

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

№3 (30) 2012

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU

ВИФЕРОН®

ИНТЕРФЕРОН ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ РЕКОМБИНАНТ СТАБИЛЬНЫЙ
С АНТИОКСИДАНТНЫМ КОМПЛЕКСОМ

ГЕРПЕС И ЦИТОМЕГАЛИЯ
ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В, С, D
ХЛАМИДИОЗ, МИКОПЛАЗМОЗ
УРЕАПЛАЗМОЗ
УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ И
БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ
ПИЕЛОНЕФРИТ
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

ДИСБАКТЕРИОЗ
ЭНДОМЕТРИОЗ И
ВУЛЬВОВАГИНИТ
МЕНИНГИТЫ
КАНДИДОЗ
ГРИПП И ОРВИ

ЖНВЛС



- Препарат разрешен к применению у беременных женщин и новорожденных детей
- Не вызывает побочных эффектов, имеет минимум противопоказаний и хорошо совместим с другими лекарствами
- Эффективность подтверждена ведущими клиницистами

- ВИФЕРОН® вошел в список ЖНВЛС*
- ВИФЕРОН® отпускается по фиксированным ценам



ферон

ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

** жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства*



Адрес: 125424 г. Москва, Волоколамское ш., д. 73
Производство: ООО «ФЕРОН» 123098 г. Москва, ул. Гамалыя, д. 18, корп. А
тел/факс: (495/499) 193-3060, 446-1219 многоканальный
электронная почта: viferon@rol.ru; адрес web-сайта: <http://www.viferon.ru>
информационный сайт: <http://www.interferon.ru>

ВОЗМОЖНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ НОМЕРА:

- Акушерство, педиатрия (стр. 23, 25)
- Гинекология (стр. 37)
- Детская травматология (стр. 18)
- Инфекционные болезни (стр. 12)
- Пульмонология (стр. 43)
- Фтизиопедиатрия (стр. 48)
- Вопросы юриспруденции (стр. 52)
- Реабилитация (стр. 56)



КИСЛОВОДСКИЙ ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ И ПРАВА ПРИГЛАШАЕТ НА КУРСЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ «СУДЕБНОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ПО ДЕЛАМ МЕДИЦИНСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ»

ЦЕЛЬ КУРСОВ:

приобретение теоретических и практических навыков по представительству работников медицинских учреждений в судебных органах.

ЗАНЯТИЯ ПРОВОДЯТ:

профессорско-преподавательский состав Кисловодского института экономики и права, судебно-медицинские эксперты Минздрава, практикующие адвокаты.

КАТЕГОРИЯ СЛУШАТЕЛЕЙ:

руководители, специалисты, юристы медицинских учреждений.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

357700, Ставропольский край, г. Кисловодск, ул. Розы Люксембург, 42



КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ Организаторов Курсов:

тел. (87937) 6-29-84 (доб.179),
факс: (87937) 2-29-00;
e-mail: tlir@list.ru

КОНТАКТНОЕ ЛИЦО:

Темиржанова Лидия Рамазановна

НПКФ «МЕТОМ»

Фирма создана в 1992 году на базе оборонного предприятия, имеет собственную производственную базу

РАЗРАБОТКА И ИЗГОТОВЛЕНИЕ ИЗДЕЛИЙ ИЗ ПЛАСТМАСС И РЕЗИН

• **Маски лицевые из прозрачного медицинского пластика**

Тип А: для кислородно-аэрозольной терапии, обеспечивают подачу газовых смесей от аппаратов кислородно-аэрозольной терапии непосредственно к органам дыхания больного. Выпускаются 6-ти размеров.

Тип Б: применяются для комплектации аппаратов ИВЛ, ингаляционного наркоза, «АМБУ». Герметичность прилегания к лицу обеспечивается мягким обтуратором. Размерный ряд: от самых маленьких — для грудничков, до больших взрослых.

• **Гипоксикатор Стрелкова** — прибор безмедикаментозного лечения, профилактики и реабилитации широкого круга заболеваний, для индивидуального пользования. Реализует метод прерывистой нормобарической гипокситерапии. Используется для лечения и профилактики в больничных, амбулаторных и домашних условиях.

Работает на принципе обратного дыхания воздухом с постепенным понижением содержания кислорода и абсорбцией влаги и двуокиси углерода.

• **Аппарат УФОК «Юлия»** для экстракорпорального облучения крови. Позволяет в ряде случаев отказаться от дорогостоящих препаратов, помогает в медико-социальной реабилитации пациентов с различными заболеваниями. Небольшие габариты и вес, кювета однократного использования позволяют применять аппарат и в лечебных учреждениях, и на дому у больного.

• А также: **маски-ингаляторы; соединители** (шланги дыхательные гофрированные к аппаратам ИВЛ и аппаратам ингаляционного наркоза); **раноограничители** (для ограничения очага инфекции раневой зоны и создания слоя лекарственного раствора над зоной раны при проведении озонотерапевтической, ультразвуковой обработки и фонофореза лекарственных средств).



Маски для комплектации аппаратов ИВЛ и анестезиологических Б2-75, Б2-95, Б2-125, Б2-145



Маски лицевые кислородно-аэрозольной терапии



НПКФ «МЕТОМ» 125212, г. Москва, Ленинградское шоссе, 58
Тел.: (495) 459-90-01, 452-23-26, e-mail: m1@metom.ru, www.metom.ru

РЕКЛАМА

РЕКЛАМА

СОВРЕМЕННАЯ УПАКОВКА ДЛЯ ВСЕХ ВИДОВ СТЕРИЛИЗАЦИИ



Компания «Белла-Дон», входящая в группу компаний TZMO SA (Торуньский завод перевязочных материалов, Польша) представляет на рынке стерилизационных упаковочных материалов продукцию торговой марки VOM. В предложение входят комбинированные пакеты со складкой и без для паровой, газовой и других видов стерилизации, рулоны, креповая бумага для стерилизации, и другие различные материалы. Вся продукция имеет сертификаты, подтверждающие качество данных изделий.

VOM - УПАКОВКА И МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ

КОМБИНИРОВАННАЯ БУМАЖНО-ПЛЕНОЧНАЯ УПАКОВКА

для стерилизации водяным насыщенным паром,
формальдегидом, радиацией, оксидом этилена с индикаторами:

- пакеты плоские, со складкой
- рулоны плоские, со складкой

размеры: в ассортименте



КОМБИНИРОВАННАЯ БУМАЖНО-ПЛЕНОЧНАЯ УПАКОВКА

для стерилизации радиацией:

- пакеты плоские
- рулоны плоские

размеры: в ассортименте



КОМБИНИРОВАННАЯ БУМАЖНО-ПЛЕНОЧНАЯ УПАКОВКА

с использованием tyvek-пленки плоские для плазменной
стерилизации

размеры: в ассортименте



ПАКЕТЫ САМОКЛЕЯЩИЕСЯ ПЛОСКИЕ

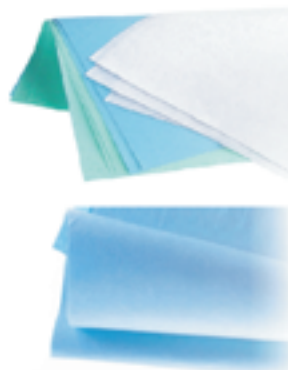
для стерилизации водяным насыщенным паром,
формальдегидом, оксидом этилена

размеры: в ассортименте

КРЕПОВАЯ БУМАГА

- для паровой, воздушной стерилизации, формальдегидом,
оксидом этилена, радиацией

- белая, зеленая, голубая
- попарно упакованная (белая и зеленая)
- размеры: в ассортименте



НЕТКАНЫЙ МАТЕРИАЛ В ЛИСТАХ

для стерилизации водяным насыщенным паром,
формальдегидом, радиацией, оксидом этилена



ООО НПИП "Мир Титана"

Средства реабилитации для инвалидов.
Все для ортопедии.

Компания **ООО НПИП "МИР ТИТАНА"** более 15 лет представляет на рынках России, стран СНГ и Восточной Европы товары немецкого производителя инвалидной техники и ортопедических изделий «Titan Deutschland GmbH», а также оборудование, материалы и комплектующие для протезно-ортопедической отрасли других западных компаний.



- **Инвалидные кресло-коляски различных моделей:** стандартные, электрические, с высокой спинкой, транспортные кресло-каталки, спортивные, облегченные, детские
- **Средства реабилитации:** костыли, трости, ходунки, противопролежневые матрасы, кресла-туалеты, пандусы, подъемники и другие товары для инвалидов и престарелых
- **Мебель для детей с ДЦП:** специальные столики, вертикализаторы, кресло-каталки с фиксацией, кресло-коляски и багги
- **Ортопедические изделия:** бандажи и корсеты, компрессионное белье (чулки, колготы, гольфы), носки для больных сахарным диабетом
- **Ортопедическая обувь:** малосложная детская и взрослая, для больных сахарным диабетом, на протезы и аппараты
- **Товары для красоты и здоровья:** спортивные тренажеры, массажеры, сауны
- **Оборудование, материалы и комплектующие для производства протезно-ортопедических изделий**
- **Также предлагаем вашему вниманию серию «XXL»** - новую линию средств реабилитации для полных людей: кресло-коляски грузоподъемностью до 325 кг; ходунки, костыли и трости грузоподъемностью до 225 кг.



123098 Москва, ул. Академика Бочвара д. 15
тел/факс (495) 937-3160 (мн)

<http://www.ortho-titan.com>

e-mail: sale@ortho-titan.com, mir@ortho-titan.com

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

Выходит 1 раз в квартал

Крылова О. В. — учредитель и издатель**Прошенко Е. А.** — главный редактор**Редакционный совет:****Быковская Т. Ю.** — министр
здравоохранения Ростовской области**Квятковский И. Е.** — министр
здравоохранения Астраханской области**Крайнюков П. Е.** — начальник
ФГУ «1602 ОБКГ» Минобороны России**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 и издателя:**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) 223-23-25www.akvarel2002.ru,
e-mail: info@akvarel2002.ruОтпечатано в ООО «Принт-Сервис»,
г. Ростов-на-Дону, пр. Шолохова, 116

Тираж 6000 экз. Заказ №882

Подписано в печать 20.06.2012 г.

Дата выхода: 30.06.2012 г.

Зарегистрирован

Управлением Россохранкультуры
по Южному федеральному округу

Регистрационный номер

ПИ № ФС 10—5825 от 28 января 2005 г.

Распространяется бесплатно по линии МЗ

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

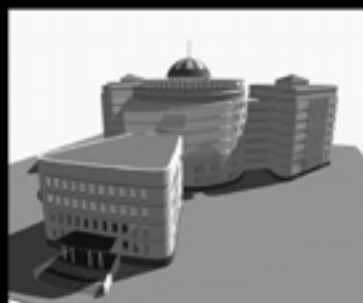
50 лет на страже здоровья	5
50 лет Городской больнице №1 города Волгодонска	6
Лицензирование в лечебно-профилактических учреждениях	7
О современных особенностях природно-очаговых инфекций на территории Ростовской области	10
Сравнительная оценка скрининговых обследований населения Ставропольского края на ВИЧ-инфекцию	11
Алгоритм профилактики вертикальной трансмиссии и реализации перинатальной инфекции вирусов гепатитов С и В	12
Магнито-резонансная томография как метод распознавания ранних проявлений деформирующего остеоартроза коленных суставов	15
PACS — система «АПК АрхиМед» — создана для решения задач в сфере медицины	17
Организация травматолого-ортопедической помощи детям в Ростовской области	18
Основные направления применения озона в сфере родовспоможения	20
Современные перинатальные технологии — хорошо забытое старое	23
Способ оценки иммунного статуса у недоношенных новорожденных	25
Осторожно: ГРИПП! Профилактика и лечение без лекарств!	27
Современные решения для врача и пациента	28
Система учета заявок на лекарственные препараты с веб-интерфейсом — «ЭЛЕКТРОННАЯ ЗАЯВКА»	31
Автоматизированный модуль сбора отчетности в сфере здравоохранения Волгоградской области	32
Пути оптимизации общей анестезии в лечении гигантских послеоперационных грыж	33
Особенности гормональной регуляции энергетического обмена при беременности, осложненной гестозом	37
Озон — технология XXI века	40
Пневмонии у военнослужащих в госпитале, дислоцированном в зоне вооруженного конфликта на Северном Кавказе (особенности диагностики и лечения)	43
Профилактика туберкулеза у детей и подростков	48
Казанский центр обучения	51
Механизм реализации квалификационной характеристики главного врача	52
Новый листок нетрудоспособности	54
Некоторые особенности оказания мер социальной поддержки гражданам, проходящим лечение в ГБУ РО «Госпиталь для ветеранов войн»	56
Микроволновая технология обеззараживания медицинских отходов классов Б и В для медицинского учреждения поликлинического профиля. Установка «Стериус»	58
Выставки юга России	57, 59, 60



СоюзМедЭксперт

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

1. Экспертные заключения по государственному заказу в области здравоохранения.
2. Подбор и обоснование медицинского оборудования.
3. Анализ и совершенствование новых направлений в систематизации оказания медицинской помощи, структуризации и управления материальными потоками, протоколирование сервисного обслуживания и технического обследования медицинской техники.
4. Разработка разделов проекта «Медицинская технология». Подготовка и обоснование проектных решений, типовых комплектов оборудования, разработка специальных медицинских технологий на базе современных схем оказания медицинской помощи.
5. Технико-экономическое обоснование для проектирования и строительства медицинских объектов под ключ.
6. Услуги по организации бизнес-мероприятий. Конференции, семинары, выставки, съезды, форумы – от разработки концепции до реализации.
7. Исследования рынка:
 - Комплексные маркетинговые исследования
 - Аудит конкурентного окружения
 - Исследование потребительского рынка
 - Разработка стратегий позиционирования и продвижения
 - Мониторинг



От идеи к воплощению: стратегия успеха

112292, г. Москва, Нахимовский проспект, д. 52/57, помещение Б
тел.: +7 (495) 648-61-71; моб.: +7 (925) 116-07-66
email: info@soyuzmedexpert.ru
www.soyuzmedexpert.ru

50 лет на страже здоровья

Якушева Н.Ю., корреспондент газеты «Кабардино-Балкарская правда», г. Нальчик

15–16 июня в Нальчике (КБР) прошла II Северо-Кавказская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы и перспективы развития современной клинической медицины», приуроченная к 50-летию Республиканской клинической больницы МЗ КБР.

Ее организатором выступила московская компания «СоюзМедЭксперт» (при генеральном спонсорстве ООО ИФГ «Медиана»).

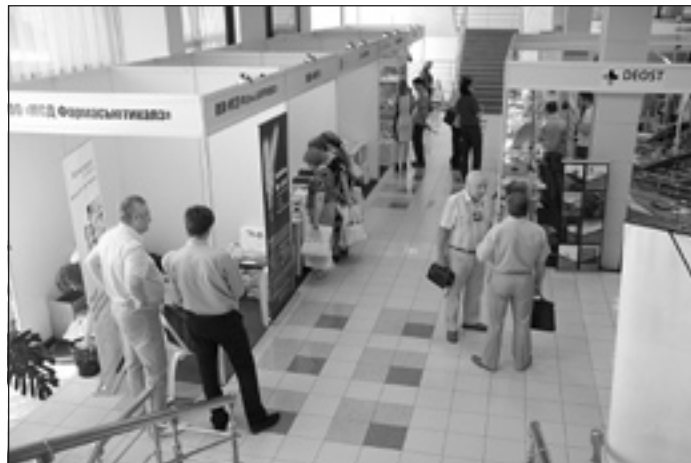
Центральным событием медицинского форума стала выставка медоборудования, расходных материалов и фармпродукции отечественных и зарубежных компаний-производителей. В ней приняли участие более 30 ведущих компаний, развернувших свои выставочные стенды на двух этажах Государственного концертного зала в Нальчике. Представленные на выставке новейшие технологии, оборудование, расходные материалы и прочие экспонаты вызвали большой интерес у представителей медицинского сообщества Юга России.

На торжественном открытии конференции участников приветствовал Председатель Правительства КБР И. Гертер. От имени Главы Кабардино-Балкарии А. Канокова и всего кабинета министров он поздравил главного врача Республиканской клинической больницы А. Жигунова и весь персонал ведущей больницы республики с 50-летним юбилеем. Гертер отметил, что за полвека в РКБ накоплен уникальный медицинский опыт, сформирован высокопрофессиональный коллектив, идет процесс поступательного развития. И в преддверии Дня медицинского работника премьер поблагодарил всех тружеников здравоохранения за их многолетнее служение медицине, за беззаветный труд во благо здоровья жителей КБР.

С приветствием к собравшимся обратились также заместитель министра здравоохранения КБР А. Ортанов, главный врач Республиканской клинической больницы А. Жигунов, заместитель председателя Парламента КБР Т. Саенко, директор Кабардино-Балкарского ТФОМС А. Каноков и генеральный директор компании «СоюзМедЭксперт» А. Строева.

Лучшим сотрудникам Республиканской клинической больницы были вручены почетные грамоты и благодарности Главы Правительства и Парламента КБР, МЗ КБР, рескома профсоюзов, ТФОМС по КБР, медали ордена «Гиппократ» — общественной награды Международной академии развития здравоохранения и медицинской науки, а также юбилейные именные часы, почетные грамоты и благодарности.

Об основных вехах развития РКБ на пленарном заседании рассказал главный врач РКБ, заслуженный врач Кабардино-Балкарии и Ингушетии, доктор медицинских наук, профессор А. Жигунов. Решение создать в Кабардино-Балкарии медицинский центр, где оказывалась бы квалифицированная помощь населению из всех районов и городов республики по различным направлениям здравоохранения, было принято в 1962 году. Вначале это был небольшой городской стационар всего на 150 коек. В настоящее время больница является ведущим республиканским учреждением МЗ КБР. В ее составе 21 стационарное отделение общей мощностью 860 коек, поликлиническое отделение, травмпункт, центр амбулаторного гемодиализа на 150 больных. В шести лечебных корпусах больницы трудятся более 1400 человек, в том числе 6 докторов медицинских наук, 32 кандидата



медицинских наук. За год выполняется около 8 тысяч хирургических операций, а всего за 50 лет прооперировано более 290 тысяч пациентов. С момента открытия больницы здесь прошли лечение около 800 тысяч, что сопоставимо с нынешним населением Кабардино-Балкарии. В больничных корпусах располагаются кафедры медицинского факультета Кабардино-Балкарского государственного университета, что упрощает организацию консультаций профессорско-преподавательским составом, многие врачи и заведующие отделениями совмещают практическую деятельность с преподавательской, ведут научную работу, внедряют в практику передовые, в том числе собственные, уникальные медицинские разработки.

Работа самой конференции проходила в четырех секциях: терапевтической, хирургической, анестезиолого-реаниматологов и неонатологов. С докладами выступили ведущие врачи-ученые Москвы, Санкт-Петербурга, Саратова, южных регионов России.

Среди наиболее значимых программных мероприятий стоит отметить симпозиум по перинатологии, детской реанимации и анестезиологии, мастер-класс по актуальным вопросам симуляционного обучения в медицине для организаторов здравоохранения, руководителей высших и средних учебных заведений, а также симпозиум для хирургов, занимающихся эндоскопическими операциями, мастер-класс по эндоклипированию, мастер-класс по современным аспектам кардиотокографии во время беременности и в родах.

Подводя итоги юбилейных мероприятий, эксперты отметили, что форум получился интересным и весьма продуктивным. Конференция такого уровня может служить отличной стартовой площадкой для нового рывка в развитии региональной медицины, заложить основу новых долгосрочных партнерских отношений.

К сожалению, юбилейные торжества были омрачены трагическим известием — за день до открытия конференции ушел из жизни выдающийся врач, заведующий кафедрой общей хирургии КБГУ, доктор медицинских наук, профессор Леон Борисович Канцалиев. Он воспитал не одно поколение квалифицированных специалистов республики. С РКБ, где ранее располагалась кафедра общей хирургии, его связывали долгие годы медицинской практики и педагогики. Участники конференции, среди которых было немало учеников Канцалиева, почтили память Леона Борисовича минутой молчания.

50 лет Городской больнице №1 города Волгодонска

Жуков В. А., главный врач ГБ №1; Довгань Л. А., заместитель главного врача по ОМР; МУЗ «Городская больница №1», г. Волгодонск

Городская больница №1 города Волгодонска — первое медицинское учреждение, открытое Исполнительным комитетом Волгодонского районного Совета депутатов трудящихся Ростовской области РСФСР 26 апреля 1962 года. Потребность развития здравоохранения города возникла в связи со строительством Волго-Донского судоходного канала и его основного сооружения — Цимлянского гидроузла, развитием промышленности и в связи с этим — ростом населения.

С момента открытия больница представляла собой стационар — трехэтажное здание на 75 коек и родильный дом — одноэтажное здание на 30 коек. В трехэтажном корпусе находились поликлиника, скорая помощь, лаборатория, аптека и другие вспомогательные подразделения.

С годами больница менялась. В 70—80-е годы в связи со строительством завода тяжелого машиностроения «Атоммаш» (Всесоюзная ударная комсомольская стройка), в Волгодонск начала съезжаться молодежь по комсомольским путевкам, стали прибывать первые отряды. В молодом растущем городе появилась острая потребность в расширении больницы.

В 1976 году был построен корпус на 220 коек, физиотерапевтическая лечебница, в 1979 — открыт родильный дом на 120 коек, в 2002 — закончено строительство нового корпуса для размещения приемного покоя, отделения функциональной диагностики, дневного стационара, реанимационного отделения. Больница расширилась до 410 коек и практически с каждым годом их число росло, количество отделений увеличивалось: в 2006 году открылось отделение для ветеранов войн, в 2009 — отделение сестринского ухода на 25 коек, на базе кардиологического отделения в 2010 году организован блок для инфарктных больных, в том же году начал функционировать сосудистый центр на 30 коек для первичных больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

За время своего существования больница стала родоначальницей ЛПУ города: поликлиник №1, №3, детской городской больницы, акушерско-гинекологического комплекса, больницы скорой медицинской помощи, стоматологии, пяти диспансеров и станции переливания крови.

Сегодня Городская больница №1 — многопрофильный стационар на 546 коек, межрайонный центр, обслуживающий 13 районов области. Здесь оказывается стационарная помощь по 11 терапевтическим направлениям и родовспоможению. Функционируют



Главный врач ГБ №1
Виктор Александрович Жуков

вспомогательные подразделения: клиничко-диагностическая лаборатория, лаборатория клинической микробиологии, отделение функциональной диагностики, отделение рентгенологии и МРТ, физиотерапевтическое отделение.

С 2006 года больница участвует в реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», многие диагностические и лечебные мероприятия стали доступны пациентам в связи с приобретением в рамках проекта нового дорогостоящего оборудования. В 2007 году в больнице начали обследовать первых больных на аппарате МРТ в рентгенологическом отделении, единственном на юго-востоке области.

Проводятся мероприятия по внедрению современных информационных систем в больнице, телемедицинские консультации с областными специалистами РОКБ.

С 2011 года больница участвует в реализации областной долгосрочной целевой программы «Модернизация здравоохранения Ростовской области на 2011—2012 годы», в 2011 году приобретено медицинское оборудование на сумму около 34 млн руб. — это 67 единиц оборудования, в 2012 году запланирована сумма в размере более 67 млн руб. В рамках НП «Здоровье» в 2011 году приобретено 24 единицы медицинского оборудования на сумму более 4 млн руб.

В больнице трудится большой сплоченный коллектив единомышленников — 736 сотрудников, из которых имеют сертификаты специалистов 79 врачей и 310 средних медработников, первую квалификационную категорию — 46 врачей и 219 средних медработников, высшую — 23 врача и 157 средних медработников; 4 врача являются Отличниками здравоохранения. Врачи и средний медперсонал ежегодно повышают квалификацию, проходят профессиональную переподготовку.

В 2010 году в честь 60-летия города Волгодонска больнице администрацией города присвоено звание «Коллектив высокой социальной ответственности».

Особая гордость Городской больницы №1 — ее территория. Общая площадь больничного парка составляет более 8,5 га. Сотрудниками больницы проводится большая работа по ландшафтному дизайну. В честь юбилея больницы в апреле 2012 года в больничном парке сотрудниками высажено 50 саженцев деревьев. На территории больницы множество скульптур, а также единственная в области скульптурная композиция, посвященная медикам, — «Врач и медсестра». Пациенты с удовольствием совершают прогулки в парке больницы. Это тоже шаг к выздоровлению.



Лицензирование в лечебно-профилактических учреждениях

*Соловьев М. Ю., Ковалев Е. В., Кожевникова И. Ф., Пономарева Е. А., Бузакин Д. И.;
Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей
и благополучия человека по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону*

Основной целью при исполнении государственной функции по лицензированию является предотвращение ущерба правам, законным интересам, жизни или здоровью граждан, окружающей среде, объектам культурного наследия народов Российской Федерации, обороне и безопасности государства.

Согласно статье 15 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» предприятия, учреждения и организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения могут осуществлять свою деятельность только при наличии лицензии на избранный вид деятельности.

Отношения, возникающие в связи с осуществлением лицензирования отдельных видов деятельности, и обеспечение единой государственной политики при осуществлении лицензирования регулируют:

- Конституция Российской Федерации;
- Федеральный закон РФ от 08.08.2001 №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;
- Федеральный закон РФ от 22.07.1993 №5487—1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»;
- Федеральный закон РФ от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- другие федеральные законы, нормативные документы федеральных органов исполнительной власти (приказы Министерства здравоохранения РФ, государственные и отраслевые стандарты, постановления Правительства РФ и т. д.), определяющие содержание лицензионных требований и условий по каждому виду медицинской деятельности;
- правовые акты субъектов Российской Федерации.

Закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» защищает права граждан, их законные интересы, нравственность и здоровье, обеспечивает государственную политику в области обороны страны, безопасности государства, а также правовые основы единого рынка.

В соответствии с данным законом среди видов деятельности, подлежащих лицензированию, особое место занимают деятельность в области использования источников ионизирующего излучения (генерирующих) и деятельность, связанная с использованием возбудителей инфекционных и паразитарных заболеваний. В связи с этим медицинское учреждение, выполняющее рентгенологические исследования и лабораторные исследования на возбудители инфекционных и паразитарных заболеваний, должно иметь как минимум 3 лицензии — на осуществление медицинской деятельности,

на осуществление эксплуатации источников ионизирующего излучения (генерирующих) и на деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных и паразитарных заболеваний.

Управление Роспотребнадзора по Ростовской области в рамках проведенной административной реформы в 2005 году получило статус лицензирующего органа.

Полномочия Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по лицензированию определены пунктом 5.2 Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 №322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».

К полномочиям Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в Ростовской области отнесено лицензирование деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний 3—4-й групп патогенности, и деятельности в области использования источников ионизирующего излучения (генерирующих).

Основной целью Управления Роспотребнадзора по Ростовской области при исполнении указанной государственной функции является защита жизни и здоровья граждан и обеспечение единых требований к лицензированию видов деятельности, относящихся к компетенции Роспотребнадзора.

В течение шести лет Управлением выдано 733 лицензии, в том числе 228 лицензий на деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний 3—4-й групп патогенности и гельминтами, 505 лицензий на деятельность в области использования источников ионизирующего излучения.

Из числа выданных лицензий на деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний 3—4-й групп патогенности и гельминтами, 126 лицензий (55,3%) выдано федеральным, государственным, муниципальным медицинским учреждениям, 14 лицензий (6,1%) — негосударственным медицинским учреждениям (табл. 1).

Из числа выданных лицензий на деятельность в области использования источников ионизирующего излучения 188 лицензий (37,2%) выдано ЛПУ, эксплуатирующим генерирующие источники ионизирующего излучения. Негосударственным учреждениям здравоохранения выдано на данный вид деятельности 209 лицензий (41,4%),

Таблица 1

Структура юридических лиц, осуществляющих медицинскую деятельность, получивших лицензии на деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний 3—4 групп патогенности и гельминтами за период 2005—2010 гг.

Структура юридических лиц	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	Итого
Федеральные, государственные, муниципальные учреждения здравоохранения	22	25	21	20	13	25	126
Частные лечебно-профилактические организации	3	5	1	2	0	3	14
ИТОГО	25	30	22	22	13	28	140

Структура юридических лиц, осуществляющих медицинскую деятельность, получивших лицензии на деятельность в области использования источников ионизирующего излучения за период 2006—2010 гг.

Структура юридических лиц	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	Итого
Федеральные, государственные, муниципальные учреждения здравоохранения	64	83	30	6	5	188
Частные учреждения здравоохранения	27	44	63	44	31	209
ИТОГО	91	127	93	50	36	397

в большей части это лечебные учреждения стоматологического профиля, число которых постоянно растет (табл. 2).

Управление Роспотребнадзора по Ростовской области в соответствии с планом работы обеспечивает реализацию функций по надзору за соблюдением лицензионных требований и условий в соответствии с Федеральным законом РФ от 08.08.2001 №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлениями Правительства РФ от 22.01.2007 №31 «Об утверждении положения о лицензировании деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний», от 25.02.2004 №107 «Об утверждении положения о лицензировании деятельности в области использования источников ионизирующего излучения».

За период 2006—2010 гг. проведено 72 плановых и 24 внеплановых мероприятия по надзору в отношении лечебных учреждений, осуществляющих лицензируемые виды деятельности (деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний 3—4 групп патогенности и гельминтами, деятельность в области использования источников ионизирующих излучений).

В ходе проведенных мероприятий по надзору выявлен ряд нарушений санитарного законодательства в области радиационной гигиены, основными из которых являются:

- низкая квалификация специалистов, неудовлетворительное санитарно-техническое состояние помещений рентгенотделений;

- отсутствие инструментального контроля доз, полученных при рентгенодиагностике;

- отсутствие санитарно-бытовых условий для персонала, отсутствие помещений для приема пищи;

- отсутствие необходимого технологического оборудования (переговорные устройства), неисправность электропроводки, неисправность вентиляционных систем;

- отсутствие регистрации доз облучения персонала в индивидуальных карточках учета доз, регистрации доз пациентов в журналах учета ежедневных рентгенологических процедур;

- недостаточен набор средств индивидуальной защиты персонала и пациентов.

В ходе проведенных мероприятий по надзору выявлен ряд нарушений санитарного законодательства при проведении диагностических исследований в лабораториях ЛПУ:

- отсутствие у специалистов лабораторий, проводящих гельминтологические исследования, соответствующей специализации по паразитологии;

- несоблюдение поточности движения инфицированного материала, а также персонала лабораторий;

- отсутствие требуемых для данных объектов систем вентиляции;

- неудовлетворительное санитарно-техническое состояние помещений лабораторий, несоответствие внутренней отделки помещений санитарным требованиям, что не позволяет в полном объеме соблюдать противоэпидемические, дезинфекционные режимы;

- отсутствие полного набора оборудования и приборов, используемых в технологическом процессе; оборудование, приборы являются устаревшими, не аттестованы, не прошли метрологический контроль;

- использование в работе диагностических препаратов, сред с истекшими сроками годности;

- отсутствие организации системы утилизации отходов класса А и В;

- отсутствие организации внутреннего и внешнего производственного контроля.

По результатам проведенных мероприятий по надзору за невыполнением санитарного законодательства должностные лица, а также юридические лица были привлечены к административной ответственности по статьям 6.3, 6.4, 8.2, 19.20 ч. 1, 14.4 ч. 2 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (табл. 3).

В ходе реализации государственной функции по лицензированию отдельных видов деятельности в 2010 году Управление Роспотребнадзора по Ростовской области добились следующих показателей:

- увеличение удельного веса юридических лиц, имеющих лицензии на лицензируемые виды деятельности, до 99,8%;

- обеспечение функционирования созданной единой системы государственного регулирования деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний, и деятельности в области использования источников ионизирующего излучения;

- единообразное исполнение государственной функции по лицензированию на всей территории области — 100%;

- ведение автоматизированного реестра лицензий на отдельные виды деятельности — 100%;

- не регистрируются случаи инфекционных и паразитарных заболеваний на объектах, связанных с осуществлением деятельности с использованием возбудителей

Таблица 3

Результаты проверки соблюдения лицензионных требований и условий

Лицензируемый вид деятельности	Количество проверок плановых/внеплановых	Решения, принятые по результатам проверки соблюдения лицензионных требований и условий и на основании решения суда			
		Количество протоколов об административных правонарушениях	Приостановление действия лицензии лицензирующим органом	Передано дел в судебные органы о приостановлении деятельности	Штрафы
Деятельность, связанная с использованием возбудителей инфекционных заболеваний	72/24	135	-	15	135 на сумму 392 тыс. руб.
Деятельность в области использования источников ионизирующих излучений	72/24	131	-	7	131 на сумму 257,2 тыс. руб.

инфекционных заболеваний, и случаи неинфекционных заболеваний, связанных с осуществлением деятельности в области использования источников ионизирующего излучения;

— государственный контроль за выполнением лицензиатами лицензионных требований и условий — 100%.

С 3 ноября 2011 года вступает в силу Федеральный закон от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», за исключением положений, для которых предусмотрены иные сроки. Так, с 1 июля 2011 года вступают в силу нормы, регулирующие порядок организации и осуществления лицензионного контроля, а также нормы, предусматривающие взаимодействие в электронной форме при осуществлении лицензирования и лицензионного контроля.

При этом Федеральный закон от 08.08.2001 №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» признается утратившим силу.

Федеральным законом от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» сокращается перечень лицензируемых видов деятельности, устанавливается принцип бессрочного действия выдаваемых лицензий и изменяется система лицензионного контроля.

Федеральным законом устанавливается единый порядок лицензирования отдельных видов деятельности на территории Российской Федерации, включая порядок предоставления заявления и прилагаемых к нему документов соискателем лицензии, порядок принятия решения о предоставлении лицензии, а также порядок лицензионного контроля. Лицензионный орган прини-

мает решение о предоставлении лицензии в течение 45 дней со дня приема заявления.

Условием для предоставления лицензии выступает соответствие соискателя лицензии требованиям, установленным настоящим федеральным законом, другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами Российской Федерации. Соблюдение этих требований лицензиатом обязательно при осуществлении лицензируемого вида деятельности.

Федеральным законом от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» предусмотрено, что при лицензировании деятельности в области использования источников ионизирующего излучения (генерирующих) исключаются случаи, если эти источники используются в медицинской деятельности, а при лицензировании деятельности в области использования возбудителей инфекционных заболеваний человека и животных исключаются случаи, если указанная деятельность осуществляется в медицинских целях.

