов дыхания, 9,9% — патологию системы пищеварения; на долю больных с заболеваниями и последствиями травм опорно-двигательного аппарата приходится менее 5%.

За рубежом стационарзамещающая медицинская помощь представлена центрами дневной помощи и однодневными больницами, вечерними и ночными стационарами, «уик-энд» стационарами (выходного дня), центрами амбулаторной помощи на дому и т. п.

За границей первые дневные стационары появились в Оксфорде (Великобритания) в 1956 году. Особенно были популярны дневные реабилитационные центры для неврологических больных, впрочем, как и в США, и в Канаде.

В начале 90-х годов прошлого века стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи были узаконены во Франции, Испании, Германии. В настоящее

время в странах Западной Европы существует широкая сеть геронтологических дневных стационаров.

Появление и быстрое развитие дневных стационаров в европейских странах было связано с известными реформами психиатрической помощи, которые проводились в прошлом столетии в направлении усовершенствования внебольничного ее сектора. Организация таких стационаров с самого начала предусматривала различные их функции и профилизацию в соответствии с региональными особенностями отдельных стран.

В Германии 37% дневных стационаров оказывают преимущественно психотерапевтическую помощь, 33% являются альтернативой обычным больницам и осуществляют кризисные вмешательства и 30% в своей работе преследуют в основном реабилитационные цели. Для этой страны также характерно создание широкой сети педиатрических дневных стационаров.

Лидирующее положение в стационарзамещающей психиатрической помощи занимает Австралия.

Основная часть оказания медицинской помощи в Китае традиционно практически не связана с постоянным присутствием пациентов в стационаре лечебных учреждений. По китайским медицинским канонам обстановка при проведении лечения имеет исключительное значение и нахождение больного в больничной палате без крайней необходимости не создает необходимых условий для эффективного лечения.

Использование для лечения хирургических больных дневных стационаров отнесено к началу XX века. Николь (1909) одним из первых подверг сомнению устоявшееся правило, что пациентам после операции требуется длительный постельный режим.

В течение последующих десятилетий хирурги США и Великобритании неоднократно доказывали отрицательное влияние длительного постельного режима на венозное кровообращение и сообщали, что при выписке на первый день бывает меньше послеоперационных осложнений. Однако большинство врачей было против широкого использования «хирургии дневного стационара» почти до 50-х годов.

Во второй половине XX века в мировой врачебной практике изменилось отношение к данной методике. Впервые термин «однодневная хирургия» был применен в 1964 году Лурье, который успешно использовал данную технологию в течение многих лет. Швейцарский ученый Мюллер в 1957 году первым стал проводить флебэктомию по методике «хирургия одного дня» в амбулаторных условиях. По его мнению, амбулаторное хирургическое лечение варикозной болезни «безопасно, экономично, эстетично и радикально». В США в 1968 году Дорнетт, оценив преимущества лечения пациентов по методике «хирургия дневного стационара», предложил открыть независимый центр амбулаторной хирургии. Идея воплотилась в жизнь в 1970 году докторами Ридом и Фордом. За год в их центре было проведено 5700 плановых операций с благополучным исходом.

Широкое использование дневных стационаров одного дня на национальном уровне высвобождает

значительные средства, которые вполне могут быть направлены на дальнейшее финансирование хирургической службы. Годовая экономия денежных средств на национальном уровне привела к годовой экономии в Канаде в 1975 году 299 млн долл. (Shan C.P., 1980), в США в 1977 — 774 млн долл. (Marks S.D., 1980), в Великобритании в 1986 году — 50 млн ф.ст. (Simpson B., 1986).

К странам с недостаточной развитостью стационарзамещающих технологий относятся страны Восточной Европы и Швейцария.

В комплексе мероприятий по повышению уровня стационарзамещающей медицинской помощи, рационального использования коечного фонда госпиталей и интенсификации лечебно-диагностического процесса получили развитие такие формы и методы организации работ, как лечение в дневных стационарах (госпитальных отделениях) поликлиник. Это одна из новых, передовых форм оказания медицинской помощи населению.

Стационарзамещающие технологии — основа реформирования лечебно-диагностического процесса военного здравоохранения.

Одной из серьезных проблем практического здравоохранения является низкая эффективность использования ресурсной базы. Основная причина — многолетняя ориентация на дорогостоящую стационарную медицинскую помощь. Поэтому главным в реформировании здравоохранения является переориентация основных усилий с госпитального этапа на амбулаторный при повышении качества оказания медицинской помощи и снижении ее затрат.

До середины 90-х годов наряду с теоретическими признаниями, что амбулаторно-поликлиническое обслуживание является ведущим и самым массовым видом медицинской помощи, и что в поликлиниках начинают и заканчивают лечение 80% населения, основное внимание как в гражданском, так и в военном здравоохранении уделялось приоритетному развитию стационарной помощи, на совершенствование которой выделялось до 80% финансовых и материально-технических ресурсов.

С начала 90-х годов в печати шла дискуссия о направлении развития амбулаторно-поликлинической помощи и стационарзамещающих технологий в военной медицине. Начиная с 1996 года, в перспективах развития службы приоритет отдается амбулаторно-поликлиническому звену. Проблема внестационарных форм медицинского обеспечения исследуется организаторами здравоохранения и обсуждается не только экономическая, но и медико-социальная эффективность стационарзамещающих технологий.

Говоря о развитии стационарзамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению, специалисты здравоохранения ориентируются в основном на дневные стационары.

В концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ с 1997 года предусматривается проведение реструктуризации стационарной помощи с одновременным развитием амбулаторно-поликлинических

учреждений с созданием в них дневных стационаров и стационаров на дому. Определенный опыт работы дневных стационаров показывает высокую эффективность данной формы организации лечения. От 20 до 50% больных, находящихся на стационарном лечении, могут получать помощь в поликлинических условиях. А суммарная стоимость оказания специализированной помощи в поликлиниках в 5—6,5 раз ниже, чем в стационарах.

Выполнение задач по совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи и внедрению стационарзамещающих технологий осуществляется в 2 этапа.

На первом этапе необходимо установить категорию пациентов, помощь которым может быть оказана в поликлинических условиях. Эта работа должна проводиться в структурах, отвечающих за направление больных на стационарное лечение. Например, можно снять с госпитализации конкретные нозологические формы по мере ликвидации причин, препятствующих лечению данных больных в поликлинических условиях. При этом учитываются возможности дневного стационара и стационара на дому.

Цель второго этапа — снятие с госпитального лечения части пациентов, ранее считавшихся стационарными больными. Это самый сложный и затратный этап, так как необходимо, не снижая качества лечебно-диагностической работы в госпитальном звене, поднять ее уровень в амбулаторном. Поэтому в начале 2 этапа могут быть затронуты лечебно-поликлинические учреждения, предоставляющие высококвалифицированную помощь (крупные поликлиники, консультативно-диагностические центры).

Немаловажное значение в реализации задач по переносу усилий с госпитального на амбулаторный этап имеет межучрежденческая интеграция.

Объединение применяемых технологий в одной территориальной системе в целях повышения качества лечебно-диагностической работы особенно актуально в современных условиях финансирования и реформирования военно-медицинской службы.

Дневные стационары организуются на базе крупных поликлиник (гарнизонных, окружных, центральных) с целью приближения медицинской помощи к больным, расширения ее объема на догоспитальном этапе, более раннего проведения назначенного лечения, рационального использования коечного фонда госпиталей и экономии материальных средств.

Основные задачи, которые ставятся перед госпитальным отделением 629 КДП СКВО:

- активное плановое оздоровление диспансерной группы больных, в том числе длительно и часто болеющих лиц, проведение им лечебных мероприятий, которые ранее проводились только в условиях стационарных отделений госпиталей;
- высвобождение коечного фонда госпиталя для лечения более тяжелых больных;

- продолжение лечения больных после интенсивного лечения в стационаре;
- сокращение сроков временной нетрудоспособности при лечении некоторых заболеваний в амбулаторных условиях;
- эффективное использование комплексных методов активного лечения больных и оздоровительных мероприятий (медикаментозное, физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, водолечение, психотерапия);
- оказание медицинской помощи больным, у которых во время посещения поликлиники возникли неотложные состояния, с последующим решением вопроса о продолжении и месте лечения (амбулаторное, стационар на дому, госпиталь);
- проведение дополнительных диагностических исследований, требующих специальной подготовки;
- наблюдение за пациентами после проведения амбулаторных лечебно-диагностических манипуляций, операций и т. д.

В центральных, окружных и крупных гарнизонных поликлиниках госпитальное отделение является штатным лечебно-диагностическим подразделением поликлиники, в других поликлиниках — нештатным и формируется за счет внутренних резервов учреждения.

Госпитальное отделение должно оказывать квалифицированную и специализированную (хирургическую, терапевтическую, неврологическую и т. д.) медицинскую помощь военнослужащим и членам их семей; гражданскому персоналу и пенсионерам МО РФ; прочим контингентам больных, страдающих острыми и хроническими заболеваниями, не требующими круглосуточного наблюдения.

Коечная емкость госпитального отделения определяется возможностями конкретной поликлиники и может варьировать, как правило, от 5 до 20 коек.

Дневной стационар 629 КДП СКВО начал функционировать в 1992 году, имея в штате 6 коек. Во вновь построенной поликлинике с 1996 года начало функционировать госпитальное отделение на 10 коек, соответствующее всем требованиям, предъявляемым к дневному стационару. С 1997 года реальная коечная емкость отделения увеличена до 25 коек (по штату — 10). Штат госпитального отделения с 1997 года на 10 коек: заведующий отделением (врач — терапевт), ординатор (врач — терапевт), старшая медсестра, 2 палатные медсестры, младшая медсестра по уходу за больными, санитарка.

В 2009 году всего пролечено 893 человека (в 2008 — 956, в 2007 — 809). Контингент больных, пролеченных в дневном стационаре в 2009 году, составил: военнослужащие контрактной службы — 242 человека, пенсионеры МО РФ — 447, члены семей военнослужащих и пенсионеров МО РФ — 194, прочие — 10 человек.

Доля больных в 2009 году составила: терапевтического профиля — 55,4% (в 2008 — 48,8%), хирургического — 27,3% (в 2008 — 36,4%), неврологического — 17,3% (в 2008 — 14,8%).

В 2009 году в дневном стационаре среди больных хирургического профиля наблюдались после амбулаторных операций 180 человек (в 2008 — 289), 64 человека получали консервативную терапию. С лор-патологией — 30 (2008 — 24), гинекологического профиля — 17 (2008 — 20), офтальмологического — 3 (2008 — 6), общехирургического — 14 (в 2008 — 8).

Медицинская помощь в дневном стационаре оказывается в полном объеме. Средний койко-день в 2009 году составил 8,8, в 2008 — 7,9, в 2007 — 8,5 в целом по дневному стационару. Использование штатной (плановой) коечной мощности в 2009 году составило 317,7%, в 2008 — 321,3%, в 2007 — 273,4%. Использование фактической коечной мощности составило в 2009 году 127%.

Исходы заболеваний:

- выздоровление: 2009 год — 1 человек (0,1%), 2008 — нет, 2007 — 1 (0,15%);
- улучшение: 2009 год — 877 человек (98,25%), 2008 — 948 (99,2%), 2007 — 780 (96,4%);
- без перемен: 2009 год — 13 человек (1,45%), 2008 — 5 (0,5%), 2007 — 21 (2,6%);
- ухудшение: 2009 год — 2 человека (0,2%), 2008 — 3 (0,3%), 2007 — 1 (0,15%). Все больные с ухудшением состояния переведены в госпиталь.

