

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

№3 (22) 2010

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU

Валента®

Диагностический комплекс

Любая методика
ОДНИМ КАСАНИЕМ



ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА

www.valenta.spb.ru

ООО «Компания Неол»
(812) 335-4407, 335-4408
info@valenta.spb.ru

В НОМЕРЕ

- Лучший сельский врач России живет на Дону (стр. 4)
- Оптимизация антибактериальной терапии (стр. 17)
- Реабилитация позвоночника (стр. 23)
- Опыт терапии алкогольной абстиненции (стр. 50)
- Мебель для идеальной чистоты (стр. 10)

Компания ООО «ВМП» является эксклюзивным поставщиком продукции ВИГОН в России

125040, г. Москва, ул. Нижняя, 14, стр. 7, офис 1
тел./факс **(495) 663-32-90**,
e-mail: vmp-doktor@mail.ru

СЕМЕЙСТВО НЕОНАТАЛЬНЫХ И ПЕДИАТРИЧЕСКИХ КАТЕТЕРОВ



Специальная продукция для новорожденных и детей младшего возраста



Сосудистый доступ

Одной из областей специализации компании Vygon является разработка устройств сосудистого доступа, изготавливаемых из таких материалов как полиуретан и силикон, хорошо зарекомендовавших себя уже в течение многих лет. В то время как силиконовые катетеры отличаются мягкостью и гибкостью, полиуретановые катетеры демонстрируют достаточную жесткость при введении в вену, после чего они также смягчаются под влиянием температуры тела.

НОВОРОЖДЕННЫЕ

вес менее 1 кг

Двух- и однопросветные
умбиликальные катетеры.
28 G (1 Fr) ПРЕМИКАТ
Центральный венозный
катетер, периферически
вводимый.

НОВОРОЖДЕННЫЕ

вес более 1 кг

Двух- и однопросветные
умбиликальные катетеры.
24 G (2 Fr) НЕОКАТ,
НУТРИЛАЙН
Центральный венозный
катетер, периферически
вводимый.

ДЕТИ

от 1 года

22 G ЛЕДЕРФЛЕКС ЦВК,
20 G НУТРИЛАЙН ЦВК,
периферически вводимый.
4.5 Fr МУЛЬТИКАТ ЦВК,
двух- и трехпросветный.

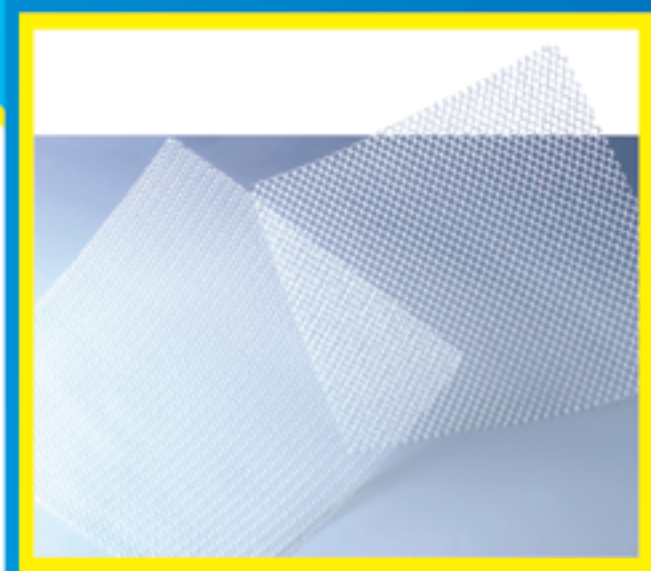
Нерассасывающиеся хирургические сетки OPTOMESH

Хирургические сетки **Optomesh** принадлежат к «легким» сеткам, они характеризуются минимальным количеством имплантированного синтетического материала, изготовлены из 100% полипропиленового монофиламента. Производителем данной продукции является Торунский Завод Перевязочных материалов TZMO SA, Польша.

Optomesh рекомендуются для операций по реконструкции с целью пополнения убыли мягких тканей в таких случаях, как: брюшные грыжи – первичные и рецидивы, послеоперационные грыжи, бедренные грыжи, паховые грыжи, а также сколопулонные грыжи.

Optomesh предлагаются в двух видах: **MACROPORE** – сетка с большими порами, и **THINLIGHT** – тонкая, легкая сетка со стандартной поверхностью пор.

Optomesh MACROPORE (площадь поры 3,3 мм², толщина сетки 0,6 мм, толщина мононити 0,16 мм) индуцирует низкую тканевую реакцию, минимизирующую толщину послеоперационного шрама. Этот вид сетки рекомендуется применять для пополнения убыли соединительной ткани, для бесшовных операций (suture-less).



Хирургические сетки **Optomesh THINLIGHT** (площадь поры 0,59 мм², толщина сетки 0,3 мм, толщина мононити 0,16 мм) имеют универсальную область применения и характеризуются оптимальными механическими параметрами, в том числе памятью формы.

Малая толщина, малое количество синтетического материала и высокая прочность на разрыв положительно влияют на долговременное функционирование импланта.

Физические свойства хирургических сеток **Optomesh**

- Высокая механическая прочность, гарантирующая прочность сцепления сетки с фасцией
 - Хорошая способность к укладке и многомерная память формы
 - Низкая поверхностная масса
 - Устойчивость к осыпанию краев и высокая стойкость к вырыванию шва
 - Поры, облегчающие прокалывание иглой
 - Структура плетения, обеспечивающая отток сукровицы
 - Биостабильность, благодаря которой не утрачиваются физические свойства в процессе долговременного контакта с органическими тканями и жидкостями
 - Минимальный риск занесения инфекции
 - Разработанная оптимальным образом пространственная структура, при которой величина пор способствует быстрому зарастанию соединительной тканью и одновременно сокращает период заживления без возникновения излишнего шрама

Биологические свойства хирургических сеток **Optomesh** не проявляют цитотоксического действия, аллергенности, внутрикожной реактивности, как местной, так и общей токсичности (острой и сублокальной), генотоксичности, пирогенного действия.

Ассортимент хирургических сеток для операционного лечения грыж:

- Т – версия ThinLight
- М – MacroPore
- Ц – для операции Лихтенштейна у мужчин (с вырезом для семенного канатика)
- ЦК – для операции Лихтенштейна у женщин

Хирургические сетки **OPTOMESH** отвечают всем требованиям, предъявляемым современным сетчатым эндопротезам, и могут с успехом использоваться для хирургического лечения грыж. Товар сертифицирован, имеет сертификат системы менеджмента качества, отвечающего требованиям инструкции ЕС для средств медицинской техники № 93/42/Е ЭС от Норвежской компании DNV.

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

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ



АВОЛМЕД
ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

GMP

Высокое качество продукции
Доказанная эффективность
Доверие врачей

ООО «АБОЛмед» — это высокотехнологичное производство современных парентеральных антибиотиков по стандарту GMP. В спектре выпускаемой продукции — цефалоспорины четырех поколений и другие препараты для лечения тяжелых инфекций.

ООО «АБОЛмед» — один из лидеров на российском рынке госпитальных препаратов

Филналы ООО «АБОЛмед»:

г. Ростов-на-Дону, тел.: (863) 203-72-68, 8-928-115-89-76

г. Краснодар, тел.: (863) 203-72-68, 8-928-115-89-76

г. Ставрополь, тел.: (8652) 28-09-68, 8-928-230-30-56

г. Волгоград, тел.: 8-902-312-22-66

г. Махачкала, тел.: 8-928-989-63-36, (872) 263-47-40

АВОЛМЕД
ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

РЕКЛАМА

АВОЛМЕД
ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ



**ИСПОЛЬЗУЯ ПЕРЕДОВЫЕ
ТЕХНОЛОГИИ,
МЫ ПРОИЗВОДИМ
КАЧЕСТВЕННЫЕ
АНТИБИОТИКИ,
ТАК КАК ДОВЕРИЕ
ВРАЧЕЙ И ЗДОРОВЬЕ
ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ НАС –
САМОЕ ГЛАВНОЕ!**

127055, Россия, г. Москва, ул. Лесная, д.59, стр.3
Тел.: (495) 660-91-10, 660-91-11, (800) 200-33-77
Факс: (495) 660-91-06



www.abolmed.ru

СОВРЕМЕННЫЕ АНТИБИОТИКИ • ПЕРЕДОВОЕ ПРОИЗВОДСТВО • ГАРАНТИЯ КАЧЕСТВА • ИННОВАЦИИ

**Специализированный
медицинский журнал
«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»**

Выходит 1 раз в квартал

Крылова О. В. — учредитель и издатель

Прошенко Е. А. — редактор

Редакционный совет:

Беня Ф. М. — начальник медицинской службы СКВО

Бицуев В. Г. — министр здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики

Быковская Т. Ю. — министр здравоохранения Ростовской области

Крайнюков П. Е. — начальник 1602 ОВКГ СКВО

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,
по вопросам подписки (863) 223-23-25

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

Отпечатано в ООО «Принт-Сервис»,
г. Ростов-на-Дону, пр. Шолохова, 11б

Тираж 6000 экз. Заказ №568

Подписано в печать 21.06.2010 г.

Зарегистрирован
Управлением Росохранкультуры
по Южному Федеральному округу

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

Распространяется бесплатно по линии МЗ

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

Новости Минздрава	4
Вопросы реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и повышения их эффективности	6
Об итогах проведения диспансеризации ветеранов войн в Ростовской области и проведения мероприятий, посвященных празднованию 65-летия Победы в ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» РО	8
Идеальная мебель для идеальной чистоты.....	10
Роль и место кардиологических препаратов ЗАО «АЛСИ Фарма» для блокады «порочных кругов» атеросклероза и гипертонической болезни	13
Современные возможности оптимизации антибактериальной терапии.....	17
«ОРМЕД» — профессиональные технологии лечения и реабилитации позвоночника	23
Острое повреждение почек. Актуальные вопросы классификации, этиологии, заместительной почечной терапии. Опыт работы специализированного центра	24
Пути улучшения результатов лечения гнойных заболеваний верхних конечностей в хирургическом стационаре	28
Выставки юга.....	32
Автоматизация процесса контроля качества медицинской помощи в МЛПУЗ «Детская поликлиника №1» г. Ростова-на-Дону	35
Основные направления развития службы медицины катастроф Республики Дагестан	36
Роль Республиканской целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Чеченской Республике на 2008—2011 гг.» в развитии противотуберкулезной службы.....	38
Организация специализированной помощи детям с сахарным диабетом 1 типа в Ростовской области.....	40
Как улучшить помощь детям с бронхиальной астмой?	45
Применение лечебно-диагностических алгоритмов EP ³ OS 2007 при остром бактериальном риносинусите в российской амбулаторной практике	47
Еще один бренд фармацевтической фирмы «ПОЛИСАН» удостоен премии Правительства РФ	49
Опыт применения препарата «Энтеродез» в терапии алкогольного абстинентного синдрома	50
Достижения и проблемы комплексной терапии шизофрении на современном этапе	56
Итоги деятельности ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области» в 2009 году	59
Предложения оптовых фирм	61
Казанский центр обучения	62

Новости Минздрава

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

Актуальные вопросы инфекционной патологии

28–29 апреля 2010 года в Сочи состоялась V научно-практическая конференция ЮФО «Актуальные вопросы инфекционной патологии», организованная Департаментом Здравоохранения Краснодарского края, КубГМУ, Управлением Роспотребнадзора по Ростовской области. В конференции приняли участие: главный инфекционист России В. В. Никифоров; главный эпидемиолог России Н. И. Брико; зам. директора по научной работе ФГУ ЦНИИ эпидемиологии (Москва) В. В. Малеев; директор Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М. П. Чумакова РАМН (Москва, д.м.н., профессор М. И. Михайлов; д.м.н., профессор, член-корреспондент РАМН И. В. Шахгильдян (Институт вирусологии им. Д. И. Ивановского РАМН, Москва); д.м.н., профессор МГМА им. И. М. Сеченова А. А. Еровиченков, а также ведущие ученые, занимающиеся проблемами вирусных гепатитов.

Основной целью конференции являлась оптимизация организационных и профилактических мероприятий по специфической профилактике инфекционных болезней в ЮФО и создание Совета экспертов по вакцинопрофилактике.

В ходе конференции были затронуты актуальные вопросы клинического течения и исхода гепатита А, особенностей эпидемического процесса гепатита А в ЮФО и СКФО, Краснодарском крае и Ростовской области, формирования эффективных стратегий контроля гепатита А, роли профессионального медицинского сообщества в этом процессе, а также вопросы пандемического гриппа на данном этапе и др. В докладах выступающих освещались основные этапы создания и реализации Программ вакцинопрофилактики территорий ЮФО, обсуждался российский опыт создания и реализации региональных календарей профилактических прививок (Свердловской области, г. Москвы), а также новые возможности вакцинопрофилактики, в частности, профилактики вирусных гепатитов.

В настоящее время вирусные гепатиты находятся в центре внимания медицинской науки и практического здравоохранения. Ведущие специалисты в области молекулярной эпидемиологии, вирусологии подчеркивают социально-экономическую значимость гепатита А. Доля гепатита А в общей структуре регистрируемых вирусных гепатитов в отдельные годы превышала 50%, а в 2009 году достигла 55%. По статистике Роспотребнадзора (2008 год), экономический ущерб от гепатита А в 2006 году составил 1016 млн рублей.

М. И. Михайлов в своем докладе отметил, что значительно возросшее и непредсказуемое количество вспышек вирусного гепатита А в последние годы на фоне негарантированного и некачественного водоснабжения и дефектов в водоразводящих системах в ряде регионов, недостаточного контроля качества воды и пищи, а также активные миграционные процессы при большом числе жителей России, выезжающих ежегодно в регионы с низким санитарным благоустройством, неразвитой системой страхования рисков являются серьезным основанием для неблагоприятного эпидемиологического прогноза на будущее. Недооценка клинической значимости гепатита А, восприятие его как детской «проходящей»

инфекции несмотря на серьезные осложнения и исходы заболевания, прежде всего, у лиц с хроническими заболеваниями печени, сдвиг заболеваемости в старшие возрасты отражается также и на экономической составляющей заболевания.

Актуальность гепатита А для ЮФО определяется множеством факторов:

- активными сезонными миграциями населения;
- периодичностью подъемов и спадов заболевания, определяемой, в частности, ростом неиммунной прослойки населения;
- возникновением случаев гепатита А во всех возрастных группах;
- наличием очагов с критическим состоянием систем водоснабжения и постоянно высоким уровнем заболеваемости.

На уровень заболеваемости вирусным гепатитом А в регионе оказывает влияние качество хозяйственно-питьевого водоснабжения и состояние водных объектов в местах водопользования населения. Доля проб воды из источников централизованного водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, в ЮФО в 2008 году составила 8,3% (по РФ — 6%), причем в Карачаево-Черкесской Республике этот показатель достиг 44%, в Чеченской Республике — 29%, в Республике Ингушетия — 21,5%, в Волгоградской области — 9,9%.

В ЮФО 24% водопроводов из поверхностных источников не имеют необходимого комплекса очистных сооружений. Наиболее неблагоприятная обстановка сложилась в Чеченской Республике, где 292 водопровода из 320 имеющихся (91,3%) не обеспечены необходимыми технологиями очистки и обеззараживания воды, в том числе все 6 водопроводов из поверхностных источников. Также неблагоприятная обстановка с обеспеченностью необходимыми технологиями очистки и обеззараживания воды на водопроводах из поверхностных источников сложилась в Республике Дагестан (64,3% водопроводов из поверхностных источников не имеют необходимого комплекса очистных сооружений, 46,4% — обеззараживающих установок), Карачаево-Черкесской Республике (соответственно 44,8% и 30,0%). В 2008 году в ЮФО наблюдалась самая высокая доля проб воды из водопроводной сети, не соответствовавших микробиологическим показателям — 7,6% (по РФ — 5,3%).

Заболеваемость гепатитом А в 2008 году в ЮФО составила 20,2 на 100 тысяч населения, при этом в ряде областей, относящихся к наиболее неблагоприятным по заболеваемости гепатитом А, показатель в 2008 году составил 142,6 (Чеченская Республика), 63,3 (Карачаево-Черкесская Республика), 61,7 (Республика Дагестан). В возрастной структуре заболеваемости гепатитом А наиболее подверженным данному заболеванию контингентом являются дети от 3 до 6 лет — 187,8 на 100 тысяч населения в Карачаево-Черкесской республике, 254,6 — в Республике Дагестан. Также высока распространенность данной инфекции среди детей школьного возраста. Современной особенностью эпидемического процесса является тенденция к смещению заболеваемости в старшие возрастные группы.



Премию вручает министр
сельского хозяйства РФ

Лучший сельский врач России живет на Дону

Виктор Петрович Пустовой — заведующий Александровской участковой больницей Азовского района Ростовской области — стал победителем IX Всероссийского конкурса на звание «Лучший врач года» в номинации «Лучший сельский врач». Для донского врача это уже не первая победа: в 2009 году В. П. Пустовой стал победителем в областном конкурсе и удостоен Чеховской премии в номинации «За верность медицинской специальности». Условия конкурса соответствуют высоким принципам земской медицины: к участию допускаются лучшие медицинские работники, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, проработавшие в этой отрасли не менее 30 лет и внесшие большой вклад в развитие здравоохранения Ростовской области.

У сельского доктора одно место работы: 33 года назад, после окончания Ростовского медицинского института молодой педиатр Пустовой приехал в Александровскую участковую больницу. Сегодня под его началом трудятся 140 специалистов, обслуживая более 9000 человек прикрепленного к больнице населения, стационар на 60 коек, 12 фельдшерско-акушерских пунктов, подстанцию скорой медицинской помощи.

При непосредственном участии Пустового участковая больница пережила свое второе рождение, стала

современной и комфортной для пациентов и работающих здесь медиков.

О том, какой Виктор Петрович врач, рассказывает следующий случай, помещенный в недавно изданную Минздравом книгу «Донская ветвь врачебного древа».

Двенадцатилетнего подростка, попавшего под грузовик на своем мопеде, привезли прямо с трассы. Мальчика даже не рискнули переключать с каталки на кровать, жизнь в нем еле теплилась. Прибывшие областные специалисты высказались единодушно: везти куда-либо нельзя, оперировать на месте — тоже, сделать ничего невозможно. А Пустовой стал действовать, как подсказывали опыт и интуиция: поставил подключичный катетер — и капал, капал, капал. Менял медикаменты, ухаживал. Через зонд вливали бульон, протертые соки. Мальчик оставался без сознания почти месяц. А на двадцать девятый день пришел в себя. Мозг ожил — это была победа! Его еще долго выхаживали. Из больницы он ушел на своих ногах, интеллект полностью восстановился.

Победа донского сельского доктора во Всероссийском профессиональном конкурсе вполне закономерна: именно сельская медицина определена приоритетом развития донского здравоохранения. Этому есть конкретное подтверждение: первичную медицинскую помощь жители отдаленных населенных пунктов получают в фельдшерско-акушерских пунктах, в сельских амбулаториях — в России их около 10000 и десятая часть их, 1060, работает на Дону.

Донская столица встречает медицинских генетиков

14 мая состоялся VI Съезд медицинских генетиков России. Не случайно местом его проведения был выбран Ростов-на-Дону. В стране и за рубежом известны работы ростовских генетиков: д.м.н. С. И. Куцева — в области цитогенетики и молекулярной генетики онкогематологических заболеваний, д.м.н. С. С. Амелиной — в области наследственных болезней обмена веществ, эпидемиологии наследственных заболеваний. Лаборатория медицинской генетики РостГМУ является референтным центром ЮФО по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в части проведения массового обследования новорожденных на наследственные болезни обмена веществ и общепризнанным лидером в генетической диагностике и мониторинге терапии онкогематологических заболеваний на Юге России.

Особенностью современного этапа развития медицинской генетики является стремление как можно быстрее внедрить результаты научных исследований в практическое здравоохранение. Применение достижений генетики в практической медицине способствует предупреждению рождения детей с наследственными заболеваниями и врожденными пороками развития, ранней диагностике и лечению больных. Донская практическая медицинская генетика равняется на самые современные научные разработки: в частности, в Ростовской области создана трехуровневая вертикаль медико-генетической службы: первый уровень — областная медико-генетическая консультация в структуре Ростовской областной клинической больницы (создана в 2006 году); второй — лаборатория медицинской генетики Ростовского НИИ акушерства

и педиатрии (инвазивная диагностика); третий уровень — лаборатория медицинской генетики РостГМУ (подтверждающая диагностика наследственных болезней обмена).

С 2006 года, за период действия национального проекта «Здоровье», на базе медико-генетической консультации Ростовской областной клинической больницы организован неонатальный скрининг на 5 наследственных заболеваний обмена (ФКУ, гипотиреоз, галактоземия, муковисцидоз, адреногенитальный синдром), проводится биохимический скрининг беременных на врожденные пороки развития. В 2009 году исследованиями охвачено 86% беременных области (в срок 15–18 недель беременности). В сочетании с ультразвуковым скринингом выявлено 310 женщин, у которых имелись признаки пороков развития плода. Все они направлены на перинатальный консилиум. По медицинским показаниям прервано более 173 патологических беременностей в сроках до 22 недель. Основная цель медико-генетической консультации — профилактика врожденных пороков развития и наследственной патологии у детей, снижение младенческих потерь.

В рамках съезда проведен Всероссийский конгресс, посвященный теме «Генетика опухолей кроветворной системы» и научная конференция «Молекулярные основы наследственной патологии». «Есть все основания предполагать, что широкомасштабный обмен самыми современными научными и практическими наработками специалистов в области медицинской генетики станет мощным стимулом профессионального роста для всех участников форума», — отметила министр здравоохранения Ростовской области Т. Ю. Быковская, — будет способствовать повышению генетической «грамотности» не только медицинских работников, но и всех здравомыслящих людей».

Вопросы реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и повышения их эффективности

*Трепель В. Г., руководитель Управления Росздравнадзора по Ростовской области,
г. Ростов-на-Дону*

Курс на инвестиции в человека, взятый еще в 2005 году, продолжается и в 2010-м. На национальных проектах, объявленных приоритетами государственной политики, сконцентрированы усилия всех ветвей и уровней власти. Национальный проект в сфере здравоохранения направлен на развитие и совершенствование первичной медико-санитарной помощи населению и призван решить задачу обеспечения доступной и качественной медицинской помощью.

Реализация нацпроекта за последние годы характеризуется развитием первичной медицинской помощи, профилактического направления медицины, проведением диспансеризации, обеспечением населения высокотехнологичными видами медицинской помощи, оказанием необходимой помощи женщинам в период беременности и родов, улучшением технического оснащения станций скорой помощи. За последние годы произошли значительные сдвиги во всех направлениях развития сферы здравоохранения. Большая часть населения Ростовской области была охвачена иммунизацией: была проведена профилактика гепатита А и В,

гриппа, полиомиелита и других опасных заболеваний. 46 проверок по вопросу дополнительной иммунизации населения, проведенных Управлением Росздравнадзора по Ростовской области в 2009–2010 годах, нарушений практически не выявили, за исключением несоблюдения правил хранения вакцин, неполной комплектации аптек «Анти-шок», отсутствия плана экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в чрезвычайных ситуациях. Исполнение одной из важнейших целей нацпроекта — возрождения профилактического здравоохранения — происходит сегодня и благодаря дополнительной диспансеризации работающего населения. Она позволила на ранних стадиях выявлять и эффективно лечить онкологические, сердечно-сосудистые и глазные заболевания. Однако проверки организации дополнительной диспансеризации населения Управления Росздравнадзора по Ростовской области (41 проверка за 2009–2010 гг.) выявили немало нарушений порядка ведения первичной медицинской документации, описания объективного, локального, неврологического статуса пациента,

несоответствие заключения врача о состоянии здоровья пациента данным объективного обследования. В 2009 году были выявлены случаи некачественной диспансеризации, по которым на счет РОФОМС были возвращены денежные средства в сумме 9378 рублей. Все средства были вновь направлены в ЛПУ на проведение диспансеризации работающих граждан.

Значительно улучшилась ситуация по оказанию первичной медико-санитарной помощи: уменьшилось количество нарушений, выявляемых при проверках организации работы первичного звена. В то же время, при проведении проверок (за 2009 год и 4 месяца 2010 года специалистами Управления Росздравнадзора по Ростовской области было проведено 50 таких проверок) выявлялись случаи несоответствия профессиональной подготовки специалистов лицензионным требованиям, нарушения правил оформления паспорта врачебного участка.

Весьма успешно в течение всего периода реализации ПНП «Здоровье» работает система родовых сертификатов. За счет денежных средств, полученных учреждениями здравоохранения в рамках этой программы, было закуплено диагностическое и физиотерапевтическое оборудование, увеличилась заработная плата сотрудников женских консультаций и гинекологических кабинетов, и, соответственно, улучшилось качество медицинской помощи, оказываемой женщинам в период беременности и родов. В рамках нацпроекта в ЛПУ было поставлено оборудование для проведения аудиологического скрининга новорожденных для ранней диагностики сурдологических заболеваний и неонатального скрининга — для выявления таких заболеваний, как галактоземия, адреногенитальный синдром, первичный гипотиреоз, фенилкетонурия, муковисцидоз. Тем не менее, в ходе 45 проверок, проведенных сотрудниками Управления Росздравнадзора по Ростовской области по вопросу оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и детям в течение первого года жизни, были выявлены случаи непроведения аудиологического скрининга и обследования врачом-ортопедом при наблюдении детей в течение первого года жизни. А 26 проверок по вопросу скрининга новорожденных детей показали, что в 2010 году из-за отсутствия набора реагентов неонатальным скринингом было охвачено только 92% новорожденных (в 2009 году — 100%), нарушались также сроки доставки образцов крови в лабораторию.

Одним из важных изменений, произошедших благодаря ПНП «Здоровье», является существенное улучшение материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений. Диагностическое оборудование, поставленное для оказания амбулаторно-поликлинической помощи, не только позволило значительно расширить объем исследований и проводить их на более качественном уровне — до реализации мероприятий национального проекта во многих ЛПУ вообще отсутствовали некоторые виды оборудования. Однако необходимо отметить, что не все руководители ЛПУ провели необходимую работу по подготовке кадров к оказанию новых видов услуг. В связи с этим при проверках часто выявлялись нарушения лицензионных требований и условий

для профессиональной подготовки узких специалистов, работающих на оборудовании, поставленном в рамках ПНП «Здоровье».

За 2009—2010 годы Управлением Росздравнадзора по Ростовской области было проведено 60 проверок по вопросу оснащения диагностическим оборудованием. В ходе проверок были установлены следующие нарушения: не заключены договоры на постгарантийное техническое обслуживание медицинского оборудования; исследования на оборудовании выполняются при отсутствии в штате ЛПУ специалиста-врача функциональной диагностики; осуществление работ и услуг по таким специальностям как эндоскопия, рентгенология, функциональная диагностика не предусмотрено действующей лицензией на медицинскую деятельность. Во многих проверенных учреждениях допускалось использование расходных материалов (тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови или плазме) с истекшим сроком годности.

Очень важный раздел ПНП «Здоровье» — программа оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, в рамках которой в ЛПУ Ростовской области осуществляется лечение больных за счет средств федерального бюджета. В 2009 году фактическое исполнение государственного задания по обеспечению высокотехнологичной помощью жителей Ростовской области превысило плановые показатели более чем на 25%. При проверке деятельности комиссии органа исполнительной власти Ростовской области в сфере здравоохранения (Министерства здравоохранения Ростовской области) по отбору больных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи Управлением Росздравнадзора по Ростовской области нарушений выявлено не было.

Что касается обеспечения медицинских учреждений машинами санитарного автотранспорта, то благодаря их современному оснащению у скорых бригад появилась возможность оказать скорую медицинскую помощь в большем объеме еще до транспортировки больного в ЛПУ. Тем не менее, в ходе проверок Управления Росздравнадзора по Ростовской области по вопросам оснащения санитарным автотранспортом и целевого использования автомобилей скорой медицинской помощи (в 2009—2010 годах было проведено 25 проверок) нередко выявлялись случаи нецелевого использования автомобилей скорой медицинской помощи — для осуществления амбулаторно-поликлинической помощи. Также выявлялись нарушения порядка проведения предрейсовых, послерейсовых медицинских осмотров водителей автотранспорта и оформления путевой документации. Часто сотрудники Управления сталкивались с несоблюдением комплектности автомобилей скорой помощи при эксплуатации, а именно — незаправленными аппаратами ингаляционного наркоза (отсутствует закись азота).

По результатам проверок, проведенных сотрудниками Управления Росздравнадзора по Ростовской области за четыре месяца 2010 года, было составлено 6 протоколов об административных правонарушениях. Материалы были переданы в мировые и районные суды Пролетарского и Советского районов Ростовской области.

Об итогах проведения диспансеризации ветеранов войн в Ростовской области и проведения мероприятий, посвященных празднованию 65-летия Победы в ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» РО

Галеев И. В., начальник госпиталя, ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» РО, г. Ростов-на-Дону

Углубленная диспансеризация ветеранов войн в Ростовской области осуществлялась в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.08.2009 №571 «О проведении углубленного диспансерного обследования инвалидов и ветеранов Великой Отечественной войны, супругов погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны и лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда». Осмотры предполагали проведение комплексных лабораторных исследований, консультации узких специалистов, а также выполнение дополнительных обследований по медицинским показаниям.

Комплексное медицинское обследование ветеранов ВОВ является составной частью Перечня основных мероприятий по проведению дней воинской славы России в ознаменование 65-й годовщины Победы в Великой Отечественной войне.

Работа по организации и проведению диспансеризации находилась на личном контроле у министра здравоохранения Ростовской области Т. Ю. Быковской. В случаях невозможности обследования на дому или в поликлинике проводилась госпитализация в ЛПУ области с последующим лечением. С целью проведения углубленного диспансерного обследования участников ВОВ с ограниченной подвижностью формировались выездные бригады специалистов для проведения диспансеризации по месту проживания или пребывания.

По уточненным данным (отчетов из территорий), число лиц, подлежащих углубленному медицинскому обследованию в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.08.2009 №571, составило 28724 ветерана войны. На 23 апреля 2010 года завершили прохождение диспансерного обследования 27848 человек, из них 13898 обследованы в амбулаторно-поликлинических учреждениях, 12532 — на дому, в условиях стационара — 1418 человек. Процент охвата составил 96,9%.

Среди участников ВОВ имеют группу инвалидности по общему заболеванию 12563 человека (96,6%), по группам: I — 293 человека, II — 11901 человек, III — 369 человек. Среди инвалидов ВОВ имеют группу инвалидности 5058 человек, по группам: I — 237 человек, II — 4611 человек, III — 210 человек.

Заполнены справки-анкеты участников ВОВ, прошедших углубленное диспансерное обследование. Справки-анкеты участников Парада Победы и торжественных мероприятий в городах-героях направлены в органы управления здравоохранением по месту проведения Парада Победы или других торжественных мероприятий. Участников Парада Победы в городе-герое Москве — 4 ветерана, в городе-герое Волгограде — 1 ветеран, в Ростове-на-Дону — 1500 ветеранов.

По итогам диспансеризации в ЛПУ Ростовской области прошли стационарное лечение 2870 ветеранов войн и 3205 человек запланированы на лечение до конца 2010 года. Направлены для прохождения санаторно-курортного лечения 27 ветеранов, на оказание специализированной медицинской помощи (в том числе высокотехнологичной) — 29 ветеранов.

В госпитале проводится экспертно-реабилитационная диагностика контингента лиц, находящихся на стационарном лечении, определяется их потребность в различных видах реабилитации, в том числе в обеспечении техническими средствами реабилитации. Освидетельствование в МСЭ прошли 46 ветеранов.

Работа по медицинской помощи ветеранам войн проводилась с учетом рекомендаций ученых-гериатров.

Кроме того, принято решение в отношении лиц данной категории граждан, находящихся за пределами Ростовской области, о включении их в график проведения диспансеризации; в случае их возвращения по месту прописки все предусмотренные медицинские мероприятия будут выполнены незамедлительно.

Амбулаторно-поликлиническую помощь ветераны войн получают в поликлиниках по месту жительства. Приказами по лечебно-профилактическим учреждениям назначены ответственные врачи и медсестры за организацию оказания медицинской помощи ветеранам войн.

Для стационарного лечения ветеранов войн в области выделено 1035 коек, а именно: в городах — 426, в районах — 349, в госпитале и его филиале — 260 коек.

Для удобства ветеранов войн в нашем госпитале:

- каждый месяц проводились встречи больных ветеранов войн госпиталя с представителями Министерства труда и социального развития области, МСЭ, Областного Пенсионного фонда и администрацией госпиталя, что позволило ветеранам получить ответы на возникающие вопросы по пенсиям, льготам, инвалидности и другим, и снимало необходимость их обращения в вышеназванные инстанции;
- установлены три внутригородских телефонных автомата бесплатного пользования, имеется библиотека, парикмахерская, регулярно проводятся концерты художественных коллективов музыкальных школ и училищ, ДК предприятий.

