

Медицинский

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС - 40058

№43-44 (505-506)

Ноябрь 2006 г.

Вестник

Газета основана в 1995 году

Профессиональное издание медицинских работников

Украины

Актуальное интервью



Фото МВУ

СРОЧНО ТРЕБУЕТСЯ КРОВЬ!

Здоровый донор — здоровый реципиент

Общества Красного Креста Украины. Администрация и профсоюзный комитет чествовали заводских доноров: в торжественной обстановке они награждены грамотами, денежными премиями, им вручены цветы и высказаны слова искреннего признания.

Мы попросили ответить на вопросы «МВУ» Ирину Анатольевну Михову, главного врача Одесской областной станции переливания крови.

«МВУ»: Итак, сейчас, когда резко обострились социальные противоречия, для некоторых людей сдача крови — вынужденный заработок, способ выжить. Во сколько же сегодня оценивается донорская кровь?

МИХОВА: В соответствии с Постановлением Кабинета Министров 1997 года, за 100 мл крови донор получает 4 гривни. Т.е. за среднюю физиологическую дозу 400-450 мл он может получить 16-18 гривен плюс 9 гривен на питание. И людям уже совершенно не интересно за такие деньги сдавать кровь. Поэтому платных доноров у нас практически нет.

А что касается безвозмездных доноров, то сейчас это в основном доноры-родственники. Кадры, которые должны формироваться на уровне лечебно-профилактических учреждений. Т.е.

врачи должны работать с родственниками больных, объяснять им ситуацию об острой нехватке крови, о том, что кровь может понадобиться их же больному родственнику, который находится на лечении в стационаре, и вот эти доноры-родственники должны приходить к нам и сдавать кровь. К сожалению, их тоже очень и очень мало, т.е. это дефект работы лечебно-профилактических учреждений по комплектованию кадров доноров-родственников. И, к сожалению, намелась такая тенденция, что сами родственники кровь сдавать не хотят, они подкупают каких-то третьих лиц, а эти третьи лица, ради тех денег, которые платят им родственники, конечно, скрывают в процессе медицинского освидетельствования, предтестового консультирования истинные сведения о состоянии своего здоровья. Т.е. они могут знать, что они ВИЧ-инфицированные, что они когда-то болели гепатитом, но им неинтересно раскрывать эту информацию о состоянии своего здоровья...

Из альтруистических побуждений кровь сейчас сдают редко. Сдают либо вынужденно доноры-родственники, либо единицы за деньги, которые мы им можем предложить, а движения такого, как раньше, когда мы приезжали в вузы, на предприятия, нет. Люди шли и сдавали колоссальное количество крови — такого уже нет. Нас не пускают в вузы, иногда нас не пускают на оставшиеся государственные предприятия, и поэтому мы тут на станции ждем, пока к нам кто-то придет...

«МВУ»: Что вы предпринимаете для того, чтобы максимально обезопасить и донора, и реципиента? Чтобы не допустить возможной трагедии, когда кровь зараженного ВИЧ или другой инфекцией переливается здоровому человеку, когда ее получает роженица, как это уже случалось в медицинской практике. Когда медики, спасая человека, на самом деле работают вслепую, не обладая данными

повторной (карантинной) оценки здоровья донора?

МИХОВА: Человек, пришедший для сдачи крови, находится в полной безопасности. В процессе сдачи крови инфицироваться чем бы то ни было невозможно. Это гарантия 100%. Потому что забор крови происходит исключительно одноразовым инструментарием замкнутыми системами. Сейчас мы по разнарядке Министерства здравоохранения Украины получили три аппарата для автоматического плазмофереза, и человек, практически, кроме монтажа системы и момента пунктирования вены, больше с кровью не соприкасается. Т.е. абсолютно исключено инфицирование доноров в процессе сдачи крови или плазмы в учреждениях службы крови.

В соответствии с существующим в Украине законодательством, каждая порция крови подлежит обследованию методом иммуноферментного анализа с использованием украинских тест-систем на гепатит В, С, ВИЧ-инфекцию, сифилис. А с середины этого года мы ввели еще обследование донорской крови на НВ-сог. Это тест, позволяющий выявить инфицирование потенциального донора вирусным гепатитом В (дополнительный тест). После введения этого дополнительного исследования мы обнаружили, что практически 30-40% населения Одесской области инфицированы гепатитом В.

Что же касается серо-конверсионного окна, то действительно, когда мы обследуем донора, который пришел к нам сдавать кровь, мы можем не выявить наличие инфекции. Связано это с тем, что в крови донора мы ищем антитела (это касается, в частности, ВИЧ-инфекции). Антитела с момента инфицирования человека могут появиться в крови в течение полугода и даже в течение года (регистрируются такие отдельные случаи).

(Продолжение на стр.2)

В былые времена, на которые мы сегодня часто ссылаемся для сравнения — как когда-то сравнивали достижения Советского Союза с 1913 дореволюционным годом, донорство было почетным делом, доноров поощряли грамотами, предоставляли отгулы. Словом, на первом месте было моральное поощрение. И граждане сознательно, в организованном на производстве порядке, сдавали кровь, чувствуя себя причастными к благородному делу спасения человеческих жизней. И этой осенью, например, в Запорожском медуниверситете в День донора студенты сдавали

кровь в огромной очереди, получив на восстановление собственных сил по два дня отдыха от занятий. Доноров поощряют морально и материально на Одесском припортовом заводе. Опыт ОПЗ в развитии донорства одобрен на всеукраинском уровне. На заводе работают более 70 доноров, из них 31 заслужил звание почетного. В 2006 году коллектив завода, а также два почетных донора — председатель Общества Красного Креста ОПЗ Николай Васильевич Кабанов и член профкома завода Александр Васильевич Кильдишов награждены Почетными грамотами Президиума

Проблема

КОНТРОЛЬ ЗА ДОНОРСКОЙ КРОВЬЮ ДОЛЖЕН БЫТЬ УЖЕСТОЧЕН

ЛУГАНСК. «Сегодня требуется жесткий контроль за кровью, которую сдают доноры, потому что не каждый понимает всю меру ответственности за здоровье», — заявил на брифинге и.о. начальника управления здравоохранения Луганской облгосадминистрации Сергей Антонов. По его информации, из 50 тысяч человек, которые согласились быть добровольными донорами, в текущем году в Луганс-

кой области ВИЧ-инфекция выявлена у 26 человек. В связи с этим на Луганщине выделяются средства для закупки необходимого медицинского оборудования и препаратов, чтобы исследовать кровь, а также разработан инструмент по забору крови в одноразовую пластиковую тару.

По словам Сергея Антонова, в текущем году в Луганской области зарегистрировано 347 случаев заражения ВИЧ-инфекцией,

а в целом на учете стоит свыше 3 тысяч человек. Треть всех зараженных — женщины, и на учете уже 50 детей, появившихся на свет от больных вирусом иммунодефицита родителей. В Луганской области проводится большая работа по профилактике заболевания ВИЧ, по словам Сергея Антонова, в текущем году области на эти мероприятия выделено 1 млн. грн.

Укринформ

СРОЧНО ТРЕБУЕТСЯ КРОВЬ!

(Продолжение.
Начало на стр. 1)

Таким образом, первичное обследование донора не дает стопроцентной гарантии, что донор не является носителем ВИЧ-инфекции, гепатита С и ряда других инфекций, на которые мы просто не проводим обследование донорской крови. Их, в принципе, очень много. Это группа TORCH-инфекций, хламидиоз, токсоплазмоз, вирусы герпеса и т.д. Донорскую кровь, в соответствии с нашим законодательством, мы на эти инфекции не обследуем.

Для того, чтобы каким-то образом обезопасить реципиентов крови, в Украине принята программа о шестимесячной карантинизации свежзамороженной плазмы. Суть заключается в следующем. Сразу после заготовки мы разделяем кровь на эритроцитную массу и свежзамороженную плазму. Свежзамороженная плазма идет на карантинизацию. Она хранится при температуре -40°C в течение шести месяцев. Потом мы этого донора должны каким-то образом повторно обследовать. Причем законодательство не

предусматривает принудительное привлечение донора для повторного обследования, так как донорство - это акт доброй воли. Поэтому на повторное обследование являются процентов 30 от тех доноров, которые сдали кровь первично. И если плазма, которая 6 месяцев находилась на карантинизации (донор которой после шести месяцев обследован), является вирусологически безопасной, гарантированно безопасной, мы смело можем выдавать ее для переливания в лечебно-профилактические учреждения. Что же касается той плазмы, доноры которой не пришли на повторное обследование, то после шестимесячной карантинизации и проверки по спискам людей, отстраненных от донорства, такая плазма может быть использована для приготовления альбумина, полибиолитина, т.е. препаратов, которые в процессе производства подлежат вирусной активации. Т.е. из-за того, что доноры к нам на повторное обследование не пришли, мы плазму не выливаем. Но низкий процент людей, явившихся на повторное обследование, не дает нам возможности полностью обеспечивать потребность ЛПУ в свежзамороженной плазме, которая является лучшим гемос-

татическим средством.

Второй компонент крови — эритроцитная масса. Срок ее годности, к сожалению, в зависимости от консерванта колеблется от 21 дня до 42 суток. То есть шестимесячную карантинизацию, при имеющихся у нас технологиях, она выдержать не может, и повторно донор эритроцитной массы обследован быть не может. Поэтому эритроцитная масса является прямым потенциальным источником переноса кровяных инфекций от донора к реципиенту. Конечно, если бы наше государство было очень богатым, то можно было бы тоже внедрить метод криоконсервирования эритроцитов и их хранения при ультранизких температурах. Но в масштабах государства. Это высокие сложные технологии, требующие привлечения больших средств, увеличения штата станций переливания крови — на сегодняшний день это еще нереально и невозможно — полностью обезопасить больных при переливании эритроцитной массы. Поэтому мы стараемся убеждать медиков, переливающих кровь, что эритроцитную массу нужно переливать строго по жизненным показаниям. Если можно применить какие-то другие альтернативные методы

лечения и обойтись без переливания эритроцитной массы, то ее лучше не переливать.

В связи с тем, что человеческая кровь в принципе бесценна, а риск инфицирования все же высок, сегодня ставится вопрос о снижении ее потребления в ЛПУ, о строгих рациональных рамках использования. Не менее актуальной остается также задача работников службы крови — соблюдение инструкций, в том числе и по карантину компонентов крови.

«МВУ»: Как давно наблюдается тенденция к снижению потребления крови в ЛПУ?

МИХОВА: Это кропотливая работа службы крови области. Мы давно уже занимаемся этой проблемой, мы разбираем этот вопрос на аппаратных совещаниях, на коллегиях областного управления здравоохранения, издаем приказы, проводим дни специалиста. Все врачи хирургического профиля, акушеры-гинекологи, анестезиологи, т.е. врачи, которые имеют дело с переливанием крови в своих лечебных учреждениях, регулярно сдают зачеты у нас на станции переливания крови. Наверное, лет пять мы уже этим занимаемся. Мы стараемся, но все-таки существует еще и человеческий фактор.

«МВУ»: Существуют ли специальные информационные базы данных, куда были бы занесены все инфицированные?

МИХОВА: Дело в том, что в Украине на 2002-2007 годы была разработана Национальная программа развития донорства крови и ее компонентов. На базе этой программы были созданы региональные программы развития донорства крови и ее компонентов. И вот в этой программе прописано создание национального реестра доноров. Но на сегодняшний день он не создан. На нашей станции существует локальная база данных, в которую занесены все инфицированные (мы будем говорить про ВИЧ, считается почему-то, что это самая страшная инфекция, хотя я считаю, что гепатит С не менее страшная инфекция, и она влечет за собой может быть даже больший процент смертности, чем вирус иммунодефицита человека). Мы получаем регулярно списки из центра СПИД, из СЭС, из КИЗов и т.д. Но с учетом того, что все остальные службы не компьютеризированы, нет сети, модемной связи, то естественно, что у нас идет либо ручная обработка этих данных (привозят, например, кровь из районов, у них нет этой связи, и они не могут сразу определить, есть ли данный донор в картотеке ВИЧ-инфицированных, так что мы вручную, когда привозят эту кровь на тестирование, проверяем - нет ли среди этих доноров уже заведомо ВИЧ-инфицированных, занесенных в картотеку). Т.е. это опять же дефект нашей системы.

«МВУ»: Нужны деньги и организация...

МИХОВА: Средства и организация, и - воля, в первую очередь, государства.

«МВУ»

Сьогодні студенти мають можливість оволодіти тим фахом, про який вони мріяли

Сьогодні більш ніж 400 студентів Національного медичного університету ім. О. Богомольця дізналися про своє майбутнє місце праці. Розподіл студентів випускних курсів на місця працевлаштування проходить на даний час у всіх медичних вузах України. Всього буде розподілено близько 4000 студентів випуску 2007 р.

Як зазначив заступник міністра охорони здоров'я Юрій Гайдаєв: «Цьогорічний розподіл проходить у нормальному режимі, і я назвав би це копіткою працею над помилками. Ми робимо все, щоб кореспондувати потреби держави і побажання випускників. Маю надію, що це нам повністю вдасться». Він підкреслив, що була виправлена ситуація, коли було скорочено кількість спеціальностей до 17 та збільшено терміни підготовки в інтернаті. Тоді за рахунок примусового скорочення спеціальностей первинної лікарської спеціалізації було штучно збільшено кількість лікарів, котрих направили на посади сімейних лікарів, без врахування реальної потреби в областях. У зв'язку з цим виникла складна ситуація, а в МОЗ надходили численні скарги. За словами заступника міністра Юрія Гайдаєва, Міністерством охорони здоров'я в першу чергу було ліквідовано штучні диспропорції і призупинено дію Наказу № 81, а потім з врахуванням думок експертів, науковців, студентської громадськості, міжнародних експертів було видано його у новій редакції.

На сьогодні наказ № 81 практично повністю приведений до вимог Європейської директиви 2005/36/ЄС та кадрових потреб галузі. В 2006 році було відновлено підготовку в інтернаті за усіма базовими лікарськими спеціальностями, яких тепер 29 (у минулому наказі - лише 17), і серед них: терапія, акушерство та гінекологія, офтальмологія, отоларингологія, травматологія, онкологія, неврологія, дитяча хірургія, інфекційні хвороби та інші необхідні Україні спеціальності.

«Кількість спеціальностей в першу чергу обумовлюється потребами країни, - сказав заступник міністра Юрій Гайдаєв. - Якщо в нас не вистачає лікарів-педіатрів, а

в ЄС такого фаху немає, то ми повинні в даному випадку виходити з національних інтересів країни. На Національній нараді з питань реформування вищої медичної освіти Європейського бюро Всесвітньої Організації охорони здоров'я, яка вперше проходила в Україні у грудні минулого року, експертами ЄС було підкреслено, що підготовка медичних кадрів повинна відповідати нагальним потребам галузі та держави, що було нами і зроблено».

Як зазначив заступник міністра, відповідно до вжитих МОЗ заходів, вже у цьому році змінено ідеологію розподілу - він проводиться на вакантні посади за усіма лікарськими спеціальностями та відповідно до реальних потреб регіонів.

Сьогодні кадрове питання є дуже гострим у сільській місцевості. У 256 (8% від загальної кількості) сільських лікарських амбулаторіях жодна посада лікаря не укомплектована основним працівником.