Работа госпитального отделения 629 КДП позволяет повысить уровень амбулаторно-поликлинической помощи, способствует высвобождению коечного фонда госпиталя, являясь экономически менее затратной формой.

Даже эти скромные показатели несомненно позволили снизить нагрузку на некоторые отделения 1602 ОВКГ, то есть сделать шаг вперед в «переносе тяжести» с госпитального звена на поликлиническое.

Лечение в дневном стационаре дает определенные преимущества и для пациентов: сокращение сроков диагностических мероприятий, пребывание большую часть суток дома, в семье; исключение стрессовой ситуации, связанной с госпитализацией в обычные стационары; подбор медикаментозной терапии на фоне обычного ритма жизни, не требующей дальнейшей адаптации; возможность получения инфузионной комплексной терапии.

В заключение хочется еще раз подчеркнуть, что в реорганизации амбулаторно-поликлинической помощи, столь актуальной на сегодняшний день, дневной стационар является одной из стационарзамещающих технологий, которая оправдывает себя на практике и приносит значительный экономический эффект.

Необходимо дальнейшее наращивание усилий в развитии стационарзамещающих технологий в нашей стране, — как экономически, так и социально оправданного направления оказания медицинской помощи населению.

Комфорт и безопасность врача и пациента

*Кочетков А.Е., управляющий маркетингом и коммерцией
ООО «Гекса — нетканые материалы», г. Москва; Корзюк А.И., директор ростовского
представительства ООО «ТД Гекса-Юг», г. Ростов-на-Дону*

Приходя на прием к врачу, каждый пациент рассчитывает получить не только качественное лечение или обследование, но и уверенность в безопасности собственного здоровья. При этом и врач должен быть максимально гарантирован во время своей нелегкой работы от инфицирования пациентом.

Давно известно, что одним из наиболее эффективных и экономичных способов защиты от распространения инфекций является одноразовый медицинский инструмент, а также одноразовые одежда и белье. Конечно, только в том случае, если все эти изделия произведены и поставлены в медицинское учреждение проверенной компанией с высоким уровнем ответственности перед своими клиентами и столь же высоким уровнем контроля качества своей продукции.

Одной из таких компаний является ООО «Гекса — нетканые материалы». Более чем 11-летний опыт работы в производстве одноразовой медицинской одежды и белья, собственное производство сырья, опытный персонал, автоматизированные производственные линии, постоянный контроль качества, — все это позволяет компании «Гекса — нетканые материалы» поставлять в медицинские учреждения РФ и ближнего зарубежья проверенную временем продукцию высокого качества по доступным ценам. Подтверждением высокого статуса компании и ее собственной торговой марки **Иволга™**, несомненно, является то, что с 2009 года ООО «Гекса — нетканые материалы» является официальным поставщиком Минздрава РФ.

Постоянный контакт со своими клиентами, понимание потребностей врачей в той или иной одноразовой продукции позволяют компании расширять свой ассортимент и становиться все более надежным и удобным партнером для большинства ЛПУ и оптовых компаний различных уровней. Для сокращения сроков поставки продукции в ЛПУ компания открывает в различных городах региональные Торговые дома и представительства с постоянным складским запасом наиболее востребованных видов одноразовой медицинской одежды

и белья под торговой маркой **Иволга™**. Например, в Ростове-на-Дону региональное представительство компании работает уже более 4-х лет. За это время многие ЛПУ и оптовые компании всех регионов ЮФО и СКФО смогли оценить удобство работы с региональным Торговым Домом «Гекса-Юг» и качество продукции **Иволга™**, такой как:

- 6 видов стерильных акушерских наборов для рожениц,
- 4 вида стерильных хирургических наборов для акушеров и оперирующих хирургов,
- 2 вида стерильных наборов для ограничения операционного поля,
- 2 вида стерильных простыней для офтальмологических операций,
- стерильный комплект для Кесарева сечения
- большое разнообразие других видов одноразового белья, всего более 60 наименований.

В 2010 году компания ООО «Гекса — нетканые материалы» предлагает своим клиентам обновленный стерильный одноразовый смотровой гинекологический набор в комплекте с зеркалом Куско и универсальным инструментом для забора анализов — ложкой Фолькманна, совмещенной со шпателем Эйра. Данный набор максимально удобен для использования врачом, а пациентке позволит чувствовать себя комфортно и защищенно. Смотровой набор предполагается поставлять не только в ЛПУ, но и в аптечные сети города и области, что позволит пациенткам самим позаботиться о своем здоровье, приобретая в аптеках высококачественный продукт, гарантирующий стерильность осмотра.

Как и вся остальная продукция **Иволга™** от компании ООО «Гекса — нетканые материалы», данный набор имеет все необходимые сертификаты и регистрацию в Минздраве РФ.

**Подробную информацию о продукции Иволга™
от компании ООО «Гекса — нетканые материалы» вы можете получить у менеджеров
ростовского представительства ООО «ТД Гекса-Юг»
по тел.: (863) 223-05-66, 223-06-36,
или на нашем сайте www.gexa.ru**

Стерилизаторы «Фармстандарт» — взгляд в будущее

Пресс-служба ОАО «Фармстандарт», г. Москва

Оставаясь верной одному из своих основополагающих принципов: «Скорейшее внедрение новых разработок в области медицины», компания «Фармстандарт» — лидер отечественной медицинской и фармацевтической промышленности, предлагает вашему вниманию новинку парового стерилизационного оборудования — автоматическую форвакуумную модель ГПД-750 проходного типа со шторными (слайдовыми) дверями.

Обладая всеми преимуществами своего модельного ряда, в настоящее время представленного стерилизаторами ГПД-400-3 и ГПД-560-3: шторными вертикально скользящими дверями; автоматическим микропроцессорным управлением; мощной вакуумной системой, позволяющей производить принудительное удаление воздуха из стерилизационной камеры методом пульсирующей откачки, а также вакуумную сушку простерилизованных ИМН; устройствами для документирования и регистрации параметров стерилизации; системой безопасности; функциями самодиагностики и тестирования; возможностью валидации, ГПД-750 обладает рядом особенностей, которые обеспечивают пользователям дополнительную надежность, безопасность, удобство и комфорт в эксплуатации и обслуживании. Некоторые решения, реализованные в данной модели, не имеют аналогов даже среди изделий зарубежного производства.

- *Левое и правое исполнение стерилизатора с зеркальным расположением агрегатов, а также 3 зоны обслуживания (передняя, задняя, боковая) позволяют пользователю располагать 2 стерилизатора вплотную друг к другу. Это экономит пространство и позволяет устанавливать стерилизаторы в условиях ограниченных площадей.*
- *Обновленная система автоматического управления на современной элементной базе обеспечивает высокую надежность и безотказность работы стерилизатора.*
- *Современный сенсорный пульт управления с жидкокристаллическим дисплеем 5,7" служит для ввода параметров стерилизации и отображения самого процесса, а также обеспечивает наглядность и информативность управления. В отличие от обычного пульта с ограниченным количеством кнопок он дает возможность программировать на каждое действие отдельную кнопку.*
- *10 режимов работы стерилизатора обеспечивают пользователю свободу выбора и дают возможность подобрать соответствующий режим стерилизации с необходимой температурой и временем для различных ИМН, а также для растворов; задать параметры сушки, провести тестирование и диагностику работы стерилизатора. Стандартные режимы утверждены Минздравом РФ, свободно программируемые, имеют диапазон температур 110—135°C и времени 1—255 минут.*
- *Малогабаритный русифицированный принтер выводит на печать все параметры текущего цикла*

и его результат. Пользователь всегда может быть уверен в том, что при проведении проверки результаты стерилизации каждой конкретной партии ИМН будут документально подтверждены.

- *Система утилизации тепла снижает энергопотребление и водопотребление стерилизатора на 40—50%. Система позволяет производить подпитку парогенератора нагретой водой в любой момент работы при сохранении постоянства давления и температуры.*
- *Система автоматической самоочистки парогенератора позволяет использовать для работы ГПД-750 водопроводную воду обычного питьевого качества. При этом в парогенераторе и на датчиках не образуется никаких загрязнений и отложений, что значительно увеличивает срок их эксплуатации и обеспечивает надежность и безопасность работы оборудования в целом. Данная система очень эффективна в случаях, когда у пользователя нет возможности обеспечить стерилизатор дистиллированной водой.*
- *Дегазация исходной воды, происходящая при помощи системы утилизации тепла, снижает энергопотребление, повышает надежность и значительно улучшает стерилизующий эффект. Исходная вода содержит множество растворенных газов (кислород, углекислый газ, аммиак, хлор и т. д.), которые вместе с паром попадают в стерилизационную камеру. Так как все эти газы имеют низкую теплоемкость и теплопроводность, они снижают эффективность замещения воздуха паром и прогрева стерилизуемых ИМН.*
- *Уменьшение размера парогенератора позволяет снизить энергопотребление и время выхода на режим стерилизации. Водяной насос парогенератора выполнен из нержавеющей стали, что повышает надежность его работы и срок эксплуатации.*
- *Усовершенствование пневматического привода дверей позволяет увеличить срок службы прокладок и повысить надежность работы дверей.*

Стерилизатор ГПД-750 соответствует всем требованиям стандарта ГОСТ Р 51935—2002 (EN 285—96) на большие паровые стерилизаторы. Система менеджмента качества завода-производителя — ОАО «Тюменский завод медицинского оборудования и инструментов» — сертифицирована на соответствие Международным стандартам качества ISO 9001:2000 и ISO 13485:2003.

В настоящее время стерилизатор ГПД-750 проходит процедуру регистрации и поступит в серийное производство в начале 2010 года.

Приглашаем вас к сотрудничеству!

Стерилизатор паровой ГПД-400-3



ОАО «Фармстандарт»

Тел.: (495) 970-00-30(31) доб. 2024
Факс: (495) 970-00-30(31) доб. 2110
E-mail: info3@pharmstd.ru
www.tzmoi.ru



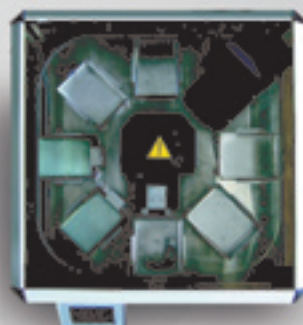
ВСЕ ДЛЯ СКРИНИНГА ГЕМОСТАЗА
 МОСКВА, 129626, просп. Мура, 102; т./ф. (495) 687-9313, 687-9314
 emco@bk.ru, <http://www.coagulometer.ru>, <http://www.stainer.ru>
ПРИБОРЫ ДЛЯ ОКРАСКИ МАЗКОВ

Рис. 1



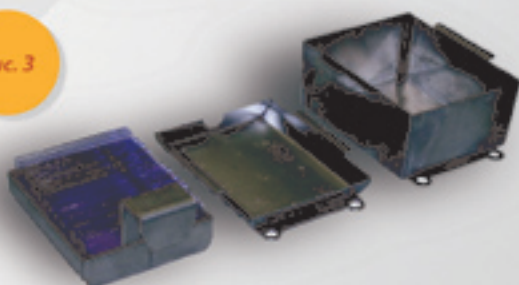
Внешний вид автомата окраски мазков АФОМК8-Г-01

Рис. 2.