При получении лицензии на медицинскую деятельность должны учитываться требования к помещениям, зданиям, сооружениям и иным объектам по месту осуществления лицензируемого вида деятельности, техническим средствам, оборудованию и технической документации, принадлежащим соискателям лицензии на праве собственности или ином законном основании, соответствующие установленным требованиям, и необходимые для выполнения работ (оказания услуг) в области использования источников ионизирующего излучения (генерирующих) и в области использования возбудителей инфекционных заболеваний человека и животных.

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 — водоотталкивающая ткань
СМ-1 — 380x2160x260 мм; СМ-1м — 300x125x200 мм

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

Материал — водоотталкивающая ткань, внутри моющаяся пленка; 330x190x190 мм
СМ-2 с планшетами для хирургических инструментов и вкладыш-ампульница на 16 гнезд; СМ-3 с ампулярием на 40 гнезд и планшетом для режущих инструментов

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

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

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

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

СУМКА ДЛЯ ПЕРЕНОСИ 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 — водоотталкивающая ткань, 370x250x470 мм

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

Материал — высокопрочный гладкий 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 — водоотталкивающая ткань, 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; СВОПб — 440x205x220 мм и СВОПм — 375x205x205 мм

СУМКА ДЛЯ ПРОЧЕГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАБОРА СЛ-4 — 410x185x320 мм



О современных особенностях природно-очаговых инфекций на территории Ростовской области

*Соловьев М. Ю.; Ковалев Е. В., Ненадская С. А., Гончарова О. В., Шемшуря О. П.;
Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей
и благополучия человека по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону*

На территории Ростовской области расположены активные природные очаги крымской геморрагической лихорадки (КГЛ), лихорадки Западного Нила (ЛЗН), что подтверждается ежегодной регистрацией случаев заболевания (за период с 1999 по 2011 годы зарегистрировано 365 случаев заболевания КГЛ и 143 случая заболевания ЛЗН), данными лабораторных исследований в ходе мониторинга циркуляции вируса в биологическом материале (клещах, комарах, грызунах).

На всех административных территориях области разработаны и выполняются программные мероприятия по обеспечению санитарной охраны территории и предупреждению природно-очаговых и особо опасных инфекций, в том числе КГЛ, ЛЗН, согласно которым из областного и местных бюджетов выделяются финансовые средства на приобретение инсектоакарицидных и родентицидных препаратов, тест-систем для проведения лабораторных исследований, а также выполнения истребительных работ, направленных на снижение численности носителей и переносчиков инфекций.

Исследование объектов внешней среды на зараженность вирусом Крым-Конго геморрагической лихорадки (ККГЛ) методом ПЦР дало возможность оперативно выявить места локализации зараженных клещей и провести непосредственно на данных участках истребительные мероприятия.

В 2011 году в Ростовской области сохранялась напряженная эпидемиологическая ситуация, связанная с заболеваемостью природно-очаговыми инфекциями, с преобладанием в структуре КГЛ — 65,8% от общего числа случаев.

Благоприятные условия для поддержания активности природного очага КГЛ способствовали проявлению эпидпроцесса, на 18 территориях области зарегистрировано 48 случаев инфицирования КГЛ или 1,13 на 100 тыс. населения против 16 случаев (0,37 на 100 тыс. населения) в 2010 году.

Методом ПРЦ из клещей *H. m. marginatum* в 36 пробах выделены РНК вируса ККГЛ: в Ремонтненском и Песчанокопском районах — 5 проб; Мартыновском, Заветинском, Зимовниковском — 4 пробы; Сальском, Целинском — 3 пробы; Дубовском, Орловском, Пролетарском и г. Волгодонске — по 2 пробы.

В Ростовской области в 2011 году зарегистрирован внутрибольничный очаг КГЛ среди медицинского персонала МУЗ «ЦРБ Сальского района» при оказании медицинской помощи заболевшей с диагнозом «КГЛ». В эпидемический процесс были вовлечены 8 медицинских работников стационара: 4 врача, 3 медицинские сестры, 1 санитарка. К распространению внутрибольничного очага привело нарушение правил биологической безопасности медицинскими работниками при оказании медицинской помощи заболевшей.

В 2011 году в области зарегистрировано 16 лабораторно подтвержденных случаев заболевания лихорадкой Западного Нила (ЛЗН), что в 3,7 раза ниже уровня заболеваемости 2010 года (59 случаев, 1,4 на 100 тыс. населения). ЛЗН регистрировалась на 10 территориях области: в городах Ростове-на-Дону (4 случая), Каменске-Шахтинском (3 случая), Веселовском районе

(2 случая), в г. Батайске, Неклиновском, Багаевском, Каменском, Аксайском, Мартыновском и Сальском районах — по 1 случаю.

Данные лабораторных исследований и фенологических наблюдений за переносчиками (в комарах, клещах, птицах, грызунах, отобранных на 11 территориях: г. Волгодонске, Мартыновском, Песчанокопском, Сальском, Целинском, Дубовском, Ремонтненском, Орловском, Заветинском, Пролетарском, Зимовниковском районах, обнаружен антиген вируса ЛЗН) свидетельствуют об активизации природных очагов ЛЗН на территории области.

В целом по области на проведение профилактических мероприятий по снижению численности переносчиков из средств бюджетов муниципальных образований выделено 16015,86 тыс. руб.

В сезон 2011 года противоклещевые мероприятия проводились на всех территориях области, акарицидные обработки выполнены на площади 15384,474 га, в том числе на территориях детских оздоровительных учреждений — 1619 га.

На высоком уровне остается число лиц, обратившихся за медицинской помощью в ЛПУ области по поводу укусов клещами — 6326 человек, из них 1470 — дети до 14 лет (в 2010 году — 5334 человек, в том числе 1277 детей до 14 лет).

В Ростовской области в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения по природно-очаговым инфекциям, в том числе КГЛ, профилактические и противозидемические мероприятия осуществлялись согласно Постановлению Администрации Ростовской области от 29.10.2009 №560 «Областная долгосрочная целевая программа «Развитие здравоохранения Ростовской области на 2010—2014 годы», подраздел «Мероприятия по обеспечению санитарной охраны территории и предупреждению природно-очаговых и особо опасных инфекций среди населения Ростовской области».

С целью снижения численности переносчиков природно-очаговых инфекций на средства областного бюджета в размере 4404,7 тыс. руб. были приобретены инсектоакарициды и родентициды, которые распределены по филиалам ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РО» для проведения истребительных мероприятий в открытых станциях, а также тест-системы для проведения лабораторных исследований и осуществления эпидемиологического мониторинга циркуляции возбудителей.

Кроме того, с целью недопущения случаев заражения природно-очаговыми инфекциями, Управлением Роспотребнадзора по Ростовской области совместно с ФКУЗ РостНИПЧИ и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» среди медицинских работников области активно проводятся семинары, в том числе кустовые, по вопросам «Профилактика инфекционных заболеваний и «сигнальные признаки» особо опасных болезней и других актуальных инфекций, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории».

Усилена работа среди населения по вопросам личной безопасности.

Сравнительная оценка скрининговых обследований населения Ставропольского края на ВИЧ-инфекцию

Петров С. П.; Савенко В. И.; ГБУЗ Ставропольского края «Ставропольский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации №16 от 13.02.2012 «О неотложных мерах по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» сокращение количества необоснованных обследований на антитела к ВИЧ и расширение охвата групп высокого риска заражения признано приоритетной задачей.

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (Информационный бюллетень №35, М, 2011) охват населения тестированием на ВИЧ в субъектах страны весьма неравномерен. В 2010 году в Российской Федерации на ВИЧ-инфекцию обследовалось 17,7% граждан, а по регионам страны этот показатель колебался от 31,8% до 7,1%. В Ставропольском крае на ВИЧ-инфекцию было обследовано 11,1% жителей, то есть примерно две трети общероссийского уровня.

В силу необходимости сокращения количества необоснованных обследований на антитела к ВИЧ считаем, что вся территория Российской Федерации не может, да и не должна, охватываться скрининговыми обследованиями на ВИЧ-инфекцию с равной долей. Охват населения обследованием должен быть напрямую связан со сложившейся эпидемической ситуацией в регионе и эпидемиоло-

гическими факторами распространения ВИЧ-инфекции среди групп высокого риска заражения.

В связи с вышеизложенным необходимо отметить, что в Российской Федерации количество людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции (показатель пораженности), на начало 2011 года составляло 363,4 случая на 100 тысяч населения. В Ставропольском крае этот показатель достиг лишь 29,8 случая, то есть был ниже общероссийского в 12,2 раза. Реже, чем в Ставропольском крае, случаи ВИЧ-инфекции среди населения отмечены только в одном субъекте РФ (Республика Тыва). Эти данные позволяют нам оценивать эпидемическую ситуацию по ВИЧ-инфекции на территории Ставропольского края как наиболее спокойную в Российской Федерации. Подкрепляется эта оценка эпидситуации в крае и тем обстоятельством, что у нас в расчете на 100 тысяч населения обследуется наибольшее количество лиц из числа самых массовых групп высокого риска заражения ВИЧ, по сравнению с другими субъектами РФ в Южном и Северо-Кавказском федеральных округах.

Так, в 2010 году на 100 тысяч населения Ставропольского края проведено 1029,6 обследований лиц, употребляющих инъекционные наркотики или страдающих

Таблица 1

Количество обследованных потребителей инъекционных наркотиков (код 102) и лиц с заболеваниями, передающимися половым путем (код 104), на 100 тысяч населения субъектов РФ по Южному и Северо-Кавказскому федеральным округам за 2010 год

Субъекты РФ	Численность населения	Коды обследуемых групп населения					
		102		104		Сумма двух кодов	
		Кол-во обследованных	Показатель на 100 тыс. населения	Кол-во обследованных	Показатель на 100 тыс. населения	Кол-во обследованных	Показатель на 100 тыс. населения
РФ	141914509	265706	187,2	998470	703,6	1264176	890,8
ЮФО	13713495	18451	134,5	66438	484,5	84889	619
Республика Адыгея	443168	372	83,9	2533	571,6	2905	655,5
Республика Калмыкия	283166	250	88,3	1140	402,6	1390	490,9
Краснодарский край	5160656	9599	186	14109	273,4	23708	459,4
Астраханская область	1007113	1114	110,6	8998	893,4	10112	1004
Волгоградская область	2589887	3226	124,6	11548	445,9	14774	570,5
Ростовская область	4229505	3890	92	28110	664,6	32000	756,6
СКФО	9254940	10579	114,3	35523	383,8	46102	498,1
Республика Дагестан	2737313	1464	53,5	5461	199,5	6925	253
Республика Ингушетия	516693	218	42,2	126	24,4	344	66,6
Кабардино-Балкарская республика	893819	1853	207,3	1332	149	3185	356,3
Карачаево-Черкесская республика	427017	621	145,4	1719	402,6	2340	548
Республика Северная Осетия – Алания	700858	987	140,8	2191	312,6	3178	453,4
Чеченская республика	1268042	665	52,4	1551	122,3	2216	174,7
Ставропольский край	2711198	4771	176	23143	853,6	27914	1029,6
Сумма двух округов	22968435	29030	126,4	101961	443,9	130991	570,3

заболеваниями, передающимися половым путем. Этот показатель края превышает показатель Северо-Кавказского федерального округа более чем в два раза (498,1), показатель Южного федерального округа — на 66,3% (619,0) и показатель Российской Федерации — на 15,6% (890,8) (табл. 1).

Контингентом с высоким риском заражения являются также лица, находящиеся в местах лишения свободы (код обследования 112), но в Ставропольском крае среди данной группы непропорционально много жителей соседних Северо-Кавказских республик. Тем не менее в 2010 году количество обследований по коду 112 составило в крае 313,0 на 100 тысяч населения, что значительно больше показателей Южного (282,2) и Северо-Кавказского (168,0) федеральных округов, а уступает показателю только одного субъекта РФ в этих двух округах — Астраханской области.

Количество обследуемых из числа мужчин, имеющих секс с мужчинами (код обследования 103), и контактных с ВИЧ-инфицированными (код обследования 120) очень мало и практически не влияет на общий уровень охвата групп высокого риска заражения. Логичнее было бы при оценке сложившейся эпидемиологической и эпидемической ситуации на территории рассматривать показатели выявляемости ВИЧ-инфекции у данных групп отдельно. Так, в Ставропольском крае показатель выявляемости заболевания среди контактных с ВИЧ-инфицированными в 2010 году составил 54,1 случая на 1000 обследованных. Это значительно выше, чем в целом по Российской Федерации (41,1) и выше общего показателя для двух федеральных округов — Южного и Северо-Кавказского (48,7). Эти данные Ставропольского края говорят, по-нашему мнению, о большей эпидемиологической обоснованности отбора лиц в контингент контактных с зараженными, чем в целом по Российской Федерации.

При меньшем охвате населения Ставропольского края скрининговыми обследованиями (11,1% населения против 17,7% в РФ) и при более спокойной эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции (как отмечалось ранее — в 12,2 раза) только за счет более интенсивного обследования контингентов высокого риска заражения и эпидемиологически обоснованного отнесения лиц к контингенту контактных в 2010 году нам удалось выявить относительно больше (по показателям других территорий России) ВИЧ-инфицированных. Так, количество новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 тысяч жителей Ставропольского края составило 4,8, что ниже показателя Российской Федерации не в 12,2, а лишь в 8,6 раза. Если же рассматривать количество новых случаев ВИЧ-инфекции, приходящихся не на проживающих на территории, а на обследованных, то в крае было зарегистрировано 45,6 случая на 100 тысяч обследованных человек (показатель выявляемости). Этот показатель края ниже показателя Российской Федерации уже только в 5,2 раза.

Мы полагаем, что эффективность скрининга населения Ставропольского края по выявлению ВИЧ-инфицированных лиц примерно в 2,4 раза превышает общий уровень Российской Федерации. Это мнение опирается на используемый нами показатель эффективности скрининга (ПЭС), который получается как результат деления показателя выявляемости на показатель пораженности. Для Ставропольского края этот показатель в 2010 году составил 1,53 (45,6:29,8), а для Российской Федерации — 0,64 (233,0:363,4). Предлагаем считать падение ПЭС ниже 1,0 преваляцией в скрининге эпидемиологически необоснованных обследований на антигена к ВИЧ и недостаточностью охвата групп высокого риска заражения на данной территории.

Алгоритм профилактики вертикальной трансмиссии и реализации перинатальной инфекции вирусов гепатитов С и В

Московская И. А., к.м.н.; Холодняк Г. Е., к.м.н.; Рыбакова Н. В., врач-инфекционист; Трифонова Р. С., к.м.н.; Центр детской гепатологии, Кабинет профилактики врожденных гепатитов, Управление здравоохранения, г. Тула; Малиновская В. В., д.б.н., профессор ГУ НИИЭМ им. Н. Ф. Гамалеи РАМН, г. Москва

В связи со стабильно высоким уровнем инфицированности женщин фертильного возраста вирусами гепатитов С (HCV) и В (HBV) перинатальный путь передачи приобретает все большее значение. Учитывая отсутствие единого методического подхода, обоснование и внедрение в повседневную практику алгоритма профилактики врожденных вирусных гепатитов становится все более актуальным.

Особенности врожденной гепатитной инфекции (вероятность антенатального инфицирования, угроза тяжелой клинической формы острого и хронического гепатита, раннее формирование фиброза печени, резистентность к противовирусной терапии) требуют мероприятий, направленных на предупреждение передачи возбудителя от матери ребенку, и ранней диагностики трансмиссии с целью адекватной терапии [1, 5, 6].

Установлено, что значительное число детей, рожденных матерями-носителями HBV, приобретают хроническую инфекцию, несмотря на активную и пассивную иммунизацию. У 23% таких детей были выявлены мутантные формы HBV с заменой одной или более аминокислот

в HBs Ag, чаще в позициях 142—145 [3]. Исследования мутантных форм в эксперименте продемонстрировали их жизнеспособность и патогенность. Следовательно, врожденная инфекция фактически инициируется мутантом HBV, вызывающим иные клинические проявления и исходы.

У детей, рожденных женщинами с HBs Ag и HBe Ag, формирование персистирующей HBs-антигемии документировано в 100% случаев, у рожденных женщинами с HBs Ag и anti-HBe — в 10% [2]. Обнаружение у матери HBe Ag служит критерием риска трансмиссии. Учитывая циркуляцию HBe Ag-негативных штаммов, мы исследуем и DNA HBV [6]. Под нашим наблюдением находятся 154 ребенка, рожденных женщинами с HBs-антигемией. Из 79 детей, обратившихся впервые в период с 2007 по март 2010 года (все в анамнезе получили вакцину против гепатита В), HBs Ag обнаружен у 6 (7,6%). Ни у одного из этих детей не были обнаружены прививочные антитела anti-HBs. У двух детей в возрасте до 1 года диагностирован острый гепатит, затяжное течение, у четырех — хронический гепатит В.

По данным обзоров мировой литературы, единого подхода к диагностике трансмиссии HCV нет, констатируется значимость вирусной нагрузки [4].

Под нашим наблюдением находились 1007 детей, рожденных женщинами с маркерами вируса гепатита С. У всех детей и матерей исследовали anti-HCV IgG, маркеры вирусов гепатита В, ВИЧ (с целью выявления микст-инфекции), биохимические пробы. У 74% женщин anti-HCV впервые выявлены во время данной беременности. RNA HCV исследована у 822 пар мать—ребенок. По показаниям проводили сонографию органов брюшной полости с определением количественных критериев степени фиброза печени, дуплексное сканирование. Информация о детях и их матерях заносилась в динамическую электронную базу данных, которая дополнялась по мере динамического наблюдения за детьми. Статистическую обработку осуществляли в среде пакета Statistica (StatSoft, USA).

Основанием для верификации диагноза «врожденный гепатит С» служили:

- обнаружение маркеров вируса anti-HCV IgG и RNA HCV у матери и у ребенка;
- повышение активности трансаминаз и другие биохимические признаки гепатита (диспротеинемия, повышение активности щелочной фосфатазы, др.);
- количественные показатели эхографии и доплерографии сосудов печени и селезенки;
- при необходимости — результаты пункционной биопсии печени.

У 822 пар мать—ребенок исследована RNA HCV. Вертикальная трансмиссия вируса новорожденному с исходом в хронический гепатит С документирована у 40 (5%) детей этой группы. Кроме того, у 98 (12%) была диагностирована «транзиторная вирусемия» или острый гепатит С с исходом в выздоровление и элиминацию маркеров на фоне терапии, включающей α -ИФН (Виферон, суппозитории ректальные) курсами от 2 до 4 месяцев.

Из 822 матерей RNA HCV обнаружена у 396 (48,2%), генотип 1 — в 58% исследований, генотип 3 — в 38%, генотип 2 — в 3%, два генотипа — в 1%. Кроме того, у 56 человек (6,8%) обнаружены маркеры ВИЧ. Среди матерей, не вошедших в группу проведения алгоритма профилактики врожденных гепатитов (436 человек), RNA HCV обнаружена у 201 (46%). Среди вошедших в группу проведения алгоритма профилактики (386 человек) RNA HCV выявлена у 195 (51%).

Нами сформулированы факторы риска вертикальной передачи вируса гепатита С со стороны матери и показатели реализации перинатальной передачи у ребенка. Статистически значимы: обнаружение у матери во время беременности RNA HCV ($p=0,041$), генотип 1 ($p<0,00001$). Для констатации реализации перинатальной передачи у ребенка высоко значимы: обнаружение RNA HCV ($p<0,00001$), генотип 1 ($p<0,00000$), повышение в динамике концентрации специфических антител к структурным и неструктурным белкам HCV, повышение активности АЛТ и/или АСТ [1, 5].

На основании нашего опыта работы мы предлагаем следующий алгоритм профилактики вертикальной трансмиссии и реализации перинатальной инфекции вирусов гепатитов С и В (рис. 1).

На первом этапе в женской консультации проводится скрининг планирующих беременность и беременных на anti-HCV IgG и HBs Ag, при обнаружении — направление в кабинет профилактики перинатальных гепатитов (КППГ) [5]. Верификация диагноза у беременных при постановке на учет и на 30-й неделе проводится на основании результатов определения в динамике маркеров репликации вирусов, биохимических проб, УЗИ.

При обнаружении anti-HCV определяется RNA HCV и проводится генотипирование, при HBs-антигемии — выявление DNA HBV, HBe Ag. Женщинам фертильного возраста, больным хроническим вирусным гепатитом, по показаниям до наступления планируемой беременности проводится противовирусная терапия, что снижает риск инфицирования младенца. Во время лечения и в течение 6 месяцев после проведенной противовирусной терапии женщина должна соблюдать правила строгой контрацепции [7]. Беременным с маркерами репликации вирусов гепатитов 1 раз в 3 месяца или по показаниям проводится биохимический анализ, результаты учитываются в процессе ведения инфекционистом-гепатологом КППГ и гинекологом женской консультации. С 30-й недели назначается α -интерферон в суппозиториях (виферон) в дозе 500000 МЕ 2 раза в сутки, вначале 10 дней ежедневно, затем — трижды в неделю до родоразрешения.

Второй этап. По нашим данным, по критерию Пирсона ($p=0,28$), по точному критерию Фишера ($p=0,48$), коэффициенту Спирмена ($R=-0,07$, $p=0,28$), влияние кесарева сечения на вероятность вертикальной трансмиссии RNA HCV статистически незначимо, то есть репликативная фаза хронического гепатита С не является противопоказанием для естественных родов.

Женщинам, у которых во время беременности обнаруживаются маркеры репликации вирусов гепатитов, рекомендован отказ от грудного вскармливания.

Третий этап обеспечивается с момента выписки матери и новорожденного. Ребенок поступает под наблюдение Центра детской гепатологии с возраста 1 месяц, при появлении признаков инфицирования получает противовирусную терапию α -интерфероном (Виферон, суппозитории ректальные) и терапию по показаниям. Дети, рожденные женщинами с HBs-антигемией, получают вакцинопрофилактику по схеме 0 (при рождении), 1, 2, 12 месяцев с исследованием биохимических проб и HBs Ag в 3, 6 и 13 месяцев, определением концентрации прививочных антител anti-HBs в поствакцинальном скрининге или при нарушениях схемы.

Из числа детей, рожденных женщинами с положительной RNA HCV, не получивших меры профилактики по программе общего алгоритма ($n=201$), хронический гепатит диагностирован у 39 (19,4%). Из числа детей, рожденных женщинами с положительной RNA HCV и получивших меры профилактики по программе алгоритма ($n=195$), хронический гепатит С сформировался у 1 (0,5%).

Выводы

- Показатели трансмиссии и реализации инфекции HCV следует учитывать, исходя из числа матерей с ХГС в фазе репликации. Среди наших пациентов эта цифра составила 10% (исход в хронический врожденный гепатит С у 40 из 396 новорожденных).
- Мероприятия, обеспечивающие снижение риска передачи HCV и HBV:
 - женщинам, планирующим беременность, — комплексная противовирусная терапия до беременности. В случае репликативной фазы гепатита ИФН — профилактика (Виферон, суппозитории ректальные). Во время беременности и родов избегать использования пренатальных диагностических методик, отказ от грудного вскармливания.
 - новорожденным — наблюдение в Центре гепатологии, при появлении признаков вертикальной трансмиссии — терапия с применением препарата Виферон, суппозитории ректальные; индивидуальный график вакцинации, исключение живых вакцин.

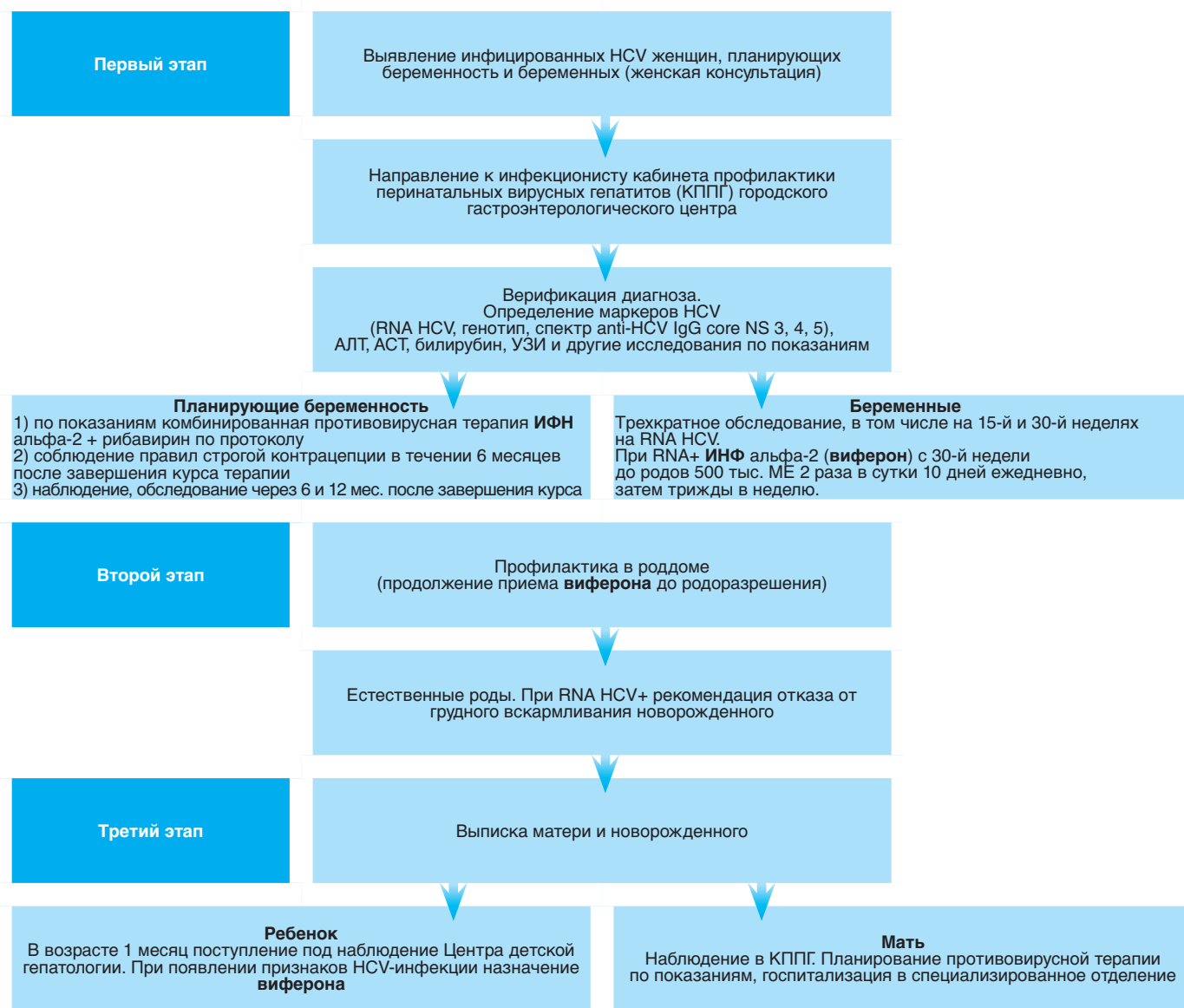


Рис. 1. Общий алгоритм профилактики вертикального пути передачи HCV-инфекции

У детей, рожденных женщинами с RNA HCV ($n=396$), исходы перинатального контакта были следующими. Из числа пар мать—ребенок, не прошедших через кабинет профилактики врожденных гепатитов и не получавших меры профилактики ($n=201$), врожденный хронический гепатит С документирован у 39 (19,4%) детей. Из 195 пар, получивших алгоритм профилактики, хронический гепатит С документирован у 1 ребенка (0,5%).

- Использованный нами в повседневной практике общий алгоритм профилактики вертикальной трансмиссии и реализации инфекции вируса гепатита С в клинической форме врожденного хронического гепатита С оказался эффективным и может быть рекомендован для применения службами родовспоможения и детства.

Литература

- Московская И. А. Болезни печени у детей. — Тула: Гриф, 2007. — 536 с.
- Кузин С. Н. Сравнительная эпидемиологическая характеристика гепатитов с парентеральным механизмом передачи возбудителей в России и некоторых странах СНГ // Автореф. дисс. ... д.м.н. — М, 1998. — 52 с.

- Naijan O. V., Stevens C. E., Taylor P. E., Margolis H. S. Hepatitis B virus (HBV) antibody resistant mutants among mothers and infants with chronic HBV infection. In *Viral hepatitis and liver disease*. — Turin: Edizioni Minerva Medica, 1997. — P. 132—134.

- Latifa T. F., King S. M., Roberts E. A. Mother-to-infant transmission of hepatitis C virus. *Concise Review // Hepatology*. — 2001. — Vol. 34, №2. — P. 223—229.

- Холодняк Г. Е., Павлов Ч. С., Московская И. А. с соавт. Организация работы по профилактике врожденных гепатитов в условиях крупного города // В сб: *Высокотехнологические и инновационные методы диагностики и лечения социально значимых заболеваний в гастроэнтерологии*. — Ростов-Дон, 2009. — С. 246—248.

- Рыбакова Н. В., Грачевский В. Н., Чистова Л. В., Михайловская Н. И. Врожденный гепатит В // В сб: *Высокотехнологические и инновационные методы диагностики и лечения социально значимых заболеваний в гастроэнтерологии*. — Ростов-Дон, 2009. — С. 238—242.

- Mahadevan U., Kane S. Рекомендации Института Американской гастроэнтерологической ассоциации по медикаментозному лечению заболеваний желудочно-кишечного тракта у беременных // *Клиническая гастроэнтерология и гепатология. Русское издание*. — 2008. — Т. 1. — №6. — С. 426—431.

Магнитно-резонансная томография как метод распознавания ранних проявлений деформирующего остеоартроза коленных суставов

Злобина Д.С., Семенова Н.О., клинические ординаторы кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии РостГМУ; Васильева Т.Н., заведующая кабинетом МРТ, врач-рентгенолог; Джанелидзе Т.Д., врач-рентгенолог; ФБУ «1602 ОБКГ» МО РФ, г. Ростов-на-Дону

Актуальность

Остеоартроз — одно из распространенных заболеваний костно-суставного аппарата у взрослых, представляющее собой дегенеративно-дистрофический процесс в суставе, обусловленный первичным поражением суставного хряща. По данным ВОЗ, это заболевание поражает от 6,4 до 12% населения, причем в последние годы вызванная им нетрудоспособность возросла в 3–5 раз. По официальной статистике России, общее количество зарегистрированных больных с поражением костно-мышечной системы составило более 14 млн человек. Как принято было считать ранее, данной патологией преимущественно страдают пожилые люди, но, к сожалению, проблема профилактики, диагностики и лечения дегенеративно-дистрофических поражений коленных суставов в последнее время приобрела

особую актуальность и значимость в связи с развитием заболевания в юношеском возрастном периоде. При этом увеличивается заболеваемость подростков, в первую очередь — мужского пола. Распространенность деформирующего остеоартроза (ДОА) только за 1999—2003 годы возросла на 35%. В структуре ОА особое место принадлежит поражению суставов нижних конечностей, в частности коленных, несущих основную весовую нагрузку. Остеоартроз коленных суставов привлекает к себе особое внимание из-за прогрессирующего течения, постоянства болевого синдрома, существенно нарушающего двигательную активность больных. В настоящее время не вызывает сомнения, что заболевания опорно-двигательного аппарата существенно ухудшают качество жизни людей. Из-за постоянной боли, нарушения функциональной активности с частым развитием

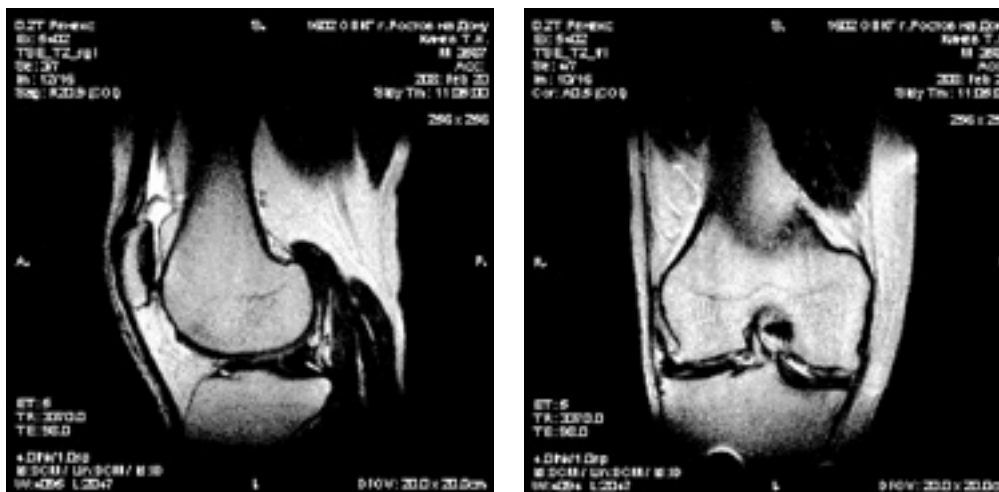


Рис. 1. Неравномерное истончение хряща латеральных мыщелков бедренной и большеберцовой костей, дегенеративные изменения передней крестообразной связки.

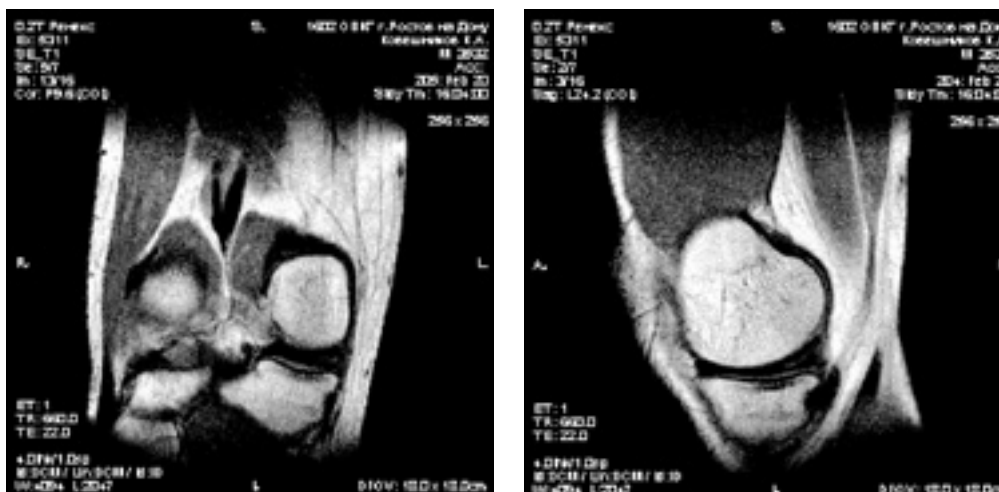


Рис. 2. Линейный участок гиперинтенсивного сигнала в горизонтальной плоскости (разрыв заднего рога медиального мениска), распространяющийся на суставную поверхность заднего рога медиального мениска.