На питання щодо визнання українського медичного диплому в іноземних країнах, Юрій Гайдаєв повідомив, що дипломи українських медичних вузів вже визнані: «Наші випускники працюють у 77 країнах світу. Вони, маючи право на роботу, зарховуються як фахівці з вищою медичною освітою і здають тільки мовні та кваліфікаційні тести. Зараз в Україні вчаться 9,5 тисяч іноземців з 80 країн світу. Якби дипломи не визнавалися, то вони до нас на навчання не їхали б». Але процедура повної адаптації українських дипломів буде завершена у 2011 році, коли буде проведено випуск студентів, які навчаються за європейською кредитно-трансферною системою.

На минулому тижні міністр підписав протокол про наміри з США здійснювати підготовку американських громадян в інституту медсестринства Тернопільського державного медичного університету. Ми отримали державне замовлення від США на підготовку медсестер. Підкреслено, що це перший в історії приклад, коли американці будуть готуватися в іноземному вузі, отримувати український диплом, а потім працювати у США.

Заступник міністра також підкреслив, що сьогодні студенти мають можливість оволодіти тим фахом, про який вони мріяли.

Інформаційно:

У 2007 році в Національному медичному університеті імені О.О.Богомольця випускаються 1232 лікарів та провізорів. На кошти державного бюджету навчались 616 лікарів і 32 провізори, які підлягають працевлаштуванню відповідно до Указу Президента (1996), Постанови Кабінету Міністрів України та Плану працевлаштування випускників, затвердженого Колегією МОЗ України.

Випуск НМУ відрізняється від інших ВНЗ України, перш за все, багатопрофільністю базових спеціальностей. Так, серед випускників НМУ:

- 337 осіб - за спеціальністю «Лікувальна справа»;
- 76 осіб - за спеціальністю «Педіатрія»;
- 83 особи - за спеціальністю «Медико-профілактична справа»;
- 84 особи - за спеціальністю «Стоматологія»;
- 36 осіб - за спеціальністю «Медична психологія»

648 випускників 2007 року отримують направлення на роботу практично в усі області України, зокрема: заклади практичної охорони здоров'я м. Києва отримують понад 200 високваліфікованих лікарів; в Київську область отримують направлення 99 лікарів; в Житомирську, Чернігівську, Черкаську та інші області направлено близько 350 лікарів; 10 кращих випускників направлені на роботу до науково-дослідних інститутів.

Зважаючи на пріоритетність забезпечення первинної ланки охорони здоров'я, 202 випускники 2007 р. виявили бажання працювати: лікарями швидкої медичної допомоги - 48, загальної практики-сімейної медицини - 82, терапевтами - 15, педіатрами - 57.

ПРЕС-СЛУЖБА МОЗ

Детская больница г.Измаил
Одесской области

СРОЧНО

**ПРИГЛАШАЕТ НА РАБОТУ
ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ**

(желательно семейные пары)
на должности участковых и
школьных врачей,
ординаторов-дежурентов.

**Обращаться по адресу:
Одесская область,
г.Измаил, пр.Суворова, 69,
тел.: (04841) 2-11-19**

Медицинский вестник Украины
ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС - 40058

Регистрационное свидетельство
KB №2800 от 21.08.97 г.

**ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС
40058**

Газета распространяется
по подписке и путем редакционной
рассылки.

**Адрес редакции:
65045, г.Одесса-45, а/я 9.**

**Тел.: (048) 786-00-17,
Тел./факс: (048) 786-90-24**

**Редактор
Н.Ю.Овчинников**

**Соучредители
и информационные спонсоры:**
Одесская областная санэпидстанция, Управление
здравоохранения Одесской облгосадминистрации,
Херсонская областная санэпидстанция, Николаевская
областная санэпидстанция, Одесское отделение
Международного фонда охраны здоровья матери и
ребенка, Управление здравоохранения Одесского
горисполкома, Одесский государственный медицинский
университет, Одесский областной Центр здоровья,
Одесская областная организация СЖУ,
Обком профсоюза работников здравоохранения
Одесской области,
редакция газеты "Медицинский вестник".

Заказ № _____, объем 4 усл. печ. листа.
Тир. - 8 т.экз. Газета отпечатана в Украине.

При использовании материалов, опубликованных в "МВУ", ссылка на "Медицинский вестник Украины" обязательна. Редакция не ведет переписку с читателями. Рукописи не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право редактировать и сокращать материалы. Мнение редакции и авторов публикаций не всегда совпадает. Ответственность за содержание материалов и рекламы несут авторы и рекламодатели. Материалы, не заказанные редакцией, не оплачиваются.

Подписку на газету **"МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК
УКРАИНЫ"** можно оформить в любом отделении связи страны

Подписчики "МВУ" получают бесплатно журнал "Инфекционный контроль"

Осенью этого года произошло знаменательное для украинской медицины событие — состоялся I Национальный конгресс «Инсульт и сосудисто-мозговые заболевания».

Инсульт является актуальнейшей проблемой здравоохранения не только в Украине. По данным Всемирной организации здравоохранения он занимает третье место среди причин смерти в европейских странах после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Смертность в развитых странах от инсульта составляет 37-48 на 10 тысяч населения, в Украине 72,3 на 100 тысяч насе-

алов конгресса и справочника «Инсульт», составленного Д.В.Гуляевым и М.В.Гуляевой под редакцией Т.С.Мищенко.

Важно осознать некоторые заблуждения, существующие в отношении инсульта.

Во-первых, инсульт не является внезапно возникшим катастрофическим заболеванием. Ведь он является следствием хронических заболеваний сосудов головного мозга.

Во-вторых, инсульт — это группа заболеваний, приводящих к окклюзии артерий.

В-третьих, инсульт возможен у лиц молодого возраста, и даже у детей.

И последнее: инсульт не фа-



Выступает Т.Мищенко

ВСЕМ МИРОМ — ПРОТИВ ИНСУЛЬТА

ления. Это заболевание является основной причиной инвалидизации. Ежегодно растут его распространенность и заболеваемость. Последняя за 10 лет увеличилась на 30%.

Эпидемиологическая ситуация, связанная с мозговым инсультом и цереброваскулярными заболеваниями, требует самого пристального внимания властных структур, широкого внедрения принципов первичной профилактики инсульта и усовершенствования помощи больным. Этими факторами и обусловлена актуальность проведения такого конгресса, а также работы «Украинской Ассоциации борьбы с инсультом».

Думается, не только неврологам, но и самому широкому кругу практикующих врачей интересны ключевые положения матери-

ален, риск может быть снижен, инвалидности можно избежать, исход можно улучшить.

Основные направления борьбы с инсультом:

1) первичная и вторичная профилактика, особенно устранение факторов риска в больших популяциях здоровых людей;

2) неотложное лечение острого инсульта (ишемического, геморрагического);

3) предотвращение и лечение соматических и неврологических осложнений;

4) реабилитация для обеспечения максимального функционального восстановления после болезни;

5) выявление вероятных причин инсульта, назначение лечения для их устранения, для предотвращения рецидивирования инсульта.

Из эпидемиологических факторов анализируются возраст, пол, раса, географический регион, семейный анамнез. Другие факторы (возможно, поддающиеся исправлению):

- диастолическая или изолированная систолическая гипертензия;

- сахарный диабет;

- гиперлипидемия;

- повышение уровня ЛПНП

или снижение уровня ЛПВП;

- гипергомоцистеинемия;

- курение;

- злоупотребление алкоголем;

- употребление наркотических и психотропных веществ;

- прием пероральных контрацептивов;

- беременность;

- мигренозная головная боль.

Обращается внимание на информацию, которую нужно доводить до сведения общественности:

- внезапное возникновение симптомов;

- слабость, неуклюжесть, тяжесть или онемение одной стороны тела, или руки, или лица;

- «обвисание» одной стороны лица;

- невнятность речи;

- утрата или нечеткость зрения одним или обоими глазами;

- головокружение или утрата равновесия;

- необычайно сильная головная боль.

Цель — максимально быстрое обращение больного или доставка его другими лицами в медицинское учреждение, т.е. наиболее возможное сокращение «временного окна», в течение которого доступна эффективная помощь.

Ключевым моментом современного оказания помощи при инсульте является лечение в специализированном инсультном отделении.

В 2006 г. Кабинет министров Украины утвердил Государственную программу профилактики и лечения сердечно-сосудистых и сосудисто-мозговых заболеваний на 2006-2010 гг., предусматривающую создание инсультных центров на областном, городском и районном уровнях с соответствующим современным оснащением. Мировой опыт показывает, что это позволяет снизить смертность и инвалидизацию на 30%.

Основными элементами ин-

сультного центра являются команда оказания помощи при остром инсульте, письменные протоколы оказания помощи, нейрохирургическая служба, служба нейровизуализации (МРТ, цифровая ангиография, ультразвуковое обследование сонных артерий, транскраниальная доплерография), лабораторная служба. В смету таких центров включаются также расходы на поддержку образования персонала, программы просвещения населения, затраты на маркетинг.

Особое внимание уделяется современной диагностике, в том числе дифференциации ишемического и геморрагического инсульта и ранней госпитализации. Время имеет критическое значение. Наиболее важный диагностический тест — компьютерная томография. В комплекс неотложных диагностических исследований входят, кроме КТ, — ЭКГ, глюкоза крови, электролиты сыворотки, показатели, характеризующие функцию почек, развернутый общий анализ крови, включая число тромбоцитов, протромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время.

Основными компонентами неотложного лечения являются:

- мониторинг жизненных функций и частая неврологическая оценка,

- обеспечение проходимости дыхательных путей,

- дыхательная поддержка,

- мониторинг сердечного ритма,

- лечение острых аритмий,

- лечение лихорадки,

- контроль глюкозы крови,

- обеспечение сосудистого доступа,

- лечение судорог.

Спорным остается вопрос о коррекции артериального давления (АД). Неврологи утверждают, что у большинства больных АД снизится и без какого-либо целенаправленного медикаментозного лечения. АД часто снижается спонтанно после помещения больного в спокойную обстановку, опорожнения мочевого пузыря, обезболивания, предоставления больному покоя. Кроме того, коррекция повышенного внутричерепного давления может привести к снижению АД.

(Продолжение на стр.4)

Новый этап в преодолении сердечно-сосудистых и сосудисто-мозговых заболеваний объявлен на Первом национальном конгрессе борьбы с инсультом. Выступая перед медицинской общественностью, президент Всеукраинской общественной организации «Украинская ассоциация борьбы с инсультом» **Николай Полищук**, в частности, отметил, что эти заболевания сегодня являются основной причиной смертности (62%) и инвалидности людей. И одна из главных причин — социально-экономические условия жизни. Люди мало заботятся о собственном здоровье, не контролируют свое артериальное давление, ведут гиподинамический образ жизни, не лечатся и не борются с вредными для здоровья привычками, например, с курением. А между тем инсульты у курильщиков бывают в два раза чаще, чем у некурящих, а риск у пассивных курильщиков увеличивается примерно на 50%.

Ежегодно инсультом заболевают более 7 млн людей в мире, из них 4,5 млн умирает. Каждые 3-4 минуты появляется новый больной.

В Украине сегодня преобладает лечебная стратегия, мы еще не осознали, что именно профилактика и здоровый образ жизни стоят намного меньше, чем любое лечение, хотя требуют больших усилий, в том числе и от каждого человека отдельно. Таким образом, мы сегодня должны рассмотреть роль государства и медицинской общественности, в том числе и «Украинской ассоциации борьбы с инсультом» в преодолении данной проблемы.

Медицинские направления в борьбе с инсультом предусматривают раннее выявление лиц с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, проведение профилактических мероприятий, своевременное лечение пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, реабилитацию больных, перенесших инсульт, санитарно-просветительскую работу.

Главный невролог МЗ Украины профессор **Тамара Мищенко** в своем выступлении на конгрессе, в частности, обратила внимание на то, что в нашей стране заболеваемость микроинсультом и распространенность инсульта больше, чем в среднем по Европе. Показатели свидетельствуют о преобладании случаев геморрагического инсульта над ишемическим, а это значит, что у нас очень много людей, страдающих артериальной гипертензией и не лечатся. А если же эти люди и лечатся, то неэффективно. Кроме того, одним из основных факторов развития геморрагического инсульта является злоупотребление алкоголем.

Опыт других стран показывает, что там, где выполняются государственные программы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, значительно уменьшилась смертность. Именно за счет того, что происходит лечение больных с артериальной гипертензией, которая является поставщиком внутримозговых кровоизлияний, часто заканчивающихся фатально или течением мозгового инсульта: ишемического или геморрагического.



В рамках конгресса прошла медицинская выставка



ВСЕМ МИРОМ – ПРОТИВ ИНСУЛЬТА

(Продолжение.
Начало на стр.3)

К числу ситуаций, в ходе которых может потребоваться неотложная антигипертензивная терапия, относятся:

- гипертензивная энцефалопатия;
- расслоение аорты;
- острая почечная недостаточность;
- острый отек легких;
- острый инфаркт миокарда.

Выявляются критерии, позволяющие или не позволяющие проведение тромболизиса (при ишемическом инсульте).

В последнее время придается большое значение нейрозащитному лечению. Несколько лечебных подходов в этом смысле находят более или менее широкое применение:

- гипотермия;

- пираретам;
- семакс;
- сульфат магния;
- церебролизин;
- цитиколин.

Лечение пептидными препаратами, пираретамом, цитиколином оказывает благоприятное воздействие и в отсроченном периоде.

Антитромботическое лечение включает гепарины низкой молекулярной массы, варфарин и его производные — антагонисты витамина К, аспирин, дипиридамол, тиклопидин, клопидогрель.

Невозможно переоценить роль реабилитационных мероприятий: физиотерапия, ЛФК, физическая, трудовая, речевая терапия, массаж, электростимуляция, фармакотерапия агонистами дофамина, ацетилхолина, серотонина, которые могут модулировать нейротрансмиссию и обучаемость. Изучается воз-

можная роль трансплантации стволовых клеток.

Реализация мер вторичной профилактики инсульта должна быть действенной и настойчивой.

Одним из важнейших поддающихся коррекции факторов риска является артериальная гипертензия (АГ). Снижение АД в среднем на 9/5 мм рт.ст. может снизить риск ОНМК на протяжении 2-3 лет лечения на 35-45%, причем это действие распространяется и на лиц старше 80 лет. Правильная терапия сни-

жает заболеваемость ИБС, сердечной недостаточностью, заболеваниями почек, и обусловленную ими смертность на 30%. Доказано, что применение тиазидных диуретиков, бета-блокаторов, ИАПФ, долгодействующих дигидропиридиновых антагонистов кальция, антагонистов рецепторов ангиотензина снижает риск инсульта.

Следует предупредить больного о возможном влиянии на АД пероральных контрацептивов, амфетаминов (в составе средств для похудения, капсул от простуды, спрея для носа), ингибиторов MAO, трициклических антидепрессантов, кокаина, стероидов, циклоспорина, эритропоэтина, экзогенного гормона щитовидной железы.

Крайне важна модификация образа жизни:

- снижение избыточной массы тела;
- ограничение приема алкоголя (не более 30 мл алкоголя для большинства мужчин и не более 15 мл — для женщин и мужчин с низкой массой тела);
- повышение аэробной физической активности до 35-40 минут в день;
- снижение потребления натрия (6 г и менее поваренной соли в сутки);
- поддержание достаточного количества калия, кальция, магния;
- отказ от курения;
- повышение потребления фруктов, овощей, нежирных молочных продуктов со сниженным содержанием насыщенных жиров и общего жира.