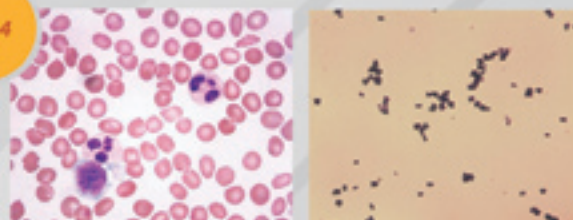
Рабочая камера автомата окраски мазков АФОМК8-Г-01 с установленными ваннами, поддонами, штативами, в центре – манипулятор для перемещения штативов (крышка открыта, не показана)

Рис. 3



Принадлежности автомата окраски мазков АФОМК8-Г-01, слева направо: штатив со стеклами, поддон, ванна.

Рис. 4



Микрофотографии препаратов, окрашенных с помощью автомата АФОМК8-Г-01, слева – мазок крови, окрашенный по Паппенгейму, справа – *Staphylococcus aureus*, окраска по Грамму.

РЕКЛАМА

ЗАО «АМТЕО М» более 20 лет поставляет оборудование, реагенты и расходные материалы для лабораторий.

Мы являемся официальным дистрибьютором компании OLYMPUS, предлагающей современные, высококлассные, надежные и удобные в работе микроскопы, обладающие превосходной эргономикой, с широкими возможностями комплектации, что позволяет решать задачи различной сложности

Прямые микроскопы

Микроскопы OLYMPUS Серия CX2 — для обучающего процесса и рутинных лабораторных работ в медицине и биологии
 Микроскопы OLYMPUS Серия BX2 — для лабораторных и исследовательских работ

Инвертированные микроскопы

Микроскопы OLYMPUS Серия CXX — для рутинных лабораторных работ
 Микроскопы OLYMPUS Серия IX — для лабораторных и исследовательских работ

Стереомикроскопы

Микроскопы OLYMPUS Серия SZ2 — для обучающего процесса и рутинных лабораторных работ в медицине и биологии
 Микроскопы OLYMPUS Серия SZX2 — для лабораторных и исследовательских работ

Системы фотодокументирования и программное обеспечение

Также мы предлагаем:

- иммерсионное масло, лампы для микроскопов, средства для ухода за оптикой
- реагенты для иммуногистохимии и молекулярной диагностики (экологичный дистрибьютор компании Dako, Дания)
- оборудование и расходные материалы для гистологии (Leica, Германия)
- Биохимические анализаторы и расходные материалы Konelab (Thermo Fisher, Финляндия)
- Реагенты (Roche, Швейцария)
- предметные и покровные стекла отечественного и импортного производства (Menzel, Германия)
- лабораторную посуду производства России и Чехии
- системы водоподготовки



Лицензированный сервис-центр производит монтаж, пуско-наладку, бесплатное обслуживание поставляемого оборудования в течение гарантийного срока, ремонт имеющихся у вас приборов и обучение персонала. Специалисты сервис-центра выезжают в любую точку России.

Тел: (495) 921-35-78,
www.amteo.ru, e-mail: info@amteo.ru

РЕКЛАМА

Автоматы окраски мазков ЭМКОСТЕЙНЕР-AВТО (АФОМК8-Г-01, АФОМК8-В-01) Технические характеристики и технологические возможности

Безруков А. В., Беланов М. Е., Бухаров Г. А., Разнатовский Ю. М., ООО «ЭМКО», г. Москва

Морфологический анализ окрашенных препаратов — один из основных инструментов диагностики. Для повышения производительности работы, обеспечения однотипных результатов окраски препаратов с высоким качеством, для обеспечения безопасности работы лаборантов целесообразно применение автоматического окрашивания.

Автоматы ЭМКОСТЕЙНЕР-AВТО проводят окраску мазков групповым методом с размещением предметных стекол с мазками в штативах с горизонтальным (АФОМК8-Г-01) или вертикальным (АФОМК8-В-01) расположением стекол. В рабочей камере автоматов 8 станций, расположенных по кругу (Станциями называются участки рабочего стола, оснащенные средствами позиционирования, предназначенные для размещения поддонов, ванн с технологическими жидкостями и штативов со стеклами).

Окрашивание мазков в автоматах производится путем последовательного программируемого перемещения штативов с предметными стеклами из исходных парковочных станций с поддонами, куда штативы со стеклами помещаются лаборантом, в технологические станции, где находятся ванны и проводится обработка препаратов (фиксация, окраска, промывка, сушка и пр.) в соответствии с заданной технологической программой. Перемещение штативов осуществляется манипулятором с шаговыми приводами. После осуществления всех запрограммированных технологических обработок штативы с обработанными стеклами возвращаются в исходную парковочную станцию. Автоматическое программированное перемещение штативов между ваннами дает возможность проводить технологические обработки с точным соблюдением временных интервалов, единообразно от раза к разу. Замкнутая вентилируемая рабочая камера автомата обеспечивает высокую безопасность работы. Из восьми имеющихся станций две — специализированные: станция №1 используется для сушки стекол, на станции №2, как правило, размещается проточная ванна для промывки. Все станции, включая станцию сушки, комбинированные (могут использоваться как для технологических операций, так и для загрузки штативов). Ванны, штативы и поверхность стола рабочей камеры изготовлены из нержавеющей стали. Сушка стекол осуществляется в потоке воздуха, температура воздуха может программироваться. Для промывки может использоваться ванна с проточной водой. Имеется возможность загрузки штативов со стеклами во время проведения окраски. Кинематическая схема манипулятора обеспечивает при вынимании штатива из ванны не только его подъем, но и наклон для более эффективного

слива технологической жидкости. Управление и программирование осуществляется с помощью блока управления с сенсорным экраном. В процессе выполнения технологической программы состояние станций и ход технологической обработки отображаются на сенсорном экране и мнемоническом светодиодном табло. Возможно программирование технологического процесса до 19 шагов, запоминание 20 технологических программ и 50 названий технологических жидкостей, ввод цифровой и буквенной информации.

Автоматы АФОМК8-Г-01 и АФОМК8-В-01 отличаются расположением предметных стекол в штативах и габаритными размерами.

АФОМК8-Г-01 — с горизонтальным расположением стекол в штативах. Штативы, ванны и поддоны рассчитаны на 25 или на 10 стекол. Габариты автомата — 600х535х340 мм (рис. 1, 2, 3).

АФОМК8-В-01 — с вертикальным расположением стекол в штативах. Штативы, ванны и поддоны рассчитаны на 50 или на 25 стекол. Габариты автомата — 600х535х400 мм.

Принципы работы и особенности функционирования автомата

После установки штатива на свободный поддон автомат определяет появление штатива с помощью датчика присутствия. После закрывания крышки автомата начинается обработка штатива (штативов). Манипулятор автомата переносит штатив из ванны в ванну согласно заданной программе. Ванны должны быть заполнены технологическими жидкостями в соответствии с выбранной программой. Завершает технологический процесс окрашивания сушка в потоке теплого воздуха и возврат штатива со стеклами на исходный поддон (станция парковки).

Работа автомата может быть кратковременно приостановлена нажатием кнопки «СТОП» на сенсорном дисплее, обработанные штативы можно вынуть, а на их место поставить необработанные. Движение манипулятора автоматически приостанавливается и при открывании крышки рабочей камеры. После закрывания крышки (нажатия кнопки «ПУСК») движение манипулятора возобновляется. Рабочая камера вентилируется, что предотвращает попадание вредных веществ в воздух лаборатории. При резком повышении температуры воздуха в рабочей камере срабатывает противопожарная блокировка вентиляции и отключение нагревателя станции сушки.

В зависимости от применяемой методики можно использовать различное количество поддонов и ванн. Так,

например, возможно выполнение простейшей методики с 3 ваннами: для фиксатора, краски и промывки. В этом случае для размещения штативов будет зарезервировано 4 поддона, то есть одновременно можно будет загрузить 4 штатива со стеклами.

С другой стороны, при использовании сложной методики возможно использование до 7 станций под ванны с технологическими жидкостями, в этом случае загрузка штатива осуществляется в станцию сушки (№1).

Режимы движения и параметры технологических обработок

Важной особенностью автоматов является возможность программирования режимов движения и обработки. Могут использоваться следующие режимы.

ВЫДЕРЖКА — штатив со стеклами опускается в ванну, осуществляется 3 возвратно-поступательных движения вверх-вниз в технологической жидкости для ополаскивания стекол (замещение слоя технологической жидкости из предыдущей ванны) и после этого выдерживается в ванне заданное время.

По прошествии заданного времени штатив медленно вынимается из жидкости, затем резко поднимается в верхнее положение. В этом положении штатив наклонен, что облегчает стекание с него технологической жидкости. В верхнем положении осуществляется **ЗАДЕРЖКА**, длительность которой программируется. Далее осуществляется однократное встряхивание, после чего штатив перемещается в следующую по программе станцию.

При установке длительности **ВЫДЕРЖКИ** 0000 (0 секунд) возвратно-поступательные движения при погружении не производятся. Длительность выдержки устанавливается в пределах 0 секунд — 99 минут 59 секунд.

АКТИВАЦИЯ — режим отличается от режима **ВЫДЕРЖКА** тем, что осуществляется периодическое возвратно-поступательное движение штатива со стеклами вверх-вниз в технологической жидкости. Интервал между возвратно-поступательными движениями (активацией) программируется в пределах 0—99 секунд.

ОКУНАНИЕ. Штатив со стеклами опускается в ванну, затем сразу вынимается из технологической жидкости и поднимается в верхнее положение, затем снова опускается в ванну и т. д., до окончания установленного количества циклов.

По окончании вынимание штатива осуществляется аналогично режиму **ВЫДЕРЖКА** с возможностью программирования задержки штатива в верхнем положении. В режиме **ОКУНАНИЕ** устанавливается не время обработки, а количество циклов окунания. Возможна установка от 1 до 40 циклов окунания.

СУШКА. Штатив со стеклами помещается в станцию №1 (станция сушки). Через стекла продувается воздух, температура которого программируется.

Программирование режимов и их параметров дает возможность осуществлять различные методические приемы, часть из которых применяется и при ручной окраске препаратов.

Так, например, очевидна возможность выполнения окраски по ускоренным методикам типа **Diff-Quick** с помощью режима **ОКУНАНИЕ**.

Для интенсификации процесса окраски в технологической жидкости может использоваться **АКТИВАЦИЯ**.

Кроме того, для интенсификации процесса окраски может использоваться испарение растворителя краски во время **ЗАДЕРЖКИ** и с помощью **СУШКИ**.

Можно применять прием смешивания слоев технологических жидкостей на предметных стеклах: при погружении в ванну не происходит моментального полного замещения предыдущей технологической жидкости в мазке и вязком слое на его поверхности, вынув штатив со стеклами после короткого погружения (**ВЫДЕРЖКА** с установкой длительности 0 секунд) и используя **ЗАДЕРЖКУ**, можно осуществить обработку в смеси двух технологических жидкостей. В приложении к окраске по Паппенгейму таким образом может осуществляться окраска в разбавленном фиксаторе-красителе (по Маю-Грюнвальду, Лейшману, Райту): после проведения фиксации штатив со стеклами кратковременно окунается в ванну с буфером, вынимается и выдерживается на воздухе (полная аналогия с разбавлением фиксатора при проведении окраски «на рельсах»).

В других методиках окраски этот прием может использоваться для проведения гидратации и дегидратации препарата, просветления препарата без использования большого количества ванн.

