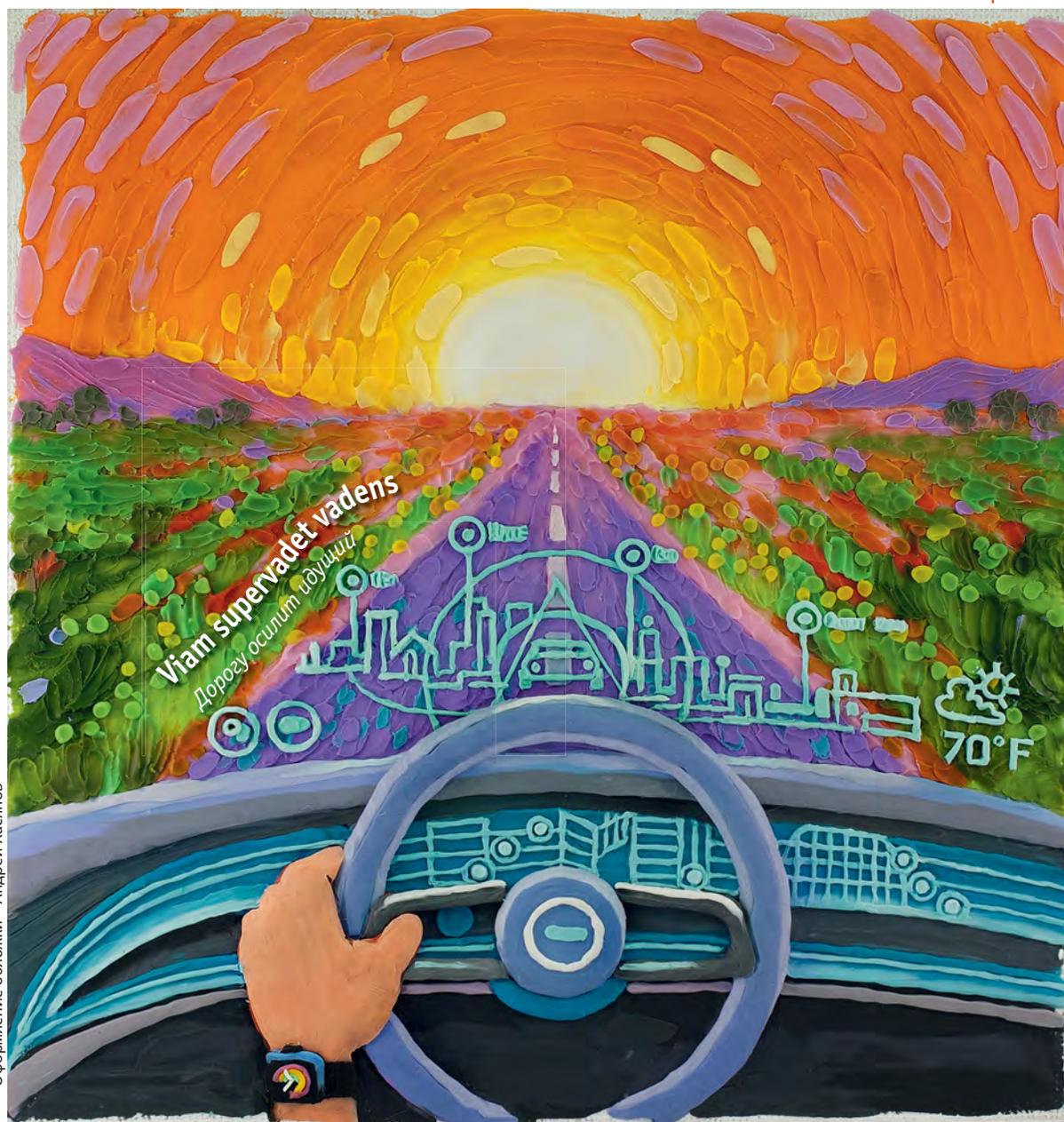


РЕМЕДИУМ

www.remedium.ru

П Р И В О Л Ж Ь Е

октябрь 2019



Оформление обложки – Андрей Хасянов

МАРШРУТАМИ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА



9 771993 638525



Адрес редакции:
603022, Нижний Новгород,
ул. Пушкина, 20, оф. 4,
тел. (831) 411-19-83(85),
e-mail: remedium@remedium-nn.ru

Издание зарегистрировано
Федеральной службой по надзору за
соблюдением законодательства в сфере
массовых коммуникаций
и охране культурного наследия.
Перерегистрация: рег. свидетельство
ПИ № ФС77-31204,
выдано 22 февраля 2008 года

ISSN 1993-6384

Авторские материалы не обязательно
отражают точку зрения редакции.

Рукописи не возвращаются.
Любое воспроизведение опубликованных
материалов без письменного согласия
редакции не допускается.

Материалы, помеченные значком «R»,
публикуются на правах рекламы.
Редакция не несет ответственности
за достоверность информации
в опубликованных рекламных материалах.

Тираж – 3700 экз.
Отпечатано в типографии ООО «Юнион Принт»
Нижний Новгород, Окский съезд, 2,
тел. (831) 439-44-99

Цена свободная.

© Ремедиум, 2019

16+



ГЛАВНАЯ ТЕМА

5 МАРШРУТАМИ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

8 Е. А. ВИКУЛИНА
ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 39:
МАЛЕНЬКИМИ ШАГАМИ К БОЛЬШИМ ЦЕЛЯМ

9 СЕДЬМОЙ СЪЕЗД НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ



ВИП-НОВОСТИ

2, 3, 14, 29 ВАЖНО. ИНТЕРЕСНО. ПОЛЕЗНО



ДЕЛОВЫЕ РИТМЫ

4 ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ «ПЕДИАТРИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ»,
«ПСИХИАТРИЯ» И «НЕВРОЛОГИЯ»

ПОРТРЕТ РЕГИОНА

ПЕРМСКИЙ КРАЙ

11 ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ПЕРМСКОГО КРАЯ: КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

КОНСИЛИУМ

ПЕДИАТРИЯ

15 Х. М. ВАХИТОВ, Т. Р. САФИУЛЛИН, Ю. В. МАЛИНОВСКАЯ И ДР.
ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ ПНЕВМОТРОПНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ:
ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

18 Н. Э. ПАЙГАНОВА, Х. Ш. ДАВУДОВ
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ УХОД ЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ
ПОЛОСТИ НОСА – ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ

19 Е. А. ГОРДЕЕВА
РОЛЬ СМЕСИ С КАМЕДЬЮ БОБОВ РОЖКОВОГО ДЕРЕВА В КОРРЕКЦИИ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ МЛАДЕНЦЕВ

20 Н. Г. СОБОЛЕВА, О. В. ПЕРВИШКО, Л. Л. ЧЕПЕЛЬ
СТАРТОВАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ
В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

21 КОМПАНИЯ АО «ФАРМАМЕД»
ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБИОТИКА?



ПСИХИАТРИЯ И НЕВРОЛОГИЯ

22 М. А. САВИНА
ДЕПРЕССИИ В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ: ФАКТОРЫ РИСКА
И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

25 В. Н. ШИШКОВА
СОВРЕМЕННАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСТИНФЕКЦИОННОЙ АСТЕНИИ

27 А.Я. ДЫХАНОВ, Ф.А. ХАБИРОВ, Г.М. АХМЕДОВА И ДР.
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОАНАЛОГОВ ИНТЕРФЕРОНА БЕТА
В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

СОБЫТИЯ И КОММЕНТАРИИ

30 Н. НОВГОРОД
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

32 МОСКВА
КОНСОЛИДАЦИЯ МНЕНИЙ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ
ИНФЕКЦИЙ

34 КАЗАНЬ
МЕДИЦИНСКИМ МАРШРУТОМ: КЛИНИКА МЭЙО – КАЗАНЬ

35 Н. НОВГОРОД
ВОГРАЛИКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ. ИЗБРАННЫЕ СТРАНИЦЫ:
ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЕ ЭТЮДЫ

36 Н. НОВГОРОД
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ИЗ ДЕТСТВА ВО ВЗРОСЛУЮ ЖИЗНЬ

37 УФА
ПЕРВЫЙ РОССИЙСКО-ИЗРАИЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

38 ОРЕНБУРГ
КУРС ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ – К ЕДИНОЙ СИСТЕМЕ
С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ



ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЗДОРОВЬЕ

39 КОГНИТИВНОЕ ИСКАЖЕНИЕ

40 КАК РАСПОЗНАТЬ МАНИПУЛЯТОРА



ПРИНЦИПЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

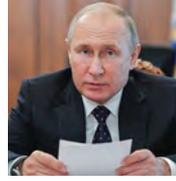


Постановлением Правительства РФ от 09.10.2019 № 1304 утверждены принципы модернизации первичного звена здравоохранения и Правила проведения экспертизы проектов направленных на это региональных программ, осуществления мониторинга и контроля за их реализацией. Документ подготовлен Минздравом по поручению Президента РФ по итогам совещания 20 августа 2019 года.