Крайне важен контроль дислипидемии, который включает:

- выявление возможных причин (диета, злоупотребление алкоголем, диабет, гипотиреоз, нефротический синдром, хроническая почечная недостаточность, обструкция желчевыводящих путей);
- прием статинов, никотиновой кислоты, секвестрантов желчных кислот, по показаниям — фибратов; ингибиторов всасыва-

ния холестерина.

Целью лечения и реабилитации является достижение как можно большего уровня самостоятельности и независимости от окружающих. Европейским региональным бюро ВОЗ поставлена задача обеспечить независимость больного в повседневной жизни через 3 месяца от начала инсульта у 70% выживших пациентов.

Марина Ясиновская
Фото МВУ



ПІД ПАТРОНАТОМ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
6-9 лютого 2007
Палац мистецтв "Український дім"
Київ, вул. Хрещатик, 2

SANDOZ
Генеральний спонсор Конгресу

Успіху у профілактиці, діагностиці і лікуванні ШКТ можна досягнути, базуючись тільки на наукових даних доказового характеру і лише після успішного їх впровадження у гастроентерологічну практику



**Степанов
Юрій
Міронович**

д.м.н., професор, завідувач кафедри гастроентерології факультету післядипломної освіти Дніпропетровської державної медичної академії



**Бабак
Олег
Якович**

д.м.н., професор, директор Інституту терапії ім. Л.Т. Малої АМН України



**Харченко
Наталія
Вячеславівна**

д.м.н., професор, завідувач кафедри гастроентерології і дієтології, декан терапевтичного факультету Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

За підтримки спонсорів:

MILI
HEALTHCARE

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Dafra

Науковий спонсор секції

Науковий спонсор секції

Науковий спонсор секції

Реєстраційна карта делегата

П.І.Б. _____
Область практичної діяльності _____
Місце роботи _____
Посада _____
Адреса _____

Для участі в

МІЖНАРОДНОМУ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ КОНГРЕСІ "ЛІКИ ТА ЖИТТЯ" заповніть реєстраційну карту та надішліть її організатору поштою, факсом чи E-mail

Адреса організаторів:
пров. Шевченка, 13/21, оф.9, Київ, Україна, 01001
Тел.: 461 90 20, тел./факс: 278 08 38,
e-mail: vision@expo-msi.com.ua



ГЕНЕРАЛЬНИЙ
ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ПАРТНЕР



Науковий спонсор
майстер-класу



Науковий спонсор



Науковий спонсор секції
"Сучасний підхід до
метаболическої корекції"



Науковий спонсор секції
ЗАТ "Київський вітамінний
завод"



Наукова підтримка секції



Науковий спонсор секції



Інформаційний спонсор

Головний науковий
медіа-партнер



Генеральний
інформаційний
партнер



Quality expert

Генеральний
інформаційний
партнер
в галузі ліків

Головний
інформаційний
спонсор

Головний
інформаційний
спонсор з фармачії

Головний
інформаційний
спонсор по країнах СНД

Інформаційний
спонсор

Інформаційний
спонсор

Інформаційний
спонсор

Інформаційний
спонсор

Інформаційний
спонсор

Інформаційний
спонсор

Інформаційний
спонсор

Інформаційний
спонсор

Інформаційний
спонсор



ПРОФІЛАКТИКА МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Профілактика інсульту — це система заходів, що спрямована на досягнення наступних цілей:

1) зменшення числа людей, в яких вперше може виникнути інсульт - первинна профілактика;

2) зменшення числа людей, що вже зазнали інсульт або ТІА, і в яких можливий розвиток повторних порушень мозкового кровообігу або інших судинних подій — вторинна профілактика.

Стратегії первинної і вторинної профілактики МІ багато в чому подібні, хоча кожен напрямок має свої особливості. Загальними положеннями первинної і вторинної профілактики МІ є:

1) виявлення та корекція факторів ризику МІ;

2) призначення антиагрегантів;

3) призначення антикоагулянтів непрямої дії;

4) застосування статинів;

5) каротидна ендартеректомія.

ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА

Основні напрямки первинної профілактики МІ:

1) виявлення та корекція факторів ризику МІ;

2) застосування антитромбоцитарних засобів;

3) використання антикоагулянтів непрямої дії;

4) гіполіпідемічна терапія;

5) каротидна ендартеректомія.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Усунення факторів ризику інсульту — основний напрямок профілактики інсульту. Усі фактори ризику інсульту розподіляють на: немодифіковані (нерегульовані) і модифіковані (регульовані).

Немодифіковані фактори ризику МІ

До немодифікованих факторів відносяться: вік, стать, спадковість, расова належність. Вік розвитку інсульту збільшується з віком, а після 55 років подвоюється на кожне 10-річчя. Половина всіх інсультів виникає у людей старше 75 років. У віковій групі 35-44 років середній ризик розвитку інсульту в популяції складає 1 на 5000 населення, 45-54 років - 1 на 1000, 55-64 років - 1 на 300, 65-74 років — 1 на 100, 75-84 - 1 на 50 і у віці за 85 - 1 на 30.

Ризик розвитку інсульту вищий у чоловіків ніж у жінок, внаслідок того, що у чоловіків частіше зустрічаються фактори ризику МІ. Але останнім часом, з'явилися дані про більшу частоту МІ у жінок. Це пов'язано з декілька причинами: з більшою тривалістю життя жінок та з активною їх соціальною роллю у сучасному суспільстві.

Несприятливий сімейний анамнез з інсультів та ТІА також відноситься до немодифікованих факторів ризику МІ.

На жаль, впливати на такі фактори ризику неможливо. Однак їхня наявність допомагає виявляти хворих з більш високим ступенем ризику розвитку інсульту. Таким хворим необхідний індивідуальний підхід для попередження інсульту.

Модифіковані фактори ризику МІ

До модифікованих факторів ризику відносять артеріальну гіпертензію, кардіальну патологію, цукровий діабет, гіперхолестеринемію, паління, зловживання алкоголем, надмірну вагу, дієту, транзиторні ішемічні атаки, стеноз каротидних артерій та ін.

Артеріальна гіпертензія (АГ) є найбільш доведеним, головним модифікованим фактором ризику для розвитку всіх типів інсульту (ішемічного, геморагічного; внутрішньомозкового і субарахноїдального крововиливів). АГ також є основною причиною розвитку хронічних прогресуючих порушень мозкового кровообігу — дисциркуляторної енцефалопатії та судинної деменції. Доведено, що ризик розвитку

інсульту зростає пропорційно рівню артеріального тиску (АТ). Навіть незначне підвищення рівню АТ збільшує ризик розвитку інсульту в 1,5 рази, а виражена гіпертензія — в 7-8 разів. Лікування АГ будь-якого рівня значно зменшує ризик інсульту. Мета-аналіз 14 великих рандомізованих досліджень показав, що **зниження діастолічного АТ на 5-6 мм рт. ст. зменшує ризик розвитку інсульту на 42%**. Причому, зменшення ризику розвитку інсульту можливо при лікуванні хворих з будь-яким рівнем підвищеного АТ. В цілому, **зниження АТ на 10% зменшує ризик розвитку інсульту на 30%**, в той час, як інфаркту міокарда — на 20%. Актуальна проблема зниження АТ як для людей молодого, але особливо, похилого віку. Дослідження показали, що **адекватна антигіпертензивна терапія у людей у віці 70-84 років знижує ризик інсульту на 45%**.

При проведенні антигіпертензивної терапії з метою профілактики інсульту необхідно відповісти на кілька питань:

1 — до якого оптимального рівня необхідно знижувати АТ?

2 — які групи препаратів необхідно застосовувати?

Результати проведених багатовисліджень рандомізованих досліджень показали, що необхідно прагнути нормалізації АТ до **рівня 130/85 мм рт. ст.** і нижче. Рівень АТ повинен бути знижений шляхом зміни способу життя і (або) за допомогою прийому фармакологічних препаратів. Для первинної профілактики МІ ефективні всі групи антигіпертензивних препаратів. Останнім часом з'явилися дані доказової медицини відносно церебропротективних властивостей препаратів групи інгібіторів АПФ та антагоністів рецепторів ангіотензину-II. Разом з тим у пацієнтів з цереброваскулярною патологією антигіпертензивна терапія повинна проводитися з урахуванням стану їх магістральних судин. Необхідно прагнути до поступового, плавного зниження АТ. У пацієнтів з атеросклеротичним стенозом сонної і/або хребтної артерії зниження АТ більш ніж на 25-30% від попереднього рівню може призвести до гіперперфузії мозку. У цих випадках оптимальним є зниження АТ на 15-20% від попереднього рівню. Необхідно також прагнути до зменшення добових коливань рівня АТ, особливо в нічний час.

Вибір антигіпертензивного препарату повинен проводитися з урахуванням супутньої патології та наявності інших факторів ризику МІ у кожного хворого.

АГ є ведучим чинником ризику порушень мозкового кровообігу різного характеру, особливо у людей молодого віку.

Висока ефективність контролю АГ відрізняється тим, що це захворювання має безпосереднє відношення до формування основних механізмів розвитку як геморагічного, так і ішемічного інсульту.

Таким чином, АГ, є найбільш значимим фактором ризику для всіх форм порушень мозкового кровообігу. Найбільш істотний популяційний ефект у відношенні попередження цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) дає адекватне виявлення і лікування хворих з АГ. Це положення є загально визнаним й обгрунтоване результатами численних багатоцентрових досліджень.

Гіперхолістеринемія. Гіперхолістеринемія та гіперліпідемія не є чітко встановленими факторами ризику МІ, на відміну від захворювань серця. Когортні обсерваційні дослідження показали як незначний позитивний взаємозв'язок між рівнем холестерину та ризиком виникнення ішемічного інсульту, так і відсутність чіткого взаємозв'язку між рівнем холестерину крові та розвитком інсульту. Останнім часом з'явилися дані щодо ефективності застосування статинів у первинної профілактики МІ у хворих з судинними оклюзивними захворюваннями і (або) з високим рівнем загального холестерину (більш 135 мг/мл). Дослідження Heart Protection Study (HP5) показало, що застосування симвастатину у дозі 40 мг на добу знижує відносний ризик ішемічного інсульту на 28 % (p<0,001) у хворих з ІХС, оклюзуючими захворюваннями периферичних артерій, цукровим діабетом, АГ. Іншими дослідженнями було доведено, що у хворих, які мають в анамнезі ІХС поєднану з високим рівнем холестерину, терапія статинами знижує загальну та судинну смертність, ризик виникнення МІ та ін. судинних подій.

Хвороби серця. Хвороби серця є причиною 25-30 % МІ, значущість яких зростає з віком хворих до 36-40 %.

Серед всієї кардіальної патології фібриляція передсердь (ФП) є найважливішим незалежним фактором ризику ішемічного інсульту. Значення даного фактора ризику інсульту пов'язано із значною поширеністю ФП — до 3 % населення і прогресуючого збільшення частоти з віком.

Наявність ФП збільшує ризик розвитку першого інсульту в 6-8 разів. Ступінь ризику розвитку МІ при ФП визначається її формою, тривалістю захворювання, а також наявністю інших факторів ризику. Найбільш розповсюдженим видом ФП (70 %) є неклапанна форма ФП, наявність якої збільшує ризик розвитку МІ в 5-6 разів. Найбільш небезпечною в плані ризику МІ є клапанна форма ФП, яка збільшує ризик розвитку МІ до **18 разів**. При ідіопатичній формі ФП ризик розвитку МІ збільшується в 2-4 рази.

Аналіз п'яти проведених контрольованих рандомізованих досліджень показав, що ступень ризику МІ у хворих з ФП, визначається віком хворих та наявністю супутніх факторів. Це стало основою для визначення груп пацієнтів із різним ступенем ризику МІ (таблиця 1).

Стратифікація факторів ризику для

визначення індивідуального ризику розвитку МІ відіграє ведучу роль у виборі методу профілактичного лікування пацієнтів з ФП. Пацієнтам з низьким ризиком розвитку МІ показано тривале призначення ацетилсаліцилової кислоти (АСК) в дозі 325 мг на добу. Пацієнтам з помірним ризиком інсульту показано довготривале застосування непрямих антикоагулянтів з метою підтримки Міжнародного нормалізаційного відношення (МНВ) в межах 2,0-3,0. Хворим з високим ризиком МІ також показано довготривале застосування непрямих антикоагулянтів з метою підтримки МНВ в межах 2,0-3,0.

Другою за частотою важливою причиною виникнення МІ є інфаркт міокарда (ІМ). Частота ішемічного інсульту після ІМ складає 1-2% на рік. Ризик розвитку вище в перший місяць після ІМ і складає 31% усіх післяінфарктних інсультів.

Цукровий діабет. Цукровий діабет — добре вивчений немодифікований фактор ризику інсульту. Частота МІ при цукровому діабеті підвищується в 2-6 разів. Ризик розвитку МІ значно підвищується якщо є інші фактори ризику, такі як АГ, ожиріння та ін. Сполучення останніх складає основну метаболічного синдрому. Наявність останнього **збільшує ризик розвитку МІ в 7 разів**. Разом з тим, доведено, що частота геморагічного інсульту у хворих на цукровий діабет практично не змінюється.

У хворих на цукровий діабет і АГ дуже важливим є ретельний контроль АТ, що дозволяє знизити ризик фатального і не фатального інсульту на 44% (UKPDS 38, 1998). Оптимальним у хворих на цукровий діабет є рівень АТ < 130/80 мм рт. ст. До цього рівня необхідно прагнути при лікуванні АГ у хворих на цукровий діабет.

Транзиторна ішемічна атака. ТІА, по суті, не є модифікованим чинником ризику, а є клінічним проявом гострої цереброваскулярної патології. Наявність її підвищує ризик розвитку МІ. Найбільш високий ризик розвитку інсульту в перші 6 місяців після ТІА. Ризик інсульту в перший місяць — 8%, щорічний ризик інсульту — 5%. У хворих, що пережили перший рік після ТІА без інсульту, у наступні роки ризик знижується до 4 % у рік. Ризик інфаркту міокарда - 5% у рік. Ризик розвитку ІМ у хворих з ТІА пов'язаний з генералізованим атеросклерозом і можливим ризиком тромбозу в різних судинних територіях.

У хворих з ТІА слід виявити як патогенетичні механізми, так і наявність модифікованих факторів ризику.

Паління. Паління є незалежним чинником ризику ішемічного інсульту. Мета-аналіз 32 досліджень показав, що ризик розвитку інсульту у тих, хто палить в 1,5 рази більше, ніж у тих хто не палить, а у важких курців цей ризик збільшується у 2 рази. Ризик розвитку інсульту має дозозалежний характер. Ризик збільшується при наявності АГ. Навіть пасивне паління збільшує ризик розвитку МІ. Паління є незалежною детермінантою стовщення бляшки в каротидній артерії, прогностичним фактором розвитку важкого екстракраніального атеросклерозу каротидних артерій. Також паління може підвищувати в'язкість крові, рівень фібриногену, сприяти агрегації тромбоцитів і підвищувати АТ.