Предложения по итогам диспансеризации

1. Мы считаем целесообразным ежегодное проведение диспансеризации ветеранов ВОВ. Углубленный осмотр позволил впервые выявить серьезные

заболевания, в том числе требующие оперативного лечения. Однако для муниципальных образований области трудно выполним ряд регламентированных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.08.2009 №571 исследований и консультаций специалистов, прежде всего в связи с высокой укомплектованностью специалистами узких профилями (травматолог-ортопед, уролог, эндокринолог). В то же время уровень теоретических знаний и профессиональных навыков специалистов общей хирургии, работающих в районных больницах, достаточно высок и позволяет на должном уровне выявлять у пациентов урологическую, травматологическую, онкологическую патологию. В связи с этим считаем целесообразным сузить перечень специалистов для обязательного консультирования, указав, что консультации узких специалистов проводятся по показаниям при выявлении патологии специалистами общего профиля.

2. На наш взгляд, проведение тотального определения онкомаркеров альфафетопротеина, РЭА, СА-19-9 является высокзатратным мероприятием с низким уровнем выходной эффективности, особенно у лиц пожилого возраста. Считаем достаточным оставить в списках необходимых исследований ПСА-общий (всем мужчинам), СА-125 (женщинам при выявлении гинекологом подозрения на онкологическую патологию).

С 28 апреля в госпитале открылась художественная выставка «65 лет Победы в Великой Отечественной войне» профессора факультета изобразительного искусства ПИ ЮФУ, члена союза художников России А. А. Прищепы. В период с 1 по 14 мая 2010 года

проведен фестиваль военной песни среди коллективов Ростовской области. Проведено 14 концертов.

5 и 6 мая ветеранов, находящихся на лечении в госпитале, поздравили от лица губернатора Ростовской области с вручением индивидуальных подарков представители Министерства труда и соцразвития, Пенсионного фонда, Министерства здравоохранения и представители администрации Ростовской области. 7 мая шефы предприятий, прикрепленных к палатам клинических отделений, тоже поздравили ветеранов, находящихся на лечении в госпитале, и вручили им подарки.

В рамках празднования 65-летней годовщины Победы в госпитале проводится текущий ремонт, на который выделены из областного бюджета средства в сумме 8414 тыс. руб. Кроме того, за счет средств областного бюджета приобретено медицинское оборудование на сумму 6500 тыс. руб. Полностью оснащен операционно-реанимационный блок и экспресс-лаборатория. Из резервного фонда Президента РФ госпиталю выделено 2670 тыс. руб. на приобретение медицинского оборудования. Во исполнение распоряжения Правительства РФ от 24.02.2010 №201 госпиталю 7 мая поставлены 3 санитарных автомобиля класса А на общую сумму 4065 тыс. руб. Кроме того, в подарок госпиталю передан проигрыватель с домашним кино-театром SONY WS-318. По ходатайственному письму заместителя главы администрации (губернатора) области А. И. Бедрика от различных хозяйствующих субъектов Ростовской области на внебюджетный счет, открытый для благотворительных средств, перечислено 228,6 тыс. руб.



ООО «НПО «СЕТАЛ»

420012, г. Казань, ул. Щапова, 26,
тел./факс: (843) 236-24-16, тел.: 267-60-50,
e-mail: office@npo-setal.ru, www.npo-setal.ru



Спирометр — анализатор функций внешнего дыхания АФД-02-«МФП»



Реализован на базе персональной ПЭВМ с организацией базы данных результатов обследования пациентов в возрасте с 6 до 70 лет. Программное обеспечение совместимо с стандартными ПЭВМ и современными операционными системами.

Позволяет проводить обследование в режимах ФЖЕЛ, СПИРО, МВЛ, МОД. Реализованы 5 методов обследования: текущий (экспресс-анализ), сравнительный, бронхолитический, нагрузочный, фармакологический. Автоматически обеспечивается

оценка качества дыхательных маневров, текстовая интерпретация результатов, запись в архив, контроль базы данных, резервирование рабочей базы данных.

Область применения: отделения функциональной диагностики, пульмонология, аллергология, спортивная и авиакосмическая медицина.

Кардиостимулятор чреспищеводной и эндокардиальной стимуляции ЭКС-ЧСП-01-«Сетал»



Предназначен для генерирования импульсов электрического тока с целью навазывания искусственного ритма сердцу

для проведения электрофизиологического исследования при аритмии и диагностике недостаточности коронарного кровотока.

Область применения: в диагностике — для оценки состояния, уточнения генеза заболевания, выбора лечебной тактики, оценки результатов лечения; при лечении аритмии.

Кардиостимулятор эндокардиальной стимуляции наружный «ЭКС-Сетал-1В»

Предназначен для генерирования импульсов электрического тока с целью навазывания искусственного ритма сердцу в режимах АОО, VOO, AAI, VVI.

Позволяет проводить в эндокардиальном режиме лечебную и диагностическую кардиостимуляцию.

Габаритные размеры (мм): 150x75x30, масса — 250 г.

Анализатор параметров сердечного выброса и артериального давления осциллометрический АПК-8-РИЦ

Диагностический программно-аппаратный комплекс на базе ПЭВМ для съема, отображения, анализа и хранения информации на основе объемной компрессионной осциллометрии. Программное обеспечение ведет карту пациента и позволяет мониторировать состояние пациента. Программное обеспечение совместимо с стандартными ПЭВМ и современными операционными системами.

Позволяет за 2–3 минуты исследования неинвазивным способом с точностью, сопоставимой с прямыми методами, определить более 20 показателей гемодинамики, включая сердечный выброс, скорость кровотока, эластичность магистральных и периферийных сосудов.

Область применения: отделения функциональной диагностики, кардиологические реанимационные отделения, спортивная и авиакосмическая медицина.

Идеальная мебель для идеальной чистоты

Белинская Ю. А., ОАО «Елатомский приборный завод», г. Елатьма Рязанской обл.

Согласно санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров» (СанПиН 2.1.3.1375—03), все помещения ЛПУ, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее двух раз в сутки с использованием моющих и дезинфицирующих средств. Генеральная уборка палат и кабинетов должна проводиться не реже 1 раза в месяц с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря и т. д. Генеральная уборка операционного блока, перевязочных, родильных залов, процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводится 1 раз в неделю с обработкой и дезинфекцией оборудования, мебели, инвентаря. В числе помещений с особыми (повышенными) требованиями к чистоте называются инфекционные, операционные отделения, отделения гематологии, реанимации, интенсивной терапии, палаты для новорожденных, родовые залы, кожно-венерические и противотуберкулезные диспансеры, процедурные и перевязочные кабинеты, лаборатории.

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

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

Если эта проблема вам близка, необходимость замены мебели назрела и оформилась, то именно вам адресована следующая информация.

Елатомский приборный завод, известный как производитель физиотерапевтической техники и дезинфекционного оборудования, приступил к выпуску **медицинской мебели**, специально предназначенной для помещений со строгими требованиями к соблюдению санэпидрежима. Эта мебель изготовлена по технологиям, обеспечивающим ее повышенную защиту от воздействия моющих, дезинфицирующих средств и механических повреждений.

Используемые материалы: алюминиевый каркас, обладающий жесткостью и легкостью одновременно, полистирол, дающий влагуустойчивость и ударопрочность,

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

Особо отметим следующие изделия из ассортиментного ряда медицинской мебели ЕЛАМЕД

- *Шкаф медицинский лабораторный ШМЛ-01. Материалы: алюминиевый каркас, пластик, стекло. Достоинства: привлекательные стеклянные двери, которые выполняются в четырех вариантах прозрачности стекла.*
- *Шкафы медицинские для фармпрепаратов ШМФ-01. Материалы: ЛДСП, пластик, алюминий. Достоинства: поворотные и навесные полки для раздельного хранения медикаментов, запирающееся на ключ отделение, выдвижной стол-полка.*
- *Тумбочки кабинетные, лабораторные, прикроватные ТМК-01, СТМЛ-01, ТМП-01. Материалы: пластик, алюминий, ЛДСП. Достоинства: снабжены поворотными колесами.*
- *Стол медицинской сестры СМС-01. Материал: ЛДСП. Достоинства: удобная конструкция, предусмотрено место под ПК.*
- *Шкафы для документов ШМД-01, спецодежды ШМСО-01. Материал: ЛДСП. Достоинство: эргономичность.*
- *Стеллажи передвижные и стационарные. Материал: пластик. Достоинства: стационарные стеллажи сборно-разборные, собираются в любую конструкцию; передвижные стеллажи снабжены поворотными колесами и ручкой, удобны для любых перевозок.*

Все изделия имеют современный дизайн и эстетичный внешний вид, прочность, удивительную легкость, удобство в уборке, устойчивость к влажной дезинфекции и механическим повреждениям. Такая мебель не теряет своих потребительских качеств и презентабельности от частого мытья — она создана для того, чтобы ее мыли, мыли и мыли!

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

УЗО – «МЕДЭЛ»

установки для ультразвуковой предстерилизационной очистки медицинских инструментов



Эффективная очистка изделий любой формы и конфигурации из металла, стекла и пластмассы от различных загрязнений в виде водорастворимых и частично растворимых соединений: кровь, белок, лекарства; твердые и жидкие пленки из масел и жиров растительного, минерального и животного происхождения; твердых осадков – пыли, костной ткани; продуктов коррозии.

Особенности:

- Применение ультразвука позволяет исключить тактильный контакт с обрабатываемым инструментом с момента его сбора до этапа стерилизации;
- Ультразвук вводится в «озвучиваемый» объем сверху, что является принципиально новым в медицинской практике и обеспечивает следующие преимущества:
 - исключается влияние выпадающего осадка на качество очистки;
 - в 2-3 раза снижается подводимая УЗ-мощность, что экономит электроэнергию и создает щадящий режим очистки, который не приводит к порче инструмента;
 - обеспечивается постоянная интенсивность излучения УЗ-колебаний, в результате чего количество загружаемых инструментов не влияет на качество очистки.
- В качестве ванны УЗО применяются полимерные контейнеры ЕДПО, что дает следующие преимущества:
 - позволяет очищать большое количество инструментов поточным (конвейерным) методом при наличии дополнительных контейнеров ЕДПО и отражателей;
 - благодаря применению полимерных материалов установки УЗО дешевле аналогов изготовленных из нержавеющей стали.



Технические характеристики

Электропитание от сети переменного тока	частотой 50 Гц, напряжением 220-230 В
Потребляемая электрическая мощность	200 ВА
Рабочая ультразвуковая частота	22 кГц
Диапазон излучаемой акустической мощности	75-110 Вт
Рабочий объем установок	УЗО1-01 – 1 литр, УЗО3-01 – 3 литра, УЗО5-01 – 5 литров, УЗО10-01 – 10 литров
Масса не более	10 кг
Средний срок службы	не менее 5 лет

ЕЛАТОМСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД – торговая марка «ЕЛАМЕД»

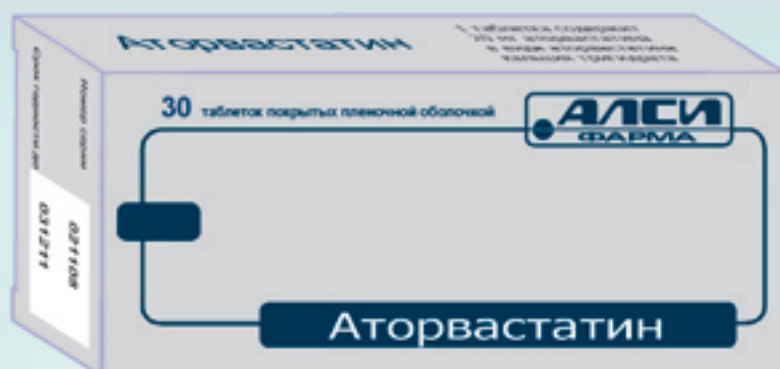
Всё для здоровья. Здоровье для Вас.

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» (8652) 94-01-00, ВИАРиК (87935) 3-74-78, ИП Скрипка Е.А. +7-928-321-17-39, КЧР: ИП Халигуева Е.Ю. (8782) 26-73-67
Краснодарский край: ООО «Мл Трейд» (861) 274-34-54, Ростовская область: ООО «Полимед-Юг» (863) 220-38-85, ООО «МедТорг» (863) 255-22-22
Астраханская область: ООО «МедТехторг» (8512) 37-06-27, ООО «Медлад» (8512) 34-62-82

Действенная помощь сердцу и сосудам



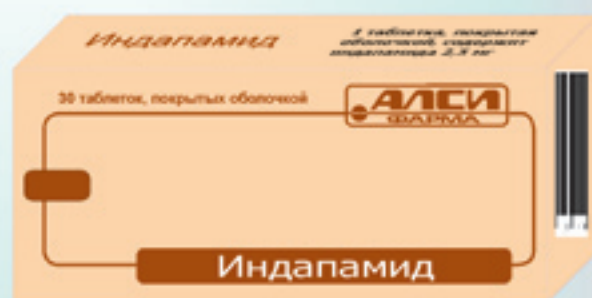
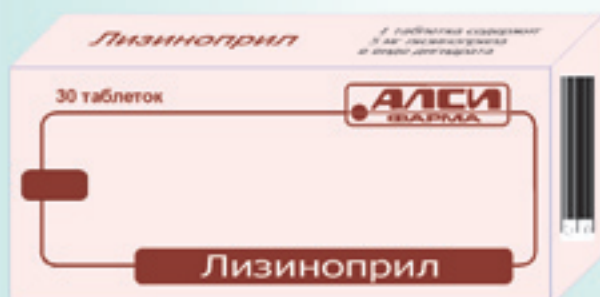
Эффективное гиполипидемическое средство последнего поколения



Надежное снижение не только холестерина, но и улучшение липидного профиля в целом



Высокое качество по доступной цене



♥ длительно действующий ингибитор АПФ

♥ поступает в организм в активной форме

♥ не биотрансформируется в печени

♥ современный тиазидоподобный диуретик

♥ показан в комплексной терапии артериальной гипертензии

♥ оптимальная схема приема - 1 раз в сутки



**ЗАО "АЛСИ Фарма",
129272, Москва, Трифоновский тупик, 3
Тел.: (495) 787-70-53
www.alsi.ru**

Роль и место кардиологических препаратов ЗАО «АЛСИ Фарма» для блокады «порочных кругов» атеросклероза и гипертонической болезни

Куприч Д. В., ЗАО «АЛСИ Фарма», г. Москва

ЗАО «АЛСИ Фарма» — российская фармацевтическая компания, чутко откликающаяся на нужды российских потребителей лекарств, стремится в своей деятельности находить оптимальные решения для построения цепочки «врач-лекарство-пациент». Мы предлагаем потребителям зарегистрированные в установленном порядке лекарственные средства — воспроизведенные препараты высокого качества по доступной цене, активно применяемые во всем мире для лечения пациентов как в амбулаторной, так и в стационарной практике.

ЗАО «АЛСИ Фарма» обладает современной базой для производства, разработки и внедрения новых лекарств. Вот уже почти 7 лет компания выпускает такие широко востребованные средства, как винпоцетин, дротаверин, кетотифен, карбамазепин, галоперидол, флуоксетин, амброксол и др. Оборудование, персонал и планировка завода в г. Кирове соответствуют требованиям ГОСТа Р 52249—2004 «Правила производства и контроля качества лекарственных средств» (российский аналог GMP), лицензия Минздравсоцразвития РФ для производства твердых дозированных лекарственных форм.

Артериосклероз — хроническое заболевание, характеризующееся патологическими изменениями стенок артерий, такими как утолщение и затвердевание, из-за чего они теряют свою эластичность [2]. Большинство форм артериосклероза являются атеросклерозом, то есть вызываются образованием жирных бляшек и отложений на внутренних стенках артерий. При атеросклерозе липопротеины, переносящие холестерин путем циркуляции в крови организма, постепенно откладывают его на внутренней выстилке артерий. И если сначала это просто мелкие пятна, то затем они могут превращаться в крупные бляшки и сгустки, что может значительно затруднить

кровоток, приводя к образованию смертельно опасных для внутренних органов и самой жизни человека тромбов. Отсюда возможны и инфаркт миокарда при повреждении коронарных артерий, и инсульт при повреждении сосудов мозга, и заболевания периферических артерий, например, ног.

Атеросклероз — одна из основных причин заболеваемости и смертности в промышленно развитых странах — ежегодно отнимает больше жизней, чем все формы рака вместе взятые. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является самым распространенным и серьезным последствием данного заболевания.

К основным факторам риска ИБС относят гипертонию, курение, дислипидемию, наличие преждевременной ИБС у родственников первого поколения, сахарный диабет. При наличии нескольких факторов их воздействие синергично. Один из главных факторов риска ИБС — дислипидемия. Как уже хорошо известно, имеется тесная прямая зависимость между уровнем холестерина и ХС ЛПНП (холестерин липопротеинов низкой плотности) в сыворотке крови и смертностью от ИБС [8]. Избавиться от артериальной гипертонии и курения возможно при помощи медикаментозных средств и изменения образа жизни. Изменение образа жизни занимает важное место и в системе мер, направленных на коррекцию дислипидемии. Однако во вторичной профилактике основную роль играет применение гиполипидемических (липидомодулирующих) средств.

Контроль уровня холестерина и липопротеидов крови у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями — важная обязанность врача и пациента. Современные биохимические тесты позволяют определять в лаборатории концентрацию холестерина с точностью до трех значащих цифр (целая часть и дробь с двумя знаками после запятой при измерении в ммоль/л), что вполне достаточно для постановки диагноза гиперхолестеринемии. Норма общего холестерина в крови составляет примерно 3,10—5,70 ммоль/л.

Холестерин представляет собой воскообразную субстанцию в любом животном организме. В чистом виде холестерин — это белое кристаллическое вещество без запаха и вкуса. Он необходим для жизни, так как является первичным компонентом мембран клеток и стартовым компонентом для синтеза многих веществ в организме: желчных кислот, стероидных гормонов и витамина D. Холестерин в норме поступает в организм с пищей. При недостаточном поступлении с пищей компенсаторная система организма регулирует его синтез в печени.

Контроль уровня холестерина в крови необходимо начинать с диеты. Больше всего его содержится в продуктах животного происхождения, а из доступных большинству россиян продуктов питания наиболее богаты холестерином яйца и животный жир. Потребление яиц и животного жира у больных с гиперхолестеринемией

«Порочные круги» нарушений в сердечно-сосудистой системе

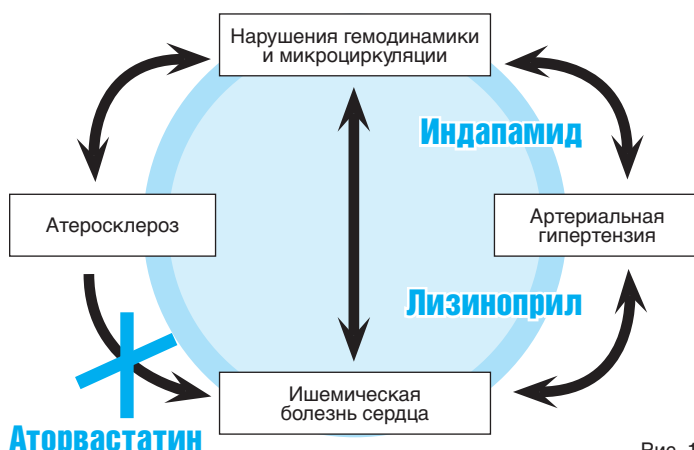


Рис. 1.

должно быть резко ограничено. Яйца входят в состав многих пищевых рецептов (хлебулочные изделия, майонез и прочие), поэтому полностью отказаться от них невозможно, но надо исключить их из своего рациона в чистом виде. Причем недостаток белка из-за отказа от яиц следует восполнять, например, рыбой и морепродуктами, нежирным мясом, а нехватку витаминов — витаминными комплексами с богатой палитрой витаминов группы В. Тем, у кого холестерин в крови повышен, можно рекомендовать следующее [2]:

- снизить общее потребление жиров;
- частично или полностью заменить в рационе насыщенные жиры ненасыщенными (как правило, вместо животных жиров употреблять растительные);
- уменьшить в рационе питания долю пищи, содержащей холестерин.

В настоящее время наиболее эффективными гиполипидемическими препаратами являются ингибиторы ГМК-КоА-редуктазы (статины): аторвастатин (липитор, липримар), ловастатин (мевакор), правастатин (липостат), симвастатин (зокор), флувастатин (лескол).

Статины — ингибиторы 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А-редуктазы (ГМК-КоА-редуктазы) — представляют собой лекарственные препараты с разным химическим строением. Одни из них являются производными грибов (ловастатин, правастатин и симвастатин) и поэтому относятся к полусинтетическим препаратам, другие — флувастатин, аторвастатин, цервистатин — являются чисто синтетическими соединениями. Несмотря на различия в химическом строении, все представители статинов оказывают сходный фармакологический эффект, проявляющийся в частичном обратимом ингибировании ГМК-КоА-редуктазы, что приводит к снижению скорости синтеза холестерина в клетках печени [9]. Статины оттеснили на второй план традиционные гиполипидемические средства — никотиновую кислоту, фибраты и анионообменные смолы.

По данным таможенной статистики, за первое полугодие 2001 года в РФ было ввезено около 83 тысяч упаковок статинов [8]. Соответственно, по наиболее оптимистичным оценкам, только 14 тысяч человек получали в эти годы терапию статинами, тогда как только

вторичную профилактику статинами должны получать не менее 1 млн человек.

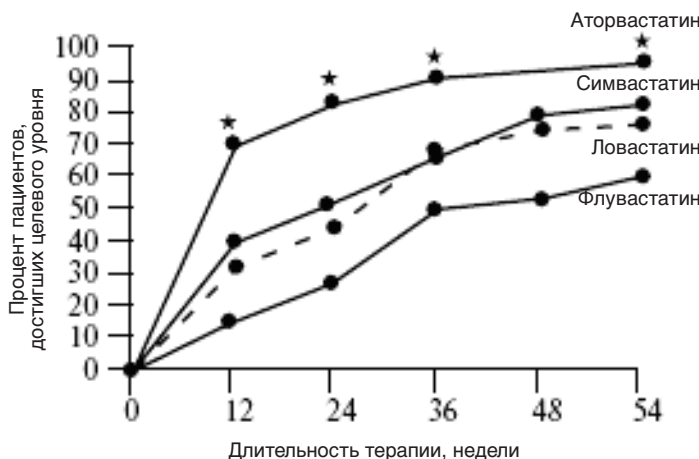
В РФ в 2000 году наибольшим был объем продаж симвастатина. В США аторвастатин (объемы продаж которого в 2001 году превысили 2 млрд долл.) вытеснил симвастатин с позиции лидера продаж в группе статинов. Основная причина этого — впечатляющее действие препарата на уровни липидов крови: аторвастатин снижает не только холестерин (ХС), но и липопротеины низкой плотности (ЛПНП) в большей степени, чем любой из разрешенных к применению статинов, а также значительно снижает уровень триглицеридов (ТГ), причем эти эффекты сопровождаются некоторым повышением холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП).

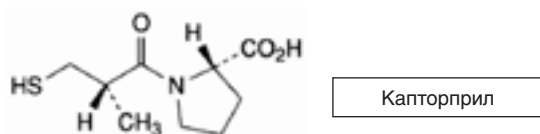
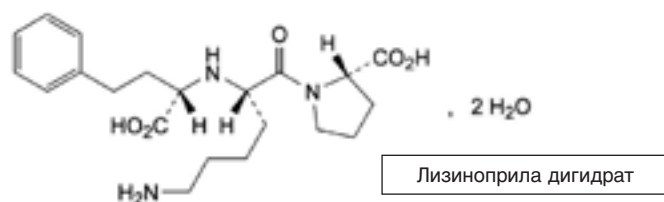
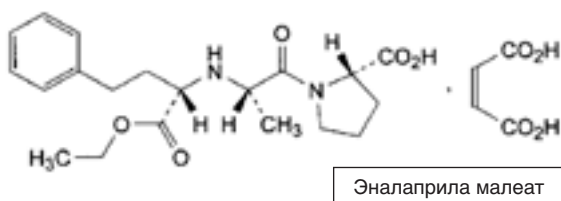
Благодаря высокой гиполипидемической активности аторвастатина при его применении быстрее и у большей доли пациентов, чем при использовании других статинов, достигаются целевые уровни ЛПНП. По данным некоторых исследований, аторвастатин позволяет достичь необходимого снижения почти в 90% случаев, тогда как этот показатель для симвастатина и ловастатина не превышает 79% [8] (рис. 2).

Накопленные к настоящему времени данные указывают на то, что аторвастатин обладает **высокой гиполипидемической активностью и широким спектром действия на липиды крови. Его применение позволяет добиться стабильной коррекции дислипидемии с достижением целевых уровней ХС ЛПНП у значительной доли больных.** Длительное применение аторвастатина у большого числа больных продемонстрировало малое число осложнений, что свидетельствует о благоприятном профиле безопасности препарата. Стоимость достижения сопоставимого гиполипидемического эффекта при применении аторвастатина ниже, чем при применении других оригинальных статинов. Согласно результатам фармакоэкономического анализа, использование аторвастатина может оказаться привлекательным для вторичной профилактики ИБС и способствовать повышению уровня оказываемой медицинской помощи больным ИБС в России.

Рис. 2.

Сроки и доля пациентов (в %), достигших целевого уровня снижения ХС ЛПНП на один год [8] оригинальными статинами, зарегистрированными в РФ





Артериальная гипертензия, доля которой в структуре общей смертности равна 20—50%, является одним из основных факторов смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, а также причиной заболеваемости с последующей инвалидностью и связанных с нею расходов на лечение. Терапия современными антигипертензивными препаратами, обеспечивающая надежный контроль артериального давления, снижение цифр диастолического артериального давления ниже исходных значений 90—105 мм рт.ст., приводит к уменьшению риска инсульта на 35—40%, а ИБС — на 15—20%.

Многочисленные исследования позволили установить безусловные показания к применению ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ):

- артериальная гипертензия,
- сердечная недостаточность,
- инфаркт миокарда,
- асимптомная дисфункция левого желудочка (ЛЖ),
- диабетическая нефропатия.

Спектр показаний к применению ИАПФ в связи с установлением новых положительных эффектов и изучением механизмов действия этой уникальной группы лекарственных средств продолжает постоянно расширяться.

Значительно меньше внимания уделялось тому обстоятельству, что в ряде исследований при длительном применении ИАПФ наблюдалось снижение смертности не только от сердечно-сосудистой патологии, но и общей смертности, то есть не от кардиальных причин. В настоящее время наиболее широкие возможности воздействия не только на нормализацию уровня артериального давления, но и на целый ряд других факторов, сопутствующих артериальной гипертензии, имеются у лизиноприла.

Лизиноприл — это длительно действующий ИАПФ III поколения, который поступает в организм в активной форме, не содержит сульфгидрильной группы, являющейся причиной ряда побочных эффектов, и не биотрансформируется в печени.

Показания к применению:

- артериальная гипертензия (в монотерапии или в комбинации с другими антигипертензивными средствами);
- хроническая сердечная недостаточность (в составе комбинированной терапии для лечения больных, принимающих препараты наперстянки и/или диуретики);
- раннее лечение острого инфаркта миокарда (в первые 24 часа со стабильными показателями гемодинамики для поддержания этих показателей и профилактики дисфункции левого желудочка и сердечной недостаточности);
- диабетическая нефропатия (снижения альбуминурии у инсулинозависимых больных с нормальным артериальным давлением и инсулинонезависимых больных с артериальной гипертензией).

Лизиноприл обладает всеми преимуществами препаратов своего класса. Его эффективность в отношении улучшения прогноза артериальной гипертензии, не уступающая эффективности блокаторам β -адренорецепторов и диуретикам, была показана в исследовании STOP-2 (The Swedish Trial in Old Patients with Hypertension, 2000) [1].

Применение лизиноприла с первых суток острого инфаркта миокарда позволяет улучшить показатели выживаемости больных в ранние и поздние сроки заболевания, в значительной степени снизить частоту развития сердечной недостаточности и дисфункции левого желудочка (GISSI-3, 1996) [3].

В исследовании TROPHY установлено, что при использовании лизиноприла у пациентов с ожирением II-III степени нормализация артериального давления достигается в 60% случаев, в то время как при лечении гидрохлортиазидом — всего в 43%. При этом большинству пациентов требуются небольшие дозы лизиноприла (более 50% пациентов получали его в дозе 10 мг/сут.) и сравнительно высокие дозы гидрохлортиазидом (около 45% пациентов получали его в дозе 50 мг/сут.).

Важным достоинством лизиноприла является отсутствие печеночного метаболизма, что позволяет применять препарат у пациентов с заболеваниями печени, в том числе алкогольного генеза. Получены интересные данные, свидетельствующие о регрессе поражения органов-мишеней (в частности, гипертрофии миокарда левого желудочка) на фоне лечения лизиноприлом, а также об улучшении функции эндотелия (Rizzoni D., 1997). Интересны результаты применения лизиноприла у пациентов с сахарным диабетом без артериальной гипертензии: у этих пациентов на фоне длительной (в течение 40 недель) терапии отмечался выраженный нефропротективный эффект: значительно уменьшилась микроальбуминурия (на 48%), при этом уровень калия достоверно не изменялся.

Препарат лизиноприл обладает следующими уникальными фармакологическими особенностями.

1. Поступает в организм в активной форме и не биотрансформируется в печени, поэтому возможно применение у пациентов с нарушениями функции печени; отсутствует взаимодействие на уровне печени с лекарственными веществами и алкоголем.

2. Предпочтительное средство для комбинированной терапии с сердечными гликозидами, антикоагулянтами,

История создания диуретиков

ТИАЗИДНЫЕ И ТИАЗИДОПОДОБНЫЕ		ПЕТЕЛЬНЫЕ		КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИЕ	
1956 г.	Хлортиазид	1959 г.	Фуросемид	1957 г.	Спиронолактон
1958 г.	Гидрохлортиазид	1964 г.	Этакриновая кислота	1961 г.	Триамтерен
1959 г.	Хлорталидон	1971 г.	Буметанид	1966 г.	Амилорид
1974 г.	Индапамид	1976 г.	Пиретанид		
1997 г.	Индапамид ретард 1,5 мг	1988 г.	Торасемид		

антиаритметиками и др., так как не связывается с белками плазмы крови, не меняет фармакокинетику других препаратов.

3. Надежный контроль гемодинамики обеспечивается однократным приемом и сохраняется на протяжении 24 часов, начало действия — через 2—4 часа, максимум действия — через 4—6 часов после приема.

Группы пациентов, которым предпочтительно назначение лизиноприла:

- пациенты с нарушенной функцией печени, в том числе алкогольного генеза;
- тучные пациенты;
- пациенты с сахарным диабетом;
- пациенты с недостаточным эффектом от лечения другими ИАПФ.

Таким образом, лизиноприл является надежным, эффективным и безопасным препаратом, который можно рекомендовать для длительной терапии сердечно-сосудистых заболеваний. Очень часто это гарантирует обратное развитие патологии и возвращение нарушенного гомеостаза к здоровому состоянию.

Еще одним антигипертензивным препаратом, производимым ЗАО «АЛСИ Фарма», является диуретическое средство «Индапамид» (таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг) и «Индапамид ретард» (таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой, 1,5 мг).

Диуретики являются наиболее старым классом антигипертензивных препаратов, начало их использования относится к 50-м годам XX века (табл. 1). В современных международных рекомендациях по артериальной гипертензии диуретик является обязательным компонентом комбинированной антигипертензивной терапии, которая рассматривается уже на начальном этапе лечения больных с артериальной гипертензией [7].

Индапамид прочно занял свое место диуретика, чаще всего применяемого для контроля артериального давления у пациентов, которым показано добавление диуретика к базовой терапии такими широко распространенными антигипертензивными средствами, как ИАПФ, бета-блокаторы и блокаторы кальциевых каналов.

ЗАО «АЛСИ Фарма» продолжает поиск новых лекарственных средств для более полного удовлетворения потребностей россиян в качественных и недорогих дженериках.

Литература

1. Antonios T. F., Cappuccio F. P., MarKandu N. D. et al. A diuretic is more effective than a b-blocker in hypertensive patients not controlled on amlodipine and lisinopril // Hypertension. — 1996. — Vol. 27. — P. 1325—1328.
2. Encyclopedia Britannica. 2007. Ultimate Reference Suite. Chicago: Encyclopedia Britannica. Электронное издание.
3. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico. GISSI-3: effects of lizinopril and transdermal glyceryl trinitrate singly and together on six-week mortality and ventricular function after acute myocardial infarction // Lancet. — 1994. — Vol. 343. — P. 1115—1122.
4. Koren M.J. et al. The Cost of Reaching National Cholesterol Education Program (NCEP). Goals in Hypercholesterolaemic Patients // Pharmacoeconomics — 1998. — Jul — Vol. 14 (1). — P. 59—70.
5. Packer M., Poole-Wilson P., Armstrong P. et al. Comparative effects of low-dose versus high-dose lisinopril on survival and major events in chronic heart failure: the Assessment of Treatment with Lizinopril and Survival study (ATLAS) // Eur. Heart J. — 1998. — Vol. 19. — P. 142.
6. Jose Lopez-Sendon, Karl Swedberg, John McMurray et al., Expert consensus document on angiotensin converting enzyme inhibitors in cardiovascular disease. — European Heart Journal. — 2004. — Vol. 25. — P. 1454—1470.
7. Белоусов Ю. Б., Леонова М. В. Индапамид ретард 1,5 мг — оптимальный диуретик для длительного лечения артериальной гипертензии // Consilium Medicum. — 2005. — Vol. 07/N (5/2005). http://www.consilium-medicum.com/media/consilium/05_05/356.shtml.
8. Белоусов Ю. Б., Грацианский Н. А., Бекетов А. А. Оценка фармакоэкономической эффективности аторвастатина (липримара) при вторичной профилактике ИБС // Качественная клиническая практика. — 2002. — №1. — С. 62—70.
9. Ялымов А. А., Шехян Г. Г., Задонченко В. С. Влияние аторвастатина на показатели липидного обмена, микроциркуляции и суточного мониторирования ЭКГ у больных острым коронарным синдромом // От диспансеризации к высоким технологиям: материалы конгресса 10—12 октября 2006. — М, 2006. — С. 449.