временной и стойкой нетрудоспособности изменяется как жизнь самого больного, так и его семьи.

Традиционная клиничко-рентгенологическая диагностика ОА не решает проблемы выявления заболевания на ранних стадиях. Экспериментально показано, что рентгенологически выявленному ОА предшествует стадия биохимических изменений в матриксе хряща с последующим последовательным развитием электронно-оптических, гистоморфологических и макроскопических изменений. Зачастую поражения суставов в начальной стадии не имеют достаточно характерных клинических и рентгенологических признаков, которые могут быть использованы в качестве диагностических критериев. В ряде случаев распознавание заболеваний суставов резко затрудняется также при атипичном их течении, особенно при моно- или олигоартритах.

Для чего необходима диагностика ОА именно на ранних стадиях заболевания? Длительное время считалось, что хрящ не способен восстанавливаться и обновляться, а изменения при остеоартрозе — это следствие его старения и дегенерации. Однако ряд исследований, проведенных в последние годы, показал, что хрящ при остеоартрозе способен к восстановлению.

Ведущую роль в диагностике различных заболеваний коленных суставов сохраняет за собой рентгенологический метод, являющийся простым и доступным в исполнении, но для ранней диагностики ОА разработаны и используются методы, с помощью которых можно установить начальные изменения суставного хряща. К таковым относятся артроскопия, позволяющая визуально оценить состояние хряща и внутрисуставных структур и распознать начальные изменения хряща на дорентгенологической стадии проявлений ОА, а также метод магнитно-резонансной томографии (МРТ), с помощью которого возможна диагностика ОА на стадии развития патологических изменений в структуре матрикса суставного хряща, когда он внешне представляется интактным и не определяется на обычном рентгеновском снимке, а также позволяет увидеть повреждения мениско-связочного аппарата коленного сустава.

Остеоартроз характеризуется двумя параллельными процессами: деградацией и синтезом экстрацеллюлярного матрикса суставного хряща и субхондральной кости, основная роль в регуляции этих процессов принадлежит системе цитокинов.

Целью исследования явилось определение стадий ДООА коленных суставов у лиц различных возрастных периодов на базе ФБУ «1602 ОБКГ» МО РФ с помощью метода МРТ с последующим составлением статистической картины заболеваемости в данном лечебном заведении.

Материалы и методы

Проведено изучение и сопоставительный анализ результатов МРТ коленных суставов за 2011 год у 736 пациентов на специализированном ортопедическом томографе 0,2 Тл фирмы Repex. В процессе исследования было выявлено с ДООА начальной стадии: 5 больных юношеского возраста (17—21 год), 153 человека зрелого возраста (22—55 лет) обоих полов, 58 человек преклонного возраста (56—74 года) и 10 человек старческого возраста (75—90 лет). Все пациенты имели различные по степени выраженности клинические проявления дегенеративно-дистрофического заболевания коленных суставов. Методика исследования предусматривала выполнение МРТ одного или обоих коленных суставов в режимах T1, T2 и STIR, что позволяло выявить на томограмме патологические изменения, характерные для различных стадий остеоартроза, а также сочетанные с ним травматические повреждения.

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов проведенного МРТ-исследования и полученных при этом качественных и количественных показателей выявил высокую частоту заболеваемости ДООА коленных суставов: в юношеском возрасте — 2,21%, у лиц первого периода зрелого возраста — 7,96%, причем имела место начальная форма ДООА. Основное количество пациентов, страдающих остеоартрозом, приходится на период зрелого возраста — 59,7% I и II стадии ДООА. Необходимо отметить, что ранним и достоверным признаком ДООА коленных суставов является неравномерное истончение гиалинового хряща на суставных поверхностях. При этом также происходят дегенеративные изменения менисков. Патологические изменения II стадии, такие как снижение высоты суставной щели, деструкция суставного хряща, краевые костные разрастания, дегенеративные изменения связок и фиброзно-хрящевых структур, вторичный экссудативный синовит, сопровождающийся участками отека синовиальной оболочки и костного мозга в субхондральных отделах кости, обнаруживались только в зрелом (9,7%), преклонном (9,7%) и старческом (3,1%) возрастных периодах. Грубые краевые костные разрастания, участки субхондрального фиброза, а также изменения формы и размеров кости, протяженные участки дегенерации суставного хряща, вплоть до полного его отсутствия, грубая дегенерация связок (III стадия) наблюдались у лиц преклонного (2,21%) и старческого (1,3%) возрастных периодов.

Выводы

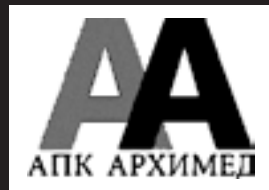
- По данным проведенного исследования было установлено, что выявление дегенеративно-дистрофических изменений гиалинового хряща на всех суставных поверхностях и мениско-связочного аппарата коленного сустава, характерных для начальной стадии деформирующего остеоартроза, наиболее информативно и целесообразно при помощи метода магнитно-резонансной томографии.
- Чаще всего деформирующий остеоартроз начинает развиваться у лиц зрелого возраста (22—55 лет), что свидетельствует о его раннем дебюте по сравнению с данными прошлых лет.
- Осуществление ранней диагностики деформирующего остеоартроза позволяет врачу своевременно рекомендовать больным комплекс оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий, что несомненно поможет избежать или значительно отсрочить неотвратимость возникновения негативных клинических проявлений распространенного деформирующего остеоартроза.

Литература

1. Брюханов А. В., Васильев А. Ю. Магнитно-резонансная томография в остеологии. — М: Медицина, 2006. — 200 с.
2. Семизоров А. Н., Романов С. В. Рентгенологическое и ультразвуковое исследование при заболеваниях суставов. Пособие для врачей. 2-е издание. — М: Издательский дом Видар. — М, 2006. — 152 с.
3. Райзер М., Баур-Мельник А., Глассер К. Лучевая диагностика. Костно-мышечная система. — М: МЕДпрессинформ, 2011. — 384 с.
4. David W., Stoller M. D. Magnetic Resonance Imaging in Orthopaedics and Sports Medicine. 3rd edition. — Springer, 2005. — P. 1084.

PACS —

система «АПК АрхиМед» — создана для решения задач в сфере медицины



В современных условиях каждая организация сталкивается с необходимостью решения таких вопросов, как рост прибыли, снижение расходов и повышение эффективности работы при том же количестве персонала. Именно поэтому в лечебных учреждениях всего мира применяются специализированные цифровые средства обработки изображений и информации

Эти решения позволяют наиболее эффективно использовать существующее оборудование и на порядок поднять уровень предоставления услуг. «АПК АрхиМед» в полной мере предоставит эти возможности для лечебного учреждения любого профиля, удовлетворяя всем нынешним потребностям, а также станет надежной основой для дальнейшего развития.

PACS\RIS на основе локальной вычислительной сети, сервера базы данных и средств архивирования объединит в единую систему все регистрирующие изображения аппараты медучреждения, позволит автоматизировать работу в радиологических кабинетах и даст возможность оперативного ввода и последующего доступа к диагностической радиологической информации из любого места лечебного учреждения или сети больниц.

Современные технологии — вложение в будущее

«АПК АрхиМед» — это система, при создании которой учитывались цели, потребности, особенности повседневной практики и устройства рабочего процесса российских лечебных учреждений. Компания «Мед-Рей» как производитель уделяет большое внимание продвижению информационных технологий в медицине и предлагает самые различные решения по созданию радиологических информационных систем.

«АПК АрхиМед» имеет возможность взаимодействовать с программным обеспечением и информационными системами других разработчиков, тем самым предоставляет пользователю необходимый набор инструментов, а пациентам — наилучшую медицинскую помощь.

В комплект поставки «АПК АрхиМед» могут входить клинические приложения и средства трехмерной обработки, включающие модули анализа данных томографии сердца и печени, визуализации сосудов, обнаружения легочных узелков, виртуальной колоноскопии и др. Этот набор инструментов откроет новые возможности для планирования хирургических операций и диагностики.

Надежный производитель PACS\RIS-систем

Сегодня очень важно правильно подойти к выбору системы PACS\RIS. Сделав выбор, вы доверяете информацию о пациентах системе, которая обязана обеспечить целостность и сохранность данных, а также будет отличаться скоростью, качеством и эффективностью. Компания «Мед-Рей» уже зарекомендовала себя как надежный разработчик специализированного программного обеспечения «АПК АрхиМед», которое успешно выполняет вышеизложенные задачи во многих ведущих ЛПУ страны.

ООО «Мед-Рей»

тел. (495) 668-07-64 | e-mail: info@med-ray.ru, www.med-ray.ru

Организация травматолого-ортопедической помощи детям в Ростовской области

*Бойко А. С., к.м.н., главный внештатный детский травматолог-ортопед МЗ РО;
Павленко В. Л., заслуженный врач РФ, главный врач ГБУ РО ОДБ; Бойко Л. А., заслуженный врач РФ, зам. главного врача по медицинской части ГБУ РО ОДБ, г. Ростов-на-Дону*

На 1 января 2012 года детское население Ростовской области составило 804133 ребенка, из них от 0 до 14 лет — 657409 детей, от 15 до 17 лет — 146724 человека. В 2011 году травмы получили 82555 детей. Структура травматизма распределилась следующим образом: бытовой — 56252 (68,2%); уличный — 17916 (21,5%); транспортный — 643 (0,8%), в том числе автодорожный — 477 (0,6%); школьный — 3317 (4,0%); спортивный — 2284 (2,9%); прочие травмы — 2143 (2,6%). Следует отметить, что показатели детского травматизма в Ростовской области не превышают средние значения по Российской Федерации.

Кадры

В оказании помощи детям с травмами и ортопедической патологией в городах и районах Ростовской области участвуют 50 специалистов: 19 детских травматологов, 21 детский хирург, 5 камбустиологов и 5 нейрохирургов. Из них в стационарах области работают 28 человек, в амбулаторной сети — 22. В Ростове-на-Дону — 33 человека из 50. Высшую квалификационную категорию имеют 24 врача, первую — 11, вторую — 8. Восемь специалистов имеют ученую степень кандидата медицинских наук, один — доктора медицинских наук.

Амбулаторная помощь

Амбулаторную помощь дети с ортопедической патологией и травмами получают на специализированных приемах, которые осуществляются в консультативной поликлинике Областной детской больницы г. Ростова-на-Дону, детских поликлиниках №№1, 2, 3, 4, 6, 8, 17, 18, 45 Ростова-на-Дону, детской городской поликлинике Железнодорожного района, детском диагностическом центре г. Ростова-на-Дону, в городах Батайск, Азов, Шахты, Таганрог, Волгодонск, Новочеркасск, Новошахтинск, Гуково.

В области функционируют 3 травматологических пункта, ведущих прием детей. В Ростове-на-Дону — на базе городской клинической больницы №20, городской больницы №4 и в Таганроге. Травмпункт городской клинической больницы №20 работает круглосуточно. В травмпункте работают 9 врачей по текущему графику. 4 врача — детские хирурги, 5 врачей имеют специализацию по детской травматологии. Травмпункт городской больницы №4 работает посменно с 9.00 до 21.00. В штате 3 детских хирурга. Травмпункт г. Таганрога работает круглосуточно, все врачи — сертифицированные детские хирурги. Все травмпункты оснащены необходимой диагностической аппаратурой, малыми операционными, перевязочными, гипсовочными, которые имеют необходимый набор инструментов для оказания помощи. В травмпунктах проводится антирабическая и противостолбнячная профилактика.

В городах области ортопедо-травматологический прием в большинстве ведут детские хирурги. Во многих районах области выделенного приема нет, и амбулаторную помощь детям оказывают травматологи и хирурги общего профиля, что нередко приводит к тактическим ошибкам.

Стационарная помощь

Стационарная помощь детям с травмами и ортопедической патологией осуществляется на 140 койках, из них 80 травматологических и 60 ортопедических. В области

развернуто лишь одно специализированное отделение травматологии и ортопедии для детей — на базе городской больницы №20 г. Ростова-на-Дону. В составе его 55 коек: 40 травматологических и 15 ортопедических.

С целью приближения помощи детям с травмами и ортопедической патологией из отдаленных районов области были организованы межрайцентры в городах Шахты и Таганрог. В городе Таганроге на базе 60-коечного детского хирургического отделения №2 многопрофильной больницы развернуто 25 травматолого-ортопедических коек. Кроме того, в состав отделения входит 5 коек для лечения ожоговых больных. В городе Шахты 30 коек (20 травматологических и 10 ортопедических) развернуты в составе хирургического отделения детской городской больницы.

На базе больницы скорой медицинской помощи №2 Ростова-на-Дону функционирует центр детской нейро-травматологии на 25 коек. На базе городской больницы №20 развернуто ожоговое отделение на 40 коек.

В составе 60-коечного хирургического отделения Областной детской больницы выделено 30 ортопедических коек и 10 коек для оказания помощи детям с сочетанной травмой. На базе Областной детской больницы Ростова-на-Дону запланировано строительство 6-этажного хирургического корпуса, где планируется создание 40-коечных травматологического и нейрохирургического отделений. Травматологи, нейрохирурги, реаниматологи Областной детской больницы оказывают круглосуточную консультативную помощь городам и районам области в телефонном режиме, по линии санитарной авиации, с выездом на место и эвакуацией пациентов на себя при необходимости. На базе хирургического отделения Областной детской больницы проводится оперативная коррекция врожденных пороков развития, различной ортопедической патологии, включая нейроортопедию, последствий травм у детей, проживающих в республиках Северного Кавказа, близлежащих регионов — Краснодарского и Ставропольского краев.

В Ростовской области налажена тесная связь с центральными профильными НИИ, где проводятся консультации, а при необходимости — и оперативное лечение детей с наиболее сложной ортопедической патологией по квотам на высокотехнологичную помощь.

Выводы

- **Стационарная помощь** детям с травмами и ортопедической патологией в Ростовской области оказывается своевременно, качественно и на должном уровне. Стационары укомплектованы кадрами, имеют необходимое оснащение, которое с учетом роста высокотехнологичных методик в детской травматологии и ортопедии обновляется качественно и расширяется в сторону малоинвазивных методов лечения.
- Недостаточное количество квалифицированных профильных специалистов в амбулаторной сети нередко приводит к запоздалой диагностике и ошибкам в лечении, затрудняет своевременную организацию осмотров новорожденных, долженствующего диспансерного наблюдения. В этой связи необходимо шире использовать возможности специализированных приемов, в том числе и областного уровня.

TM "Иволга"

– это комфорт, надёжность, защита



Мы предлагаем:

одноразовые:
 одежду для врача и пациента •
 операционное и постельное белье •
 инструменты •

С использованием инновационного материала



*многослойный материал •
 с высокими барьерными свойствами;
 применяется в одноразовых •
 комплектах для хирургии, урологии,
 гинекологии и акушерства*

Подробную информацию можно получить в наших филиалах:

г. Краснодар, ул. Бородинская, 150/11
 тел. (861) 266-57-86, e-mail: krasnodar-market@gexa.ru
 г. Ростов-на-Дону, ул. Доватора, 158/5, тел. (863) 223-05-66
 г. Волгоград, тел. 8-906-403-2003
 г. Астрахань, ул. Рыбинская, 11, тел. (8512) 20-10-66



www.ivolga.gexa.ru



РЕКЛАМА



тел./факс:
 +7 (4722)
 34-31-79
 31-60-94
 56-81-81



ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ФИРМА

ЛИВАМ



ISO 9001:2008

www.livam.ru

308023, Россия, г. Белгород, проспект Б. Хмельницкого, 134 А

Производственная фирма «Ливам» является российским специализированным разработчиком и производителем аквадистилляторов медицинских, установок УПВА (аналог бидистиллятора), сборников для хранения очищенной воды.

**УСТАНОВКИ ПОЛУЧЕНИЯ ВОДЫ
 АНАЛИТИЧЕСКОГО КАЧЕСТВА**

(аналог БИДИСТИЛЛЯТОРА)

Качество дистиллированной воды соответствует требованиям: ФС 42-2620-97 ГФ XI издания «Вода для инъекций»; ГОСТ 6709-72 «Вода дистиллированная»; ГОСТ Р 52501-2005 «Вода для лабораторного анализа» (степень чистоты 2 или тип II)



Наши электронные адреса: market@livam.ru

livam@livam.ru

АКВАДИСТИЛЛЯТОРЫ МЕДИЦИНСКИЕ

В конструкции оборудования внесены изобретения, защищенные патентами Российской Федерации.

На все оборудование получены Регистрационные удостоверения, выданные Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.



**СБОРНИКИ ДЛЯ ХРАНЕНИЯ
 ОЧИЩЕННОЙ ВОДЫ**

Продукция изготавливается из коррозионностойкой стали 12Х18Н10Т

Гарантия на аквадистилляторы и установки 14 месяцев, на сборники 18 месяцев со дня продажи оборудования!

ПРЕИМУЩЕСТВА УПВА В СРАВНЕНИИ С БИДИСТИЛЛЯТОРОМ

- Рациональное потребление электроэнергии (энергопотребление в два раза ниже);
- Экономия по расходу питьевой воды (в два раза меньше);
- Качество получаемой воды (дистиллята) выше.

РЕКЛАМА

Основные направления применения озона в сфере родовспоможения

Сибельдина Л. А., академик, профессор, д. б. н., к. ф.-м. н., генеральный директор ООО «Орион-Си»; Тышкевич Е. П.

Озон — бесценный подарок Создателя. Его уникальные свойства огромны и неограниченны. Это не фармацевтический препарат — сама природа заботится о нас. Великий и непревзойденный художник и целитель — Доктор Природа — благословил Человечество, принес в дар исключительную помощь и выдающееся благословение — Озон.

Лили Аркадьевна Сибельдина (на основе заключений мировой науки)

История применения человечеством «озоновых технологий» насчитывает более 150 лет. За такой продолжительный период времени использование озона получило достаточно широкое развитие практически во всех сферах жизнедеятельности человека. Инициатором использования «озоновых технологий» в медицине на протяжении 20 лет является московская научно-производственная компания «Орион-Си». Основные области ме-

дицины, в которых приборы компании превосходят отечественные и зарубежные аналоги по целому ряду параметров, это дезинфекция, стерилизация и лечение.

В 1992 году компания представила на рынок уникальный прибор озонатор ОП1-М, который на сегодняшний день остается самым портативным озонатором в мире, обладая при этом техническими характеристиками, позволяющими применять его практически во всех направлениях медицины. Об использовании «озоновых технологий» в сфере родовспоможения рассказала академик, профессор, доктор биологических наук, кандидат физико-математических наук, кавалер ордена «Звезда Отечества» и почетный гражданин России, генеральный директор ООО «Орион-Си» Лили Аркадьевна Сибельдина.

Как известно, начальной ступенью проверки состояния женского организма, определения наличия заболеваний, подтверждения беременности является **женская консультация**.

Стерилизатор озоновый окажет неоценимую помощь в работе данного типа учреждений, так как стерилизация сопутствующего инструмента позволяет перевести его из категории одноразового использования в многократную (гинекологические зеркала, различные зонды и т. д.). Обработка инструмента озоном в течение 3 минут в камерах 14, 40, 70 л делает его стерильным, благодаря чему возникает колоссальный экономический эффект.

В ряде случаев женщина в период беременности нуждается в лечении различных гинекологических заболеваний, таких как бели, герпес,



Лили Аркадьевна СИБЕЛЬДИНА, Генеральный директор ООО «Орион-Си», академик, профессор, д. б. н., к. ф.-м. н., кавалер ордена «Звезда Отечества», Почетный гражданин РФ

экзема шейки матки, вульвовагинит, воспаление фаллопиевых труб, кондиломы, пельвиоперитонит и др. Данные проблемы успешно решаются использованием **вагинальной инсуффляции** или местных аппликаций озонированным маслом (достаточно 5 мг озона).

Опыт применения озона в клинике МАФ г. Самары (тел. +7(846)234-17-43, 265-54-85) показал, что использование процедурной камеры «комбинезон» (2 раза по 20 минут) **полностью снимает токсикоз у беременных**.

На сегодняшний день целый ряд мировых клиник **снимают угрозу выкидыша** посредством введения озона в организм беременной (ректальная инсуффляция). Кафедрой акушерства и гинекологии Нижегородской государственной медицинской академии (профессор Г. О. Гречканев), доказано, что использование озона обеспечивает снятие угрозы выкидыша у 85% беременных женщин.

Следующим этапом оказания помощи в данном направлении является **перинатальный центр** (роддом).



ООО «Орион-Си» — Лауреат Международной Премии «ПРОФЕССИЯ — ЖИЗНЬ» в номинации «За достижения в области медицинского оборудования»

Роддом — это типовая больница, где остро стоят вопросы борьбы с внутрибольничными инфекциями (ВБИ). Наиболее активные из них — стафилококк и клебсиелла. При использовании озонных технологий» проблема с ВБИ решается на 100%.

Могу привести в пример несколько отзывов.

Мурманская область, тел. +7(8155)952-240, главный врач Е. В. Гусев: «...Терская ЦРБ использует с января 1998 года озонаторы (ОП1-М) «Орион-Си» в помещениях: родовом зале, коридоре акушерского отделения, коридоре общего отделения больницы (хирургия, гинекология, детское отделение, терапия)».

ГУЗ «Областной центр планирования семьи и репродукции» (г. Оренбург), тел. +7(3532)774-401, главный врач М. Г. Шухман: «Озоновый стерилизатор «Орион» используется в операционном блоке с марта 2004 года. Стерилизации подвергаются операционные лапароскопы, инструменты для лапароскопических операций, хирургический инструментарий. Ежедневная работа на протяжении трех лет показала высокую эффективность и надежность аппарата. Использование газообразного озона в качестве стерилизанта позволило сократить время стерилизации до 20—30 минут, что особенно эффективно при выполнении нескольких лапароскопических операций у больного с генитальной патологией. Проводимые исследования смывов на стерильность с инструментов после цикла стерилизации показали 100% стерильность инструментария».

Нужно подчеркнуть, что **родовые залы родильного отделения по своей сути являются операционными блоками**, и, учитывая специфику работы, каждый акушер — фактически хирург. Лежащая на операционном столе роженица со всеми сложнейшими нюансами — это хирургический пациент. А если требуется кесарево сечение, то это сложнейшая хирургическая операция. Поэтому все, что используется в хирургических отделениях, операционных блоках, применимо и здесь. Это и деcontаминация воздушной среды в оперзале, стерильность хирургического инструмента в кратчайшие сроки для принятия родов. Особый случай — когда мама



имеет инфекционные заболевания. Пока ребенок находится в палате, он защищен, но он может получить инфекцию при прохождении родовых путей (в зависимости от быстроты родов). В этом случае мы предлагаем непосредственно перед родами обработать родовые пути озоном максимальной концентрации (для сжигания инфекции). Детали методики мы готовы обсуждать.

В настоящее время применение озона в качестве стерилизации родового зала также является перспективным направлением (15—20 минут обработки озоном родового зала обеспечивает готовность родовой операционной к работе). **В роддоме хирургия чаще всего экстренная,**

так как приходится принимать внеплановые срочные роды. Поэтому постоянно должна иметься возможность оперативно подготовить зал к работе. **Используя стерилизатор озоновый «Орион» в течение 30 минут, врач получит стерильный хирургический инструмент, необходимый для работы.**

После родов озоном можно обрабатывать разрывы шейки матки, полученные во время родов; остановить обильное маточное кровотечение, избежать послеродовой эндометрии (в том числе после кесарева сечения) и инфицирования матки (орошение матки озоном через катетер).

С помощью озона также возможно защитить новорожденного от ВБИ. Для этого обрабатывается блок отделения новорожденных, инкубаторы. Только обработка озоном гарантирует стерильность инкубатора и защиту в отделениях новорожденных от основной инфекции — клебсиеллы. **В случае новорожденного с пониженным иммунным статусом мы рекомендуем произвести его обработку озоном (1 час в «комбинезоне»).** Такая процедура способствует созданию притока кислорода во все обменные процессы организма, поднимает иммунный статус ребенка в борьбе за собственную жизнь.

При сложных родах, когда роженица или ребенок требуют поддержки **реанимационного отделения**, возникает необходимость стерильности катетеров по введению донорской крови или лекарств (в качестве примера использования озонового стерилизатора могу привести роддом г. Норильска). Борьба с ВБИ на территории реанимационного отделения — наиболее эффективное решение с использованием озонатора «Орион-Си».

Стерилизатор озоновый «Орион» с любым объемом камеры может обеспечить стерильность катетеров, превратив их из одноразовых в многоразовые. Отключив озонатор от камеры, можно обеспечить лишённую инфекций воздушную среду, в которой находится реанимационный пациент, тем самым создав оптимальные условия для скорейшего его выздоровления.



наборы палочек ламинарии

(Регистрационное удостоверение МЗ РФ № ИМ-7.4609 от 01.03.2004)

Палочки ламинарии «Юнона» предназначены для расширения цервикального канала. Они изготавливаются из природного экологически чистого сырья морской водоросли *Laminaria digitata*

Преимущества по сравнению с медикаментозными методами подготовки шейки матки:
отсутствие системного влияния на организм матери и плода;
контроль и управление процессом расширения цервикального канала;
снижение стоимости подготовки шейки матки к родам в 13 раз по сравнению с медикаментозными методами



Через 12 часов



Показания для применения палочек ламинарии «Юнона»:

1. Подготовка шейки матки к родам, особенно у женщин, нуждающихся в досрочном прерывании беременности;
2. Подготовка к родовозбуждению у женщин с осложненным течением беременности (гестоз, гипотрофия плода, антенатальная гибель плода, Rh-конфликт);
3. Расширение шейки матки перед внутриматочными вмешательствами (медицинским аборт, гистероскопией);
4. Подготовка шейки матки к прерыванию беременности в поздних сроках.

Юнона ®

с заботой о будущем

199178, г. Санкт-Петербург,
18-я Линия В.О., 31,
т./ф. (812) 332-91-70
e-mail: office@mp-simurg.ru

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 Грэню обеспечивает высококачественное стереоскопическое изображение при офтальмологических обследованиях.

● **Установка для разрушения металлических игл УРМИ-01 (Деструктор игл DS-S-1400)**

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



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



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

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

● **Кольпоскопы напольные**
бинокулярные КН5-01-«Зенит» (с холодным светом), КН5-02-«Зенит», КН5-03-«Зенит» для обследований в гинекологии и акушерстве. Стереоскопическое изображение обеспечивает оптическая система Грэню. Могут комплектоваться телефотопроектировкой.

● **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.



● **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.

E-mail: marketing@zenit-kmz.ru, www.zenit-foto.ru. Телефон/факс: (495) 562-83-16

ПРИГЛАШАЕМ РЕГИОНАЛЬНЫХ ДИЛЕРОВ

Современные перинатальные технологии — хорошо забытое старое

*Буштырев В. А., к.м.н., заслуженный врач России, главный врач ГБУ ПЦ РО;
Ларионова Т. В., специалист по грудному вскармливанию; Колганова А. А., к.м.н.,
врач акушер-гинеколог; ГБУ «Перинатальный центр» РО, г. Ростов-на-Дону*

Областной Перинатальный Центр открыл свои двери в декабре 2010 года с целью оказания помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным. Приоритетным направлением работы Центра является использование высоких технологий, что позволяет выхаживать недоношенных детей, в том числе — с экстремально низкой массой тела. Эту задачу государственной важности Центр в состоянии качественно выполнять, тем более что с 2012 года Россия переходит на критерии живорождения детей с массой тела 500 граммов. В нашем Центре за прошлый год было принято 3750 родов, из них 410 преждевременных, что составило 10,9% от общего количества родов. За прошлый год родилось 3850 детей, в том числе до 1000 граммов — 27, двоен — 114, тройни — 4.

Наши сотрудники понимают, что все мы «родом из детства», то есть важность периода беременности, родов и младенчества в становлении физического и психологического здоровья человека трудно переоценить. Мы осознаем, что здоровье матери и ребенка напрямую зависят от комплексного использования разнообразных эффективных и безопасных медицинских технологий, применяемых в родильных домах.

В связи с этим особенностью работы Центра является ориентация деятельности учреждения на семью — создание комфортных условий для вынашивания и рождения здоровых детей, роды с участием родных, приближенные к их физиологическому течению, создание семейной атмосферы и уютного пребывания, применение современных методов обезболивания, а также использование современных перинатальных технологий (СПТ).

Многие годы в акушерстве существовал целый ряд ошибочных, научно не обоснованных представлений и подходов. В большинстве случаев их можно охарактеризовать как проявления акушерской агрессии, что иногда становится нормой ведения беременности и родов, и, к сожалению, не всегда с благополучным исходом.

Грубое, необоснованное вмешательство в процесс беременности и родов, разделение матери и ребенка после родов, кормление по часам, тугое пеленание и прочие ранее применяемые в работе родильных домов практики нарушают течение нормального послеродового периода и установление лактации у женщины, препятствуют ранней адаптации новорожденного, наносят ущерб здоровью и психике матери и ребенка.

Состояние репродуктивного здоровья в России в целом и в Ростове-на-Дону в частности вызывает беспокойство. В настоящее время в медицине возникла необходимость использования радикальных мероприятий, направленных на улучшение данной ситуации, которые снижают показатели детской заболеваемости, а также способствуют гармоничному физическому и психологическому развитию. С этой целью ВОЗ и ЮНИСЕФ были предложены к внедрению СПТ, направленные на создание условий для физиологической адаптации и развития новорожденных с момента рождения. Как показывает мировой опыт, внедрение СПТ дает положительные результаты, обеспечивая снижение частоты госпитальных инфекций, уменьшение частоты послеродовых осложнений, увеличивая количество детей с физиологическими параметрами при рождении, оптимальным вскармливанием и материнским уходом.

К СПТ относятся:

- Физиологическое ведение родов с минимальным вмешательством.
- Демедицинализация родов — женщина поступает в родильный дом без использования неприятных процедур (бритья, клизмы, катетеризации). Отдается предпочтение немедикаментозным методам обезболивания, активному поведению в родах.
- Семейно-ориентированные (партнерские) роды. Мы ориентированы на практику родоразрешения, основанную на сопровождении женщины с нормальным течением беременности во время родов членами семьи. В этом есть свои большие плюсы: партнерские роды способствуют предупреждению излишнего использования инвазивных, ограничительных процедур, повышают взаимоответственность медицинского персонала, роженицы и членов семьи и снижают частоту конфликтов и жалоб.
- Ранний неограниченный контакт матери и ребенка и совместное пребывание матери и ребенка в родильном доме. Родильница имеет возможность сразу после родов прижать к груди своего ребенка в первые минуты его жизни. Этот ранний контакт «кожа к коже» важен и для матери, и для ребенка — «пусковым моментом» материнского инстинкта являются роды и первый контакт матери с ребенком, который настраивает женщину на духовное общение, любовь и привязанность к ребенку. У ребенка же при контакте «кожа к коже», «глаза в глаза» происходит запечатление образа матери, что впоследствии будет служить основой для формирования привязанности к ней. Посредством такого раннего контакта «кожи к коже» обеспечивается и первичная контаминация ребенка родственными в антигенном отношении организму ребенка микроорганизмами кожи матери, стабилизируется работа дыхательной и сердечно-сосудистой систем новорожденного. Эта тактика является одним из самых важных мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций.
- Раннее начало грудного вскармливания и поощрение прикладывания к груди по требованию ребенка.

В послеродовый период именно как можно более раннее прикладывание обеспечивает становление адекватной лактации. Опасность для успешной лактации представляет «предлактационное кормление», то есть кормление младенца смесью до его первого прикладывания к груди. Оно приводит к недополучению важного для ребенка молозива и к «путанице сосков» в дальнейшем. Поэтому ребенок прикладывается к груди матери в первые 30 минут после родов.

Согласно рекомендациям ВОЗ, женщинам, кормящим грудью, не рекомендуется использование любых оральных средств, имитирующих грудь (сосок, пустышек). В послеродовом отделении организовано обучение, консультирование и практическая помощь в решении проблем, возникающих при грудном вскармливании.

При обучении женщин правилам грудного вскармливания подчеркивается важность прикладывания по требованию. Как доказано исследованиями, именно свободное вскармливание приводит к более высокой продукции грудного молока, к положительной динамике нарастания

массы тела новорожденных и значительно большей ферментативной активности самого женского молока. Кроме того, данная тактика приводит к снижению таких проблем, как лактостаз и нагрубание молочных желез.

Следует подчеркнуть и важность раннего прикладывания ребенка как дополнительного фактора профилактики послеродового кровотечения.

- Ограничение рутинных мероприятий и процедур у новорожденных. Осмотр врачом ребенка проводится в той палате, где находятся мама и ребенок. Рекомендуется свободное пеленание.
- Ограничение контакта с медицинским персоналом.
- Поддержание тепловой цепочки при проведении всех лечебно-профилактических мероприятий, в том числе использование «метода кенгуру».

Основные компоненты тепловой цепочки:

- Теплый родильный зал (операционная) или палата совместного пребывания матери и ребенка. Оптимальная температура воздуха 25—27°С. Все пеленки, распашонка, шапочка, одеяльце для ребенка согреваются.
- Сразу после рождения ребенок обсушивается сухой теплой пеленкой, выкладывается на живот матери, ему надевают шапочку, носочки. Мать и ребенок укрываются теплой пеленкой или одеяльцем.
- Осуществляется контакт «кожа к коже» с целью согревания ребенка и колонизации микрофлорой матери. Через 30 минут измеряется температура тела ребенка, которая в норме должна быть 36,5—37,5°С. Оптимальная длительность такого контакта — до двух часов.
- Раннее начало грудного вскармливания.
- Отсрочка взвешивания и купания ребенка.
- Свободное пеленание ребенка, так как тугое способствует потере тепла вследствие нарушения микроциркуляции.
- Круглосуточное совместное пребывание с матерью.
- При необходимости транспортировка осуществляется в теплых условиях.
- Реанимационные мероприятия проводятся в теплых условиях.
- Постоянное обучение медицинского персонала и семьи навыкам физиологического ухода, вскармливания и поддержания тепловой цепочки у новорожденных и детей раннего возраста.