Во главе угла: обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи и медицинской помощи, оказываемой в сельской местности и населенных пунктах с численностью населения до 50 тыс. человек; приоритет интересов пациента; ответственность органов государственной власти и местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан при организации данного вида помощи. В перечне необходимых мероприятий: – организация оказания медицинской помощи с приближением к месту жительства, месту обучения или работы; – обеспечение транспортной доступности медицинских организаций для всех групп населения; – устранение дефицита кадров в первичном звене и повышение уровня их квалификации; – соблюдение прав граждан при оказании первичной медико-санитарной помощи и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий. Предусматривается также проведение инвентаризации объектов здравоохранения, на базе которых оказывается первичная медико-санитарная помощь населению, районных больниц и их кадрового обеспечения; строительство, капитальный ремонт медорганизаций, их оснащение необходимым оборудованием и транспортными средствами с учетом указанных схем и паспортов; совершенствование системы оплаты труда медицинских работников.

В частности, планируется инвентаризация объектов здравоохранения, на базе которых оказывается первичная медико-санитарная помощь населению, а также центральных районных и районных больниц и их кадрового обеспечения, разработка оптимальных схем размещения медучреждений, а также в случае необходимости строительства новых, замена изношенных, капитальный ремонт, оснащение необходимым оборудованием и транспортными средствами. Планируется также изменение системы оплаты труда медицинских работников, реализация региональных мер социальной поддержки и стимулирования, совершенствование системы оплаты первичной медико-санитарной помощи.

ПОРУЧЕНИЯ ПРЕЗИДЕНТА



По итогам совещания о модернизации первичного звена здравоохранения, состоявшегося 2 октября 2019 года, Президент РФ утвердил перечень поручений правительству, а именно: а) обеспечить внесение в Трудовой кодекс РФ изменений, направленных на наделение Правительства РФ полномочиями по установлению требований к отраслевым системам оплаты труда; б) принять необходимые нормативные правовые акты, направленные на утверждение требований к структуре заработной платы меди-

цинских работников, включая установление доли гарантированных выплат по должностным окладам в структуре заработной платы, предусмотрев при этом неснижение компенсационных и иных выплат; установление единого перечня выплат стимулирующего характера и единого перечня компенсационных выплат, а также условий назначения указанных выплат медицинским работникам; внедрение системы подготовки и формирования кадрового резерва управленческих кадров для системы здравоохранения; в) представить предложения о сроках внедрения в субъектах РФ новой отраслевой системы оплаты труда в сфере здравоохранения.

ОБНОВЛЕН ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ И УТВЕРЖДЕНИЯ ПЛАНОВ-ГРАФИКОВ ЗАКУПОК ДЛЯ ГОСНУЖД

Постановлением Правительства РФ от 30.09.2019 № 1279 установлен порядок формирования, утверждения планов-графиков закупок. В соответствии с Федеральным законом от 01.05.2019 № 71-ФЗ планирование закупок осуществляется посредством формирования, утверждения и ведения только планов-графиков (ранее планов-графиков и планов закупок). Утверждено Положение, определяющее порядок формирования и утверждения планов-графиков закупок для госнужд, порядок их размещения в ЕИС в сфере закупок, особенности включения информации в такие планы-графики и требования к их форме. Установлены сроки начала применения заказчиками и отдельными лицами норм Положения. План-график формируется в форме электронного документа (исключение – закупки для обеспечения федеральных нужд, если сведения о таких нуждах составляют гостайну) по установленной форме и утверждается посредством подписания УКЭП лица, имеющего право действовать от имени заказчика.

С 1 января 2020 года признаны утратившими силу отдельные акты Правительства РФ, регулирующие аналогичные правоотношения.

РАСШИРЕНА ПЕРЕЧНИ ЛЕКАРСТВ – ЖНВЛП, ДОРОГОСТОЯЩИХ И ЛЬГОТНЫХ

Распоряжением Правительства России от 12 октября 2019 года № 2406-р дополнены Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарств для медицинского применения, перечень лекарств для льготников и перечень дорогостоящих препаратов. С 1 января 2020 года в Перечень ЖНВЛП, который является основой для формирования всех остальных, войдут 758 позиций. Среди новых МНН – противоопухолевые: акситиниб, алектиниб, бозутиниб, венетоклас, осимертиниб, палбоциклиб, рамцирумаб и элутузумаб; иммунодепрессанты: барицитиниб, нетакимаб и сарилумаб; антибактериальные препараты системного действия: цефтолозан + тазобактам, цефтазидим + (авибактам); противовирусные системного действия: глекапревир + пибрентасвир, grazопревир + элбасвир;



препарат для лечения сахарного диабета – инсулин гларгин + ликсесенатид; для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов – дупилумаб; для лечения обструктивных заболеваний – бенрализумаб, меполизумаб и реслизумаб; противогрибковый препарат системного действия позаконазол; из контрастных средств – гадотеридол; из гормонов передней доли гипофиза и аналогов – пэгвисомант; психолептик карипразин; новинки ВЗН – иммунодепрессанты алетузумаб и зверолимус, противоопухолевый даратумумаб. В ЖНВЛП включены также новые лекарственные формы для абиратерона и паливизумаба.

ВОЗРАСТНОЙ ЦЕНЗ ДЛЯ «ЗЕМСКИХ» ВРАЧЕЙ

На получение «подъемных» по программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер» смогут рассчитывать медики старше 50 лет. Соответствующие поправки в государственную программу «Развитие здравоохранения» утверждены правительством. Соответствующее поручение в марте 2019 года дал Президент РФ Владимир Путин. Такую меру он обосновал необходимостью решать «острый вопрос для первичного звена здравоохранения – дефицит кадров».

Министр здравоохранения Вероника Скворцова ранее говорила, что отмена возрастного ценза учтена при формировании земских программ на будущий год. По ее данным, с 2012 года принятые меры поддержки сельских медиков уже позволили привести в первичное звено более 34 тыс. специалистов, в том числе с прошлого года – 1,5 тыс. фельдшеров.

Ожидается, что будут разработаны также поправки в налоговое законодательство, которые дадут возможность не облагать выплаты сельским медикам подоходным налогом. Эта мера вместе с другими, по прогнозам вице-премьера Татьяны Голиковой, привлечет в села 11,5 тыс. врачей и 3 тыс. фельдшеров. О планах по увеличению суммы единовременных выплат, которая составляет сейчас 1 млн руб., пока неизвестно.

МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ



Нижегородская область в начале октября 2019 года обрела министра здравоохранения – Александра Владимировича Смирнова. Эта должность была вакантной почти полгода. В 1990-е годы Александр Смирнов возглавлял Управление здравоохранения администрации Нижнего Новгорода, а с 2009 года без малого 10 лет трудился в ранге заместителя губернатора Нижегородской области. «Важным аргументом стал и огромный стаж административной работы у Александра Смирнова. Несколько лет он отвечал за всю социальную сферу целого региона. Уверен, что новый министр сможет применить свой багаж знаний для формирования системы наставничества в медицине, создание которой также предусмотрено поручениями президента», – заявил Глеб Никитин.

Желаем удачи и активной поддержки своего земляка нижегородцами в решении задач развития здравоохранения региона.