Современные возможности оптимизации антибактериальной терапии

Стернин Ю. И., д.м.н., профессор кафедры реабилитации и восстановительной медицины Медицинской Академии последипломного образования; Тец В. В., д.м.н., профессор, академик РАЕН, зав. кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова; Кнорринг Г. Ю., к.м.н., ассистент кафедры терапии и клинической фармакологии Медицинской Академии последипломного образования; г. Санкт-Петербург

Введение

Известно, что антибиотики являются одними из самых востребованных средств современной медицины. Однако применение их остается серьезной проблемой как фундаментальной науки, так и практической медицины. Более 80 лет назад, в 1928 году, когда Александр Флеминг впервые описал антибактериальное действие природного пенициллина, началась «эра антибиотиков».

Однако еще в 1913 году на XVII Международном медицинском конгрессе Пауль Эрлих, основываясь на экспериментальных данных, изложил теорию избирательного действия лекарственных веществ, а именно: «Паразитов убивают только те вещества, к которым они имеют определенное сродство; благодаря наличию этого сродства такие вещества фиксируются паразитами; паразиты имеют различные специфические хеморецепторы; вещество ... должно обладать определенной группой, в химическом отношении близкой одному из хеморецепторов паразита; если бы удалось найти рецептор у паразита, отсутствующий в организме хозяина, то найдя такую группу, которая связывалась бы только с рецептором паразита, мы бы получили возможность для создания идеального средства».

Очевидно, что только благодаря антибиотикам человечество избавилось от многих смертельно опасных болезней. Однако развитие этой области фармакологии с трудом поспевает за меняющимся микробным миром, который преподносит врачам и ученым все новые сюрпризы.

С особой остротой эта проблема встает в настоящее время, характеризующееся неуклонным ростом числа больных с иммунодефицитными состояниями, широким распространением резистентных к этиотропным препаратам штаммов возбудителей, высокой частотой тяжелых, комбинированных, распространенных, атипичных и осложненных форм заболеваний, микст-инфекций, появлением и быстрым распространением так называемых новых и вновь возникающих инфекций.

Современная стратегия и тактика терапии инфекционных болезней в большинстве случаев предусматривает комплексное лечение больных с использованием разнообразных этиотропных средств, иммуноориентированной и иных видов патогенетической терапии и симптоматического лечения.

Эти соображения вызывают необходимость поиска, изучения и внедрения в повседневную практику вспомогательных средств обеспечения и усиления основного лечения, так называемой сервис- и бустер-терапии (от англ. service — обслуживание и booster — усилитель).

В последние годы в этом качестве с большим успехом стала широко использоваться системная энзимотерапия (СЭТ). Разнообразие полезных действий полиэнзимных

препаратов («Вобэнзим», «Флогэнзим»): противовоспалительное, противоотечное, анальгезирующее, фибринолитическое, антиагрегантное, иммуномодулирующее, — позволяет использовать их в комплексном лечении широкого круга заболеваний (табл. 1).

Вобэнзим (Mucos Pharma, GmbH, Германия; рег. номер П № 011530/01 от 19.02.2010) выпускается в виде таблеток, покрытых кишечнорастворимой оболочкой.

Многочисленные фундаментальные и клинические исследования показали фармакологическую эффективность системного воздействия протеолитических энзимов при отсутствии серьезных побочных эффектов. В литературе подробно освещены особенности резорбции перорально назначаемых энзимов, изучено проникновение интактных энзимов в кровь и сохранение их специфической и неспецифической активности, взаимодействие с ингибиторами плазмы крови, фибринолитическое и иммуностропное воздействие экзогенных протеиназ. Сочетания системных и местных воздействий протеолитических энзимов лежат в основе ключевых комплексных клинико-фармакологических феноменов и могут служить практическим обоснованием использования полиферментных препаратов в комплексной терапии инфекционных болезней.

Главными механизмами интегрального клинического потенцирования действия этиотропных препаратов являются следующие (Ремезов А. П., Кнорринг Г. Ю., 2004).

Таблица 1

Состав вобэнзима и флогэнзима

Вещество	Вобэнзим	Флогэнзим
Бромелаин	225 F.I.P.-Ед.* (45 мг)	90 мг
Папаин	90 F.I.P.-Ед. (45 мг)	
Трипсин	360 F.I.P.-Ед. (24 мг)	45 мг
Химотрипсин	300 F.I.P.-Ед. (1 мг)	
Панкреатин	345 прот. Евр. Фарм.-Ед.** (100 мг)	
Амилаза	50 F.I.P.-Ед. (10 мг)	
Липаза	34 F.I.P.-Ед. (10 мг)	
Рутин	50 мг	100 мг

* F.I.P.-Ед. — единицы Federation International Pharmaceutical

** Прот. Евр. Фарм.-Ед. — протеолитические единицы Европейской Фармакопеи

1. Бустер-эффекты

Улучшение условий доставки этиотропных препаратов: улучшение всасывания; улучшение микроциркуляции крови, в том числе в очаге воспаления; конкурентного взаимодействия с транспортными белками крови — альфа-2-макроглобулином и прочими транспортными белками крови; усиление некролиза, расщепления детрита в очаге воспаления, то есть усиление эффекта санации в очаге воспаления; эффект очищения клеточной мембраны как клетки-хозяина (носителя), так и возбудителя; увеличение проницаемости мембран;

Улучшение доступности рецепторного аппарата клетки-носителя и возбудителя (особенно важно для некоторых противовирусных средств);

Снижение кислотности среды в очаге воспаления, особенно в полостях, улучшающее условия для работы антибиотиков;

Изменение свойств микробных биопленок в присутствии ферментов (формирование поверхностной мембраны, межклеточные взаимодействия, передача генетического материала, в том числе факторов резистентности) (Тец В. В. и соавт., 2009).

2. Сервис-эффекты.

Снижение выраженности побочных эффектов этиотропных препаратов: уменьшение токсичности; гепатопротекция; уменьшение выраженности вторичного, ятрогенного, МДК (уменьшение частоты и/или выраженности флатуленции, метеоризма, тошноты, болей в животе, диареи и других эссенциальных побочных эффектов антибиотикотерапии).

В первую очередь, ферментные препараты существенно повышают концентрацию антибактериальных препаратов в тканях и крови (рис. 1).

Помимо повышения концентрации антибиотиков в плазме крови и тканях, показано увеличение продолжительности экспозиции антибиотиков, в том числе при экспериментальных воспалительных процессах (Гостищев Н. К., Стручков В. И., 1970). Согласно результатам работы J.P. Guggenbichler (1988), вобэнзим способен увеличивать проникновение антибиотиков в стафилококковые абсцессы.

В исследованиях последних лет показано потенцирующее действие отдельных ферментов и их комбинаций на эффекты антибиотиков в экспериментах *in vitro* на микроорганизмах различных неродственных групп: *Staphylococcus aureus* ATCC 29213, *Escherichia coli* ATCC 25922.

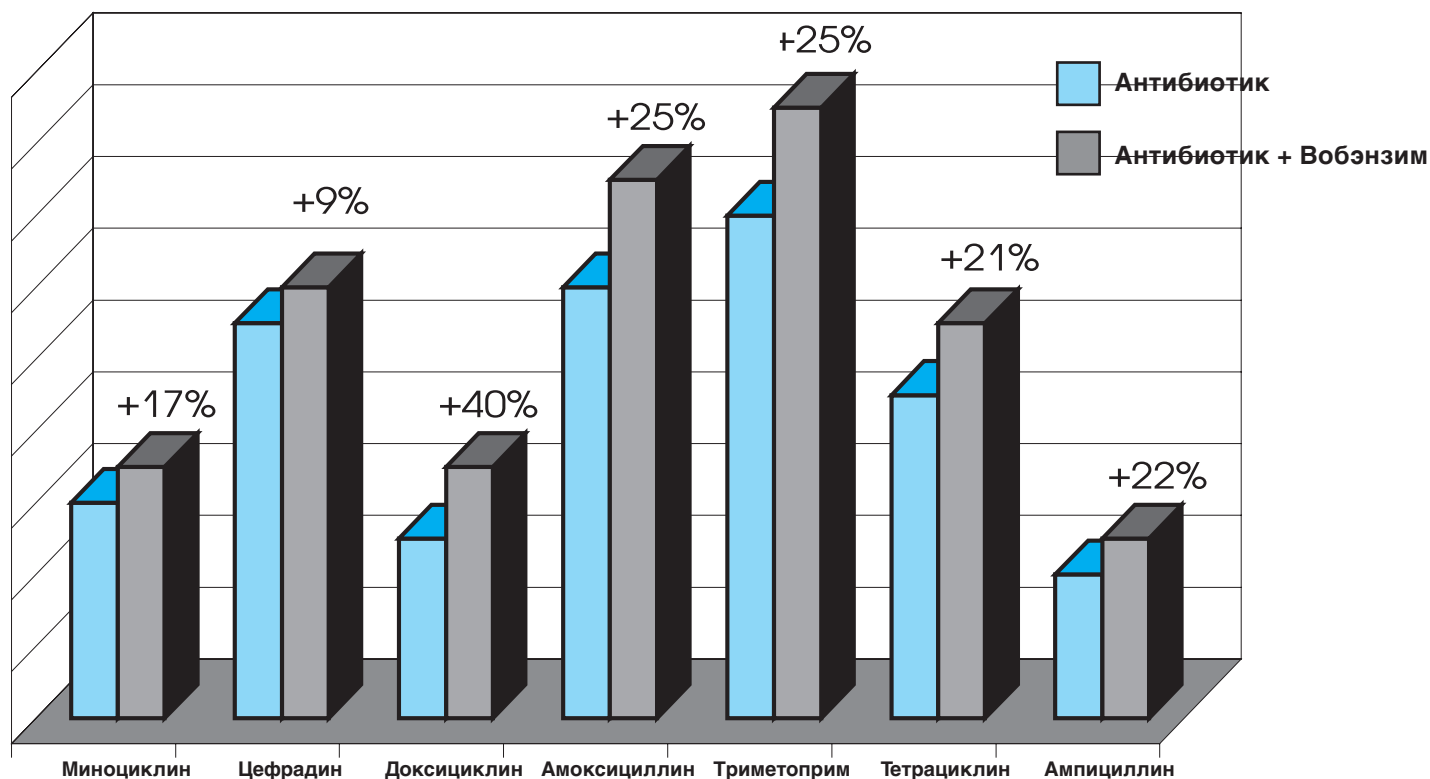
Использованы ферменты: папаин, трипсин и ферментный комплекс вобэнзим; антибиотики: ампициллин, гентамицин, линкомицин, цефотаксим, цiproфлоксацин, канамицин, хлорамфеникол.

Биопленки получали, внося 0,4 мл ночной бульонной культуры (5×10^8 КОЕ) в стеклянную посуду с покровным стеклом, инкубировали 3 часа при 37°C и после этого добавляли свежую среду. Ферменты в концентрации 0,5–100 мкг/мл вносили в различные сроки формирования биопленки: вместе с микробами, через 3 часа после добавления свежей среды, после 24 часов роста. Формирование биопленки оценивали микроскопически через 4, 6, 24, 48 и 72 часа роста. Состояние биопленок оценивали после промывания фосфатным буфером, окраски генцианвиолетом и учета результатов на ридере (Stat-Fax-2100).

Показано, что внесение отдельных ферментов (папаин, трипсин) или их смеси (вобэнзим) приводит к изменению формирования биопленок использованных штаммов *E. coli* ATCC 25922 (рис. 2 а, б).

Изучение числа жизнеспособных бактерий, растущих диффузно (планктонный рост), показало, что в присутствии только антибиотика оно уменьшает-

Рис. 1. Повышение концентрации антибиотиков в сыворотке крови после сочетанного приема с вобэнзимом (по Barsom S. et al., 1982, 1983)



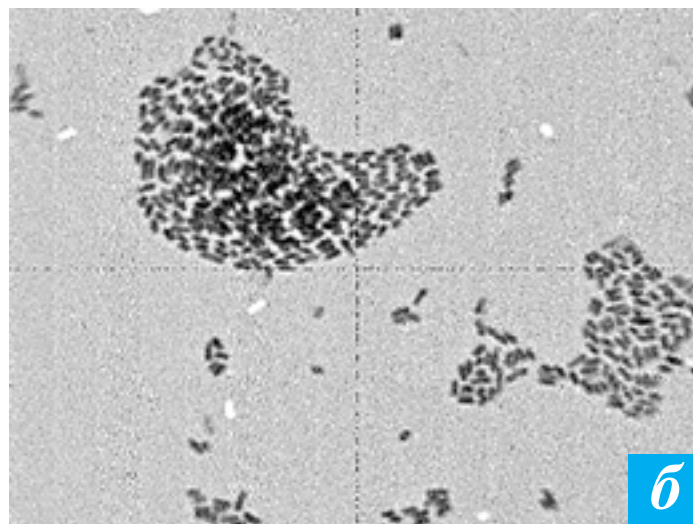


Рис. 2.
Биопленка E. coli ATCC 25922: а — контроль, б — биопленка в присутствии вобэнзима

ся примерно в 100 раз, а при действии совместно с ферментами — в 1000 раз. Таким образом, ферменты способствуют снижению выживаемости бактерий в присутствии антибиотика. Эффект снижения числа жизнеспособных бактерий сохраняется при увеличении продолжительности инкубации бульонной культуры с антибиотиками и ферментами до 48 часов и более.

Применение ферментов, не влияющих на жизнеспособность или чувствительность отдельных микроорганизмов к антибиотикам, можно считать полезным для эффективной борьбы с патологическими состояниями, обусловленными действием бактерий.

Безусловно важным компонентом СЭТ в комплексной терапии инфекционных болезней является воздействие полиферментных препаратов как иммуноактивных средств на иммунитет. К настоящему времени накоплено достаточно много наблюдений в отношении влияния энзимов на иммунную систему, что позволяет комплементарно использовать их в схемах иммуноориентированной терапии.

Основные эффекты системной энзимотерапии в отношении иммунной системы

- Стимуляция моноцитов-макрофагов, естественных киллеров, цитотоксических Т-лимфоцитов и регуляция их уровня.
- Регуляция уровня цитокинов.
- Снижение продукции патогенных иммунных комплексов.

Многие работы последних лет также показали потенцирование вобэнзимом и флогэнзимом эффективности терапии инфекционных заболеваний и урогенитальных инфекций и связанных с ними состояний (урогенитальный хламидиоз; реактивные артриты; воспаления добавочных половых желез у мужчин, связанные с урогенитальными инфекциями; постхламидийный простатит; пиелонефриты; хронические сальпингоофориты; актиномикоз гениталий; трихомониаз; распространенные формы мочеполового хламидиоза у лиц молодого возраста; Лайм-боррелиоз; менингококковая инфекция у детей; нейро-боррелиоз; иерсиниоз и псевдотуберкулез; лямблиоз).

Заключение

Таким образом, при назначении препаратов СЭТ в комплексном лечении инфекционных больных убедительно показаны:

- эффект потенцирования действия антибактериальных препаратов основных фармакологических групп: пенициллинов (в том числе полусинтетических), цефалоспоринов, аминогликозидов, линкозамидов, макролидов, тетрациклинов, фторхинолонов, производных имидазола и др., а также противовирусных препаратов. При этом влияние протеолитических энзимов, входящих в состав препаратов системной энзимотерапии, на концентрацию и, в конечном итоге, на клиническую эффективность различных антибактериальных препаратов следует признать неспецифическим, опосредованным влиянием на процессы всасывания и, возможно, транспорта антибиотиков и вирусостатиков, улучшением состояния микроциркуляторного русла в очаге воспаления и повышением проникновения антибиотиков внутрь микробных сообществ;
- иммуномодулирующее действие препаратов системной энзимотерапии, в первую очередь за счет увеличения количества и активации Т-лимфоцитов и NK-клеток, стимуляции процессов микробицидности, восстановления интерферон-продуцирующей функции лейкоцитов;
- уменьшение степени выраженности побочных эффектов антибактериальной терапии при комбинировании их с препаратами системной энзимотерапии, в том числе и дисбиотических изменений.

Приведенные данные позволяют считать обоснованным включение препаратов системной энзимотерапии в комплексное лечение больных с использованием антибактериальных препаратов, при этом уточнение тонких механизмов потенцирования эффективности основной терапии, безусловно, требует дальнейших исследований.

Литература

1. Антибиотики и системная энзимотерапия: новые возможности повышения эффективности лечения: сб. реф. науч. статей. — СПб: Изд. дом СПб МАПО, 2006. — 104 с.
2. Гостищев В. К. Энзимотерапия неспецифической хирургической инфекции: автореф. дисс. ... д.м.н. — М, 1972. — 34 с.
3. Ефименко Н. А., Новожилов А. А., Кнорринг Г. Ю. Системная энзимотерапия в гнойной хирургии // Амбулаторная хирургия. — 2005. — С. 51—55.
4. Кошкин В. М., Минаев С. В., Спесивцев Ю. А., Кнорринг Г. Ю. Полиферментные препараты в хирургической практике. — СПб: Человек, 2004. — 112 с.
5. Лысикова М., Вальд М., Масиновски З. Механизмы воспалительной реакции и воздействие на них с помощью протеолитических энзимов // Цитокины и воспаление. — 2004. — Т. 3. — №3. — С. 48—53.
6. Повышение эффективности и снижение побочных эффектов антибактериальной терапии методом системной энзимотерапии // Метод. рек., №32. — М, 2005. — 32 с.
7. Ремезов А. П., Кнорринг Г. Ю. Системная энзимотерапия как способ потенцирования эффекта антибактериальных средств // Антибиотики и химиотерапия. — 2003. — Т. 48. — №3. — С. 30—33.
8. Системная энзимотерапия в гинекологии // Под ред. М. А. Репиной, Г. Ю. Кнорринга. — СПб: Человек, 2002. — 112 с.
9. Системная энзимотерапия. Опыт и перспективы // Под ред. В. И. Кулакова, В. А. Насоновой, В. С. Савельева. — СПб: Интер-Медика, 2004. — 264 с.
10. Тец В. В., Кнорринг Г. Ю., Артеменко Н. К. и соавт. Влияние экзогенных протеолитических ферментов на бактерии // Антибиотики и химиотерапия. — 2004. — Т. 49. — №12. — С. 9—13.
11. Тец Г. В., Артеменко Н. К., Заславская Н. В. и соавт. Влияние экзогенных протеолитических ферментов на передачу плазмидных генов в смешанных бактериальных биопленках // Антибиотики и химиотерапия. — 2009. — Т. 54. — №9—10. — С. 3—5.
12. Dittmar F.W. Enzymtherapie in der Gynekologie // Allgemeinmedizin. — 1990. — Vol. 19. — P. 158—162.
13. Klimko N.N., Mirzabalaeva A.K. Wobenzym in complex therapy of actinomycosis of abdominal cavity and small pelvis in women // V Congress of the European confederation of medical mycology: Abstracts. — Dresden, 1999. — P. 196.
14. Menzel E.J., Runge S. Enzyme als Immunomodulatoren // Allgemeinmedizin. — 1990. — Bd. 19. — №1. — P. 140—143.
15. Vogler W., Streichhan P. Oral enzymes in the treatment of urinary tract infections, prostatitis and cystitis // Int. J. of Feto-Maternal Medicine. — 1993. — Vol. 6 (3). — P. 37—41.

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 сменных планшета на 28 ампул; СМ-5 — 3 сменных планшета на 45 ампул
- ◆ **СУМКА ПОД ШТАТИВЫ 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

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

«АБРИС»[®]

НАДЁЖНОСТЬ
РЕШАЮЩЕЕ
ПРЕИМУЩЕСТВО



ООО «Завод герметизирующих материалов» (г. Дзержинск)



Савченкова Г.А. –
директор ООО «ЗГМ»,
доктор экономики
и менеджмента,
почётный строитель
России

является одним из крупнейших отечественных производителей герметизирующей продукции. С первых дней существования коллектив ЗГМ сделал ставку на универсальность материалов, высокое качество, сравнимое с качеством зарубежных аналогов, но при этом по более низкой цене. Задача была непростая, но, как показала практика, выполнимая.

В январе 2007 г. на базе предприятия был создан научно-технический центр, объединивший отдел маркетинга и научно-производственную лабораторию. Это позволило разрабатывать и внедрять именно те товары, на которые существует спрос. Так были разработаны составы ряда новых герметиков и технологии на их основе:

- **Абрис[®]С-Т** – для антикоррозионной защиты подземных, стальных трубопроводов, резервуаров и ёмкостей;
- **Абрис[®]ВС** – для защиты цокольных помещений, подвалов и гаражей от грунтовых вод;
- **Абрис[®]ВРП** – новый материал для праймирования.

Сотрудники заводской лаборатории постоянно ищут новые решения, занимаются перспективными разработками. В июне 2008 г. специалистами предприятия разработан герметик «Абрис[®] М», выпускаемый в виде двух модификаций:

- **Абрис[®] Мс** – промышленного и бытового назначения, его область применения: строительство и ремонт зданий; гидро-, теплоизоляция канализационных труб, сантехнического оборудования и труб хозяйственно-питьевого водоснабжения; герметизация внешних и внутренних (только для ЛТ) поверхностей резервуаров, водонапорных башен, бассейнов и других инженерных сооружений при контакте с водой хозяйственно-питьевого назначения (промышленное применение).
- **Абрис[®] Мх** – промышленное применение: герметизация фланцев и корпусов промышленных и бытовых холодильников; герметизация оборудования, применяемого в пищевой промышленности, в местах, исключаящих непосредственный (прямой) контакт с продуктами питания. Температурные условия эксплуатации от -60°C до $+140^{\circ}\text{C}$.

В ассортиментной линейке герметиков «Абрис[®]» в настоящее время более десятка наименований, и это не предел. Наряду со стандартными герметиками создаются специальные, призванные решать узкий круг проблем, возникших у конкретного заказчика. К ним относятся биоцидные, электропроводящие (при герметизации сварочного шва сохраняется структура сварочного ядра и не происходит электрохимической коррозии), терморасширяющиеся (t° объёмного расширения от $+150^{\circ}\text{C}$ до $+170^{\circ}\text{C}$), маслостойкие и многие другие материалы.

Высокая динамичность и концентрация усилий на производстве неотверждаемых самоклеящихся герметиков и технологий герметизации позволяет заводу достигать максимальных результатов в своей отрасли. В 2005 г. ЗГМ получил международный сертификат ИСО 9000 и вошел в сотню лучших предприятий России, заняв 50-е место. В 2006 г. завод занял уже 28-е место, а материалы предприятия прошли сертификацию по международной системе качества DIN EN ISO 9001.

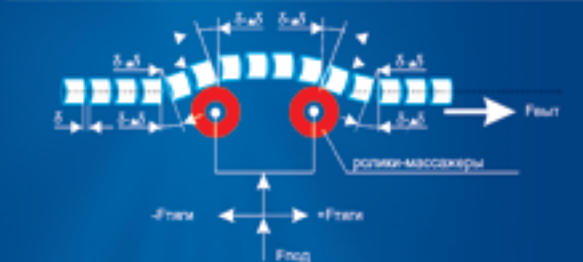
За 10 лет плодотворной работы завод успел получить дипломы за внедрение в производство передовых технологических разработок, за вклад в развитие экономики региона и формирование системы социального партнёрства. Среди наград – Золотой сертификат программы «Надёжные организации строительного комплекса» и Почётный знак «Строительная слава». Вся продукция предприятия внесена в официальный реестр каталога «100 лучших товаров ПФО». Руководство завода проводит активную маркетинговую политику, расширяет географию поставок, оперативно реагирует на запросы рынка. Представители Дальнего Востока, Свердловской, Самарской, Омской, Тюменской, Ростовской областей, Татарстана, Башкортостана, Марий Эл, Пермского края и других регионов признают, что ООО «Завод герметизирующих материалов» – надёжный партнёр по бизнесу.

Продукция завода была представлена не только на отечественных, но и на международных выставках в Барселоне, Риме, Дубае, Мадриде, Аммане, Стокгольме.

Помимо разработок, предприятие осуществляет целый комплекс услуг по герметизации – от обследования объекта на необходимость гидроизоляции, герметизации и антикоррозионной защиты, вибро- и шумоизоляции до проектных решений и выполнения работ. Именно такое комплексное предложение востребовано на рынке. Останавливаться на достигнутом завод не собирается. В «Плане развития до 2015 года» предусмотрено увеличение выпуска продукции в десять раз. Впереди – большая работа. Жизненный опыт показал, что десять лет назад была выбрана правильная стратегия, а значит – все получится!



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



Прекрасный помощник
В оздоровлении всего организма!

ЗДОРОВЫЙ ПОЗВОНОЧНИК ПРАВИЛЬНАЯ ОСАНКА - основа здоровой жизни!

Все начинается с детства! Современные дети, в большинстве своем, очень мало двигаются, причинами чего являются вынужденная малоподвижность, привязанность к компьютеру и телевизору, привычка читать лежа на боку или делать уроки не за столом, а сидя на диване или в кресле. Неправильная осанка приводит к усталости, сонливости и плохому восприятию информации, что сказывается на успеваемости. Можно смело сказать, что правильная осанка - залог успешной учебы и фундамент здоровья детей на долгие годы вперед.

Комплекс "ОРМЕД" прекрасно справляется с лечением патологий позвоночника. За время одной процедуры воздействуют такие физические факторы как:

- ✓ локальное микро-вытяжение;
- ✓ дозируемый роликовый массаж;
- ✓ регулируемый обогрев околопозвоночной зоны;
- ✓ дозируемый вибромассаж;

на имеющиеся у пациента функциональные блокады в межпозвоночных суставах способствуют репозиции суставов и самокоррекции позвонков. В результате происходит усиление взаимодействия физических факторов, что формирует новые лечебные эффекты.

"ОРМЕД-релакс" - аппарат дозированного массажа позвоночника. Имеет наиболее оптимальный диаметр роликов массажеров. Мягко обкатывая края позвонков, ролики массажеры дают снизу на позвоночник и околопозвоночные мышцы и связки, которые поочередно сгибаются и растягиваются. Кратковременное но многократное воздействие на поперечный отросток позвонков, возвращает их в нормальное физиологическое положение, восстанавливает анатомически правильную форму позвоночника, осанку, снимает напряжение и усталость в спине, расслабляет мышцы всех отделов позвоночника и растягивает его на 2-3 см.

Высокая эффективность, доступность, простота управления, возможность индивидуального подхода к пациенту, хорошая переносимость процедур, отсутствие побочных реакций позволяют рекомендовать к использованию дозированный паравертебральный вибромассаж позвоночника на аппарате "ОРМЕД-релакс" для профилактики и восстановительного лечения детей с нарушением осанки и сколиозом 1 и 2 степени в различных детских лечебно-профилактических (поликлиника, оздоровительный и реабилитационный центр, санаторно-курортное учреждение) и образовательных учреждениях (школа, гимназия, техникум, лицей, ВУЗ).

Производство "ОРМЕД" рекомендовано всем образовательным учреждениям в рамках реализации национальных проектов "Здоровье" и "Образование", Федеральной целевой программы "Дети России" и целевой программы г. Москвы "Диагностика и коррекция нарушений осанки учащихся".

Механически разгрузить позвоночник, помочь ему с легкостью справляться с ежедневными нагрузками поможет массажная кушетка "ОРМЕД-фитнес".

Разработанная для домашнего использования. Эргономичный дизайн, простота в управлении, небольшие размеры позволяют разместить кушетку как в учреждениях, так и в жилых помещениях. Удобная кушетка внутри которой смонтированы ролики массажеры, выполняют продольный паравертебральный массаж спины.

Кушетка обеспечивает исключительно физиологичный, мягкий и комфортный массаж позвоночника, при котором массажные ролики, мягко двигаясь вдоль позвоночного столба, снимают напряжение с периферических нервных окончаний.

Большое преимущество модели в возможности регулирования уровня давления роликов под индивидуальные особенности каждого человека и выбора следующих массируемых зон:

- ✓ полный массаж спины
- ✓ массаж грудного отдела позвоночника
- ✓ массаж поясничного отдела позвоночника.

В арсенал возможностей аппарата включена новинка - возможность голосового сопровождения команд управления аппаратом. Кушетка аппарата легко поддается гигиенической обработке, а конструкция легко разбирается и собирается вновь.

Мы надеемся что комплекс "ОРМЕД" станет для Вас прекрасным помощником в оздоровлении позвоночника.

Качество продукции обеспечено сертификатом системы менеджмента качества соответствующего требованиям ISO 9001:2000.

www.ormed.ru

НВП "Орбита", 450000, г. Уфа. а/я 1472
Телефон/Факс /347/ 227-54-00 E-mail: ormed@ormed.ru

«ОРМЕД» — профессиональные технологии лечения и реабилитации позвоночника

НВП «Орбита», г. Уфа

Что может лучше охарактеризовать предприятие, чем растущий спрос на его продукцию? А если предприятие постоянно развивается, предлагая потребителю новинки, аналогов которым нередко просто нет? Добавьте полное сервисное обслуживание и собственные уникальные научные разработки — и получите портрет уфимского НВП «Орбита», производителя медицинских многофункциональных аппаратов «ОРМЕД». Они позволяют сохранить правильную осанку, снять напряжение мышц, поставить на место сдвинутые позвонки, устранить сдавливание нервов, избавляя от хронических болей в спине, радикулита и самое главное — лечить межпозвоночную грыжу БЕЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА!

На первом месте среди выпускаемых автоматизированных комплексов стоит «ОРМЕД-профессионал» — универсальный аппарат для дозированного программного вытяжения и паравертебрального вибрационно-механического массажа позвоночника, новое поколение аппаратов, которые сочетают в себе возможности массажа, вытяжения и теплового воздействия. Простое и удобное управление и обслуживание, автоматизированная установка и регулировка основных параметров программы на цветном жидкокристаллическом дисплее с функцией сенсорного управления. Аппарат предназначен для специалистов с высокими требованиями к технике. Именно с его помощью стало возможным безоперационное лечение межпозвоночных грыж пояснично-крестцового отдела. Особый интерес представляет возможность проведения дозированного вытяжения в переменном режиме. В процессе лечения параметры можно изменять и полностью контролировать на экране всю лечебную процедуру в динамике, так как работа аппарата запрограммирована и управляется микропроцессором. Рычаги вытяжения позволяют провести вытяжение под различными углами как по вертикали, так и по горизонтали. На аппарате возможно проведение комплексных процедур (паравертебрального вибромассажа с вытяжением поясничного или шейного отдела позвоночника) и вытяжение суставов верхних и нижних конечностей. Автоматизированный комплекс включает модифицированный цветной пульт сенсорного управления с возможностью сохранения статистики о 100 проведенных процедурах.

В одном из последних отзывов о работе с ним специалисты санатория «Родник» (г. Пятигорск) Д. Николаенко, инструктор-методист ЛФК, и В. Боряк, д.м.н., заслуженный врач РФ, пишут: «У более 80% поступающих к нам больных — хронические боли в спине, у 30% — грыжи межпозвоночных дисков. «ОРМЕД-профессионал» применяется в нашем санатории 5 лет. Ежегодно с его помощью лечиваются от болей в спине более 1800 человек... Патогенетическое лечение грыж межпозвоночных дисков в большинстве случаев не вызывает усиления болей в спине ни на вторые сутки, ни в конце лечения, как это обычно бывает у таких больных после выполнения простых физических упражнений или массажа. Боль в спине снижается у всех больных. Более того, в процессе реабилитации восстанавливается и эмоциональное состояние больных.

Показателем эффективности патогенетического подхода к реабилитации больных с грыжами межпозвоночных дисков и доказательством того, что в настоящее время такое лечение возможно, служит пример с больным Ч. А. Е., 1956 г. р., обратившимся в октябре 2005 года

к своему участковому неврологу с жалобами на резкие боли в спине. Установлен диагноз: «Распространенный остеохондроз. Задние обызвествления и грыжи дисков С5-6-7. Протрузия диска L4-5. Задняя грыжа диска L5-S1». В течение трех лет по месту жительства больной получал мануальную и тракционную терапию, акупунктуру и физиотерапию, которые результатов не давали. В периоды обострения болей не обходилось без анальгетиков.

После лечения в нашем санатории с помощью методики физической реабилитации с использованием «ОРМЕД-профессионала» в январе 2008 года боли в спине у Ч. А. Е. полностью исчезли. Пациент прошел повторное МРТ-исследование по месту проживания. Получено заключение: «Остеохондроз. Задние незначительные обызвествления на уровне С5-6, С6-7. Грыж межпозвоночных дисков не наблюдается по всей длине позвоночника». (Подробнее о примерах лечения можно прочитать на сайте www.ormed.ru).

Так что же произошло? Почему уфимский комплекс смог сделать то, что оказалось не под силу другим методам лечения? Феномен «ОРМЕД-профессионала» раскрывают в своей научной работе ученые ФГУ «Томский НИИ курортологии и физиотерапии Федерального медико-биологического агентства России» в соавторстве с сотрудниками НВП «Орбита».