Основной параметр технологических обработок — длительность, которая может корректироваться перед выполнением программы.

Программирование автомата и отображение хода технологических обработок

Пользователь может самостоятельно запрограммировать автомат, для облегчения программирования предусмотрены бланки протоколов программ.

Для управления, контроля (мониторинга) и программирования используется блок управления с сенсорным графическим экраном. Ввод программы даже для сложной методики занимает не более нескольких минут. Ввод осуществляется либо выбором значения, либо вводом цифровой или знаковой (буквенной) информации. Автомат контролирует состояние систем устройства, соответствие конфигурации выбранной программе, напоминает о сроке годности используемых технологических жидкостей, по запросу выдает подсказки.

Примеры реализации различных методик окраски

На автоматах отработаны различные, наиболее широко применяемые методики окраски.

На рисунке 4 (стр. 42) приведены примеры микрофотографий окрашенных препаратов и протоколы проведения окраски гематологических мазков по Паппенгейму, микробиологических мазков по Грамму.

Экспресс-дезинфекция и стерилизация озоном — максимальный эффект

*Сибельдина Л. А., профессор, академик,
генеральный директор
ООО «Орион-Си», г. Москва*

Научными исследованиями доказано: озон является лучшим и наиболее надежным средством уничтожения бактериальной и грибковой флоры. Поэтому одно из направлений использования озоневой продукции, которую предлагает на российском рынке московская компания «Орион-Си», — экспресс-дезинфекция и стерилизация

Когда в 1992 году компания выводила на рынок свой первый продукт — озонатор «Орион-Си» (ОП1-М), то с одной стороны, мы предложили медицинской общественности возродить старые технологии. С другой — использовать эти технологии в новом качестве

«Озоновая» история

«Озоновые технологии» получили мировое признание более ста лет назад, в том числе, и в медицинской сфере.

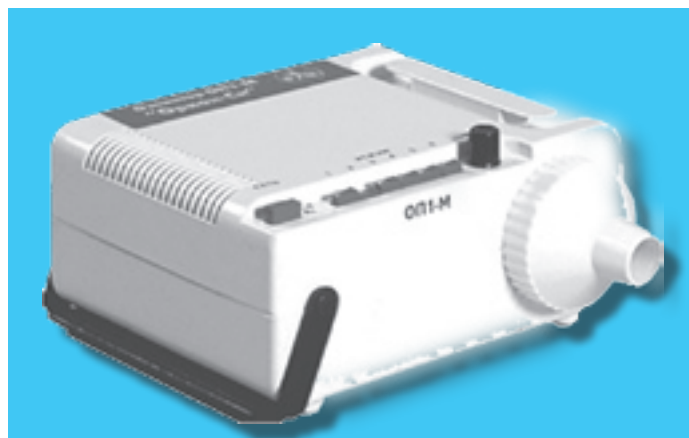
История применения озона в медицине демонстрирует его уникальные возможности. Скажем, на сегодняшний день это самый дешевый и экологически безопасный дезинфектант. Озон в кратчайшие сроки способен уничтожить таких серьезных возбудителей заболеваний, как стафилококк, грипп, палочка Коха или клебсиелла. У него множество проверенных временем достоинств, которые, к сожалению, были забыты.

Когда в 1992 году компания выводила на рынок свой первый продукт — озонатор «Орион-Си» (ОП1-М), то с одной стороны, мы предложили медицинской общественности возродить старые технологии. С другой — использовать эти технологии в новом качестве. В 1990 году в «Орион-Си» пришли работать четыре специалиста во главе с Э. М. Мамыкиным, ранее занимавшихся космическими технологиями. Даже не зная, какие озонаторы производят конкуренты в США или Германии, они создали уникальный прибор — ОП1-М, самый портативный в мире и незаменимый в области, например, хирургии, урологии, родовспоможения. И несмотря на то, что врачи являются достаточно консервативной аудиторией и преимущества «озоновых технологий» приходится каждый раз доказывать, нашей аппаратурой на сегодняшний день пользуются более 7500 российских и зарубежных ЛПУ. Мы постоянно получаем положительные отзывы.



Озонатор «Орион-Си» (ОП1-М) обеспечивает:

- экспресс-дезинфекцию и стерилизацию воздушной среды (оперблоков, процедурных кабинетов, отделений реанимации и интенсивной терапии, помещений общего назначения);
- деконтаминацию воздуха в больницах;
- профилактику и минимизацию распространения внутрибольничных заболеваний, вызванных патогенными для организма человека микроорганизмами.



Озонатор портативный «Орион-Си» (ОП1-М)

Прогрессивный, экономичный, экологически безопасный метод экспресс-дезинфекции и экспресс-стерилизации в медпрактике.

Концентрация O_3 на выходе не менее $250 \text{ мг } O_3/\text{м}^3$

Производительность, max не менее 6 г/час

Электропитание 220В, 70 Ватт

Историческая справка

Известно, что озон открыт в 1785 году. Уже тогда было сразу отмечено его главное свойство — огромная окислительная способность, значительно превосходящая таковую у кислорода. Поэтому не удивительно, что озон стал использоваться для борьбы с микроорганизмами. Например, в 1881 году в книге, посвященной дифтерии, доктор Келлог (Kellogg) рекомендовал его использование в качестве средства для дезинфекции. Но подлинная революция в использовании озона для стерилизации произошла после патентования и начала массового производства генераторов озона — предшественников озоновых стерилизаторов.

До середины XIX века попытки создания таких генераторов были безуспешными. Считается, что первый образец создал Werner von Siemens в 1857 году. Однако понадобилось еще 29 лет для того, чтобы запатентовать промышленный генератор озона, который отвечал определенным требованиям. Патент на его изобретение принадлежит Nikola Tesla. Он же в 1900 году начал выпуск данного продукта для медицины.

С этих пор начинает развиваться несколько направлений по применению озона — дезинфекция, стерилизация и лечение. При стерилизации происходит уничтожение микроорганизмов путем насыщения озоном замкнутого объема, где находятся медицинские инструменты, приспособления, устройства. Во время лечения применяют озонированную воду, водные растворы и озонкислородную смесь. Для дезинфекции помещений, емкостей, трубопроводов — озонозодную или озонкислородную смеси.

Все три метода обладают одним неоспоримым преимуществом: озон оказывает быстрое и эффективное воздействие. Время воздействия озона на некоторые виды микроорганизмов измеряется секундами. По качеству стерилизации и некоторым техническим характеристикам современные озоновые стерилизаторы превосходят ультрафиолетовые, сухожаровые шкафы, паровые автоклавы, жидкостную и газовую стерилизацию. Лечение с применением озона позволяет безболезненно и с высокой эффективностью уничтожать микроорганизмы, проникшие в органы и ткани человека. Это стало возможным еще и потому, что наш организм, в отличие от бактерий, обладает достаточно мощной системой антиоксидантной защиты. При воздействии определенных концентраций озона в течение ограниченного времени клетки нашего организма сохраняют достаточную устойчивость к образованию нежелательных агрессивных продуктов. Озонотерапия в последние годы довольно широко применяется и в гинекологии, и в терапии, и в хирургии, и в проктологии, и в урологии, и в офтальмологии, и в стоматологии, и в других направлениях медицины.

Аппарат имеет шесть режимов работы, что позволяет задавать концентрацию получаемого озона в зависимости от поставленной задачи. При необходимости может быть достигнута концентрация 240 мг/м³, в то время как уже при 40 мг/м³ погибают все микроорганизмы и их споры. Потому наш озонатор используется для ликвидации распространения особо опасной флоры — синегнойной палочки, микрококков туберкулеза, стафилококков и прочего. Специалисты сравнивают его действие с действием открытого огня.

Есть у озонатора «Орион-Си» (ОП1-М) и другие преимущества:

- *портативность — вес аппарата составляет около 3,5 кг, он легко транспортируется и может успешно применяться для последовательной дезинфекции нескольких помещений;*
- *экономичность — производит озон из атмосферного воздуха, потребляя всего 70 ватт, вместо одного киловатта, расходуемого при стерилизации операционных различными операционными лампами;*
- *долгий срок эксплуатации.*

На протяжении всего срока службы озонатор сохраняет заданные параметры. После 10 тысяч часов работы требует сервисного обслуживания. Далее может функционировать с полным сохранением исходных параметров. В озонаторе предусмотрена возможность замены отработавших узлов — эта процедура входит в условия гарантийного обслуживания и послегарантийного сервиса.

У озонотерапии большие перспективы

«Орион-Си» предлагает и другие продукты. В 1996 году компания выпустила первый в мире озоновый стерилизатор «Орион» с объемом камеры 36 л. Сегодня заказчик может выбирать объем камеры (14 л, 30 л, 36 л, 40 л, 70 л, 85 л, 125 л, 150 л, 250 л), а также ее форму — прямоугольную или цилиндрическую, в расчете на те медицинские инструменты, с которыми работает.

Стерилизатор «Орион-Си» предоставляет возможность соединения с замкнутым объемом (стерилизационной камерой) с целью создания необходимой концентрации озона в камере для экспресс-дезинфекции и экспресс-стерилизации хирургического инструмента и оборудования, расходных материалов за очень короткие сроки (подтверждается Международными патентами с приоритетом 1996 года). Операционная сестра может полностью контролировать готовность инструмента к повторному использованию в ходе хирургических вмешательств, благодаря чему существенно минимизируются работы с подразделением общей стерилизации клиники (сухожаровая, паровая, химическая стерилизация).

Терапевтический озонатор предназначен для проведения сеансов озонотерапии. К сожалению, в озонотерапии слишком велико влияние моды. Сейчас на волне — производство приборов, посредством которых

озон вводится в кровеносную систему организма человека через вену. Особенно активно развивают это направление Германия и Австрия. «Орион-Си» пошел другим путем, тем, который был опробован еще 80 лет назад пионерами озонных технологий. Мы выбрали озонотерапию, основанную на «проточном» методе (с локальной обработкой озоном пораженного участка организма). Так была создана еще одна наша уникальная разработка — терапевтический озонатор «Орион-Си». Его использование во многих случаях исключает необходимость применения антибиотиков для снятия воспалительных процессов после хирургических операций.

Недооценка озонных технологий при назначении лечения псориаза, трофической язвы огромна. Для лечения первого заболевания специалисты нашей компании разработали так называемый «комбинезон», второго — «сапоги». Клинические испытания показали: три 15-20-минутные процедуры «сапог» с проточным озоном способствуют очищению и лучшей эпителизации пораженной поверхности, гарантируя 100% заживление. Я уверена, что со временем «озонные технологии» будут оценены по достоинству и займут лидирующее место в медицинской практике.

Ниже в таблице 1 приведен сравнительный анализ существующих сегодня методов стерилизации.



ООО «ОРИОН-СИ»,
115419, Москва, ул. Орджоникидзе, 11,
т./ф.: (495) 952-48-21, 789-67-35, 762-82-52,
e-mail: orionsi@yandex.ru, www.orion-si.ru
Представитель в ЮФО Рыбалкин В. П.
+7-918-597-5234, +7-928-105-3444,
e-mail: orionsi-yuq@yandex.ru

Борьба с возбудителями особо опасных инфекций:

синегнойная бактерия, стафилококк, вирус гриппа, гепатиты всех форм А, В и др. СПИД, туберкулез, клебсиелла и др.