(Продовження на стор.6)

Таблиця 1. Частота розвитку інсульту у хворих з фібриляцією передсердь

Ризик розвитку інсульту	Клінічні ознаки	Частота інсульту
Високий	Вік більше 75 років Артеріальна гіпертензія Дисфункція лівого шлуночку Ревматична або клапана хвороба серця Наявність більше 1 фактору помірного ризику	6-8 % на рік
Помірний	Вік 65-75 років Цукровий діабет ІХС	2 % на рік
Низький	Вік до 65 років	1 % на рік



ПРОФІЛАКТИКА МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

(Продовження.
Початок на стор.5)

Паління - важливий фактор ризику, що модифікується. Маються переконливі докази зменшення частоти інсульту при припиненні паління. Фремінгемське дослідження (1988) і дослідження NHS (1993) показали, що ризик розвитку ішемічного інсульту повертається до рівню характерного для тих, хто не палить, через 2-5 років після відмовлення від паління. Останнім часом з метою полегшення припинення паління рекомендовані замісна нікотинна терапія та застосування бупрапріону гідрохлориду.

Алкоголь. Вживання алкоголю має дозозалежний зв'язок з ризиком геморагічного інсульту. Залежність між вживанням алкоголю та ішемічним інсультом полягає в протективному ефекті помірних доз і підвищенню ризику інсульту при зловживанні алкоголем. Алкоголь збільшує ризик розвитку інсульту, підвищуючи АТ, призводячи до гіперкоагуляції, аритмії серця і зниженню церебрального кровотоку. Протективна дія помірних доз алкоголю пов'язана з підвищенням рівню ліпопротеїдів високої щільності (ЛВЩ) і зниженням агрегації тромбоцитів і рівню фібриногену. Помірне регулярне вживання алкоголю (30-50 мл чистого етанолу на добу) зменшує ризик розвитку інсульту і рекомендовано тим, яким він не протипоказаний.

Фізична активність. Регулярні фізичні навантаження є добре вивченим фактором, який попереджає розвиток серцево-судинних захворювань і зменшує ризик передчасної смерті. Це відноситься і до зменшення ризику розвитку інсульту. Дослідження NMSS показало, що фізична активність значно зменшує ризик інсульту, як у чоловіків, так і у жінок, незалежно від віку. Однак прямої залежності між рівнем фізичної активності та ризиком інсульту не встановлено. Протективний ефект фізичної активності пов'язаний із впливом на ряд факторів інсульту (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння) у сполученні із зниженням фібриногену плазми й активності тромбоцитів, підвищенні активності тканьового активатора плазміногену та рівню ЛВЩ.

Рекомендації з регулярної фізичної активності засновані на доказах зниження ризику ІХС, АГ, ожиріння і цукрового діабету. Лікар повинен визначити рівень фізичної активності для кожного пацієнта, пояснити значення фізичної активності в попередженні хвороби. Сьогодні рекомендовано навантаження з помірно інтенсивністю (швидка хода) мінімум протягом 30 хвилин, бажано щодня. Хоча, у деяких дослідженнях відзначається додатковий ефект збільшення тривалості й інтенсивності навантаження (8400-12595 кдж/тиж-

день). Спорадичних навантажень, особливо значної інтенсивності, слід уникати.

Таким чином, доведено позитивний вплив навантаження на зменшення частоти інсульту, навіть при незначній ці помірній інтенсивності (наприклад, хода).

Дієта. Дієтичні фактори можуть бути факторами ризику інсульту. До них відносять: надмірне вживання натрію яке пов'язане з розвитком АГ; зменшення вживання харчової солі може істотно знизити АТ і смертність від інсульту. Роль вживання жирів, як фактора ризику розвитку інсульту залишається неясною, в той час, фрукти й овочі можуть попереджати розвиток інсульту через антиоксидантний механізм або шляхом підвищення рівня калію. У дослідженні Health Professionals Follow-up Study (1998) було виявлено, що вживання калію, магнію та клітковини (але не натрію або кальцію) має зворотну залежність з ризиком розвитку інсульту протягом 8 років.

Дієтичні рекомендації полягають у наступному:

- 1) обмеження споживання з їжею тваринних жирів (особливо насичених), менше ніж 30% добового калоражу;
- 2) обмеження вживання холестерину менше ніж 10% добового калоражу або до 300 мг;
- 3) збільшення вживання фруктів і овочів (мінімум 5 прийомів у день), продуктів утримуючих клітковину (мінімум 6 разів у день) і морської риби;
- 4) підтримувати баланс енергії шляхом підбора дієти і навантажень;
- 5) підтримка адекватного вживання кальцію (1000 мг/добу для людей 25-50 років, 1000-1500 мг/добу у жінок після менопаузи, 1200-1500 мг/добу для вагітних і жінок, що годують);
- 6) зменшення вживання натрію, для гіпертоніків і осіб з надлишковою вагою — зниження вживання солі до 5 г/день і менше;
- 7) збільшення вживання бета-каротину й інших антиоксидантів.

Однак, слід підкреслити, що залишається неясним чи зменшується ризик розвитку інсульту при модифікації дієти. До одержання додаткових даних варто обмежити споживання насичених жирів і повареної солі, забезпечити адекватне споживання вітамінів В6, В12 та фолієвої кислоти при виявленні їхнього дефіциту та забезпечити в дієті велику кількість фруктів і овочів для попередження розвитку інсульту.

Інші фактори ризику. Гомоцистеїн має зв'язок з розвитком інсульту, що може бути пояснюване дефіцитом вживання фолієвої кислоти, вітаміну В6 і вітаміну В12. Дослідження «випадок-контроль» показали залежність між помірним підвищенням рівню гомоцистеїну і розвитком інсульту,

але переконливих доказів цієї залежності в проспективних дослідженнях не отримано.

Фібриноген та інші показники гомеостазу. Вважається, що тканьовий активатор плазміногену, фібрин D-мономер, фактор Вільбранда та фактор VIIIС можуть бути пов'язані з ризиком інсульту.

Встановлено, що С-реактивний білок та показники запалення (амілоїд сироватки крові А, інтерлейкін-6, молекули адгезії sICAM-1) можуть бути предикторами ризику розвитку МІ, але для остаточного вирішення цього питання необхідна більша кількість досліджень.

Виявлення та корекція таких факторів ризику МІ, як АГ, цукровий діабет, гіперхолістеринемія, а також боротьба з шкідливими звичками, гіподинамією, надмірною вагою є основою первинної профілактики МІ, яка повинна проводитись на популяційному рівні.

Антитромбоцитарні засоби. Слід відмітити, що було проведено небагато досліджень по вивченню ефективності антитромбоцитарних препаратів (в першу чергу ацетилсаліцилової кислоти — АСК), у попередженні МІ у здорових людей. Вивченню значення АСК для первинної профілактики серцево-судинних захворювань було присвячено 5 рандомізованих досліджень. Результати останніх свідчать про 32% зниження ризику розвитку інфаркту міокарда, в основному у чоловіків, завдяки прийому аспірину. Дані про ефективність препарату по вивченню запобігання МІ неоднозначні. Результати недавнього дослідження «Дослідження здоров'я жінок» (WHS) показали, що тривалий регулярний прийом аспірину здоровими жінками віком 45 років і старше зменшує ризик ішемічного інсульту на 17% і не впливає на ризик інфаркту міокарда та смертності від серцево-судинних причин. Після ІМ за даними інших досліджень аспірин зменшує ризик розвитку інсульту приблизно на 30-40%.

Питання про призначення аспірину для попередження мозкового інсульту повинно бути прийнято лікарем у кожному конкретному випадку індивідуально з урахуванням статі пацієнта та наявності факторів ризику МІ.

Зовсім інше ставлення до призначення аспірину хворим з ФП. Хворим, що підпадають у групу низького ризику розвитку МІ, а також помірного і високого (у разі наявності протипоказань до призначення антикоагулянтів непрямої дії) призначають довготривалий прийом аспірину у дозі 325 мг на добу.

Непрямі антикоагулянти. Рандомізовані дослідження і мета-аналіз показали позитивний ефект застосування варфарину для попередження інсульту хворим на ФП. Мета-аналіз показав, що варфарин у

зазначеній дозі зменшує ризик інсульту на 64% порівняно з плацебо. При цьому, ризик розвитку кровотечі при прийомі варфарину складає 1,3% у рік, що лише трохи вище, ніж при використанні аспірину (1,0%). Проведені дослідження дозволили розробити рекомендації щодо застосування непрямих антикоагулянтів хворим на ФП залежно від ступеню ризику розвитку МІ. Хворим на ФП з помірним і високим ризиком розвитку МІ показано довготривале призначення антикоагулянта непрямої дії варфарину (при відсутності протипоказань) для підтримки МНВ (міжнародне нормалізоване відношення)* у межах 2,0-3,0. Ухвалення рішення про лікування варфаріном хворих на ФП з помірним ризиком повинне включати ретельну оцінку ризику кровотечі та переваги для кожного пацієнта.

Гіполіпідемічні засоби. За сучасними уявленнями гіполіпідемічні засоби, особливо статини, зменшують ризик розвитку інсульту. У дослідженні CARE правастатин зменшував ризик розвитку інсульту після ІМ у порівнянні з плацебо на 31%. Протиінсультні ефекти статинів можуть бути пов'язані не тільки зі зниженням рівню холестерину, але й з впливом на ендотеліальну функцію, запалення, стабілізацію бляшки, утворення тромбів. У дослідженні 45 застосування симвастатину у хворих з ІХС призвело до зменшення частоти ТІА та інсультів. У дослідженні LIPID застосування правастатину призводило до 20% зниженню ризику розвитку інсульту. Дослідження HPS підтвердило нейпропротективні властивості статинів (симвастатину) і показало необхідність їх призначення.

Сьогодні рекомендовано застосування статинів (правастатину і симвастатину) хворим з ІХС, у тому числі після перенесеного ІМ, для попередження МІ і ТІА.

Каротидна ендартеректомія. Атеросклеротичний каротидний стеноз є важливим чинником ризику розвитку інсульту. Вважається, що ураження каротидних артерій є причиною 30-35% всіх перших інсультів. Ризик розвитку клінічної симптоматики збільшується зі ступенем стенозу. Річний ризик розвитку МІ при асимптомному гемодинамічному стенозі складає приблизно 2%. Ступінь стенозу є ключовою для рішення питання щодо оперативного лікування — каротидної ендартеректомії. Оперативне втручання не проводять при асимптомному стенозі менш ніж 50% або при повній оклюзії каротидної артерії. Асимптомний каротидний стеноз > 60% є показанням для проведення КЕ деяким пацієнтам. Проведення операції показане при частоті операційних ускладнень для даного хірурга менш 3%.

*Методичні рекомендації.
Установа-розробник Інститут неврології,
психіатрії та наркології АМН України*

Інформація

ИЗМЕНЕНИЯ К ЗАКОНУ

КИЕВ. Верховная Рада приняла изменения к статье 9 Закона Украины «О лекарственных средствах». В частности, Закон запрещает в течение пяти лет со дня регистрации лекарственного средства в Украине (независимо от срока действия любого патента, имеющего отношение к лекарственному средству) использовать

регистрационную информацию для подачи заявления о государственной регистрации другого лекарственного средства, кроме случаев, когда право ссылаться или использовать такую информацию получено в установленном законом порядке.

Нормы этого Закона направлены на повышение качества и безопасности для граждан лекарств и изделий медицинского назначения. Принятие Закона должно способствовать установлению добросовестной конкуренции на рынке лекарственных средств Украины, подчеркивалось в ходе обсуждения документа. Принятые изменения вводят в соответствии с общегосударственной программой адаптации законодательства Украины к законодательству Европейского Союза. Этот Закон был принят, в первую очередь, в связи с необходимостью приведения законодательства Украины в соответствие с обязатель-

ствами, которые были взяты в ходе переговорного процесса о вступлении Украины в ВТО. За него проголосовали 356 народных депутатов.

Укринформ

В УКРАИНЕ БУДЕТ СОЗДАН ЦЕНТР СЕРДЦА

КИЕВ. По инициативе Президента Украины Виктора Ющенко в нашей стране будет создан Центр сердца, где будут внедрены новые методики лечения сложных заболеваний системы кровообращения. Об этом проинформировал участников I съезда сосудистых и эндоваскулярных хирургов Украины - Национального конгресса по проблемам сосудистых заболеваний, который проходил в Киеве в середине ноября, министр здравоохранения Юрий Поляченко, передает корреспондент Укринформа со ссылкой на пресс-службу Министерства здравоохранения Украины.

По словам министра, центр станет координирующим учреждением, призванным изменять стратегию лечения больных с угрозой инфаркта миокарда и постепенно переводить больных на лечение путем малоинвазивных вмешательств (стентирование). По информации министра здравоохранения, в этом году открылся кардиологический центр в Сумах, го-

товы к открытию 4 современных кардиологических центра во Львове, Киеве, Донецке и Одессе, которые будут работать как межрегиональные, завершены работы в новом здании Научно-практического медицинского центра детской кардиологии и кардиохирургии.

Юрий Поляченко сообщил участникам съезда, что в проекте Государственного бюджета на 2007 год на выполнение Государственной программы предотвращения и лечения сердечно-сосудистых и сосудисто-мозговых заболеваний на 2006-2010 годы увеличена сумма расходов до 75,3 млн грн. против запланированных на этот год 26,2 млн гривень.

В МИРЕ 39,5 МИЛЛИОНОВ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

БЕРЛИН. Количество ВИЧ-инфицированных в мире возросло до 39,5 млн человек. Такие данные содержатся в ежегодном докладе ООН о распространении эпидемии СПИДа в мире, представленном сегодня в Берлине, сообщает собственный корреспондент Укринформа в ФРГ.

С почти 40 миллионами ВИЧ-инфицированных эпидемия СПИДа в мире достигла рекордного показателя. Согласно подсчетам Программы ООН по борьбе со СПИДом

(UNAIDS), до конца года этот показатель увеличится еще на 4,3 млн человек. По данным нынешнего доклада ООН, от ВИЧ/СПИДа в мире уже умерли 2,9 млн человек.

Наиболее кризисным регионом распространения ВИЧ/СПИДа остается Африканский континент южнее Сахары: там проживает 63 процента от общего количества инфицированных. Кроме того, эксперты ООН зафиксировали быстрые темпы распространения ВИЧ-инфекции в странах Восточной и Центральной Азии, а также

Восточной Европы, где в этом году количество больных увеличилось на 21 процент по сравнению с 2004 годом. В целом, в Азии проживают 8,6 млн инфицированных СПИДом, среди них подавляющая часть (5,7 млн) в Индии. В странах Западной и Центральной Европы и США СПИД официально выявлен у 2,4 млн граждан.

По информации UNAIDS, на борьбу со СПИДом не хватает средств. В 2006 году на эти меры в мире было выделено 8,9 млрд долларов США, тогда как необходимо 14,9 млрд. В 2007 году планируется выделить 10 млрд долларов.

ВНИМАНИЕ, КОНКУРС!

«МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК УКРАИНЫ»

ОБЪЯВЛЯЕТ КОНКУРС НА ТЕМУ

«СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ»

НА ПРОТЯЖЕНИИ 6 МЕСЯЦЕВ МЫ БУДЕМ ПУБЛИКОВАТЬ ВАШИ ЛУЧШИЕ РАССКАЗЫ ОБ ИНТЕРЕСНЫХ СЛУЧАЯХ ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ЖИЗНИ

КО ДНЮ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ЖЮРИ ОПРЕДЕЛИТ ПОБЕДИТЕЛЕЙ.