Ранняя выписка

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 №808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» и Постановлением Главного государственного санитарного врача

Российской Федерации от 18.05.2010 №58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630—10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», время пребывания родильницы в учреждениях здравоохранения после физиологических родов не должно превышать четырех, в отдельных случаях — пяти суток.

Как показывает мировой опыт, выписывать новорожденного можно и с неотпавшим пуповинным остатком. Опасность длительного пребывания в стационаре в том, что к третьему дню отмечается повышенная колонизация матери и особенно ребенка госпитальными штаммами микроорганизмов, обладающих высокой устойчивостью к антибактериальным препаратам и дезинфицирующим средствам, вирулентностью и токсигенностью. К шестому дню бывают колонизированы практически все матери и новорожденные, что приводит к значительному нарушению формирования нормальной эндоэкологической системы новорожденного и ослабляет защитные силы матери.

Занятия с матерью по грудному вскармливанию и уходу и консультирование родителей при выписке

В Центре работает школа для беременных. Женщины получают знания по вопросам преимуществ грудного вскармливания и недостаткам искусственного кормления, по правилам и техникам успешного кормления. Кроме того, в школе проводятся занятия по уходу за новорожденным. Для женщин после родов организовано проведение телефонного консультирования по грудному вскармливанию.

Перинатальные технологии ухода и вскармливания новорожденных базируются на положениях инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». Весь наш персонал прошел обучение по 40-часовому курсу и имеет знания, а главное — понимание важности данной политики. Кроме того, еженедельно в Центре проводится аудит, на котором присутствуют все сотрудники Центра. На аудите, который проводит профессор, рассматриваются сложные случаи ведения и родоразрешения беременных высоких групп риска, случаи материнской и перинатальной смертности, разрабатываются протоколы амбулаторного и стационарного ведения пациенток с той или иной патологией, обсуждаются проблемы, с которыми приходится сталкиваться во время лечебного процесса.

Высокая обращаемость и количество родов показывает, что наше учреждение популярно. Современные женщины имеют доступ к информации и понимают важность всех этих мероприятий для ребенка и себя. И, конечно же, комфортные условия смягчают стресс мамы от нахождения в стационаре.



ООО «Септа»

производитель дезинфицирующих средств, кожных антисептиков и бытовых моющих средств

ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА

- ФРИСЕПТ — для ИМН, ПСО, обработки вентиляционных систем
- ФРИСЕПТ-СОЛО — для ИМН, включая хирургические и стоматологические инструменты и эндоскопы (в т.ч. с ПСО), поверхностей предметов и оборудования, резиновых ковриков, белья, посуды, игрушек и предметов ухода за больными, и т. д.
- ФРИСЕПТ-ГАММА — композиция

ЧАС, ПГМГ и третичного амина. Не содержит активного хлора. Рабочие растворы содержат триамин — надежный туберкулоцидный агент. Разрешено для применения в неонатальных отделениях, а также для проведения обеззараживания систем вентиляции и кондиционирования воздуха в присутствии людей

- КВАРТЕТ — на сегодняшний день, это одно из лучших аминокислотных средств от российского производителя

для ПСО, дезинфекции, ДВУ эндоскопов и стерилизации ИМН, борьбы с возбудителями особо опасных инфекций. Содержит амин, комплекс ЧАС (в т.ч. последнего поколения), гуанидин

КОЖНЫЕ АНТИСЕПТИКИ

- ФРИАСЕПТ-ГЕЛЬ — кожный антисептик, пролонгированное антимикробное действие не менее 5 часов
- ЖИДКОЕ МЫЛО ГАММА — обладает бактерицидной

(микобактерии туберкулеза), вирулицидной (вирусы гепатита В, герпеса, ВИЧ) и фунгицидной (грибы рода Кандида и Трихофитон) активностью

БЫТОВЫЕ МОЮЩИЕ СРЕДСТВА

- гель для мытья посуды «Роя»
- гель для стирки белья «Нерехта»
- кондиционер для белья «Мелодия»
- жидкое мыло «Нота»
- универсальное моющее средство «Композиция ПАВ»

ООО «Септа» г. Ковров Владимирской обл., тел./факс (49232) 9-90-43

e-mail: info@freesept.ru, официальные дилеры представлены на сайте www.freesept.ru

РЕКЛАМА

Способ оценки иммунного статуса у недоношенных новорожденных

Пименова Н. Р., врач-неонатолог; Баскаков В. С., к.м.н., главный врач;

МУЗ «Детская городская клиническая больница» №1 (для новорожденных);

Сагитова Г. Р., д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования ГБОУ ВПО «АстрГМА» Минздравсоцразвития России; г. Астрахань

Достижения в области неонатологии в последние годы обусловили снижение младенческой смертности в нашей стране [2]. Однако перед специалистами продолжат оставаться ряд проблем, связанных с повышением качества оказания неотложной помощи новорожденным с критическими состояниями на фоне респираторного дистресс-синдрома, внутриутробных инфекций, септического процесса, которые обуславливают необходимость проведения длительной респираторной поддержки [1]. В рамках национального проекта «Здоровье» в последние годы выделяются существенные объемы финансирования на переоснащение родильных домов и родильных отделений, создаются перинатальные центры, проводится обучение и переобучение специалистов, закупаются необходимые для выхаживания недоношенных медикаменты, в том числе для профилактики респираторного дистресс-синдрома новорожденных, для поддержки иммунной системы и многие другие.

По мнению экспертов, улучшение статистических результатов за последние годы обусловлено обращением особого внимания государства на эту проблему и выделением средств для организации обучающих центров для врачей, поступлением нового оборудования и лекарственных препаратов.

Иммунная система играет важную роль в процессе постнатальной адаптации. В основе многих заболеваний перинатального периода лежат иммунологические нарушения. В настоящее время является целесообразным изучить иммунопатогенетические механизмы заболеваний, возникающих в неонатальном периоде с целью улучшения методов диагностики, лечения и профилактики.

Целью данного исследования явилось изучение уровней провоспалительного интерлейкина-8 (ИЛ-8) и противовоспалительного интерлейкина-4 (ИЛ-4) у недоношенных новорожденных.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 35 недоношенных новорожденных с гестационным возрастом 26—35 недель, с массой тела при рождении от 600 до 2890 граммов.

Все дети родились от беременностей высокого риска (угроза прерывания, анемия, гестоз, хроническая фетоплацентарная недостаточность, эпизоды острых инфекционных болезней и обострение хронических воспалительных заболеваний).

Средняя оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни составляла $5,2 \pm 0,4$ балла, на 5-й минуте жизни — $6,8 \pm 0,3$ балла.

У всех детей при рождении был диагностирован респираторный дистресс-синдром.

Состояние большинства детей данной группы (77%) при рождении было тяжелым, требовало реанимационных мероприятий, в том числе — искусственной вентиляции легких. Лишь в 8 случаях из 35 аппаратная вентиляция понадобилась на 2—14-е сутки жизни, что было связано с ухудшением состояния детей и появлением тяжелой дыхательной недостаточности. Ухудшение со-

стояния в большинстве случаев было связано с развитием вентиляционной пневмонии.

Сроки проведения искусственной вентиляции легких зависели от тяжести течения патологического процесса и наличия нозокомиальных осложнений. У 20 детей длительность аппаратной вентиляции составила до 14 дней, у 8 детей — 14—28 дней. У 7 новорожденных тяжесть состояния потребовала длительного проведения ИВЛ — более 28 дней. У 6 из 7 новорожденных, находившихся на искусственной вентиляции более 28 дней, впоследствии была диагностирована бронхолегочная дисплазия, что в свою очередь приводило к ухудшению состояния и увеличению сроков вентиляции.

Все дети данной группы получали комплексное базисное лечение, включавшее дыхательную, антибактериальную, инфузионную, посиндромную терапию. В то же время, несмотря на тяжесть состояния при рождении и необходимость проведения ИВЛ, у 20 детей данной группы не было зафиксировано развития бактериальных инфекционных заболеваний, и на 5—12-е сутки отмечалось улучшение состояния и купирование дыхательной недостаточности.

У 15 новорожденных на фоне респираторного дистресса развилась постнатальная пневмония, которая была подтверждена данными клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Следует отметить, что развитие госпитальной пневмонии у большинства детей (77%) было обусловлено присоединением грамотрицательной флоры, которая была представлена такими микроорганизмами, как *Klebsiella pneumoniae* (52%), *Enterobacter cloacae* (27%), *E. coli* (17%), *Pseudomonas aeruginosa* (4%).

У всех детей проведено исследование сыворотки крови больных на содержание цитокинов, а именно интерлейкина-8 и интерлейкина-4.

Определение уровней ИЛ-8 и ИЛ-4 в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем производства ООО «Цитокин» (г. Санкт-Петербург) с порогом чувствительности для ИЛ-8 — 9,75 пг/мл, для ИЛ-4 — 2 пг/мл. Исследование проводилось на момент поступления детей в отделение реанимации и через 10—14 дней.

Мы сравнивали результаты с нормальными значениями исследованных цитокинов в сыворотке крови у новорожденных по данным литературы (ИЛ-8 ≤ 20 пг/мл, ИЛ-4 ≤ 10 пг/мл).

В работе использовались методы вариационной статистики с вычислением среднего показателя (M), ошибки среднего (m), достоверности различий по t-критерию Стьюдента.

Результаты

Установлено, что уровень ИЛ-8 в сыворотке крови у большинства обследованных новорожденных (29) на момент поступления не отличался от нормальных значений или незначительно превышал норму. Только у 6 детей уровень ИЛ-8 в сыворотке был значительно

повышен. Концентрация ИЛ-8 в крови у недоношенных новорожденных в среднем составила $37,3 \pm 8,5$ пг/мл.

При исследовании в динамике (через 10–14 дней) уровень ИЛ-8 у детей с респираторным дистресс-синдромом, не осложнившимся развитием бактериальной пневмонии, в динамике оставался низким. У новорожденных с неонатальной пневмонией в большинстве случаев (72%) отмечалось значительное повышение этого показателя (табл. 1). В этих случаях у всех детей тяжесть течения патологического процесса потребовала более длительного пребывания на искусственной вентиляции легких.

Примечательно, что наиболее высокий уровень ИЛ-8 (400 пг/мл) был зарегистрирован у глубоко недоношенного ребенка с гестационным возрастом 28 недель, с весом при рождении 670 граммов, умершего на 24-е сутки жизни от генерализованной внутриутробной инфекции.

При исследовании уровня ИЛ-4 было выявлено, что его концентрация у большинства обследованных новорожденных не превышает порога чувствительности как в момент поступления детей в стационар, так и в динамике (табл. 2).

Таблица 1

Уровень ИЛ-8 в сыворотке крови у новорожденных с респираторным дистресс-синдромом на 10–14-е сутки

Дети с респираторным дистресс-синдромом, не осложнившимся бактериальной пневмонией (n=20)	Дети с бактериальной пневмонией на фоне респираторного дистресс-синдрома (n=15)	p
28,3±5,8	104,2±16,9	<0,05

Таблица 2

Уровень ИЛ-4 в сыворотке крови у новорожденных (n=35)

ИЛ-4 в сыворотке крови в момент поступления, пг/мл	ИЛ-4 в сыворотке крови в динамике, пг/мл
7,4±3,1	8,2±1,7

Выводы

- У недоношенных новорожденных с респираторным дистресс-синдромом, не осложнившимся бактериальной пневмонией, как в раннем неонатальном периоде, так и в дальнейшем уровень ИЛ-8 в сыворотке крови не превышает нормальных значений или незначительно выше нормы.
- Уровень ИЛ-8 в сыворотке крови значительно повышен у детей с бактериальной пневмонией, развившейся на фоне респираторного дистресс-синдрома.
- У недоношенных новорожденных уровень противовоспалительного ИЛ-4 не превышает нормальных значений, указанных в литературе.

Заключение

Таким образом, проблема изучения цитокинового статуса у новорожденных остается актуальной. Цитокины играют важную роль в патологии перинатального периода и влияют на клиническое течение и исход многих заболеваний у новорожденных. Повышение уровня ИЛ-8 свидетельствует о выраженном воспалительном ответе. Имеется прямая зависимость уровня ИЛ-8 от тяжести заболевания и длительности пребывания ребенка на искусственной вентиляции легких. Все это доказывает возможность использования данного показателя для дифференциальной диагностики между заболеваниями инфекционной и неинфекционной природы и в качестве диагностического и прогностического критерия патологического процесса.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости глубокого изучения иммунопатогенеза заболеваний, исследования особенностей цитокинового профиля у новорожденных и возможности выявления дополнительных диагностических и прогностических критериев и показаний для иммунокорректирующей терапии.

Литература

1. Смагин А. Ю. Бронхолегочная дисплазия у недоношенных новорожденных детей (оптимизация диагностики и лечения) // Автореф. дисс. ... к.м.н. — Омск, 2004. — 25 с.
2. Шарапова О. В., Корсунский А. А., Баклаенко Н. Г. и др. Проблемы организации медицинской помощи в перинатальном периоде — пути решения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2004. — №2. — С. 5–9.

ООО «МИРТА-ФАРМ»

Полимерные изделия медицинского назначения, медицинское белье и одежда из нетканых материалов, медицинские перчатки, перевязка, лабораторный пластик и стекло

**195248 г. Санкт-Петербург, ул Б Пороховская, 47, офис 315А
Тел. (812) 227-73-73, тел./ факс (812) 227-37-08
E-mail: mirtafarm@mail.ru**

Осторожно: ГРИПП! Профилактика и лечение без лекарств!

Грачев В. И., д.т.н., профессор, академик Академии медико-технических наук РФ, г. Москва

Можно с уверенностью сказать, что инфекции верхних дыхательных путей являются серьезной проблемой для населения любой страны в связи с их широкой и быстрой распространенностью и наносимым ими экономическим ущербом. Так, в России средние затраты только в период эпидемии гриппа оцениваются экспертами в сумму около 50 млрд руб. В среднем ущерб государству, наносимый одним случаем респираторной инфекции, составляет от 3000 до 5000 рублей. При этом ущерб для самого заболевшего, включающий в себя набор базовых медикаментов, может варьироваться от 400 до 3500 руб.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) — это разнородная группа инфекционных болезней дыхательных путей. И термин «ОРЗ» удобен для эпидемиологических целей, поскольку входящие в него формы имеют сходные механизмы развития, симптомы и пути передачи. Однако клинический диагноз «ОРЗ» требует расшифровки на органное поражение (отит, бронхит и т. д.) и возможную этиологию заболевания (вирусная, бактериальная).

Около 90% ОРЗ вызывают респираторные вирусы и вирус гриппа. И здесь применим термин «острая респираторно-вирусная инфекция» (ОРВИ), который указывает на небактериальную этиологию заболевания и делает ненужным назначение антибиотиков.

Бактериальные ОРЗ немногочисленны, но именно они представляют большую угрозу в развитии осложнений. Установить бактериальный диагноз «ОРЗ» представляет большую сложность ввиду сходства симптомов бактериальных и вирусных процессов (повышение температуры, насморк, кашель, боль в горле), поэтому врач, перестраховываясь, смело выписывает антибиотики, которые при вирусной инфекции бесполезны, а в большинстве случаев — вредны, поскольку они нарушают биоценоз дыхательных путей и обмен веществ в целом.

ОРВИ в раннем возрасте представляют собой серьезную проблему в педиатрии. Известно, что у детей первых трех лет жизни происходит становление иммунной системы и противовирусная защита несовершенна — этим и определяется частота респираторно-вирусных инфекций в этот период и высокий риск осложнений.

Научно-производственной компанией «АВЕРС» (г. Москва) разработана методика лечения ОРВИ у новорожденных и детей раннего возраста. Лечение осуществляется воздействием на слизистую оболочку полости рта



и глотки монохроматическим синим светом с определенной длиной волны устройством, встроенным в привычную для ребенка соску-пустышку. Устройство «Доктор Свет» предназначено для профилактики и лечения легких и среднетяжелых форм ОРВИ, ларингита, ринита, трахеобронхита, простудных заболеваний с симптомами насморка, затруднения глотания, повышенной температуры, грибкового поражения слизистой полости рта, зубной боли (в том числе в период прорезывания зубов), а также разнородных форм гриппа у детей от рождения до четырех лет. Устройство способствует нормализации общего состояния, уменьшению болевой реакции и облегчению состояния ребенка после прививок, а также снятию аллергических проявлений, в том числе и диатезов. В качестве профилактической меры в случае заболевания ОРВИ кого-либо из членов семьи также рекомендуется проводить процедуры и самому ребенку при первых симптомах заболевания.

Как пример эффективности данного устройства можно привести итоги применения устройства в качестве терапевтического средства на базе детских городских больниц Пскова и Чебоксар. При лечении ОРВИ детей до одного года затраты только на лекарственные средства в 20 раз превысили затраты на лечение устройством «Доктор

Свет»! И это без учета стоимости суточных койко-мест и трудозатрат медицинского персонала. У детей не возникло фоновых заболеваний при нахождении в общих палатах с детьми с заболеваниями различных этиологий. Также у устройства не выявлено негативных побочных эффектов, которые сопровождали лекарственные средства и особенно антибиотики.

Устройство «Доктор Свет» не имеет аналогов в мире, с 2008 года имеет европейскую сертификацию и признано в Нью-Йорке, также в 2008 году, лучшим изделием медицинской техники будущего, отмечено большой золотой медалью. В мае 2011 года на 110-й международной выставке изобретений в Париже устройство заняло 2-е место и награждено серебряной медалью. В декабре 2011 года в Касабланке (Марокко) на международной выставке изобретений изделие заняло 1-е место из 86 стран и награждено большой золотой медалью. По своим терапевтическим свойствам устройство может заменить более 150 лекарственных средств, но в отличие от них не имеет побочных негативных эффектов. Устройство рекомендовано к применению в качестве профилактического и терапевтического средства главным педиатром МЗиСР РФ профессором А. Д. Царегородцевым, главным неонатологом МЗиСР РФ профессором Е. Н. Байбаринной и главным терапевтом МЗиСР РФ академиком РАМН А. Г. Чучалиным.

В настоящее время, с 1 марта 2012 года, от имени администрации города Магнитогорска каждому новорожденному в городе вручается устройство «Доктор Свет», что в значительной степени поможет снизить заболеваемость новорожденных и детей до четырех лет, а также избежать применения антибиотиков в период становления иммунитета детского организма. Это существенно облегчит труд медицинского персонала города и матерей по уходу за детьми. Администрация выражает уверенность в правильном понимании заботы о подрастающем поколении. Магнитогорск является первопроходцем в данном вопросе и уверен, что эту инициативу подхватят все города и населенные пункты России, основываясь на его опыте.

**Более подробную информацию можно посмотреть на сайте: www.aversnpk.ru
Консультации по применению устройства можно получить по телефонам в Москве:
(495) 625-00-43, 625-88-95**

СОВРЕМЕННЫЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

СтройРеанимация

группа компаний ТРОЛЛЬ



Десятилетия на рынке медицинских услуг дали возможность предприятиям холдинга накопить ценнейший опыт работы. Группа компаний строит свою деятельность на индивидуальном подходе к каждому клиенту, предлагая нестандартные решения как для крупных медицинских центров, так и для небольших районных больниц. Предприятия группы компаний постоянно совершенствуют продукцию и расширяют ассортимент оборудования и услуг, поэтому имеют возможность предложить своим клиентам лучшее

СТРОИМ НАСТОЯЩЕЕ. ПРОЕКТИРУЕМ БУДУЩЕЕ

Группа компаний ТРОЛЛЬ — это стабильная и надежная медико-производственная проектно-строительная группа компаний, объединяющая ряд научно-производственных и торговых предприятий Санкт-Петербурга.

Научно-производственные предприятия в составе холдинга разрабатывают и производят современное медицинское оборудование и расходные материалы в области хирургии, анестезиологии и реанимации.

Основное поле деятельности — это полный цикл создания лечебных учреждений «под ключ», от проектирования и строительства до оснащения медицинским оборудованием с соблюдением всех технических, санитарных и гигиенических требований.

Управляющей компаний в составе холдинга является «СтройРеанимация». Она занимается проектированием, реконструкцией, капитальным ремонтом объектов здравоохранения I и II уровня ответственности, поставкой медицинского и технологического оборудования, а также работами по монтажу медицинского газоснабжения и созданием медико-технологических комплексов «чистых помещений».

В общей сложности компанией «СтройРеанимация» и ее дилерами были построены, реконструированы и оснащены медицинским оборудованием свыше 2000 больниц и стационаров.

ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ

Предприятия, входящие в состав холдинга, производят широкий спектр современного медицинского оборудования, которое соответствует всем техническим, санитарным и гигиеническим требованиям:

- **газораспределительное оборудование:** клапанные системы, медицинские консоли, поэтажные коробки, эжекторы для сброса наркотических газов;
- **источники медицинских газов:** вакуумные станции, баллонные рампы;
- **оборудование для кислородотерапии:** увлажнители дыхательных смесей, увлажнители кислорода с системой подогрева и без, устройства для безопасной ИВЛ по системе Айра, кислородные палатки, дополнительное оборудование;
- **оборудование для аспирации:** регуляторы вакуума, эжекционные отсосы, емкости для сбора жидкостей с комплектами корзин и штативами, дренажные трубки;
- **медицинское электрооборудование:** палатные сигнализации, электрощитки, устройства аварийного падения давления медицинских газов и вакуума;
- **оборудование для анестезии и реанимации:** аппарат ингаляционного наркоза АИН-1 Полинаркон-12 (тип 1), анестезиологический комплекс АК-1 Полинаркон-15, монитор газоанализа МГ-01, монитор глубины анестезии МГА «Ласка», неонатальный фототерапевтический облучатель ОФН-40;
- **аквадистилляторы:** ДЭ-04, ДЭ-10, ДЭ-25;
- **дополнительное оборудование и расходные материалы:** многоразовые силиконовые дыхательные контуры для любой наркозно-дыхательной техники, дренажные трубки, смесители кислородно-воздушной смеси, ротаметры, емкости увлажняющие (банки), крепежные рельсы для размещения навесного оборудования.

Специалисты готовы предоставить все необходимые консультации и техническую информацию.

Подробный ассортимент и описание продукции группы компаний на сайте www.trollcompany.ru

Головной офис:
Управляющая Компания «СтройРеанимация»
Санкт-Петербург, ул. Швецова, д. 41
тел. +7 (812) **449-97-17**, факс +7 (812) **449-19-11**
e-mail: info@trollcompany.ru

Представительство по Москве и Московской области:
«ТРОЛЛЬ-Медицина»
Москва, ул. Ярославская, д. 8, к. 3, оф. 314
тел. +7 (495) **662-34-81**, факс +7 (495) **662-34-01**
e-mail: trollmed@trollcompany.ru

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К СОЗДАНИЮ ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫХ СИСТЕМ МЕДИЦИНСКОГО ГАЗОСНАБЖЕНИЯ

Управляющая компания «СтройРеанимация» предлагает Вашему вниманию продукцию научно-производственной компании «Альтернативная Наука» (обе компании входят в состав группы компаний «Тролль»).

Главным направлением деятельности компании «Альтернативная Наука» является производство и монтаж медицинских консолей для анестезиологии и реанимации, оборудования для создания систем централизованного медицинского газоснабжения, производство оборудования для повышения уровня комфортабельности палат медицинских учреждений.



Медицинские консоли помогают обеспечить оперативную подачу сжатых медицинских газов и электропитания непосредственно к рабочему месту хирурга, анестезиолога-реаниматолога, а также позволяют компактно и рационально разместить медицинскую технику в отделениях реанимации и интенсивной терапии, сосредоточить всю необходимую диагностическую и лечебную аппаратуру вокруг больного, обеспечивая при этом максимальный доступ медработников.

В зависимости от планировки помещения и требований заказчика консоли выполняются с различными способами крепления, дизайном и комплектацией:

- настенные медицинские консоли
- медицинские консоли на опорах
- реанимационные стойки с креплением «пол-потолок»
- подвесные потолочные консоли
- потолочные консоли типа «Мост» и «Колонна»
- палатные консоли

Консоли могут быть оснащены:

- любым количеством розеток и газовых клапанов необходимого типа
- электроразъемами всех видов (силовые, системы физиологического мониторинга, радиоточка, системы вызова медперсонала и др.)
- дополнительными кронштейнами и штативами для размещения вспомогательного оборудования
- дополнительным оборудованием (измерительные манометры, таймер, вентили отключения, эжекторы для сброса обработанных наркотических газов и др.)



Преимущества работы и эксплуатации оборудования для медицинского газоснабжения производства компании «СтройРеанимация»:

Оборудование легко эксплуатировать: быстрое подключение к магистралям медицинских газов (кислород, сжатый воздух, углекислый газ, закись азота, вакуум) и к системе электропитания

Надежность оборудования: в клапанах установлен специальный запирающий механизм, который надежно держит штекер и исключает случайную расстыковку, сохраняя герметичность соединения, исключает утечку и обеспечивает экономию медицинских газов

Возможность дооснащения широким спектром дополнительного оборудования, разработанного специалистами нашей компании с учетом особенностей медицинских консолей

Рациональная организация рабочего пространства около койки больного или операционного стола, разгрузка рабочей зоны от лишних проводов и шлангов, компактность размещения приборов и оборудования

Возможность компактного размещения дополнительного навесного медицинского оборудования при помощи специальных крепежных рельсов, кронштейнов и штативов (приборные полки, тумбы, лампы местного освещения, капельницы с регулировкой высоты положения, регуляторы, смесители, увлажнители и прочая необходимая медицинская техника)

Безопасность пациента: клапаны и штекеры каждого отдельного газа имеют индивидуальную форму (замок) по европейскому стандарту DIN EN737 и обозначены разными цветами, что полностью исключает возможность соединения штекера одного газа с клапаном другого, обеспечивая защиту от случайной ошибки медперсонала

Соответствие общим требованиям безопасности при размещении в одном изделии газов и электричества: газовые и электрические магистрали выполнены в виде изолированных друг от друга секций, закрывающихся лицевыми панелями

Продукция российского производства, что максимально сокращает сроки поставки, установки, запуска и последующего сервисного, гарантийного и постгарантийного обслуживания

Комплексный подход: компания осуществляет полный цикл работ по проектированию, подбору и поставке оборудования, монтажу, запуску и последующему обслуживанию с учетом всех пожеланий заказчика



ООО «НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ФИРМА

«ПУЛЬС»

предлагает сельским и городским медицинским учреждениям, спортивным командам, детским домам, санаториям уникальные физиотерапевтические аппараты



«Градиент-4М»

**аппарат магнитотерапевтический
низкочастотный программируемый
с режимом сканирования**

С 2011 года в Ростове-на-Дону начат выпуск нового аппарата IV поколения, предназначенного для локального воздействия на пациента низкочастотными магнитными полями в широком диапазоне частот с возможностью определения оптимального режима воздействия — «Градиент-4М» (модернизированный).

Он может применяться в оториноларингологии, офтальмологии, стоматологии, проктологии, гинекологии, при лечении переломов костей, вялозаживающих гнойных ран, ожогов, келоидных рубцов, заболеваний периферической нервной системы, хронических воспалительных заболеваний внутренних органов, артрозов.

Пространственная неоднородность магнитных полей способствует восстановлению кровообращения, микроциркуляции крови и лимфы в тканях, улучшает реологические свойства крови, оказывает анальгезирующее, противовоспалительное и релаксическое действие, ускоряет регенерацию поврежденных тканей.

Сканирующий режим позволяет определить резонансную частоту, на которую субъективно реагирует пациент, и на этой оптимальной частоте проводить лечение. Сканирующий режим также исключает возможность адаптации организма к внешнему воздействию, что значительно повышает эффективность лечебного процесса. Аппарат комплектуется набором индукторов различного диаметра: в основной поставке — 130, 90 и 28 мм; по заказу — 18 мм (ректальный), 28 мм (вагинальный).

ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:

*Класс безопасности..2а (не требует заземления)
Семь форм сигналов, в том числе постоянный
Частота тока в индукторах 0,01—150 Гц
Длительность процедуры 1—95 мин.
Магнитная индукция 0,05—50,0 мТл
Габаритные размеры 310x280x110 мм
Масса 2,5 кг*

«Градиент-4М» удостоен золотой медали и специального приза жюри на Международном салоне изобретений в Женеве в 2009 г.; золотой медали и диплома Нижегородской международной ярмарки, а также золотой медали на X Московском международном салоне инноваций и инвестиций в 2010 г. Удостоен золотой медали на 63-й Международной выставке «Идеи-Изобретения-Новые Продукты» IENA-2011 (г. Нюрнберг).



«Градиент-3»

**аппарат одноканальный
локального сочетанного
воздействия электро-магнито-
светотерапии двухрежимный
программируемый**

Предназначен для локального воздействия на пациента одним или несколькими физическими факторами:

- магнитным полем в широком диапазоне частот — 0,01—100 Гц;
- постоянным и низкочастотным электрическим током (все виды токов, кроме интерференции);
- цветом (инфракрасный, красный, синий, зеленый и желтый).

Преимущество аппарата — использование микропроцессорного управления, дающего возможность выбора лечащим врачом любого сочетанного воздействия. Отпуск процедуры происходит автоматически одним, двумя или тремя физическими факторами. Возможность запоминания 50-ти видов комбинаций лечения.

Аппарат может быть использован врачами спортивных команд в качестве мобильного «физиотерапевтического кабинета», так как он позволяет в кратчайшие сроки вылечить

растяжения, воспаления, гематомы и другие недуги, заболевания дыхательных путей, сердечно-сосудистые и неврологические заболевания, а также применяется в стоматологии, хирургии, урологии, офтальмологии, гинекологии, эндокринологии, дерматологии.

ОСНОВНЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:

*Класс безопасности..2а (не требует заземления)
Питание.....от сети 220±22 В 50 Гц
Потребляемая мощность...не более 130 ВА
Масса.....9 кг
Магнито-светоиндукторы 2-х типоразмеров и электроды 2-х типоразмеров*



«Этер»

**аппарат электротерапии,
электростимуляции, электрофореза**

Предназначен для лечения постоянным и низкочастотным током, создает все виды традиционных терапевтических токов: электростимулирующие, гальванические, синусоидальные, интерференционные, флюктуационные токи, электросон, диадинамик, амплитудный.

Применяют «Этер» при лечении травм, заболеваний периферической нервной системы, гипертонии, атеросклероза, невралгии, невротозов, мышечных болей, остеохондроза, ишемии, гастрита, язвенной болезни желудка и др.

Аппарат малогабаритный, весит всего 3,5 кг, не требует заземления и позволяет на одном рабочем месте провести до 35 процедур за смену.

**344022, г. Ростов-на-Дону,
ул. М. Горького, 245/26, оф. 900**

**тел./факс: (863) 250-66-80
250-66-81
250-66-82**

**e-mail: npf_puls@aanet.ru
www.npfpuls.ru**

Система учета заявок на лекарственные препараты с веб-интерфейсом — «ЭЛЕКТРОННАЯ ЗАЯВКА»

Тимофеева Г. В., Чередниченко А. Н.;
ООО «Электронная медицина», г. Ростов-на-Дону

В рамках реализации программы модернизации здравоохранения в сфере ОНЛС ООО «Лабораторией «Электронная медицина» была разработана и успешно эксплуатируется система формирования потребности ЛПУ в лекарственных препаратах для обеспечения граждан льготными препаратами в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Система позволяет:

- формировать заявки по ЛПУ;
- собирать данные в муниципальных образованиях и региональном министерстве;
- производить анализ заявок в различных срезах (по муниципальным образованиям, по учреждениям, по отдельным подразделениям, по разделам лекарственных препаратов, по анатомо-терапевтическо-химической классификации препаратов — АТХ);
- формировать своды по муниципальному образованию, по учреждению и др.

Имеется возможность выполнения групповых операций изменения заявок у учреждений (при наличии нескольких заявок подразделений), у муниципальных образований, таких как замена препарата или пропорциональное изменение количества заказанных упаковок.

Несмотря на то, что существующая система успешно эксплуатируется, возникла возможность дальнейшего улучшения программы. Использование инсталляционных пакетов для городских (районных) управлений здравоохранения сделало задачу развертывания программного пакета новой заявки достаточно простой, но даже в этом случае из-за отсутствия достаточной квалификации у обслуживающего персонала зачастую возникали проблемы при установке. Также имелись пожелания увеличить скорость обмена информацией между ЛПУ и вышестоящими инстанциями при согласовании изменений в заявке.

Для реализации этих улучшений разработана система формирования заявки на базе

интернет-приложения. При сохранении всех положительных черт предыдущей версии системы использование Интернета позволяет исключить такие элементы, как формирование индивидуальных шаблонов заявки для каждого ЛПУ. Становится ненужным создание и запуск установочных пакетов в городских (районных) управлениях здравоохранения и министерстве, отпадает необходимость установки специализированного программного обеспечения, необходимого для работы программы — СУБД, архиватор и т. д. **Для работы с заявкой достаточно иметь компьютер, подключенный к сети Интернет, и доступ к системе.** Данные, вводимые участниками формирования заявки, становятся доступны остальным заинтересованным лицам в онлайн-режиме. Организация единого хранилища данных и печатных форм делает процесс внесения корректировок при утверждении заявки вышестоящей организацией «прозрачным» и удобным для пользователя.

Для исключения одновременного изменения данных заявки и вышестоящей организацией, и ЛПУ используется развитая система сдачи заявки на утверждение. Пока нижестоящая организация не установила признак того, что работа закончена, вышестоящая организация может просматривать данные, но не изменять их.

Значительное внимание уделено и системе безопасности данного приложения. Каждый сотрудник пункта выписки должен иметь собственный логин и пароль. Определено несколько возможных ролей пользователя — администратор системы, администратор ЛПУ, оператор. Ведется полное протоколирование действий каждого пользователя, что позволяет установить, какие операции производились с заявкой и, при необходимости, отменить ошибочные изменения.

Таким образом, использование разработанной системы формирования заявки ЛПУ позволяет сократить трудозатраты на сопровождение программного обеспечения, значительно снизить сроки формирования и утверждения заявки, увеличить достоверность собранных данных.