Стерилизатор озоновый «Орион» многофункциональный

ЭКСПРЕСС-СТЕРИЛИЗАЦИЯ:
инструментов, оборудования, медизделий (в т.ч. разового использования)

ОБЪЕМ КАМЕР:
30 л, 40 л, 125 л, 150 л (цилиндр.)
Оргстекло 0.7 л, 36 л, 85 л, 250 л (прямоуг.)

Таблица 1

МЕТОД	ПРЕИМУЩЕСТВА	НЕДОСТАТКИ
Паровая стерилизация	Безопасно для окружающей среды. Короткая экспозиция. Не обладает токсичностью. Низкая стоимость. Не требует аэрации.	Качество стерилизации может быть нарушено при попадании воздуха, повышенной влажности материала, плохом качестве пара. Нельзя стерилизовать термонеустойчивые и влагонестойчивые изделия. Монтажные работы.
Воздушная высокотемпературная стерилизация	Безопасно для окружающей среды. Низкие коррозионные свойства. Глубокое проникновение в материал. Не требует аэрации. Низкая стоимость.	Длительная экспозиция. Температурные режимы и экспозиция отличаются в разных странах. Повреждение термолabile изделий. Монтажные работы.
Стерилизация 100%-й окисью этилена	Проникновение в упаковочные материалы и упаковочные пакеты.	Требуется время для аэрации. Маленький размер стерилизационной камеры. Окись этилена токсична и канцерогенна, легко воспламеняется. Опасно для здоровья медперсонала. Высокая стоимость оборудования. Монтажные работы.
Стерилизация парами перекиси водорода	Низкотемпературный режим. Не требует аэрации. Безопасно для окружающей среды.	Маленький размер камеры. Нельзя стерилизовать бумажные изделия, белье, растворы. Нельзя стерилизовать изделия с длинными или узкими внутренними каналами. Требуется синтетическая упаковка. Высокая стоимость оборудования и расходных материалов. Монтажные работы.
Стерилизация парами раствора формальдегида	Низкая стоимость.	Необходимость отмыва поверхности от остатков формальдегида. Длительная экспозиция (часы). Обладает токсичностью. Канцерогенна и аллергена. Опасно для здоровья медперсонала. Монтажные работы. Пожаровзрывоопасно.
Стерилизация озоном	Низкотемпературный режим. Короткая экспозиция. Глубокое проникновение в материал. Возможность стерилизации термонеустойчивых изделий. Стерилизация бумажных изделий и белья. Стерилизация оптических деталей, изделий из полимеров и стекла. Большой объем стерилизационной камеры. Не требует аэрации. Не обладает токсичностью. Безопасно для окружающей среды. Низкая стоимость. Монтажные работы.	Нельзя стерилизовать изделие в упаковочном материале.

КАЗАНСКИЙ ЦЕНТР ОБУЧЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ, ГИНЕКОЛОГИИ И УРОЛОГИИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Приглашает вас в Казань

Для повышения квалификации в вашей любимой специальности

ОБУЧЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ИЗ РУК В РУКИ» Ежедневное участие в операциях

Руководитель Центра -
профессор Казанской государственной медицинской академии,
д.м.н. Федоров Игорь Владимирович

ХИРУРГИЯ

- *ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ (144 часа)
- *ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ (72 часа)
- *ФУНДОПЛИКАЦИЯ при ГПОД и ахалазии кардии (72 часа)
- ЭНДОХИРУРГИЯ И СКЛЕРОТЕРАПИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ (5 дней)
- ЭНДОХИРУРГИЯ ДЛЯ ОПЕРАЦИОННЫХ СЕСТЕР (2 недели)
- НАВИГАЦИОННАЯ ХИРУРГИЯ под контролем УЗИ (2 недели)
- ГЕРНИОПЛАСТИКА ЭНДОПРОТЕЗОМ по Лихтенштейну и по Трабукко (5 дней)
- СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА И ТРАХЕИ (3 дня)

ГИНЕКОЛОГИЯ

- *ЭНДОХИРУРГИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ (144 часа)
- *ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЯ (72 часа)
- ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ (экстирпация, ампутация, миомэктомия) (5 дней)

- ВЛАГАЛИЩНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ. T-sling (5 дней)

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

- *ПЛАСТИЧЕСКАЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ (144 часа)
- *ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЛИЦА (144 часа)

СМЕЖНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

- *ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РИНОСИНУСОХИРУРГИЯ (72 часа)
- *ОПЕРАТИВНАЯ АРТРОСКОПИЯ (72 часа)
- *ЭНДОХИРУРГИЯ В УРОЛОГИИ (144 часа)
- ПУНКЦИОННАЯ УРОЛОГИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ (2 недели)

ПРАКТИЧЕСКИЕ ОБУЧАЮЩИЕ СЕМИНАРЫ ДЛЯ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ

- МАЛАЯ ПРОКТОЛОГИЯ (3 дня)
- МАЛАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ (3 дня)

На каждый цикл мы принимаем не более 5—6 курсантов. Ежедневное участие в операциях, тренажеры, видеотека, книги, инструменты и оборудование. Семнадцатилетний опыт обучения 2800 врачей России и стран СНГ, с неизменным успехом.

СЕРТИФИКАЦИЯ — государственные документы установленного образца, соответствующие названию цикла (для курсов, помеченных *). Сертификат Центра обучения.

Возможна организация выездных циклов в вашем регионе по любой из вышеперечисленных специальностей, или по программе, специально разработанной по вашему заказу (например, совмещение хирургических и гинекологических циклов). По вашему желанию возможно индивидуальное обучение врачей в клиниках Казани «из рук в руки».

КОНТАКТЫ:

Тел. (843) **554-36-08** (круглосуточно); **8-917-234-31-90**
(резервный). Пискунова Ирина Николаевна.

Тел. (843) **260-40-05** моб.,

Руководитель Центра Обучения профессор Федоров Игорь Владимирович
E-mail: fiv-endosur@mi.ru

Учебные программы и подробная информация о сроках проведения циклов
и преподавателях — на нашем сайте: <http://endosur.tol.ru>

Обучение новым хирургическим технологиям «из рук в руки»

*Федоров И. В., д.м.н., профессор каф. эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии,
КазГМА, г. Казань*

Последние десятилетия в истории медицины характеризуются появлением новых технологий, основное преимущество которых заключается в снижении травматичности диагностических и лечебных процедур при сохранении их информативности и радикальности. К таким направлениям следует отнести эндоскопическую хирургию со всеми ее подразделами, внутрисветную оперативную эндоскопию, рентгенохирургию, пункционную хирургию под контролем УЗИ и КТ, прецизионное ультразвуковое исследование в различных специальностях (УЗИ простаты, молочных и щитовидных желез, интраабдоминальное УЗИ).

Кроме материально-технического обеспечения, внедрение новых технологий требует подготовки значительного числа специалистов, от эффективности обучения которых зависит судьба и жизнеспособность метода как в отдельно взятой клинике, так и на уровне региона и всей страны в целом. Дефектное обучение имеет своим следствием задержку внедрения технологии, использование оборудования не по назначению или не в полном объеме. За последние десятилетия нам неоднократно приходилось сталкиваться с ситуацией, когда дорогостоящая медицинская техника буквально «пылилась в углу» к неудовольствию администрации и разочарованию врачей. Другое, быть может, еще худшее последствие дефектного обучения — осложнения при использовании новых технологий. Во многих стационарах неудачный старт привел к полному отказу от внедрения, например, эндоскопической или рентгенологической хирургии.

Перед каждым руководителем, осознающим необходимость внедрения новейших технологий и получившим в свое распоряжение соответствующее оборудование, рано или поздно встает вопрос: кто из врачей будет развивать новый метод? Проще говоря, на ком следует вырастить новую технологию? И далее — кого, где и как обучать?

Наш опыт работы в Центре обучения новым медицинским технологиям на протяжении 17 лет позволяет ответить на эти вопросы.

Кого?

Безусловно, новые технологии должны быть выращены на наиболее энергичных, работоспособных и разумных членах коллектива. Как правило, это врачи в возрасте 30—40 лет, имеющие опыт работы в классической хирургии. С возрастом нарастает консерватизм и равнодушие, хотя главное — не дата рождения, а профессиональная неуспокоенность, стремление к новому и неизведанному в хирургии. Так, из 2805 курсантов, прошедших переподготовку в нашем Центре, 325 имели возраст старше 50 лет, а 24 — старше 60. Всячески следует приветствовать изучение способными врачами смежных направлений, получение ими второй медицинской специальности, как-то: хирургия — гинекология, гинекология — УЗИ, хирургия — внутрисветная эндоскопия. Это ускорит внедрение новой технологии, повысит эффективность использования оборудования.

Где и как?

Хотя в стране существует множество учебных учреждений, отвечающих за последипломное образование врачей, выбрать нужное непросто. Многомесячные циклы усовершенствования, существующие в рамках государственных вузов, дают, как правило, академическое классическое образование по той или иной специальности. В их программу могут быть включены и новые технологии, но стоит ли посвящать 2—3 месяца изучению техники лапароскопической холецистэктомии или эндоскопическому гемостазу при кровоточащих язвах желудка? Современный темп жизни диктует необходимость быстрого освоения метода, его внедрение в собственном отделении, и — дальнейшее движение вперед. Так в 1990 году в США возникла необходимость переподготовки 10 тысяч врачей по эндоскопической хирургии. Эта задача была выполнена в режиме week-end. Курсы (в основном — работа на тренажерах) начинались в пятницу вечером и заканчивались через двое суток.

Принципы обучения

На основании собственного опыта нами были сформулированы основные принципы организации обучения новым технологиям в хирургии:

1. Обучение должно быть краткосрочным (1—2 недели, не более) и интенсивным (8—9 часов работы ежедневно).
2. Преподавать должны не столько сотрудники кафедр, обладающие теоретическими знаниями, сколько практические врачи, заведующие отделениями, имеющие возможность передать новую технологию буквально из рук в руки, создав необходимый поток тематических больных в нужное время.
3. В программе цикла акцент следует делать на освоение практических навыков — участие в операциях, манипуляциях, диагностических процедурах, работа на тренажерах и органокомплексах.
4. Количество курсантов в группе необходимо ограничить 5—6 врачами, что необходимо для обеспечения качества переподготовки.
5. Программа цикла должна включать только темы, непосредственно связанные с изучаемой технологией. Вопросы этиологии, патогенеза, классической диагностики и лечения должны быть оставлены для продолжительных сертификационных циклов.
6. Обучение должно быть платным, а плата не должна носить символический характер.

Таким образом, по нашему мнению, новым технологиям следует обучать на краткосрочных интенсивных платных циклах. Каждый из этих принципов чрезвычайно важен для организации эффективного обучения. Темп жизни и экономическое состояние общества не позволяет тратить несколько месяцев на освоение узкой специальности, тем более — в другом городе.

Кадры и базы

Безусловно, для обучения должны быть использованы лучшие клинические базы и врачи-профессионалы. Двоевластие, существующее ныне в российской медицине, привело к тому, что сотрудники кафедр оказались во многом отрезаны от практической работы, что в первую очередь отразилось на качестве обучения врачей и студентов. Поэтому лучшая база для переподготовки специалистов — та, которую возглавляет преподаватель вуза, по совместительству заведующий отделением или всей клиникой, либо (что хуже) заведующий отделением, совмещающий работу преподавателем кафедры.