ВВЕДЕНИЕ МАРКИРОВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

с 1 января 2020 года маркировка ЛС станет обязательной на всех этапах движения от производителя до аптек и медучреждений, однако на сегодняшний день в системе мониторинга движения лекарственных препаратов зарегистрировалось лишь 15% фармацевтических организаций и медицинских учреждений.

Необходимость утвердить все нормативные документы и технические требования, касающиеся системы маркировки, а также провести полномасштабное тестирование и оценить степень готовности участников рынка к ее введению до 1 декабря очевидна для многих. Но немногие проводят планомерное внедрение и реализацию необходимого.

Успешным примером внедрения проекта по учету оборота криптомаркированных лекарственных препаратов по всей товаропроводящей цепочке является государственное предприятие «Нижегородская областная фармация» (ГП «НОФ»). «В Нижнем Новгороде мы объединили все этапы и проверили в едином цикле тестирования прослеживаемость лекарственных препаратов на всей товаропроводящей цепочке в рамках одного региона», – сообщил Дмитрий Алхазов, генеральный директор «Оператор-ЦРПТ».

Сегодня команда ГП «НОФ» обладает уникальными компетенциями в реализации задач мониторинга оборота маркированных лекарственных препаратов и готова к работе по тиражированию успешных технических, логистических и управленческих решений.

Являясь крупным фармацевтическим предприятием, предоставляющим широкий спектр услуг в сфере лекарственного обеспечения, ГП «НО» «Нижегородская област-

ная фармация» включает в себя 288 аптек Нижегородской области и оптово-производственное предприятие, которое имеет семь отделов хранения, коммерческую службу и вспомогательные подразделения. После тестирования и опытного внедрения, сегодня в штатном режиме на предприятии ведется мониторинг оборота лекарственных препаратов группы высокотратных нозологий. На очередном семинаре, организованном для медицинских организаций и аптечных учреждений, сотрудники ГП «НОФ» поделились знаниями, опытом, ответили на вопросы и призвали к активному сотрудничеству, обозначив необходимость всем организациям – участникам лекарственного обращения зарегистрировать «Личный кабинет» в системе «Честный знак» и установить программный продукт по обмену данными информационной системы «Маркировка», подать заявки на получение регистраторов выбытия и провести работу по оформлению УКЭП на ответственных сотрудников всех аптек, осуществляющих отпуск препаратов из перечня высокотратных нозологий.

Инфраструктурная роль уполномоченной организации ГП «НО» «НОФ» в подготовке медицинских и аптечных организаций к своевременному запуску оборота маркированных лекарственных препаратов реализуется в инновационной, технической и методической работе со всеми участниками лекарственного обращения, а также во внедрении современных IT-технологий с использованием WMS-системы и оптимизации электронного документооборота.

НОБЕЛЕВСКАЯ ПРЕМИЯ ПО МЕДИЦИНЕ И ФИЗИОЛОГИИ 2019



Британец сэр Питер Рэтклиф и американцы Уильям Келин-младший и Грегг Семенца стали лауреатами Нобелевской премии по

медицине и физиологии в 2019 году. Премию присудили за исследования того, как клетки реагируют и адаптируются к изменениям уровня кислорода в окружающей среде.

Работа ученых раскрывает молекулярные механизмы, лежащие в основе того, как клетки адаптируются к изменениям в снабжении кислородом. Исследователи заложили основу для понимания того, как объем содержания кислорода влияет на клеточный метаболизм и на физиологические функции. Исследования ученых могут помочь в разработке новых стратегий в борьбе с анемией, раком и другими болезнями.

ИЗ РЕЗЮМЕ ИССЛЕДОВАНИЙ: «Когда в организме млекопитающих отсутствует кислород, то повышается уровень гормона эритропоэтина, выделяемого почками, тем самым они стимулируют производство новых эритроцитов для доставки кислорода. Однако долгое время было неизвестно, как именно клетки чувствуют кислород».

Грегг Семенца изучал ген эритропоэтина и запуск его работы в ответ на гипоксию – кислородное голодание. Питер Рэтклиф независимо от него также изучал работу этого гена (последовательность нуклеотидов ДНК). Им удалось выяснить, что кислород регулирует его экспрессию (процесс, при котором наследственная информация от гена преобразуется в функциональный продукт – РНК или белок) в самых разных тканях организма, а не только в почках. Во время поиска посредника между накоплением кислорода и экспрессией гена эритропоэтина Семенца обнаружил HIF (hypoxia-inducing factor) – белковый комплекс, который связывается с ДНК напрямую.

Механизм, с помощью которого клетки реагируют на концентрацию кислорода, играет роль в развитии разных болезней человека. Например, пациенты с почечной недостаточностью страдают от анемии, поскольку почки не справляются с производством эритропоэтина. А многие опухоли, напротив, производят избыточное количество белков, связанных с гипоксией, чем стимулируют рост сосудов. Детальное понимание сигнального каскада, который лежит в основе этих событий, может помочь в разработке лекарств для усиления или подавления ответа на гипоксию в клетках.

Оптимизация отгрузки маркированного товара с использованием WMS-системы

The diagram illustrates the optimization of goods shipment using a WMS system. It is divided into three main stages: **Отдел продаж** (Sales Department), **Отдел хранения** (Storage Department), and **Отдел экспедиции** (Expedition Department).
 1. **Отдел продаж:** Starts with a **Заказ покупателя** (Customer order).
 2. **Отдел хранения:** Involves **Сборщик** (Picker) who performs **Задание на отбор** (Picking task) using **Сканирование Уникальных кодов Упаковок (SGTIN)** (Scanning of Unique Package Codes). This is followed by **Контролер** (Controller) who performs **Реализация товаров** (Goods realization) using **Сканирование Заводских кодов Товара (GTIN)** (Scanning of Factory Codes of Goods).
 3. **Отдел экспедиции:** Involves **Товарно-транспортная накладная** (Goods transport bill) and **Доставка** (Delivery).
 The process is supported by an **ИС «Маркировка»** (Marking IS) and a **Модуль интеграции с системой «Маркировка»** (Integration module with the Marking system), which handles **Сбор и отправка данных** (Data collection and sending).
 The logo of the **ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ НИЖЕГОРОДСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ФАРМАЦИЯ** (State Enterprise of the Nizhny Novgorod Region Nizhny Novgorod Regional Pharmacy) is also present.

План научно-практических мероприятий в Приволжском федеральном округе
ПЛАНИРУЙТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ во II полугодии 2019 года