Модель «ОРМЕД-профессионал», имеющая тяговое усилие тракции в пределах 10—40 кгс, позволяет получить эффект декомпрессии без риска развития патологических реакций со стороны сухожильно-связочного аппарата позвоночника, его мышечного корсета и нервно-сосудистых образований спинномозгового канала благодаря сочетанию продольной осевой тракции и местной distraction поясничных позвонков (для этого используются опорные подколенные подставки для ног, обеспечивающие сгибание в тазобедренных и коленных суставах). Использование в данном устройстве подвижной тазобедренной секции позволяет свести к минимуму потери силы тракции, возникающие при преодолении силы трения тела больного о поверхность кушетки (при использовании столов с неподвижными секциями). Наряду с этим умеренное сгибание тазобедренных и коленных суставов обеспечивает проведение вытяжения в более физиологичной для больного позе. Сгибание ног в коленных суставах способствует расслаблению продольных мышц спины, приводит к кифозированию поясничного отдела позвоночника, обеспечивает увеличение расстояния между задними отделами позвонков и дополнительный декомпрессивный эффект. Благодаря мобилизации с помощью демпфирующих и изменяющих свое положение по высоте роликов возникает местное миорелаксирующее действие на мышечный корсет позвоночника в определенных двигательных сегментах. Это необходимо для хорошей переносимости и эффективности тракционной терапии, особенно в период обострения заболевания. Используемое устройство имеет 2 режима вытяжения: постоянного (П) непрерывного вытяжения и режим переменного (Пе) вытяжения, при котором чередуются активные и пассивные фазы вытяжения. Во время последних производится плавный сброс силы вытяжения до нуля.

До конца июля НВП «Орбита» снижает цены практически на всю продукцию до 20%. Не упустите возможность приобретения!

Острое повреждение почек. Актуальные вопросы классификации, этиологии, заместительной почечной терапии. Опыт работы специализированного центра

Каминский М. Ю., к.м.н., главный внештатный анестезиолог-реаниматолог, заведующий отделением анестезиологии-реанимации Центра острого гемодиализа ГБСМП-2, г. Ростов-на-Дону

Острое повреждение почек (ОПП) по-прежнему является очень распространенной и потенциально фатальной проблемой у больных любого возраста, находящихся в критическом состоянии. Независимо от исходного заболевания ОПП способствует росту госпитальной летальности и инвалидизации. Частота встречаемости ОПП в отделениях интенсивной терапии общехирургического профиля составляет 5,8%, а летальность у таких пациентов, требующих заместительной почечной терапии (ЗПТ), составляет, по общемировым данным, 60–80% [1].

ОПП — синдром стадийного нарастающего острого повреждения почек от минимальных изменений почечной функции до ее полной потери. Данное определение — составляющая классификационной системы, предложенной рабочей группой по повышению качества острого диализа (Acute Dialysis Quality Initiative — ADQI) для приведения одного из важнейших синдромов в интенсивной терапии к стандарту определения и классификации, уже применяемому для двух других синдромов — сепсиса и острого респираторного дистресс-синдрома. Стадийность поражения почек отражает предложенная ADQI классификация RIFLE, которая определяет возрастающие стадии ОПП: риск (risk — R), повреждение (injury — I), недостаточность (failure — F), потерю функции (lost — L) и терминальную стадию почечной недостаточности (end stage renal disease — E). Первые три стадии поражения почек выделяются на основе простых и доступных критериев: сравнительного повышения уровня креатинина сыворотки крови, скорости клубочковой фильтрации и/или снижения диуреза, L — полная потеря выделительной почечной функции более 4 недель, E — терминальная стадия почечной недостаточности [4].

Классификация RIFLE, во-первых, отражает ситуацию, когда острое почечное повреждение приближается или переходит в хроническое — хроническую болезнь почек, которая в свою очередь характеризуется стадийным течением и заканчивается той же терминальной стадией хронической почечной недостаточности, во-вторых, устанавливает временную градацию — 3 месяца. По истечении этого времени больной с острым повреждением считается хроническим, с чем связано принятие административного решения о его переводе в Центр хронического (программного) диализа, осуществление процедур по формированию постоянного сосудистого доступа и введение в диализную программу. Дальнейшая тактика существенно отличается от таковой у «острого» пациента.

Термин «острая почечная недостаточность» отражает часть стадий ОПП, сопровождающихся острым почечным повреждением, недостаточностью, потерей функции (I, F, L), наиболее часто требующих заместительной терапии. Оценка больного в соответствии с этой классификацией, несомненно, настораживает врача, помогает вовремя диагностировать ОПП даже в случае наличия неолитической формы. Классификация RIFLE обладает хорошим прогностическим значением и определяет временную грань между острым и, возможно, обратимым поражением и терминальной почечной недостаточностью, требующей программной заместительной почечной терапии. RIFLE предназначена для широкого круга врачей разных специальностей, от которых в большой степени зависит, насколько рано ОПП будет выявлено и, следовательно, будет возможно повлиять на результаты лечения и прогноз [1].

Острая почечная недостаточность (ОПН) — синдром острого нарушения почечных функций — может возникнуть в связи с острым отравлением, циркуляторным шоком и эндогенной интоксикацией у пациентов с травмой, кровотечением, острым панкреатитом, высокоинвазивной инфекцией. Она может явиться осложнением длительных и травматичных операций, тяжелого течения раневой, системной бактериальной или лептоспирозной инфекции, а также сосудистого, клубочкового или интерстициального заболевания самих почек. В общем плане ОПН выражается в неспособности всех или большинства нефронов поддерживать гомеостаз в организме больного, проявлениями чего служат:

- задержка и существенное изменение распределения воды в организме (гипергидратация);
- электролитные расстройства (гиперосмолярность, гиперкалиемия, гипокальциемия, гипонатриемия);
- преобладание катаболических процессов (гипопротеинемия, резистентная к лечению);
- накопление азотистых метаболитов, креатинина, мочевины и других конечных продуктов азотистого обмена (азотемия);
- ретенция в организме нелетучих органических кислот, сульфатов и фосфатов (метаболический ацидоз);
- быстро прогрессирующая анемия вследствие интоксикации и снижения продукции эритроцитов.

Причины повреждения почек с развитием ОПН могут быть различными. Наиболее частыми считаются

нарушения перфузии почек вследствие гиповолемии, снижения сердечного выброса или нарушения внутрипочечного кровообращения. В основе гиповолемии, ведущей к снижению почечной перфузии, могут лежать значительная кровопотеря, обширные ожоги, быстрая потеря натрия гастроинтестинального генеза (рвота, диарея, длительный желудочный или билиарный дренаж, излишнее применение диуретиков).

Выраженная гиповолемия может возникнуть при перемещении жидкости в «третье пространство» при панкреатите, перитоните, парезе кишечника, асците, нефротическом синдроме, нарушении питания. Относительная гиповолемия сопровождается периферическую вазодилатацию при септическом, анафилактическом шоке, избыточном эффекте вазодилататоров и действии некоторых анестетиков.

Перфузия почек может снижаться в случаях существенного снижения сердечного выброса при застойной сердечной недостаточности, кардиогенном шоке, гемоперикарде, массивной легочной эмболии и при применении некоторых агрессивных режимов искусственной вентиляции легких. Нарушения перфузии имеют значение при остром гломерулонефрите, васкулитах с поражением почечных сосудов, двустороннем тромбозе и эмболии почечных сосудов, острых нарушениях почечного кровообращения нетромботического характера при повышении давления в мочевыводящей системе. Ингибиторы простагландинов, такие как нестероидные противовоспалительные препараты, а также ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента могут вмешиваться в почечное кровообращение, существенно снижая скорость клубочковой фильтрации [1, 2, 3].

В развитии ОПН существенную роль могут играть гемолиз и рабдомиолиз. Развитие гемолиза может быть связано с механическим повреждением при экстракорпоральной циркуляции, трансфузионными реакциями и осложнениями, с тепловым ударом, ожогами, отравлением некоторыми химическими веществами, а также с укусами насекомых. Основными причинами рабдомиолиза считаются мышечные повреждения, в том числе синдром длительной компрессии и раздавливания тканей, диабетический кетоацидоз, тяжелая гиперкалиемия, гипер- или гипонатриемия, гипофосфатемия, тяжелый гипотиреоз, гипертермия, инфекции, гипертоническая кома, некоторые токсические вещества (этиленгликоль, хлорид ртути), лекарственные препараты (фибрата, статины, опиоиды), а также врожденные заболевания.

В генезе повреждения почек существенное место отводится ятрогении, прежде всего, бесконтрольному применению антибиотиков. Часто врачи не учитывают, что нефротоксичность антибиотиков возрастает при одновременном применении больших доз салуретиков. К ятрогении необходимо отнести и гемотрансфузионные конфликты, учитывая нередко необходимость переливания донорской крови и ее компонентов у хирургических больных и не только. Применение сред на основе декстрана на фоне значительной дегидратации может

привести к развитию осмотического нефроза, нередко эволюционирующего в ОПН.

ОПН отводится одно из важных мест в танатогенезе при последовательно распространяющейся органной несостоятельности. Выявлена следующая взаимосвязь: если при возникновении дисфункции легких переход ее в легочную несостоятельность предотвращается, то почки не вовлекаются в патогенетическую цепь органного повреждения. Если же дыхательная недостаточность при остром повреждении легких несмотря на лечение прогрессирует, то к ней практически всегда присоединяется ОПН. В свою очередь гипергидратация, уремия и гипертоническая становятся причиной вторичных легочных осложнений, вплоть до альвеолярного отека легких [1].

В соответствии с уровнем первичного поражения, основными причинами развития ОПН считают преренальные, ренальные и постренальные факторы. Преренальные факторы, приводящие к нарушению кровоснабжения почек, обусловлены первичным снижением сердечного выброса, уменьшением объема циркулирующей крови или перераспределением объема внеклеточной жидкости. Ренальные причины связаны с поражением канальцевого аппарата (острый канальцевый некроз), сосудов почки (васкулит), интерстициального пространства (острый интерстициальный нефрит), клубочкового аппарата (острый и быстро прогрессирующий гломерулонефрит). К постренальной ОПН приводит обструкция мочевыводящих путей на уровне мочеточников, мочевого пузыря или уретры).

Таким образом, далеко зашедшие стадии острого повреждения почек имеют многофакторную природу. Ишемические поражения — наиболее частая причина ОПН. Многообразие патогенетических механизмов, с одной стороны, предполагает разработку методов медикаментозной коррекции, а с другой — позволяет объяснить неэффективность на сегодняшний день консервативной терапии.

Особое внимание привлекают больные, у которых ОПН развивается на фоне поражения других органов и систем. Именно у этой категории больных летальность остается наиболее высокой. Нарушение функции почек при синдроме полиорганной недостаточности (СПОН) способно вызвать быструю декомпенсацию вследствие нарастания эндотоксемии, обусловленной развитием синдрома системной воспалительной реакции, массивного цитолиза, патологического протеинолиза, приводящих к развитию выраженных водно-секторальных нарушений с генерализованным повреждением эндотелия, нарушениями гемокоагуляции и фибринолиза, увеличением проницаемости капиллярного русла и в итоге — к прогрессированию органной недостаточности [3].

Активное внедрение различных методов заместительной почечной терапии (ЗПТ) изменило течение ОПН и позволило значительно улучшить результаты лечения больных, при этом большое значение имеют качество, технологии, аппаратное обеспечение и сроки начала ЗПТ.

Показания для начала ЗПТ в отделениях интенсивной терапии и реанимации сформулированы R.Bellomo, C.Ronco, J.Kellum (National Kidney Found, 2002):

- *необструктивная олигурия (диурез <200 мл/12 часов);*
- *анурия/выраженная олигурия (диурез <50 мл/12 часов);*
- *гиперкалиемиа ($K > 6,5$ ммоль/л или стремительный рост уровня в плазме);*
- *выраженная диснатриемия ($115 < Na > 160$ ммоль/л);*
- *выраженный ацидоз ($pH < 7,1$);*
- *азотемия (мочевина > 30 ммоль/л, креатинин > 1000 мкмоль/л);*
- *клинически значимый отек органов и тканей (особенно отек легких);*
- *гипертермия $> 39,5^\circ C$;*
- *осложнения уремии (энцефалопатия, перикардит, нейро- и миопатии);*
- *передозировка лекарственных препаратов;*
- *внепочечные показания (сепсис, ОРДС и др.).*

При наличии двух из перечисленных критериев ЗПТ становится неотложной.

Методы ЗПТ могут быть прерывистыми (интермиттирующими): гемодиализ (ИГД), гемофильтрация (ИГФ), гемодиофильтрация (ИГДФ), изолированная ультрафильтрация, и продленными (продолжительными): продленная вено-венозная гемофильтрация (ПВФГФ), гемодиофильтрация (ПВВГДФ), гемодиализ (ПВВГД).

Гемодиализ — метод ЗПТ, основанный на принципе диффузионного обмена и фильтрационного переноса через полупроницаемую мембрану низкомолекулярных субстанций и жидкости из циркулирующей экстракорпорально крови в диализирующий раствор.

Гемофильтрация — метод ЗПТ, основанный на принципе конвекционного и фильтрационного переноса через полупроницаемую мембрану низко- и средномолекулярных субстанций, а также жидкости из циркулирующей экстракорпорально крови с внутривенным замещением сбалансированным кровезамещающим раствором в режимах пре- и постдилюции.

Гемодиофильтрация — комбинация первых двух методов в едином технологическом контуре.

Изолированная ультрафильтрация из-за низкой скорости фильтрации не подходит для очищения крови и применяется для поддержания волемического баланса.

Конвекционные технологии позволяют более эффективно удалять молекулы среднего размера по сравнению с диффузионными, что обусловило их использование не только как технологии поддержания функции почек, но также в качестве патогенетической терапии, направленной на элиминацию факторов воспаления при синдроме системной воспалительной реакции, то есть при СПОН.

Внедрение всех этих методов позволило значительно улучшить результаты лечения больных как с «изолированной» ОПН, так и с ОПН в структуре СПОН.

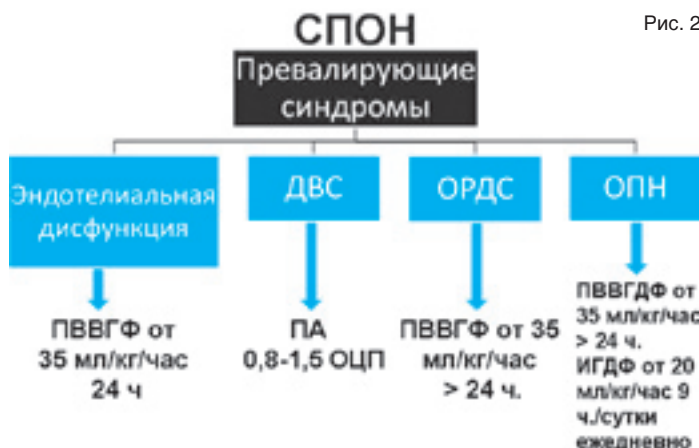
В Областном Центре острого гемодиализа Ростовской ГБСМП-2 с 2000 по 2009 год прошли лечение 1784 человека с ОПН (жители Ростовской области и г. Ростова-на-Дону), нуждающиеся в применении методов ЗПТ. Из них 62% пациентов хирургического профиля (сепсис, в том числе панкреонекроз, перитонит, уросепсис, политравма, краш-синдром, ОПН на фоне тяжелых водно-электролитных нарушений, в том числе острая кишечная непроходимость, ОПН после обширных хирургических вмешательств, гемолитические состояния, в том числе ТУР-синдром, ОПН при акушерской патологии, субренальные обструкции), которым выполнено 6704 процедуры ЗПТ. Остальные 38% больных — терапевтического профиля (острые отравления, токсические нефропатии, острый гломерулонефрит, интерстициальный и быстро прогрессирующий нефрит, лептоспироз, диабетические комы, состояния после клинической смерти, ХПН), которым выполнена 2691 процедура ЗПТ.

Рис. 1

Алгоритм ЗПТ при ОПН в Центре острого диализа БСМП №2 г. Ростова-на-Дону

Вариант течения ОПН	Вариант ЗПТ
Стабильное состояние при изолированной ОПН	Прерывистый ежедневный ГД
Нестабильное состояние при изолированной ОПН (выраженные артериальная гипертензия, энцефалопатия, ССВО)	Прерывистая ежедневная ГДФ on-line
ОПН в структуре СПОН, сепсис, ОРДС Гемодинамически стабильные пациенты	Прерывистая ежедневная ГДФ on-line (не менее 35 мл/кг/час) иногда в сочетании с ПА
ОПН в структуре СПОН, тяжелого сепсиса, септического шока, ОРДС Гемодинамически нестабильные пациенты	ПВВГФ, ПВВГДФ (не менее 35 мл/кг/час)

Рис. 2



В отличие от больных с терминальной стадией ХПН, у пациентов с ОПН в отделениях реанимации принципиально важным является максимально раннее включение методов экстракорпоральной детоксикации в комплексную интенсивную терапию. В отделении реанимации экстракорпоральные методы очищения крови в большей степени применяются с целью поддержания функции почек и других жизненно важных органов (сердце, легкие, ЦНС), чем для их замещения. Главной задачей ЗПТ в интенсивной терапии является обеспечение оптимального лечения без отрицательного воздействия на функции органов и систем пациента и возможности адекватного восстановления функции почек.

Использование внутреннего протокола мероприятий по использованию ЗПТ (рис. 1, 2) и увеличение доли конвективных процедур (интермиттирующей гемодиализации on-line и продленной вено-венозной гемодиализации) (табл. 1) позволило значительно улучшить результаты лечения больных с ОПН, в том числе при полиорганной недостаточности, уменьшить за последние пять лет летальность у этого наиболее тяжелого контингента больных на 12%.

Доля различных процедур в общей структуре операций ЗПТ при ОПН в центре гравитационной хирургии крови и диализа ГБСМП №2

	2000—2004 гг.	2005—2009 гг.
ИГД	50%	30%
ИГДФ	45%	55%
ПВВГФ, ПВВГДФ	5%	15%

Литература

1. Руководство по экстракорпоральному очищению крови в интенсивной терапии / Под ред. Л. А. Бокерия, М. Б. Ярустовского. — М: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2009.
2. Гуревич К. Я., Костюченко А. Л., Соколов А. А. Синдром почечной недостаточности. Современное состояние проблемы. — СПб: Ренкор, 2002. — С. 163—196.
3. Хорошилов С. Е. Предупреждение и лечение острой почечной недостаточности при критических состояниях: Автореф. дисс. ... д.м.н. — М, 2007. — 46 с.
4. Bellomo R., Ronco C., Kellum J. et al. Acute renal failure: ... the Second International Consensus Conference of the ADQI Group // Critical Care. — 2004. — Vol. 8 — P. 204—212.

МЕД/ТЕХНО

ООО «МЕДТЕХНО»

г. Москва,

ул. Промышленная, 11, этаж 1

Эксклюзивный дилер Корпорации «ВОЛМА» по товарной позиции «Медицинский ВОЛМА-Гипс» в границах Российской Федерации



Гипс ТМ «ВОЛМА» является лучшим в России по оценкам экспертов Всероссийского НИИ строительных материалов им. П. П. Будникова. Отгрузка гипса производится из Москвы, Волгограда, Челябинска

Позвонив по тел.: (495) 967-94-65, (495) 502-29-63, (499) 782-95-84, вы получите квалифицированную консультацию по всем интересующим вопросам.

Также мы предлагаем:

- Пакеты для сбора и утилизации медицинских отходов, а также емкости-контейнеры для сбора игл и органических отходов.
- Медицинские одноразовые шприцы и иглы.
- Медицинская мебель (функциональные кровати, массажные кушетки, столы анестезиолога, медицинские шкафы и кресла, штативы).
- Медицинские расходные материалы (системы переливания растворов и крови, перчатки, одежда защитная, перевязочный материал).

т/ф.: (495) 967-94-65, (499) 782-95-84,
тел.: (495) 502-29-63
www.med-techno.ru, e-mail: med-techno@list.ru

РЕКЛАМА

Пути улучшения результатов лечения гнойных заболеваний верхних конечностей в хирургическом стационаре

Крайнюков П. Е., к.м.н.; Щербатых А. В., д.м.н.; Оганов А. И.; 1602 Окружной военный клинический госпиталь СКВО, г. Ростов-на-Дону

В нашей стране по поводу травм и гнойно-воспалительных заболеваний кисти ежегодно обращается в медицинские учреждения до 1% населения, а в структуре гнойных заболеваний, потребовавших хирургического лечения в поликлинике, гнойные заболевания верхних конечностей составляют до 46% [3]. В последние годы частота встречаемости гнойных заболеваний кисти, по данным различных авторов, имеет тенденцию к росту [2, 5].

Экологически неблагоприятные факторы внешней среды, стрессовые ситуации являются причиной развития иммунодефицита, при определенных условиях приводящего к развитию различных гнойно-воспалительных заболеваний. Изучение иммунных механизмов в патогенезе гнойных заболеваний привлекает к себе все большее внимание исследователей [1, 7]. А коррекция иммунодефицитных состояний, сопровождающих гнойную инфекцию и отягощающих ее течение, является одним из важнейших направлений в комплексном лечении пациентов с гнойными заболеваниями [8, 9].

Несмотря на эффективность применяемых способов лечения, гнойный процесс на кисти нередко продолжает прогрессировать, приводя в 25–30% случаев к повторным операциям, при этом длительность лечения

этих больных затягивается до 30–34 суток [4, 6]. В связи с этим продолжается поиск методов, позволяющих сократить сроки лечения, улучшить функциональные и эстетические результаты.

Цель работы: оценка изменений иммунологических показателей и эффективности применения иммуномодулятора «Циклоферон» в комплексном лечении больных с гнойными заболеваниями кисти.

Материалы и методы

В исследование были включены 58 пациентов с гнойными заболеваниями кисти, проходивших обследование и оперированных в отделении гнойной хирургии военного госпиталя. Возраст пациентов составлял от 18 до 20 лет. Гнойные заболевания пальцев кисти диагностированы у 31 больного (53,4%), флегмона кисти — у 27 (46,6%) (табл. 1). Правая кисть была поражена в 37 случаях (63,8%), левая — в 21 (36,2%).

Все больные были разделены на две группы — основную и контрольную, состав групп был сопоставим по возрасту, полу и нозологическим формам заболевания. В основной группе (n=21) пациенты получали циклоферон в комплексе с традиционным хирургическим и медикаментозным лечением гнойного процесса.

Таблица 1

Распределение больных по нозологическим формам заболеваний

Заболевания	Контрольная группа	Основная группа	Всего
Флегмона тыльной поверхности	6 (16,2%)	4 (19,0%)	10 (17,3%)
Флегмона ладонной поверхности	9 (24,3%)	8 (38,1%)	17 (29,3%)
Костный панариций	21 (56,8%)	9 (42,9%)	30 (51,7%)
Пандактилит	1 (2,7%)	-	1 (1,7%)
Всего	37 (100%)	21 (100%)	58 (100%)

Таблица 2

Распределение пациентов в группах в зависимости от срока заболевания

Срок от начала заболевания	Группы	
	Контрольная	Основная
Менее 5 суток	4 (10,8%)	3 (14,2%)
От 5 до 10 суток	16 (43,3%)	9 (42,9%)
Более 10 суток	17 (45,9%)	9 (42,9%)
Всего	37 (100%)	21 (100%)

Больные в контрольной группе (n=37) получали такое же хирургическое и медикаментозное лечение, но без применения иммуномодулятора.

В зависимости от срока заживления пациенты были разделены на три группы (табл. 2).

Оценку эффективности лечения проводили на основании общих и местных проявлений раневого процесса. В динамике оценивали отечность, инфильтрацию окружающих мягких тканей, количество и характер отделяемого из раны, качество и скорость развития грануляций, степень и сроки эпителизации раны и формирования рубца. Проводили определение количественного и качественного состава раневой инфекции, гистологическое исследование раневых биоптатов. Динамику показателей клеточного иммунитета оценивали по содержанию общего количества Т-лимфоцитов (CD-3), субпопуляций Т-хелперов (CD-4) и Т-супрессоров (CD-8) методом непрямой иммунофлюоресценции с моноклональными антителами фирмы Beckman-Coulter с двумя флюорохромами (Fits и PE). Учет результатов проводился на лазерном проточном цитофлюориметре Epics.XL фирмы Coulter. Иммунорегуляторный индекс определяли как соотношение Т-хелперов к Т-супрессорам (CD4/CD8).

Все пациенты были оперированы в срочном или экстренном порядке. Оперативное вмешательство осуществляли под проводниковой анестезией 1% раствором новокаина на уровне лучезапястного сустава. Было выполнено вскрытие гнояника из адекватного доступа, радикальная некрэктомия и дренирование послеоперационной раны с водорастворимыми мазями. В качестве иммуномодулятора в комплексную терапию в основной группе включен циклоферон по 2 таблетки (300 мг) утром до еды на 1, 2, 4, 6, 8 сутки лечения.

После очищения ран 15 (71,4%) пациентам основной группы раны были закрыты вторичными швами с проведением проточно-промывного дренирования, у 4 (19,0%) больных выполнена кожная пластика. В контрольной группе 18 (48,6%) пациентам были наложены вторичные швы, а 2 (5,4%) больным проведена кожная пластика. У 2 пациентов основной группы (9,5%) и у 6 (16,2%) пациентов контрольной группы послеоперационное течение осложнилось нагноением раны, что потребовало проведения повторных оперативных вмешательств.

В первой фазе раневого процесса ежедневно проводились перевязки с водорастворимыми мазями (левомеколь, левосин), во второй фазе — с 10% метилурациловой мазью до полного заживления раны или ее оперативного закрытия.

Результаты и обсуждение

Все больные в первые трое суток после операции предъявляли жалобы на боли в области раны, усиливающиеся при движении. Местно определялись: локальный отек, инфильтрация окружающих тканей, гнойное отделяемое из раны, стенки которой были покрыты фибринозно-гнойным налетом. К 5—6 дню общее состояние и самочувствие больных значительно улучшалось, раны очищались от гноя, появлялась грануляционная ткань, регрессировали местные признаки воспаления. Лечебный эффект определяли по исчезновению болевого синдрома, очищению раны, появлению грануляций и эпителизации. Средние сроки очищения ран от гнойно-некротических масс в основной группе пациентов составили $4,2 \pm 1,3$, а в контрольной $5,7 \pm 1,4$ суток.

При изучении микрофлоры гнойных очагов установлено, что золотистый стафилококк является доминирующей инфекцией ($p < 0,05$). При бактериологических посевах на микрофлору и чувствительность к антибиотикам после вскрытия гнояников он выявлялся в 42 (72,4%) случаях. В 7 (12,1%) наблюдениях был обнаружен *St.epidermidis*, в 4 (6,9%) — *Streptococcus*, в 5 (8,6%) случаях роста микрофлоры в исследуемом материале не было. В первые сутки во всех группах достоверно преобладает *St.aureus* ($p < 0,05$). Значимых различий между группами по характеру микрофлоры не получено ($p > 0,1$). На третьи сутки роста микрофлоры не было отмечено в основной группе в 15 (71,4%) случаях, а в контрольной группе — в 22 (59,4%). На 7-е сутки роста микрофлоры в основной группе не наблюдалось, а в контрольной выявлено два случая.

Наибольшая чувствительность золотистого стафилококка определялась к гентамицину сульфату и цефазолину натриевой соли: $72,3 \pm 3,87\%$ и $83,4 \pm 4,45\%$ соответственно. К пенициллин натриевой соли высокая чувствительность отмечалась лишь в $24,5 \pm 2,36\%$ наблюдений. Стрептококк и эпидермальный стафилококк высокочувствителен практически ко всем тестируемым антибиотикам.

Исходную цитологическую картину определяли в первый день клинического исследования. Мазки-отпечатки были сделаны сразу после оказания хирургического пособия 44 пациентам. При сравнении групп исследования значимых различий в первые сутки по характеру исходной цитологической картины выявлено не было ($p > 0,01$). Препарат готовился аналогично мазку крови, маркировался. Окраска проводилась азур-эозином. Микроскопию выполняли при увеличении 90 в иммерсионной среде. Мазки-отпечатки выполнялись четырехкратно на 1, 3, 5, 7 сутки после операции.

Цитологические признаки дегенеративно-некротических изменений в первые сутки исследования были диагностированы практически у всех пациентов (90,9%), воспалительный тип цитологического пейзажа наблюдали лишь у 2 (9,1%) пациентов. Значимо чаще ($p < 0,05$) определен дегенеративно-воспалительный тип — 37 (84,1%) наблюдений.

Эффект лечения оценивался подробным сравнением типов цитогамм в группах в процессе лечения. Полученные в динамике цитологические результаты исследования раневого процесса полностью подтверждали клиническую картину заболевания.

При анализе состояния иммунного статуса у всех больных до лечения выявлены активация фагоцитоза, увеличение числа моноцитов и палочкоядерных нейтрофилов. Определялись снижение окислительно-восстановительной функции нейтрофилов, усиление продукции антител, а также нарушение субпопуляционного состава лимфоцитов. У большинства больных зарегистрирован умеренно выраженный Т-иммунодефицит, который характеризовался снижением Т-лимфоцитов, а именно Т-хелперов и Т-супрессоров.

У пациентов с длительностью заболевания до 5 суток общее количество Т-лимфоцитов (CD3) не изменилось — $73,2 \pm 1,76\%$, но отмечалось достоверное снижение CD4 — $32,3 \pm 1,28\%$, CD8 — $16,2 \pm 0,62\%$.

В группе с длительностью заболевания от 5 до 10 суток выявлено снижение CD3 — $53,3 \pm 1,36\%$, и более выражено снижение CD4 — $28,4 \pm 1,63\%$, CD8 — $14,5 \pm 1,09\%$. Эти же изменения максимально выражены в группе пациентов, которые болеют более 10 суток: CD3 — $48,5 \pm 1,78\%$,

CD4 — 26,8±1,49%, CD8 — 12,5±1,46%. Степень выраженности изменений CD3, CD4 и CD8 у больных с гнойными заболеваниями кисти находилась в обратной зависимости от длительности заболевания и глубины поражения.

В процессе исследования выявлено повышение IgG у 17 (29,3%) больных, IgA — у 11 (18,9%) пациентов. У 17 (29,3%) пациентов определялось повышенное содержание в крови циркулирующих иммунных комплексов.

Активация фагоцитоза и усиление продукции антител свидетельствовали об адекватности иммунного ответа на гнойную инфекцию. В то же время снижение окислительно-восстановительной функции нейтрофилов, а также изменение показателей Т-клеточного звена указывали на иммунологический дисбаланс и снижение резистентности организма.

Использование циклоферона в основной группе привело к коррекции показателей иммунограммы. В группе больных с длительностью заболевания до 5 суток установлено увеличение CD3 — 80,3±3,45%, нарастание показателей CD4 — 49,7±2,56%, CD8 — 29,3±2,34%. В группе с длительностью 5–10 суток после лечения также отмечается достоверное восстановление уровней: CD3 — 72,6±1,45%, CD4 — 54,5±1,24%, CD8 — 32,3±2,67%. В группе с длительностью заболевания более 10 суток наиболее значительно увеличение субпопуляций Т-лимфоцитов CD3 — 69,6±2,56%, CD4 — 35,3±1,78%, CD8 — 19,6±1,56% и восстановление иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 — 1,73.

Обращает на себя внимание тот факт, что в контрольной группе иммунологические показатели на 10 сутки исследования в 7 (18,9%) случаях имели тенденцию к улучшению, в 11 (29,7%) — оставались неизменными, а у 19 (51,4%) пациентов имели отрицательную динамику, причем эти нарушения были более выражены у пациентов с неблагоприятным клиническим течением раневого процесса. В основной группе отрицательная динамика наблюдалась в 4 (19,1%) случаях, неизменными оставались результаты в 5 (23,8%) случаях, а положительная динамика выявлена у 12 (57,1%) пациентов.

Таким образом, гнойные заболевания кисти у пациентов сопровождаются нарушением показателей Т-клеточного звена иммунитета, которое ярче выражено у пациентов с более длительным течением заболевания и более глубоким поражением тканей. Включение циклоферона в комплексное лечение повышает эффективность терапии и сопровождается клиническим выздоровлением

больных с положительным течением раневого процесса и отрицательными результатами идентификации микрофлоры.

Литература

1. Дубровина В. И. Основы инфекционной иммунологии: лекции / Науч.-исслед. противочумный институт Сибири и Дальнего Востока. — Иркутск, 2005. — 59 с.
2. Казакова Т. В., Миронов В. И., Данчинов В. М. Рациональная антибиотикотерапия при гнойных заболеваниях пальцев кисти в условиях хирургического стационара // Журнал инфекц. патол. — Иркутск. — 2003. — Т. 10. — №4. — С. 47.
3. Коньчев А. В. Гнойно-воспалительные заболевания верхней конечности. — СПб: Невский диалект, 2002. — С. 352.
4. Коньчев А. В., Ерюхин И. А., Гельфанд Б. Р., Шляпников С. А. Гнойная хирургия кисти. Хирургические инфекции. — СПб: Питер, 2003. — С. 457–509.
5. Любский А. А. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти. — М: Янус, 2003. — <http://handsurg-kiev.narod.ru/piosur.html> (14 января 2006).
6. Мелешевич А. В. Панариций и флегмона кисти: Учеб. пособие / Гродненский Государственный университет. — Гродно, 2002. — 185 с.
7. Пинегин Б. В. Современные представления о стимуляции антиинфекционного иммунитета с помощью иммуномодулирующих препаратов // Антибиотики и химиотерапия. — 2000. — №12. — С. 3–8.
8. Ступин В. А., Гридчик И. Е., Коваленко А. Л. Применение иммуномодуляторов в хирургической практике. — М: Тактик-Студио, 2005. — С. 56.
9. Чадаев А. П., Нурписов А. М., Пичугин А. В., Атауллаханов Р. И. Иммуномодуляторы «Иммуномакс» и «Гепон» в комплексном лечении больных острой хирургической инфекцией // Русский медицинский журнал. — 2004. — Т. 12. — №24. — С. 1427–1433.