ПЕРВЫЙ ПРИЗ — ЦИФРОВОЙ ФОТОАППАРАТ
ВТОРОЙ ПРИЗ — ЦИФРОВОЙ ДИКТОФОН
ТРЕТИЙ ПРИЗ — DVD-ПЛЕЕР

Редакция

О.И.Агафонова



КАКИЕ ЖЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ?

Ожирение может возникнуть у каждого — абсолютных факторов риска не существует. Однако определенные группы людей более склонны к развитию ожирения. Выявлены следующие факторы риска:

- Высококалорийная пища с высоким содержанием жиров.
- Сидячий образ жизни/ низкая физическая активность.
- Наследственность.
- Этнические факторы.
- Возраст.
- Прекращение курения.

А дополнительно для детей — это избыточный вес при рождении, просмотр телевизора (если ребенок смотрит телевизор более 8 часов в неделю, то значительно увеличивается вероятность развития ожирения), недосыпание.

КАК ПРАВИЛЬНО ОЦЕНИТЬ СВОЙ ВЕС?

Для диагностики ожирения чаще используется индекс массы тела (ИМТ), который рассчитывается путем деления веса (в килограммах) на рост (в метрах) в квадрате:

$$\text{ИМТ} = \text{кг}/(\text{м})^2$$

Показатель ИМТ от 25 до 29,9 является критерием избыточного веса, а ИМТ 30 и выше служит критерием ожирения, т.е. при: ожирении 1 степени — 30-34,9; ожирении 2 степени — 35-39,9; ожирении 3 степени — больше 40; А также, дефицит массы тела, когда ИМТ < 18,5. Нормальная масса тела ИМТ=18,5-24,9. Показатель ИМТ не является достоверным для детей с незаконченным периодом роста, лиц старше 65 лет, спортсменов и лиц с очень развитой мускулатурой, беременных. Все шире в качестве простого метода диагностики ожирения применяется показатель окружность талии/окружность (ОТ/ОБ). Этот показатель является критерием риска развития обменных нарушений (уже перечисленных выше).

Величина ОТ/ОБ для мужчин > 1,0 и женщин 0,85 свидетельствует об абдоминальном (брюшном) типе ожирения.

Окружность талии и риск развития обменных нарушений

	Увеличенный не менее 94	Высокий более 102см
Мужчины		
Женщины	не менее 80 см	более 88см

КАК СНИЗИТЬ РИСК РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ

Имеются данные о том, что вероятность развития ожирения у конкретного человека можно снизить, если учитывать следующие правила:

- Достаточное питание женщины во время беременности
- Введение разнообразных продуктов в рацион ребенка после прекращения грудного вскармливания
- Раннее введение фруктов и овощей в рацион ребенка
- Физическая активность с детства
- Соблюдение низкокалорийной диеты

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ожирения основывается на тех же принципах, что и лечение любого хронического заболевания.

Эффективность терапевтических мероприятий зависит от правильной оценки исходного состояния пациента, факторов риска и степени выраженности сопутствующих заболеваний. Правильно составленная программа лечения обеспечивает не только снижение массы тела, но и отсрочку развития, существенное улучшение или устранение уже имеющихся сопутствующих заболеваний.

Основными методами лечения ожирения являются:

- Рациональное питание
- Исправление пищевого стереотипа
- Повышение физической активности.
- Применение лекарственных средств.
- При необходимости — хирургическое лечение.

Итак, рекомендации нашим пациентам:

— Не есть на ходу, стоя и т.д. Следует постепенно приучать себя принимать пищу в строго определенное время, в одном и том же удобном месте, за хорошо сервированным столом.

— Есть нужно медленно. Например: нарезать пищу на очень маленькие кусочки, медленно и тщательно пережевывать пищу до состояния однородной массы. Съев половину порции, сделать перерыв на три-пять минут и только потом продолжить еду, во время еды думать о еде и получать от нее удовольствие.

— Постепенно исключать из рациона высококалорийные продукты.

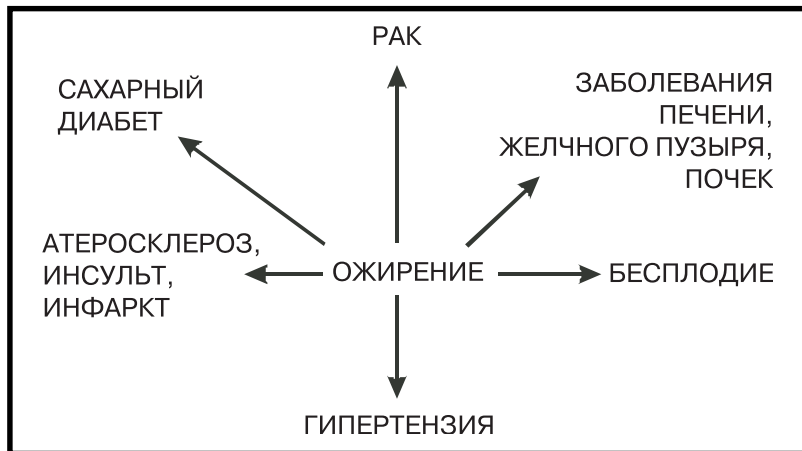
— Все пищевые ограничения рекомендуем обязательно распространять на семью. Дома ни в коем случае не должны находиться продукты, которые Вам запрещены, это позволяет избежать ненужной напряженности в семье и сделать близких не пассивными наблюдателями, а единомышленниками и активными участниками лечения.

— Надо попытаться прервать у себя привычный стереотип «заедать» стрессы. Выберите для себя наиболее приемлемый способ расслабления. Это могут быть: физическая нагрузка, прогулки, аутотренинг, танцы, дыхательные упражнения, музыка, вязание, душ, ванна и др.

На сегодняшний день известно более 400 «эффективных, чудодейственных, не имеющих себе равных...» низкокалорийных диет. К сожалению их подавляющее большинство не выдерживает аргументированной критики, многие

ОЖИРЕНИЕ

наносит непоправимый вред организму, оставшиеся показаны далеко не всем пациентам, желающим похудеть. Также доказано, что быстрое снижение веса — опасно для организма. Типичная ошибка, которую допускают люди, борющиеся с избыточным весом, заключается в том, что они «салятся» на диету периодически. Нельзя похудеть на



длительной гипокалорийной диете и остаться здоровым. Это будет не похудение, а похудание — болезненное состояние организма вследствие дефицита пищи. Симптомы такого состояния хорошо известны любителям периодических диет — слабость, депрессия, раздражительность и снижение работоспособности. После прекращения такой диеты вес очень быстро восстанавливается и даже увеличивается.

Поэтому диета должна подбираться строго индивидуально, с обязательным учетом физической активности, после тщательного обследования и только врачом-специалистом.

В наших методических рекомендациях представлена таблица калорийности пищевых продуктов, с помощью которой Вы сможете правильно составить себе меню в зависимости от количества калорий, необходимых Вам в сутки, а также перечень разгрузочных дней, которые мы рекомендуем Вам проводить 1-2 раза в неделю (или по показаниям).

Показанием к назначению лекарственных препаратов является выраженное ожирение ИМТ > 30, абдоминальный тип ожирения при ИМТ > 27, ожирение с сопутствующими заболеваниями или наследственной предрасположенностью к ним и с ИМТ > 27. Пациентам с массивным ожирением (ИМТ ≥ 35-40) и тяжелыми сопутствующими заболеваниями при неэффективности консервативной терапии показано хирургическое лечение.

Лекарственные средства делятся на:

- Снижающие аппетит и потребление пищи

(сIBUTРАМИН, флюоксетин, дексфенфлюрамин и др.)

— Увеличивающие расход энергии (сIBUTРАМИН, эфедрин/ кофеин и др.)

— Уменьшающие всасывание питательных веществ (орлистат, акарбоза и др.)

Современному лекарственному средству для снижения веса необходимо обладать следующими свойствами:

- Иметь известный механизм действия
- Значимо снижать массу тела
- Положительно влиять на сопутствующие ожирению заболевания

- Не вызывать зависимости и привыкания
- Должно быть безопасным при длительном приеме
- Должно формировать правильные пищевые и поведенческие привычки.

На наш взгляд, всем современным требованиям к средствам для лечения ожирения соответствует лекарственное средство сIBUTРАМИН (Меридиа). Препарат нормализует энергетический баланс в организме, то есть устраняет саму причину избыточного веса. Меридиа имеет двойное действие: с одной стороны значительно увеличивает расход энергии, с другой — ускоряет наступление чувства насыщения. Принимая Меридиа, человек безболезненно уменьшает количество съедаемой пищи а также увеличивается расход энергии, что приводит к физиологическому снижению веса. За курс лечения человек привыкает к новому стереотипу питания, т.е. приобретает новые пищевые и поведенческие привычки, что позволяет длительно сохранить достигнутые результаты. А долговременность терапевтического эффекта напрямую связана с тем, насколько привычным станет для Вас новый правильный стиль питания и физической активности.

Придерживаясь указанных советов, Вы почувствуете, что жизнь изменилась. Ваша масса тела постепенно снижается и происходит это без вреда для здоровья. У Вас появилось хорошее настроение, Вы испытываете прекрасное чувство легкости. Вы можете носить модную, стильную одежду, подчеркивающую достоинства вашей фигуры, Вас провожают восхищенные взгляды проходящих мимо людей. И самое главное, что Ваши дети тоже научатся правильно питаться и в будущем не столкнутся с проблемами, которые пережили Вы.

Старая китайская пословица гласит: «До тридцати лет Вы обманываете болезнь, а после тридцати болезнь начинает обманывать Вас». Чем раньше Вы начнете следовать советам по оздоровлению, тем быстрее ощутите на себе их благотворное воздействие.

РАЗГРУЗОЧНЫЕ ДНИ:

- Яблочный (1кг яблок несладких)
- Кефирный (1л нежирного кефира 0%-1%)
- Кефирно-творожный (творог нежирный 200 г, кефир 0%-1% 400 г)
- Огуречный (2кг огурцов)
- Овощной (1кг овощей)
- Мясной (300-400 г нежирного отварного мяса)
- Смешанный (овощи 500 г и мясо отварное нежирное 200-250 г)

О.И.Агафонова, главный врач ООЭД,
С.П.Моршнева, врач-эндокринолог
Фото МВУ

Р.С. В следующем номере газеты мы опубликуем таблицу калорийности пищевых продуктов.

ВЫДАЮЩИЙСЯ ДЕЯТЕЛЬ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ

В истории нашего Отечества немало выдающихся личностей, которые оставили заметный след в избранной ими сфере деятельности. Среди них профессор Михаил Семенович Уваров, крупный деятель земской медицины, видный ученый — гигиенист и деятель общественной медицины, которому в этом году исполнилось 150 лет со дня рождения.

Медико-хирургическая академия

1878 год. В Санкт-Петербурге студенты-медики организовали демонстрацию. Полиция разогнала собравшихся, самые активные были арестованы. В их числе оказался Михаил Уваров. Что привело его в ряды демонстрантов? Обостренное чувство справедливости? Юношеская романтика? Скорее всего и то, и другое. Через три месяца его освободили, но он попал в поле зрения тайной полиции на долгие годы. Родился М.С.Уваров 6 февраля 1856 года в городе на Неве в семье вольноотпущенного крестьянина, впоследствии купца. Учился сначала в церковно-приходской школе, потом — в гимназии. В 1878 году он — студент Медико-хирургической академии. В истории академии отмечается, что «в основе беспорядков лежали частью некоторые неустройства студенческой жизни, частью идеи и вести, распространяемые запрещенной печатью революционного характера». Это было время «хождения в народ» Врача А.П.Вознесенский писал в воспоминаниях: «С наступлением весны, по окончании учебного года, народники, преимущественно студенты Медицинской академии, пустились в путь и рассеялись по городам и селам для революционной пропаганды. Мы с товарищами М.С.Уваровым и Булановым прибыли в Тулу и открыли, конечно, тайно, школу для рабочих».

В 1881 году, после окончания академии молодой доктор приехал в Тулу и занимался частной практикой: он был лишен права государственной и общественной службы. Через два года его пригласили на должность врача Тульского земства. С 1885 года он работал и совершенствовал свои гигиенические знания в лаборатории известного ученого Ф.Ф. Эрисмана. По его поручению занимался с земскими врачами по методике санитарных исследований.

Образцовая санитарная организация в Херсонской губернии

В 1861 году в Российской империи было отменено крепостное право. Началось реформирование общества на демократических засадах, появились земства. В Херсонской губернии распоряжение о введении земства последовало 22 июня 1864 года. Выборы гласных происходили в феврале 1865 года. Кроме ведения своего хозяйства, земство через своих представителей принимает участие и в местных правительственных учреждениях и влияет в большей или меньшей степени на их деятельность в пользу местного населения.

Михаил Уваров начал врачебную деятельность в Херсонской губернии в 1886 году. Уже первые его отчеты обратили на себя внимание врачей, а со временем появились и статьи по актуальным медицинским проблемам. В то время были распространены многие инфекционные болезни. Среди них холера. Молодому врачу пришлось не раз столкнуться с этой грозной инфекцией. «Почему большое село Калужское (Херсонского уезда) не поражается холерой, в то время, как кругом свирепствует холера? Почему Троицкое (Одесского уезда) не поражается холерой, не поражается также и брюшным тифом, в то время как другие казенные поселения, находящиеся в одинаковых бытовых условиях и состоящие с Троицком в оживленных сношениях, сильно поражаются той или иной болезнью? Почему Днепр, в нижнем течении отличающийся низкими болотистыми берегами, поражается весьма мало? Почему в некоторых селениях мы часто видим занесение холеры и тем не менее она в них не развивается в эпидемию? Все эти вопросы чрезвычайно интересны и разрешение их весьма важно для выяснения этиологии холеры (и брюшного тифа) вообще, и для Херсонской губер-

нии в частности.», — писал Михаил Семенович в статье «Обзор холерных эпидемий в Херсонской губернии». Используя статистические данные, он провел исследование этой проблемы в историческом ракурсе: «В Херсонской губернии было всего 15 холерных годов (с 1830 по 1873-й), иными словами было 5 пандемий — 31, 48, 55,66,72гг.; в остальные годы, так сказать, рассеивался холерный яд — в предыдущие годы и встречались запоздалые случаи в последующие. За все эти эпидемические годы умерло 54 тысячи человек. Аналитический ум и умение работать способствовали выдвижению М.С.Уварова на руководящие должности. Вскоре он возглавил работу земских врачей в Херсонской губернии. Это дало ему возможность воплотить в жизнь идею по созданию первой в России образцовой санитарной организации.

Под руководством М.С.Уварова были наиболее полно разработаны принципы и методы деятельности земской санитарной организации. Они предусматривали медико-статистические исследования, создание противоэпидемической организации, исследования санитарного состояния (санитарный надзор, принятие мер к устранению санитарных недостатков и т.д.) Как главный губернский санитарный врач, он добился открытия вакансий санитарных врачей во всех уездах и в Одессе. На эти должности были приглашены талантливые земские врачи, ставшие его единомышленниками. В книге «Очерки истории русской общественной медицины» И.С.Страшун писал: «В Херсонской губернии выросла славная плеяда уваровцев, таких, как Н.И. Тезяков, Е.И.Яковенко, В.В.Хижняков, М.В. Корчак-Чепурковский и др.». Важным было и то, что увеличивались затраты на содержание медицины и по достоинству оценивалась работа врачей. Если ранее врач получал 735 руб., то теперь 2000 и 3000 руб. (губернский санитарный врач, психиатр).