344019, г. Ростов-на-Дону, ул. 14-я Линия, 55. Т. (863) 264-50-75, elmed@aanet.ru

ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА
Информационные технологии для медицинских учреждений

Автоматизированный модуль сбора отчетности в сфере здравоохранения Волгоградской области

Поликарпов А. В., директор ВОМИАЦ; Веревкин Е. А., заместитель директора ВОМИАЦ; ГКУЗ «Волгоградский областной медицинский информационно-аналитический центр», г. Волгоград

Автоматизированный модуль сбора отчетности (АМСО) представляет собой веб-портал, развернутый на ресурсе ГКУЗ «Волгоградский областной медицинский информационно-аналитический центр» (ГКУЗ «ВОМИАЦ») и решающий задачи автоматизации централизованной сдачи/приемки статистической отчетности, в том числе:

- форм отчетности, утвержденных Росстатом;
- форм отчетности по мониторингу реализации программы модернизации;
- периодических запросов статистических данных, собираемых с учреждений здравоохранения Волгоградской области.

АМСО предназначен для автоматизации сбора и анализа показателей сферы здравоохранения в медицинских учреждениях. Он позволяет через Интернет собирать отчетность в разрезе каждого медицинского учреждения и формировать сводную отчетность согласно запросам органов управления.

В связи с остро возникшей необходимостью оперативно предоставлять различного рода информацию в орган управления здравоохранением Волгоградской области стало необходимо иметь инструмент для сбора и консолидирования информации — систему для мониторинга показателей здравоохранения (далее — Система).

В Системе обязательно должен быть реализован следующий функционал:

- централизованное распространение форм отчетности;
- разработка новой формы отчетности на основе визуальных средств редактирования;
- размещение формы в едином реестре форм и автоматическая загрузка новой формы в автоматизированные рабочие места пользователей системы;



Рис. 1. Интерфейс автоматизированного модуля сбора отчетности

- оповещение пользователей Системы о необходимости заполнения новой формы по каналу рассылки сообщений в Системе;
- заполнение формы пользователями с автоматическим контролем качества и на основе инструкций, заложенных в форму;
- подписание форм электронной цифровой подписью и отправка в центр обработки данных по защищенным сертифицированным средствам каналам связи;
- автоматический анализ поступивших форм и формирование документов отчетности в табличном, графическом и древовидном виде;
- доступ к документам отчетности для руководящего состава через веб-интерфейс;
- необходимость одновременной работы до 300 пользователей в системе со стороны медицинских учреждений;
- необходимость одновременной работы до 20 пользователей в системе со стороны МИАЦ и органов управления;
- необходимость дополнительного обучения и постоянной консультационной поддержки пользователей по работе с системой;
- решение проблемы для удаленных пользователей с нестабильными и слабыми каналами связи;
- оперативная (менее 12 часов) разработка новой формы отчетности и сбора сведений.

Учитывая определенный функционал, был проведен анализ возможностей различных информационно-аналитических систем, имеющихся на российском рынке, на основании которого сделан вывод, что все системы представляют собой программный комплекс, предназначенный для выполнения задачи автоматизации процессов централизованного сбора, обработки и контроля индикаторов всей системы регионального здравоохранения. Но одним из условий функционирования Системы в регионе является необходимость непрерывной поддержки со стороны разработчика, которая оплачивается дополнительно. В случае аппаратно-

программного комплекса требуются дополнительные затраты на отдельный сервер для развертывания базы данных, лицензия на систему управления базой данных, широкий канал передачи данных. Самостоятельные запросы заказчика к базам данных разработчиками не приветствуются. Дополнительное подключение автоматизированных рабочих мест требует лицензирования.

Основываясь на проведенном анализе, мы приняли решение о разработке собственного программного комплекса, дальнейшее сопровождение которого будет осуществляться силами ГКУЗ «ВОМИАЦ» и не потребует дополнительных затрат.

Первый этап заключался в разработке системы сбора статистических данных, представленных в отчетных формах, в единое хранилище с дальнейшей возможностью хранения, обработки и анализа полученных данных и состоял из следующих шагов:

- проработка задачи (структура данных, операции, связи между данными);
- выбор оптимального инструментального средства и хранилища, настройка

связки инструмента сбора и хранилища;

- разработка пилотной версии для сбора одной формы отчета;
- обучение операторов автоматизированных мест Системы;
- тестирование, доработка Системы;
- опытная эксплуатация Системы.

На реализацию первого этапа ушло пять месяцев, все работы выполнены силами специалистов ГКУЗ «ВОМИАЦ».

Посредством Системы в полном объеме осуществляется мониторинг реализации региональных программ модернизации здравоохранения на 2011—2012 годы согласно приказу Минздравсоцразвития РФ №1240н на территории Волгоградской области. Кроме того, возможен дифференцированный подход к сдаче отчетности по отдельным профилям медицинской помощи, при этом собранная информация автоматически поступает в сводную федеральную форму, утвержденную Минздравсоцразвития РФ. Такой способ существенно облегчает сбор информации с подведомственных учреждений региона.

Разработана автоматическая сверка данных между формами, поддерживается нарастающий итог, реализована интеграция с федеральной системой сдачи отчетности, заблокирован ввод плановых цифр на уровне медицинских учреждений.

Реализовано взаимодействие органа исполнительной власти в сфере здравоохранения, ТФОМС и страховых компаний, осуществляющих деятельность на территории Волгоградской области по исполнению приказов Минздравсоцразвития РФ №1240н и ФФОМС №240, что позволило сократить сроки и ресурсы на сопоставление собранных показателей.

На текущий момент в рамках работ по второму этапу осуществляется развитие аналитического функционала Системы.

Выводы

Опыт разработки автоматизированного модуля сбора отчетности рекомендуется использовать большинству регионов. Этот шаг необходим для снижения бюджетных расходов, оперативности сбора и обработки информации, облегчения масштабируемости в рамках региона.

Пути оптимизации общей анестезии в лечении гигантских послеоперационных грыж

*Китиашвили И. З., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии с курсом общего ухода за больными, АстрГМА, г. Астрахань;
Кадацкий Д. А., госпиталь ФБУ «1602 ОВКГ» МО РФ, г. Ахтубинск;
Крайнюков П. Е., к.м.н., начальник ФБУ «1602 ОВКГ» МО РФ, г. Ростов-на-Дону*

Современные методики общей анестезии, базирующиеся на применении управляемых внутривенных и ингаляционных анестетиков, анальгетиков, обеспечивают быстрое пробуждение пациентов, однако нередко сопровождаются выраженным болевым синдромом. Увеличение доз опиоидов, способных эффективно уменьшить послеоперационную боль, приводит к развитию известных побочных эффектов, таких как тошнота, рвота, пролонгированная седация и иммобилизация, что ведет к увеличению сроков госпитализации [1, 2, 3, 4].

Мы считаем, что комбинированная общая анестезия — сочетание эндотрахеального наркоза и эпидуральной анальгезии — является методом выбора анестезии при операциях по поводу гигантских вентральных грыж. Эндотрахеальный компонент анестезии позволяет обеспечить адекватную защиту во время операции, вентилиционную поддержку и хорошую релаксацию мышц. Эпидуральный вид анальгезии позволяет расширить (при необходимости) границы сенсорного блока во время операции, а также обеспечить адекватное послеоперационное обезболивание.

Материалы и методы

Нами за период с 2005 по 2011 годы оперировано 270 больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами передней брюшной стенки. Из них хирургические вмешательства под эндотрахеальным наркозом выполнялись 188 пациентам (I группа) и с использованием комбинированной эндотрахеально-эпидуральной анестезии — 82 больным (II группа).

Подготовка к оперативному вмешательству осуществлялась по общепринятой схеме. Чтобы уменьшить беспокойство, вызванное операцией, большинству больных требуется не только медикаментозная премедикация, но и хорошая психологическая подготовка. С целью достижения психоэмоционального и позиционного комфорта вечером накануне операции назначали один из транквилизаторов (феназепам по 1 таблетке). Утром в день операции премедикацию проводили в полном объеме: атропин 0,1% — 0,1 мг/кг, димедрол 1% — 0,14 мг/кг или супрастин 0,15 мг/кг, наркотический анальгетик морфин 1% — 5—10 мг или омнопон 2% — 20 мг. У больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией для предотвращения реакций кровообращения вышеуказанный транквилизатор

назначали также за 2—3 часа до анестезии или заменяли внутримышечным введением реланиума 10 мг.

При проведении комбинированной общей анестезии начинали с проведения эпидуральной анестезии. Блокаду эпидурального пространства (ЭП) выполняли в операционной. Перед началом процедуры измеряли АД и ЧСС, а также обеспечивали надежный венозный доступ и начинали инфузию с 0,9% раствором натрия хлорида. После двукратной обработки кожи 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина выдерживали 2-минутную экспозицию. Пункцию и катетеризацию ЭП не осуществляли при влажной коже. Пункцию эпидурального пространства выполняли в большинстве случаев в положении пациента лежа на боку с максимально приведенными к животу коленями, подбородком, приведенным к груди, и максимально согнутым позвоночником. Место пункции анестезировали 2—3 мл 1% раствором лидокаина. Срединным доступом осуществляли пункцию эпидурального пространства на уровне Th11-L2. Идентификацию эпидурального пространства определяли с помощью теста потери сопротивления. Убедившись, что игла Туохи находится в ЭП, катетеризировали ЭП. Катетер проводили за просвет иглы Туохи в краниальном направлении на 4—5 см. Проводили аспирационную пробу (АП). При отрицательном результате АП присоединяли бактериальный фильтр и вводили тест-дозу 2% лидокаина 4 мл (80 мг). В течение 5 минут наблюдали за пациентом, чтобы убедиться в отсутствии признаков развития спинального блока. Перед индукцией внутривенно вводили также 1 мг ардуана. После оксигенации чистым O_2 проводили вводный наркоз путем внутривенного введения тиопентала натрия из расчета 4—6 мг/кг и фентанила 0,005% — 0,0032 мг/кг. Миорелаксация достигалась листеноном — 1,5—2 мг/кг, а затем осуществляли интубацию трахеи трубкой с раздувной манжетой фирмы Portex. ИВЛ продолжали аппаратом «Анемат 8», по полузакрытому контуру в режиме нормовентиляции. В эпидуральное пространство вводился 1% нарופן из расчета 1,5—2 мл на сегмент в объеме 16—18 мл (160—180 мг).

Тактику инфузионной терапии (ИТ) определяли объемом кровопотери, а также исходным статусом пациента. ИТ осуществляли коллоидно-кристаллоидными растворами в дозе 8—10 мл/кг/час. Средний объем инфузии 2000—2500 мл. Соотношение коллоидов/кристаллоидов 1:3.

С целью оценки состояния больных во время анестезии и операции применяли комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов и тестов. В процессе анестезии проводилось наблюдение за ее клинической картиной. Оценивали изменение сознания больных под влиянием средств общей анестезии, состояние дыхания, цвет и влажность кожных покровов, величину зрачков, состояние мышечного тонуса, наличие или отсутствие болевых ощущений.

Показатели кровообращения являются основными критериями оценки адекватности анестезии в клинической анестезиологии. Известно, что реакция сердечно-сосудистой системы на операционную травму при недостаточной анестезии носит гипердинамический (симпатикомиметический) характер: артериальная гипертензия, тахикардия. В этих условиях представляет интерес взаимоотношение между медикаментозным (ваготоническим) действием анестетиков и стимулирующим (симпатикомиметическим) действием операционной травмы [3].

В исходном состоянии гемодинамические параметры у больных определялись при поступлении в стационар и на операционном столе непосредственно перед началом обезболивания (они брались за исходные величины) и контролировались затем на следующих этапах: после премедикации, после вводного наркоза, после интубации трахеи, в начале оперативного вмешательства, на высоте травматизма, по окончании операции и общей анестезии.

Определение артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) начинали сразу же после поступления больных в операционную и регистрировали их каждые 5 минут в процессе анестезии и операции с помощью портативного интанооперационного монитора фирмы Samsung.

Состояние газообмена определялось по $PaCO_2$ в артериальной крови и pH. Определение кислотно-щелочного состояния (КЩС) производилось на следующих этапах: после премедикации, в конце периода насыщения, в травматичный этап операции, в конце операции после экстубации (микроанализаторы AVL-993 Radiometer, Дания).

Результаты и обсуждение

При исследованных методах анестезии не отмечено достоверных изменений показателей кровообращения. Динамика клинических показателей кровообращения указывает на отсутствие стрессовых реакций, связанных с операционной травмой, у больных обеих групп. Следует отметить, что в первой группе у 48 пациентов в наиболее травматичные моменты операции отмечалось кратковременное повышение АД и ЧСС с быстрой нормализацией после введения дополнительных доз анестетика. Величины АД, как систолического, так и диастолического, во время анестезии и операции достоверно не отличались от исходных (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, средняя ЧСС достоверно отличалась от исходной (+16—20 ударов в минуту) только на этапах после премедикации и в начале индукции, что связано с действием атропина. В процессе анестезии и операции тахикардия нивелировалась.

У больных II группы при комбинированном методе анестезии отмечались отдельные случаи брадикардии до 50 ударов в минуту. Это указывает на то, что ваготропное действие анестезии преобладало над стимулирующим влиянием операционной травмы. Коррекция брадикардии была быстро и успешно проведена путем дополнительно введения атропина (в/в 0,3—0,5 мл 0,1% раствора).

Данные клинического наблюдения за параметрами дыхания подтверждаются объективными показателями оксигенации крови ($SatO_2$) по пульсовому оксиметру, pO_2 и pCO_2 по данным лабораторного газового анализа. В обеих группах во время анестезии и операции не происходило статистически значимых изменений показателей гемодинамики и pH (табл. 1, 2).

Можно отметить, что средние показатели pCO_2 в конце операции у больных первой группы несколько превышали исходные данные (40,7—41,1 мм рт. ст.), однако эти изменения не были статистически достоверными (табл. 1).

Динамика метаболического компонента КОС характеризовалась постепенным увеличением дефицита оснований к концу операции, которое у больных I группы оказалось статистически достоверным $p < 0,05$ (табл. 1). Необходимости в коррекции ацидоза не возникло ни у одного пациента.

Снижение $SatO_2$ во время анестезии и операции не превышало 1—3% у больных обеих групп.

Учитывая характер основной хирургической патологии и объем оперативного вмешательства, больные после окончания операции переводились в отделение реанимации. С целью профилактики острой дыхательной недостаточности на фоне возможного развития «компармент-синдрома» продолжали ИВЛ. Через сутки при восстановлении сознания, мышечного тонуса, а также при отсутствии элементов дыхательной недостаточности больные экстубировались.

Послеоперационное обезболивание осуществляли как в плановом порядке, так и по требованию пациентов. Хирургическая ликвидация гигантских ventральных грыж — высокотравматичная процедура, способная вызвать глубокие физиологические изменения как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде. Эти изменения

Динамика основных показателей состояния больных на этапах анестезии и операции в первой группе

Показатели	I	II	III	IV	V
АДс, мм рт. ст.	137,3±15,2	141,6±16,1	138,1±17,3	148,1±12,8	137,5±11,9
АДд, мм рт. ст.	89,6±11,2	82,4±12,9	91,5±11,3	89,1±10,1	82,4±9,6
ЧСС, в мин.	72,9±8,1	98,8±10,1*	97,9±11,4*	91,6±8,7*	89,7±7,2
SatO ₂ , %	-	96±3,8	95,6±3,4	96,8±2,1	96,6±2,3
pH	7,39±0,02		7,36±0,03		7,37±0,05
pCO ₂ , мм рт. ст.	39,2±3,8		42,7±3,8		43,1±4,1*
pO ₂ , мм рт. ст.	72,3±6,7		70,7±3,5		71,1±4,1
BE	-1,2±0,3		-3,1±0,8*		-3,7±0,4*

Примечание: * – P<0,05 по сравнению с исходными данными

- I – исходные данные
- II – после премедикации
- III – травматичный этап операции
- IV – конец операции
- V – через сутки после окончания операции

Таблица 2

Динамика основных показателей состояния больных на этапах анестезии и операции во второй группе

Показатели	I	II	III	IV	V
АДс, мм рт. ст.	134,8±12,6	138,4±11,5	126,2±9,7	121,6±8,2	122,1±9,3
АДд, мм рт. ст.	82,2±10,2	82,8±8,1	76,8±4,8	75,3±5,8	76,3±6,1
ЧСС, в мин.	76,1±5,7	98,5±4,9*	79,3±8,2	77,8±5,6	76,3±5,1
SatO ₂ , %	-	97,8±1,7	97,6±2,1	97,9±1,7	98,1±1,4
pH	7,36±0,04		7,34±0,02		7,36±0,02
pCO ₂ , мм рт. ст.	38,8±4,1		40,8±2,3		41,1±1,8
pO ₂ , мм рт. ст.	76,8±2,8		74,8±6,7		75,6±3,8
BE	-1,1±0,7		-1,8±0,3		-2,1±0,2

Примечание: * – P<0,05 по сравнению с исходными данными

- I – исходные данные
- II – после премедикации
- III – травматичный этап операции
- IV – конец операции
- V – через сутки после окончания операции

характеризуются возрастанием симпатоадреналовой активности, нейроэндокринной деятельности, а также увеличением синтеза цитокинов. Острая боль является результатом «хирургического стресса». Она усиливает нагрузку практически на все жизненно важные системы организма. Сами по себе острые болевые ощущения составляют лишь часть проблемы, в то же время являясь первопричиной развития патологического послеоперационного синдрома-комплекса, способствуя развитию осложнений [1, 4]. Прежде всего эти осложнения касаются систем кровообращения и дыхания (АД, тахикардия, нарушение ритма сердца, учащение дыхания, уменьшение дыхательного объема, жизненной емкости легких, функциональной остаточной емкости и альвеолярной вентиляции) [6].

К другим клиническим проявлениям дискомфорта, обусловленного болью в раннем послеоперационном периоде, относятся снижение двигательной активности, повышение ригидности дыхательных мышц грудной клетки, вынужденное положение больного, нарушение эвакуации бронхиального секрета, неспособность глубоко дышать, способствующая ателектазированию легочной ткани и тем самым создающая благоприятные условия для развития легочной инфекции, а также депрессивное состояние пациентов. В свою очередь, снижение физической активности при послеоперационном болевом синдроме может привести к венозному застою, повышенному риску тромбоза глубоких вен и эмболии легочной артерии. К тому же боль может оказать неблагоприятное влияние на перистальтику кишечника и мочевого тракта, что, в свою очередь, ведет к послеоперационному парезу кишечника, тошноте, рвоте и задержке мочи. Эти проблемы особенно нежелательны для больного, которому выполнена пластика передней брюшной стенки, и могут увеличить

время пребывания его в стационаре и, что особенно нежелательно, привести к рецидиву заболевания [1, 4].

При назначении любых анальгетиков мы основывались на строгом соответствии используемых средств обезболивания интенсивности болевого синдрома. В основном послеоперационную боль оценивали на основе субъективных ощущений пациента.

Клинически оценивали развитие послеоперационного болевого синдрома на основании показателей, признанных Международной ассоциацией по изучению боли в качестве критериев, отражающих его динамику. Такими критериями являлись:

- а) время первого требования анальгетика, то есть длительность безболевого периода после окончания операции;
- б) средняя интенсивность боли по 4-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в течение 24 часов после операции;
- в) средний расход опиоида и адъювантных средств на протяжении 24 часов после операции;
- г) количество пациентов, не нуждающихся в послеоперационном обезболивании.

Во всех группах применяли единую тактику купирования послеоперационной боли, которая была основана на строгом соответствии назначаемых средств обезболивания интенсивности боли и форме статистического учета. Интенсивность боли устанавливали по простой балльной шкале (от 0 до 4 баллов), предложенной проф. Н. А. Осиповой, где 0 баллов означает отсутствие боли, 1 — легкую боль, 2 — умеренную боль, 3 — сильную боль и 4 — очень сильную боль.

Слабый болевой синдром (1 балл) устраняли с помощью анальгетиков периферического действия (кеторол, кеторолак, диклофенак, анальгин, парацетамол или др.).

При умеренной боли (2 балла) назначали опиоидный анальгетик центрального действия трамадол, не относящийся к наркотическим средствам, в сочетании с ненаркотическими анальгетиками периферического и центрального действия.

Такая тактика назначения средств обезболивания позволяла предотвратить назначение наркотиков не нуждающимся в них пациентам и избежать возможных осложнений.

Обезболивание считали достаточным не только в покое, но и при движении, при наличии оценки по ВАШ при откашливании (3 балла и ниже) у 78 пациентов из II группы. Эти больные при таких значениях ВАШ были в состоянии двигаться, довольно глубоко дышать и эффективно откашливаться, что снижало риск развития легочных и тромботических осложнений.

Как доказывает наш практический опыт, эпидуральная анальгезия может уменьшить эти явления, улучшить качество обезболивания в послеоперационном периоде, ускорить восстановление функции миокарда, внешнего дыхания, желудочно-кишечного тракта.

Пациенты из I группы, получавшие наркотические анальгетики, находились в состоянии избыточной седации, в то время как качество послеоперационного обезболивания было ниже достаточного. У них отмечалась выраженная гипоксемия, которая сохранялась в течение суток после операции, что связано с формированием микроателектазов на фоне проведения ИВЛ (табл. 1). Во II группе, в которой купирование болевого синдрома в послеоперационном периоде осуществлялось введением местных анестетиков (наропин) в ЭП (больным II группы в послеоперационном периоде в эпидуральное простран-

ство продолжали вводить 0,2% наропин через шприц-дозатор со скоростью 5—10 мл/час), отмечено улучшение показателей SatO₂ и КОС (табл. 2). А также отмечена тенденция к снижению частоты легочных и гемореологических послеоперационных осложнений.

Таким образом, применение общей анестезии на основе комбинации эндотрахеального варианта наркоза и эпидуральной анальгезии представляет собой наиболее адекватный, эффективный метод антистрессовой защиты пациента при операции по поводу гигантских вентральных грыж и, следовательно, этот метод предпочтительнее традиционного эндотрахеального вида общей анестезии с N₂O+O₂+НЛА.

Литература

1. Гаряев Р. В. Длительная эпидуральная анальгезия и артериальная гипотензия // Регионарная анестезия и лечение острой боли. — 2011. — Т. 5. — №1. — С. 25—33.
2. Горобец Е. С., Гаряев Р. В., Шин А. Р. Одноразовые инфузионные помпы сделали реальным широкое применение послеоперационной эпидуральной анальгезии // Регионарная анестезия и лечение острой боли. — 2011. — Т. 5. — №3. — С.14—20.
3. Григорьевич С. Регионарная анестезия у пожилых пациентов // Регионарная анестезия и лечение острой боли. — 2011. — Т. 5. — №2.
4. Осипова Н. А. Принципы клинического применения наркотических и ненаркотических анальгетических средств при острой и хронической боли / Методические указания. — М, 2005.

ООО «МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «МЕДАЛАНА»



**МТЦ «МЕДАЛАНА»
ПРЕДЛАГАЕТ
ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ
И ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ
ОБОРУДОВАНИЕ
ПРОИЗВОДСТВА
ООО НПФ «ЭЛЕПС» Г. КАЗАНЬ:**

- Эндоскопические комплексы
- ЭХВЧ
- Портативные диагностические комплекты: «ЛОР-Диагност», «УРО-Диагност», «РЕКТО-Диагност» на базе эндоскопической видеокамеры ЭВК-001 и ноутбука
- Шейверы, инструменты, комплект оборудования для трансиллюминационной шейверной флебэктомии



**ИНФОРМАЦИОННАЯ И ТЕХНИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА КЛИЕНТАМ
ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ**

По вопросу закупок
просим
обращаться
в ООО
«МТЦ «МЕДАЛАНА»:

357600, Ставропольский край,
г. Ессентуки, пер. Котовского, 50
тел./факс: (87934) 2-43-33, 5-55-22
e-mail: medalana@mail.ru, ICQ 470303719,
Skype medalana2002

Особенности гормональной регуляции энергетического обмена при беременности, осложненной гестозом

Рымашевский А. Н., Шестопалов А. В., Шульга А. С., Кафедра общей и клинической биохимии №2 ГОУ ВПО РостГМУ Минздравсоцразвития РФ; Бутенко Е. В., Александрова А. А., Гутникова Л. В., Шкурят Т. П., НИИ Биологии ЮФУ, г. Ростов-на-Дону

Гестоз остается одним из самых распространенных осложнений второй половины беременности: данная патология развивается у каждой пятой женщины [2]. У большинства пациенток, перенесших гестоз средней степени тяжести, после родов наблюдается та или иная экстрагенитальная патология: хроническая патология почек, гипертоническая болезнь, различные эндокринные нарушения [2, 3, 4, 5, 12]. По данным ВОЗ, гестозы являются основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности [5].

Актуальной задачей здравоохранения является своевременное максимально раннее доклиническое выявление социально значимых патологий, к которым в частности относится гестоз, с целью предотвращения осложнений, вызываемых данной патологией, и снижением затрат на лечение [1, 2, 6]. Существующие методы диагностики пока не привели к снижению частоты данной патологии, в связи с чем данная проблема требует дальнейшего изучения.

В настоящее время активно изучается роль гормональной оси грелин-соматотропин-инсулиноподобный фактор роста-1 (ИФР-1), лептина и инсулина в функционировании репродуктивной системы как в норме, так и при патологии. Тем не менее исследования, касающиеся выяснения роли лептина, грелина, гормона роста, инсулина, ИФР-1 в аспекте физиологически протекающей беременности и при осложненном ее течении, фрагментарны и остается много нерешенных вопросов относительно их физиологического и патогенетического значения, диагностической информативности этих показателей.

В связи с вышеизложенным целью данной работы явилось изучение содержания в сыворотке материнской и пуповинной крови при физиологической беременности и гестозе грелина, соматотропина, лептина, инсулина, инсулиноподобного фактора роста-1 и белка, связывающего инсулиноподобный фактор роста-1 (ИФРСБ1).

Материалы и методы

Материалом для исследования являлась материнская и пуповинная кровь, взятая на момент родов, что соответствовало 38–40 неделе гестации. В исследование включены беременные с физиологической (группа 1, n=58) и осложненной гестозом (группа 2, n=13) беременностью. Диагностировали гестоз на основании протеинурии и повышения артериального давления после 20 недели гестации более 140/90 мм рт. ст. В выборки не включались женщины,

имевшие ожирение или существенный избыток массы тела (ИМТ>25 кг/м²) до беременности. Группы были сопоставимы по возрасту. Все женщины подписали информированное добровольное согласие на участие в данном исследовании.

Исследование было проведено на автоматическом иммуноферментном анализаторе Alisei (Италия). Концентрацию грелина определяли в плазме крови с использованием тест-систем производства Peninsula Laboratories, LLC (USA), соматотропина и инсулина — DRG (Germany), ИФР-1 и ИФРСБ1 — BioServ (Germany), лептина — DBC (Canada). Полученные результаты обработаны стандартными статистическими методами с применением пакета программ Statistica 6.1.

Результаты исследования и их обсуждение

При физиологической беременности наблюдались более низкие уровни инсулина и лептина в пуповинной крови по сравнению с таковыми в материнской крови.

При гестозе на фоне неизменного уровня инсулина регистрируются разнонаправленные изменения в пуповинной и материнской крови: при статистически значимом повышении лептина в материнской крови на 33,25% отмечается тенденция к снижению лептина в пуповинной крови на 43,04%.

Увеличение уровня лептина в материнской крови в случае беременности, осложненной гестозом, отчасти может объясняться нарастанием концентраций провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-4 и TNF- α) [13], усиливающих экспрессию гена лептина, а также увеличением массы лептин-синтезирующей жировой ткани к концу 3-го триместра.

В результате исследования было определено достоверное снижение концентрации грелина в организме матери в группе 2 на 17,86% (p=0,038) при неизменном уровне этого показателя в пуповинной крови (табл. 1).

Стоит отметить, что значения соматотропина в пуповинной крови превышали значения в крови беременных при физиологическом течении более чем в 3,5 раза, а при гестозе — почти в 7 раз. В группе 2 выявлялось нарастание средних значений гормона роста плода на 37,44% (p= 0,010), что может быть объяснено активностью соматотропина как стрессорного гормона.

Анализ уровня ИФР-1 в материнской и пуповинной крови статистически значимых изменений не выявил, однако в организме матери обнаруживались существенно более высокие

Таблица 1

Уровни исследуемых показателей в пуповинной и материнской крови (38–40 недель)

Исследуемые показатели	Материнская кровь, М±m		Пуповинная кровь, М±m	
	Физиологическая беременность	Гестоз	Физиологическая беременность	Гестоз
Инсулин, мкМЕ/мл	12,17±0,85	11,67±1,74	8,05±0,60	7,72±0,57
Лептин, нг/мл	26,43±2,43	39,59±4,94*	12,85±1,26^	7,32±1,18^*
Гормон роста, нг/мл	2,53±0,15	2,17±0,34	9,29±0,83^	14,85±2,57^*
Грелин, нг/мл	0,28±0,01	0,23±0,03*	0,26±0,02	0,19±0,04
Лептин/грелин	107,34±11,68	239,52±63,58*	69,98±9,73^	64,90±17,81^
ИФР-1, нг/мл	255,73±15,28	296,28±31,24	77,17±4,41^	63,89±5,92^
ИФРСБ1, нг/мл	101,96±8,78	124,05±19,58		

Примечание: * — статистически значимые различия (p<0,05) в сравнении с физиологической беременностью; ^ — статистически значимые различия (p<0,05) в сравнении с материнской кровью.

цифры этого показателя, чем в пуповинной крови. Белок, связывающий ИФР-1, в материнской крови не изменялся.

В настоящее время появилось достаточно сведений относительно дисбаланса цитокинов в материнской и пуповинной крови в динамике беременности, осложненной гестозом [13]. Опубликованные результаты исследований [13, 14] показывают, что в динамике развития беременности, осложненной среднетяжелой и тяжелой формами гестоза, возникает выраженный дисбаланс цитокинов (нарастание концентраций ИЛ-1, ИЛ-4 и TNF- α), обнаруживаемый в пуповинной и материнской крови. Провоспалительные цитокины, включая фактор некроза опухоли (TNF- α), ИЛ-1 и бактериальные липополисахариды, активируют синтез мРНК лептина в жировой ткани, тем самым увеличивая его концентрацию. Определенное повышение уровня лептина материнской крови может быть объяснено тем, что этот гормональный фактор рассматривается в качестве одного из ключевых элементов системы регуляции энергетического метаболизма, роста и развития плода [9]. Повышаясь при патологическом течении беременности, гиперлептинемия, вероятно, является адаптационным резервным механизмом, направленным на сохранение беременности. Отдельные исследования указывают на то, что лептин через активацию эндотелиального Ob-рецептора генерирует ростовой сигнал через тирозинкиназные пути и стимулирует ангионеогенез [7]. Это может указывать на существенную роль данного адипокина, учитывая его физиологические эффекты, на процессы пролиферации и ангионеогенеза, в поддержании жизнедеятельности плода при осложненных вариантах течения беременности.

Помимо этого, уровень лептина отражает энергетические резервы организма в виде депо жировой ткани. Во время беременности наблюдаются положительные энергетический баланс и увеличение объема потребляемой пищи, необходимого для сохранения энергетических запасов матери. Жировая масса является основным определяющим фактором, стимулирующим синтез лептина. Потеря массы жировой ткани связана с понижением циркулирующих уровней рассматриваемого цитокина и увеличением темпов потребления калорий и запасания энергии. В результате исследования была показана положительная корреляция между уровнем лептина и весом беременной. Аналогичным образом, определяя лептин как регулятор метаболических процессов, можно предположить, что уменьшение концентрации данного гормона в пуповинной крови косвенно свидетельствует о снижении энергетических депо в организме плода. В первую очередь это связано с уменьшением запасов жировой ткани, возникающим на фоне относительного дефицита транспорта нутриентов через фетоплацентарный комплекс при гестозе. Как следствие — снижена и продукция лептина, основным местом синтеза которого являются адипоциты.

Уменьшение уровня грелина в ходе нашего исследования в материнской крови на фоне гиперлептинемии можно объяснить с позиции реципрокных взаимосвязей между лептином и грелином. Ранее в отдельных работах уже освещалось прямое ингибирующее влияние лептина на экспрессию грелина [11].

Нарастание уровня гормона роста в пуповинной крови может быть расценено как механизм поддержания должностных значений глюкозы крови, основного энергетического субстрата организма, в условиях гипоксии плода и относительного дефицита потока питательных веществ через фетоплацентарный барьер, имеющих место при гестозе.

Делая попытку объяснить обнаруженные сдвиги соматотропина материнской крови, уместно привести результаты одного исследования, в ходе которого было установлено, что сахарный диабет и депривация пищи приводят к уменьшению мРНК рецепторов к соматостатину 1, 2 и 3-го типа в гипофизе примерно на 80% по сравнению с контрольными животными, получающими нормальное питание [8]. Эти экспериментальные данные четко показывают взаимосвязь количества рецепторов к соматостатину с состоянием обмена

веществ. В условиях фетоплацентарной недостаточности, что имеет место при гестозе, отмечается дефицит нутриентов, поступающих к плоду из материнского кровотока. Предположительно, в этом случае также будет снижаться соматостатиновая активность в организме плода, способствуя релингу соматотрофами гипофиза гормона роста.

Интересно отметить, что в ходе эксперимента в пуповинной крови на фоне повышения уровня гормона роста концентрация его посредника — инсулиноподобного фактора роста-1 не изменялась. Мы полагаем, что наблюдаемое нарушение прямой взаимосвязи между этими двумя гормонами можно в некоторой мере объяснить модуляцией чувствительности рецепторного аппарата клеток фактором тканевой гипоксии, отмечаемым при гестозе. В подтверждение данной гипотезы примечательно исследование [10], показавшее, что TNF- α , экспрессия гена которого повышается при гестозе [3], стимулирует тирозинкиназную активность рецепторов к инсулиноподобному фактору роста.

В целом, большую часть детектируемых нами гормональных сдвигов в материнской и пуповинной крови можно охарактеризовать как универсальные адаптационно-компенсаторные изменения нейроэндокринной системы плода и беременной, направленные на поддержание гомеостаза и процессов гестации.

Исследование выполнено на оборудовании Центра коллективного пользования «Высокие технологии» в рамках госконтракта 16.552.11.7024.