ЛАБОРАТОРНАЯ МЕБЕЛЬ

Производство за 15 дней. Доставка по России и СНГ. Сборка и установка

СпецБалтМебель Тел.: (812) 448-13-97, (495) 646-80-57, info@sbm-lab.ru, www.sbm-lab.ru

НАИМЕНОВАНИЕ	ЦЕНА, РУБ. С НДС
Вытяжные шкафы (электророзетки, освещение, защитный экран из стекла «триплекс»)	от 23900
Лабораторные столы (метал. каркас, рабочая поверхность и тумбы на выбор)	от 4560
Шкафы лабораторные для хранения	от 7640
Мойки лабораторные (раковина – нерж. сталь или полипропилен)	от 9910
Лабораторные столы с полками (метал. каркас, полки, светильник, розетки, рабочая поверхность по выбору, тумбы)	от 8950
Островные столы (метал. каркас, полки, светильник, розетки, рабочая поверхность по выбору, тумбы)	от 18990
Стол для титрования (метал. каркас, световой экран, рабочая поверхность по выбору, тумбы)	от 14150
Стол для весов (метал. каркас, гранитная плита на спец. демпферах)	от 9860
Стол письменный	от 2700
Табурет лабораторный	от 1340

Читателям журнала при ссылке на данное объявление скидка 4%

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

РЕКЛАМА

Хирургу на заметку:

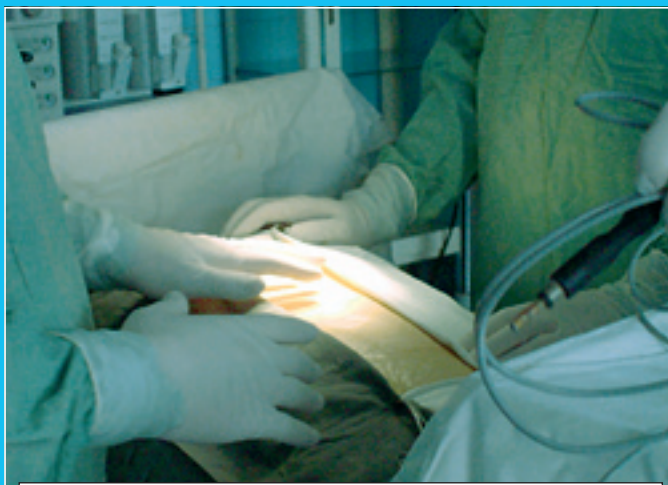
СИЛА «СИЛАКРИЛа»

«Силакрил»® – инцидная пленка, то есть разрезаемое операционное покрытие, препятствующая попаданию кожной микрофлоры (*S.Epidermidis*, *S.Aureus*, *E.Coli* и др.) в операционную рану. Прозрачная самоклеящаяся пленка наклеивается на операционное поле после его обработки спиртом или спиртовым раствором йода.

Хирург производит разрез непосредственно по пленке. «Силакрил»® – паро- и воздухопроницаемая пленка, кожа под ней «дышит», акрилатный клей не вызывает аллергических реакций и обеспечивает надежную фиксацию пленки в течение всей операции. Использование пленки «Силакрил»® позволяет полностью предотвратить

попадание микроорганизмов с кожи через перчатки персонала и инвентарь на раневую поверхность, обеспечивает отсутствие волокон ткани на поверхности кожи, фиксирует обкладочный материал. Сокращается время операции и экономится операционное белье. Пленка эластична, что позволяет наклеивать ее на участки тела со сложным рельефом. Изделие стерилизуется радиационным способом.

ООО «Группа Компаний Пальма» является отечественным производителем хирургического расходного материала, в том числе представленных выше липких операционных пленок, липких бинтов БИНТЛИ, офтальмологических салфеток СОЛЭ и другой продукции.



Фрагмент полостной операции с применением пленки «Силакрил»® в Городской клинической больнице №71 г. Москвы

ООО «Группа Компаний Пальма»

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

Подробная информация – на сайте www.palma-med.ru

РЕКЛАМА

По вопросам участия:
«Медиабюро Статус презент»
+7 499 558-0253
+7 926 533-0884
sochi@praesens.ru

По вопросам проживания:
«Эс-Джи Турс» (Сочи)
+7 495 234-3760
+7 8622 901-901

StatusPraesens
Телевидение

SG tours



www.sochi.praesens.ru



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ СЕМИНАР «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ»

Сочи — бархатный сезон
9–11 сентября 2010 г.
Санаторий «Южное взморье»
Два важнейших события в мире медицины!

Научно-деловая программа
и ассоциированная экспозиция
«Главврач XXI века»



ФЕДЕОН РИХТЕР

14-16 сентября 2010

Администрация Волгоградской области, Администрация Волгограда
Волгоградский государственный медицинский университет
НПО "Национальная организация дезинфекционистов"
Выставочный центр "Царицынская ярмарка"



XXI специализированная межрегиональная выставка

МЕДИЦИНА и ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

- ♦ МЕДОБОРУДОВАНИЕ
- ♦ ФАРМАЦИЯ
- ♦ ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

ВОЛГОГРАД, Дворец Спорта

www.zarexpo.ru



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

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

14-я Ежегодная неделя Медицины Ставрополья

15-17 сентября 2010

- * СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА
- * КОНГРЕССЫ ВРАЧЕЙ
РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ



Выставочный комплекс "Прогресс"
г. Ставрополь, пр. Кулакова, 37а
т/ф: (8652) 500-700

med@progrexpo.ru www.progrexpo.ru

КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

МЕДИЦИНСКАЯ МЕБЕЛЬ



ОБОРУДОВАНИЕ И ПРИБОРЫ

Шкафы ♦ столы ♦ тумбы



от 1991 р.

Банкетки ♦ кушетки ♦ кровати



от 918 р.

Лампы бактерицидные



от 299 р.

Холодильники "Позис"



14 242 р.

Фотометр КФК-3-01



52 600 р.

Аквастилляторы



от 13 178 р.

ХИТ
продаж

Всегда низкие цены!
Широкий ассортимент.
Наличие товара на складе.

(495) 792-54-99
792-55-18
www.medcomp.ru

Автоматизация процесса контроля качества медицинской помощи в МЛПУЗ «Детская поликлиника №1» г. Ростова-на-Дону

*Ерофеев В. Н., к.м.н., МЛПУЗ «Детская поликлиника №1»;
Евдокимов А. В., к.т.н., ООО «Лаборатория «Электронная медицина»;
г. Ростов-на-Дону*

Одной из важнейших составляющих процесса оказания медицинской помощи является контроль качества диагностики и лечения. Внедрение современных технологий в деятельность лечебных учреждений и переход на ведение электронной истории болезни позволяет автоматизировать процесс контроля качества медицинской помощи.

Актуальность проблемы оптимизации способов проведения экспертизы качества медицинской помощи заключается в несовершенстве существующей на сегодняшний день системы проверок содержания медицинской документации, в частности, историй болезни, историй развития ребенка и т. д.

В настоящее время экспертная проверка подразумевает отбор не менее 25% единиц всей документации ЛПУ, детальное изучение и анализ каждого документа; целью отбора является выявление дефектов диагностики, лечения, оформления случаев временной нетрудоспособности либо изменения социального статуса пациента.

Учитывая тот факт, что современное ЛПУ первичного звена обслуживает порядка нескольких десятков тысяч прикрепленного населения, эксперт вынужден отобрать для проверки около 5000–10000 историй развития из разных отделений ЛПУ. Детально изучить и подвергнуть анализу такой объем информации не представляется возможным. На практике экспертизе подвергается гораздо меньшее количество медицинских документов, при этом процесс является многодневным и, принимая в расчет человеческий фактор, по мере увеличения количества проверенных документов внимательность эксперта, безусловно, снижается.

Внедрение в МЛПУЗ «Детская поликлиника № 1 г. Ростова-на-Дону» электронной истории болезни позволило разработать программный комплекс для ведения автоматизированной экспертизы качества медицинской помощи. Он позволяет оценивать длительность и эффективность диагностики и лечения различных случаев, формиро-

вать списки дефектных случаев и оценивать эффективность работы врачей.

Ядром системы является база знаний, использующая набор правил специального вида. Это позволяет эксперту самостоятельно дополнять базу фильтров, предназначенных для поиска дефектных случаев.

Таким образом, процесс состоит из двух этапов. Вначале система отбирает случаи, подозрительные на наличие дефектов, из 100% имеющейся документации, формируя список историй развития с выделением участков потенциальной дефектуры, на которые следует обратить особое внимание. Далее эксперт подвергает анализу отобранные случаи. Признав либо опровергнув наличие дефекта, эксперт дает соответствующие команды системе, комментируя отдельные случаи. Таким образом, помимо клинико-экспертной работы, производится постоянное обучение и совершенствование системы, позволяющее в дальнейшем постоянно повышать качество отбора, при этом уменьшая количество ложных результатов тестирования.

Преимуществом системы является тот факт, что эксперт имеет возможность одновременно видеть и оценивать весь документ в перспективе, в отличие от классического способа, при котором в процессе перелистывания многостраничной истории развития ребенка сопоставление некоторых фактов является порой весьма затруднительным.

Существует возможность привлечения к работе интегрированных в систему медицинских стандартов и справочников, существенно облегчающих работу эксперта и исключающих необходимость переключения внимания для поиска необходимой информации в дополнительных источниках в процессе проведения экспертизы.

Внедрение таких систем в лечебные учреждения позволяет существенно повысить качество медицинской помощи и улучшить оперативное управление качеством диагностики и лечения пациентов.



ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА
информационные технологии для медицинских учреждений
Ростов-на-Дону, пр. Соколова 52, оф. 218 т. (863)291-03-43 www.elmed.ic.ru

Основные направления развития службы медицины катастроф Республики Дагестан

*Курбанов К. М., директор ГУ «Дагестанский центр медицины катастроф»
Министерства здравоохранения Республики Дагестан, г. Махачкала*

Характерной особенностью Республики Дагестан с точки зрения возможности возникновения чрезвычайных ситуаций является сохраняющаяся сложная социально-политическая обстановка: волна террористических актов, покушения на государственных лиц, взрывы машин милиции и военнослужащих, общественных учреждений, активизация бандформирований и ряд других тяжких преступлений, сопровождающихся значительными человеческими жертвами. В сложившихся условиях служба медицины катастроф республики уделяет большое внимание организационным вопросам медицинского обеспечения населения при различных ЧС и терактах.

Дагестанский центр медицины катастроф (ДЦМК) как составная часть Министерства здравоохранения для экстренного реагирования при кризисных ситуациях и как самостоятельное научно-практическое направление стало активно развиваться в республике с 1997 года.

Анализ ликвидации последствий аварий, наводнений, терактов и других стихийных бедствий, особенно медико-санитарного обеспечения пострадавших в период прохождения боевых действий в Дагестане в конце 90-х годов прошлого столетия, показал недостаточную готовность практически всех привлекаемых служб к чрезвычайному режиму работы. Попытки адаптировать медицинские службы ГО к задачам ликвидации медицинских последствий военных действий и терактов оказались неудачными из-за неподготовленности данной службы к работе в экстренных ситуациях.

Необходимость целенаправленной подготовки учреждений здравоохранения Дагестана к работе в чрезвычайных ситуациях нашла отражение в Постановлении правительства РД от 17.09.1997 №155 и Приказах Министерства здравоохранения РД от 25.09.1997 №278-П, от 05.03.1998 № 51-Л «О создании Дагестанского центра медицины катастроф и его филиалов».

Опыт организации работы в экстремальных условиях служба медицины катастроф стала накапливать со времени кизлярских, первомайских и буденновских событий, в дальнейшем — серии терактов со взрывами жилых домов в городах Каспийске, Буйнакске, Махачкале.

Развитие и совершенствование Службы происходило с учетом того, что на территории республики расположено также 17 потенциально опасных объектов, в том числе газо- и нефтепровод, проходящий до границ Азербайджана.

Общая численность населения республики — 2,8 млн человек.

В среднем в год на территории регистрируется около 1700 реализованных чрезвычайных и кризисных ситуаций, в ликвидации последствий которых, наряду с другими структурами оперативного реагирования, принимают участие формирования ДЦМК. Среди техногенных ЧС преобладают аварии на автодорогах и теракты.

В целях создания единой функционально-организационной структуры здравоохранения, усиления интернациональной направленности, повышения качества

и эффективности оказания квалифицированной специализированной медицинской помощи постановлением правительства республики в службу медицины катастроф включены Дагестанский Центр медицины катастроф со статусом юридического лица, Республиканское объединение скорой медицинской помощи (ныне Республиканская больница №2 — Центр специализированной экстренной медицинской помощи), санитарная авиация и 4 филиала ДЦМК.

В настоящее время служба медицины катастроф представлена четырехуровневой структурой организации экстренной медицинской помощи:

- *объектовый уровень включает формируемые на базе лечебно-профилактических учреждений медицинские формирования и резерв коечного фонда (1125 коек);*
- *муниципальный уровень представлен медицинскими силами и средствами учреждений здравоохранения муниципальных образований в соответствии с прогнозируемыми санитарными потерями и резерв коечного фонда (3275 коек);*
- *межведомственный уровень — объединение медицинских сил и средств межведомственных лечебных учреждений, задача которого заключается в усилении интеграционной направленности и принятии согласованных решений;*
- *территориальный уровень представлен Минздравом РД и республиканскими учреждениями здравоохранения, резерв коечного фонда — 1500 коек.*

В соответствии со схемой взаимодействия при масштабных ЧС, приказом министра здравоохранения РД определены четыре территориальные зоны республики.

Первая зона — филиал ДЦМК (г. Дербент) с муниципальными образованиями, прилегающими к южным границам Российской Федерации.

Вторая зона — филиал ДЦМК (г. Буйнаксск) с муниципальными образованиями, прилегающими к нагорному Дагестану, при необходимости — силы и средства республиканских учреждений.

Третья зона — филиал ДЦМК (г. Кизляр) с муниципальными образованиями, граничащими с сопредельными краями и республиками, при необходимости привлекаются силы и средства центра медицины катастроф.

Четвертая зона — филиал ДЦМК (г. Хасавюрт) с муниципальными образованиями, территориально прилегающими к северной части республики, граничащие с сопредельными территориями.

С целью повышения оперативности проведения совместной работы по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС в соответствии с соглашением о взаимных действиях организованы тесные и четкие взаимодействия Службы с медицинским отделом МВД, МЧС и ФСБ РД. Созданы совместные коллегии. Отработаны организационные механизмы практических действий путем проведения совместных командно-штабных

и тактико-специальных учений в акватории махачкалинского морского порта и аэропорта с привлечением сотрудников погранслужбы, дислоцированных в различных точках республики.

В соответствии с Планом задания правительства республики от 17.09.1997 №155 «О совершенствовании службы медицины катастроф в Дагестане», для организации медицинского обеспечения населения республики в ЧС на базе медицинских учреждений Министерства здравоохранения РД созданы 698 штатных и нештатных формирований экстренного реагирования, в том числе:

- специализированных — 245;
- врачебно-сестринских — 355;
- бригад скорой помощи — 98.

Подготовлен план по медико-санитарному обеспечению населения Дагестана при радиационных авариях на атомных электростанциях, расположенных на сопредельных территориях. Подготовлен план действий при землетрясениях, наводнениях, ураганных ветрах, при горении нефтепродуктов в махачкалинской нефтегавани.

Также подготовлен и разослан в министерства и ведомства паспорт по антитеррористической защищенности и противопожарной безопасности.

Коечный фонд учреждений здравоохранения, планируемый для перепрофилирования с целью оказания госпитальной медицинской помощи пострадавшим в ЧС, составляет 6900 коек. Регулярно в ходе плановых проверок осуществляется контроль подготовки и оснащения медицинских формирований и учреждений здравоохранения.

Приказом Минздрава РД созданы неснижаемый запас медикаментов и медицинских изделий на 6900 пораженных и неснижаемый запас центра медицины катастроф на 500 пораженных.

В целях сокращения времени реагирования на возможные теракты и чрезвычайные происшествия на территории региона в составе ГУ «ДЦМК» созданы и функционируют 12 бригад экстренной медицинской помощи (БЭМП), являющихся штатными формированиями Службы; 4 из них — БЭМП, дислоцированные на базе муниципальных учреждений здравоохранения. Данные бригады работают в тесном взаимодействии с оперативно-диспетчерскими службами медицины катастроф, скорой помощи, отделами МЧС и МВД, с аварийно-спасательными службами по прямому проводу единой дежурно-диспетчерской службы республики.

Рациональное размещение БЭМП позволило сократить сроки прибытия медицинских работников к месту ЧС. Ежегодно БЭМП выполняют более полутора тысяч выездов и 35 вертолетных вылетов. Структура причин выездов в 2009 году была такова:

- дорожно-транспортные происшествия (ДТП) — 650;
- медэвакуация, консультации — 640;
- медснабжение — 32;
- теракты — 120;
- другие ЧС — 62.

Большая работа проводится по подготовке кадров Службы. Подготовка медицинских кадров по вопросам медицины катастроф ведется на базе курса медицины катастроф факультета последипломного образования Дагестанской медицинской академии на кафедре

Института проблем медицины катастроф ФГУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита».

С 1998 года на базе школы медицины катастроф республики организован цикл для обучения специалистов Службы, не имеющих медицинского образования, участников дорожного движения по вопросам оказания первой помощи пострадавшим в ДТП. Всего в 2009 году было охвачено обучением 505 человек (360 водителей санитарных машин и скорой помощи, 25 спасателей и 120 работников ГИБДД).

Одним из приоритетных направлений деятельности Службы остается совершенствование системы оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП. С учетом характеристик ресурсного обеспечения больничных учреждений, ответственных за оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим в ДТП на федеральной автомобильной дороге М-29 «Кавказ», приказом Минздрава утверждены 8 зон ответственности учреждений здравоохранения и станций (отделений) СМП по организации оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП.

В рамках реализации Федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения 2006—2012 гг.» и Республиканской целевой программы 2007—2012 годов значительно обновлен парк специального санитарного автотранспорта, дополнительно оснащены базовые стационары, расположенные в зонах ответственности, за стационарными постами ГИБДД закреплены реанимобили с врачебными бригадами центра медицины катастроф, проводятся тематические курсы усовершенствования специалистов. На специализированном санитарном автомобиле и в оперативно-диспетчерской установлен мобильный комплекс оперативного управления, связи и телемедицины. Создана система пропагандистского воздействия на население для формирования негативного отношения к правонарушителям в сфере дорожного движения, проведены республиканские конкурсы среди образовательных учреждений по профилактике дорожно-транспортных происшествий, проводятся тематические телепередачи «Дорожный патруль».

В проекте находится создание госпитальной базы службы медицины катастроф, на первых порах — отделения реабилитации для спецконтингента.

Дальнейшее совершенствование службы медицины катастроф с учетом сложившейся конкретной обстановки в субъектах СКФО, в частности, в Республике Дагестан, по нашему мнению, требует иных организационных решений СМК. А именно, на территории республики, с учетом ее геополитического расположения и нарастающей криминогенной обстановки, необходимо создать филиал ВЦМК «Защита». Очевидно, что его организационная структура и штат должны отличаться от прочих региональных филиалов и учитывать особенности данной территории. Создание такого филиала — в интересах усиления вертикали управления, приближения сил и средств Центра к районам возможных ЧС. В конечном итоге, целью дальнейшего совершенствования службы медицины катастроф является более эффективная деятельность по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, обеспечению готовности Службы на всех ее уровнях к своевременному и качественному оказанию медицинской помощи населению при авариях, катастрофах, эпидемиях, терактах и других ЧС.

Роль Республиканской целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Чеченской Республике на 2008—2011 гг.» в развитии противотуберкулезной службы

Сайдуллаев А.-Х.А., к.м.н., главный врач ГУ «РПТД», главный внештатный фтизиатр МЗ ЧР; Джунаидов Л. А., директор Департамента лечебно-профилактической помощи МЗ ЧР; г. Грозный

Последствия общественно-политического кризиса, сложной экономической и социальной обстановки в Чеченской Республике, осуществления радикальных экономических реформ в России в некоторых своих проявлениях сохранились по настоящее время и отражаются, прежде всего, в низких показателях здоровья населения. Состояние здоровья населения Чеченской Республики с 2000 года было предметом постоянного контроля. Правительством Чеченской Республики регулярно рассматривались наиболее актуальные проблемы здравоохранения и неотложные меры по снижению социально-обусловленных заболеваний, по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия, меры по снижению преждевременной смертности от управляемых причин, велась разработка республиканских целевых программ, в том числе и по борьбе с туберкулезом. Чеченская Республика остается регионом, где ситуация по болезненности и заболеваемости туберкулезом оценивается как критическая. Туберкулез как и в прежние годы представляет серьезную угрозу здоровью населения. Особую тревогу вызывают темпы распространения туберкулеза. Значительные достижения, которых удалось добиться в борьбе с туберкулезом к концу 80-х годов XX столетия, на сегодняшний день утеряны. Ежегодно по России выявляются более 120 тысяч больных туберкулезом с впервые установленным диагнозом, показатель заболеваемости варьирует в пределах 50—80 на 100 тысяч населения. В Чеченской Республике за 2009 год выявлено 963 больных туберкулезом с впервые установленным диагнозом, из них 911 — с туберкулезом органов дыхания, 835 — с туберкулезом легких и 52 (5,4%) — с локализацией туберкулеза в других органах. Заболеваемость составила 76,43 на 100 тысяч населения (в 2008 году — 76,5, в 2007 — 84,8).

Особую тревогу вызывает значительный рост заболеваемости туберкулезом детей и подростков, а также лекарственно-устойчивых форм туберкулеза.

Чеченская Республика в довоенные годы имела одну из лучших материально-технических баз противотуберкулезной службы, были развернуты 1050 коек для лечения больных всеми формами туберкулеза, имелось в достаточном количестве современное диагностическое оборудование, функционировали 2 бактериологические лаборатории, помощь больным оказывали 120 врачей-фтизиатров с большим опытом работы. Была организована широкая сеть детских оздоровительных учреждений: по г. Грозный 2 детских тубсанатория, в с. Чишки — санаторий для детей школьного возраста с круглогодичным пребыванием

и обучением, в с. Автуры — школа-интернат, в летнее время функционировали десятки детских оздоровительных лагерей. Благодаря принятым мерам нам удалось добиться значительных успехов в борьбе с туберкулезом, к концу 80-х годов наша республика вошла в число самых благополучных регионов СССР по этому показателю.

К сожалению, события 90-х годов, две военные кампании уничтожили материальную базу противотуберкулезных учреждений, как и всю экономику республики. Регион потерял не только койки, санатории, оборудование — мы потеряли более 80% опытных врачей-фтизиатров и среднего медперсонала. Туберкулез — это социальная болезнь, и причинами, вызвавшими ухудшение эпидемической обстановки по туберкулезу в республике, являются такие факторы, как ухудшение социально-экономических условий жизни населения, военные действия, стрессы военного времени, массовая вынужденная миграция, потеря жилья, рост численности контингента пенитенциарных учреждений за счет граждан Чеченской Республики, экологическая катастрофа и т. п. Сложившаяся ситуация требовала незамедлительных действий со стороны Министерства здравоохранения и руководства республики. В 2002 году на базе бывшего детского сада на 75 койко-мест после проведения ремонтно-восстановительных работ был развернут стационар для взрослых больных туберкулезом на 200 коек и диспансерное отделение. Конечно, при этом не были соблюдены санитарно-гигиенические требования для пребывания больных, не было создано условий для работы медперсонала. Данное решение было продиктовано жизненной необходимостью, и оно дало возможность в какой-то мере воссоздать Республиканский противотуберкулезный диспансер (РПТД) как организационно-методический центр для всей республики.

Была восстановлена картотека, налажена связь с тубкабинетами, райтубдиспансерами, общей лечебной сетью, появилась преемственность при оказании противотуберкулезной помощи больным, проводилась госпитализация и лечение больных с впервые установленным диагнозом и наиболее тяжелыми формами туберкулеза, шло оснащение РПТД и ЛПУ диагностическим оборудованием. Решались вопросы кадрового обеспечения и подготовки фтизиатров. По мере оснащения ЛПУ средствами для лучевой диагностики активизировалась работа по профилактике и раннему выявлению туберкулеза. В рамках Федеральной целевой программы было начато строительство при РПТД новых зданий: детское отделение на 60

коек, диспансер на 125 посещений в смену, лабораторный и хозяйственный корпуса. Строительство и оснащение их завершено, в ближайшее время они будут сданы в эксплуатацию. В 2010 году начнется строительство Республиканской туберкулезной больницы на 400 коек с диспансером на 300 посещений, ввод в эксплуатацию запланирован на конец 2011 года.

Острый дефицит коечной сети, отсутствие специализированных подразделений (легочная хирургия, отделения для больных туберкулезом костно-суставной системы и урогенитальных органов, детского туботделения, отделения для сочетанной инфекции туберкулез-ВИЧ), лабораторной и компьютерной диагностики, вспомогательных служб, сказывались на качестве диагностики и лечения больных туберкулезом. В таком виде противотуберкулезная служба не удовлетворяла наши потребности.

Президенту ЧР Р. А. Кадырову была представлена подробная информация о сложившейся ситуации и план программных мероприятий. Президентом ЧР было дано Протокольное поручение Правительству ЧР «О дальнейших мероприятиях, направленных на развитие и совершенствование противотуберкулезной службы, создание соответствующих условий работы для медицинского персонала, занятого в противотуберкулезных учреждениях пребывания и лечения больных туберкулезом».

Для улучшения кадрового обеспечения Постановлением Правительства ЧР была установлена надбавка к заработной плате всем сотрудникам противотуберкулезных учреждений республики (врачам — 12 тыс. руб., среднему медперсоналу — 9 тыс. руб., техническому персоналу — 5 тыс. руб.), это дало возможность ЛПУ повысить обеспеченность врачами до 52% и полностью обеспечить средним медперсоналом.

Постановлением Правительства ЧР от 06.08.2008 №156 «О республиканских целевых программах развития здравоохранения ЧР на период 2008—2011 гг.» утверждены программные мероприятия Республиканской целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в ЧР на 2008—2011 гг.».

На реализацию этой программы предусмотрены финансовые средства в размере 814,736 млн руб. из республиканского бюджета.

На 2008 год были заложены 241,22 млн руб., намеченные программные мероприятия были выполнены.

На базе ЦНИИТ РАМН прошли подготовку 90 специалистов с высшим и средним медицинским образованием, 447 медицинских работников прошли усовершенствование на выездных циклах НИИ туберкулеза. Для проведения санитарно-просветительской работы среди населения, направленной на раннее выявление и профилактику туберкулеза, была изготовлена рекламная и полиграфическая продукция. Все ЛПУ республики были полностью обеспечены рентгенофлюорографической пленкой и расходными материалами, закуплен туберкулин (900 тыс. доз) и расходные материалы для проведения массовой туберкулинодиагностики среди детей. Республика была полностью обеспечена противотуберкулезными препаратами и лекарственными средствами для патогенетической терапии. Это дало возможность обеспечить полноценным лечением впервые выявленных больных тубер-

кулезом, больных с хроническим течением болезни и больных, находящихся на амбулаторном лечении. Для РПТД закуплено оборудование для бактериологической лаборатории, включая расходные материалы, химреактивы, люминесцентные микроскопы; для лучевой диагностики — компьютерный томограф и рентгенкомплекс с томографической приставкой.

В этом же году начато дооснащение тубкабинетов и райтубдиспансеров оборудованием и инвентарем, во все сельские районы передана компьютерная техника, бактерицидные лампы, кабины для сбора мокроты, негатоскопы, произведен текущий ремонт туберкулезного отделения при РПТД.

На реализацию программных мероприятий «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в ЧР» в 2009 году выделено 230,577 млн рублей.

Впервые в этом году закуплены средства индивидуальной защиты медицинского и обслуживающего персонала, наборы продуктов питания для больных, прошедших курс интенсивной терапии и находящихся на амбулаторном лечении. Это дало нам возможность значительно сократить число больных, оторвавшихся от лечения.

Все тубкабинеты и райтубдиспансеры сельских районов, участковые фтизиатры РПТД обеспечены автотранспортом. Учреждения противотуберкулезной службы подключены к Интернету. Для общей лечебной сети приобретены стационарные (6 шт.) и передвижные (3 шт.) цифровые флюороустановки. Проведены ремонтно-восстановительные работы туберкулезного отделения Шелковской ЦРБ. Противотуберкулезная служба полностью обеспечена набором тубпрепаратов и средствами патогенетической терапии, доукомплектована клиничко-диагностическая лаборатория при РПТД.

В 2010 году продолжены работы по созданию соответствующих условий в противотуберкулезных учреждениях республики. Выделены средства для завершения работ по капитальному ремонту и реконструкции лечебного корпуса РПТД, райтубдиспансера в Шелковском и Шалинском районах, туботделения и тубдиспансера в Надтеречном районе. В 2010 году будут задействованы бактериологическая и клиничко-диагностическая лаборатории, отделения физиотерапии, эндоскопической и ультразвуковой диагностики, компьютерный томограф, диспансерное отделение с отдельным приемом взрослого и детского контингента со своими параклиническими службами.

Реализация программных мероприятий в этом году позволит нам дооснастить ОЛС передвижными и стационарными флюороустановками. Больные после курса интенсивной терапии и переведенные на амбулаторное лечение будут обеспечены набором продуктов питания. Медицинский и обслуживающий персонал будет обеспечен средствами индивидуальной защиты. Закупаются в достаточном количестве спецтубпрепараты и средства для патогенетической терапии, туберкулин, шприцы и расходные материалы для туберкулинодиагностики.

Сегодня в республике многое делается для улучшения здоровья населения, строятся современные ЛПУ, ведется активная работа по кадровому обеспечению и повышению квалификации, создаются спортивные

комплексы и оздоровительные центры, уделяется внимание экологии и окружающей среде, санитарно-гигиеническому воспитанию.

Реализация программных мероприятий Республиканской целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в ЧР на 2008—2011 гг.» позволила улучшить качество профилактических мероприятий, с 3% до 18—19% увеличился охват населения профосмотрами с прохождением флюорографии, при этом доля выявленных больных туберкулезом с впервые установленным диагнозом возросла с 2% до 20%.

В 35 ЛПУ созданы условия для проведения бактериоскопии, из года в год увеличивается охват населения этим методом исследования.

Идут к завершению работы по строительству детского тубсанатория «Чишки» — современного учреждения на 300 койко-мест с круглогодичным пребыванием детей школьного и дошкольного возраста. После завершения строительства Республиканской туберкулезной больницы и диспансера, на базе нынешнего РПТД будет открыт санаторно-оздоровительный центр для детей и подростков.

Факторов, влияющих на укрепление здоровья населения, много. Это, прежде всего, комплекс мер политического, экологического, экономического, правового, социально-гигиенического и противоэпидемического характера. Попытка возложить всю полноту ответственности за состояние здоровья граждан только

на систему здравоохранения приведет лишь к недооценке значимости и величины проблемы.

В социально благоустроенном обществе, где любое решение связывается с влиянием, которое оно будет оказывать на сферу обитания человека, индекс здоровья населения выше. Поэтому, наравне с медицинскими работниками, за состояние и охрану здоровья населения должны нести ответственность все без исключения службы, отделы муниципальных образований, руководители организаций, учреждений, предприятий, предприниматели и бизнесмены.

Задача РПТД состоит в том, чтобы совместно с ОЛС добиться максимального охвата населения осмотрами на туберкулез, организовать работу по созданию картотечного учета населения, обеспечить бактериологическую диагностику туберкулеза с целью активного и раннего его выявления, контролировать проведение туберкулинодиагностики, проводить работу непосредственно в очагах туберкулеза и с лицами, контактирующими с тубочагом, и, конечно, своевременную диагностику, качественное лечение и реабилитацию больных.

Мы уверены, что эта задача нам под силу. Объединив усилия всех министерств, ведомств и муниципалитетов, мы сумеем в ближайшие годы добиться значительного снижения заболеваемости туберкулезом и вести далее работу по ликвидации туберкулеза в нашей республике.

Организация специализированной помощи детям с сахарным диабетом 1 типа в Ростовской области

Линде В. А., д.м.н., профессор, директор; Афонин А. А., д.м.н., профессор, заместитель директора по науке; Галкина Г. А., д.м.н., заведующая детским эндокринным отделением; Комкова М. В., к.м.н., старший научный сотрудник педиатрического отдела; ФГУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», г. Ростов-на-Дону

Сахарный диабет является одной из глобальных медико-социальных проблем современности. Особая значимость проблемы сахарного диабета 1 типа (СД1) определяется угрозой ранней инвалидизации молодых пациентов, снижением общей продолжительности и качества жизни в связи с развитием тяжелых микрососудистых осложнений. По данным ВОЗ, заболеваемость СД1 постоянно растет, наряду с этим увеличивается и число осложнений.