Так, из 22 специалистов, преподающих в нашем Центре, 4 являются освобожденными сотрудниками медицинской Академии, 6 — практические врачи и еще 12 совмещают заведование отделением с работой на кафедре в должности профессора, доцентов и ассистентов. Из последних двенадцати у трех основной работой считается вуз, а еще у 9 — клиники города. В любом случае, при подборе преподавателей для нашего Центра мы ориентируемся не на формальную принадлежность специалиста к той или иной кафедре, вузу, не на ученую степень или должность,

на его сопричастность новым технологиям, на его способность передать практически навыки непосредственно «из рук в руки», то есть быть транслятором знаний. Понятно, что преподаватель кроме всего прочего должен иметь возможность организовать мощный поток тематических больных в конкретное время и в конкретном месте.

Чрезвычайно важно, чтобы обучение было платным. Затраченные средства служат хорошей мотивацией для курсанта. Достойное вознаграждение — важный стимул для преподавателя, поэтому важно, чтобы средства попали по назначению, а не растворились в бесконечных бюрократических коридорах.

По нашему мнению, знания, приобретенные хирургом на протяжении всей жизни ценой бессонных ночей, тяжелого труда, здоровья, ценой самоограничения и жертв; полученные благодаря интеллекту, трудолюбию и таланту, не могут быть переданы кому-либо бесплатно. Еще профессор Антонио Миннегетти говорил: «Университеты дают лишь основы знаний по любому предмету. Если же кто-либо желает стать настоящим мастером в своей области, ему следует обращаться к частному профессионалу. Это касается и медицины, и психологии, и юриспруденции, и политики». Действительно, если вам достаточно массовой культуры, массового образования, государство вам его обеспечит. Но если вы стремитесь к более совершенным знаниям и возможностям, вы должны сами приложить усилия к их достижению. Во всем западном мире после получения высшего образования специалисты совершенствуются в рамках частных профессиональных организаций, какими в наших условиях являются Центры обучения новым медицинским технологиям.

Применение препарата Энтеродез® в терапии интоксикационного синдрома инфекционной этиологии

Авдошенко О. Г., Иванов Р. В., Максвитис Р. Й., «ЭР ЭНД ДИ ФАРМА», г. Москва

Актуальность вопросов совершенствования терапии инфекционных заболеваний определяется широким распространением последних, высокой восприимчивостью к ним населения, а также возрастанием в последние годы количества осложненных случаев.

Особенности клинического течения и тяжесть состояния пациентов с острыми инфекционными заболеваниями в значительной степени обусловлены интоксикационным синдромом, который приводит к нарушениям функционально-адаптационных процессов во многих органах и системах. Интоксикация сопровождается изменениями гемодинамики, гемостаза, ферментативным и гормональным сдвигом, гомеостатическим расстройством (Ющук Н. Д., Бродов Л. Е., 2001; Szabo С., 2003; Покровский В. И., Пак С. Г., Брико Н. И., 2004).

Энтеросорбенты в терапии интоксикационного синдрома

Современная терапия эндотоксикоза должна быть комплексной (активные и консервативные методы), включающей детоксикацию различных сред организма (кровь, лимфа, моча, желудочно-кишечное содержимое), коррекцию гомеостаза, профилактику и лечение осложнений. Выбор терапии основывается на клинической

картине заболевания, лабораторных и инструментальных данных.

Одним из важных методов терапии интоксикационного синдрома и профилактики его прогрессирования, а также в некоторой степени этиологическим методом при острых инфекционных заболеваниях является энтеросорбция.

Энтеросорбция — метод, основанный на связывании и выведении из желудочно-кишечного тракта с лечебной и профилактической целью эндогенных и экзогенных веществ, надмолекулярных структур и клеток; относится к наиболее древним методам эфферентной терапии.

Клиническая эффективность энтеросорбции при инфекционных заболеваниях обусловлена как прямыми, так и опосредованными механизмами. К прямым относится детоксицирующее действие в отношении токсических метаболитов и токсинов бактерий. Энтеросорбенты, связывая токсические вещества в просвете кишечника, прерывают процессы их резорбции, рециркуляции в организме [1—4].

Опосредованный эффект энтеросорбции обусловлен способностью энтеросорбентов поддерживать нормальный микробиоценоз кишечника, что ведет к улучшению

пищеварения в тонком кишечнике, повышению метаболической активности энтероцитов, которые по мощности систем детоксикации и биотрансформации субстратов в совокупности не уступают печени. Кроме того, детоксикация организма с помощью энтеросорбции положительно влияет на функциональное состояние иммунной системы [4, 5].

Таким образом, энтеросорбция уменьшает токсическую нагрузку на органы выделения, в первую очередь на печень и почки. Кроме этого, энтеросорбенты, оставаясь в пределах ЖКТ и не имея собственной фармакодинамики, оказывают мощное системное (дистантное) воздействие на организм — устраняют нарушения липидного обмена, подавляют элементы системной воспалительной реакции, способствуют компенсации и улучшают функцию внутренних органов [1—4].

Энтеросорбенты практически не изменяют состав нормальной кишечной аутофлоры [1, 2]. Немаловажную роль для практического здравоохранения также играет удобная пероральная форма выпуска и приемлемая стоимость лекарственного препарата.

В основу классификации современных энтеросорбентов положено несколько принципов: форма, структура, природа материала (помимо синтетических материалов для энтеросорбции могут использоваться природные полимеры на основе лигнина, хитина, целлюлозы, глины (алюмосиликаты, цеолиты) и др.), а также вид взаимодействия между сорбирующим материалом (сорбентом) и связанным веществом (сорбатом): адсорбция, абсорбция, ионообмен или комплексобразование.

Адсорбция — процесс взаимодействия между сорбентом и сорбатом, протекающий на границе раздела сред (жидкости и поверхности сорбента) за счет физических или химических процессов. Адсорбенты имеют пористую структуру. Происходит накопление и фиксация в порах адсорбента сорбируемых веществ, растворенных в жидкостях, что ведет к снижению их концентрации в окружающей среде. Связывание адсорбата на адсорбенте является динамически равновесным процессом и лимитировано удельной сорбционной емкостью используемого сорбента.

Абсорбция — процесс поглощения сорбата (абсорбата) всем объемом сорбента (абсорбента). В качестве сорбента выступает жидкость, и процесс взаимодействия является по сути растворением вещества. Интенсивность абсорбции лимитируется растворимостью вещества. Клинический эффект процесса абсорбции при гастроинтестинальной детоксикации и метаболической коррекции прослеживается, если растворитель не всасывается или после введения через короткий период времени жидкость выводится через зонд.

Ионообмен — процесс замещения ионов на поверхности сорбента ионами сорбата. Проявлением ионообмена при энтеросорбции можно назвать регулирование уровня в крови желчных кислот, фосфатов, калия, кальция и других ионов.

Комплексообразование распространено в живой природе. За счет образования комплексов осуществляются нейтрализация, транспорт и выведение из организма многих веществ (антигенов, билирубина, многих ксенобиотиков и др.) Комплексообразующий реагент — это молекула или ион, образующие устойчивые связи с лигандом. Образующийся комплекс может быть как растворимым, так и нерастворимым в жидкости. Среди существующих медикаментозных средств важное место занимают комплексообразующие реагенты, взаимодействующие

с ядами. Из класса энтеросорбентов к веществам этой группы взаимодействия можно отнести производные поливинилпирролидона (Энтеродез и энтеросорб).

Широкое применение получил разработанный в Центральном НИИ гематологии и переливания крови (ЦНИИГПК) препарат низкомолекулярного поливинилпирролидона для перорального применения Энтеродез, который обеспечивает связывание и элиминацию токсинов.

Опыт клинического применения препарата Энтеродез®

Энтеродез является хорошо изученным препаратом. В основе фармакологических свойств Энтеродеза лежит дезинтоксикационное действие, заключающееся в способности к комплексообразованию. Механизм лечебного действия препарата заключается в способности активно связывать токсины и выводить их из организма через кишечник. Препарат нетоксичен, апробирован в эксперименте на животных, которые хорошо переносят его как в остром, так и в хроническом опыте.

Многочисленной клинической практикой доказано, что Энтеродез не повреждает слизистую оболочку желудка и кишечника, не накапливается в организме, практически не имеет противопоказаний и побочных эффектов, то есть является вполне безопасным препаратом [6, 7, 9, 10].

В кровеносное русло препарат не поступает. Лечебный эффект проявляется через 15—30 минут после приема.

1. Шиманко И. И., Суздальевой В. В., Галкиной Г. С. и др. [6] была изучена возможность использования этого препарата с целью детоксикации. Энтеродез применяли у 104 больных с различной инфекционной патологией.

Во всех этих наблюдениях имел место резкий эндотоксикоз, подтвержденный показателями формулы крови и токсичности крови, мочи и лимфы (по данным парамедицинского теста). В 83 наблюдениях Энтеродез применяли в комплексе с другими методами детоксикации (гемосорбция, гемодиализ, лимфодренажирование грудного протока).

У 21 больного при состоянии средней тяжести Энтеродез применяли изолированно, без использования других методов детоксикации. Препарат назначали по 5 г (растворили в 100 мл воды с добавлением сахара) 3—4 раза в сутки. Во всех наблюдениях при приеме препарата в течение 5—8 дней в дозе 75—120 г на курс лечения у больных клинически отмечалась положительная динамика. Постепенно улучшался аппетит и сон, быстрее, чем при обычной терапии, нормализовывалась функция кишечника (усиливалась перистальтика, отходили газы, нормализовалась дефекация), уменьшалась головная боль. При исследовании крови на токсичность в процессе лечения отмечали удлинение срока жизни парameций, то есть снижение токсичности исследуемой среды (в крови жизнь парameций увеличивалась за сутки с 50 секунд до 3 минут 40 секунд, в среднем на 1 минуту 45 секунд, в моче — в среднем на 1 минуту 30 секунд).

Больные охотно принимали Энтеродез, осложнений не было.

Изучено также влияние Энтеродеза на состояние центральной гемодинамики с использованием тетраполярного реоплетизмографа, ЭКГ и ФКГ. Через 30—60 минут после приема Энтеродеза у всех больных отмечено улучшение состояния кровообращения. ЧСС и АД практически не изменялись. УО увеличился на 10—35% по сравнению с исходным. МОС во всех случаях нормализовался,

а по сравнению с исходным — увеличился на 10—45% (в 1 наблюдении — на 78%). ЦОК при низких исходных показателях увеличился на 10—35%, при высоких — снизился. ОПСС во всех случаях снизилось на 5—35% по сравнению с исходным.

Улучшение показателей центральной гемодинамики после применения Энтеродеза сопровождалось улучшением состояния больных и более быстрым их выздоровлением, что доказывало четко выраженный лечебный эффект препарата.

2. Генераловой Р. В., Невенгловским И. Е., Стрельниковой В. А. [7] Энтеродез был применен у больных туберкулезом мочевой системы, сопровождающимся хронической почечной недостаточностью (ХПН). Препарат вводили по 5 г (1 чайная ложка) в 100 мл кипяченой воды 2—3 раза в день в течение 7 дней для снятия эндогенной интоксикации в пред- и послеоперационном периоде. Обследовано 40 больных в возрасте 16—50 лет (22 мужчины и 18 женщин). Клинические проявления ХПН у этих больных выражались не только в нарушениях функции почек, но и в изменениях со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем, сдвигах протеинограммы и гемограммы, нарушениях водно-электролитного равновесия. По степени выраженности ХПН больные были распределены на 2 группы. Первую группу составили 18 больных с ХПН I-II стадии, вторую — 22 больных с ХПН III-IV стадии. Исследования проводили до и после лечения Энтеродезом. На время приема Энтеродеза все другие лекарственные препараты отменялись. По данным авторов, 7-дневный курс энтерального приема Энтеродеза не отразился достоверно на фильтрационной функции почек. Выявлено улучшение концентрационной функции у больных с интермиттирующей и терминальной стадиями ХПН (вторая группа). В общем состоянии больных за период приема Энтеродеза отмечено улучшение самочувствия, аппетита, уменьшение бессонницы. Показатели гемодинамики оставались стабильными.