ПЕДИАТРЫ И НЕОНАТОЛОГИ

16 НОЯБРЯ	ЧЕБОКСАРЫ	Межрегиональная НПК «Актуальные вопросы педиатрии» , посвященная 90-летию со дня рождения профессора Г. Ф. Султановой Организаторы: +7 919 676-86-17 (Елена Уварина), e-mail: intelmed00@mail.ru
18 НОЯБРЯ	ЧЕБОКСАРЫ	Региональная НПК «Актуальные вопросы педиатрии. Проблемы на стыке дисциплин» Организаторы: +7 800 700-20-59 (А. Р. Темнов), e-mail: info@faktorosta.com
21 ДЕКАБРЯ	НИЖНИЙ НОВГОРОД	Региональная НПК «Актуальные проблемы профилактики и лечения острых и рекуррентных респираторных инфекций у часто болеющих детей» Провайдер: (831) 411-19-83 (85), e-mail: remedium@remedium-nn.ru Научные руководители: М. В. Семерикова, Л. В. Боровкова
29 НОЯБРЯ	УФА	Республиканская НПК «Здоровье ребенка и современные подходы к его сохранению» Организаторы: Л. В. Яковлева, e-mail: fock20051@mail.ru
4 ДЕКАБРЯ	ИЖЕВСК	Региональная НПК «Актуальные вопросы педиатрии – 2019» Организаторы: (495) 665-76-56 (А. С. Егорова)
12 ДЕКАБРЯ	ИЖЕВСК	Республиканская НПК «Детская неврология: от младенчества до отрочества» Организаторы: (3412) 66-20-59 (Р. И. Фахатова)
19 ДЕКАБРЯ	САРАНСК	Региональная НПК «Актуальные вопросы пульмонологии у детей» Организаторы: (8342) 35-32-61, e-mail: drkb2@mail.ru
21 ДЕКАБРЯ	УФА	Республиканская НПК «Школа педиатров кафедры педиатрии им. Г. Н. Сперанского РМАНПО МЗ РФ» Организаторы: (495) 699-14-65 (М. П. Беспалов), e-mail: info@medq.ru
ПСИХИАТРЫ		
29-30 НОЯБРЯ	ПЕРМЬ	VII Образовательный научно-практический форум «Современная терапия – универсализм и качество» (симпозиум для психиатров) Организаторы: +7 982 474-83-93 (А. Куршина), e-mail: konferencproff@mail.ru
НОЯБРЬ	ПЕНЗА	Региональная НПК «Актуальные вопросы психиатрии» Организаторы: (8412) 54-77-51 (В. И. Белоусов), e-mail: opb_evgrafova@mail.ru
2 ДЕКАБРЯ	КАЗАНЬ	Республиканская НПК «Новая психиатрия: между экзистенциями и нейромедиаторами» Организаторы: В. Д. Менделевич, e-mail: narcoschool@mail.ru
ДЕКАБРЬ	ОРЕНБУРГ	Региональная НПК «Актуальные вопросы клиники, лечения и реабилитации в наркологии» Организаторы: (3532) 50-06-06, доб. 652 (Ю. И. Мустафина)
НЕВРОЛОГИ		
19 НОЯБРЯ	УЛЬЯНОВСК	Региональная НПК «Междисциплинарный подход в современной неврологии» Организаторы: +7 951 098-32-98 (А. В. Дмитриев), e-mail: info@mbfrazvitie.ru
21 НОЯБРЯ	УФА	Региональная НПК «Manage Pain – управляй болью» Организаторы: +7 926 359-11-97 (Екатерина Елкина), e-mail: elkina@intermeda.ru
27 НОЯБРЯ	ПЕРМЬ	Региональная НПК «Междисциплинарная неврология» Организаторы: +7 926 359-11-97 (Екатерина Елкина), e-mail: elkina@intermeda.ru
28-29 НОЯБРЯ	НИЖНИЙ НОВГОРОД	III Съезд неврологов и психиатров Средневолжского научно-образовательного медицинского кластера ПФО «Актуальные вопросы клинической неврологии и психиатрии» Научные руководители: Антупенко Е.А. – antipenkoea@gmail.com; Касимова Л.Н. – kasimovaln@inbox.ru
6 ДЕКАБРЯ	САРАТОВ	Межрегиональная НПК «Вейновские чтения в Саратове: междисциплинарная неврология» Организаторы: +7 985 305-24-86 (Ольга Мальцева)
6 ДЕКАБРЯ	САРАТОВ	Региональная НПК «Актуальные вопросы фармакотерапии нервных болезней» Организаторы: +7 960 342-42-27 (А. Д. Хасьянов), e-mail: info@connect-company.ru



[Главная тема]

Профессионализм трактуется как высокий уровень овладения определенным видом деятельности с точки зрения согласованной оценки профессионалов, т. е. сообщества специалистов.

Маршрутами развития профессионализма

Проблема повышения качества медицинской помощи тесно связана с проблемой повышения медицинского профессионализма. Развитие профессионализма, как и компетентности медицинских специалистов, базируется на развитии ключевых навыков, а именно: профессиональных, коммуникативных, исследовательских и научных.

О маршрутах медицинского образования, возможностях повышения квалификации, первых результатах аккредитации в России, эффективности использования симуляционного обучения, применении объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) для оценки, развитии непрерывного медицинского образования (НМО) говорили руководители крупнейших международных и российских организаций на ежегодном форуме

«Росмедобр – 2019» www.rosmedobr.ru. «Особое внимание государство уделяет обеспечению российского здравоохранения высококвалифицированными специалистами, обладающими современными компетенциями», – сказала Татьяна Владимировна Семенова, заместитель министра здравоохранения РФ, выступая на форуме по вопросам медицинского образования и кадровой обеспеченности. Развиваются и укрепляются материально-техническая и методическая базы более 80 симуляционно-тренинговых центров. Совершенствовать знания и навыки на протяжении всей профессиональной жизни позволяет система НМО. В целях непрерывного повышения профессионализма врачей создан единый образовательный портал для дистанционного обучения и выбора очных образовательных и тренинговых программ edu.rosminzdrav.ru.

Одна из важнейших задач модернизации портала – индивидуализация обучения. Она реализуется с учетом образовательных потребностей самого специалиста, потребностей системы здравоохранения в целом, уровня знаний, умений специалиста и особенностей его профессиональной деятельности – автоматически формируются персональные рекомендации по обучению. Сегодня на нем представлено более тысячи интерактивных образовательных модулей по различным специальностям. Пользователями являются уже 236 тыс. врачей, или 43% от их общего количества.

На прошедшем в Москве 7–8 октября VII съезде Национальной медицинской палаты также были всесторонне обсуждены трудные вопросы профессионального развития и определены перспективные их решения. Основные характери-

В статье К. П. Воробьева «Какие виды компетентности необходимо формировать в процессе до- и последипломного образования врача?», опубликованной в научном журнале «Вестник СПбГУ», сер. 11, 2013, вып. 3, автор описал модель и характеристики профессионализма, которые отображены на рисунке. Степень профессионализма определяется уровнем навыков в области медицинской специализации и понимания современной клинической информации, выраженной в отчетах о качественных клинических исследованиях. Профессиональные навыки (знания и умения) проецируются через ряд колонн, которые представляют собой важнейшие внутренние нравственные характеристики врача. Только при обязательном соизмеримом представителестве указанных нравственных характеристик формируется гуманистическая целостность врача. Фундамент указанной модели состоит из этических и законодательных общественных предписаний, которые представлены явно обозначенными ожиданиями врачебного сообщества и государства.



Рис. Модель компетентности врача (разработана на основе идей P.S. Mueller, 2009)

стики квалификации, необходимой медицинским работникам для осуществления их профессиональной деятельности, закладываются профессиональными стандартами. В настоящее время совместно с Национальной медицинской палатой подготовлено 38 профессиональных стандартов по ключевым медицинским специальностям. Создание еще 30 стандартов для врачей-специалистов и среднего медицинского персонала должно быть полностью завершено до конца текущего года. Именно на основе профессиональных стандартов формируются аккредитационные критерии для процедуры допуска к профессиональной деятельности. Ведущие специалисты-эксперты призывают профессиональные ассоциации усилить работу в регионах и содействовать развитию профессионализма медицинских специалистов. «С учетом того, что учат медвузы, а допускают к работе врачи, мы обязаны иметь специалистов по всем специальностям во всех регионах для адекватной оценки знаний врачей», – отметил президент НМП Леонид Рошаль

Эксперты клиники Мейо (США) считают, что **«профессионализм является основой компетентности врачей»**, а Оксфордский словарь английского языка предлагает следующее определение: «профессионализм – деятельность, основной элемент которой основан на овладении сложным объемом знаний и навыков».

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ

Под профессионализмом подразумевается приверженность к постоянному обучению, а также понимание различий научно обоснованных знаний и личного опыта. Понятие «научно обоснованные знания» подразумевает определенный методологический подход, который относится к предмету новой фундаментальной клинической науки: клинической эпидемиологии. Эта наука представляет собой основы методологии клинического исследования и необходима врачу для понимания современной научно-прикладной медицинской литературы, в которой описываются результаты клинических исследований.