Детское эндокринное отделение РНИИАП является единственным в Ростовской области (РО) отделением, оказывающим специализированную помощь детям и подросткам с различной эндокринной патологией, выполняющим функцию регионального центра. Сотрудниками отделения осуществляется лечебная и консультативная помощь пациентам, проживающим не только в РО, но и в других субъектах ЮФО и СКФО (Краснодарский край, Калмыкия, Чеченская Республика, Ингушетия, Адыгья, Дагестан и др.). Детское эндокринное отделение является базой для подготовки детских эндокринологов. В отделении работают 3 доктора наук и 3 кандидата медицинских наук.

На протяжении последних лет отмечается увеличение числа больных, получающих специализированную помощь

в условиях детского эндокринного отделения РНИИАП. Так, в 2009 году в отделение было госпитализировано 1158 пациентов, что на 124 ребенка (12%) больше, чем в 2008 году. В отделении оказывается помощь не только больным детям с сахарным диабетом, но и детям с заболеваниями щитовидной и паращитовидной желез, с тяжелыми формами надпочечниковой недостаточности, гипопизарным нанизмом, задержками физического и полового развития, несахарным диабетом центрального генеза, гипоталамическим синдромом, ожирением, нарушенной толерантностью к глюкозе и др. Однако приоритетным направлением является улучшение диагностики и лечения СД1 и его осложнений у детей и подростков.

С целью оценки распространенности сахарного диабета у детей РО проводится ежегодный анализ эпидемиологических показателей, данные заносятся в регистр детского эндокринного отделения РНИИАП. По данным регистра, на январь 2010 года в РО под наблюдением находятся 735 пациентов с СД1 (536 детей и 199 подростков).

Проведенный анализ показал, что в РО наблюдается рост распространенности СД1 у детей с 46,5 человек на 100 тысяч детского населения в 2005 году до 53,0 — в 2009 (рис. 1). Однако эти показатели не превышают

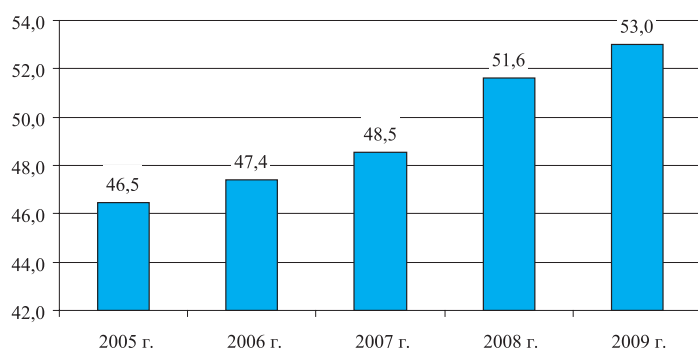


Рис. 1.
Распространенность сахарного диабета I типа
на 100 тыс. детского населения РО

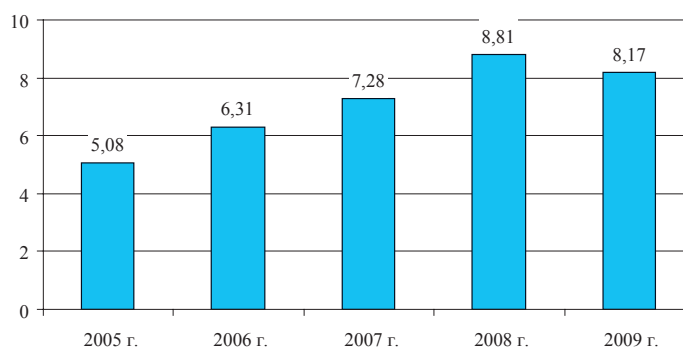


Рис. 2.
Заболеваемость сахарного диабета I типа
на 100 тыс. детского населения РО

показателей распространенности СД1 по Российской Федерации (66,7 на 100 тысяч детского населения).

Отмечается также дальнейший рост заболеваемости СД1 с 5,08 человек на 100 тысяч детского населения в 2005 году до 8,17 — в 2009 (рис. 2).

Необходимо отметить, что распространенность и заболеваемость СД1 среди городского населения выше, чем среди жителей сельских районов, что, по-видимому, связано со степенью урбанизации жизни (табл. 1).

Проведенный анализ частоты развития диабетических осложнений у детей РО показал, что чаще всего регистрировались диабетическая полинейропатия, диабетическая ангиопатия и диабетическая нефропатия (табл. 2).

Средний возраст развития осложнений СД1 у детей РО составил $12,03 \pm 1,2$ лет при средней длительности заболевания $7,2 \pm 1,4$ лет.

Одним из наиболее ранних осложнений СД1 у детей зарегистрирована диабетическая нейропатия (ДПН), которая выявлялась в среднем в возрасте $9,2 \pm 0,5$ лет при средней длительности заболевания $3,36 \pm 0,4$ года. По мере роста длительности заболевания распространенность ДПН увеличивалась.

Представляют интерес опубликованные в 2007 году результаты обследования детского населения различных регионов России, полученные группой исследователей ЭНЦ в рамках Федеральной целевой программы «Сахарный диабет» на базе специальной передвижной лаборатории (трейлера), оснащенной оборудованием для диагностики осложнений сахарного диабета. Анализ случайной выборки 89 детей и 72 подростков РО выявил, что 22,7% обследованных находились в состоянии компенсации углеводного обмена, что превышало количество компенсированных детей в других регионах. При этом наибольшая степень компенсации была отмечена у детей дошкольного возраста, а у подростков нашего региона, как и во всех остальных, показатели гликированного гемоглобина свидетельствовали о преобладании декомпенсированных форм сахарного диабета.

В детском эндокринном отделении РНИИАП на протяжении многих лет постоянно проводится «Школа диабета», вводятся новые формы обучения пациентов. Врачами систематически проводятся лекции и практические занятия в рамках данной программы. Школа оснащена наглядными пособиями, таблицами для подсчета калорий и хлебных единиц, различными приборами для проведения самоконтроля определения уровня глюкозы в крови

Таблица 1

Динамика числа детей с манифестным СД1 в 2005–2009 годах

Контингент	Год				
	2005	2006	2007	2008	2009
Городское население	45	39	45	44	36
Жители сельских районов	33	35	17	31	32
Всего	78	74	62	75	68

Таблица 2

Осложнения СД 1 среди детей и подростков РО за 2005–2009 годы (%)

Осложнения СД 1	Год				
	2005	2006	2007	2008	2009
Диабетическая дистальная полинейропатия	15,54	14,74	32,13	25,86	18,0
Диабетическая хайропатия	1,01	0,8	1,04	0	0
Диабетическая ретинопатия	15,8	15,01	19,17	14,63	12
Катаракта	0,65	0,53	0	0,49	0,5
Диабетическая нефропатия	5,48	6,43	5,18	4,88	3,5

и в моче. Проводятся также индивидуальные занятия с каждым больным и его родителями, во время которых пациенты обучаются технике введения инсулина, расчету его дозировки, грамотному планированию питания и т. п. В результате вышеописанных мероприятий в последние годы сократилось число больных, поступающих в отделение в коматозном и прекоматозном состоянии, уменьшилась средняя продолжительность пребывания больных в стационаре.

В то же время, согласно проведенному нами опросу, 35% обследованных, преимущественно сельских жителей, не проходили обучения в «Школе диабета», а приобрели знания по контролю заболевания самостоятельно. Полученные данные позволяют связать неудовлетворительную компенсацию СД у большинства пациентов с недостатками самоконтроля в условиях отсутствия регулярного повторного обучения больных и членов их семей. Одним из направлений в ряду мероприятий по внедрению и оптимизации самоконтроля у детей и подростков с СД1 является обязательное введение в программу обучения индивидуальных занятий с психологом.

В рамках реализации мероприятий приоритетного Национального проекта по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи с целью улучшения специализированной помощи детям-инвалидам с СД1 и профилактики диабетических осложнений в детском эндокринологическом отделении РНИИАП с 2008 года применяется непрерывная подкожная инфузия инсулина с помощью инсулиновых помп (ИП), позволяющая освободить пациентов от многократных инъекций, предотвратить осложнения заболевания и создать абсолютно новый уровень качества жизни.

Следует отметить, что на базе нашего отделения создан Центр помповой инсулинотерапии, в задачи которого входит:

- консультирование и установка системы круглосуточного мониторинга гликемии с расшифровкой данных на CGMS;
- использование инсулиновых дозаторов и обучение пациентов с СД и их родителей;
- теоретическое и практическое обучение врачей РО, ЮФО и СКФО использованию помповой инсулинотерапии.

Как видно из таблицы 3, в 2009 году 46,7% ИП было установлено детям ЮФО.

ИП являются новыми технологиями, внедряемыми во всем мире, и представляются весьма эффективными для достижения компенсации СД1.

С целью сравнения показателей метаболического контроля до и после перевода на ИП и оценки эффективности работы «Школы диабета» с курсом обучения по работе с помпами 54 детям с СД1 в возрасте от 4 до 18 лет (13±4,2 года) и длительностью заболевания 5,5±3,8 лет после прохождения обучения в «Школе диабета» с курсом по работе с помпой была установлена ИП. Распределение по полу было одинаковым. 23 пациента получали хумалог, 31 — новорапид. У 33 детей (61%) имелись осложнения в виде диабетической периферической полинейропатии, у 15 больных (29,6%) — ангиопатия сетчатки обоих глаз, у 13 пациентов (24,1%) — липодистрофия, у 7 (12,9%) — диабетическая нефропатия. Не имели осложнений СД1 5 пациентов (9,3%).

Гликированный гемоглобин до перевода на помпу составлял 8,7±1,9%. Среднесуточные показатели гликемии до перевода на ИП и через 2 недели составили 8,4±1,3 ммоль/л и 7,3±1,4 ммоль/л соответственно (p<0,05). При этом отмечалось снижение суточной дозы инсулина

Таблица 3

Год установки инсулиновой помпы	Общее количество	РО	ЮФО
2007	2	-	2
2008	22	1	21
2009	30	16	14
Всего	54	17	37

в среднем на 0,12 ед./кг (11,7±3,4%). До перевода на ИП у 4 пациентов (7,4%) были выявлены ночные бессимптомные гипогликемии, которые исчезли на фоне применения помпы. Следует отметить, что одной из причин быстрой положительной динамики показателей гликемии больных, переведенных на помповую инсулинотерапию, является хорошая предварительная подготовка и психологическая мотивация пациентов. Назрела необходимость создания школ по обучению больных работе с помпами с обязательным участием медицинских психологов.

Приведенные данные наглядно демонстрируют социальную и экономическую важность проблемы сахарного диабета. Уменьшить текущие расходы на оказание медицинской помощи, снизить заболеваемость и частоту поздних осложнений, повысить качество жизни больных возможно только при соответствующей организации всех звеньев диабетологической службы.

Для улучшения компенсации СД1 у детей и подростков и с целью профилактики формирования диабетических осложнений, наряду с использованием интенсивной и помповой инсулинотерапии, необходимо добиваться повышения активности и дисциплинированности больного и его семьи в вопросах самоконтроля заболевания.

В настоящее время обучение больных принято считать основой терапии СД. Целью обучения является не просто передача суммы знаний больным, а формирование мотивации и новых психологических установок на самоконтроль заболевания с тем, чтобы пациент и члены его семьи смогли правильно и своевременно в домашних условиях самостоятельно корректировать тактику терапии. В этой связи создание «Школ диабета» в РО, расположенных непосредственно в районе проживания больных, является крайне необходимым мероприятием. Ответственность за проведение региональных «Школ диабета» можно возложить на районных эндокринологов или педиатров, прошедших обучение на курсе детской эндокринологии кафедры эндокринологии РостГМУ. К обучению больных необходимо привлекать психологов, специально обученных медсестер. В организации «Школ диабета» могут принимать участие представители диабетических общественных организаций. Закрепление по территориальному принципу придаст школе самоконтроля роль организующего и контролирующего центра по обучению больных, оказанию психологической помощи и моральной поддержки.

Немаловажным условием качественного самоконтроля заболевания в домашних условиях является обеспечение детей и подростков с СД1 достаточным количеством средств самоконтроля. Отсутствие дифференцированного подхода к обеспечению больных средствами самоконтроля приводит к тому, что полученные при обучении практические навыки остаются невостребованными. Это способствует отказу пациента от самоконтроля и выполнения других врачебных рекомендаций.

Проведение предложенных медико-социальных мероприятий позволит в перспективе разработать критерии оптимального уровня показателей качества жизни у детей и подростков Ростовской области с сахарным диабетом 1 типа, что будет способствовать снижению риска развития осложнений диабета у детей.

основано в 1995 году



«АЙБОЛИТМЕДСЕРВИС»

www.ams-don.ru

**Профессиональный
подход к здоровью!**

Поставки для ЛПУ и аптек.

АМС

Айболитмедсервис

АМС

МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ ОРТОПЕДИИ!

- противоварикозный трикотаж
- корректирующие приспособления для стопы
- ортопедические матрасы и подушки
- бандажи, корректоры осанки
- инвалидные коляски и другие средства реабилитации
- медицинские изделия для хирургии, травматологии и акушерства
- медицинская техника
- приборы для контроля уровня глюкозы и кетонов

Мы являемся официальным дистрибьютором:

Johnson&Johnson – Ethicon, LifeScan, Cordis (США)

ВВгауп – повязки, шовный материал, калоприемники (Германия)

Medtronic – инсулиновые помпы (США)

Abbott Laboratories – глюкометры (США)

Cardinal Health – хирургические и смотровые перчатки (США)

ТРИВЕС – ортопедические изделия (Россия)

А также дистрибьютором:

Тусо, Unomedical, Microlife, Елатомский приборный завод.

ОПТОВЫЙ ОТДЕЛ (863) 242-48-09.

ОТГРУЗКА ТОВАРА ВО ВСЕ РЕГИОНЫ РОССИИ.

г. Ростов-на-Дону:

Аптека №2

ул. Погодина, 4, с 8.00 до 21.00 без перерыва и выходных,

Тел. (863) 245-42-24

Аптека №10

ул. Соколова, 27, с 8.00 до 19.00 без перерыва и выходных.

Тел. (863) 299-43-19

Аптека №11

ул. Московская, 68/63, с 8.00 до 19.00 без перерыва и выходных.

Тел. (863) 262-41-64

Аптечный пункт №1

ул. Благодатная, 170, лит. Ж, с 8.30 до 17.30 без перерыва,

выходной: суббота, воскресенье. Тел. (863) 300-80-46

Аптечный пункт №2

ул. Благодатная, 170, лит. Е, с 8.00 до 19.00,

без перерыва и выходных. Тел. (863) 300-80-45

г. Азов:

Аптека №5

ул. Энгельса, 14, с 9.00 до 20.00, без перерыва и выходных.

Тел. (863) 425-38-58





НАЦИОНАЛЬНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР МИБП

Иммунобиологическая продукция

Все

для диагностики и лечения

АЛЛЕГРГИИ

ОАОК «Торговый дом Аллерген»

142190, Московская область,

г. Троицк, Сиреневый бульвар, д. 15

Тел./факс: (4967) 51-06-45, 51-08-45, 51-09-34, 51-00-35

E-mail: info@allergen.ru . Сайт: www.allergen.ru

Представительство в ЮФО

Тел.: (8634) 59-95-57, 8-928-163-98-47

E-mail: allergenrostov@yandex.ru

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

Стереомикроскопы

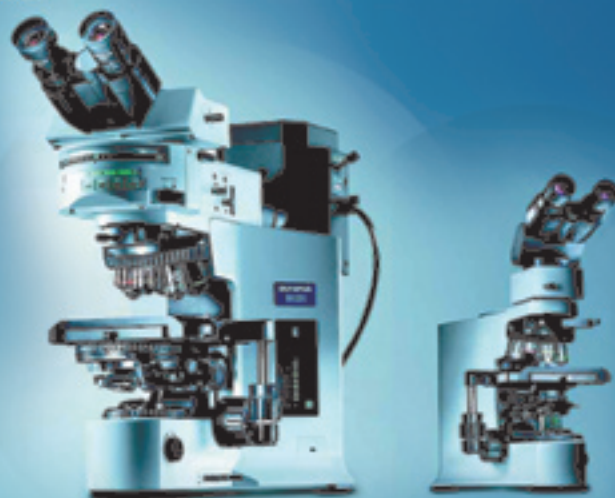
Микроскопы OLYMPUS Серия SZ2 — для обучающего процесса и рутинных лабораторных работ в медицине и биологии
Микроскопы OLYMPUS Серия SZX2 — для лабораторных и исследовательских работ

Системы фотодокументирования и программное обеспечение

Также мы предлагаем:

- иммерсионное масло, лампы для микроскопов, средства для ухода за оптикой
- реагенты для иммуногистохимии и молекулярной диагностики (эксклюзивный 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

АМТЕО



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

Как улучшить помощь детям с бронхиальной астмой?

Чепурная М. М., Афонина Т. А., Белан Г. П., Леликова Е. Н., Ягубяни Е. Т., Ростовский областной детский респираторный центр, г. Ростов-на-Дону

Бронхиальной астмой (БА) поражено около 5 миллионов детей в мире, причем заболеваемость и распространенность ее среди детей растут. В Ростовской области БА страдает около 9 тысяч детей. У некоторых детей, несмотря на применение базисной терапии, БА имеет неконтролируемое течение.

Новый документ — GINA-2006 — в настоящее время концептуально изменен. Так, в разделе «Диагностика и классификация» указано, что вместо привычного разделения астмы по степени тяжести предлагается классификация БА по степени ее контролируемости (контролируемая, частично контролируемая и неконтролируемая). Такая классификация отражает представление о том, что степень тяжести астмы зависит не только от степени выраженности ее проявлений, но и от ответа на терапию.

Выполнение новых рекомендаций невозможно без внедрения и использования адекватных и эффективных инструментов контроля над астмой у детей и взрослых. Одним из наиболее простых методов, показавших высокую достоверность оценки степени контроля БА в повседневной клинической практике, является опросник АСТ (Asthma Control Test) — тест по контролю над астмой. Его применение рекомендовано GINA-2006. Этот опросник уже широко используется во всем мире. Вначале АСТ был доступен только для взрослых и детей старше 12 лет, а с 2006 года была предложена его детская версия, которая на сегодняшний день является единственным инструментом оценки контроля над БА у детей в возрасте 4–11 лет.

Детский АСТ, как и взрослый, был разработан для того, чтобы с его помощью можно было:

- проводить скрининг пациентов и выявлять больных с неконтролируемой астмой;
- вносить изменения в лечение для достижения лучшего контроля над БА;
- повысить эффективность внедрения клинических рекомендаций по лечению БА;
- выявлять факторы риска неконтролируемой БА;
- проводить мониторинг степени контроля над астмой как врачами, так и пациентами в любой обстановке.

Концептуально опросник соответствует совокупности целей лечения БА. Он позволяет оценить различные аспекты состояния пациентов и проводимой терапии, удобен для использования в амбулаторных и стационарных условиях и чувствителен к изменениям состояния ребенка. Опросник прост в применении. Для того чтобы его заполнить, не требуется специальных знаний, поэтому с ним может работать не только медицинский персонал, но и пациенты. Количественная оценка уровня контроля (в баллах) значительно упрощает мониторинг изменений, произошедших с течением времени. АСТ — это простой тест для оценки эффективности лечения больных с позиции полного контроля заболевания.

Одним из первых предложенных для клинической практики является опросник АСТ для больных в возрасте

12 лет и старше. Тест состоит из 5 вопросов, ответы на которые представлены в виде 5-балльной оценочной шкалы. Результатом теста является сумма ответов в баллах. Она же используется для формулировки рекомендаций. Так, оценка в 25 баллов соответствует полному контролю; оценка в интервале 20–24 балла соответствует частичному (хорошему) контролю и пациенту рекомендуется обратиться за консультацией к врачу; сумма менее 20 баллов свидетельствует о неконтролируемом течении заболевания и требует вмешательства врача для пересмотра плана лечения.

Для детей с БА в возрасте от 4 до 11 лет был специально разработан опросник АСТ-2. Он состоит из 2 блоков вопросов: первый — для ребенка, второй — для родителей. На первые 4 вопроса ответы дает ребенок, родители могут помогать, однако окончательный выбор ответа остается за ребенком. На оставшиеся 3 вопроса отвечают родители. Оценка ответов при полном контроле заболевания — 20 баллов и выше; оценка 19 баллов и ниже означает, что астма контролируется недостаточно эффективно, пациенту рекомендуется воспользоваться помощью врача для пересмотра плана лечения. В этом случае необходимо также расспросить ребенка и его родителей о препаратах, которые пациент применяет ежедневно, и убедиться в правильности техники ингаляций и соблюдении режима лечения.

В течение последних 3 лет в Ростовском областном детском респираторном центре в качестве инструмента оценки контроля БА используются АСТ и АСТ-2. За этот период с верифицированным диагнозом БА обследовано 3007 пациентов 12 лет и старше и 2227 детей 4–11 лет. Легкое течение БА отмечено у 68% обследованных пациентов, среднетяжелое — у 29%, тяжелое течение БА — у 3% детей.

В течение всего периода наблюдения регистрировались следующие данные: балл АСТ на каждом визите, ОФВ, проведение спирометрии или импульсной осцилометрии, изменения терапии на визите или в период между визитами, количество обострений. Анализ результатов исследования подтвердил высокую надежность и воспроизводимость опросника АСТ, а также выявил достоверную корреляцию суммарной балльной оценки тестирования с функциональными параметрами (ОФВ1 и ПСВ).

Наши исследования показали, что АСТ — это надежный инструмент оценки эффективности лечения больных. АСТ обеспечивает объективную и быструю оценку уровня контроля БА, что важно в реальной врачебной практике в условиях высокой загруженности.

Тест по контролю над астмой (АСТ™)

Этот тест поможет людям, страдающим астмой (пациентам от 12 лет и старше), оценить, насколько им удастся контролировать свое заболевание.

Инструкция. В каждом из 5 вопросов выберите ответ, который Вам подходит, и обведите соответствующую ему цифру. Постарайтесь честно отвечать на вопросы. Это поможет Вам и Вашему врачу подробно обсудить, как Вы справляетесь с астмой. Чтобы подсчитать результат теста, сложите все цифры, соответствующие Вашим ответам.

ТЕСТ ПО КОНТРОЛЮ НАД АСТМОЙ У ДЕТЕЙ

ИТОГО

1. Как у тебя дела с астмой сегодня?

- 0 Очень плохо 1 Плохо 2 Хорошо 3 Очень хорошо

2. Как сильно астма мешает тебе бегать, заниматься физкультурой или играть в спортивные игры?

- 0 Очень мешает, я совсем не могу делать то, что мне хочется 1 Мешает, и это меня расстраивает 2 Немного мешает, но это ничего 3 Не мешает

3. Кашляешь ли ты из-за астмы?

- 0 Да, все время 1 Да, часто 2 Да, иногда 3 Нет, никогда

4. Просыпаешься ли ты по ночам из-за астмы?

- 0 Да, все время 1 Да, часто 2 Да, иногда 3 Нет, никогда

На следующие вопросы ответьте самостоятельно, без участия ребенка

5. Как часто за последние 4 недели ваш ребенок испытывал какие-либо симптомы астмы в дневное время?

- 5 Ни разу 4 1-3 дня 3 4-10 дней 2 11-18 дней 1 19-24 дня 0 Каждый день

6. Как часто за последние 4 недели у вашего ребенка было свистящее дыхание из-за астмы в дневное время?

- 5 Ни разу 4 1-3 дня 3 4-10 дней 2 11-18 дней 1 19-24 дня 0 Каждый день

7. Как часто за последние 4 недели ваш ребенок просыпался по ночам из-за астмы?

- 5 Ни разу 4 1-3 дня 3 4-10 дней 2 11-18 дней 1 19-24 дня 0 Каждый день

Вопросы.

1. Как часто за последние 4 недели астма мешала Вам выполнять обычный объем работы в учебном заведении, на работе или дома?

все время — 1; очень часто — 2; иногда — 3; редко — 4; никогда — 5

2. Как часто за последние 4 недели Вы отмечали у себя затрудненное дыхание?

чаще, чем раз в день — 1; раз в день — 2; 3–6 раз в неделю — 3; 1–2 раза в неделю — 4; ни разу — 5

3. Как часто за последние 4 недели Вы просыпались ночью или раньше, чем обычно, из-за симптомов астмы (свистящего дыхания, кашля, затрудненного дыхания, чувства стеснения или боли в груди)?

4 ночи в неделю или чаще — 1; 2–3 ночи в неделю — 2; раз в неделю — 3; 1–2 раза — 4; ни разу — 5

4. Как часто за последние 4 недели Вы использовали быстродействующий ингалятор (например, вентолин, беротек, беродуал, атровент, сальбутамол, саламол, салбен, астмопент)?

3 раза в день или чаще — 1; 1–2 раза в день — 2; 2–3 раза в неделю — 3; раз в неделю или реже — 4; ни разу — 5

5. Как бы Вы оценили, насколько Вам удавалось контролировать астму за последние 4 недели?

совсем не удавалось — 1; плохо удавалось — 2; в некоторой степени удавалось — 3; хорошо удавалось — 4; полностью удавалось — 5

Результаты. Сложите баллы и запишите полученный результат.

Результат 25 баллов — поздравляем! Вы полностью контролировали астму за последние 4 недели. У Вас не было симптомов астмы и связанных с ней ограничений. Проконсультируйтесь с врачом, если ситуация изменится.

Результат 20–24 балла — Вы у цели! За последние 4 недели Вы хорошо контролировали астму, но не полностью. Ваш врач может помочь Вам добиться полного контроля.

Результат менее 20 баллов — мимо цели. За последние 4 недели Вам не удавалось контролировать астму. Ваш врач может посоветовать Вам, какие меры нужно

принять, чтобы добиться улучшения контроля над Вашим заболеванием.

Тест по контролю над астмой у детей (АСТ-2) (см. бланк сверху страницы)

Инструкция. Попросите своего ребенка ответить на первые 4 вопроса. Если ребенку трудно самостоятельно прочитать или понять вопрос, Вы можете ему помочь, но ответ ребенок должен выбрать сам. На оставшиеся 3 вопроса (с 5-го по 7-й) ответьте самостоятельно; при этом ответы ребенка не должны влиять на Ваши ответы. Помните, что в этом тесте нет «правильных» или «неправильных» ответов.

Впишите номер каждого ответа в квадратик «баллы», суммируйте полученные ответы.

Результаты.

19 баллов или меньше — это может означать, что астма контролируется недостаточно эффективно. Обсудите результаты теста с лечащим врачом Вашего ребенка. Спросите, не стоит ли внести изменения в план лечения астмы у ребенка. Спросите у лечащего врача Вашего ребенка о препаратах для ежедневного применения, рассчитанных на длительный курс лечения, которые позволяют контролировать воспаление и сужение дыхательных путей — две главные причины появления симптомов астмы. Многим детям необходимо ежедневно принимать лекарства от воспаления и сужения дыхательных путей для наиболее эффективного контроля над астмой.

20 баллов или больше — возможно, астму удастся эффективно контролировать. Однако при оценке лечащий врач Вашего ребенка может принимать во внимание и другие факторы. Поэтому следует поговорить с врачом о том, как чувствует себя Ваш ребенок в связи с астмой. Астма непредсказуема. Может казаться, что симптомы астмы у ребенка легкие, или что их совсем нет; однако они могут ярко проявиться в любой момент. Регулярно проходите с ребенком этот тест вне зависимости от того, как он себя чувствует. Продолжайте регулярно водить ребенка к врачу, чтобы быть уверенным в том, что астма лечится максимально эффективно.

Применение лечебно-диагностических алгоритмов EP³OS 2007 при остром бактериальном риносинусите в российской амбулаторной практике

Губарева Г. А., МЛПУЗ «ГП №9»; Лобзина Е. В., ДКБ на ст. «Ростов-Главный» СКЖД поликлиника №3; Филоненко Н. А., ГУЗ «ОКДЦ»; Юрьева С. И., КБ 1 ФГУ «ЮМЦ ФМБА России»; Каждан А. А., ГУЗ «ЦВМ-Р 1 РО»; Помухин Д. В., к.м.н., ДКБ на ст. «Ростов-Главный» СКЖД; г. Ростов-на-Дону

В 2007 году Европейской академией аллергологии и клинической иммунологии (EAACI) и Европейским ринологическим обществом (ERS) принят позиционный документ, определяющий стандарты лечения риносинуситов и носовых полипов — EP³OS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyposis).

Данный документ вызвал неоднозначную реакцию российских оториноларингологов и много вопросов. Станным, на первый взгляд, могло показаться отсутствие в стандартах обязательности рентгенологической диагностики, необходимости взятия мазков, перемещений по Проецу и пункций верхнечелюстной пазухи.

Очень спорными выглядят такие рекомендации EP³OS, как постановка диагноза «острый риносинусит» методом опроса пациента по телефону или утверждение, что при остром синусите нет необходимости в осмотре лор-специалистом.

В Западной Европе лечение острых риносинуситов в основном — удел семейных врачей. В России ситуация обратная: этих пациентов лечат главным образом лор-врачи, что и объясняет разницу во взглядах на проблему.

Проведение исследования

В исследовании включены результаты анкетирования 36 оториноларингологов, применяющих в своей амбулаторной практике алгоритмы диагностики и лечения острых бактериальных риносинуситов (ОБРС) согласно рекомендациям EP³OS 2007 [1].

Период набора данных: октябрь-ноябрь 2009 года.

Критерии включения пациентов: возраст от 18 лет и наличие не менее двух клинических симптомов ОБРС.

Критерии исключения пациентов:

- хронический риносинусит / назальный полипоз (длительность заболевания более 12 недель);
- температура более 38°C;
- периорбитальный отек;
- смещение глазного яблока;
- диплопия;
- офтальмоплегия;
- снижение остроты зрения;
- сильная боль в лобной области;
- отек области лба;
- признаки менингита или очаговой неврологической симптоматики;
- одонтогенные синуситы;
- тяжелые формы риносинусита (VAS 7–10).

Число пациентов с диагнозом «острый бактериальный риносинусит» за период набора данных составило 450 человек.

Проведен первичный скрининг: установка клинического диагноза, оценка тяжести по визуально-аналоговой шкале (VAS), назначение лечения (визит 1).

Через 3–10 дней на повторном визите оценивалась динамика клинических симптомов с учетом данных опроса, оценки VAS и осмотра (визит 2).

Диагноз «острый бактериальный риносинусит» на амбулаторном приеме лор-врачами устанавливался клинически согласно критериям EP³OS, а именно — по наличию двух и более симптомов, один из которых блокада носа/обструкция/заложенность или выделения из носа (передние/в носоглотку), плюс боль в области лица/чувство давления, плюс уменьшение/потеря обоняния, при длительности заболевания от 5 дней до 12 недель.

После постановки клинического диагноза назначалось лечение.

Согласно рекомендациям EP³OS 2007, его основу составила комбинация антибиотика и топического глюкокортикостероида (ТГКС). Больным интраназально назначался «Назонекс» в дозировке по 100 мг в каждую ноздрю 2 раза в день.

Выбор «Назонекса» в качестве ТГКС обусловлен тем, что это единственный интраназальный кортикостероид, официально зарегистрированный для комплексной терапии острого риносинусита.

В период набора данных с ОБРС обратилось 450 человек, что составляет 18,20% от общего числа пациентов, обратившихся за медицинской помощью к лор-специалистам.

При назначении комбинации антибиотика и «Назонекса» улучшение клинической картины заболевания по данным осмотра и опроса с применением визуально-аналоговой шкалы (VAS) было отмечено:

- на 4-й день — у 44,56% больных;
- на 5-й день — у 35,40% больных;
- на 6-й день — у 15,04% больных.

Обсуждение результатов

По данным анкетирования, наиболее часто назначаемыми антибиотиками для амбулаторного лечения оказались: амоксициллин/клавуланат, респираторные фторхинолоны, макролиды, оральные цефалоспорины.

Анализ использования антибиотиков не проводился, так как, согласно данным EP³OS 2007 [1], статистически значимых различий между группами антибиотиков при ОБРС не обнаружено, успех проводимой антибиотикотерапии острого риносинусита независимо от выбранной группы примерно одинаков и составляет 84%.

Ключевым звеном в патогенезе острых синуситов является блокада соустьев околоносовых пазух вследствие отека слизистой оболочки. Одним из основных направлений терапии острых синуситов является восстановление проходимости этих соустьев. Средствами, позволяющими резко уменьшить отек слизистой оболочки, являются

ТГКС. Единственным на сегодняшний день топическим кортикостероидом, имеющим в качестве официально зарегистрированного показания ОБРС, является «Назонекс» [4].

Полученные нами данные подтверждают клиническую эффективность «Назонекса» в сочетании с антибиотикотерапией на 4–5 день от начала применения у 79,59% больных с ОБРС в амбулаторных условиях.

При анкетировании специалистов в качестве самых частых опасений в связи с использованием ГКС были названы «кортикостероидофобия» и «развитие суперинфекции». В этой связи хотелось бы еще раз процитировать мнение Cochrane Database: «Нет доказательств, что применение интраназальных ГКС в терапевтических дозах в качестве монотерапии или адъювантной терапии могло бы принести вред» [5].

Кроме того, ТГКС не только не вызывают развития суперинфекций, но и способствуют уменьшению бактериальной колонизации у больных, перенесших хирургические вмешательства на околоносовых пазухах [2].