Литература

1. Кузьмин В. Н. Гестоз у беременных. Вопросы диагностики и акушерской тактики // Лечащий врач. — 2003. — №9. — С. 70—74.
2. Кулаков В. И., Фролова О. Г., Токова З. З.. Пути снижения материнской смертности в РФ // Акушерство и гинекология. — 2004. — №2. — С. 3—6.
3. Медвинский И. Д., Зислин Б. Д., Юрченко Л.Н. Концепция развития полиорганной недостаточности на модели гестоза // Анестезиология и реаниматология. — 2000. — №3. — С. 48—52.
4. Репина М. А. Гестоз как причина материнской смертности // Журнал акушерства и женских болезней. — 2000. — Том XLIX: выпуск 3. — С. 50—54.
5. Репина М. А. и др. Современные подходы к коррекции нарушений дисфункции почек у беременных женщин // Журнал акушерства и женских болезней. — 2004. — Т. LIII. — Вып. 2. — С. 48—54.
6. Филимончикова И. Д., Чижова Г. В. Новые подходы к ранней диагностике и профилактике гестоза // Акушерство и гинекология. — 2005. — №1. — С. 46—48.
7. Bajoria R., Sooranna S. R., Warda B. S. Prospective Function of placental leptin at maternal-fetal interface // Placenta. — 2002. — Vol. 23. — P. 103—115.
8. Berelowitz M., Xu Y., Song J., Bruno J. F. Regulation of somatostatin receptor mRNA expression // Ciba Found. Symp. — 1995. — 190: 111—22.
9. Wlznitzer A. et al. Cord leptin level and fetal macrosomia // Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 96. — P. 707—713.
10. Delafontaine P., Yao-Hua Song, Yangxin Li. Expression, Regulation and Function of IGF-1, IGF-1R and IGF-1 Binding Proteins in Blood Vessels // Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology. — 2004. — Vol. 24. — P. 435—443.
11. Lippl F. et al. Direct effect of leptin on gastric leptin secretion // Horm. Metab. — 2005. — Vol. 37. — P. 123—125.
12. Dufour P., Subtil D., Puech F. Hypertension in pregnancy. Diagnosis, complications, treatment // Rev. Prat. — 2000. — Vol. 11. — P. 1231—1237.
13. Heikkinen J., Mottonen M., Pulkki K. Cytokine levels in midtrimester amniotic fluid in normal pregnancy and in the prediction of preeclampsia // Scand. J. Immunol. — 2001. — Vol. 53. — №3. — P. 310—314.
14. Grill S. et al. Potential markers of preeclampsia: review // Reprod. Biol. Endocrinol. — 2009. — Vol. 14 — №7. — P. 70—78.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СТАЛИ ДОСТУПНЕЕ



ВАША БИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРАХОВКА

На протяжении нескольких десятилетий клетки пуповинной крови успешно используются в медицине при лечении целого ряда тяжелых наследственных и приобретенных заболеваний. Исследования последних лет открыли новые перспективы применения клеточных технологий. Сохранив клетки пуповинной крови своего ребенка сегодня, Вы гарантируете ему и близким Вам людям доступность самых передовых медицинских технологий в будущем.

Без малого 10 лет на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова успешно работает «КриоЦентр» – первый российский Банк стволовых клеток.

Более 10 тысяч наших соотечественников, среди которых известные врачи и политики, спортсмены, бизнесмены и деятели искусств, доверили КриоЦентру хранить самое ценное – «биологическую страховку» нового поколения граждан России.

Высочайшее качество и терапевтическая эффективность образцов клеток пуповинной крови, выделенных и сохраненных в КриоЦентре, подтверждены в ходе научных и клинических исследований, а также практического применения.

КриоЦентр – единственный в России Банк стволовых клеток, имеющий опыт успешного применения клеток пуповинной крови в лечении детского церебрального паралича, последствий тяжелой черепно-мозговой травмы, других неврологических заболеваний, трудно поддающихся традиционной терапии.

Более 200 образцов клеток пуповинной крови представлены КриоЦентром для клинического использования.

100 процентов из них были признаны жизнеспособными после размораживания. Это лучшее доказательство эффективности применяемых в КриоЦентре технологий.

Не упустите Ваш шанс!

Только однажды – во время родов – сама Природа дает Вам возможность сохранить клетки пуповинной крови Вашего ребенка такими, какими они были в момент его появления на свет – молодыми, здоровыми и полными энергии.

Примите решение – остальное мы сделаем сами. Стволовые клетки – Ваша биологическая страховка. Мы сохраним их для Вас и Ваших детей!

*С уважением,
коллектив КриоЦентра*

БЕЗОПАСНАЯ И ЭФФЕКТИВНАЯ КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ с использованием клеток пуповинной крови

(Разрешение Росздравнадзора № ФС-2009/387 от 23.11.2009 г.)

Показания к применению:

- спастические формы детского церебрального паралича (спастическая моно-, пара, геми- и диплегия);
- сопутствующие синдромы поражения головного мозга (гидроцефалия, судорожный синдром, гиперкинезы, симптоматическая эпилепсия);
- задержка психического и речевого развития;
- последствия тяжелой черепно-мозговой травмы.

Весь комплекс медицинских услуг, включая бесплатные консультации специалистов, можно получить в Банке стволовых клеток «КриоЦентр» на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени акад. В.И. Кулакова по адресу:

117997, г. Москва, ул. Акад. Опарина, 4.
Тел.: (495) 730-16-58; факс: (495) 438-87-66

E-mail: cryocenter@cryocenter.ru

<http://www.cryocenter.ru>



Лицензия Росздравнадзора № ФС-99-006037

Озон — технология XXI века

В медицине стерильность — это не роскошь, а необходимое условие для сохранения жизни и здоровья как пациента, так и медицинского персонала. Именно поэтому предлагаемые компанией ООО «Орион-Си» озонотехнологии, гарантирующие уничтожение вредоносных микробов, находят все большее применение в разных лечебных учреждениях страны

ООО «Орион-Си» — лидер в области разработки и внедрения «озоновых технологий», положенных в основу создания аппаратуры для дезинфекции окружающей среды и стерилизации оборудования. Компания была создана в марте 1989 года, тогда она называлась НПО «Орион». Ее создатель и бессменный руководитель Лили Сибельдина не только возродила традицию применения озоновых технологий в российской медицине, но и поставила перед коллегами амбициозную задачу — создание озонатора, отличающегося от старых, разработанных в СССР, портативностью и многопрофильностью. За два года напряженной работы, в которой также приняли участие специалисты ряда космических предприятий, был создан озонатор «Орион-Си» ОП1-М, отличающийся широким диапазоном применения и портативностью (вес прибора в 10 раз ниже, чем у имеющихся аналогов, — всего 3,5 кг). В 1996 году разработки компании дополнились еще одним уникальным аппаратом — озонным стерилизатором, позволяющим получать стерильный инструмент или расходный материал в операционном блоке больницы в момент операции или после нее за невообразимо короткий срок — 10–15 минут.

Высокий окислительный потенциал озона предопределяет широкие возможности применения его в целях стерилизации медицинского инструмента. Нами разработана стерилизационная камера, позволяющая выполнять мероприятия по стерилизации хирургического, эндоскопического и вспомогательного инструментария. В качестве стерилизующего средства используется газообразный озон, генерирование которого осуществляется озонатором. Проведенные экспериментальные работы по исследованию необходимой концентрации и экспозиции стерилизации медицинского инструмента показали перспективность данного метода. Исследования проводились в стерилизационных камерах объемом 36 и 250 л, выполненных из оргстекла. Последняя позволяет стерилизовать сложный ортопедический инструмент. Инструмент, прошедший предстерилизационную очистку в проточной воде, помещали в озонный стерилизатор на перфорированный поддон с зазором между каждым инструментом не менее 5 см. Посевы брали с каждого предмета до и после обработки по стандартной методике. В исходном состоянии на поверхности стерилизуемых предметов имелась следующая патогенная флора:



Лили Аркадьевна СИБЕЛДИНА, Генеральный директор ООО «Орион-Си», академик, профессор, д. б. н., к. ф.-м. н., кавалер ордена «Звезда Отечества», Почетный гражданин РФ

E. coli, стафилококки, синегнойная палочка. Стерилизация осуществлялась в течение 20 минут, концентрация озона в рабочем объеме камеры составляла 300 мг/мм³. После стерилизации инструментальных объектов наличия патогенной флоры не обнаружено, что свидетельствует об эффективности применения озонирования.

Необходимо подчеркнуть, что одним из объектов стерилизации являлась эндотрахеальная трубка. Она заслуживает особого внимания, так как ее повседневная потребность высока, а традиционная технология обеззараживания требует достаточно длительного цикла. Предлагаемая нами технология позволяет обеспечить полную стерильность наружной и внутренней поверхности эндотрахеальной трубки без нанесения ей физических повреждений (в течение указанных 20 минут).

Полученные результаты позволяют рекомендовать использование озонного стерилизатора в комплекте с озонатором не только в стационарных условиях, но также в полевых и чрезвычайных ситуациях.

На сегодняшний день благодаря предприятию ООО «Орион-Си» в нашей стране наблюдается повышение интереса со стороны медучреждений к озонотехнологиям, особенно к возможности экспресс-дезинфекции и экспресс-стерилизации.

В настоящее время компания ООО «Орион-Си» выпускает:

- озонатор портативный «Орион-Си» (ОП1-М), позволяющий производить де-контаминацию окружающей среды;

- озонатор терапевтический «Орион-Си» ОТ-15/155 (ОП1-М), предназначенный для проведения озонотерапии «проточным» озоном;

- стерилизатор озонный «Орион» со стерилизационными камерами объемом 0,7, 36, 85, 250 л (оргстекло, прямоугольные) и 14, 40, 70 л (оргстекло, цилиндр), применяющийся для экспресс-дезинфекции и экспресс-стерилизации хирургического инструмента и оборудования и термостойких медицинских расходных материалов.

Пользователями этой аппаратуры сегодня являются более 7,5 тыс. клиник по всей стране и за рубежом: от поликлиник до ведущих клиник страны. Среди них такие крупные московские клиники как ГУ НЦССХ им. Бакулева, ГКБ им. Боткина, Детская ГКБ №13 им. Филатова, ГКБ №50, ГУ ГКБ №57, НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Госпиталь им. Бурденко. Более 20 регионов России имеют озонотехнику производства компании ООО «Орион-Си», она используется в ГУЗ «Тукаевская ЦРБ» (Набережные Челны), МУЗ «Районная больница №2» (Одинцовский р-н Московской обл.), МЛПУ «Центральная городская больница» (Сургут), ООО «Лечебно-диагностический центр «Альтернатива» (Тюмень), МУЗ «Городская больница №8» (Челябинск), Республиканской больнице №2 «Центр экстренной медицины» (Якутск), МУЗ «Больница №37» (Ярославль), МУЗ «Вельская ЦРБ» (Архангельской обл.), ЦБ (Виллюнское Камчатской обл.), ФГУП ЦНИИ травматологии и ортопедии (Екатеринбург), Ожоговом центре (Краснодар) и многих других.

Потребителем продукции «Орион-Си» в медицинской практике является медучреждение в целом, в основном операционный блок, отделения реанимации и интенсивной терапии. Операционная сестра даже в момент операции может получить стерильный инструмент в течение 15 минут для последующего использования в ходе операции. По завершении операции весь использованный инструмент может быть подготовлен в течение 1 часа для следующей операции.

За 17 лет работы по проблемам озонотехнологий «Орион-Си» прочно занял лидирующее место в производстве портативного озонатора и по праву может считаться инициатором внедрения «озоновых технологий» в медицине и народном хозяйстве.

Применение озонатора и озонного стерилизатора обеспечивает уменьшение

финансовых затрат учреждения по приобретению химдезсредств в 10 раз, по антибиотикам и антисептикам — в 10 раз, по электроэнергии — в 100 раз.

Отзыв о работе озонных стерилизаторов «Орион-Си» со стороны заместителя главного врача по эпидемиологии Детской городской клинической больницы №13 (г. Москва) Г. Е. Тарасовой:

«Озонные стерилизаторы «Орион-Си» используются в оперблоке нашей больницы с 2003 года. В настоящее время они обеспечивают стерильность в лапароскопической, травматологической, гнойной, торакальной операционных. Ежедневно стерилизации в озонных стерилизаторах подвергаются хирургические инструменты, в том числе содержащие оптические детали, а также различные термонеустойчивые изделия медицинского назначения (включая дрели и другие сложные инструменты травматологического профиля).

Использование озонных стерилизаторов в операционном блоке значительно сократило время (до 20—30 минут) на подготовку хирургического инструментария и позволило повысить оперативную активность стационара.

Несомненно, использование озонных стерилизаторов привело к экономии денежных средств, так как отпала необходимость в закупке химических стерилиантов. Немаловажными также являются экономия электроэнергии и уменьшение износа хирургического инструмента за счет сокращения времени стерилизации и отказа от применения высоких температур и давления, кото-

рые имеют место при использовании воздушных стерилизаторов и автоклавов.

Бактериологической лабораторией больницы проведено 123 посева смывной жидкости с хирургического инструментария и изделий медицинского назначения на стерильность после обработки их в озонном стерилизаторе, положительных результатов выявлено не было, что говорит о высоком стерилизационном эффекте озонных стерилизаторов «Орион-Си».

Озонный стерилизатор «Орион-Си» надежен и прост в работе и может быть рекомендован к широкому применению».

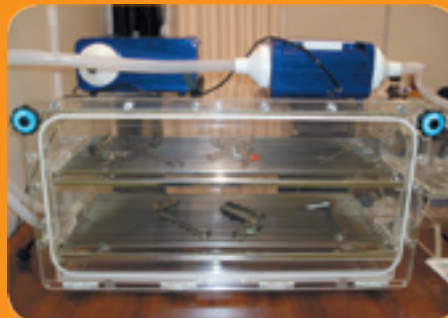


ООО «ОРИОН-СИ»

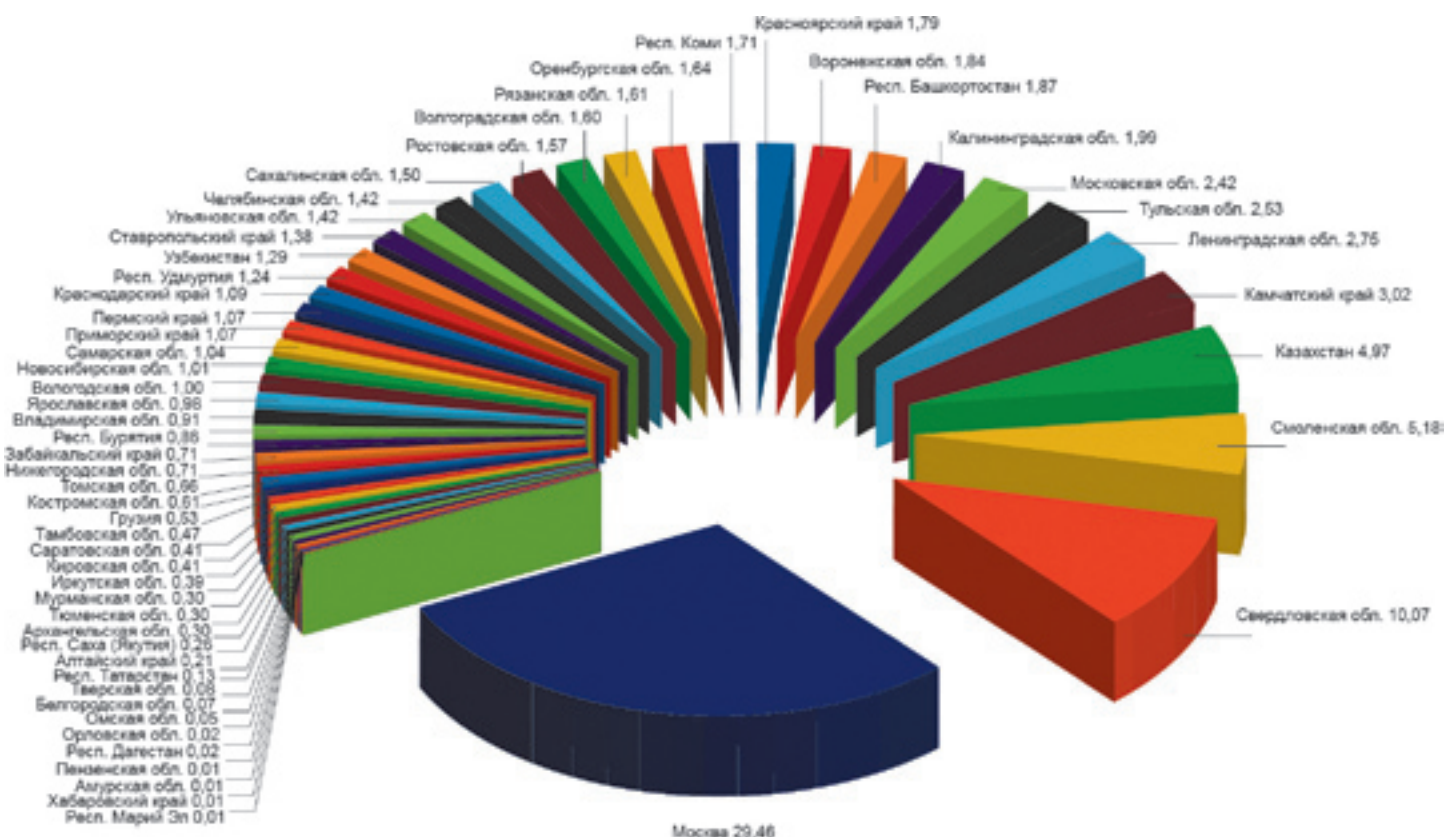
115419, г. Москва, ул. Орджоникидзе, 11,

тел./факс.: (495) 952-48-21, 789-67-35, 762-82-52,

e-mail: orionsi@yandex.ru, www.orion-si.ru



Объем продаж продукции
ООО «Орион-Си» за период 2011 года (Россия и СНГ), %



Антибиотикотерапия. Всегда ли она оправдана?

Все врачи знают о последствиях неоправданного использования антибиотиков. С каждым годом число резистентных микроорганизмов неуклонно растет. Во многом это связано с тем, что, забывая об осторожности, многие люди применяют антибиотики по собственному усмотрению. Бактериальная резистентность и ее последствия широко представлены в различных исследованиях. Врачи, зная это, часто стоят перед дилеммой: не назначать антибиотики в связи с их осложнениями, с одной стороны, или идти на риск оставить без адекватной терапии потенциально опасную инфекцию, - с другой стороны.

80% инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей имеют вирусную этиологию и, соответственно, не отвечают на терапию антибиотиками. Тем не менее большинству таких пациентов назначают антибиотики, несмотря на отсутствие терапевтического эффекта.

Такое решение является неэффективной тратой денег как для пациента, так и для общества в целом. Кроме того, такие пациенты становятся источником развития бактерий, устойчивых к антибиотикам. Устойчивость к антибиотикам затрагивает не только самого пациента, но и окружающих его людей.

Хотите изменить ситуацию?

C-реактивный белок (СРБ) является маркером воспаления. Этот маркер широко используется для диагностики инфекций и воспалительных заболеваний. Количественный тест на СРБ часто используется для диагностики и мониторинга различных воспалительных процессов, дифференциальной диагностики между бактериальной и вирусной инфекциями, обнаружения послеоперационных осложнений, мониторинга эффективности лечебных мероприятий.

Определение СРБ в первичном медицинском звене проводят двум наиболее значимым группам пациентов — лихорадящим пациентам с вероятностью наличия инфекционного заболевания и пациентам с хроническими воспалительными заболеваниями.

В отличие от широко используемого теста скорости оседания эритроцитов (СОЭ) как неспецифического показателя остроты процесса, СРБ является более лабильным и, следовательно, более удобным показателем для клинического мониторинга. Кроме того, уровень СРБ, в отличие от СОЭ, не зависит от пола, времени суток, количества и морфологии эритроцитов, белкового состава плазмы.

Основываясь на клинической важности этого параметра, необходимо количественное определение СРБ. Количественное определение СРБ хорошо поддается автоматизации и стандартизации, в отличие от качественных или полуколичественных методов (латексная агглютинация).

Компания БиоХимМак предлагает варианты экспресс-определения СРБ методом твердофазного ИФА (Nycocard CRP, Axis-Shield) и наборы для определения hsCRP (Biomerica, Bender Medsystems).

Значимость результатов теста на СРБ в общей практике врача

СРБ < 50 мг/л:

вероятна вирусная инфекция

СРБ > 50 мг/л:

вероятна бактериальная инфекция

0-25 мг/л

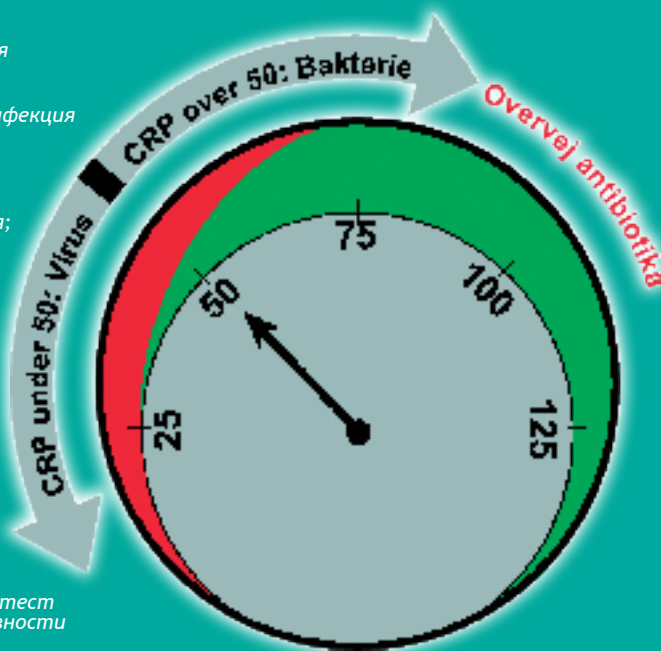
- Низкая вероятность бактериальной инфекции; антибиотик не назначается; повторный тест на СРБ через 1-2 дня

25-50 мг/л

- «Серая» зона, назначение антибиотиков зависит от клиники; назначение антибиотиков зависит от результатов повторного анализа на СРБ через 1-2 дня

> 50 мг/л

- Высокая вероятность бактериальной инфекции; назначение антибиотиков; контрольный осмотр через несколько дней; повторный тест на СРБ для оценки эффективности терапии



По всем вопросам приобретения диагностических тест-систем обращайтесь в офис компании:

ЗАО «БиоХимМак»,

119991, г. Москва, Ленинские горы, МГУ им. Ломоносова, 1, стр. 11

тел. (495) 647-27-40, факс (495) 939-09-97,

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

Пневмонии у военнослужащих в госпитале, дислоцированном в зоне вооруженного конфликта на Северном Кавказе (особенности диагностики и лечения)

Кирилов М. М., Соснюк Д. В., Дерябин Ю. Р.; Филиал №1 ФБУ «1602 ОБКГ» МО РФ

Таблица 1

Опросник в целях прогнозирования тяжести течения пневмонии у военнослужащих при их поступлении в госпиталь

Факторы риска	Значение в баллах
1. Оценка социо-демографических факторов	
Зона призыва на военную службу из регионов Урала и Сибири	1
Заболевание в осенне-зимнее время года	1
Поздняя госпитализация (более 3 суток)	1
Эвакуация из зоны боевых действий	2
Комбинация факторов риска	2
2. Оценка предшествующей патологии	
Дефицит массы тела	3
Инфекции, перенесенные в прошлом	2
Лор-патология в анамнезе	2
Хроническая патология органов дыхания	2
Комбинация отягощающих заболеваний	3
3. Оценка клинических симптомов	
Лихорадка, $t > 38^{\circ}\text{C}$	2
Одышка в покое	1
Боли в груди	1
Астения (адинамия)	2
Гипотония (АД менее 100/70 мм рт. ст.)	2
Комбинация клинических симптомов	3

Актуальность проблемы обусловлена ростом заболеваемости пневмониями во всем мире, особенно у молодых лиц [2]; недостаточной изученностью пневмоний у военнослужащих, в частности в войсках Южного военного округа, принимающих участие в боевых контртеррористических операциях; отсутствием критериев оценки роли социо-демографических факторов риска и факторов предшествовавшей патологии внутренних органов, отягощающих течение пневмонии [1].

Цель работы — оптимизация диагностики и лечения пневмоний у военнослужащих, течение которых отягощено предшествующей патологией, на основе опыта их изучения в условиях пульмонологического отделения военного госпиталя, дислоцированного в зоне вооруженного конфликта на Северном Кавказе.

Авторы стремились изучить возможности пульмонологического отделения военного госпиталя в диагностике и лечении пневмоний у военнослужащих; уточнить структуру и влияние факторов риска на тяжесть течения пневмоний у военнослужащих, в том числе эвакуированных в госпиталь непосредственно из зоны боевых действий; сопоставить особенности клинического течения пневмоний, отягощенных и не отягощенных предшествующей патологией; исследовать роль фоновой трофологической недостаточности и иных форм предшествующей патологии в формировании тяжести течения пневмоний; разработать рекомендации по раннему прогнозированию, диагностике, лечению и реабилитации больных пневмониями, отягощенными предшествующей патологией.

Использовались методы исследования:

- **диагностические общеклинические** — общие анализы крови, мочи, мокроты, рентгенография (рентгеноскопия) грудной клетки, ЭКГ, лейкоцитарный индекс интоксикации;
- **клинико-диагностические** — ФВД (спирометрия, пикфлоуметрия), биохимические исследования, а также УЗИ, ФГС и др.;
- **специальные** — исследование вегетативного тонуса, адаптационного потенциала и трофологического статуса больных;
- **статистические** — анализ учетных и отчетных документов пульмонологического отделения госпиталя, анализ материалов догоспитального обследования и историй болезни больных стационара.

Оценивались условия службы и быта пациентов, военная специальность, зона их призыва на военную службу, сроки госпитализации, условия эвакуации из зоны боевых действий и другие факторы. Для раннего прогнозирования вероятной тяжести течения пневмонии у военнослужащих при поступлении в госпиталь, наряду с традиционной диагностикой тяжести пневмонии, использована оригинальная методика. Ее основу составило применение опросника (табл. 1).

Опросник включал в себя три раздела: оценку потенциально наиболее значимых социодемографических факторов риска возникновения и течения пневмонии и их комбинации у больного; оценку основных групп предшествующей патологии внутренних органов, лор-заболеваний и их комбинаций, потенциально способных

отяготить течение пневмонии, и оценку клинических симптомов пневмонии, характерных для ранней фазы течения пневмонии. Сумма баллов зависела от полноты анамнестических данных и полноты осмотра больного при его поступлении.

Было обследовано 467 больных пневмонией, находившихся в пульмонологическом отделении военного госпиталя с дислокацией в г. Буденновске Ставропольского края в 2000 и 2001 годах, из них 92,1% составили военнослужащие по призыву, 7,9% — по контракту.

Больные, у которых пневмония развивалась на фоне предшествовавших патологических процессов, составили основную группу; больные с развитием пневмонии на интактном фоне — сравнительную. Пульмонологическое отделение было представлено 40 койками из 250, которыми располагал госпиталь, расположенный в зоне вооруженного конфликта. Госпитализация больных шла из медицинских частей г. Буденновска и прилегающих к нему районов, а также непосредственно из зоны боевых действий. Доля последних достигала 12,3%. Пневмонии доминировали в составе патологии легких и составляли 78,0% от общего числа госпитализированных. В качестве классификационной основы для создания конкретных рабочих групп больных использовались положения Международного консенсуса по пневмониям от 1992 года и Российского (Московского) консенсуса от 1995 года. В соответствии с этим среди больных пневмонией были

Частота предшествующей патологии как фактора возможного отягощения при пневмониях различной степени тяжести

Факторы отягощения	Пневмонии					
	Всего		Легкого течения (n=282)		Средней тяжести течения (n=165)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Дефицит массы тела	85	27,0	48	17,0	37	22,0*
Перенесенные в прошлом инфекционные заболевания	66	21,0	39	14,0	27	16,4
Хронические заболевания сердца	25	7,9	15	5,3	10	6,1
Хронические заболевания легких	22	6,9	13	4,6	9	5,5
Хронические заболевания ЖКТ	35	11,1	25	8,8	10	6,0
Хронические заболевания почек	6	1,9	5	1,8	1	0,6
Эндокринопатии	6	1,9	4	1,4	2	1,2
Аллергические заболевания	5	1,6	2	0,7	3	1,8
Лор-патология	48	15,2	25	8,8	23	14,0*
Травма	16	5,1	9	3,2	7	4,2
Комбинация факторов	2	1,6	23	8,1	26	16,0*

Примечание: * — разница с показателями в группе больных пневмонией легкого течения статистически достоверна ($p < 0,01$ χ^2)

выделены группы с легкой и средней степенями тяжести. Первую составили 282 человека (60,4%), вторую — 165 человек (35,3%). Больные с тяжелыми формами пневмоний, как правило, в соответствии с директивой переводились в окружной госпиталь в г. Ростов-на-Дону.

Больных, в анамнезе которых имелись данные о предшествующих заболеваниях с их возможным отягощающим влиянием на течение пневмонии, было 232 человека (52,0% среди всех обследованных). Дефицит массы тела у больных относился к 1-й и 2-й степеням. В группу больных с предшествовавшими инфекционными заболеваниями были включены случаи часто рецидивирующих ОРВИ, реже — случаи кишечных инфекций; у больных с лор-патологией в прошлом наблюдались синуситы, отиты, тонзиллиты. Соматическая группа заболеваний включала больных с хроническим бронхитом, НЦД, гипертонической болезнью, хроническим пиелонефритом, хроническим гастритом, холециститом, панкреатитом, язвенными поражениями гастродуоденальной зоны. У ряда больных имелись сочетания различных форм предшествующей патологии (часто с дефицитом массы тела). Распределение больных пневмонией по социодемографическим показателям учитывало возраст, сезон заболевания, место призыва, характер направляющего учреждения, сроки госпитализации, курение, переохлаждение перед пневмонией.

Обследование больных приводилось в динамике: в первые 3 суток после поступления (в остром периоде), на 7–10-е сутки (период разгара пневмонии) и после 20 суток, перед выпиской (период восстановления). Реабилитационный этап ведения больных в госпитале был использован у 79,0% пациентов. В лечении использовались общепринятые схемы, виды и комплексы медикаментозного и немедикаментозного воздействия. При наличии сопутствующей патологии объем обследования и лечения соответственно расширился. Частота предшествующей патологии у больных пневмонией различной степени тяжести представлена в таблице 2.

Обращает на себя внимание большая значимость в формировании среднетяжелого течения пневмонии таких факторов отягощения, как дефицит массы тела, лор-патология и комбинация предшествующих заболеваний. Определенное значение в формировании тяжести течения имели факторы риска (табл. 3, 4).

Большинство факторов риска оказалось в одинаковой мере присуще больным с легким и среднетяжелым течением пневмонии. Исключение составили зоны призыва военнослужащих из числа заболевших. Пневмония более тяжело протекала среди призванных из Сибири и Урала. Преобладание поздней госпитализации при легком течении пневмонии объясняем поздним обращением к врачу из-за нетяжелого начала заболевания.

Это сопоставление оказалось вполне оправданным лишь при среднетяжелом течении пневмонии, причем для таких факторов риска, как эвакуация из зоны боевых действий, поздняя госпитализация, переохлаждение. По-видимому, чем тяжелее течение процесса в легких, тем заметнее влияние факторов риска. Специфическое значение приобретала оценка особенностей влияния факторов риска и предшествующей патологии на тяжесть течения пневмонии у военнослужащих, доставленных в госпиталь из зоны боевых действий (табл. 5, 6).

Результаты оценки клинического течения достоверно свидетельствовали о более выраженном характере ряда симптомов и синдромов, лабораторных и инструментальных показателей у больных со среднетяжелым течением пневмонии (табл. 7).

Частота симптоматики зависела не только от степени тяжести, что вполне закономерно, но и от отягощенности фона (табл. 8).

Было доказано, что частота симптомов, рассматриваемая в динамике, к периоду выздоровления статистически достоверно уменьшалась. Сохранение симптоматики в III периоде пневмонии говорило о большей резистентности процесса и о необходимости более упорного лечения данной категории больных. Эти закономерности очевидны при раздельном рассмотрении показателей. Дефицит массы тела сказывался на течении пневмонии.