Особое значение имело организованное и проведенное М.С.Уваровым изучение санитарных условий труда и быта так называемых «пришлых рабочих» в Херсонской губернии, где преобладало крупное частное землевладение; в связи с развитием капиталистического способа производства в губернии ежегодно скапливались большие массы сезонных сельскохозяйственных рабочих, прибывших из других районов России.

По инициативе М.С.Уварова в Херсонской губернии земством была впервые организована новая форма медицинского обслуживания «пришлых» рабочих — врачебно-питательные пункты в местах их временного (на период найма) скопления, где они, кроме бесплатной медицинской помощи, получали дешевое питание и ночлег. Регистрация рабочих и их артелей проводилась по картам, разработанным М.С. Уваровым. Впоследствии этот опыт был широко использован и в других губерниях. Их деятельность была замечена В.И. Лениным: «Как ни скромны размеры и результаты этой организации, как ни шатко ее существование — она остается крупным историческим фактом, выясняющим тенденции капитализма в земледелии». Денег на поддержку лечебно-продовольственных пунктов было, конечно, мало — всего 50 руб. на 1891 год, о чем писал М.С.Уваров в монографии «Охрана жизни и здоровья работающих». Но расщедрилась царская семья (наследник царя) — выделила 20 тысяч рублей, и дело пунктов было поставлено широко, вошло постоянным ассигнованием в смету херсонского земства, а потом начало внедряться и другими.

В своей деятельности М.С.Уварову пришлось столкнуться с противниками «общественного» направления в земской медицине. Им противопоставлялось «бактериологическое», фактически сужавшее

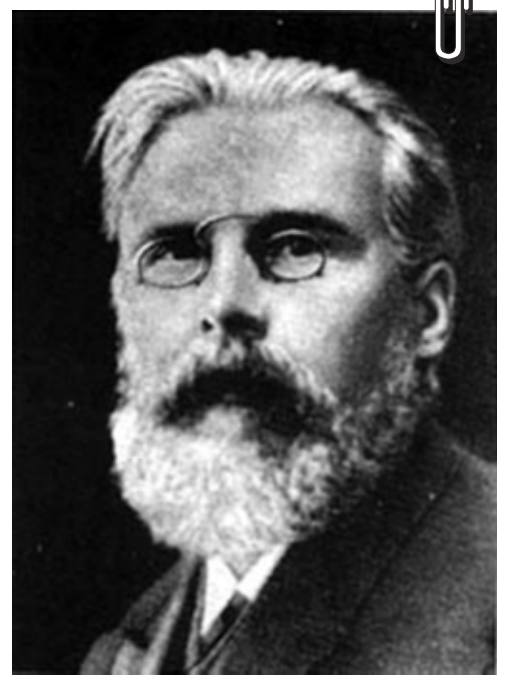
деятельность санитарных врачей до лабораторных исследований и работы непосредственно в очагах. В дискуссии, впоследствии охватившей врачебную общественность России и известной как спор о «пере или пробирке», Михаил Уваров горячо защищал «общественное» направление. Его поддержали большинство земских врачей Херсонской губернии. Особенно помог ему И.И.Мечников, в то время профессор Новороссийского университета. Эта дискуссия сказалась и на практике. Во время эпидемии холеры в 1892 году администрация предложила земским санитарным врачам работать в эпидемических очагах и заниматься лечением больных, их изоляцией, дезинфекцией и т.д. М.С. Уваров настаивал на том, что санитарные врачи должны заниматься организацией общих профилактических мероприятий. Возник конфликт с местными властями, которым не по душе была принципиальность губернского санитарного врача, отличающегося высоким профессионализмом. Михаил Семенович вынужден был оставить работу в Херсонской губернии.

Пироговские съезды

Михаил Уваров был активным участником многих Пироговских съездов, выступал на них с докладами, которые получали впоследствии большой общественный резонанс. Еще на первом съезде в докладе «О важности оказания первой помощи женщинами-врачами» он поднял вопрос о подготовке женщин-врачей и уравнении их в правах с мужчинами. Оживленные прения на 2-м съезде вызвал его доклад «О необходимости предусматривать в медицинском курсе университетов практическую земскую деятельность врачей». М.С. Уваров предложил ввести преподавание земской медицины в программу медицинских университетов. Эта идея была поддержана на съезде. На третьем съезде было принято его предложение об издании земско-медицинского сборника, на четвертом — о создании комиссии для разработки единой номенклатуры болезней, мотивированное и тем, что статистика является могущественным способом санитарного исследования». Проект единой номенклатуры был рассмотрен и утвержден на пятом съезде. Вопросам земской медицины была посвящена его речь «О принципах обеспечения населения медицинской помощью». На этом же съезде он доложил о своей работе, основанной на материалах земской статистики по 126 уездам 20 губерний, в т.ч. и Херсонской, «О влиянии отхожих промыслов на санитарное состояние России». В это время Михаил Семенович служил в медицинском департаменте Министерства внутренних дел (после отъезда из Херсона он был врачом Московского и Тверского земств), доктор медицинских наук Г.А.Бейлихис (Московский НИИ имени Ф.Ф.Эрисмана) отмечал: «Большой заслугой М.С.Уварова является то, что сложные методические вопросы демографических и санитарно-статистических исследований он вынес на широкое обсуждение губернских и всероссийских (Пироговских) съездов врачей».

Научная и педагогическая деятельность

М.С.Уваров написал около 100 статей, брошюр и книг. Фундаментальный труд «Охрана жизни и здоровья работающих», подготовленный вместе с Леонидом Михайловичем Лялиным, тоже учеником Ф.Ф.Эрисмана, посвящался русским рабочим. Он был предназначен для санитарных врачей и фабричных инспекторов. М.С. Уваров высказал при этом ряд прогрессивных и демократических суждений. Он считал, что необходимо ограничить область применения и продолжительность



женского и особенно детского труда, ратовал за введение государственного страхования рабочих, критиковал закон 1893 года, где была предусмотрена материальная ответственность предпринимателей за утерю трудоспособности рабочими только вследствие несчастных случаев и исключал ответственность также за профессиональные заболевания и отравления. М.С.Уваров высказался за законодательно регламентированное введение предохранительных приспособлений на машинах, организацию кафедр профессиональной гигиены в медицинских и технических высших учебных заведениях. Работая с 1896 по 1917 год в медицинском департаменте МВД Российской империи, он уделял большое внимание научной и педагогической работе, редактировал «Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины». Он преподавал общую и школьную гигиену на высших курсах при биологической лаборатории П.Ф.Лесгафта, преподавал гигиену на курсах учителей начальных школ в Курске, Перми и других городах, издал пособие «Гигиена. Систематический курс», выдержавшее четыре издания за 1903-1914 годы.

За выдающие заслуги Юрьевский (Дерптский) университет присудил Михаилу Семеновичу Уварову звание доктора медицины (honoris causa) — без защиты диссертации. Такого признания удостоиваются только ученые, внесшие огромный вклад в науку.

Медицинский департамент, используя энциклопедические знания М.С.Уварова, направлял его в командировки в курортные местности для решения гигиенических вопросов, что дало ему возможность подготовить специальную главу в руководстве по бальнеологии. После Октябрьской революции М.С.Уваров переехал в Крым, был профессором, заведующим кафедрой общей и социальной гигиены на медицинском факультете Крымского университета.

Память

В 1974 году в Херсоне отмечалось 100-летие санитарно-эпидемиологической службы, областное научное историко-медицинское общество, которое возглавлял к.м.н. Н.Д.Ревенко, выступило с предложением переименовать улицу Производственную, на которой размещалась областная санэпидстанция, на улицу имени профессора Уварова. Это предложение поддержали тогда главный государственный санитарный врач области, заслуженный врач УССР В.С.Бессалов и заведующая областным отделом здравоохранения, заслуженный врач УССР Е.М.Харламова. Херсонский горисполком принял предложение медицинской общественности. Херсон — единственный город в бывшем Советском Союзе, где увековечена память о выдающемся деятеле земской медицины М.С. Уварове.

Во многих медицинских библиотеках сохранились научные труды ученого-гигиениста М.С.Уварова, которые не потеряли своего значения и в наши дни. Профессор С.Новосельский причислил его к людям, «продолжающим жить после смерти».

**Зоя Демченко
г. Херсон**

ВО ЗДРАВЬЕ ГОСУДАРЕВО



Екатерина II

В отличие от своих предшественников на российском троне, Петр в первые десятилетия своего правления мало занимался личным здоровьем, как, впрочем, и здоровьем приближенных. Но вот простой народ иногда вдруг становился объектом его заботы. Особенно это проявилось во время строительства новой столицы — Санкт-Петербурга, когда на берега Невы были согнаны десятки тысяч крепостных, ставших землекопами, плотниками, каменщиками, печниками... Они жили в землянках, шалашах, бараках в условиях огромной скученности, что приводило к вспышкам различных инфекционных заболеваний. Опасность больших потерь рабочей силы вынудила организовать лечебную помощь строителям, этим по указанию царя и занималась Медицинская канцелярия, сменившая Аптекарский приказ. Приемные покои были созданы в тех же землянках и бараках. Рос в столице и гарнизон, также участвующий в строительстве; солдатам и матросам врачебная помощь оказывалась по месту их военной приписки, в так называемых лечебных избах.

Первый «гошпиталь для мастеровых людшек» был построен в начале XVIII века на месте возведенного позже Казанского собора. Тогда же появился и первый в России гарнизонный военный госпиталь. Позже, в 1715 г., по указу императора были заложены отдельные Сухопутный и Морской госпитали. При их закладке Петр сказал фразу, которая потом была выбита на мемориальной доске: «Здесь всякий изнеможенный служивый найдет себе помощь и успокоение, которого ему доселе не было; дай только Бог, чтоб никогда многие не имели нужды сюда быть привозимы». Здание Сухопутного госпиталя было построено к 1723 г., Морского — к 1726-му. Чуть раньше начал функционировать Артиллерийский — на 250-300 больных.

Петр уделил внимание и медицинскому праву. Радением царя появилась служба судебно-медицинской экспертизы, причем в ее обязанности входили и вопросы планирования семьи: в 1722 г. царь издал специальный указ об «освидетельствовании дураков» для установления невенчанности при вступлении в брак. Он также приравнял преступления медиков-профессионалов к уголовным, причем это положение было внесено и в другие нормативные акты, где дело касалось медицины. «А ежели лекарь своим небрежением к больному поступит, то яко злоторец наказан будет», — говорилось в военно-морском уставе.

Петр Великий от природы обладал отменной внешностью и здоровьем, резко отличаясь этим от всех других Романовых. (Что, между прочим, послужило основанием для слухов о его незаконнорожденности.) Единственным недостатком с детства были нервные припадки, причиной которых послужил испуг, вызванный убийством на глазах мальчика пьяными стрельцами во время мятежа 1682 г. его любимого воспитателя боярина Артамона Матвеева. Но перенасыщенная трудами, политическими и бытовыми стрессами жизнь, усугубленная невоздержанным ув-

ЛИЦА «ЖЕНСКОГО» ВЕКА

Век дворцовых переворотов в истории России занял по протяженности больше, чем столетие. Начавшись с 1689 г., когда 17-летний Петр I отстранил свою сестру Софью от правления государством, он закончился в 1801-м убийством императора Павла I. Это время оказалось насыщенным не только политическими событиями, но и следовавшими за ними крупными изменениями в самых разных сферах российской жизни, в том числе и в медицине, и, разумеется, в первую очередь в «попечении о государевом здоровье».

лечением алкоголем, привела к тому, что уже к 35 годам царь вынужден был постоянно пользоваться лекарствами и ездить на минеральные воды. Из документов выясняется, что царь страдал простудными заболеваниями, лихорадкой, расстройством желудка, геморроем, отсутствием аппетита (особенно с похмелья), опухолью ног, желчными коликами. К пятидесяти годам появились признаки заболевания мочеполювой системы, выразившиеся в задержках мочеиспускания. Лейб-медик Л.Блюментрост пытался ограничить злоупотребление царем спиртными напитками и жирной пищей во время пиров и «касамблей», но повлиять на характер царя было невозможно. К середине 1724 г. обострения болезни настолько участились и усилились, что Петру стало невмоготу переносить страдания. На помощь Блюментросту призвали гоф-хирурга Паульсона и доктора медицины лейб-медика Н.Бидлоо. Мочу приходилось сцеживать с помощью катетера, причинявшего больному «великие боли».

Общими усилиями к сентябрю того же года врачи поставили державного пациента на ноги, чем он тут же воспользовался, резко усугубив свое положение. Выйдя на морскую прогулку, Петр в скверную погоду лично спасал матросов с севшего на мель бота и сильно простудился. Не успев как следует оправиться от простуды, он в январе принял участие в празднике Крещения и переохладился настолько, что свалился в лихорадку и больше не встал. Лихорадка сопровождалась обмороками, судорогами, резами, от которых этот сильный человек стонал, кричал и плакал. Блюментрост собрал на консилиум всех врачей, бывших в столице, но их старания облегчить участь больного были напрасны. 28 января 1725 г. император скончался на руках своей жены.

По поводу его достаточно ранней смерти (53 года) было также много слухов. Однако вскрытие показало, что смерть наступила от гангрены мочевого пузыря и задержки урины.

Современные исследователи на основе сохранившихся документов и воспоминаний свидетелей делают вывод, что император страдал хроническим гепатитом, осложнявшимся алкогольными возлияниями, а непосредственной причиной смерти могли послужить либо аденома предстательной железы, приведшая к развитию уремии, либо стриктура уретры в результате воспаления.

После Петра I в России наступило время императриц. Екатерина I, Анна Иоанновна, правительница Анна Леопольдовна, Елизавета Петровна, Екатерина II Великая... Эта цепочка лишь дважды была ненадолго разорвана: чуть больше 2,5 лет самодержцем числился внук первого российского императора Петр II (сын «убиенного» царевича Алексея) и на полгода между Елизаветой и Екатериной II воцарился Петр III.

Надо сразу сказать: все российские властители по линии Петра (Петр II, Елизавета, Петр III) наплевательски относились к своему здоровью.

Екатерина I, «воспитанная» своим неукротимым как в делах, так и в пиршествах супругом, делами предоставила заниматься светлейшему князю Александру Меншикову, а сама откровенно отдалась удовольствиям «со многими излишествами». Ее

царствование — это непрерывная цепь пиров и болезней. Будучи от природы склонной к полноте, пренебрегая элементарными требованиями режима питания и распорядка дня, неделями, а то и месяцами не только не выходя на прогулки, но и не покидая постели, императрица быстро превратилась в тучное, рыхлое телом и душой существо, которое угасало на глазах приближенных. Ее не узнавали иностранные послы. По мнению современных судебных медиков, клиническая картина ее болезни — одышка с изматывающим вплоть до обмороков кашлем, боли в грудной области, приступы слабости и апатии, специфическая температура — говорила о том, что Екатерина страдала от злокачественного туберкулеза. Скончалась царица 6 мая 1727 г.