Помимо антибиотиков и ТГКС, существует множество медицинских препаратов других групп. В этой связи необходимо привести еще одну выдержку из текста EP³OS 2007 о том, что на сегодняшний день нет исследований и доказательств в пользу эффективности других схем терапии с применением пероральных антибиотиков менее 2 недель, местной антибиотикотерапии, системных стероидов, деконгестантов, бактериальных лизатов, муколитиков, системных противогрибковых средств, фитотерапии, ингибиторов протонной помпы, иммуномодуляторов, антигистаминных средств [3].

Выводы

Острый бактериальный риносинусит — распространенное заболевание: по нашим данным, каждый пятый пациент на амбулаторном приеме обращается к отоларингологу по поводу ОБРС.

Комбинация антибиотика с топическим кортикостероидом «Назонекс» уже к 4–5 дню позволяет добиться значительного клинического улучшения у 79,59% больных.

Данная схема терапии оказывает выраженный эффект на симптомы воспаления, облегчает отток экссудата из пораженных пазух, позволяет лечить ОБРС амбулаторно, не прибегая к многократным пункциям и необоснованной госпитализации больных. Назначение «Назонекса» в раннюю фазу воспаления — рациональный и патогенетический подход к лечению ОБРС.

Современные ТГКС на сегодняшний день являются основным средством терапии при целом ряде заболеваний носа и околоносовых пазух, а риск развития побочных эффектов — минимален.

Литература

1. EP³OS 2007 — European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. Rhinology. — 2007.
2. Desrosiers et al. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007. — 136:605.
3. Fokkens W., Lund V., Mullol J. et al. Rhinology 2007. — (Suppl 20): 1–136.
4. Grigoreas et al. Allergy Asthma Proc. — 2002. — 23:169. — Par Stjarne.
5. Zalmanovici and Yaphe. Cochrane Database Syst Rev. 2007. — Apr 18; (2): CD005149.

КОМПЬЮТЕРНЫЙ КОМПЛЕКС

для функциональной диагностики

Валента®
Универсальный регистратор Валента®
38 000 р

Дополнительно Вам могут понадобиться
Компьютер
Монитор
Принтер
Велоэргометр

Уточните стоимость при заказе

Производитель
Торговый отдел
E-mail
Web

ООО «Компания Неов», Санкт-Петербург
(812) 335-4407, 335-4408
info@valenta.spb.ru
www.valenta.spb.ru

Гарантия 2 года
Обучение врача работе на оборудовании —
бесплатно в методическом центре
производителя в Санкт-Петербурге

Еще один бренд фармацевтической фирмы «ПОЛИСАН» удостоен премии Правительства РФ

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН», г. Санкт-Петербург

В Санкт-Петербурге состоялась пресс-конференция по поводу присуждения творческому коллективу российских ученых-медиков и сотрудников ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» премии Правительства РФ в области науки и техники 2009 года за разработку, организацию промышленного производства и внедрение в практику здравоохранения РФ, государств — участников СНГ и государств Юго-Восточной Азии оригинального препарата «Цитофлавин»

Важность такой награды для практикующих врачей и их пациентов отметили на пресс-конференции представители администрации и комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, а также ведущие клиницисты России.

Генеральный директор НТФФ «ПОЛИСАН» А. Борисов рассказал, что фирма выпускает только оригинальные препараты («Циклоферон», «Цитофлавин», «Реамберин») в двенадцати лекарственных формах, готовит и выводит на рынок еще восемь. Профессор РГМУ С. Румянцева отметила, что сосудистые заболевания мозга — распространенная проблема в России и в мире. «Цитофлавин» показал свою эффективность в борьбе с нарушениями мозгового кровообращения, в восстановлении функций мозга.

Место НТФФ «ПОЛИСАН» в когорте лидеров отечественной фармацевтической промышленности и позиция в тройке ведущих экспортеров ГЛС — вот тот критерий, та оценка, которую выставляет нам фармацевтический рынок. Фирма продолжает вести разработку только оригинальных, только инновационных высокоэффективных препаратов, не уступающих зарубежным аналогам. Наши лекарственные средства востребованы не только на российском, но и на внешних рынках, в том числе в странах СНГ и дальнего зарубежья — государствах Юго-Восточной Азии.

В 2009 году зарегистрирован препарат «Ремаксол», сбалансированный инфузионный раствор, обладающий гепатопротекторным действием и применяемый в комплексном лечении заболеваний печени, в гастроэнтерологии и других областях медицины. Работа над ним велась в течение девяти лет в тесном взаимодействии с ведущими научно-исследовательскими учреждениями и клиниками России.

Правильность избранного пути подтверждается конкурентоспособностью препаратов НТФФ «ПОЛИСАН» и плодотворным многолетним сотрудничеством с крупнейшими дистрибьюторами, научно-исследовательскими учреждениями и клиниками в России и за рубежом.

«ПОЛИСАН» регулярно принимает участие в крупных специализированных научных форумах; о всесторонней деятельности фирмы рассказывают десятки публикаций в средствах массовой информации и специализированных изданиях. «ПОЛИСАН» оказывает спонсорскую поддержку высшим фармацевтическим и медицинским вузам в России.

Наши медицинские представители работают в 50 крупных городах России и доносят до врачей самую актуальную информацию о наших препаратах, так необходимую для клинической практики. Наградой за эту работу служат для нас слова благодарности от врачей в адрес фирмы «ПОЛИСАН» за уникальные эффективные и безопасные лекарства.

Успешно действуют представительства в Беларуси и в Узбекистане, проводится активная работа в Украине. На территории этих государств проводятся клинические исследования. Представители НТФФ «ПОЛИСАН» активно участвуют в региональных научно-практических мероприятиях, выставках и конференциях.

Опыт применения препарата «Энтеродез®» в терапии алкогольного абстинентного синдрома

Максвитис Р. Й., Авдошенкова О. Г., Иванов Р. В., ООО «ЭР ЭН ДИ ФАРМА», г. Москва

Алкоголизм — хроническое прогрессирующее заболевание, разрушающее тело, психику и социальную жизнь человека. Медицинская статистика не отражает объективной картины распространенности алкоголизации среди населения. По оценкам ряда исследователей, число больных алкоголизмом значительно превышает число тех, кто состоит на учете в наркологических диспансерах. Вместе с тем, большая частота алкогольных психозов является достоверным показателем остроты эпидемиологической ситуации в отношении алкоголизма.

Потребление спиртного может привести к зависимости или возникновению так называемых следственных заболеваний. По оценке ВОЗ, болезни, возникающие вследствие злоупотребления алкоголем, занимают третье место в мире.

Большинство исследователей, изучающих проблему хронического алкоголизма (ХА), выделяют 3 причины этой патологии.

- Биологическая, определяемая как наследственная, генетическая, обменная, биохимическая, конституциональная.
- Личностная (особенности развития личности, врожденные и приобретенные свойства, психопатия, акцентуация характера у психически здорового человека, невроз, психические заболевания).
- Влияние социальной (семья, работа, быт) и окружающей (поступление ксенобиотиков, воздействие физических полей, постоянное нахождение на загрязненной территории) среды обитания.

Как правило, алкоголизм развивается вследствие нескольких взаимосвязанных причин. При этом возможно множество комбинаций, которые в каждом конкретном случае строго индивидуальны, что и определяет особенности течения этого заболевания (Крылов Е. Н., 1994).

Патогенез ХА и абстинентного алкогольного синдрома (ААС)

В патогенезе формирования алкогольной зависимости основная роль отведена уксусному альдегиду. Рядом исследователей доказано его патогенетическое значение в механизмах действия этанола на организм человека и животных (Волошин П. В., 1991). Алкогольный уксусный альдегид вступает в ЦНС в реакцию с биогенными аминами (дофамином, серотонином) или их метаболитами. Образуются сальсолинол, тетрагидропапаверолин, b-карболины и другие морфиноподобные вещества, которые вступают в реакцию с опиатными рецепторами, являясь дополнительным фактором формирования зависимости.

Постепенно «алкогольные» опиоиды, конкурируя с эндогенными опиоидными нейропептидами, подменяют их, что приводит к снижению концентрации метэнкефалина и b-эндорфина вследствие угнетения этанолом их биосинтеза и активации ферментативной деградации. Имеются также данные о прямом влиянии этанола на опиатные рецепторы, что проявляется снижением их сродства к опиоидным пептидам. Указанные обстоятельства способствуют развитию алкогольной зависимости и синдрома отмены (Киятин Е. А., 1990; Анохина И. П. и соавт., 1998; Зазеров Е. Г., 1998).

Регулярное поступление значительных доз этанола в организм сопровождается выбросом норадреналина в синаптическую щель адренергического синапса и способствует активации систем обратного захвата и деградации катехоламинов на фоне торможения активности дофамин-b-гидроксилазы, опосредующей реакцию дофамина и норадреналина. Происходит снижение концентрации норадреналина в промежутках между приемами этанола, что является одним из основных биохимических механизмов развития алкогольной депрессии.

При прекращении приема этанола (через 12–96 часов после последнего приема) или снижении его дозы у больного с ХА развивается синдром отмены, или абстиненции (возбуждение, психоз, бред), — наиболее тяжелое проявление алкогольной зависимости, являющийся одним из ключевых симптомов алкоголизма. Длительность проявлений ААС составляет вначале 1–2 суток, в дальнейшем увеличивается до 3–4, при прогрессировании алкоголизма достигает максимума 6–10 дней.

Структура ААС

Многие нарушения, свойственные ААС (головная боль, головокружение, астения, чувство разбитости, жажда, обложенность языка, тошнота, вздутие живота, жидкий стул, повышение АД, неприятные ощущения или боли в области сердца, плохое настроение и др.), встречаются не только у больных алкоголизмом, но и у прочих лиц, находящихся в похмельном состоянии, то есть в периоде после злоупотребления алкоголем. Как в рамках простого похмельного (постинтоксикационного) состояния, так и у больных алкоголизмом, то есть в структуре ААС, перечисленные симптомы тем тяжелее, разнообразнее и чаще, чем старше человек и чем хуже его исходное соматоневрологическое состояние (у больных алкоголизмом оно является также следствием тяжести и давности основного заболевания). Они нозологически неспецифичны, хотя и составляют значительную часть симптоматики ААС.

На другом полюсе клинической картины ААС находятся нарушения, составляющие коренное отличие ААС от постинтоксикационного состояния. Это признаки вторичного патологического влечения к алкоголю, которое бывает только у больных алкоголизмом. К ним относятся: сильное желание выпить спиртное (опохмелиться), внутренняя напряженность, раздражительность, дисфория, подавленность, двигательное беспокойство.

Терапия ХА и ААС

Профилактические и лечебные мероприятия, направленные на снижение алкогольной зависимости, предусматривают проведение курсов стационарного и амбулаторного лечения, что представляет взаимосогласованную комплексную индивидуализированную программу психологической, социальной и медико-биологической реабилитации.

К сожалению, антиалкогольная терапия, применяемая ранее, оказалась неэффективной и неспособной решить проблему и устранить основные проявления алкоголизма. Существующие методы терапии направлены либо на купирование явлений абстиненции, либо на выработку негативной условно-рефлекторной реакции на алкоголь.

Купирование и облегчение явлений абстиненции достигается путем использования транквилизаторов, седативных средств, нейролептиков, антидепрессантов, высоких доз витаминов и других лекарственных средств, улучшающих метаболические процессы в организме.

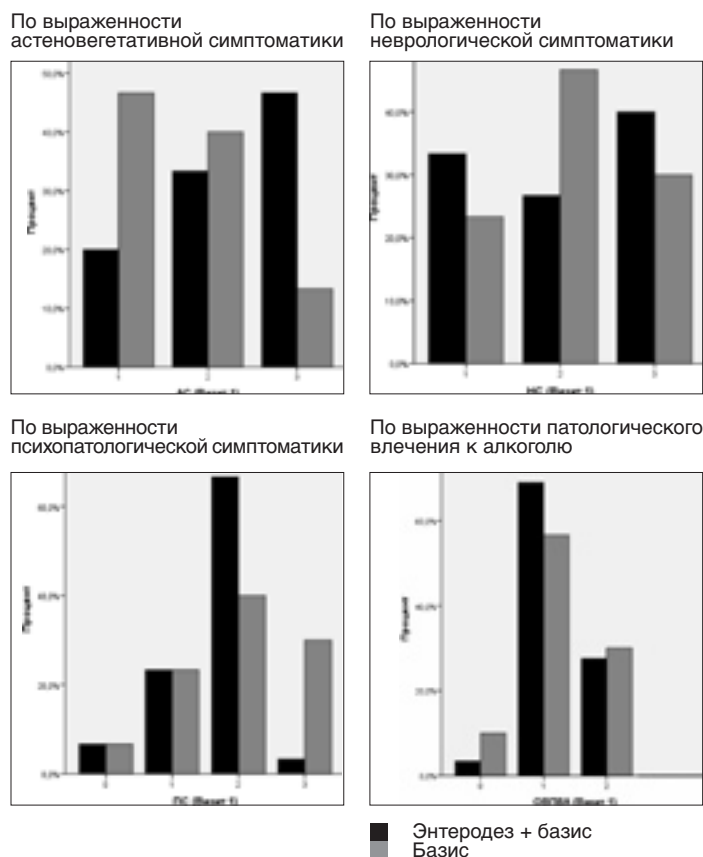
Согласно Приказу МЗ РФ от 28.04.1998 №140 «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных», для лечения ААС легкой и средней степени тяжести в РФ могут использоваться:

- детоксикация в течение первых 1–3 дней подряд: декстран 40, декстран 70, поливидон, трисоль, хлосоль, физиологический раствор, 5% раствор глюкозы в/в капельно, тиосульфат натрия, унитиол;
- витамины: тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, аскорбиновая кислота, никотиновая кислота, тиоктовая кислота, фолиевая кислота;
- транквилизаторы и снотворные: хлордиазепоксид, оксазепам, нитразепам, медазепам, феназепам, реладорм, фенобарбитал;
- антиконвульсанты: карбамазепин, вальпроевая кислота;
- дегидратирующие: фуросемид, триампур;
- нейролептики: тиоридазин, перициазин;
- физиотерапия: электротранквилизация (ЛЭНАР), ИРТ;
- психотерапия: рациональная; суггестия на фоне электротранквилизации;
- при ААС средней степени тяжести также используется коррекция водно-электролитных расстройств и нарушений кислотно-основного состояния — магния сульфат 25% 5–10 мл в/в с глюкозой, калия, магния аспарагинат.

Поскольку существующая до сих пор антиалкогольная терапия не предусматривала патогенетически оправданного воздействия на организм, весьма актуальным является вопрос о внедрении препарата «Энтеродез[®]», производимого компанией «Мосхимфармпрепараты» им. Н. А. Семашко», обладающего дезинтоксикационными свойствами, способствующего выведению уксусного альдегида и тем самым препятствующего реализации широкого спектра патологических эффектов, связанных с его метаболизмом в организме больных с ХА и ААС.

Рис. 1
Визит 1 (исходные характеристики).

Распределение пациентов обеих групп



Результаты исследования

Сравнительное изучение эффективности и безопасности применения препарата «Энтеродез[®]» (порошок для приготовления раствора для приема внутрь 5 г) в составе комплексной терапии ААС проводилось на базе Городского наркологического диспансера №14 (г. Москва) и клиники «Ваш доктор» (г. Кемерово). В исследование было включено 60 пациентов, находящихся на стационарном лечении с диагностированной II стадией алкогольной зависимости со сформированным ААС средней степени тяжести (МКБ-10) и поступивших в первые 24 часа от начала ААС.

Задачами исследования являлось определение дезинтоксикационного действия препарата «Энтеродез[®]», изучение его влияния на соматовегетативную, психопатологическую и общую неврологическую симптоматику в структуре ААС, оценка безопасности применения и переносимости в течение 7-суточной терапии.

Все пациенты методом рандомизации были распределены на две группы по 30 человек в каждой. Основная группа получала базисные средства терапии ААС и препарат «Энтеродез[®]», контрольная группа — базисные средства терапии ААС.

Пациентам основной и контрольной групп в ходе исследования была проведена оценка выраженности патологического влечения к алкоголю, а также оценка динамики симптомов ААС: астеновегетативных, соматических, неврологических, психопатологических расстройств. Степень выраженности каждого симптома оценивалась в баллах от 0 до 3: 0 — отсутствие признака, 1 — слабая степень выраженности, 2 — умеренная степень

Рис. 2
Визит 2. Третий день исследования.

Распределение пациентов обеих групп

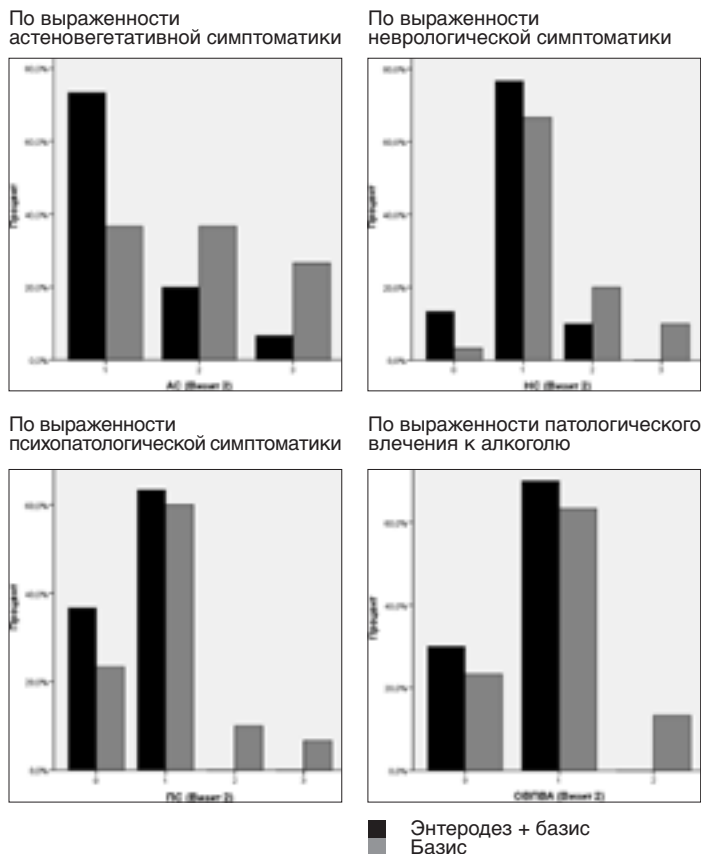
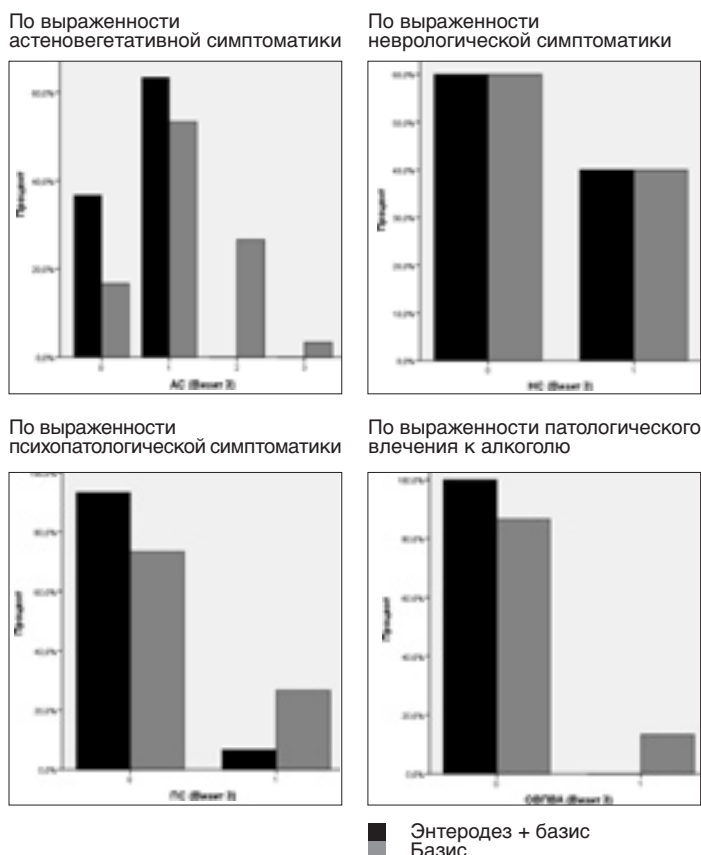


Рис. 3
Визит 3. Пятый день исследования.

Распределение пациентов обеих групп



выраженности, 3 — значительная степень выраженности. Выраженность патологического влечения к алкоголю оценивалась по трехбалльной шкале: 0 — влечение отсутствует, 1 — умеренное влечение к алкоголю, 2 — выраженное влечение к алкоголю.

Также пациентам обеих групп проводились клинические объективные и лабораторно-инструментальные обследования для оценки выраженности ААС, оценки состояния функции печени.

Оценка показателей астеновегетативных, соматических, неврологических и психопатологических проявлений ААС, а также патологического влечения к алкоголю, проведенная в динамике, позволяет сделать следующие выводы.

По исходному состоянию обе группы были сопоставимы, статистически достоверной разницы между ними не обнаружено, за исключением шкалы астеновегетативной симптоматики: в основной группе (энтеродез+базис) она была более выражена (отличия статистически достоверны при $p=0,004$).

В обеих группах на фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика состояния пациентов, выраженная с помощью клинических шкал оценки астеновегетативной, неврологической, психопатологической симптоматики и шкалы оценки патологического влечения к алкоголю (рис. 1).

На втором визите (3-й день лечения) отмечалась более выраженная динамика снижения баллов по шкалам АС и НС в основной группе (энтеродез+базис), отличия статистически достоверны при $p=0,022$. При оценке по шкалам ПС и ОВПВА также имелась более выраженная динамика снижения балльных оценок в этой группе, хотя данные различия были статистически недостоверны (рис. 2).

На третьем визите (5-й день лечения) также было выявлено дальнейшее снижение балльных оценок по клиническим шкалам, более выраженное в группе энтеродез+базис: по шкалам АС, ПС и ОВПВА отличия были статистически достоверны ($p=0,003$; $0,039$; $0,04$ соответственно). По шкале НС отличий в балльной оценке не было, группы были равны между собой (рис. 3).

Анализ данных клинических шкал АС, НС, ПС, ОВПВА, полученных **на четвертом визите**, показал, что только на 7-й день лечения показатели шкал в обеих группах сравнялись. Отличий между группами на этом визите нет.

В течение исследования ни у одного пациента не было зарегистрировано нежелательных явлений. На протяжении всего исследования клинически значимых отклонений от нормы зарегистрировано не было. Количество клинически незначимых отклонений от нормы по сравнению с исходным визитом по всем показателям практически не увеличивалось, что позволяет говорить об отсутствии неблагоприятного влияния «Энтеродеза®» на лабораторные показатели крови и мочи.

Таким образом, прием «Энтеродеза®» на фоне стандартной схемы лечения алкогольного абстинентного синдрома позволяет в более ранние сроки снизить выраженность астеновегетативной, неврологической, психопатологической симптоматики и добиться редукции патологической тяги к алкоголю у большего числа пациентов.

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

Энтеросорбирующее средство



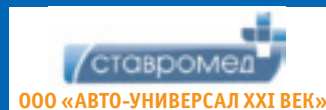
Применяется у взрослых и у детей от 1 года при токсических формах острых инфекционных желудочно-кишечных заболеваний, печеночной и почечной недостаточности. Лечебный эффект наступает через 15–30 минут. Отпускается без рецепта.



МОСХИМФАРМПРЕПАРАТЫ
им. Н.А. Семашко

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

«СТАВРОМЕД» – новая марка медицинской техники



История производства медицинских кроватей и средств реабилитации в г. Ставрово Владимирской области началась в 1984 году с покупки немецких лицензий и технологических производственных линий. С тех пор многое изменилось и в технологиях, и в потребностях медицинских учреждений, и в системе заказа, но одно можно сказать с уверенностью: в Ставрово знают, как делать медицинскую технику, не уступающую по надежности и функциональности лучшим зарубежным образцам, но гораздо более привлекательную по цене.

За последний год мы существенно изменили и расширили технические возможности наших функциональных медицинских кроватей, обогатили гамму дополнительного оборудования, и получили на выходе каче-

ственно новые изделия, так что и имя им потребовалось новое. И только отдавая дань традиции в обозначениях сохранилось известное «КФ» – кровать функциональная.

Изменился и наш подход к потребностям Заказчика, гибкий производственный процесс позволяет нам выпускать изделия по конкретному техническому заданию. Мы оказываем помощь при составлении технического задания на выпускаемую нами продукцию для конкурсов, аукционов и т. д.

На нашем сайте в разделе «Продукция» вы найдете общую информацию по базовым моделям и их комплектации. Нами установлены бонусы для организаций и частных лиц, участвующих в продвижении нашей продукции.

Система управления качеством предприятия



сертифицирована на соответствие ГОСТ Р ИСО 9001–2001, производство лицензировано, вся продукция имеет сертификаты соответствия, регистрационные удостоверения, санитарно-эпидемиологические заключения, подтвержденные независимой экспертизой.

Более детальную информацию можно получить по телефонам:
(49242) 5-24-04, 5-16-70
или на нашем сайте www.stavromed.ru

**125212, г. Москва,
Ленинградское шоссе, 46**

**601220, г. Ставрово,
Владимирская обл., ул. Октябрьская, 118**

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



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



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

Медицинская мебель Российских производителей

ТОРГОВЫЙ ДОМ «АВК»

- Шкафы металлические
- Шкафы из ЛДСП
- Штативы
- Шкафы вытяжные
- Шкафы лабораторные
- Столы-мойки
- Матрацы
- Медицинское оборудование



- Банкетки
- Кушетки
- Кровати общебольничные
- Кровати функциональные
- Кресла донорские
- Кресла гинекологические
- Кресла для инвалидов
- Ростометры



- Столы пеленальные
- Столы палатные
- Столы лабораторные
- Столики инструментальные
- Стеллажи
- Стулья, табуреты, кресла
- Тележки
- Тумбы
- Ширмы медицинские

127282, г. Москва, а/я 103
тел: (495) 777-19-66, 661-36-87



www.mebelmed.ru
e-mail: mlm@mebelmed.ru

Достижения и проблемы комплексной терапии шизофрении на современном этапе

Дмитриев М. Н., к.м.н.; Локосов А. В.; г. Ростов-на-Дону

Из всех изученных на сегодняшний день так называемых нелетальных нозологических единиц не существует более трагического и экономически затратного заболевания, чем шизофрения. Поиску механизмов возникновения, изучению патогенеза, осмыслению составных категорий и разработке методов терапии этой болезни посвящены за последнее время тысячи статей и монографий во всем мире. Несмотря на значительные достижения, связанные с развитием психофармакотерапии и появлением препаратов с заранее заданными механизмами действия на рецепторы синапса нейронов, остаются нерешенными многие вопросы. И эти вопросы скорее не биохимического, а ментально-методологического характера.

Настоящая работа является продолжением серии статей, посвященных наиболее современным и передовым медико-психологическим технологиям в психиатрии, позволяющим значительно повысить эффективность терапии шизофрении и минимизировать ее социально-экономические последствия.

Как известно, в последние два десятилетия приоритет в разработках и внедрении из всех методов лечения отдается нейролептикам второго поколения — так называемым атипичным антипсихотикам. Постепенно они вытесняют традиционные нейролептики как в условиях стационара (обрывающая терапия), так и в амбулаторной практике (поддерживающая терапия). Многие из них действуют не только на дофаминовые, но и на серотониновые рецепторы синапса, тем самым потенциально влияя на эмоциональное состояние и негативную шизофреническую симптоматику. Во многих западных школах считается оптимальным ведение пациентов на такой монотерапии. При этом возник интересный клинический феномен — сохранение у пациентов «остаточной» субпсихотической симптоматики при наличии достаточно быстро формирующейся критичности и низкого уровня побочных, прежде всего, экстрапирамидных эффектов в первые месяцы лечения.

Вышеизложенное привело к изменению стратегии поддерживающей терапии: после выписки из стационара пациенту рекомендуется не менять дозу и принимать подобранный препарат от одного до нескольких лет. При этом борьба с остаточными явлениями и нарастанием дефекта возложена на психологов, социальных работников, то есть произошел перенос акцентов на психосоциальный вектор медицинской помощи. С учетом развития гуманистических тенденций во всей западной ментальности, такой подход имеет свои очевидные плюсы.

В условиях неразвитости в России социально-психологической и психотерапевтической службы, в условиях отсутствия равного доступа как врачей, так и пациентов ко всей линейке современных препаратов такая смена парадигмы терапии шизофрении привела просто к постепенному расширению медикаментозного ассортимента. Но даже эта малость позволила вывести некоторые закономерности, возникшие при широком использовании атипичных нейролептиков.

Касаясь особенностей протекания шизофренического процесса, можно отметить своеобразный патоморфоз, который заключается в снижении частоты встречаемости и глубины проявления таких классических форм как

собственно параноидная, простая и циркулярная шизофрения. Вместе с тем мы видим за последнее десятилетие нарастание вариантов течения, при которых на первый план в психическом статусе при последующих приступах или обострениях выходят атипичные по структуре синдромов аффективные расстройства. При этом они часто сопряжены с неразвернутыми, синдромально незавершенными бредовыми расстройствами. Это создает возможность западной школе относить их к формально аффективной патологии — расстройствам настроения (рубрика F3). Такая «рокировка» в значительной степени меняет не только статистическую отчетность в пользу расширенного толкования биполярного аффективного расстройства как модели аффективной патологии, но и меняет концепции мышления врача, стратегию выбора основного препарата и прогнозирование исхода болезни. С другой стороны происходит «усреднение» течения болезни — реже встречается прогрессирующее нарастание кататоно-параноидной и парафренической симптоматики, что, безусловно, является достижением. Однако после отказа от приоритета биологических методов терапии первого психического эпизода меньше стало случаев с длительными доброкачественными ремиссиями при изначально рекуррентном типе течения шизофрении. Здесь также имеется дрейф в сторону длительного сохранения атипичной аффективной (прежде всего депрессивной) симптоматики. Формально такое расстройство типифицируется как постшизофреническая депрессия (F 20.4). При этом этап даже сформированной ремиссии редко длится более года без коротких аффективных колебаний, как правило, субпсихотического уровня.

Суммируя вышеизложенное, можно сделать промежуточный вывод, что на современном этапе внедрения западных терапевтических алгоритмов происходит патоморфоз непрерывного и рекуррентного типов течения в приступообразно-прогредиентный.

Эта проблема представляет не только академический интерес. При изучении и апробации различных подходов именно в случаях наиболее часто встречающихся вариантов течения шизофрении лучше всего зарекомендовала себя схема терапии, состоящая из двух главных принципов: психофармакотерапии и психореабилитации.

Ведущим компонентом психофармакотерапии являются как раз атипичные нейролептики. Существует острая потребность в понимании того, какие современные атипичные антипсихотики нужны на сегодняшний день. При одинаковых зарегистрированных показаниях и противопоказаниях практически ко всем указанным препаратам нам представляется целесообразным разделять их применение на этапе купирующей и поддерживающей терапии. Одним из главных критериев выбора здесь должна служить не столько сила инцизивного действия, сколько потенцирование ими нежелательных явлений. К ним относят два главных синдрома: метаболический и гиперпролактинемия. Анализ современной литературы (Stanniland C., 2000; Canuso C.M., 2002; Bobes J., 2003; Fric M., 2003; Tandon R., 2003; Мосолов С. Н., 2003; Горобец Л. Н., 2004; Крылов В. И., 2004; Newcomes J.W., 2006; Попов М. Ю., 2006; Горобец Л. Н., 2007; Чомский А. Н., 2008) и собственные исследования (Дмитриев М. Н., 2005, 2006, 2008, 2009, 2010; Дмитриев М. Н. и соавт., 2008; Дмитриев М. Н., Работта Т. Н., 2010) позволили выделить три группы атипичных

нейролептиков по риску развития этих нежелательных явлений в стандартных терапевтических дозах:

- 1) с высоким риском возникновения — амисульприд, оланзапин, рисперидон, палиперидон;
- 2) с умеренным — сертиндол, кветиапин;
- 3) с низким — арипипразол, зипрасидон.

С этой точки зрения мы предлагаем при обострениях или эксацербациях шизофренического процесса назначать препараты первой группы, поскольку в сопоставимых по аминазиновому эквиваленту дозах они являются достаточно мощными и сравнимыми по инцизивному антипсихотическому эффекту с лучшими традиционными нейролептиками. При использовании препаратов второй группы для этих целей необходим только индивидуальный подход, поскольку в случае неэффективности в средних дозах наращивание их до высших терапевтических или субтоксических доз (что практикуется повсеместно в психиатрических стационарах, особенно в отношении кветиапина) даст не столько антипсихотическое действие, сколько несовместимые по вредности эндокринно-обменные осложнения. В таких случаях целесообразна их замена, а в качестве препаратов второго выбора следует рассматривать атипичные антипсихотики первой группы риска или даже традиционные нейролептики.

При достижении клинической задачи предлагается постепенный перевод пациента на препараты с более низким риском специфических осложнений из третьей группы. При проведении поддерживающей многомесячной терапии следует стремиться к использованию препаратов третьей группы в средних дозах, иногда — второй группы в низких терапевтических дозах. Особенно показателен здесь положительный опыт применения арипипразола (абилифая), который способствует нормализации биохимических и клинических симптомов гиперпролактинемии уже в течение 1—2 месяцев курсовой терапии.