Анализируя динамику показателей ИМТ, можно было отметить, что в случаях отягощенного течения легкой пневмонии число больных с дефицитом массы как в острый период заболевания, так и в период выздоровления оставалось более значительным (табл. 9). Основные закономерности, отмеченные при рассмотрении группы больных с легкой пневмонией, оказались характерными и для группы больных со среднетяжелым течением процесса. Отягощающий фон в этих случаях больше сказывался на выраженности клинико-лабораторных проявлений

Таблица 3

Сопоставление частоты возможных факторов риска при пневмониях различной степени тяжести

Факторы риска	Легкое течение (n=282)		Среднетяжелое течение (n=165)	
	Абс.	%	Абс.	%
1-й год службы	222	79,0	131	79,4
Холодное время года	157	56,0	95	57,0
Зона призыва – ЮВО	61	23,2	44	26,6
Зона призыва – Урал, Сибирь	76	26,9	56	34,0*
Курение	238	84,0	121	73,0*
Профессиональный фактор – боевые специальности	175	62,0	104	63,0
Поздняя госпитализация	123	44,0	60	36,0*
Переохлаждение	250	88,6	140	85,0
Эвакуация из зоны боевых действий	39	14,0	16	9,7

Примечание: * – разница с показателями при пневмонии легкой степени (p<0,05 χ^2)

Таблица 4

Сопоставление частоты факторов риска при пневмониях различной степени тяжести отягощенного и неотягощенного течения

Факторы риска	Легкая степень тяжести (n=282)				Среднетяжелая степень тяжести (n=165)			
	Неотягощенное течение (n=142)		Отягощенное течение (n=140)		Неотягощенное течение (n=73)		Отягощенное течение (n=92)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-й год службы	112	78,8	11	79,0	57	78,0	75	81,0
Холодное время года	77	54,0	80	57,0	42	57,0	53	57,0
Зона призыва (вне ЮВО)	104	73,0	90	64,0*	52	71,0	69	75,0
Курение	119	83,8	119	85,0	51	69,8	70	76,0*
Боевые специальности	89	63,0	86	61,0	51	70,0	53	58,0*
Эвакуация из зоны боевых действий	19	13,0	20	14,0	6	8,2	10	11,0*
Поздняя госпитализация	57	40,1	66	47,0*	23	31,5	35	38,0*
Переохлаждение	128	90,0	122	87,0	57	78,0	83	90,0*
Комбинация факторов	132	93,0	124	88,0	65	89,0	83	90,0

Примечание: * – разница между показателями в группах с отягощенным и неотягощенным анамнезом статистически достоверна (p<0,1–0,01 χ^2)

Таблица 5

Частота основных факторов риска у больных пневмониями, течение которых отягощено дефицитом массы тела

Факторы риска	Легкая степень тяжести (n=282)				Среднетяжелая степень тяжести (n=165)			
	Неотягощенное течение (n=142)		Отягощенное течение (n=48)		Неотягощенное течение (n=73)		Отягощенное течение (n=37)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-й год службы	112	78,8	39	81,0	57	78,0	32	86,0*
Боевые специальности	89	63,0	34	71,0*	42	57,0	21	57,0
Эвакуация из зоны боевых действий	19	13,0	9	19,0*	6	8,2	5	14,0*
Поздняя госпитализация	57	40,1	29	60,0*	23	31,5	13	35,0
Холодное время года	77	54,0	35	73,0*	44	37,0	18	4,8*

Примечание: * – разница между показателями отягощенного и неотягощенного течения пневмонии и при дефиците массы тела статистически достоверна

Характер предшествующей патологии и факторов риска у больных пневмониями, доставленных из зоны боевых действий

Факторы риска	Группы больных			
	Из зоны боевых действий (n=55)		Из медчастей гарнизона (n=392)	
	Абс.	%	Абс.	%
1-й год службы	42	76,0*	310	69,3
Холодное время года	30	54,5*	222	49,6
Условия боевой деятельности	35	63,6*	244	54,5
Переохлаждение	47	85,0*	343	76,7
Дефицит массы тела	14	25,0*	71	15,9

Примечание: разница в показателях факторов риска и предшествующей патологии в группах больных, доставленных из зоны боевых действий и направленных из частей гарнизона, статистически достоверна ($p < 0,01 \chi^2$)

заболевания. Это имело в оценке вегетативного тонуса (большая частота симпатикотонии). Обследование больных пневмонией соответствовало стандарту, но ограничивалось возможностями прифронтового госпиталя. Полнота обследования больных с легким течением пневмонии составляла 69%. Чаще всего в качестве невыполненных (у части больных) были исследования ФВД, ЭКГ, мокроты (микроскопический анализ на микрофлору), что объяснялось техническими трудностями, отсутствием или неисправностью соответствующей аппаратуры, отсутствием специалистов (что было характерно для данного госпиталя в период его становления). Полнота обследования при пневмонии среднетяжелого неотягощенного течения уступала альтернативной группе (соответственно, 49% и 59% случаев). Эту разницу можно объяснить тем, что при наличии отягощающего фона больные были более полно охвачены диагностическими процедурами. Лечение больных пневмонией в условиях госпиталя было комплексным, включающим в себя режим, диету, этиологический, патогенетический, симптоматический компоненты. Антибактериальная терапия проводилась в 100% случаев при легком (неотягощенном и отягощенном) течении. Дезинтоксикационная терапия осуществлялась в 2–5%

случаев. Противовоспалительная терапия проводилась в 68% случаев.

Анализируя виды антибактериальной терапии, применяемой при пневмонии легкого течения, можно было отметить особенности, связанные с характером фона. Препараты группы пенициллина применялись в 94% случаев при неотягощенном течении и в 84% случаев — при отягощенном течении (разница статистически достоверна, $p = 0,05 \chi^2$). Цефалоспорины использовались в 16,2% и в 23% случаев соответственно. Также чаще при пневмонии отягощенного течения применялись фторхинолоны. Макролиды имели примерно одинаковую частоту применения в обеих группах. Примерно в трети случаев при неотягощенном и отягощенном течениях происходила смена антибиотика. Дополнительное питание вводилось в 35% случаев отягощенного течения пневмонии (при наличии дефицита массы тела). Содержание лечения больных среднетяжелой пневмонией существенных отличий не имело, за исключением лечения более частой сопутствующей патологии.

Реабилитация больных проводилась с момента начала заболевания и заканчивалась реабилитационным периодом в пределах до 15 дней на базе пульмонологического отделения для военнослужащих по призыву и 15 суток

Таблица 7

Соотношение клиничко-лабораторной симптоматики в группах больных пневмониями различной степени тяжести

Симптомы	Пневмонии			
	Легкой степени тяжести (n = 282)		Средней степени тяжести (n = 165)	
	Абс.	%	Абс.	%
Боли в грудной клетке	161	57,0	126	76,0
Лихорадка, $t > 39^\circ\text{C}$	-	-	58	35,0* $p = 0,013 \chi^2$
Одышка в покое	25	8,9	59	36,0* $p = 0,0007 \chi^2$
Притупление перкуторного звука	127	45,0	94	57,0* $p = 0,0001 \chi^2$
АД < 100/70 мм рт. ст.	24	8,5	54	33,0* $p = 0,0017 \chi^2$
Лейкоцитоз	32	11,0	59	35,0* $p = 0,0024 \chi^2$
Палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы	60	21,0	65	39,4* $p = 0,053 \chi^2$
СОЭ > 20 мм/час	100	35,0	99	60,0
ЛИИ > 2,1	48	30,2	58	57,0* $p = 0,0324 \chi^2$
Протеинурия	8	2,8	23	13,9* $p = 0,0132 \chi^2$
Повышение СРБ	4	28,6	8	67,0* $p = 0,005$
ЭКГ-признаки дистрофии миокарда	4	3,2	7	9,0*
Интоксикационный синдром	123	44,0	140	85,0* $p = 0,0153$
ИМТ < 19,5	49	17,0	38	23,0

Примечание: * – различие показателей в группах больных пневмонией легкой и средней степеней тяжести статистически достоверно ($p < 0,05$)

Частота симптомов у больных пневмонией в зависимости от степени тяжести и отягощенности фона

Симптомы	Легкое течение (n=282)				Среднетяжелое течение (n=165)			
	Неотягощенное		Отягощенное		Неотягощенное		Отягощенное	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ЧД < 20 в мин.	10	7,0	15	10,7	18	25,0	20	22,0
Аритмии	19	23,0	46	51,0* p=0,012 χ ²	22	36,0	23	51,0
Гипотензивный синдром	6	4,2	18	12,8* p=0,043 χ ²	24	33,0	34	37,0
Всего	36	25,3	87	62,0* p=0,0031 χ ²	71	97,3	86	93,5

Примечание: * – разница в частоте осложнений при пневмонии в зависимости от степени тяжести и отягощенности ее фона статистически достоверна (p<0,05)

в домашних условиях для военнослужащих по контракту. Реабилитационный этап лечения перенесшим пневмонию легкого течения был представлен в 60% случаев заболевания. В группе больных с отягощенным течением методы реабилитационной терапии использовались чаще. Реабилитация при среднетяжелой пневмонии проводилась 76% больных. Антиоксиданты применялись в 51,0% и 41,0% случаев (p = 0,45 χ²), витаминотерапия назначалась в 88,0% и в 81,0% случаев (p=0,75 χ²). Физиотерапия применялась одинаково часто. Дополнительное питание было назначено в 23% случаев (при дефиците массы тела). Характеристика исходов в обеих группах больных с легким течением пневмонии была близка, но при отягощенном течении был меньший процент законченных случаев заболевания с полным клинико-инструментальным выздоровлением (соответственно 81% против 85%, p=0,84). Койко-день составил 29 и 27. Анализируя исходы пневмонии среднетяжелого течения, можно было отметить аналогичные закономерности.

В интересах прогнозирования тяжести течения пневмоний у военнослужащих при их поступлении в приемное отделение госпиталя был разработан и применен оригинальный опросник. Результаты опроса вкладывались в историю болезни. Ретроспективный анализ такой оценки у 282 больных с легким течением позволил выявить показатели 8,64±0,34 балла, у 165 больных пневмонией

средней степени тяжести — 12,0±0,5 балла (p<0,001). Часто прогностическая оценка степени тяжести пневмонии совпадала с реальной градацией тяжести и подтверждалась ретроспективно. Данные опросника дополняли традиционный клинический метод диагностики за счет оценки конкретных сведений о факторах риска и предшествующей патологии у заболевших. С помощью опросника была подтверждена зависимость показателей отягощенности анамнеза. При этом отсутствие факторов риска и сопутствующей патологии позволяло предвидеть легкое и менее продолжительное течение процесса.

Возможности пульмонологического отделения прифронтового гарнизонного военного госпиталя в основном соответствуют задачам диагностики и лечения больных с нетяжелыми формами пневмоний, в том числе в случаях, отягощенных специфическими факторами риска и предшествующей патологией.

Литература

1. Кириллов М. М., Соснюк Д. В. Диагностика и лечение пневмоний, отягощенных предшествующей патологией, у военнослужащих в госпитале, дислоцированном в зоне вооруженного конфликта (СКВО). — Саратов, 2006. — 135 с.
2. Коровина О. В. Острые болезни органов дыхания. Пневмонии / Под ред. М. М. Ильковича. — СПб, 1998. — С. 349—383.

Особенности клинико-лабораторной симптоматики пневмоний легкого течения у больных с дефицитом массы тела

Симптомы	Неотягощенное течение (n=142)		Течение, отягощенное дефицитом массы тела (n=48)	
	Абс.	%	Абс.	%
Интоксикационный синдром	51	36,0	27	55,1*
Одышка	33	23,2	17	34,7
Дыхание ослабленное	97	68,3	44	89,8
Влажные хрипы	54	38,2	16	53,3*
ЧДД > 20 в минуту	12	8,4	7	14,3*
АД < 100/70 мм рт. ст.	6	4,2	8	16,3* p=0,014 χ ²
Лейкоцитоз	17	11,9	12	24,5* p=0,08 χ ²
Палочкоядерный сдвиг	27	19,0	13	26,0
СОЭ > 20 мм/час	48	34,0	23	47,0
ЛИИ > 2,1	22	26,0	9	41,0
Аритмии на ЭКГ	19	23,0	17	47,0* p=0,016 χ ²

Примечание: * – разница показателей у больных с неотягощенным течением и течением, отягощенным дефицитом массы тела, статистически достоверна (p<0,05)

Профилактика туберкулеза у детей и подростков

Аулова Л. В., заместитель директора по медицинской части; Краснобаева Е. С., заведующая отделением; ГКУЗ РО «Детский санаторий «Ромашка», г. Ростов-на-Дону

Каждый из нас в своей практике, так или иначе, сталкивался с диагнозом «туберкулез». Но не каждый знает, что же он из себя представляет. Врачи из цикла института помнят, что это — инфекционная болезнь, передается воздушно-капельным путем, больного туберкулезом необходимо изолировать и длительно лечить. Люди, которые не имеют отношения к медицине, в лучшем случае, слышали такой диагноз как «чахотка». А что есть такой специалист, как фтизиатр? Родители отказываются от проведения пробы Манту, считая, что это какая-то прививка. А есть, к сожалению, и такие родители, которые вообще «некогда» заниматься своими детьми.

Мы в своей практике столкнулись и с такими случаями, когда родители (притом медики) обращались к нам «по старой дружбе» с вопросом: «Ой, у нас Манту увеличена, отправляют к фтизиатру, как поступить?». А в век информационных технологий, когда Интернет «зашел» в каждый (или почти каждый) дом, проблем стало еще больше, поскольку про противотуберкулезные препараты написано много всего, особенно про их токсичность и множество побочных эффектов.

Туберкулез имеет много масок, именно поэтому много случаев выявления туберкулеза в общей лечебной сети. Когда все остальные диагнозы сняты, и лечение не дает результатов, врачи обращаются к фтизиатрам, и тогда полдела уже сделано. Теперь надо убедить пациента, что туберкулез можно вылечить (если пациент при этом будет лечиться), но лечение длительное, не месяц и не два. Такое тоже не каждый способен выдержать.

Так что же такое туберкулез?

Туберкулез — инфекционное заболевание с длительным периодом между инфицированием и развитием болезни. Это самое «старое» из известных человеку инфекционных заболеваний. Вызывают заболевание микобактерии, объединенные в комплекс *Mycobacterium tuberculosis*, включающий *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. bovis BCG*, *M. africanum*, *M. canettii*. Источником заболевания является больной человек, выделяющий микобактерии (бактериовыделитель), или инфицированный материал.

После контакта с бактериовыделителем или зараженным материалом возникает вероятность инфицирования здорового человека, что зависит от свойств возбудителя, а также от восприимчивости организма человека. К примеру, один бактериовыделитель за год может инфицировать в среднем около 10 человек.

Вероятность инфицирования возрастает при контакте с больным человеком с массивным бактериовыделением или при длительном контакте с больным туберкулезом (профессиональный контакт, семейный контакт, закрытые учреждения), особенно при несоблюдении элементарных гигиенических норм.

После инфицирования микобактериями туберкулеза возможно развитие клинически выраженного заболевания. Вероятность возникновения заболевания у здорового (подчеркиваем, у здорового) человека в течение всей жизни составляет около 10%.

Вероятность заболевания возрастает в первые годы после заражения, в период полового созревания, при повторном заражении микобактериями, при наличии сопутствующих заболеваний (ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, заболевания, требующие длительного применения глюкокортикоидов и иммунодепрессантов).

Туберкулез является социально-медицинской проблемой для здравоохранения всех стран, и в последнее время привлекает к себе все больше и больше внимания. Это связано с ростом заболеваемости туберкулезом, появлением тяжелых форм заболевания в странах Западной Европы, США. В России неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу связана, прежде всего, с увеличением миграции больших групп населения в результате военных действий, снижением жизненного уровня большей части населения России, а также с уменьшением числа массовых комплексных мероприятий по выявлению туберкулеза у взрослого населения. Деадаптированные слои населения (бомжи, беженцы, освободившиеся из мест лишения свободы и др.), к сожалению, остаются без должного внимания. Но не только бомж рискует заболеть туберкулезом. К группе риска по туберкулезу относятся, прежде всего:

- дети и подростки с «виражом» туберкулиновых проб;
- дети, ранее инфицированные туберкулезом с гиперергической реакцией на туберкулин;
- дети и подростки с усиливающейся туберкулиновой чувствительностью.

Приведу некоторые статистические данные по Ростовской области (табл. 1).

Полагаем, эти цифры не стоит комментировать. Они говорят сами за себя.

Характерная особенность туберкулеза у детей — вовлечение в патологический процесс всей лимфатической системы, преимущественно внутригрудных лимфатических узлов, и медленная инволюция специфических изменений в них. Локализация возбудителя заболевания

Таблица 1

Заболеваемость туберкулезом по Ростовской области среди детей и постоянно проживающего на территории взрослого населения

Годы	Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. населения	
	у детей	у взрослого населения
2008	10	66,4
2009	11,8	63
2010	16,4	56,9
2011	20,9	52,7

в лимфатической системе — одна из причин, ограничивающих возможность бактериологического подтверждения диагноза (не менее 90% детей и 50% подростков с впервые выявленным туберкулезом легких и внутригрудных лимфатических узлов не являются бактериовыделителями). В этих случаях диагностика туберкулеза основана на совокупности данных анамнеза, результатов туберкулинодиагностики, клинико-рентгенологических данных и результатов лабораторных исследований. Выбор методики проведения обследования определяют возрастные особенности детей и подростков, а также особенность течения туберкулезной инфекции в детском и подростковом периоде.

Лечение туберкулеза — длительный и трудоемкий процесс не только для врача, но и в первую очередь для самого больного. Противотуберкулезные препараты действительно имеют много побочных эффектов, и принимать их следует под пристальным вниманием врача. Не каждый взрослый больной выдерживает длительное лечение в течение месяцев, а иногда и лет. Так что же говорить о детях, чей организм только-только начинает развиваться. Именно своевременная диагностика и профилактика туберкулеза сводят к минимуму сроки лечения, которые все равно остаются достаточно длительными.

Выявление инфицированных и больных детей и подростков лежит на врачах общей лечебно-профилактической сети. Врач-фтизиатр занимается лечением и профилактикой туберкулеза у детей и подростков, выявленных при массовых осмотрах. В задачи же врачей общей лечебной сети на участках, в детских учреждениях (ясли-сад, школа), семейных врачей входят массовая туберкулинодиагностика, проведение противотуберкулезной вакцинации новорожденных, не вакцинированных в роддоме, ревакцинация БЦЖ.

Снова обратимся к статистике. Ежегодно по России у 1,5—1,6% детей выявляется вираж пробы Манту, то есть эти дети считаются впервые инфицированными. По Ростовской области этот показатель составляет 14,8% всех детей. Прибавив сюда детей, родители которых категорически против профилактических прививок и постановки пробы Манту; детей, родителям которых некогда заниматься детьми вообще, мы получим совсем нерадостную картину на перспективу. К сожалению, в своей практике мы сталкиваемся и с такой проблемой, как неправильная постановка реакции Манту или неправильная трактовка результатов пробы, проводимой в детских садах, школах, интернатах и других детских учреждениях. От достоверности результатов зависит, назначать или нет ребенку профилактический курс лечения. А что тогда говорить о детях, чьи родители настолько нерадивые, что откладывают посещение врача-педиатра на неопределенное время, даже если врач неоднократно просил явиться на прием для проведения профилактических прививок или ежегодного обследования на туберкулез (чем, в частности, и является постановка реакции Манту). К тому же туберкулинодиагностика необходима тогда, когда стоит вопрос о ревакцинации — последствия ревакцинации ребенка, которому трактовали результат как «отрицательный», ничем не лучше, чем поместить его в окружение больных туберкулезом.

Нельзя не сказать и о новых методах выявления туберкулеза. Это все та же туберкулинодиагностика, но совершенно новым диагностическим тестом. Полагаю, что многие уже слышали о Диаскин-тесте, а кто-то

уже проводил его в своей практике. Это аллерген туберкулезный рекомбинантный в стандартном разведении, содержащий два связанных между собой антигена — CFP10 и ESAT6, присутствующих в вирулентных штаммах микобактерий туберкулеза, в том числе *M. tuberculosis* и *M. bovis*. Эти антигены отсутствуют в штаммах БЦЖ. Действие препарата основано на выявлении клеточного иммунного ответа на специфические для микобактерий туберкулеза антигены. Другими словами — только при наличии в организме микобактерий, способных вызывать развитие активных форм туберкулеза, внутрикожное введение препарата вызывает специфическую кожную реакцию гиперчувствительности замедленного типа. Чувствительность внутрикожной пробы с препаратом сопоставима с чувствительностью туберкулиновой пробы, а специфичность выше и, в отличие от туберкулина, у вакцинированных БЦЖ, но не инфицированных микобактериями, не вызывает ответную реакцию. Кроме того, препарат не обладает сенсibiliзирующим действием, менее токсичен.

Техника постановки и оценка результатов теста такие же, что и при постановке реакции Манту с 2ТЕ. Результат оценивает врач или обученная медсестра через 72 часа с момента ее проведения путем измерения поперечного размера гиперемии и инфильтрата в миллиметрах. Гиперемию учитывают только в случае отсутствия инфильтрата. Дети и подростки с сомнительной и положительной реакцией на препарат подлежат полному обследованию на туберкулез с последующим лечением и наблюдением в соответствующей группе диспансерного учета. При отрицательном результате реакции на препарат лечение по поводу туберкулезной инфекции не показано. Повторная постановка пробы — через 2 месяца. Однако не следует забывать, что проба с препаратом может быть отрицательной у больных туберкулезом с выраженными иммунопатологическими нарушениями, при иммунодефицитных состояниях.

При применении в практике Диаскин-теста выявление малых, но активных форм туберкулеза у детей и подростков увеличилось. На базе нашего санатория Диаскин-тест применяется с осени 2009 года и дает хорошие, но в то же время удручающие результаты. Только за 2010 год после проведения теста у одиннадцати детей с положительными реакциями на Диаскин-тест при проведении СКТ были выявлены изменения во внутригрудных лимфоузлах, которые при проведении обычного рентгенологического обследования (обзорная рентгенограмма и томография легких через корень) не выявлялись. Эти дети были переведены в стационар для дальнейшего лечения. Хочется заметить, что все эти дети находились в контакте с больными родственниками, как правило — с родителями и содержались у нас для проведения профилактического лечения и для разобщения контакта.

Вернемся к детям, которым была проведена туберкулинодиагностика — это, как правило, организованные дети (детские сады, школы, интернаты и т. д.) и дети ответственных родителей. Допустим, родители посетили фтизиатра, и был поставлен диагноз «вираж туберкулиновой пробы» или нарастание пробы Манту. Всем этим группам проводятся курсы химиофилактики с целью предупреждения развития заболевания, длительность и кратность которых зависит от факторов риска (согласно приказам МЗ РФ от 21.03.2003 №109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» и от 29.10.2009 №855 «О внесении

изменений в Приложение №4 к Приказу Минздрава России от 21.03.2003 №109»).

Химиопрофилактика — это применение противотуберкулезных препаратов с целью предупреждения развития туберкулеза у лиц, подвергающихся наибольшей опасности заражения. С помощью специфических химиопрепаратов можно уменьшить популяцию микобактерий туберкулеза, проникших в организм, и создать оптимальные условия для полноценного взаимодействия иммунокомпетентных клеток. Проведение превентивного лечения снижает вероятность заболевания туберкулезом в 5—7 раз.

При выборе препаратов для химиопрофилактики особое значение придают эффективности и специфичности их действия на микобактерии туберкулеза, наиболее обоснованным считают использование препаратов гидразида изоникотиновой кислоты и его аналогов. Обычно химиопрофилактику проводят изониазидом и его производными. Курс лечения — 3—6 месяцев в году. С учетом факторов риска и показаний через 6 месяцев возможен повторный курс. Режим и методы проведения определяются индивидуально. К сожалению, не все понимают, что рост лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза и снижение эффективности лечения в дальнейшем во многом обусловлены нерегулярным приемом препаратов или несоблюдением оптимального режима лечения (доз и кратности приема). В связи с этим при проведении химиопрофилактики необходима четкая организация и строгий контроль. Для детей идеальный вариант — проведение профилактического лечения в условиях противотуберкулезных санаториев, к которым относится и наше учреждение.

Многие родители, к сожалению, отказываются от госпитализации детей в специализированные санатории, цитирую: «...ребенок отстанет от программы средней школы и будет ходить с клеймом неуспевающего, ведь программа школы такая сложная...». Но ведь это — не проблема по сравнению с тем, что можно уберечь ребенка от такого заболевания, как туберкулез. А про учебный процесс могу сказать одно — дети, лечась в нашем санатории, параллельно проходят обучение в школе при санатории. Программа отличается от программы средней школы только уменьшенной нагрузкой на ребенка. Уроки у нас короче, а перемены длиннее, чем в обычной школе.

Когда ребенок впервые идет в школу и попадает в новую обстановку, то нагрузка на нервную систему такова, что ослабляется иммунная система и ребенок начинает болеть. Что же делают многие родители? Они ведут свое чадо в школу, чтобы он «не отстал от программы», как только ребенку становится лучше, хотя он еще и не долечился. Отсюда проблемы в более старшем возрасте, когда обнаруживают массу хронических заболеваний. Не подумайте, мы вовсе не предлагаем всех детей «запирать» в противотуберкулезные санатории. Ни в коем случае. Но если фтизиатр рекомендует пролечить ребенка в условиях санатория, отказываться не стоит.

В настоящее время уже доказана целесообразность проведения химиопрофилактики у детей и подростков. Осталось лишь убедить родителей, что это необходимо. Родители охотно пропускают курсы химиопрофилактики, несмотря на убедительные просьбы врача-фтизиатра выполнять его назначения. Да, у противотуберкулезных препаратов имеются побочные эффекты. Но их можно избежать, назначая параллельно витаминные препараты и гепатопротекторы.

Необходимо помнить, что неэффективно проведенная химиопрофилактика (или ее отсутствие вообще) детям и подросткам, впервые инфицированным МБТ и из групп риска по заболеванию, нередко приводит к развитию туберкулеза в течение 1—2 лет после инфицирования.

Приведем пример. Ребенок М., 9 лет. Внутрисемейный контакт (отец болеет туберкулезом). На диспансерном учете с 6 лет. При осмотре ребенок пониженного питания, вялый, аппетит снижен, жалобы на быструю утомляемость. При проведении туберкулинодиагностики: реакция Манту — 18 мм, Диаскин-тест — 8 мм. При дообследовании на СКТ были выявлены обызвествленные внутригрудные лимфоузлы. Со слов матери, ребенок амбулаторно проходил профилактическое лечение одним препаратом (изониазид 0,3; витамин В6). В выписке из истории болезни участковый фтизиатр пишет о проведении профилактического лечения двумя препаратами (изониазид 0,3; пиразинамид 0,5; витамин В6). При подробном опросе матери выяснилось, что действительно было назначено фтизиопедиатром два химиопрепарата, но «ребенок переносил их не очень хорошо», и она вместо того, чтобы сообщить об этом своему врачу, просто перестала их давать ребенку.

Напомним, что микобактерии туберкулеза поражают не только легкие и внутригрудные лимфоузлы, они благополучно растут и размножаются и в других органах и системах — это и половая система (отсюда бесплодие в будущем), и нервная система с поражением оболочек мозга, и костная система (а это в будущем инвалидность).

Так кого же в первую очередь направлять на консультацию к фтизиопедиатру? Для этого есть показания, которые хочется напомнить врачам-педиатрам общей лечебной сети:

- *ранний период первичного туберкулезного инфицирования («вираж»), независимо от уровня реакции Манту с 2ТЕ и от наличия факторов риска;*
- *гиперергические реакции;*
- *увеличение размеров папулы реакции Манту с 2ТЕ на 6 мм и более, независимо от уровня реакции Манту с 2ТЕ и от наличия факторов риска;*
- *постепенное нарастание чувствительности к туберкулину в течение нескольких лет со средней интенсивностью и выраженностью реакции Манту с 2ТЕ независимо от наличия факторов риска;*
- *постоянная чувствительность к туберкулину средней интенсивности и выраженности реакции Манту с 2ТЕ, при наличии двух и более факторов риска;*
- *выраженная реакция на туберкулин (папула 15 мм и более) у детей и подростков из социальных групп риска.*

В заключение хотим сказать, что химиопрофилактика туберкулеза у детей эффективна, особенно если она проведена своевременно, грамотно и под наблюдением врача. Так стоит ли идти на поводу у родителей, которые пишут отказы от проведения реакции Манту с 2ТЕ, от профилактических прививок и тем более от профилактического лечения? Надо направить все свои силы и пустить в ход дар убеждения, чтобы объяснить родителям всю тяжесть последствий таких отказов. Ведь смотреть в глаза больному ребенку в тысячу раз тяжелее.

КАЗАНСКИЙ ЦЕНТР ОБУЧЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРОВОДИТ НА БАЗЕ ВЕДУЩИХ КЛИНИК ГОРОДА

ОБУЧЕНИЕ МЕТОДАМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ «ИЗ РУК В РУКИ»

Обучение специальности «из рук в руки». Работа за аппаратом в режиме реального времени в группах по 4—5 врачей. Ежедневный осмотр совместно с профессором 25—30 тематических больных. Самостоятельное проведение исследований. Архив данных клиники по РКТ и МРТ.

Продолжительность каждого из четырех циклов — 2 недели. Формирование групп из 4—5 слушателей по мере поступления заявок. Занятия проводит проф. Ибатуллин М. М. (зав. отделением РКТ и МРТ).

По окончании цикла выдаем СЕРТИФИКАТ Центра обучения.

1. Лучевая диагностика в неврологии и нейрохирургии (РКТ+МРТ).
2. Лучевая диагностика заболеваний опорно-двигательного аппарата (РКТ+МРТ).
3. Лучевая диагностика заболеваний внутренних органов (РКТ+МРТ).
4. Специализация для рентгенлаборантов по РКТ и МРТ.

ОБУЧЕНИЕ МЕТОДАМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ «ИЗ РУК В РУКИ»

Обучение специальности «из рук в руки». Ежедневная работа за аппаратом в режиме реального времени в группах по 4—5 врачей. Формирование групп по мере поступления заявок. Ежедневный осмотр совместно с преподавателем 25—30 тематических больных с 9.00 до 15.00. Самостоятельное проведение исследований. Архив данных клиники.

Продолжительность каждого цикла — 2 недели. Занятия проводят заведующие отделениями УЗИ.

По окончании цикла выдаем СЕРТИФИКАТ Центра обучения.

1. УЗИ в акушерстве-гинекологии.
2. УЗИ сердца.

XX УЧЕБНЫЙ ГОД

За девятнадцать лет деятельности Учебного Центра переподготовку на наших циклах прошли 3600 врачей из России и стран СНГ. Некоторые специалисты за эти годы обучились на двух, трех и пяти циклах. Многим из наших курсантов новые технологии помогли сделать профессиональную, научную и административную карьеру. Сегодня они возглавляют Центры, клиники, больницы, кафедры и отделения в 279 городах России и стран СНГ. Во многих регионах нашими курсантами созданы коммерческие и хозрасчетные отделения, частные клиники и дневные стационары. С 2005 года мы начали обучение на английском языке для врачей стран дальнего зарубежья.

ЗАЯВКИ ПРИНИМАЕМ:

Тел. **8(843) 554-36-08; 8-917-234-31-90** (резервный),
Пискунова Ирина Николаевна. E-mail: 5543608@list.ru

Наш почтовый адрес:

420080, Казань-80, а/я 121, Центр Эндохирургии, проф. Федорову И. В.

Тел. **8(843) 260-40-05** моб., **8-966-260-40-05** моб.

Руководитель Центра обучения — проф. Федоров И. В.

E-mail: fiv-endosur@yandex.ru

Наш сайт — <http://endosur.ru>

По желанию высылаем подробную программу любого цикла

Механизм реализации квалификационной характеристики главного врача

Дудов А. С., д. э. н., профессор, ректор НОУ ВПО «КИЭП»; Тараян С. Ф., к. ю. н., доцент НОУ ВПО «КИЭП»; НОУ ВПО «Кисловодский институт экономики и права»

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» в разделе «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» утвержден квалификационный справочник должностей. В справочнике к должности главного врача предъявлены новые требования, которые определяются объемом должностных обязанностей главного врача сегодня.

В Интернете на справочном сайте в разделе «Должностные инструкции» (<http://www.613613.ru/instruction.php?id=45>) мы увидели должностные обязанности главного врача, далеко не соответствующие требованиям Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, причем это очень посещаемый сайт (*справка: за прошлую неделю — 21237 обращений; обращений на сегодня — 2190; обращений онлайн — 6*). Это говорит о большом интересе медицинских работников к рассматриваемому вопросу.

Главный врач сегодня по функциональным должностным обязанностям очень мало занимается чисто медицинскими вопросами, когда управляет работой коллектива по оказанию и предоставлению качественных медицинских услуг населению, обеспечивает организацию лечебно-профилактической деятельности медицинского учреждения. Он осуществляет руководство деятельностью ЛПУ, обеспечивает организацию административно-хозяйственной и финансовой деятельности, осуществляет анализ деятельности учреждения и на основе оценки показателей функционирования принимает необходимые меры по улучшению форм и методов работы. Главный врач утверждает штатное расписание, финансовый план, годовой отчет и годовой бухгалтерский баланс организации, совершенствует организационно-управленческую структуру, планирование и прогнозирование деятельности, формы и методы работы, осуществляет подбор кадров, их расстановку и использование в соответствии с квалификацией. Организует и обеспечивает получение работниками организации дополнительного профессионального образования (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) в соответствии с законодательством Российской Федерации, обеспечивает выполнение обязательств по коллективному договору и своевременную и в полном объеме выплату заработной платы работникам. Главный врач принимает меры по обеспечению выполнения работниками должностных обязанностей, обеспечивает и контролирует выполнение правил внутреннего трудового распорядка, требований по охране труда и пожарной безопасности при эксплуатации приборов, оборудования и механизмов.

У главного врача большой объем обязанностей по вопросам правовой работы. Он представляет организацию

в государственных, судебных, страховых и арбитражных органах, на международных мероприятиях, в государственных и общественных организациях по вопросам в сфере здравоохранения, предварительно согласованным с вышестоящим органом, в ведении которого находится данная организация. Осуществляет взаимодействие с органами местного самоуправления, службами гражданской обороны, медицины катастроф, территориальными органами внутренних дел и другими оперативными службами, принимает участие в конференциях, семинарах, выставках. Обеспечивает проведение профилактических мероприятий по предупреждению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

В соответствии с этими должностными обязанностями предъявляются требования к квалификации: высшее профессиональное образование по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология»; послевузовское профессиональное образование и/или дополнительное профессиональное образование; сертификат специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» или высшее профессиональное (экономическое, юридическое) образование и специальная подготовка по менеджменту в здравоохранении; стаж работы на руководящих должностях не менее 5 лет.

Современная медицинская деятельность в значительной степени связана с правом, с правовым регулированием, что вызвало необходимость получения главными врачами юридических знаний.

Медицинские работники, особенно руководители медицинских учреждений, часть из которых получали образование еще в советский период истории нашей страны, на сегодняшний день, когда в их работе правовые вопросы составляют более 30—40% их служебной деятельности, не всегда могут правильно воспринимать предназначение правовых норм, регулирующих оказание медицинской помощи. В то же время юридическая наука и практика не имеют значительного опыта взаимодействия со сферой здравоохранения. Эти обстоятельства заставляют искать новые системные подходы к проблемам юридического обеспечения медицинской деятельности.

Первым направлением в решении данной проблемы была задача дать необходимый минимум юридических знаний студентам медицинских вузов. Первая самостоятельная кафедра медицинского права была создана в 1995 году в Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, а в 2000 году была утверждена первая официальная программа данной учебной дисциплины.

Вторым направлением была инициатива Кисловодского института экономики и права (КИЭП), который приступил к подготовке в 1998 году групп практикующих врачей по специальности «Юриспруденция». Государственный стандарт по специальности

«Юриспруденция» отводил 1620 часов учебного времени на дисциплины специализации, которые могли усваиваться вузом.

Существующие в юридических вузах специализации по специальности «Юриспруденция» не имели специализации «Юриспруденция в здравоохранении», поэтому после нескольких конференций и семинаров в КИЭПе было принято решение готовить врачей, имеющих высшее медицинское образование, по полной программе Государственного стандарта по специальности «Юриспруденция» по гражданско-правовой специализации, причем дисциплины специализации были выбраны институтом по вопросам медицинского права. По окончании обучения выпускникам присваивалась квалификация «юрист» по специальности «Юриспруденция». Выпускники вуза к своему званию врача добавили приставку «юрист».