Подводя итог исследований, авторы отметили, что применение у больных туберкулезом и поражениями почек Энтеродеза оказывает дезинтоксикационный эффект и приводит к улучшению общего состояния пациентов.

3. Под руководством ЦНИИГПК Энтеродез более 20 лет широко использовался для лечения желудочно-кишечных интоксикаций: дизентерии, сальмонеллеза и др. Выявлено, что препарат снимает рвоту, тошноту, нормализует стул, температуру, пульс, позволяет исключить или уменьшить применение другой дезинтоксикационной терапии [9, 10, 11]. Препарат оказался эффективным и при других видах интоксикации: ожоговой болезни, травматических поражениях, печеночно-почечной недостаточности и др. [6, 8]. При почечно-печеночной недостаточности Энтеродез способствует снижению в 2—3 раза лейкоцитарного индекса интоксикации, нормализации числа лейкоцитов, снижению в 2—3 раза содержания билирубина, уменьшению в 2—4 раза токсичности крови по парамедийному тесту, повышению ударного и минутного объема сердца, нормализации функции печени. При данном патологическом состоянии введение Энтеродеза позволяет уменьшить объем вводимой в организм жидкости, что очень важно для ряда больных, особенно пожилого возраста.

4. Исследования, проведенные в Институте им. Н. В. Склифосовского, показали, что комплексное применение гемо- и лимфосорбции, гемодиализа и дезинтоксикационных препаратов для внутривенного (неогеомодез) и перорального (Энтеродез) введения в терапии

тяжелого интоксикационного синдрома дает хороший лечебный эффект [8, 10].

5. Лобан К. М., Митерев Ю. Г., Жеребцов Л. А. и соавт. [9] исследовали клиническую эффективность Энтеродеза у 85 больных в возрасте 19—69 лет с острыми кишечными инфекционными болезнями (65 пациентов с пищевыми токсикоинфекциями и 20 — с острой дизентерией). Все больные поступали в остром периоде болезни, и препарат назначался при наличии интоксикации различной интенсивности. В частности, выраженная интоксикация была у 42 больных с картиной быстро развивающейся слабости, заторможенности, потери аппетита, тошноты и рвоты до 4 раз в сутки. У больных пищевой токсикоинфекцией стул был обычно жидкий, водянистый, 5—10 раз в сутки, в единичных случаях — до 20 раз, а при острой дизентерии в среднем 5—6 раз в сутки с примесью слизи и крови. У всех этих больных были выражены боли в области живота, часто интенсивные, но непродолжительные, отмечалась лихорадка.

Препарат в дозе 5 г растворяли в 100 мл горячей воды и назначали перорально больным 1—4 раза в течение 1—3 дней в зависимости от степени интоксикации. Больные хорошо переносили препарат, хотя после растворения в воде он имел слабо горьковатый вкус. При повышенном рвотном рефлексе к раствору добавляли одну столовую ложку сладкого сиропа.

Все больные с пищевыми токсикоинфекциями (85 человек) были разделены на 3 группы. Первую группу составили 43 пациента, получавшие Энтеродез на фоне комплексного лечения: гидратационной терапии (внутривенное введение квартасоли, физиологического раствора) и симптоматических средств (спазмолитики, витамины, антигистаминные препараты). Вторую группу (контрольную) составили 22 больных с пищевыми токсикоинфекциями, получавшие гидратационную терапию и другие симптоматические средства без применения Энтеродеза. Еще 20 больных острой дизентерией получали Энтеродез на фоне этиотропной терапии без приема симптоматических средств.

Основным критерием эффективности Энтеродеза было улучшение общего самочувствия больных, что связано прежде всего с уменьшением интоксикации. Положительный эффект имел место у всех леченных Энтеродезом больных. Достоверно раньше, чем в контрольной группе, при использовании Энтеродеза исчезали тошнота и рвота, уменьшались головная боль и слабость, снижалась повышенная температура, особенно у больных с пищевыми токсикоинфекциями; в 80% случаев стул нормализовался уже к концу 1-х и началу 2-х суток после начала лечения. Измененные у некоторых больных функциональные пробы печени также быстро возвращались к норме (обычно на 2-е сутки). Средний срок пребывания больных в стационаре с пищевой токсикоинфекцией, леченных Энтеродезом, был достоверно ниже, чем в контрольной группе.

Авторы отметили, что лечение Энтеродезом больных острой дизентерией почти полностью позволило исключить применение гидратационной терапии. Уже после 1—2 приемов этого препарата значительно уменьшались признаки интоксикации, исчезали болевой синдром и вздутие кишечника, появлялась тенденция к нормализации стула.

У всех больных до и после лечения Энтеродезом существенных изменений в микрофлоре кишечника выявлено не было. Побочные явления также не отмечались.

В ходе данного исследования было выявлено, что эффективность Энтеродеза зависит от срока начала его применения — чем быстрее от начала болезни начато лечение, тем лучше эффект. Лечение Энтеродезом эффективно как на фоне другой комплексной (в том числе гидратационной) терапии, так и без нее. Применение Энтеродеза в ряде случаев позволяет исключить внутривенные капельные вливания жидкости даже при среднетяжелом и тяжелом течении болезни, особенно у больных острой дизентерией.

Таким образом, доказанная длительным использованием в клинической практике (более 20 лет) высокая детоксикационная эффективность Энтеродеза и возможность комбинации его с другими лекарственными средствами позволяет рекомендовать данный препарат для лечения интоксикационного синдрома инфекционной этиологии как легкой и средней, так и тяжелой степени тяжести, особенно в ранние сроки от начала заболевания. Удобство использования, а также практически полное отсутствие побочных явлений позволяют рекомендовать применение Энтеродеза уже на догоспитальном этапе лечения, то есть в поликлинических условиях.

Литература

1. Николаев В. Г., Михаловский С. В., Николаева В. В., с соавт. Энтеросорбция: состояние вопроса и перспективы на будущее // Вісник проблем біології і медицини. — 2007. — Вип. 4. — С. 7—17.

2. Хотимченко Ю. С., Кропотов А. В. Применение энтеросорбентов в медицине // Тихоокеанский медицинский журнал. — 1999. — №2. — С. 84—89.

3. Беляков Н. А. Энтеросорбция. Центр сорбционных технологий. — Л.: 1991. — 325 с.

4. Беляева О. А., Семенов В. Г. Применение энтеросорбции в комплексной терапии заболеваний печени // Аптека. — 2003. — №30. — С. 7.

5. Granowitz E.V., Porat R., Mier J., et al. Haematological and Immunomodulatory effects of interleukin-1 receptor antagonist co-infusion during low-dose endotoxemia in healthy humans. // Blood 1993; 82: 2985-2990.

6. Шиманко И. И., Суздалева В. В., Галкина Г. С. и соавт. Применение Энтеродеза и энтеросорба у больных с различной патологией, сопровождающейся тяжелым эндотоксикозом // Гематология и трансфузиология. — 1984. — 11: 31—35.

7. Генералова Р. В., Невенгловский И. Е., Стрельникова В. А. Дезинтоксикационная терапия с использованием Энтеродеза пациентов с туберкулезом мочевыделительной системы // Проблемы туберкулеза. — 1990. — (5): 68—70.

8. Суздалева В. В. Особый статус проблемы детоксикации // Гематология и трансфузиология. — 1987. — 32(7): 3—5.

9. Лобан К. М., Митерев Ю. Г., Жеребцов Л. А. и соавт. Эффективность препарата Энтеродез при острых кишечных инфекциях // Гематология и трансфузиология. — 1983. — 7: 33—39.

10. Суздалева В. В., Недошивина Р. В., Макарова Н. Л. Эффективность препаратов поливинилпирролидона при токсемии // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. — 1978 сент.-окт. — (5): 67—68.

11. Цтрапов А. А., Рухлиада В. В. Энтеральная детоксикация пациентов с острой кишечной непроходимостью // Вестник клинической иммунологии. — 1986 май. — 136(5): 32—35.



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.
Устройства для запаивания трубок полимерных контейнеров для заготовки и хранения крови «Гекон» (4 модификации)	50500—64500
Устройство для дозирования инфузионных растворов в контейнеры	148090
Помешиватель-дозатор для заготовки крови «Лица» / со столиком	39000 / 42500
Миксер донорской крови «Гемикс» / со столиком	49500 / 53000
Столик под дозатор и миксер	3540
Размораживатель продуктов крови на 4 контейнера «Плазмотерм-4»	97000
Размораживатель эритроцитарной массы «Плазмотерм-4Э»	147000
Термостатируемая ванна объемом 100—700 л	296000—1290000
Ванна термостатируемая ВТ-20	41500
Вставки к ванне ВТ-20 для контейнеров / пробирок	9100 / 6100
Устройство для термостатирования и перемешивания биологических проб – вибротермостат «Витерм»	19116
Плазмозекстраторы механический / автоматический	9850 / 50150
Устройство дозирования донорской крови ДМ1	5900
Стойка напольная для введения инфузионных растворов (нерж. сталь) СР-01	6500—8900
Стойка передвижная для лейкофльтрации	41000
Стойка настольная СН-1	3700—3900
Стол-подставка для выездных бригад забора крови	3068
Аудиотестер «Эхотест-02»	34000
Анализатор рефракции лазерный «ЛАР-01» / «ЛАР-02»	78057 / 86553

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 SA (HTI) (полуавтомат, встроенная кювета, память 1000 результатов)	120000	США
Анализатор биохимический полуавтомат BS3000P, проточная и наливная кюветы (Sinnowa)	66000	КНР
Анализатор биохимический полуавтомат CLIMA MC-15 (RAL)	321000	Испания
Анализатор биохимический полуавтомат, STAT FAX 1904+ (Awareness Technology)	94500	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)	195000	Япония
Анализатор гематологический автомат PCE-210 ERMA (18 параметров), 60 тестов/час	345000	Япония
Анализатор гематологический автомат ABACUS JUNIOR B (DIATRON), 12 параметров, 25 тестов/час, встроенный принтер	190000	Австрия
Анализатор гематологический полуавтомат двухканальный Hema-Screen 13, 16 параметров, HOSPITEX DIAGNOSTICS	353000	Италия
Системы забора капиллярной крови с ЭДТА (микроветы 200 мкл), 50 шт./уп.	495	Германия
Анализаторы иммуноферментные		
Анализатор иммуноферментный ImmunoChem 2100 (планшетный, встроенный принтер, память 10000 результатов) (HTI)	118500	США
Анализатор иммуноферментный планшетный Plate Screen (сенсорный экран, встроенный термопринтер) HOSPITEX DIAGNOSTICS	180500	Италия
Анализатор иммуноферментный стриповый STAT FAX 303+ (Awareness Technology)	90500	США
Анализатор иммуноферментный планшетный STAT FAX 2100 (Awareness Technology)	124500	США
Анализаторы мочи		
Анализатор мочи CL-50, 10 параметров, 120 тестов/час, память 1000 анализов, термопринтер (HTI)	20700	США
Анализатор мочи CL-500, 11 параметров, 514 тестов/час, память 1000 анализов (HTI)	90000	США
Анализатор мочи CLINITEK STATUS (Siemens Healthcare Diagnostics / BAYER Diagnostics)	48500	США
Анализатор мочи DocUReader, 11 параметров, 40—60 тестов/час (77 Elektronika)	19000	Венгрия
Тест-полоски для различных анализаторов мочи	ассортимент	
Коагулометры		
Коагулометр TS 1000 (1-канальный) HTI	45000	США
Коагулометр TS 4000 (4-канальный, встроенный принтер) HTI	90000	США



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!