Ведение пациентов на препаратах первой группы в средних дозах достоверно даст значительные эндокринно-обменные осложнения, что представляет собой риск развития ятрогенных заболеваний, что в свою очередь может привести как к медицинским проблемам, так и юридическим конфликтам в условиях растущей правовой грамотности пациентов и их родственников, особенно при наличии сутяжных тенденций. А коррекция гиперпролактинемии с помощью препаратов группы бромокриптина, которую в случаях выявления проводят врачи-эндокринологи, может стимулировать появление или возврат галлюцинаторной, а иногда и галлюцинаторно-параноидной симптоматики в течение 3—4 недель. Поэтому при выборе атипичных антипсихотиков из первой и второй группы риска метаболических осложнений необходима коррекция дозы в сторону минимально эффективной и обязательный динамический контроль показателей углеводного, липидного обмена, уровня макро- и микропролактина. Именно такая тактика может обеспечивать достаточно высокий уровень комплаенса на всем протяжении лечения шизофрении. А именно этот показатель мы считаем главным для оценки эффективности долгосрочной терапии (Дмитриев М. Н., 2008, 2009), и именно он обуславливает адекватно непрерывный курс антипсихотического лечения и является главным фактором стабильной ремиссии и снижения регоспитализаций.

Таким образом, мы предлагаем отказаться от наиболее часто используемой схемы многомесячного и многолетнего ведения пациента на том же препарате, который ему назначили в стационаре. Вместо этого представляется целесообразным динамическая смена атипич-

ных антипсихотиков на разных этапах оказания помощи в зависимости от наличия и степени выраженности гормонально-метаболических расстройств.

Вторым базовым компонентом следует признать нормотимики. На сегодняшний день они представлены пятью препаратами: соли лития (седалит), карбамазепины (тегретол, финлепсин), оксакарбазепины (трилептал), вальпроаты (депакин, вальпарин) и ламотриджина (ламиктал, ламитор). В своих терапевтических схемах мы придерживаемся современных принципов назначения нормотимиков, аналогично лечению биполярного аффективного расстройства первого и второго типов. Их выбор и алгоритм назначений подробно изучен и описан в литературе (Мосолов С. Н., 2000; Костюкова Е. Г. и соавт., 2003; Костюкова Е. Г. и соавт., 2008; Мосолов С. Н. и соавт., 2008; Angst J., 2003; Dietrich et al., 2003; Marneros, 2004).

Для коррекции депрессивной составляющей сложных синдромов в качестве третьего базового компонента обычно применяем антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Препаратами выбора предпочитаем сертралины (золофт, стимулотон, серената) и пароксетины (паксил, плазил). Особенностью их клинического действия является мягкий, но достаточный по силе тимолептический эффект даже в низких и средних терапевтических дозах. При этом они практически не приводят к усилению или обострению галлюцинаторно-параноидной симптоматики и обладают вегетостабилизирующим действием. Вышеуказанные факты выгодно отличают их от антидепрессантов иных химических классов при терапии аффективных компонентов именно при шизофренических психозах. Это важно еще и потому, что, как показали наблюдения последних лет, многие атипичные нейролептики слабо или даже негативно действуют как раз на аффективную составляющую психоза (Мосолов С. Н., 2009; Приходько П. А. и соавт., 2010), в связи с чем и возникает клиническая необходимость усиления тимолептической составляющей терапии. Сертралины и пароксетины хорошо сочетаются с атипичными нейролептиками и нормотимиками и позволяют при применении даже на этапе купирующей терапии действовать на так называемую «вторично негативную» симптоматику, что позволяет врачу использовать их не только как терапевтический, но и как дифференциально-диагностический инструмент.

Таким образом, основная фармакотерапия наиболее часто встречающихся в настоящее время аффективно-бредовых и аффективно-параноидных психозов складывается из трех слагаемых: атипичного антипсихотика, нормотимика и антидепрессанта, которые назначаются сочетано уже в первые недели терапии, что позволяет перекрыть практически весь спектр шизофренических расстройств.

Вторым главным компонентом комплексного подхода к лонгитудинальной терапии шизофрении является своевременная психокоррекция вторично невротических состояний и психореабилитация. Необходимость такой психотерапевтической помощи на стадиях формирующейся и устойчивой ремиссии очень важна. Значение внедрения психологических и социальных методов реабилитации лиц, страдающих шизофренией, и психообразовательной работы с семьями пациентов подчеркивают как зарубежные исследователи (Холмс Д., 2002; Ахота Т., Фурман Б., 2007; Falloon, 1982; Jackson et al., 1996), так и отечественные, в том числе ростовские психиатры-практики (Гурович М. О., 1974; Былим И. А. и соавт., 2000; Александрович Ю. В. и соавт., 2006; Андреев А. С., Третьяков А. В., 2006; Мадорский В. В., 2006).

В настоящее время, когда одним из основных критериев выздоровления становится качество жизни пациента, необходимость снижения деструктивных в социальном и психологическом отношении последствий болезни становится очевидна. Подобные нарушения адаптации, как правило, проявляются как результат развития негативного симптомокомплекса в рамках эндогенного заболевания, с одной стороны, и так называемой стигматизации, связанной с предвзятым отношением общества, социальными стереотипами и предрассудками к лицам, страдающим психическим заболеванием, с другой. Вследствие чего пациент, даже в случае высокой эффективности фармакологической медицинской помощи, в большинстве случаев оказывается в социальной изоляции, сталкиваясь с проблемами психологического порядка.

Происходят поливекторные расстройства: снижение качества и уровня общения; выстраивания гибкой системы межличностных отношений; нарушение профессиональной адаптации и, самое главное, изменение отношения к себе как к личности и формирование патологической реакции на заболевание. Изменение восприятия собственной личности после начала заболевания, часто связанное со значительным снижением уровня самооценки, в том числе и вследствие скрытого аффекта, а также искаженное восприятие собственного заболевания, его проявлений и возможных последствий, являются важнейшими факторами, формирующими и поддерживающими состояние социальной и психологической дезадаптации у пациентов даже в том случае, если в процессе медикаментозного лечения достигнута устойчивая ремиссия заболевания.

Исходя из этого, система психологической реабилитации шизофрении должна учитывать:

- необходимость коррекции последствий проявления негативных симптомов эндогенного заболевания, в первую очередь — нарушений эмоциональной сферы по типу эмоциональной сглаженности и изменений личности по типу аутизации;
- необходимость коррекции отношения к собственной личности, заболеванию и процессу лечения;
- необходимость восстановления навыков общения и восстановления нарушенных социальных отношений, прежде всего — внутрисемейных.

Таким образом, система комплексной психологической реабилитации включает в себя:

- методы рационального и гуманистического психологического консультирования, используемые в целях коррекции отношения пациента к собственной личности, заболеванию и процессу лечения;
- методы семейного психологического консультирования и психообразования, используемые в целях коррекции внутрисемейных межличностных отношений, а также повышения компетентности родственников больного в области знаний о заболевании и методах лечения (в обеспечении информации о болезни и методах лечения важную роль должен играть врач-психиатр);
- методы арт-терапии, направленные на коррекцию негативных нарушений аффективной сферы пациента;
- методы группового психологического консультирования (тренинги навыков общения) и поведенческого психологического консультирования, направленные как на формирование и коррекцию навыков общения и восстановления нарушенных социальных связей, так и на коррекцию нарушений эмоциональной сферы пациентов.

Дополнительным инструментом психологической реабилитации лиц, страдающих шизофренией, явилось создание

и проведение системы открытых семинаров «Школа психического здоровья». На начальных этапах своего становления в 2002 году она приближалась к норвежской модели психообразовательной семейной психотерапии Family TIPS Schools (Arntzen B. et al., 2000). Работа ШПЗ проходила в режиме круглого стола, где информационно-аналитические сообщения перемежались дискуссиями, чаепитием. Заседания проходили 1 раз в 2—3 недели. Для подготовки сообщений привлекались психиатры, психологи и волонтеры: студенты и ординаторы медицинского университета, пациенты, их родственники, а также все желающие.

Данные семинары несли образовательную функцию, повышая компетентность больных и их родственников в области знаний, связанных с психическими заболеваниями и методами их лечения, а также формировали ситуацию эмоциональной поддержки больных и их близких. На семинарах проводился разбор и обсуждение актуальных вопросов, связанных со своевременной диагностикой и правильным подходом к лечению психических заболеваний, разбиралась проблемы компетенса, юридические проблемы оказания врачебной помощи в области психиатрии, психологические проблемы, возникающие в связи с психическим заболеванием у самого пациента и его близких (Дмитриев М. Н. и соавт., 2004).

После изменения организационно-правовой формы работы нашего центра в программе психологической реабилитации с 2007 по 2010 годы принимали участие 24 больных шизофренией в стадии ремиссии, в возрасте от 18 до 36 лет, из них 15 женщин (62,5%), 9 мужчин (37,5%), и их семьи. Было отмечено повышение качества жизни и субъективной удовлетворенности жизнью у большинства пациентов, участвующих в программе. Объективными показателями, отражающими достигнутые результаты, являются:

1. создание семьи пациентами — 33,3% (8 человек);
2. сохранение семьи — 77,8% случаев от общего числа состоявших в браке на момент начала заболевания, при том, что на момент начала заболевания в браке состояло 37,5% пациентов (9 человек);
3. рождение детей в семьях пациентов — 25% случаев;
4. трудоустройство и сохранение профессиональной адаптации — 83,33% случаев от общего числа участников программы (20 человек).

Необходимо отметить, что данная программа создавалась при тесной интеграции деятельности врачей-психиатров и психологов, с привлечением волонтеров из числа студентов-медиков, интернов и ординаторов, а также самих больных эндогенными психическими заболеваниями, имеющих опыт успешного лечения. Участие в программе лиц, страдающих шизофренией, являлось добровольным, связанным с их инициативой либо инициативой родственников больных и заинтересованностью в выздоровлении. Определение методов и способов проведения реабилитационных мероприятий сложилось в практической деятельности как выбор наиболее эффективных с точки зрения практики методик. При этом данные методы представлены в арсенале большинства квалифицированных специалистов в области психологии, поэтому внедрение предлагаемой методики психологической реабилитации больных, страдающих шизофренией, на базе медицинских учреждений не требует дополнительных материальных и организационных затрат.

Заключая статью в целом, хотелось бы надеяться, что предложенные современные алгоритмы и методики ведения пациентов, страдающих шизофренией, при всей их очевидности, помогут врачам и клиническим психологам в практическом здравоохранении, а также послужат информацией для дискуссий о совершенствовании способов борьбы с этой коварной болезнью.

Итоги деятельности ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области» в 2009 году

Домашенко А. А., к.м.н., руководитель ФГУ «ГБ МСЭ РО»; Дарымова Н. В., зам. руководителя по МСЭ; Медовник А. В., к.м.н., зам. руководителя по организационно-методической работе; Абазиева Н. Л., д.м.н., руководитель экспертного состава №7 ГБ МСЭ; Шлапак Ю. Е., начальник организационно-методического отдела; Кишковская О. В., к.м.н., врач-методист; Шетухина Д. П., консультант по профориентации; ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области», г. Ростов-на-Дону

Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области на сегодняшний день представлено одиннадцатью экспертными составами ГБ МСЭ (1 психиатрический, 1 педиатрический и 9 общего профиля) и 55 филиалами МСЭ (2 кардиологических, 2 травматологических, 3 фтизиатрических, 4 психиатрических, 3 профпатологических, 1 офтальмологический, 1 онкологический, 1 педиатрический, 31 смешанного профиля и 7 общего профиля). В 2009 году в штат входили 249 врачей-экспертов, 61 специалист по реабилитации, 58 психологов и 23 специалиста по социальной работе. Высшую квалификационную категорию имеют 56 специалистов, первую категорию — 90, вторую — 23 специалиста. В числе сотрудников 1 доктор медицинских наук и 11 кандидатов медицинских наук.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 16.12.2004 №805, как и в предыдущие годы, основными задачами ФГУ «ГБ МСЭ РО» в 2009 году являлись: проведение реабилитационно-экспертной диагностики, определение реабилитационного потенциала, ограничений жизнедеятельности, нуждаемости в мерах социальной защиты, разработка индивидуальных программ реабилитации. Для решения указанных задач наши специалисты осуществляли свою деятельность в тесном взаимодействии с учреждениями здравоохранения, органами социальной защиты населения, службой занятости, региональным отделением Фонда социального страхования, общественными организациями инвалидов. Вместе с тем неотъемлемой частью нашей работы является изучение причин, структуры и распространенности инвалидности в Ростовской области.

По итогам деятельности ФГУ «ГБ МСЭ РО» в 2009 году, общий объем освидетельствованных уменьшился на 7588 человек и составил 163613 человек (в 2008 году — 171201). В Главном бюро МСЭ объем освидетельствованных снизился на 580 человек и составил 9335 человек (в 2008 году — 9915). Средняя нагрузка на одно заседание незначительно уменьшилась и составила 12,5 (в 2008 году — 12,9).

Впервые признано инвалидами среди взрослого населения 19542 человека, что на 2409 человек больше по сравнению с 2008 годом (в 2008 — 17133), из них инвалидов трудоспособного возраста — 11307 человек (в 2008 — 10392). Признано инвалидами среди детского населения 7592 человека, из них впервые — 1352, что на 141 человека больше по сравнению с 2008 годом (в 2008 — 8428, из них 1211 человек впервые).

Интенсивные показатели первичного выхода на инвалидность в 2009 году по сравнению с 2008 годом увеличились по всем возрастным группам и составили 55,6 на 10 тысяч взрослого населения (в 2008 — 48,8), 43,1 на 10 тысяч трудоспособного населения (в 2008 — 39,4), 18,6 на 10 тысяч детского населения (в 2008 — 16,3).

Выше среднего по области интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность отмечен:

- среди взрослого населения в городах: Белая Калитва — 82,5, Донецк — 77,1, Азов — 73,6, Таганрог — 72,5, Гуково — 68,4; в районах: Куйбышевский — 87,0, Орловский — 76,7, Родионово-Несветайский — 63,0, Мясниковский — 61,9, Пролетарский — 61,3;
- среди трудоспособного населения в городах: Донецк — 66,3, Зверево — 60,2, Белая Калитва — 58,3, Гуково — 57,3, Шахты — 56,3; в районах: Куйбышевский — 81,6, Обливский — 58,1, Советский — 57,9, Родионово-Несветайский — 55,3, Орловский — 54,5;
- среди детского населения в городах: Красный Сулин — 33,1, Новочеркасск — 27,0, Каменск-Шахтинский — 24,5, Ростов-на-Дону (Пролетарский р-н) — 23,8, Таганрог — 22,6, Шахты — 21,6; в районах: Мартыновский — 34,1, Шолоховский — 25,7, Чертковский — 25,3, Цимлянский — 25,1, Азовский — 23,6.

Удельный вес впервые признанных инвалидами трудоспособного возраста в 2009 году снизился и составил 57,9% от общего числа (в 2008 — 60,7%). Среди лиц пенсионного возраста число впервые признанных инвалидами значительно увеличилось — на 1494 человека (18,1%), соответственно увеличился интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность лиц пенсионного возраста и составил 83,1 на 10 тысяч соответствующего населения (в 2008 году — 68,5). Анализ структуры первичной инвалидности с учетом пола показал, что по сравнению с 2008 годом увеличился до 55,0% удельный вес впервые признанных инвалидами лиц мужского пола и снизился до 45,0% удельный вес впервые признанных инвалидами лиц женского пола (в 2008 году показатели составили 54,6% и 45,4% соответственно).

I группа определена 2566 инвалидам (13,1% от общего числа впервые признанных инвалидами), II — 12106 инвалидам (61,9%), III группа — 4870 инвалидам (24,9%).

Среди впервые признанных инвалидами причина инвалидности «общее заболевание» установлена в 95,9% случаев (в 2008 — 95,1%). Инвалидность, связанная с военной службой, составила 1,7% (в 2008 — 2,0%), вследствие профессиональных заболеваний — 1,0% (в 2008 — 1,1%), вследствие трудового увечья — 0,9% (в 2008 — 1,2%), инвалидов с детства — 0,5% (в 2008 — 0,6%).

Распределение нозологических форм заболеваний среди впервые признанных инвалидами показал, что первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения (32,5%, в 2008 году — 32,8%), второе — злокачественные новообразования (27,0%, в 2008 — 25,6%), третье — болезни костно-мышечной системы (7,4%, в 2008 — 6,7%). Следует отметить, что в 2008 году третье ранговое место занимали последствия травм и отравлений, удельный вес которых составлял 7,0%, в 2009 году эта нозологическая единица переместилась на четвертое ранговое место и составила 6,4%.

Удельный вес впервые признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований, болезней нервной системы, костно-мышечной системы, соединительной ткани увеличился по сравнению с 2008 годом. Удельный вес впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов дыхания, пищеварения, глаза и его придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка остался на уровне 2008 года. По остальным нозологическим формам отмечалось снижение удельного веса впервые признанных инвалидами по сравнению с 2008 годом.

В течение 2009 года переосвидетельствовано для определения группы инвалидности 99901 человек (в 2008 — 108954). Число граждан, которым группа инвалидности определена без срока переосвидетельствования, составило 35233 человека, что на 13212 человек больше по сравнению с 2008 годом. Удельный вес инвалидов, которым группа инвалидности не изменена, остался на уровне 2008 года и составил 89,4%. Установлена более тяжелая группа инвалидности у 5,0% граждан (в 2008 — 4,6%). Вместе с тем, более легкая группа инвалидности определена в 5,6% случаев (в 2008 — у 3,6% переосвидетельствованных). В 2009 году показатели полной реабилитации снизились по сравнению с 2008 годом, показатели частичной реабилитации остались на уровне 2008 года. По результатам повторных освидетельствований полностью реабилитированы 1979 человек (2,0%, в 2008 году — 2,4%), частично восстановили или компенсировали ограничения жизнедеятельности 3540 инвалидов (6,6%, как и в 2008 году).

Специалистами по реабилитации в 2009 году разработано 143286 индивидуальных программ реабилитации (ИПР), что на 6950 ИПР больше по сравнению с 2008 годом. ИПР разработаны в 100% случаев установления инвалидности. Лицам без срока переосвидетельствования, обратившимся в службу МСЭ РО для формирования ИПР, разработано 6868 программ реабилитации, что составило 5,0% общего числа ИПР.

В 2009 году, по сравнению с 2008, число выполненных ИПР увеличилось в 1,1 раза. В результате реализации ИПР в 2009 году достигли компенсации и восстановили

нарушенные функции 75344 инвалида, что на 2237 человек больше, чем в 2008 году.

В соответствии с программами профессиональной реабилитации приобрели рабочее место 15706 инвалидов, что на 1052 человека больше, чем в 2008 году. Прошли обучение и переобучение новой профессии 10304 инвалида, что на 266 человек меньше, чем в 2008 году. Проведенные мероприятия по социальной реабилитации обеспечили 77809 инвалидам возможность самостоятельного обслуживания, самостоятельного проживания и интеграции в общество, что на 11156 человек больше, чем в 2008 году.

Количество разработанных ИПР для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями увеличилось на 6233 и составило 31906 ИПР (в 2008 году — 25673). Увеличилось количество рекомендованного инвалидам абсорбирующего белья и памперсов на 536057 единиц, специальных средств при нарушении функций выделения — на 99793 единицы, тростей опорных и тактильных — на 3048 единицы, ортезов — на 2142 единицы, ортопедической обуви — на 1194 единицы, противопролежневых матрасов и подушек — на 459 единиц, термометров и тонометров с речевым выходом — на 227 единиц, кресел-колясок с ручным приводом комнатных и прогулочных — на 672 и 506 единиц соответственно, кресел-стульев с санитарным оснащением — на 566 единиц, протезов — на 474 единицы, слуховых аппаратов — на 410 единиц, специальной одежды — на 205 единиц.

Таким образом, по итогам работы ФГУ «ГБ МСЭ РО» за 2009 год отмечена положительная динамика отдельных показателей деятельности по сравнению с 2008 годом:

- снизился объем освидетельствованных граждан в филиалах МСЭ и экспертных составах Главного бюро МСЭ;
- уменьшилось общее число граждан, признанных инвалидами;
- снизился удельный вес первичной инвалидности вследствие сердечно-сосудистой патологии, психических расстройств, туберкулеза, последствий травм, отравлений и других воздействий внешних причин.

Вместе с тем:

- увеличилось число граждан, впервые признанных инвалидами по всем возрастным группам;
- отмечается рост интенсивных показателей первичного выхода на инвалидность взрослого, трудоспособного и детского населения;
- увеличился удельный вес первичного выхода на инвалидность вследствие онкологических заболеваний, болезней нервной системы, костно-мышечной системы, эндокринной патологии и профессиональных болезней;
- снизились показатели полной реабилитации.



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.
Комплекс заготовки крови подвижный «Гемозкспресс» (на базе среднемагистрального междугородного автобуса «Волжанин-52702»)	от 8 млн
Устройства для запаивания трубок полимерных контейнеров для заготовки и хранения крови «Гекон» (4 модификации)	51500–65500
Устройство для дозирования инфузионных растворов в контейнеры	148090
Помешиватель-дозатор для заготовки крови «Лица» / со столиком	42000 / 45500
Миксер донорской крови «Гемикс» / со столиком	52500 / 56000
Столик под дозатор и миксер	3540
Размораживатель продуктов крови на 4 контейнера «Плазмотерм-4»	97000
Размораживатель эритроцитарной массы «Плазмотерм-4Э»	159000
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
Плазмозэкстракторы механический / автоматический	9850 / 58500
Устройство дозирования донорской крови ДМ1	5900
Стойка напольная для введения инфузионных растворов (нерж. сталь) СР-01	6500–8900
Стойка передвижная для лейкофльтрации	49000
Стойка настольная СН-1	3700–3900
Аудиотестер «Эхотест-02»	36500
Анализатор рефракции лазерный «ЛАР-01» / «ЛАР-02»	78057 / 86553



ЗАО «ДИАМАНТ» Санкт-Петербург

192171, ул. Фарфоровская, 30, пом. 2Н
тел./ф.: (812)568-48-52, (812) 568-48-54, (812) 560-90-07
e-mail: diamant@diamant.spb.ru, www.diamant.spb.ru

РАЗРАБОТКА, ПРОИЗВОДСТВО, РЕАЛИЗАЦИЯ И РЕМОНТ КОМПЬЮТЕРИЗИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРИБОРОВ

Сертификаты соответствия Госстандарта РФ № РОСС RU.ИМ17.В00013, №РОСС RU.МЕ01.В04406, №РОСС RU.МЕ01.В04407

НАИМЕНОВАНИЕ	КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА	ЦЕНА, РУБ.
АППАРАТУРА ДЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ (ФД)		
Реограф «Диамант-Р»	4-канальный, 3-частотный. Методики: РЭГ; РВГ; ТРГ; ИРГТ; ИДИ. Синдромальные заключения. Функциональные пробы	74000
Кардиограф «Диамант-К»	Синхронная запись 12 каналов ЭЭГ. Программа анализа ЭКГ покоя — контурный анализ, диагностика нарушений ритма	35000
Спирограф «Диамант-С»	Автоматическая обработка спирограмм. Синдромальные заключения. Функциональные пробы. Описание динамики состояния	40700
Холтеровская система «Диамант-Холтер»	3-канальный регистратор с графическим дисплеем, комплект кабелей, 120 одноразовых ЭКГ-электродов. Классическая программа холтеровского анализа. Таблицы, графики, диаграммы, автотекст	69000
Электроэнцефалограф «Диамант-ЭЭГ»	27 каналов (23 канала ЭЭГ, 4 универсальных). Спектральный и когерентный анализ, экспорт результатов в MS Excel, топографическое картирование, библиотека настроек топограмм, видеозапись	125000
АППАРАТУРА ДЛЯ РЕАНИМАТОЛОГИИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИИ		
Монитор гемодинамики и гидратации тканей «Диамант-М»	Мониторирование: 2 отведения ЭКГ / импедансная кардиография / реопневмография / внеклеточная, внутриклеточная, общая жидкость / объем крови / объем плазмы и др. Просмотр трендов, формирование протокола. Реография: методики ИРГТ, ТРГ, ИДИ	77500
ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ КОСМЕТОЛОГИИ		
Анализатор Импедансный Состава Тела «Диамант-АИСТ»	Исследование состава тела. Рассчитывается жировая, безжировая, клеточная масса, внеклеточная, внутриклеточная, общая жидкость. Отслеживается динамика изменений	64000
Анализатор Импедансный Состава Тела «Диамант-АИСТ-мини»	Миниатюрный (вес 75 г) переносной прибор для получения первичных данных исследования состава тела без ПК. 2 числа выводятся на дисплей прибора, затем данные пациента вручную вводятся в ПК	35000
Анализатор Импедансный Состава Тела «Диамант АИСТ-ИРГТ»	Исследования состава тела и центральной гемодинамики (к методике ИДИ добавляется методика ИРГТ)	100000
Анализатор Импедансный Состава Тела «Диамант АИСТ-ИРГТ + вариабельность»	Исследования состава тела и центральной гемодинамики (к методике ИДИ добавляется методика ИРГТ и вариабельности сердечного ритма)	112500

Гарантийный срок обслуживания всех приборов фирмы «Диамант» — 2 года.
Бесплатные услуги по монтажу, установке и обучению работе на комплексе в Санкт-Петербурге.
Обычная практика — 100% предоплата. В нестандартных ситуациях возможна оплата в рассрочку.
Поставка в регионы РФ с помощью спецсвязи — ООО «СПСР-Экспресс».

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

Опыт подготовки более 3000 врачей за 18 лет

Руководитель Центра —

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

ХИРУРГИЯ

- *ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ (144 часа)
- *ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ (144 часа)
- *ФУНДОПЛИКАЦИЯ при ГПОД и ахалазии кардии (144 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)

ГИНЕКОЛОГИЯ

- *ЭНДОХИРУРГИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ (144 часа)
- *ГИСТЕРОСКОПИЯ. ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЯ КОЛЬПОСКОПИЯ (144 часа)
- *ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЯ (72 часа)
- ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ (5 дней)
- ВЛАГАЛИЩНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ (5 дней)

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

- ПЛАСТИЧЕСКАЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ (2 НЕДЕЛИ)
- ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЛИЦА (2 НЕДЕЛИ)

СМЕЖНЫЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

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

ПРАКТИЧЕСКИЕ ОБУЧАЮЩИЕ СЕМИНАРЫ ДЛЯ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ

- МАЛАЯ ПРОКТОЛОГИЯ (3 дня)
- МАЛАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ (3 дня)
- СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА И ТРАХЕИ (3 дня)

На каждый цикл мы принимаем не более 6—8 курсантов. Ежедневное участие в операциях, тренажеры, видеотека, книги, инструменты и оборудование. Лекции и семинары.
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.

КОНТАКТЫ:

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

Тел. (843) **260-40-05** моб., (843) **296-64-29** моб.

Руководитель Центра Обучения профессор Федоров Игорь Владимирович

E-mail: fiv-endosur@yandex.ru

Учебные программы и подробная информация о сроках обучения —
на сайте <http://endosur.tol.ru>



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. (87937) 6-29-84
Тел./факс (87937) 2-93-02
www.kiep.ru
e-mail: kiep@kiep-info.ru

РЕКЛАМА

ЕЖЕГОДНЫЙ АДРЕСНО-ТЕЛЕФОННЫЙ СПРАВОЧНИК

«Донская медицина. Ростов и область»

- органы управления и контроля в здравоохранении
- лечебно-профилактические учреждения
- санаторно-курортные учреждения
- медицинское страхование
- частная врачебная практика

ГОТОВИТСЯ К ПЕЧАТИ СПРАВОЧНИК 2010 ГОДА
ПРИГЛАШАЕМ РЕКЛАМОДАТЕЛЕЙ!

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



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

РЕКЛАМА



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 неспорообразующими 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

ООО «СЕПТА»

г.Ковров Владимирской области

на рынке дезинфекции с 1996 г., с 2006 г. специализируется на производстве дезинфицирующих средств под торговой маркой «Фрисепт».

Дезсредства «Фрисепт» прошли успешное испытание в стационарах Москвы, Н. Новгорода, Владимира и др.

Препараты отличаются выраженной бактерицидностью, рабочие растворы высокоэкономичны, имеют широкую сферу применения в учреждениях.

ПОСЛЕДНИЕ РАЗРАБОТКИ:

«Фрисепт-Гамма» - средство для предстерилизационной очистки, дезинфекции, ДВУ эндоскопов и стерилизации ИМН (свид. о госрегистрации №77.99.23.2.У.10432.11.09, сертификат соответствия №РОСС RU.А946.В80882).

Обладает антимикробной активностью в отношении грамотрицательных и грамположительных бактерий (включая микобактерии туберкулеза, возбудителей внутрибольничных и анаэробных инфекций), вирусов и грибов (возбудителей кандидозов и дерматофитий), плесневых грибов; обладает спороцидной активностью, а также моющими и дезодорирующими свойствами.

Предназначено для: дезинфекции; дезинфекции ИМН, в т.ч. совмещенной с ПСО; очистки, дезинфекции и ДВУ эндоскопов; стерилизации ИМН; дезинфекции медотходов; дезинфекции крови и биологических выделений; проведения генеральных уборок; дезинфекции воздуха, систем вентиляции и кондиционирования и пр.

Концентрация рабочих растворов: бактерицидная активность от 0,01%; вирулицидная активность от 0,1%; туберкулоцидная активность от 0,2%.

«Гамма» - жидкое мыло с дезинфицирующим эффектом, кожный антисептик (свид. о госрегистрации №77.99.1.2.У.10431.11.09, сертификат соответствия №РОСС RU.А946.В80881).

Обладает бактерицидной (включая микобактерии туберкулеза), вирулицидной (включая вирусы гепатита В, герпеса, ВИЧ) и фунгицидной активностью в отношении грибов рода Кандида и Трихофитон.

Обладает нейтральным pH, не сушит кожу, разрешено к применению в детских учреждениях и роддомах.



ООО «Септа», тел. (49232) 3-75-52, e-mail: info@freesept.ru

Представители в Пятигорске:

ООО «Респект» тел. (8793) 38-42-09, 39-97-61, ИП Завершенский Г.В. тел. 8-905-440-78-26

РЕКЛАМА

Внедренческое научно-техническое предприятие ООО ВНТП «ОРИКС»

Ремонт, поставка и техническое обслуживание медицинской техники

(Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития №99-08-000005 от 29.01.08 и лицензия №61.РЛ.13.002.А.000145.10.06 от 03.10.06)

- Системы лечебных газов (кислород, закись азота, вакуум, воздух, станций регенерации кислорода).
- Ремонт эндоскопического оборудования (PENTAX, OLIMPUS), поставка запасных частей (срок 1-2 недели).
- Поставляем и разрабатываем прогр. обеспечение для медицинских приборов и рентгеновских аппаратов. Централизованная система сбора, хранения и просмотра рентгеновских снимков.
- Ремонт и обслуживание стоматологического оборудования.
- Ремонт рентгеновского оборудования.
- Ремонт медоборудования:

Аппараты искусственной вентиляции легких
Аппараты УЗИ
Аппараты общехирургические
Аппараты для:
нейрохирургии
оториноларингологии
урологии и очищения крови вне организма
физиотерапии
дезинфекции
офтальмологии
акушерства и гинекологии
анестезии
стерилизации
стоматологии

344007, г. Ростов-на-Дону, ул. Б. Садовая, 47,
тел. (8632) 240-46-96, факс 240-20-42, (сот.) 22-99-506

РЕКЛАМА

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

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



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



● **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, тубусы с obturаторами, 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, нагревание игл и повторное их использование. Уменьшается риск внутрибольничного инфицирования персонала и пациентов. Обеспечивается получение экологически чистого продукта утилизации. Безопасность эксплуатации за счет:
- игоприемника, полностью срывающего иглу в корпусе прибора, исключая появление открытого искрения, сильного запаха;
- наличие вентилятора и сменного 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 настольные**
бинокулярные КНБ-01-«Зенит» (с холодным светом), КНБ-02-«Зенит», КНБ-03-«Зенит» для обследований в гинекологии и акушерстве. Стереозэффект обеспечивает оптическая система Грену. Могут комплектоваться телефотоприводом.

● **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.



РЕКЛАМА

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

ПРИГЛАШАЕМ РЕГИОНАЛЬНЫХ ДИЛЕРОВ

РЕМАКСОЛ®

мы создаем
УНИКАЛЬНОЕ



www.polysan.ru



ВОССТАНАВЛИВАЯ УТРАЧЕННОЕ



- Первый нормоосмолярный, сбалансированный по ионам Na, K, Mg и Cl комплексный инфузионный **гепатопротектор**
- Восстанавливает энергетический, пигментный и белковый баланс гепатоцитов
- Снижает цитолиз, нормализует детоксицирующую и пигментообразующую функции печени
- Рекомендуется применение при синдроме холестаза и цирротическом поражении печени
- Производится в соответствии с международными стандартами GMP

Показания к применению:

При нарушениях функции печени вследствие острого или хронического её повреждения:
вирусные гепатиты, токсические (лекарственные) поражения печени с холестазом

Форма выпуска: стеклянные флаконы по 200 и 400 мл
Регистрационный номер: ЛСР-009341/09