Программа «Юриспруденция в здравоохранении» КИЭПа предусматривала изучение правовых основ в здравоохранении в виде дисциплин специализации, спецкурсов и семинаров, объединяемых общим названием «Медицинское право».

Актуальность изучения медицинского права не вызывает сомнений. В последнее десятилетие в Российской Федерации произошло кардинальное изменение законодательства о медицине. Наряду с нормами Конституции РФ и федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» принято более пятнадцати законов РФ, регулирующих различные специальные вопросы охраны здоровья граждан. На различных стадиях законодательного процесса находятся еще несколько законопроектов по медицине. К сожалению, несмотря на очевидность проблем, связанных с вопросами юридического обеспечения медицинской деятельности, в настоящее время количество исследований, посвященных комплексному изучению данных аспектов, недостаточно.

Медицинское право как новая формирующаяся отрасль российского права нуждается в методологическом обеспечении, а специалисты, работающие в здравоохранении, — в хорошем уровне юридических знаний. Думается, что именно путем интеграции знаний юристов и врачей удастся достичь оптимального развития медицинского права в России.

За 10 лет реализации программы «Юриспруденция в здравоохранении» КИЭП окончили более 500 врачей, руководителей медицинских учреждений. Выпускники института, многие из которых имеют достаточно высокий медицинский статус, не меняют своей основной деятельности, а используют полученные знания для совершенствования своей работы, для правовой защиты врача и пациента. Некоторые выпускники, имея медицинскую и юридическую подготовку, переходят полностью на юридическую работу и успешно ведут адвокатскую деятельность при рассмотрении дел в судах по вопросам медицинских правонарушений. Такие адвокатские бюро созданы в Ростове-на-Дону и Волгограде.

КИЭП признан ведущими медицинскими организациями. Дважды в институте были представители Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), которые после присутствия на занятиях предоставили институту возможность проводить курсы усовершенствования по правовой тематике работников здравоохранения республик Северного Кавказа и финансировали их.

Институт по плану Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) проводил курсы по повышению правовых знаний (курсы повышения квалификации) по программе «Защита прав застрахованных», которую прослушали более 250 врачей и работников страховых организаций.

По программе «Юриспруденция в здравоохранении» в институте только за последние два года прошли международный научный форум «Толерантное пространство современности: экономика, право, мораль», международная научно-практическая конференция «Пробелы в российском законодательстве» (секция «Медицинское право»), межрегиональная научно-практическая конференция врачей — организаторов здравоохранения, в которых принимали участие ученые многих медицинских вузов России.

Институт ведет научно-исследовательскую работу по изучению правового регулирования различных видов медицинской деятельности, в которой принимают участие преподаватели института, врачи-юристы — выпускники института и врачи — студенты старших курсов.

Параллельно в течение прошлого десятилетия в институте развивались программы «Менеджмент в здравоохранении» и «Экономика в здравоохранении». По этим программам институт окончили более 600 медицинских работников.

В процессе реализации этих программ в институте выявились проблемы, которые требовали решения. Заочное обучение предполагает отрыв врачей от исполнения своих обязанностей на первом году обучения на 40 дней, на втором и третьем — на 50 дней, для выполнения дипломной работы и сдачи государственных экзаменов — на 4 месяца. Такой отрыв от работы руководителей медицинских учреждений, да и просто врачей, встречался без особого энтузиазма по месту их основной работы.

Профессорско-преподавательским составом института по программам «Юриспруденция в здравоохранении», «Менеджмент в здравоохранении» и «Экономика в здравоохранении» с присвоением степени бакалавра была разработана самая полная методическая база в электронном варианте, создана электронная библиотека, разработана система заочного дистанционного обучения. В настоящее время институт предоставляет возможность пройти основное заочное обучение с использованием методов дистанционного обучения по Интернету без приезда в институт на первом и втором годах обучения. Обучаемый получает по каждой учебной дисциплине подробный материал в виде модулей, может использовать электронную библиотеку, готовит контрольные и курсовые работы, присылает их на проверку, имеет возможность получения консультаций и общения с преподавателем, сдает по каждой дисциплине зачеты и экзамены в виде тестирования.

На третьем году обучения студент должен пройти практику в течение 12 недель, выполнить выпускную работу (руководство которой также осуществляется по Интернету) и приехать в институт на 15—20 дней для сдачи государственных экзаменов и защиты дипломной работы. Такая система подготовки позволяет главному врачу с минимальным отрывом от работы освоить основную программу по направлениям «Юриспруденция», «Менед-

жмент организаций», «Экономика» и получить в течение трех лет квалификацию бакалавра юриспруденции, бакалавра менеджмента и бакалавра экономики.

Использование заочного обучения с элементами дистанционного образования значительно повышает возможности главных врачей, врачей и лиц среднего медицинского персонала в получении необходимых правовых и экономических знаний, расширяет географию студентов института и способствует правовой защищенности медицинского персонала и соблюдению прав пациентов.

Знание врачом своих прав и обязанностей, прав пациента, этических и юридических основ взаимоотношений врача

и больного, врача с коллегами, юридической ответственности за профессиональные правонарушения обеспечивает соблюдение прав и законных интересов граждан в сфере здравоохранения, позволяет повысить качество медицинской помощи, обеспечивает профилактику конфликтов между медиками и их пациентами, защищает самого врача от уголовного или гражданского преследования.

Таким образом, правовая и экономическая подготовка специалистов в сфере здравоохранения принципиально значима и должна являться составной частью профессиональной подготовки главного врача для реализации квалификационных требований.



ООО Регион-ГАЗ

Поставка медицинских консолей и монтаж лечебного газоснабжения

г. Нижний Новгород, ул. Борская, 17
(831) 257-64-20, 257-64-88

e-mail: regiongaznn@rambler.ru
web: www.rg-nn.ru

РЕКЛАМА

Новый листок нетрудоспособности

*Меметов С. С., д.м.н., заместитель начальника госпиталя по клинично-экспертной работе;
Балека Л. Ю., заместитель начальника госпиталя по организационно-методической работе;
ГБУ РО «Госпиталь для ветеранов войн», г. Ростов-на-Дону*

Новым этапом развития экспертизы временной нетрудоспособности в нашей стране стал 2011 год, когда был принят новый Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации». Кроме того, приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011 №347н утверждена новая форма бланка листка нетрудоспособности, выдаваемого организациями на всей территории Российской Федерации, а приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 №624н утвержден новый «Порядок выдачи листков нетрудоспособности».

К сожалению, как показала практика, лечебные учреждения и Федеральный фонд социального страхования оказались не подготовленными должным образом к этой работе. Введение нового листка нетрудоспособности сразу же породило у практических врачей массу вопросов.

На начальном этапе листки нетрудоспособности заполнялись вручную, лица, их заполнявшие, не имея опыта, допускали большое количество ошибок, что послужило поводом для массового обращения медицинских организаций и работодателей в Федеральный фонд социального страхования. Однако поступавшие разъяснения по порядку выдачи листков нетрудоспособности зачастую носили противоречивый, а иногда и взаимои-

сключающий характер, или последующие письма отменяли предыдущие.

В частности, в период с 15 июля 2011 года по 13 января 2012 года, то есть практически за 6 месяцев работы, в территории Российской Федерации поступило 5 письменных разъяснений Федерального фонда социального страхования:

- письмо ФСС РФ от 15.07.2011 №14-03-11/15—7481;
- письмо ФСС РФ от 14.09.2011 №14-03-11/15—8605;
- письмо ФСС РФ от 28.10.2011 №14-03-18/15—12956;
- письмо ФСС РФ от 23.12.2011 №14-03-11/15—16055;
- письмо ФСС РФ от 13.01.2012 №15-03-18/12—202.

Так, в письме ФСС РФ от 15.07.2011 №14-03-11/15—7481 указано, что кавычки, точки, запятые, тире, знак номера в наименовании организаций целесообразно не применять. В этом же письме разъясняется, что должность врача представляется возможным заполнить в листке нетрудоспособности следующим образом: врач и/или фельдшер и/или зубной врач (без указания его специальности).

При заполнении строки «Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер» в листке нетрудоспособности сначала указывается фамилия, затем через пробел инициалы. В письме же от 14.09.2011 г. обозначено, что указание в наименованиях организаций (обособленных подразделений) кавычек, точек, запятых, тире не является основанием для переоформления листка не-

трудоспособности и отказа в назначении и выплате пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам. В этом же письме уже допускается наличие пробела между инициалами врача. Кроме того, письмо ФСС РФ от 15.07.2011 №14-03-11/15—7481 отозвано и не подлежит применению.

Однако следует отметить, что к моменту выхода этого письма работодателями уже были возвращены тысячи листков нетрудоспособности из-за несущественных погрешностей, таких как запятые, кавычки, точки, тире или наличие пробелов между инициалами врача.

Письмом от 28.10.2011 №14-03-18/15—12956 Фонд со ссылкой на приказ Минздравсоцразвития РФ от 05.07.2011 №801 «Об утверждении номенклатуры должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения» указано, что в графе «Должность врача» просто слова «врач» или «лечащий врач» не соответствуют наименованию указанной графы «Должность врача» и не являются допустимыми. Тогда как разъяснениями от 15.07.2011 №14-03-11/15—7481 эта формулировка допускалась.

Кроме того, в письме от 28.10.2011 №14-03-18/15—12956 даются разъяснения о порядке выдачи нового листка нетрудоспособности взамен испорченного, где четко указано, что новый листок нетрудоспособности оформляется так же, как и первоначальный (согласно записям в первичной документации), дата выдачи нового бланка листка нетрудоспособности должна соответствовать дате выдачи первоначального листка.

Письмом же от 23.12.2011 №14-03-11/15—16055 эта норма трактуется совершенно иначе, полностью исключая вышеуказанный вариант, в частности, говорится: согласно пункту 56 Порядка, при наличии ошибок в разделе «Заполняется врачом медицинской организации» бланка листка нетрудоспособности он считается испорченным, и взамен него выдается новый листок нетрудоспособности. В целях сохранения порядка регистрации листков нетрудоспособности в журнале лечебного профилактического учреждения и предотвращения возможных злоупотреблений при выдаче листков нетрудоспособности в новом бланке, выдаваемом взамен испорченного, в строке «Дубликат» проставляется отметка «V», в строке «Дата выдачи» указывается дата выдачи нового листка нетрудоспособности.

С учетом изложенного, пункт 3 письма Фонда социального страхования Российской Федерации от 28.10.2011 №14-03-18/15—12956 в этой части не подлежит применению.

В таком количестве разночтений и противоречий рядовым врачам, занимающимся экспертизой временной утраты трудоспособности, разобраться очень трудно. Но самое интересное в том, что наиболее активную позицию в этом вопросе занимают работодатели, которые стали возвращать листки нетрудоспособности с малейшими недочетами. Причем эта позиция сохраняется и на сегодняшний день, несмотря на неоднократные разъяснения ФСС, в том числе в письме Фонда от 28.10.2011 №14-03-18/15—12956, что в целях предотвращения отказов в назначении и выплате пособий по временной нетрудоспособности по беременности и родам страхователям необходимо разъяснить, что наличие в листке технических недочетов (заполнение полей бланка прописными буквами, попадание букв на границы ячеек, попадание печатей на информационное поле, указание слов «врач» или «лечащий врач», проставление пробелов между инициалами

циалами врача и т. п.) не является основанием для переоформления листков нетрудоспособности и отказа в назначении и выплате пособий, если при этом все записи в листке нетрудоспособности читаются.

По информации председателя Фонда социального страхования С. Афанасьева, специалисты ФСС провели проверки и выяснили, что половина забракованных документов связана с действиями страхователей.

Достаточно часто работодатели на свое усмотрение определяли правильность заполнения листка и отправляли работников обратно в медицинские учреждения, что не является их прерогативой. Данная практика является недопустимой, поскольку страхователь не наделен такими полномочиями. В случае возникновения сомнений в правильности оформления листка нетрудоспособности работодатели должны обращаться в региональное отделение ФСС, а не гонять работников по различным инстанциям. Согласно данным ФСС, в 2011 году было изготовлено 14 млн бланков листков нетрудоспособности, а на руки выдано около 11 млн бланков. Врачами было испорчено 13% от всех выданных бланков.

В настоящее время наметилась тенденция к уменьшению количества испорченных бланков листков нетрудоспособности в связи с наработкой опыта большинства лечебных учреждений в этом разделе работы. Анализ характера самих ошибок, допускаемых при заполнении листков нетрудоспособности, показывает, что наибольшее их количество связано с неправильным указанием наименования места работы пациента (70—80%). Это обстоятельство не зависит от действий медицинских работников, а связано с элементарным незнанием самими пациентами точного наименования организации, в которой они работают. В связи с чем планируемая новая форма бланка листка нетрудоспособности, в которой не будут заполняться наименование организации, позволит существенно снизить количество испорченных листков нетрудоспособности и значительно облегчит труд медицинских работников.

Выводы и предложения

- *Лечебные учреждения были недостаточно подготовлены к введению новой формы бланка листка нетрудоспособности.*
- *Сотрудники ФСС не имели четкого представления о возможных вопросах, возникающих при заполнении новой формы бланка листка нетрудоспособности.*
- *Разъяснения, которые давались ФСС, порой носили противоречивый и взаимоисключающий характер.*
- *Введение новой формы бланка листка нетрудоспособности привело к значительному увеличению нагрузки на медицинский персонал и зачастую к определенному неудобству самих пациентов.*
- *Считаем необходимым при разработке новой формы листка нетрудоспособности исключить в нем графу «Наименование организации, в которой работает пациент», что, на наш взгляд, позволит значительно сократить количество испорченных бланков листков нетрудоспособности и уменьшит нагрузку на медицинский персонал.*

ООО «МЭЛС» (МЕДЭЛЕКТРОНСЕРВИС)

Техническое обслуживание, ремонт, монтаж, пуско-наладка, техническое освидетельствование приборов и оборудования для

- медицины, санитарии и ветеринарии
- пищевой и аграрной промышленности

Поставка приборов, принадлежностей, запасных частей, расходных материалов и реактивов для лабораторной диагностики

344011, г. Ростов-на-Дону, пр. Будёновский, 93/295, оф. 28

т./ф. (863) **269-78-06, 234-77-43**

E-mail: mels2@rambler.ru

Фед. лицензия № 99-08-000981
от 22.06.2010 г. на техобслуживание
всех видов медтехники

РЕКЛАМА

Некоторые особенности оказания мер социальной поддержки гражданам, проходящим лечение в ГБУ РО «Госпиталь для ветеранов войн»

*Меметов С. С., д.м.н., заместитель начальника госпиталя по клинико-экспертной работе;
Балека Л. Ю., заместитель начальника госпиталя по организационно-методической работе;
ГБУ РО «Госпиталь для ветеранов войн», г. Ростов-на-Дону*

В настоящее время госпиталь — это специализированное медицинское учреждение, где оказывается высококвалифицированная медицинская помощь ветеранам войн по направлениям: терапия, кардиология, неврология, хирургия, урология. Развернуты отделения диагностики, анестезиологии и реанимации, физиотерапии и реабилитации с водолечебницей.

Специфика нашего учреждения заключается в том, что мы работаем с особым контингентом лиц, в отношении которых законодательством нашей страны предусмотрены различные льготы. В связи с чем нам приходится помимо оказания лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий содействовать гражданам, проходящим в госпитале стационарное лечение, в реализации их законных прав путем взаимодействия с различными структурами, в частности с Фондом социального страхования, органами социальной защиты населения и службой медико-социальной экспертизы.

Как показывает наш опыт, зачастую ветераны не используют в полном объеме положенные им льготы. В частности, это касается групп инвалидности, причин инвалидности, обеспечения техническими средствами реабилитации.

Врачебной комиссией госпиталя в последние два года проводится работа в этом направлении. Во исполнение Постановления Правительства РФ от 07.04.2002 №240 «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями», а также с целью повышения качества оказания медицинской помощи, эффективности проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий и более полной компенсации ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья, в госпитале проводится экспертно-реабилитационная диагностика, изучается реабилитационный потенциал и прогноз у лиц, находящихся на стационарном лечении. У лиц, являющихся инвалидами, изучается потребность в различных реабилитационных мероприятиях, в том числе определяется потребность в обеспечении протезно-ортопедическими изделиями и другими техническими средствами реабилитации. В случае выявления нужд данного контингента лиц в вышеуказанных средствах, по решению ВК госпиталя выдается со-

ответствующее заключение и оформляется направление на медико-социальную экспертизу с целью разработки индивидуальной программы реабилитации. При необходимости медико-социальная экспертиза проводится либо непосредственно в госпитале на выездном заседании бюро МСЭ, либо по месту жительства инвалида, в зависимости от тяжести его состояния.

В индивидуальную программу реабилитации инвалида вносятся рекомендации ВК госпиталя, реабилитационные мероприятия, исполнение которых контролируют лечебные учреждения и органы социальной защиты по месту жительства. В сложных случаях и случаях, требующих динамического наблюдения, в выписных эпикризах лечащим врачом рекомендуется после реабилитационных мероприятий направлять больных на повторную госпитализацию, во время которой осуществляется оценка эффективности проведенных мероприятий и в случае необходимости назначается их корректировка.

Согласно статистическим данным, на 1 января 2011 года на диспансерном учете в ЛПУ области состояло:

- инвалидов ВОВ — 4300 человек (в том числе 871 человек с III группой инвалидности);
- участников ВОВ — 10668 человек (в том числе 369 человек с III группой инвалидности, а 133 человека вообще не имеют группы инвалидности).

Учитывая, что все граждане, относящиеся к вышеуказанным категориям, являются лицами преклонного возраста и обычно имеют заболевания с выраженными нарушениями функций организма, в госпитале им уделяют особое внимание, и, как правило, все они направляются на освидетельствование в службу медико-социальной экспертизы с целью определения или усиления группы инвалидности.

В результате проведения мероприятий удалось снизить количество инвалидов III группы среди ИОВ с 87 до 75 человек, количество инвалидов III группы среди УОВ — с 369 до 154 человек, количество лиц из числа УОВ, не имеющих группу инвалидности, — с 133 до 48 человек.

Так, согласно последним статистическим данным, на диспансерном учете на 1 января 2012 года в ЛПУ области состоит:

- инвалидов ВОВ — 3442 человек (из них 75 имеют III группу инвалидности);

— участников ВОВ — 9132 человек (из них 154 имеют III группу инвалидности, 48 — не имеют группы инвалидности).

Таким образом, процент охвата участников ВОВ группами инвалидности увеличивается с 98,7% в 2010 году до 99,4% в 2011 году.

Другой не менее важной проблемой является отсутствие индивидуальных программ реабилитации у инвалидов и участников ВОВ, которым группа инвалидности была установлена без срока переосвидетельствования более 10 лет назад, когда действовавшие на тот период времени врачебно-трудовые экспертные комиссии составлением ИПР не занимались. Многие из них в настоящее время нуждаются в различных реабилитационных мероприятиях, в том числе в технических средствах реабилитации, а реализовать свое право они не могут ввиду отсутствия у них индивидуальных программ реабилитации. Здесь следует отметить, что лечебные учреждения на местах не уделяют должного внимания этому разделу работы, в связи с чем в госпитале по отношению к этой группе лиц формируется повышенное внимание.

Так, в 2011 году сотрудниками госпиталя на освидетельствование в службу медико-социальной экспертизы направлено 108 человек, в том числе для определения группы инвалидности впервые — 32 человека, для прохождения очередного освидетельствования — 26 человек, для составления индивидуальных программ реабилитации, в том числе с целью обеспечения техническими средствами реабилитации, — 50 человек. Кроме того, решались вопросы определения медицинских показаний для санаторно-курортного лечения, утяжеления группы инвалидности, изменения причины инвалидности, а также выдавались заключения врачебной комиссии на замену технических средств реабилитации в связи с истечением сроков пользования.

Таким образом, оказание различных мер социальной поддержки в период нахождения в стационаре позволяет в том числе достигать более успешных результатов в процессе лечения и избавляет в будущем инвалидов и участников ВОВ от дополнительных хождений по различным инстанциям для решения своих социальных проблем по месту жительства.

Выводы

- При проведении ежегодных диспансерных осмотров инвалидов и участников ВОВ не уделяется должного внимания решению их социальных проблем.
- Необходимо принимать во внимание при проведении ежегодных осмотров указанных контингентов наличие или отсутствие у них группы инвалидности, а в случае наличия — ее соответствие тяжести состояния инвалида.
- Активно выявлять лиц из числа участников ВОВ, не имеющих группы инвалидности, и при наличии показаний направлять их на освидетельствование в службу медико-социальной экспертизы.
- Активно выявлять лиц из числа инвалидов ВОВ, не имеющих индивидуальной программы реабилитации, но нуждающихся в проведении реабилитационных мероприятий, в том числе в обеспечении ТСР, и направлять их на освидетельствование в службу медико-социальной экспертизы с целью составления ИПР.
- При проведении медико-социальной экспертизы в отношении указанного контингента лиц необходимо использовать такие виды освидетельствования, как освидетельствование на дому, либо в стационаре.

ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ВЫСТАВКА
НАУЧНО-ДЕЛОВАЯ ПРОГРАММА

С 8 по 10 сентября 2012 г. состоится Научно-практический семинар для организаторов здравоохранения «ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА», в ходе которого пройдет ряд заседаний, круглых столов и мозговых штурмов, направленных на обсуждение наиболее актуальных проблем организации медицинской помощи в России. На вопросы руководителей разного уровня ответят представители Росздравнадзора и Роспотребнадзора.

Одновременно пройдет выставка «ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА»
+7 (499) 346 3902
+7 (926) 533 0814
info@praesens.ru
www.praesens.ru

СОЧИ-2012: СЛЁТ ГЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ ВСЕЙ СТРАНЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ САМЫХ ГОРЯЧИХ ВОПРОСОВ И СМОТРА МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ И СРЕДСТВ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

StatusPraesens

Микроволновая технология обеззараживания медицинских отходов классов Б и В для медицинского учреждения поликлинического профиля. Установка «Стериус»

ООО «ХимЛаб», г. Санкт-Петербург

В соответствии с правилами СанПиН 2.1.7.2790—10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами», для обеззараживания медицинских отходов рекомендуется применение современных физических методов обезвреживания, которые в отличие от широко применяемых ранее химических методов позволяют гарантированно снижать биологическую опасность медицинских отходов классов Б и В до уровня обычных бытовых отходов (класс А). Что дает возможность в дальнейшем утилизировать данные отходы как бытовые.

Среди существующих физических методов обеззараживания наиболее распространены технологии термического обеззараживания в автоклавах, пиролизные установки, сжигание в кислородной плазме, микроволновые технологии. Последние наиболее универсальны и перспективны для применения в медицинских учреждениях с небольшим количеством образующихся отходов. Это обстоятельство связано с небольшими размерами микроволновых установок, отсутствием у них вредных выбросов в окружающую среду и, как следствие, возможностью размещения установок во вспомогательном помещении медицинского учреждения.

Одним из важнейших преимуществ микроволновых установок (рис. 1) является возможность дезинфекции различных медицинских расходных материалов и устройств, которые в силу своей формы и конструкции не могут быть обработаны дезинфицирующими растворами или паром автоклава. Это вакуумные пробирки и гемоконы с кровью, одноразовые системы и т. д. Так, например, в соответствии с МР №0100/9856-05-34 (Порядок использования, сбора, хранения, транспортирования, уничтожения, утилизации (переработки) самоблокирующихся СР-шприцев и инъекционных игл одноразового применения) наиболее универсальным и надежным способом обеззараживания считается СВЧ-технология.

Также очень важен вопрос экономической эффективности технологии, то есть за какой срок установка окупит затраты на ее приобретение. Определяющими здесь, помимо стоимости самой установки, являются эксплуатационные затраты, которые включают стоимость расходных материалов, энергозатраты, затраты на водоснабжение и водоподготовку, затраты на сервисное обслуживание.

Одним из примеров СВЧ-технологии, обладающей необходимой универсальностью и экономической эффективностью, является недавно появившаяся на рынке микроволновая установка «Стериус» (рис. 1), производимая фирмой «ХимЛаб» (г. Санкт-Петербург).

Микроволновая установка предназначена для обезвреживания опасных биологических микроорганизмов (грибов, вирусов, бактерий и т. д.) в медицинских отходах, имевших контакт с опасными и потенциально опасными биологическими инфекциями. Обеззараживание в микроволновой системе достигается путем объемного СВЧ-нагрева отходов, который вызывает колебания с высокой частотой молекул воды, содержащихся в любом живом организме, тем самым нагревая его изнутри и вызывая гибель опасных микроорганизмов. Надежность процесса обеззараживания обеспечивается применением двух независимых датчиков температуры, контролирующих температуру непосредственно в толще отходов. Вся информация о процессе

обеззараживания отображается на ЖК-сенсорном экране в режиме реального времени (рис. 2).

Температурная программа автоматически учитывает объем и исходную температуру загруженных отходов, что избавляет оператора от необходимости выбора каких-либо параметров процесса в зависимости от типа, объема отходов и т. д. Показания погружного датчика используются в окончательном протоколе, в котором указываются температура и время процесса обеззараживания, а также исходные данные организации, проводившей обеззараживание. Протокол распечатывается на чеке-наклейке в двух экземплярах, один из которых наклеивается на пакет с обезвреженными отходами, второй — в журнал учета (рис. 3).

Применение датчиков температуры позволяет отказаться от использования в установке «Стериус» одноразовых индикаторов температуры (стерилизационных тест-полосок), что снижает стоимость технологии.

Также существенным фактором, влияющим на стоимость процесса, является возможность использования для обеззараживания в установке обычных мешков для сбора медицинских отходов, имеющихся в любом медицинском учреждении. Мешки желтого либо красного цвета (в соответствии с классом отходов) помещаются в специальный контейнер (рис. 4).

В таком виде происходит сбор отходов в местах их первичного образования. После заполнения контейнер герметично закрывается и направляется к установке для обеззараживания. Обеззараживание происходит в тех же контейнерах, в которые осуществлялся сбор, без дополнительной сортировки и перегрузки (рис. 5).

В контейнер добавляется 0,5 литра воды для увлажнения отходов. При этом вода используется обычная водопроводная, то есть не требуется проведения дополнительной водоподготовки — фильтрации, дистилляции и т. д. Полный цикл обеззараживания в установке «Стериус» занимает не более 30 минут, после чего отходы считаются отходами класса А и могут быть отправлены на дальнейшую утилизацию.

Установка «Стериус» оснащена принудительной системой фильтрации воздуха с высокоэффективными угольными фильтрами, полностью устраняющими появление неприятных запахов (рис. 6). Система фильтрации воздуха позволяет эксплуатировать установку в отсутствие приточно-вытяжной вентиляции.

Таким образом, установка «Стериус» обеспечивает необходимую универсальность, предъявляет минимальные требования к установке, при этом обеспечивая высокую экономическую эффективность технологии в целом.

190020, г. Санкт-Петербург,
ул. Бумажная, д. 17

Тел. (812) 786-72-89,
тел./факс (812) 380-93-10,

www.sterius.ru, sterius@mail.ru



Рис. 1. Микроволновая установка «Стериус»

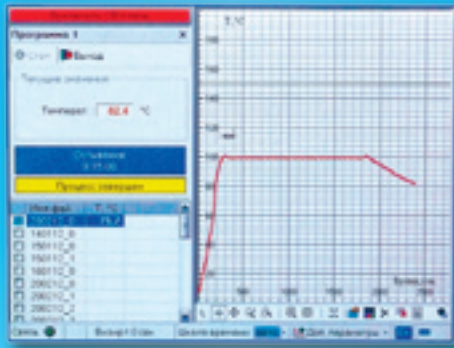


Рис. 2. ЖК-сенсорный экран



Рис. 3. Распечатка протокола



Рис. 4. Специальный контейнер

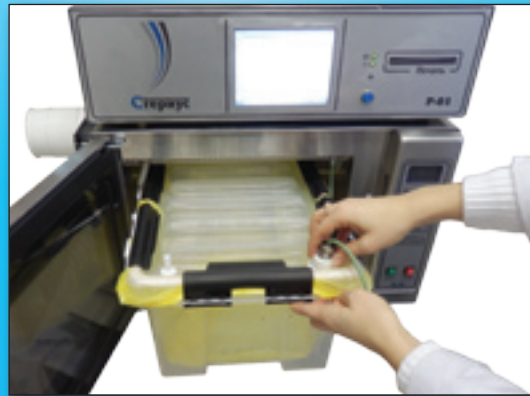


Рис. 5. Установка для обеззараживания

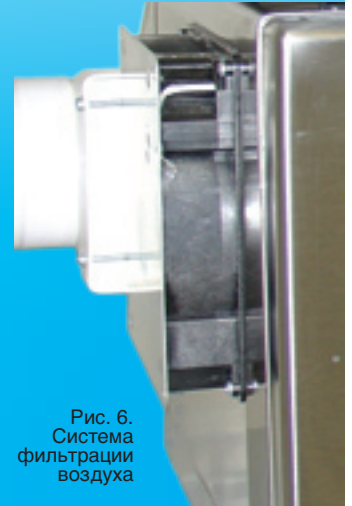


Рис. 6. Система фильтрации воздуха

12-14 сентября 2012

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

XXIII специализированная межрегиональная выставка

МЕДИЦИНА и ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

В рамках выставки специализированная экспозиция

ЗДОРОВЬЕ МАМЫ И МАЛЫША

ВОЛГОГРАД

Дворец Спорта профсоюзов

www.zarexpo.ru



ВЦ "ЦАРИЦЫНСКАЯ ЯРМАРКА"

Волгоград, пр. Ленина, 65

Тел./факс: (8442) 26-50-34, e-mail: olga@zarexpo.ru

У ОБЩЕРОССИЙСКОГО
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО СЕМИНАРА
8-11 СЕНТЯБРЯ 2012
ЗИМНИЙ ТЕАТР, СОЧИ



Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии

ТЕМЫ ДИСКУССИЙ

- Структура материнской смертности в России: положительные тенденции, проблемы.
- Проблема абортов в России: логика против традиций. Материнская смертность от причин, связанных с прерыванием беременности.
- Контрацепция в России: статистика, причины недиспользования. Отношение российских врачей к гормональной контрацепции.
- Концепция влагалищного биоценоза как принципиально новый системный взгляд на проблему вагинальных инфекций *ap mass*.
- ЗГП: частота её применения женщинами-гинекологами как «слепок» российской гормонофобии. Особенности доказательной базы.
- Пролапсы тазовых органов у женщин разного возраста: причины, методы коррекции.
- Хронический эндометрит. Замершая беременность: статистика, причины резкого скачка распространённости. Масштабная реабилитация как единственно верный подход.
- Недоношенный как источник инфицирования. Инфекционная безопасность акушерских стационаров в условиях длительного пребывания в них недоношенных.
- Полипругмазия как беда современного акушерства. Только ли в России? Спыт российских регионов по преодолению полипругмазии (мозговой штурм).
- Вагинальные инфекции при беременности: спектр разрешённых средств. Влагалищный нормобиоценоз как результат.

тел./факс: +7 (499) 558 0253
тел.: +7 (499) 346 3902
info@praesens.ru
www.praesens.ru
группа «ВКонтакте»: vk.com/praesens

Status Praesens

Министерство здравоохранения Ставропольского края
Администрация г. Ставрополя
Выставочный центр «Прогресс»

19-21 сентября 2012

16-я Ежегодная неделя Медицины Ставрополья

- * 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





Применяется в неврологии, вертебро-неврологии, ортопедии-травматологии, протезировании и ортезировании, ангиологии, физиотерапии, лечебной физкультуре и др. — при различных заболеваниях, сопровождающихся дефицитом мышечной функции, а также для диагностики двигательной патологии

Состав комплекса

- носимый стимуляционный 8-канальный блок
- изолирующий блок питания
- компьютер с принтером и монитором
- программное обеспечение в среде Windows
- рабочее место врача

Эффекты реабилитации

- восстановление нормального автоматизма работы мышц нижних конечностей и туловища
- увеличение продолжительности ходьбы в несколько раз
- увеличение силы и выносливости мышц, в том числе имеющих стойкие поражения
- улучшение трофики стимулируемых конечностей
- оптимизация двигательной функции при наличии стойких двигательных или анатомических дефектов
- восстановление функции тазовых органов
- уменьшение сколиотической деформации позвоночника

Преимущества функциональной программируемой стимуляции

- эффективная выработка правильного (при значительном дефекте — оптимального) двигательного стереотипа
- высокая точность коррекции аномальных движений
- избирательность тренировки мышц с использованием физиологического образца их функций в норме
- независимость коррекции от внешних условий работы

Преимущества комплекса

- адаптируемость к тяжелой патологии
- возможность применения различных типов датчиков и алгоритмов для правильного согласования стимуляции с движениями пациента
- возможность применения различных локомоций для проведения стимуляционного курса
- точная установка амплитудных, частотных и временных параметров стимуляции, защита пациента от импульсов, превышающих болевой порог
- контроль эффективности воздействия
- справочник режимов стимуляции мышц в циклах различных локомоций
- формирование собственных методик проведения процедур
- наличие развитой базы данных с рубрикацией по пациентам, обследованиям и другим признакам, обеспечивающей работу с несколькими разнородными приборами и сетевые функции



Научно-медицинская фирма «МБН»

105120, г. Москва,
2-й Сыромятнический пер., 10, оф. 6
т./ф. (495) 917-77-76, 917-83-24, 917-97-03
www.mbn.ru, e-mail: info@mbn.ru



ЧИСТЫЕ ПОМЕЩЕНИЯ для медицины и фармацевтики

- Операционные блоки
- Реанимационные блоки
- Палаты интенсивной терапии
- Родильные залы
- Стерильные фармацевтические производства
- Лаборатории
- Инфекционные отделения
- Медицинские модули



- Проектирование и монтаж комплексов чистых помещений
- Оснащение чистых помещений
- Системы кондиционирования и воздухоподготовки чистых помещений
- Системы очистки и стерилизации воздуха
- Герметичные ограждающие конструкции для чистых помещений
- Автоматические двери и передаточные окна для чистых помещений
- Антистатические полы для чистых помещений
- Ламинарное поле для чистых помещений
- Светильники для чистых помещений



комплексное обеспечение
строительных объектов

СТРОЙМАРКЕТИНГ

г. Краснодар, ул. Московская, 59/1,
тел/факс: (861) 279-80-20, 279-80-30
www.stroimarketing.ru, info@stroimarketing.ru