Сменивший ее на престоле 12-летний Петр II очень рано пристрастился к алкоголю, что, без сомнения, резко отрицательно повлияло на сопротивляемость его организма болезням. В августе 1729 г. он «впал в горячку» и просто чудом избежал смерти. А через полгода заразился оспой и повторил судьбу своего деда. Во время водосвятия на Москве-реке 6 января 1730 г. он сильно простудился, что усугубило болезнь, и через две недели умер. Лейб-медики Блюментросты поначалу поставили неправильный диагноз — «горячка», а когда обнаружили признаки оспы, было уже поздно.

Анна Иоанновна умерла неожиданно. Она вела «правильный» образ жизни, начиная свой «рабочий день» с 8 утра, вовремя обедала, скромно ужинала, летом много гуляла, а зимой любила играть в бильярд. Кроме того, увлекалась верховой ездой, стрельбой, обожала различные «игрища» и держала при дворе множество шутов и шутих.

Осенью 1740 г. она занемогла, но врачи решили, что это — признаки климакса (императрице было 47 лет). И даже когда появились кровохарканье и боли в пояснице и врачи предположили, что в почках есть нарыв, это не заставило царицу обратить усиленное внимание на свое здоровье. Ей было отвратительно принимать какие-либо лекарства. А болезнь усиливалась с каждым днем, и в конце октября наступила смерть. Вскрытие показало, что врачи и на этот раз ошиблись: мочевого пузыря перекрыв большой камень.

Правительница Анна Леопольдовна была женщиной здоровой, матерью четырех детей, а умерла во время родов в ссылке, куда была отправлена со всей своей семьей после переворота, приведшего к власти дочь Петра I Елизавету. Сын Анны Леопольдовны, объявленный императором после смерти Анны Иоанновны, Иван VI Антонович, мальчиком стал узником Шлиссельбургской крепости и был убит в возрасте 24 лет при попытке его освобождения.

Елизавета Петровна взойшла на престол в 32 года и правила 20 лет. Болела она часто, и болезни ее во многом были связаны с беспорядочным режимом жизни, к которому она привыкла еще с юных лет, принимая активное участие в пирах и попойках при матери и племяннике Петре II, который, по слухам, был в нее влюблен. Лечили ее лейб-медики Г.Лесток, братья Блюментросты, Я.Виллие, отец и сын Гортеры и др. Последние два года Елизавета страдала от опухолей в ногах, грудных и желудочных



Елизавета Петровна

болей, носового кровотечения, спазмов сосудов, теряла сознание. Врачей она выслушивала безропотно, но указания их, как правило, игнорировала. Простуда в ноябре 1761 г. привела к лихорадке, затем сильнейшим рвотам с кровью, и 25 декабря императрица скончалась.

Исследуя клинические признаки ее болезни, современные специалисты предполагают, что у нее был порталный цирроз печени, связанный с пороком сердца и сердечно-сосудистой недостаточностью, который был осложнен геморрагией расширенных вен пищевода.

Петр III, второй внук Петра I (сын его дочери Анны), тоже не отличался крепким здоровьем, что и было использовано для официального объяснения его смерти. Он был задушен офицерским шарфом (как и сын его Павел через 39 лет), но, как поясняет Екатерина II своему бывшему фавориту Станиславу Понятовскому, «умер от воспаления в кишках и апоплексического удара». Проверить это невозможно, поскольку отсутствуют документы о болезни и вскрытии.

Правление Екатерины II в здравоохранении ознаменовалось началом массового оспопрививания (октябрь 1768 г., на шесть лет раньше, чем во Франции). Выписанный специально для этого из Англии доктор Т.Димсдаль сделал прививки императрице и цесаревичу Павлу. В память об этом была выпущена медаль с надписью на обороте «Собою подала пример» и датой, а Димсдаль получил крупное денежное вознаграждение и пожизненную пенсию, титул барона и чин действительного статского советника. Тогда же он привил оспу еще 140 персонам, в том числе фавориту императрицы графу Г.Г.Орлову. Во второй свой приезд в Россию Димсдаль сделал прививки великим князьям Александру и Константину и многим дворьянам в Москве.

Хотя Екатерина Великая сказала однажды «доктора — все дураки» и занималась самолечением, тем не менее вела сама и пропагандировала среди придворных строгий образ жизни: в пище была воздержана, не завтракала и не ужинала, за обедом выпивала рюмку хорошего вина. Большое значение придавала прогулкам на свежем воздухе и бане, в уходе за кожей лица и рук постоянно применяла лед. Поэтому до 65 лет была свежа, бодр и активно занималась государственными делами и литературой. Ее мучили лишь отеки ног, наверное, развивалась и гипертония, что стало причиной инсульта 5 ноября 1796 г. Через сутки великой императрицы не стало.

С Екатериной II кончился «женский» период романовской России. На последние 120 лет выпало правление шести императоров, из которых, по крайней мере, четверо умерли неестественной смертью.

Олег СКИФ, «Медицинский вестник» (Россия)

ПРАЙС-ЛИСТЫ

УЧАСТНИКИ НОМЕРА

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ ЗАВОД «АРСЕНАЛ»

телефоны: tel.: + 380 44 2809518, tel./fax: + 380 44 2801284. Цены указаны в гривнах.

«ЛЕВАДА»

Телефон - факс (0532) 58 37 74, 93 85 80. г.Полтава, ул.Фрунзе, 155.

E-mail: levada@pi.net.ua Продукция для больниц. Цены указаны в гривнах.

«РЕЛАКС» ЧП (Днепропетровск), (056) 7700861; (0562) 310335, 310338,

e-mail: ahill@domino.dp.ua, www.ahill-relax.dp.ua

Производство и поставки одноразовой хирургической одежды, белья, акушерских наборов и пр. - свыше 90 наименований под торговой маркой АХИЛЛ, комплекты и изделия под заказ. Гарантия стерильности изделий 2 года. Розница, опт. Цены указаны в грн. Пошив медицинской одежды многоразового применения. D40. Доставка бесплатно. Действуют программы «Найди свою скидку» и «Лояльный клиент». Дружественные условия работы с заказчиком.

НПП «DX-СИСТЕМЫ», т/ф: (057) 719-55-14, т. (057) 343-31-30,

61103, г. Харьков, ул. Деревянка 16А, e-mail: sales@dx-sys.com.ua, www.dx-sys.com.ua

В стоимость продукции входит: доставка, монтаж и наладка оборудования, проведение семинара-тренинга по работе с оборудованием, гарантийное обслуживание оборудования в течение двух лет.

НПО «ПРОФЕССОР», (039) 494-54-13, (039) 491-24-65, 04209, Киев-209, а / я 202, Занимаемся разработкой, производством и реализацией лазерной и другой физиотерапевтической техники. Цены указаны в гривнах.

РОССИЙСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «ЗДРАВЭКСПОРТ»

(существует с 1978 г.)

ПРИГЛАШАЕТ ВРАЧЕЙ И МЕДСЕСТЕР РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ДЛЯ РАБОТЫ ЗАРУБЕЖОМ

Требования.

Врачи: Ординатура + 8 лет стажа / Интернатура + 12 лет стажа
Иностранный язык в зависимости от страны

Медсестры: 1-я категория, стаж (стационар) от 5-ти лет

З/п: от 800\$ (врачи), 400\$ (медсестры).
Жилье предоставляется.

Страны: Йемен, Тунис, Уганда

Телефоны в Москве:

8(495)331-43-19

8(499)744-66-10 (работа в Йемене)

8(499)744-59-50 (работа в Тунисе)

www.zdravexport.ru medcons@zdravexport.ru

АРСЕНАЛ

АНАЛИЗАТОР КРОВИ
АК-11А.....26400,00
ФОТОМЕТР
МЕФАН-8001.....2400,00
БЛОК КАМЕР ГОРЯЕВА
БКГ-4.....97,20

ЛЕВАДА

ВИКРИЛ (аналог Дексон), в катушках 2,5 м — 3/0; 2/0; (США).....31,58
ВИКРИЛ 0, 2/0, 3/0, 4/0, атравматическая игла (35, 25, 20, 16 мм), колющая, режущая (США).....18,46
ВОРОНКА УШНАЯ (Россия).....26,25
ДЕКСОН (аналог Викрил), 3/0; 4/0, режущая игла (США).....18,80
ДРЕНАЖ ПЛЕВРАЛЬНЫЙ

(ПВХ) на металлическом стилете-троакаре (Украина).....9,12
ЗАЖИМ Кохера, Пеана изогнутый, прямой 160 мм (мягкий) (Россия).....32,50
ЗОНД ДВУХБАЛОННЫЙ типа «Блекмора» L — 1000 мм. (ПВХ) с латексными баллонами (Украина).....26,91
ЗОНД ДУОДЕНАЛЬНЫЙ (ПВХ) с рентгеноконтрастной оливой (Украина).....3,48
ЗОНД ИНТУБАЦИОННЫЙ (ПВХ) для дренирования тонкого кишечника (трансназальный) с латексными баллонами — остовыми на дистальном конце. L — 2500 мм; 3000 мм; 3500 мм. (Украина).....25,40
ЗОНД УШНОЙ с навивкой (Россия).....9,00
ИГЛА для чрескожной пункции лоханки почки типа

Хиба (Украина).....6,24

ИГЛА для спинномозговой пункции с мандреном (Украина).....4,20

ИГЛА для пункции гайморовой пазухи (типа Куликовского) детская (Украина).....4,20

ИГЛА для пункции заднего свода L — 300 мм (Украина).....4,20

ИГЛА-КАТЕТЕР типа «Бабочка» (ПВХ) (Украина).....0,58

ИГЛОДЕРЖАТЕЛЬ 160 мм (Россия).....52,50

КАПРОН СТЕРИЛЬНЫЙ в амп. и пакетах по 1,25 м - № 1, 5; 2, 5; 4; 5; (Украина).....1,50

КАТЕТЕР типа Малеко, Пециера (латекс) (Украина).....7,68

КАТЕТЕР типа Нелатона (ПВХ) (Украина).....1,48

КАТЕТЕР мочевого пузыря Тиманна (ПВХ) (Украина).....2,04

КАТЕТЕР мочеточниковый (рентгено-контрастный) со съемным каналом под Льюер L — 350 мм L — 810 мм L — 810 мм с металлическим мандреном (Украина).....5,28

КАТЕТЕР венозный (подключичный) (Украина).....1,15

КАТЕТЕР уретральный металлический мужской №18 (Россия).....7,50

КАТЕТЕР-ОТСАСЫВАТЕЛЬ (ПВХ) оротрахеальный (канюля Жане) с вакуум-контролем (Украина).....1,56

КЕТГУТ СТЕРИЛЬНЫЙ без иглы в ампулах и пакетах (по 1.0 м), метр. размер №1 1, 1, 5, 2, 2, 5, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 (Украина).....1,85

КЕТГУТ СТЕРИЛЬНЫЙ без иглы в ампулах и пакетах (по 1.5 м), метр. размер №1 1, 1, 5, 2, 2, 5, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 (Украина).....2,70

КОМПЛЕКТ ДЛЯ ЧРЕСКОЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ (игла Хиба, проводники металлические с эбким концом 800 мм, катетер полиэтилен (на игле) диам. 1,7 мм, рентгенконтра-

стный катетер типа свиной хвост диам. 2,0 мм, удлинитель, краны) (Украина).....74,40

КОРЦАНГ прямой / изогнутый (Россия).....45,00

КУСАЧКИ костные для операций на позвон. типа Янсена Ш-62 (Россия).....52,50

ЛАВАНН не стер. плетен. в мотках по 50 м, метр. №№ 3, 5, 7 с НДС (Россия).....16,06

ЛЕЗВИЕ нестерильное (Россия).....0,83

НОЖ ампуляционный малый (Россия).....37,50

НОЖИЦЫ хирургические изогнутые, прямые 140 мм (Россия).....37,50

ОТСАСЫВАТЕЛЬ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ с прямым или изогнутым наконечником (Украина).....5,76

ОФТАЛЬМОСКОП ОЗ-5 (Россия).....187,50

ПДС, 2/0, колющая (25 мм) (США).....21,05

ПИНЦЕТ анатомический ПА-150, ПХ-150 (Россия).....12,15

ПОЛИАМИД синий хирур., стер. с атравм. иглой 15 — 30 мм, 6/0, 5/0, 4/0, 3/0, 2/0, колющая, нить — 700 мм (Украина).....2,40

ПОЛИАМИД синий (капр.) хирур. не стер. метр. № 3 (усл. 2/0), в мотках по 50 м (Украина).....4,32

ПОЛИАМИД синий (капр.) хирур. не стер. метр. № 4 в мотках по 50 м (Украина).....5,64

ПОЛИАМИД белый (капр.) хирур. не стер. метр. № 2, 5, 4, 5, 6, 7, 8, 9 (Россия).....10,95

ПОЛИЭТОН (полиамид) стерильный в пакетах №4 0-3 (1,25 м) (Украина).....1,40

ПРОЛЕН (аналог Суржигилен), 2/0, атр. кол. игла 30 мм (США).....16,32

ПРЕМИЛЕН сетка (монополилен) 6х11 см (Украина).....72,90

РУЧКА для сменных лезвий (малая) (Россия).....5,63

СКАЛЬПЕЛЬ СБ-4, СО-4 (Россия).....10,35

УШИВАТЕЛЬ ткани и органов УТО-60 (Россия).....2500,00



Государственное предприятие
ЗАВОД "АРСЕНАЛ"

предлагает

Анализатор крови АК-11А

Фотометр МЕФАН-8001

**Блок камер
Горяева БКГ-4**

2400,00
грн.

97,20 грн.

тел.: + 380 44 2809518,
тел./факс: + 380 44 2801284

ПРАЙС-ЛИСТЫ И РЕКЛАМА В НАШЕЙ ГАЗЕТЕ

ЗВОНИТЕ ПО ТЕЛ.: (048) 786-00-17, (050) 630-76-77

E-mail: mvu@tm.odessa.ua, mvu@renome-i.net

СТАНЬ АМЕРИКАНСЬКОЮ МЕДСЕСТРОЮ!

«Міжнародні професійні ресурси – Україна»

ОГОЛОШУЄ КОНКУРС

на участь у програмі
підготовки МЕДСЕСТЕР
до легального працевлаштування
в США за ФАХОМ!