Категория профессионализма включает специальные знания и навыки, которые связаны с освоением различных направлений медицинской деятельности, а также включает знания и навыки, необходимые врачу для правильной трактовки новой клинической информации. В условиях повышения скорости обновления знаний и информации компонент профессионализма, который связан с приобретением навыков понимания языка отчетов о результатах современного клинического исследования, заслуживает особого внимания. Этот компонент профессионализма обеспечивает врача навыками свободно ориентироваться в быстро меняющемся информационном поле медицинской

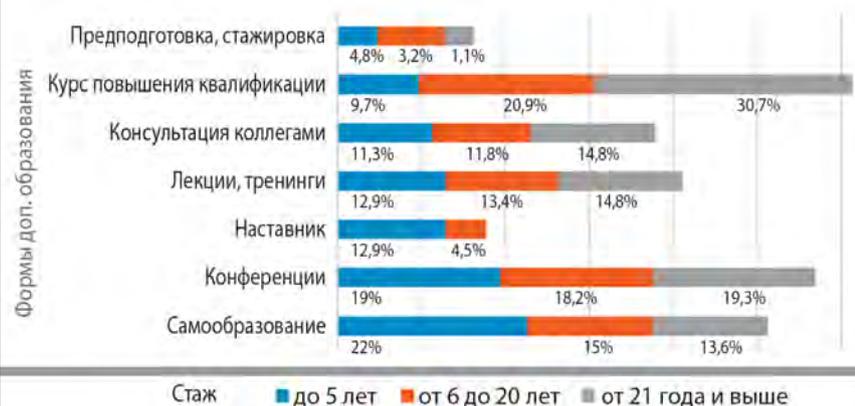
науки, воспринимать новую информацию, формировать собственные суждения и эффективно внедрять достижения науки в текущую врачебную практику. Образовательные проблемы в данном разделе образования врачей до сих пор не решены на институциональном уровне, считает экспертное общество.

АККРЕДИТАЦИЯ

Тема аккредитации специалистов – оценки профессиональной компетентности, стала сейчас одной из наиболее обсуждаемых тем на всех уровнях медицинской отрасли. Институт аккредитации поэтапно внедряется в России с 2016 г. в рамках перехода на систему непрерывного медицинского образования (НМО). Несмотря на то, что процесс первичной аккредитации реализуется в общероссийском масштабе и многие вопросы уже решены, продолжает обнаруживаться немало проблем в его реализации. Вице-президент НМП Наталья Аксенова на прошедшем съезде НМП сообщила о росте задач в аккредитационных комиссиях: с 2017 по 2019 год аккредитацию прошли 102 767 медиков. При этом с 2017 по 2018 год работали 62 аккредитационные комиссии, а в 2019 году, когда началась первичная специализированная аккредитация, – уже 72 комиссии. В 2020 году их понадобится уже более 90, при этом не решен вопрос оплаты для членов комиссий. В ближайшее время начнется периодическая аккредитация, что потребует работы аккредитационных комиссий на постоянной основе, и тогда вариант оплаты труда членов комиссий по месту их работы станет недостаточным. Помимо этого, в аккредитации участвуют врачи, которые находятся на пенсии, а также работники частных организаций. Их труд пока не оплачивается. Нацмедпалата стоит на позиции, что поскольку аккредитация является государственной процедурой, то и работа членов аккредитационных комиссий должна оплачиваться как государственная служба. Наталья Аксенова отметила, что средства для этого можно изыскать в том числе в субсидиях Минздрава для целевой оплаты этой работы в регио-

ВЫБОР ФОРМЫ НЕПРЕРЫВНОГО РАЗВИТИЯ

НИИОЗММ провел социологическое исследование, чтобы выявить современные (за последние 5 лет) особенности (виды, формы) дополнительной профессиональной подготовки врачей в стационарах. Респонденты были разделены на три группы в зависимости от стажа работы. По результатам исследования, приоритеты выбора оказались следующими: молодые врачи стационаров в качестве дополнительной профессиональной подготовки предпочитают самообразование (22,6%), их коллеги со стажем 6–20 лет чаще выбирают курсы повышения квалификации (20,9%), с ними солидарны и самые опытные медики (30,7%).



нах. Целевую субсидию можно направлять Нацмедпалате. До решения данного вопроса эксперты предлагают предоставить членам аккредитационной комиссии дополнительные дни к отпуску и представлять лучших сотрудников к ведомственным наградам Минздрава. Для решения проблем должного технического оснащения и нехватки аккредитационных площадок эксперты Нацмедпалаты предлагают при формировании аккредитационных комиссий для проведения специализированной первичной аккредитации врачей учитывать потенциал регионов, где отсутствуют аккредитационные площадки, привлекая профессиональное медицинское сообщество ближайших регионов к совместной работе. На прошедшем съезде НМП делегаты выступили с предложением решить проблему трудоустройства выпускников вузов, прошедших первичную аккредитацию, и которые могут сейчас работать только участковыми врачами или участковыми педиатрами в поликлинике, приравнять к врачу-стажеру обучающегося в ординатуре за счет средств федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ, предусмотрев внедрение института наставничества и введение системы оплаты труда специалисту-наставнику. Такая мера направлена и на получение практического опыта молодыми врачами и одновременно на решение проблем кадрового дефицита.

УЧИТЬСЯ ВРАЧЕВАНИЮ ВСЮ ЖИЗНЬ

Тесно связаны с вопросами аккредитации и вопросы непрерывного медицинского образования. Эксперты констатируют несовершенство законодательства, регулирующего НМО, при этом уже более 500 тыс. врачей вовлечены в систему НМО. Сейчас в процессе НМО медики могут регистрироваться на портале по НМО edu.rosminzdrav.ru, указывать свои специальности и формировать пятилетние образовательные циклы, с обязательным ежегодным прохождением определенного минимума мероприятий. Этот минимум определяется баллами. При этом балльная система никак не урегулирована законодательно, и образовательная активность,

измеряемая в баллах, которые накапливают медработники, освоивая различные образовательные программы, не находит отражения в нормативных документах. Для успешной аккредитации врачу также необходимо представить «портфолио» за последние пять лет. Однако четкой расшифровки этого понятия ни в одном нормативном документе нет. В августе 2019 года Минздрав РФ анонсировал разработку закона, меняющего подход к организации НМО в России. Изменения планируется внести в статьи 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья» и 273-ФЗ «Об образовании», а также заменить непрерывное медицинское образование на непрерывное профессиональное развитие (НПР). Перечень программ повышения квалификации и мероприятий предлагается формировать по решению специально созданного совета, в состав которого войдут представители научных учреждений, медицинских и фармацевтических организаций, профессиональных НКО.

Остается много претензий к образовательным стандартам – их необходимо выстраивать на основании профессиональных стандартов. В ближайшее время, вероятно, будет решаться вопрос об осуществлении проверок соблюдения лицензионных требований организациями, осуществляющими обучение по программам профессиональной переподготовки специалистов в сфере здравоохранения, на основании требований профессиональных стан-

дартов и соответствующих им федеральных государственных образовательных стандартов.

Официальный представитель Ассоциации по медицинскому образованию в Европе и член Координационного совета по непрерывному медобразованию Минздрава РФ **Залим Балкизов** отметил, что обучающие курсы для медработников в системе НМО сегодня предлагают более 600 организаций, при этом качество такого образования не контролируется. Он предложил ужесточить требования для организаций, получающих лицензию на проведение образовательных мероприятий, а также ввести юридическую ответственность за качество подготовки специалистов, выдачу поддельных сертификатов, которые сегодня свободно продаются в интернете. По его словам, нынешняя редакция ФЗ-273 «Об образовании в РФ» не содержит правовых механизмов для оценки образовательных мероприятий, качества программ и допуска в эту сферу сторонних организаций, в связи с чем количество провайдеров растет, при этом лицензирующие органы не вправе отказывать новым участникам. Ожидается и решение вопросов введения платного механизма рецензирования образовательных мероприятий, которые входят в систему НМО.

«Дорогу осилит идущий», гласит библейское высказывание, и пусть будет поддержано стремление профессионалов к развитию и совершенствованию.

УКРЕПЛЯТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НЕКОММЕРЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКОВ



В России необходимо укреплять профессиональные некоммерческие организации медиков – именно они должны оперативно проводить досудебную экспертизу. Так заявил председатель Комитета Госдумы по охране здоровья Дмитрий Морозов на первом заседании рабочей группы по правовой защите медицинских работников.

Депутат убежден, что от термина «врачебная ошибка» следует отказаться. «Если врач делает укол, он не застрахован от того, что у пациента будет гематома. И любой врач подтвердит: гематомы точно не будут только у тех, кто уколы вообще не делает», – цитирует Дмитрия Морозова «Парламентская газета».