ЗАО «Орион Медик»

194100, Россия, г. Санкт-Петербург, Большая Сампсониевский пр., 70. Тел./факс: (812) 295-44-67, 295-05-87, www.orionmedic.ru, e-mail: sale@orionmedic.ru. Лицензия на производство №99-03-000—112 от 28.12.2004

Разработка, изготовление, реализация и сервисное обслуживание изделий медицинского назначения

НАИМЕНОВАНИЕ ИЗДЕЛИЯ	ЦЕНА В РУБ.
ГИНЕКОЛОГИЯ (РЕГ. УД. №ФС 02012006/3518—06) ЛИЦЕНЗИЯ НА ПРОИЗВОДСТВО №99-03-000—112 ОТ 28.12.2004	
Кольпоскоп модульный бинокулярный КМ-2 (5 степеней увеличения) / с видеосистемой	151200/180000
Видеосистема ОКВА	30000
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ (СЕРТИФИКАТ СООТВЕТСТВИЯ №РОСС RU.АЮ40.В17546 ОТ 24.10.2004 И СЕРТИФИКАТ ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ТИПА СРЕДСТВ ИЗМЕРЕНИЙ RU.C.39.003.А №19033 ОТ 04.11.2004)	
Набор пробных очковых линз и изделий офтальмологических	от 29200
НПОЛБ-254-«Орион М» (254 элемента), в различной комплектации	от 23350
НПОЛС-139-«Орион М» (139 элементов), в различной комплектации	от 15850
НПОЛУ-87-«Орион М» (87 элементов), в различной комплектации	2810/3090
Оправа пробная ОПОЛ-2-«СПб» / универсальная ОПОЛ-4-«СПб»	3100
Линейка скиаскопическая	
ПАТАНАТОМИЯ, СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА (РЕГ. УД. №ФСР 2009/06143 №ФСР 2008/03861)	
Микротом ротационный «Ротмик-1»	176500
Микротом санный МС-1 (полная комплектация / базовая модель)	123625/98625
Лезвиедержатель к микротому санному МС-1	15500
Кассетодержатель к микротому санному МС-1	9500
ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ (РЕГ. УД. №ФС 01013067/0822А-04 №ФС 29/11051101/3068—02)	
Слуховой аппарат У-01 «Далс»; У-02 «Далс» (комплектность 1 / комплектность 2)	1960/2140

ЛИПКИЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ПЛЕНКИ

Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) и вторичного инфицирования в процессе хирургических операций имеет исключительно большое значение для всех стран мира. Для предотвращения хирургической ВБИ используются кожные антисептики и барьерные материалы. Предоперационная обработка не стерилизует, а только дезинфицирует кожу, микроорганизмы остаются как на поверхности, так и в подкожном слое. Для создания действительно стерильной поверхности необходимо применение полимерных липких операционных пленок, через которые проводится разрез кожи. Они обеспечивают стерильную поверхность в течение всей операции, предотвращают миграцию бактерий и перенос бактерий с кожи больного через перчатки персонала и инвентарь на раневую поверхность, обеспечивают отсутствие волокон ткани на поверхности кожи, фиксируют обкладочный материал. «Группа Компаний ПАЛЬМА» выпускает два вида разрезаемых операционных пленок: **ЭМАКРИЛ** и **СИЛАКРИЛ**.

Пленки имеют размер липкого поля 340x400 мм (общий размер с учетом нелипких кромок – 500x400 мм). По индивидуальному заказу размер операционных пленок может быть изменен. Пленки стерилизуются радиационным способом.

ЛИПКАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПЛЕНКА ЭМАКРИЛ



Липкая операционная пленка накладывается на операционное поле после обычной предоперационной подготовки. Обрабатывать кожу необходимо спиртом или спиртовым раствором йода. Разрез проводится непосредственно через пленку, которая остается на коже до конца операции. Пленки ЭМАКРИЛ выпускаются в групповой упаковке по 5 штук.

ЛИПКАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПЛЕНКА СИЛАКРИЛ

Пленка СИЛАКРИЛ отличается от пленки ЭМАКРИЛ своей воздухо- и паропроницаемостью. Благодаря этому уникальному свойству пленка СИЛАКРИЛ, позволяя коже дышать, не отслаивается даже при длительных (6–8 часов) операциях. Пленка СИЛАКРИЛ выпускается того же размера, что и пленка ЭМАКРИЛ. Пленка СИЛАКРИЛ выпускается в индивидуальной упаковке



ООО «Группа Компаний Пальма»

121471, г. Москва, Можайское шоссе, 29/2, стр. 1
Тел./факс (495) 921-37-19 • E-mail: palma@palma-med.ru



Официальное представительство
в России. Центральный офис

Современное производство LAWTON находится в районе Германии, известном как центр по изготовлению хирургических инструментов

Благодаря тщательному выбору сырья LAWTON производит только высококачественные инструменты. Система контроля качества охватывает все процессы – от стадии изготовления продукта до обработки рекламации, полученной от потребителя. Постоянный контроль на всех стадиях производства обеспечивает надежность и гарантию на весь срок работы инструментов. Надпись на инструментах LAWTON является гарантом качества соответствующей продукции. Каждый инструмент имеет индивидуальный европейский стандарт CE.

На протяжении многих лет LAWTON предлагает широкий выбор высококлассного видеоэндоскопического оборудования и инструментов для малоинвазивной хирургии органов брюшной полости, гинекологии, урологии, артроскопии, хирургические инструменты для операций на органах и системах.

Совершенная конструкция и удобство в эксплуатации (специальное покрытие, обеспечивающее устойчивость к средствам дезинфекции и стерилизации), отличное качество и заслуженный успех у специалистов поддерживают высокую репутацию оборудования на рынке медицинской продукции.

109028, г. Москва, Хохловский пер., 16,
тел./факс: (495) 775-14-23, 775-14-24,
e-mail: kendell@doll.ru, www.nexus-info.ru



МОСКОВСКИЙ
ГОРОДСКОЙ
ЦЕНТР
ДЕЗИНФЕКЦИИ
ОСНОВАН В 1940

Испытательный лабораторный центр ГУП МГЦД
в соответствии с Аттестатом аккредитации
от 01.10.08 № ГСЭН.RU.ЦОА.142 и Письмом Росздравнадзора
от 25.12.90 № 01-26582/09 предоставляет полный пакет
документов для государственной регистрации и сертификации:
дезинфицирующих и стерилизующих средств, кожных антисептиков,
антимикробных материалов, средств для предстерилизационной очистки,
аппаратуры для стерилизации и дезинфекции медицинских изделий,
инсектицидов, родентицидов, репеллентов

ПРОИЗВОДИТ И РЕАЛИЗУЕТ:

**Биологические индикаторы БИК-ИЛЦ для контроля
эффективности паровой, воздушной и газовой
(оксид этилена, формальдегид) стерилизации.**



**Биологические индикаторы для
контроля работы дезинфекционных
камер по паровому и паровоздушному
методам**

**БИК ДК-01-«ИЛЦ» – при обработке объектов
из очагов инфекций, вызванных неспорообра-
зующими микроорганизмами (кишечные,
воздушно-капельные инфекции и др.)**

**БИК ДК-02 - «ИЛЦ» – при обработке объектов из очагов туберкулеза
БИК ДК-03-«ИЛЦ» – при обработке объектов из очагов инфекций, вызванных
спорообразующими микроорганизмами (сибирская язва, газовая гангрена,
столбняк и др.)**



Адрес: 129337, г. Москва, Ярославское шоссе, 9
Тел.: (499) 183-48-74, 188-78-26, тел./факс: (499) 183-50-38
E-mail: ilc-mgcd@mail.ru, ds08@mgcd.ru

РЕКЛАМА


АЛЛЕРГЕН
ТОРГОВЫЙ ДОМ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ДИСТРИБЬЮТОР МИБП


SHUYANG

ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ

Предлагаем вам специфические человеческие
иммуноглобулины производства КНР

Иммуноглобулин антирабический
Иммуноглобулин
противостолбнячный

Опыт применения в РФ 1 год
Отзывы положительные

Препараты зарегистрированы и разрешены к применению в РФ.

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

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

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

РЕКЛАМА



Современные дезинфицирующие средства серии ЛАЙНА®

без хлора, спиртов
и альдегидов



Лайна-мед

многофункциональное дезинфицирующее средство

- * режимы обработки поверхностей:
 - при бактериальных инфекциях 0,5% - 30 мин
 - при туберкулезе 1,5% - 60 мин
 - при сибирской язве 5% - 60 мин
- * режим ДВУ 3,5% - 5 мин
- * режим стерилизации 5% - 15 мин
- * дезинфекция медицинских отходов классов А, Б, В 2% - 60 мин

Лайна-няня

универсальное дезинфицирующее средство

- * режимы обработки поверхностей:
 - при бактериальных инфекциях 0,1% - 30 мин
 - при вирусных инфекциях и туберкулезе 1% - 30 мин
 - при поражении плесневыми грибами 0,25% - 15 мин
- * дезинфекция куветов, наркозно-дыхательной аппаратуры и анестезиологического оборудования 1% - 30 мин
- * проведение генеральных уборок в том числе в родильных домах, отделениях неонатологии, детских и социальных учреждениях 0,1% - 30 мин



Лайна-супер Эко

дезинфицирующее средство

- * генеральные уборки в ЛПУ и детских учреждениях
- * дезинфекция санитарного автотранспорта
- * дезинфекция систем кондиционирования и вентиляции воздуха
- * дезинфекция крови и биологических выделений



Представитель в г.Ставрополь: ООО «Доктор Максимум» (8652) 29-00-50
в регионе КМВ: ООО «ВИАР» (87935) 374-85
в г.Ростов на Дону: ООО «Лина» (863) 291-07-83
в г.Сочи: ООО «ВиП медсервис» (8622) 61-76-29

Производитель: ООО «Хемилайн» г. Москва
(495) 497-49-69, 497-55-61, 782-59-96

dezinfekt.ru

РЕАМБЕРИН®

в новой полимерной упаковке

контейнеры по 250 и 500 мл

Оригинальный, сбалансированный, осмолярный солевой раствор с активным детоксицирующим действием

Доказанная эффективность, хорошая переносимость и безопасность применения



- Современная безопасная полимерная упаковка, не содержащая хлора и пластификаторов
- Комфорт при использовании: прочный, удобный для транспортировки, хранения и утилизации самоспадающий контейнер

- Входит в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС-2010)

- Включен в Федеральное руководство по использованию лекарственных средств

- Разрешен к применению в детской практике с 1 года жизни



мы создаем
УНИКАЛЬНОЕ

 ПОЛИСАН

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН»
г. Санкт-Петербург, Лиговский пр., 112,
тел. (812) 710-82-25
www.polysan.ru