УМОВИ УЧАСТІ:

- Диплом медичної сестри
- Високий професійний рівень
- Аттестат про повну середню освіту
- Базові знання англійської мови

01033 Київ, вул. Шота Руставелі, 21, офіс 6
(044) 289 32 41; 287 68 29;
office@priukraine.com.ua, www.pri-inc.net

Ліцензія Міністерства праці та соціальної політики України АБ № 119571 від 03.02.2005



УСПІШНІ УЧАСНИКИ ОДЕРЖАТЬ:

- Фінансове забезпечення навчання, іспитів та переїзду в США
- Зарплатню від 32000 USD на рік і привабливий соціальний пакет
- Матеріальне та кар'єрне зростання
- Можливість отримання «Грін Кард» (в т.ч. для родини)

ЦЕНТРИФУГА лабораторна медична ОПН-8 с ротором (Россия).....2250,00
ЦЕНТРИФУГА лабораторна медична ОПН-3 с ротором (Россия).....1950,00
ШЕЛК черный стер. в пакетах, №№ 2, 3, 4, 5, 6, 7 (по 1,5 м) без иглы (Китай).....2,38
ШЕЛК стерильный в ампулах, №№ 4, 5, 6, 8 (по 1,25 м) без иглы (Украина).....1,75
ЩИПЦЫ полипные окончатые (абсорбент) (Россия).....75,00
ЭНДОТРАХЕАЛЬНАЯ

ТРУБКА (ПВХ) (Украина).....9,00
ЭТИЛОН (аналог Дермалон), 3/0, 5/0, 6/0 атравм. реж. игла, 16 и 26 мм (США).....18,75
ЭТИБОНД (аналог Ти-крон), 2/0, 2 кол.-реж. атр. игл, 2х17 и 2х25 мм (США).....25,56

одноразовые стерильные.....от 7,87
КОМПЛЕКТ СПАЛЬНЫХ ПРИНАДЛЕЖНОСТЕЙ одноразовый нестерильный.....от 9,00
ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ РОЖЕНИЦ одноразовые стерильные и нестерильные.....от 1,00

КОМПЛЕКС СПАЛЬНЫХ ПРИНАДЛЕЖНОСТЕЙ одноразовый нестерильный.....от 9,00
ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ РОЖЕНИЦ одноразовые стерильные и нестерильные.....от 1,00

РЕЛАКС ЧП

ПРОСТИНЫ И ПЕЛЕНКИ хирургические одноразовые стерильные.....от 0,94
КОМПЛЕКТЫ ПРОСТЫНЕЙ для хирург. операций однораз. стерильные.....от 1,0
ПОЛОТЕНЦА, НАГРУДНИКИ одноразовые нестериль и стерил.от 0,36
ХАЛАТ ХИРУРГИЧЕСКИЙ одноразовый стерильный в ассортименте.....от 7,4
КОСТЮМ ХИРУРГИЧЕСКИЙ одноразовый стерильный.....9,5
КОМПЛЕКТ ЗАЩИТНОЙ ОДЕЖДЫ АНТИ-СПИД однораз стерильный.....21,7
ГОЛОВНЫЕ УБОРЫ хирургические одноразовые нестерильн. и стерильные.....от 0,60
БАХИЛЫ ОДНОРАЗОВЫЕ нестерильн и стерильные в ассортименте.....от 0,60
ОДЕЖДА ХИРУРГИЧ., АКУШЕРСКАЯ, МЕДИЦИН. однораз. стерильная.....от 3,12
КОМПЛЕКТЫ ОДЕЖДЫ ДЛЯ РОЖЕНИЦ одноразовые стерильная.....от 4,7
КОМПЛЕКТ ОДЕЖДЫ ПРОТИВОУЧУМНЫЙ из бязи + аксессуары.....от 108,00
ХАЛАТ ХИРУРГИЧЕСКИЙ из льна.....28,00
ПОДСТИЛКИ И ПРОКЛАДКИ впитывающие одноразовые стерильные.....от 1,26
АКУШЕРСКИЙ КОМПЛЕКТ одноразовый стерильный.....от 6,3
КОМПЛЕКТЫ ДЛЯ РОДОВ

DX-СИСТЕМЫ

КОМПЛЕКС ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКИЙ КОМПЬЮТЕРНЫЙ ERGOTEST.....14800,00
КОМПЛЕКС МИОГРАФИЧЕСКИЙ КОМПЬЮТЕРНЫЙ M-TEST.....28600,00
КОМПЛЕКС РЕОГРАФИЧЕСКИЙ КОМПЬЮТЕРНЫЙ RHEOTEST.....12320,00
КОМПЛЕКС ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ КОМПЬЮТЕРНЫЙ CARDIOTEST.....8960,00
КОМПЛЕКС ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЙ КОМПЬЮТЕРНЫЙ BRAINTEST.....18480,00

ПРОФЕССОР

ЛАЗЕР КАРМАННЫЙ Лам-005 «Профессор» под светодиодами.....696
ЛАЗЕР ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ Лам-504 «Профессор» (1 лазер 10 Вт).....3026
ЛАЗЕРНЫЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АППАРАТ Лам-510 «Профессор» (1-3 лазера).....от 7220
ЛАЗЕРНЫЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СКАНИРУЮЩИЙ АППАРАТ Лам-550 «Профессор» (1-4 лазера, сканер).....от 11514
ЛАЗЕРНЫЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ Лам-500 «Профессор» (4-8 лазеров, 1-2 сканера, компьютер).....от 49267
ЛАЗЕРНЫЕ СВЕТОВОДЫ, НАСАДКИ в ассортименте (более 30 типов).....от 50

ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ

dia-thera

- ✓ без контакта с роговицей глаза
- ✓ без риска инфицирования
- ✓ без анестезии

ИНДИКАТОР ИГД-02

ТОНОМЕТРИЧЕСКОЕ ВГД по Маклакову при НАГРУЗКЕ 10 Г

Представительство в Украине:
г. Харьков, ООО "Нива-Медсервис"
тел. (057) 718-97-96; 718-97-98
E-mail: nivamedservice@kharkov.com

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЯЗАНСКИЙ
ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД

Россия, 390000, г. Рязань, ул. Каляева, 32
тел.: +7(4912) 29-84-53, 29-83-39, факс: +7(4912) 24-01-81, 21-61-47
E-mail: market@grpz.ru http://www.grpz.ru

СИМАСНЕ РІШЕННЯ ДЛЯ БЕЗПЕКИ ТА КОМФОРТУ У ЛІКУВАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ + ЕКОНОМІЯ КОШТІВ =

**ПОКРИТТЯ ОПЕРАЦІЙНИХ ПОЛІВ
ХІРУРГІЧНИЙ ТА МЕДИЧНИЙ ОДЯГ
АКУШЕРСЬКІ ПАКЕТИ
НАБОРИ ДЛЯ РОДІЛЬ
РАЗОВОГО ВИКОРИСТАННЯ СТЕРИЛЬНІ**



- роздріб, гурт;
- 90 видів продукції + гнучкий асортимент;
- безкоштовна відправка у будь-який населений пункт;
- дружні умови співпраці з клієнтом;
- повна документація на продукцію

*Діють системи заощадження
„Знайди свою знижку„ та „Лояльний клієнт“*



Звертайтеся до виробника:
Приватне підприємство „РЕЛАКС“
49038, Дніпропетровськ, вул. Ленінградська, 61,
т-ф.: (056)7700861, (0562)310-335
e-mail: ahill@domino.dp.ua, www.ahill-relax.dp.ua
TV У 2053452.006-99, реєстр. Св. 2866\2004 від 28.05.04

ОДЕССКОЕ ГОРОДСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ «МЕДДЕЗИНФЕКЦИЯ»

- это специализированное учреждение санитарно-эпидемиологической службы на территории города Одессы, оказывающее на договорных условиях следующие виды услуг:

- проведение профилактической дезинфекции, дезинсекции и дератизации в жилищном фонде, на пищевых, в лечебно-профилактических, коммунальных, детских и подростковых учреждениях, промышленных предприятиях и других объектах;
- дезинсекционная обработка анофелогенных водоемов, борьба с гнусом;
- сплошная систематическая дератизация на открытых территориях;
- санитарная обработка, в частности дезинфекция автотранспорта по перевозке пищевых продуктов и продовольственного сырья;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- консультации по проведению дезинфекционных мероприятий, проведение расчетов потребности в дезинфектантах.

Одесское городское объединение «Меддезинфекция»
65029, г.Одесса, ул.Старопортофранковская, 10, тел.: (0482) 23-35-23

Справочник на CD Медицинские фирмы Украины

по материалам базы данных
“MEDMARKET”

Справочник “МЕДИЦИНСКИЕ ФИРМЫ УКРАИНЫ” - это:

- ✓ 1 215 производящих и торгующих медицинских фирм;
- ✓ подробная и проверенная контактная информация (адрес, телефоны, e-mail, www) по каждой фирме;
- ✓ описание сферы деятельности каждой компании;
- ✓ удобная система поиска, в том числе по виду предлагаемой продукции

Цена 90 грн.

Демо-версия справочника на сайте www.medmarket.com.ua

Приобрести справочник можно, заполнив форму на сайте.
Либо, вырезав бланк заказа, отправить его по указанному адресу.

Бланк заказа
CD - версии справочника

“Медицинские фирмы Украины”

ООО “Информационные системы”
Украина, 65043, Одесса
ул.Сибирская, 6 Д, к. 4
тел. +38 (048) 730-53-98
E-mail: admin@medmarket.com.ua

Получатель (Ф.И.О.)

Полный адрес

индекс

Контактный телефон

E-mail:

Обязательно укажите контактный телефон или e-mail для обратной связи с Вами.

Владеть информацией - владеть миром

www.medmarket.com.ua

ООО “ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ”
(048) 730-53-89, 730-53-98
admin@medmarket.com.ua



ПОДПИСКА – 2007

Первый в Украине журнал, посвященный
проблемам профилактики ВБИ

НЕ ЗАБУДЬТЕ ОФОРМИТЬ ПОДПИСКУ

Журнал ориентирован
на профильных
специалистов ЛПУ,
работников СЭС и лабораторий,
а также всех, кого волнуют
проблемы профилактики ВБИ

РУБРИКИ ЖУРНАЛА:

- Актуальные проблемы ВБИ
- Клиническая практика
- Профилактика ВБИ
- Дезинфекция. Стерилизация. Гигиена
- ВБИ. Лабораторная диагностика
- Нормативные документы
- Санэпидрежим
- Тезисы
- События
- Зарубежный опыт и многое другое...



Издаётся с 1999 года как бесплатное приложение к газете “Медицинский вестник Украины”. С 2007 года журнал будет распространяться по подписке.



ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС - 95691

Подписку можно оформить в любом отделении связи Украины или через редакцию по телефону (048) 786-00-17



ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС «МВУ» – 40058

РАДМІР, Україна
+ 38 (057) 738-05-28, 717-28-79
61054, м. Харків
вул. Академіка Павлова 271

Ультразвукові
діагностичні цифрові
сканери „Ультима”

Цифрові
малодозові мамографи
„Мадис”

Апарати
мікрохвильової
терапії

Озонатори

Цифрові енцефалографи

якість

сервіс

ДОПОМОГА
в навчанні



ТОВ «АВАН»

03151, м.Київ, вул.Ф.Ернста, б.12, оф.61.
Тел.: (044) 501-30-23 (багатоканальний),
246-04-40, 246-05-77, E-mail: avan@ln.ua

Пропонує продукцію провідних виробників:
Becton Dickinson, Balton, Tyco, Troge Medical

- Канюлі внутрішньовенні BD Venflon, Neoflon 14-26 G
- Спінальні голки BD Yale 18, 25 GA
- Набори для епідуральної анестезії 16, 17, 18 G
- Шприці BD 2 мл, 5 мл, 10 мл, 20 мл, 50 мл, 100 мл
- Леза хірургічні №10-25
- Скальпелі хірургічні №10-25
- Краники 3-ходові
- Подовжувачі для інфузійних pomp
- Катетери «Метелик»
- Синтетичний шовний матеріал DEXON II, який розсмоктується

Вигідні ціни!

Завжди на складі повний асортимент. Швидка безкоштовна доставка по Україні.

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС «МВУ» - 40058

РАЗМЕЩЕНИЕ ПРАЙС-ЛИСТОВ И РЕКЛАМЫ В ГАЗЕТЕ «МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК УКРАИНЫ»

(048) 786-00-17, 786-90-24, (050) 630-76-77, mvu@tm.odessa.ua, mvu@renome-i.net, medvestnik@yandex.ru



III СПЕЦІАЛІЗОВАНА ВИСТАВКА «ІНТИМНЕ ЗДОРОВ'Я» 6-7 КВІТНЯ 2007 р. КИЇВСЬКИЙ ПАЛАЦ СПОРТУ

За сприяння Української Асоціації Андрології та Сексуальної Медицини

MEDICAL LINE

МЕДИЧНИЙ НАПРЯМОК

- МЕДИЧНІ Й ОЗДОРОВЧІ ЦЕНТРИ;
- ПРИЛАДИ, ВИРОБИ ТА УСТАТКУВАННЯ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ, ДІАГНОСТИЧНА АПАРАТУРА, ТЕСТ-СИСТЕМИ;
- СУЧАСНІ КЛІНІЧНІ МЕТОДИКИ (В СЕКСОЛОГІЇ, АНДРОЛОГІЇ, АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ, ПРОКТОЛОГІЇ, УРОЛОГІЇ, КОСМЕТОЛОГІЇ ТОЩО);
- ФАРМПРЕПАРАТИ (ВІТАМІНИ, БАДИ ТОЩО);
- ПРЕДМЕТИ ОСОБИСТОЇ ГІГІЄНИ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ І ЛІКАРІВ.

REPRODUCTION HEALTH

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я, МАТЕРИНСТВО

- РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ПОДРУЖЖЯ;
- ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ;
- СУПУТНІ ТОВАРИ.

INTIM LINE

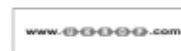
МЕДИКАМЕНТОЗНА ТА НЕМЕДИКАМЕНТОЗНА ПРОДУКЦІЯ ДЛЯ ГАРМОНІЗАЦІЇ ІНТИМНИХ СТОСУНКІВ

- ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ГАРМОНІЗАЦІЇ ІНТИМНИХ ВІДНОСИН;
- ЗАСОБИ ГІГІЄНИ ТА КОНТРАЦЕПЦІЇ, ЗАПОБІГАННЯ ВЕНЕРИЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ТА ВІЛ;
- СПЕЦІАЛІЗОВАНІ ПОСЛУГИ САЛОНІВ КРАСИ, СТУДІЙ ТАТУЮВАННЯ ТА ПІРСИНГУ;
- ТОВАРИ ІНТИМНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ, ОДЯГ, ВЗУТТЯ, АКСЕСУАРИ;
- СПЕЦІАЛІЗОВАНА ЛІТЕРАТУРА, ВІДЕОПРОДУКЦІЯ
- ЕРОТИЧНА ПРОДУКЦІЯ.

ОРГАНІЗАТОР:

ЗАТ "КИЇВСЬКИЙ ПАЛАЦ СПОРТУ"
01023, КИЇВ, СПОРТИВНА ПЛ., 1, ПАЛАЦ СПОРТУ, ОФІС 314
ТЕЛЕФОНИ: (044) 246 73 20, 246 72 60
ФАКС: 234 35 63.
E-MAIL: EXPO@SPALACE.COM.UA
WWW.SPALACE.COM.UA/EXPO

Генеральні інформаційні спонсори



IV СПЕЦІАЛІЗОВАНА ВИСТАВКА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ОБЛАДНАННЯ ТА АДАПТАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ «ІНВАЕКСПО 2007»



МЕДИЧНЕ РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ОБЛАДНАННЯ ТА САНАТОРНО-КУРОРТНЕ ЛІКУВАННЯ, СПОРТИВНА МЕДИЦИНА

ОБЛАДНАННЯ ТА ТЕХНІКА ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ТА ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ, ЛІКАРЕНЬ, САНАТОРІЇВ

ПРОФЕСІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ, ОСВІТА, ОРГАНІЗАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

ДОМАШНЯ ФІЗІОТЕРАПІЯ

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ:

Київський Палац спорту, Спортивна пл. 1,
(станція метро «Палац Спорту»)

ОРГАНІЗАТОР: Київський Палац спорту

СПІВОРГАНІЗАТОР: Національна Асамблея Інвалідів України



Оргкомітет:

01023, м. Київ, Спортивна пл. 1, «Палац спорту», оф. 314,
тел.: (044) 246 7260, (044) 246 7320, факс: (044) 234 3563
e-mail: expo@spalace.com.ua, http://www.spalace.com.ua/expo