Парламентарий убежден, что при «неблагоприятном событии» профессиональные ассоциации медиков должны сразу проводить досудебную экспертизу, привлекая группу экспертов. Заключение следует обнародовать, а Следственный комитет должен их учитывать. Чтобы такая работа проводилась, в профессиональных ассоциациях нужно создавать сильные юридические службы. Многие вопросы между пациентами и врачебным сообществом могли бы снять страховые представители, уверен Дмитрий Морозов. Ранее глава профильного комитета Госдумы говорил также, что некоммерческие профессиональные ассоциации должны обеспечить высокий профессионализм своих членов, «чистоту рядов», научных исследований, званий, должностей.

Е. А. ВИКУЛИНА, г. Н. Новгород

Детская городская поликлиника 39: маленькими шагами к большим целям

Пилотный проект «Бережливая поликлиника», имеющий целью повышение доступности и качества медицинской помощи населению за счет оптимизации процессов и устранения потерь, стартовал в октябре 2016 года в трех субъектах РФ в шести поликлиниках (одна детская и одна взрослая в каждом субъекте). В 2017 году он успешно развивался уже на территории 40 субъектов РФ в 301 поликлинике, в 2018 году – стартовал в статусе приоритетного проекта «Создание новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи» во всех 85 субъектах РФ.

В 2019 году Минздравом РФ утверждены методические рекомендации по созданию новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в которых обозначены 22 критерия по девяти блокам основных направлений деятельности поликлиники.

Детская городская поликлиника № 39 г. Нижнего Новгорода вступила в проект в 2017 году и впервые познакомилась с японской стратегией «кайдзен»: «маленькими шагами к большим целям», которая и легла в основу стратегии развития учреждения. Уже за первые два года в проекте удалось сделать несколько шагов к повышению доступности и качества медицинской помощи.

Изменилась регистратура, став открытой и более приветливой, организован call-центр с единым многоканальным легко запоминающимся номером, создана возможность электронной записи на прием, все зоны ожидания уютные, оформленные яркой удобной мебелью. В холле регистратуры размещены большие электронные

табло с расписанием приемов врачей, над каждым кабинетом – экран электронной очереди.

Еще в 2017 году, создавая единый цифровой контур в «отдельно взятой поликлинике», администрация поликлиники решила весьма амбициозную задачу по компьютеризации 100% рабочих мест и цифровизации «бумажных» процессов. В итоге такая модернизация приема по типу «единого окна» увеличила время общения врача с пациентом в 2 раза за счет устранения непроизводительных потерь и оптимизации процессов. Организована предварительная запись на все исследования, исчезли очереди перед кабинетами, в разы сократилось время ожидания приема, сбалансирована нагрузка на медперсонал. Аналогично был стандартизирован и процесс получения пациентом льготного рецепта, запись на анализ крови и многое др.

Вовлечение персонала в улучшение процессов потребовало, пожалуй, самых высоких компетенций. Для решения этой сложной задачи администрация детской поликлиники начала с самого простого – с создания командо-



образующей корпоративной униформы. Сегодня фирменный стиль ДГП № 39 – яркий, позитивный, солнечный, он начинается с фасада поликлиники и распространяется на цветочное решение интерьера, корпоративную униформу, систему навигации и внутреннюю отделку помещений.

Сопrotивление персонала на внедрение инноваций – очень физиологичная и ожидаемая реакция: отрицание – страх – сопротивление – отторжение – изучение – прием перемен – вовлеченность. Стремясь помочь сотрудникам с наименьшими потерями справиться с качественно новыми форматами работы, были разработаны стандарты бесконфликтного общения, проведены обучающие семинары по стрессоустойчивости для медрегистраторов, размещены памятки по бесконфликтному общению в открытой регистратуре и call-центре. В 2018 году разработаны и внедрены корпоративные стандарты коммуникации и поведения сотрудников поликлиники, проведены занятия с персоналом по эффективному общению, стрессоустойчивости.



Нет смысла в поиске места, где Вам будет хорошо. Есть смысл научиться создавать это «ХОРОШО» в любом месте.



В 2019 году проведено обучение по теме «Развитие навыков эффективной коммуникации в профессиональном общении врачей», продолжили оттачивать «вежливую регистратуру», развивая идеи пациент-ориентированного подхода; начали сотрудничество с приглашенными квалифицированными специалистами-психологами из ПИМУ, впервые организовав на базе поликлиники «Балинтовские группы» для врачей с целью профилактики профессионального выгорания, а также провели лекции по его выявлению и профилактике со всеми категориями персонала поликлиники.

Диплом лауреата конкурса «Лучшие руководители РФ», который в торжественной обстановке был вручен И. Ю. Кондрачевой 4 октября 2019 года в министерстве здравоохранения Нижегородской области, явился своеобразным итогом и оценкой ее 12-летнего пути и вклада в развитие ДПП № 39.

То, о чем в 2007 году можно было только мечтать, спустя 12 лет кропотливой и слаженной работы воплотилось в «японское чудо» в детской поликлинике.

16 октября 2019 года И. Ю. Кондрачева была представлена коллективу Нижегородской областной детской клинической больницы.

«Новые вызовы времени требуют новых подходов. Важность развития первичного звена здравоохранения неоднократно подчеркивалась президентом России Владимиром Путиным и губернатором региона Глебом Никитиным. Инна Юрьевна показала себя как профессионал высочайшего класса, которому удалось вывести ДПП № 39 в число лидеров среди медицинских учреждений региона, – прокомментировал назначение министр здравоохранения Нижегородской области Александр Смирнов. – За 12 лет ее руководства поликлиника преобразилась не только снаружи».

Седьмой съезд Национальной медицинской палаты

Более 500 делегатов со всей страны приняли участие в седьмом съезде крупнейшей в России общественной медицинской организации Союза медицинского сообщества «Национальная медицинская палата» (НМП) в начале октября 2019 года. Сегодня НМП объединяет врачей всех 85 регионов страны и 164 профессиональные медицинские организации и легитимно представляет интересы всего врачебного сообщества. Как заявил президент НМП Леонид Рошаль, фактически Нацмедпалата «совершает революцию в профессиональной деятельности врачей». «Наша цель добиться того, чтобы каждый врач России считал за честь быть членом Нацмедпалаты. Мы хотим, чтобы в России стало больше высококвалифицированных врачей, чтобы каждый гражданин России получал качественную медицинскую помощь», – добавил Л. Рошаль.

Значимость Национальной медицинской палаты в решении ключевых проблем в сфере здравоохранения отметили президент РФ, парламентарии и министр здравоохранения России. С высокой оценкой работы Нацмедпалаты выступил и генеральный секретарь ВМА (Всемирной медицинской ассоциации) д-р Клойбер, который отметил успехи Нацмедпалаты в сфере защиты интересов медицинских работников и в развитии института независи-

мой медицинской экспертизы. Председатель совета ВМА, почетный председатель врачебной палаты Германии Франк Ульрих Монтгомери, отметил, что медики во всем мире сталкиваются с одинаковыми проблемами обучения, допуска к профессии, качества медицинской помощи и т. п. «Когда мы, врачи, объединяемся и выступаем единым фронтом, мы успешно решаем эти проблемы. Важно, чтобы врачи всех стран обменивались опытом, а власть, законодатели обозначали рамки, в которых мы можем пользоваться этим опытом. У меня сложилось впечатление, что в России Национальная медицинская палата и Минздрав движутся оптимальным путем для разделения обязанностей и полномочий власти и врачебного сообщества», – отметил председатель совета.

VII съезд Национальной медицинской палаты всесторонне обсудил ключевые вопросы сферы здравоохранения и предложил пути их решения. Среди предложений съезда: усиление работы профессиональных и региональных врачебных ассоциаций, обмен и внедрение наилучших практик, создание отделений профессиональных обществ на всех территориях России, совершенствование системы допуска к профессии, усиление роли и ответственности профессиональных врачебных объединений в подготовке кли-

нических рекомендаций, ускорение разработки законодательных основ саморегулирования профессиональной деятельности и развития в настоящее время государственно-общественной формы управления профессиональной деятельностью.

«Проблему нехватки врачей в России может решить только создание комплексной государственной программы ... с распределением обязанностей и ответственности между федеральным центром и регионами», – обозначил президент НМП Леонид Рошаль. Для решения данной проблемы Нацмедпалата предлагает: а) рассмотреть вопрос увеличения бюджетных мест в высших и средних медицинских учебных заведениях; б) дополнить перечень должностей, по которым могут осуществляться выплаты в рамках программы «Земский доктор», должностью «акушерка ФАПа», а также расширить право субъектов РФ на формирование своего списка должностей медицинских работников, исходя из



реальной потребности региона; в) проработать вопрос о возможности организации социально значимого проекта «Внедрение бакалавриата по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия», включающего в том числе разработку профессионального стандарта, федеральных государственных образовательных стандартов «Лечебное дело» и «Педиатрия» (уровень бакалавриата, четыре года обучения); г) вернуть распределение выпускников медвузов, которые обучаются за счет государства.

Защита врачей от уголовного преследования продолжает оставаться одной из основных тем в работе НМП. «Национальная медицинская палата твердо стоит на необходимости декриминализации врачебной деятельности. Может ли далее врач заниматься профессиональной деятельностью, должен решать не суд, а профессиональное врачебное объединение, как это происходит в других странах», – это принципиальная позиция НМП, как отметил ее президент Леонид Рошаль. Благодаря совместной работе межведомственной рабочей группы экспертов НМП и Следственного комитета по вопросам совершенствования уголовного законодательства, удалось затормозить введение статей в Уголовный кодекс, определяющих наказание врачей за некачественное оказание медицинской помощи, рассмотрен вопрос об отказе введения уголовной ответственности за причинение вреда плоду человека; прорабатывается вопрос о введении альтернативных лишению свободы мер наказания медицинских работников за неумышленные преступления в проекте статьи 124.1 УК РФ. Идею декриминализации врачебной деятельности поддерживает и глава Росздравнадзора **Михаил Мурашко**,



в своем выступлении он отметил, что принципиально важным является участие медицинского сообщества в разборе случаев по оказанию некачественной медицинской помощи. Он заявил, что необходимо совершенствовать модель разбора случаев неблагоприятного исхода, которая сейчас имеет преимущественно одно-разовый характер. «Система постоянного улучшения качества работы медицинской организации пока полностью не работает», – посетовал он, напомнив о приказе Минздрава, утверждающем требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, который вступил в силу 16 сентября. «Это фактически система менеджмента качества, которая позволяет улучшать процессы в медицинских организациях. Нам предстоит сделать еще и методические рекомендации для реализации правил внутреннего контроля в каждой конкретной медорганизации, поэтому наша совместная работа с Нацмедпалатой по этому вопросу должна быть продолжена», – заявил глава ведомства.

На съезде врачебное сообщество также выступило с новыми инициативами по совершенствованию законодательства: разработать или дополнить соглашение с СК РФ, предусмотрев по делам о «врачебных ошибках», которые привели к негативным последствиям для здоровья или летальным исходам, обязанность органов следствия до возбуждения уголовного дела проводить медицинскую экспертизу с привлечением экспертов от врачебного сообщества.

Нивелировать репутационные потери медицинской специальности, кото-

рые неизбежно возникают из-за одностороннего освещения спорных ситуаций о ненадлежащем оказании медицинской помощи необходимо создать механизм, который бы обязал СМИ объективно отражать факты: публиковать результаты проведения следственных проверок, в том числе и информацию о прекращении уголовного расследования в связи с установлением факта преступления, а также прекратить публикацию прессклипов со стороны Следственного комитета РФ, анонсирующих начало следственных проверок в отношении врачей и информацию о возбуждении уголовных дел, до установления фактов виновности медицинских работников.

Вопросы недофинансирования. Делегаты съезда предложили Госдуме рассмотреть возможность увеличения государственного финансирования здравоохранения в России с 3,5 до 6% ВВП. Национальная медицинская палата также считает необходимым провести анализ и корректировку тарифов обязательного медицинского страхования, не покрывающих реальных расходов лечебно-профилактических учреждений на диагностику и лечение пациентов. Вопросы заработной платы врачей тоже находятся в центре внимания. Обсуждалась возможность возвращения единой тарифной сетки по заработной плате для всех регионов страны. В соответствии с трехсторонним соглашением базовый оклад должен составлять в структуре заработной платы не менее 60–70%. Необходимо предусмотреть и социальные льготы для медицинских работников. В частности, делегаты предложили решить окончательно в самое ближайшее время законодательно жилищный вопрос, особенно в сельских регионах, и иные меры социальной поддержки, включающие в том числе предоставление детям медицинских работников во внеочередном порядке мест в дошкольных образовательных организациях, общеобразовательных организациях, летних оздоровительных учреждениях.



Столица – г. Пермь

Площадь – 160,2 тыс. кв. км

Общая численность населения –
2610 тыс. человек

Доступность медицинской помощи
в рамках ОМС –

177 медицинских организаций

Уровень обеспеченности врачами –

51 на 10 000 населения

Здравоохранение Пермского края: ключевые моменты

Приоритетной задачей, которая сегодня стоит перед отраслью здравоохранения Пермского края, является реализация программы модернизации первичного звена здравоохранения. Модернизация первичного звена должна проходить с обязательной реализацией принципа приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи не только с учетом состояния пациента, но и рационального использования его времени, обеспечения комфортных условий пребывания в медицинской организации. Первичное звено – это еще и основа развития двух ведущих направлений национального проекта: кардиологии и онкологии.

ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОПАТОЛОГИЙ

Показатель смертности от онкозаболеваний за первые 6 месяцев 2019 года опустился до 196,4 случаев (за аналогичный период 2018 года – 202,9 случая). Это результат планомерной и системной работы, выстроенной в регионе. В рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» нацпроекта «Здравоохранение» врачи проходят аккредитацию, в поликлиниках открываются кабинеты раннего выявления онкозаболеваний и первичные онкологические кабинеты. Появляются межтерриториальные онкологические отделения (сейчас открыто восемь), на их базе планируется открытие центры амбулаторной онкологической помощи. Это позволяет не только улучшить качество лечения пациентов, но и повысить доступность медицинской помощи.

Благодаря развитию онкологической службы в Прикамье доля злокачественных образований, выявленных на ранних стадиях, увеличилась на 1% по сравнению с 2018 годом, а также снизилась очередь ожидания химиотерапии.

Сейчас в поликлиниках Пермского края организована работа 235 кабинетов ранней диагностики заболеваний (из них 162 открыты в 2019 году).



О. Б. Мелехова, министр
здравоохранения Пермского края

РЕЗЕРВНЫЙ ФОНД

Губернатор края Максим Решетников дал поручение региональным министерствам финансов и здравоохранения подготовить проект Постановления о направлении из резервного фонда средств на лечение детей с онкозаболеваниями.

В 2019 году планируемые расходы на проведение курса протонной терапии при лечении злокачественных новообразований у детей (0–17 лет) составили 14 млн рублей (включая расходы на нахождение в условиях стационара).

В России протонная терапия представлена ООО «Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем им. Сергея Березина» (Санкт-Петербург).

На данный момент лучевую терапию протонными пучками получают три ребенка. Стоимость данного лечения для детей составляет около 6 миллионов рублей.

Данный метод лечения в настоящее время не входит в порядки и стандарты оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями, однако он показал высокую эффективность при использовании у детей. После проведения терапии отмечается улучшение состояния здоровья, увеличивается продолжительность жизни детей при одновременном улучшении



качества жизни. Без проведения данного лечения дети с опухолями головного мозга погибают в течении короткого времени от прогрессирования заболевания.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАРДИОБОЛЬНЫХ

В Прикамье в рамках нацпроекта «Здравоохранение» активно ведется работа по снижению смертности от кардиологических заболеваний. Согласно показателям нацпроекта, к 2024 году в регионе смертность от болезней системы кровообращения должна снизиться до 510 случаев на 100 тыс. населения (на конец 2017 года этот показатель был равен 668,5 человека на 100 тыс. населения).

В целях снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний Министерство здравоохранения Пермского края проводит дополнительное лекарственное обеспечение граждан, проживающих на территории Прикамья и страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения. Всего более 12 тысяч пациентов получают бесплатные лекарства.

Пилотный проект по лекарственному обеспечению запущен в Пермском крае по распоряжению губернатора Максима Решетникова в рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и нацпроекта «Здравоохранение», предложенного Президентом России Владимиром Путиным. В рамках реализации данных проектов министерство здравоохранения Пермского края проводит комплекс мер, направленных на совершенствование системы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, внедрение и увеличение объемов применения высокоэффективных методов лечения, повышение доступности и качества оказания медицинских услуг.

Организация и контроль дополнительного лекарственного обеспечения жителей Пермского края с определенными заболеваниями системы кровообращения осуществляются Клиническим кардиологическим диспансером за счет средств краевого бюджета.



Всего на эти цели выделено порядка 100 млн рублей.

Бесплатные лекарства предназначены для граждан, прикрепленных по полису ОМС и выписанных с 1 января 2019 года из круглосуточного стационара после перенесенной сосудистой катастрофы (нестабильной стенокардии либо инфаркта) или операции, связанной с атеросклеротическим поражением сердечно-сосудистой системы. Общий период дополнительного лекарственного обеспечения составляет 12 месяцев со дня выписки, а отпуск лекарств осуществляется на основании рецепта в объеме потребности пациента на три месяца. Таким образом, первая выписка рецепта производится в последний день пребывания гражданина в круглосуточном стационаре, вторая и последующие – в амбулаторных условиях врачом-кардиологом. Условием выписки рецепта на амбулаторном этапе является ежеквартальное прохождение гражданином лабораторных и инструментальных исследований в медицинской организации по месту прикрепления в соответствии с планом наблюдения.

ПРОФОСМОТРЫ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Всего в 2019 году медосмотрами в рамках нацпроекта планируется охватить более 1 млн жителей Прикамья, что составляет почти 39% всего населения края. За девять месяцев текущего года их прошли свыше 618 тыс. человек. Это более 60% от запланированного объема.

Чтобы сделать профосмотры и диспансеризацию доступнее и эффективнее, с января 2019 года были приняты изменения в законодательстве, предусматривающие расширение возрастных категорий для прохождения профосмотров и диспансеризации, а также увеличение объема исследований. «Теперь все жители с 18 лет раз в год, а не раз в два года, как было раньше, могут пройти профилактический осмотр. Диспансеризацию – раз в три года. Для тех, кто старше 40 лет, диспансеризация теперь предусмотрена ежегодно», – сообщил глава Прикамья.



В 2020 году профосмотры и диспансеризацию должны пройти более 1,6 млн жителей Прикамья.

Медосмотры для жителей отдаленных территорий и старшего поколения проводят мобильные бригады с использованием передвижных медицинских комплексов и привлечением специалистов из Перми. В обследовании населения задействовано 24 мобильных ФАПа и передвижной маммограф. Кроме того, в учреждениях имеется 21 передвижная флюорографическая установка. За 2018 год обследование в передвижных комплексах прошли более 86 тыс. человек, тогда как за первое полугодие 2019 года – уже более 46 тыс. человек. Что касается диспансеризации пожилых людей старше 65 лет, живущих в отдаленных территориях, то их доставляют в медучреждения на специально выделенных для этих целей автомобилях в рамках нацпроекта «Демография». Всего таких автомобилей в Пермском крае 46. Благодаря этому с июля текущего года медпомощь была оказана 550 жителям региона.

Что касается профосмотров детей до года и до трех лет, еще с 2017 года выделены определенные дни и организовано рабочее время узких специалистов так, чтобы можно было обойти их не более чем за два часа. Отработали «пилот» на 6-й детской поликлинике в Перми. Сейчас он у нас практикуется уже в 16 детских поликлиниках края. Пока это, как правило, в крупных городах.

Кроме того, губернатор поручил краевому минздраву взять на особый контроль территории Пермского края, жители которых не проходят соответствующие медосмотры, и системно проработать вопрос с главами муниципалитетов.

ОБЪЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

До конца 2019 года минздрав региона должен установить 41 фельдшерско-акушерский пункт в дополнение к уже готовым 37 (пять из которых работают). План по сельским врачебным амбулаториям (СВА) выполнен: 12 установлено, из них семь работают.



Следующий этап – подключение инженерных систем (за него отвечают муниципалитеты) и лицензирование. После этого все медучреждения начнут работу (по срокам – I квартал 2020 г.).

24 ФАПа впервые появятся в тех деревнях и селах, где раньше не было объектов здравоохранения, остальные – на замену ветхим. В 2019 году было выделено более 300 млн рублей (из них 88,8 млн – по нацпроекту «Здравоохранение»).

Всего в крае работает более 700 ФАПов и СВА, за 2020–2022 гг. планируем заменить более 100 ветхих сооружений.

Региональный министр совместно с Минздравом утвердили план застройки территории инфекционной больницы. В рамках проектных работ уже определено количество сооружений, их функциональное назначение и технические характеристики.

Известно, что на территории медучреждения будет возведено 18 корпусов, в том числе восемь медицинских и десять инженерно-технических. Самыми большими по площади станут пяти- и трехэтажный стационары, четырехэтажная поликлиника и лечебно-диагностический комплекс.

Согласно концепции в здании поликлиники расположатся диагностический комплекс, помещения кафедры медицинского университета и административно-хозяйственный блок.

В зону инфекционных корпусов вошли пятиэтажный корпус стационара на 200 коек с отделениями для пациентов с различными инфекциями и трехэтажный корпус стационара на 100 коек для ВИЧ-инфицированных. У каждого из корпусов будет организовано приемное отделение с приемно-смотровыми боксами и боксами реанимации.

В июне Управление капитального строительства Пермского края приступило к проектированию новой инфекционной больницы в Перми на 300 коек. Предполагается, что в начале 2020 года в Кировском районе Перми, на улице Калинина, начнется непосредственно строительство учреждения. Планируемый срок сдачи объекта – сентябрь 2022 года.

Сегодня в Пермском крае строится пять поликлиник, а также два лечебных корпуса и сельская врачебная амбулатория.

В 2020 году в Перми начнут работать новые детские поликлиники. Ежедневно они смогут принимать до 350 маленьких пациентов. В общей сложности к трем медучреждениям будет прикреплено порядка 40 тыс. детей.

Кроме того, в рамках национального проекта «Здравоохранение» будет увеличен охват медицинскими осмотрами. На это предусмотрено соответствующее финансирование. Начиная с 2018 года на оснащение детских поликлинических отделений оборудованием ежегодно направляется 250 млн рублей. Такая поддержка продолжится и в 2020 году.

Всего на строительство объектов здравоохранения в 2019 году направлено 2,1 млрд рублей из краевого и федерального бюджетов.

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

18 сентября 2019 года на заседании правительства Пермского края обсудили вопрос совершенствования скорой медицинской помощи жителям региона.

На сегодняшний день помощь жителям Прикамья оказывает 241 бригада скорой медицинской помощи. Это порядка 2,5 тыс. медработников. В среднем в службу скорой помощи поступает до 3 тыс. вызовов в день, еще 1 тыс. звонков – обращения за консультацией.

Главная цель – создать условия, чтобы бригада скорой помощи приезжала к пациенту менее чем за 20 минут. Сегодня по Перми в каждом шестом случае она едет дольше 20 минут, а в сельской местности – в каждом пятом. Прогресс есть, это время постепенно сокращается, но недостаточными темпами. Поэтому в крае министерством здравоохранения разработан комплекс мер. Во-первых, это единая диспетчеризация, которая позволит разгрузить скорую помощь от непрофильных звонков. В нее интегрируется система неотложной медицинской помощи,

которая должна взять на себя часть нагрузки. Идет интеграция туда и санавиации. Также разрабатываются единые алгоритмы, которые позволят диспетчеру оперативно и правильно принимать решения, где неотложка, где скорая, где санавиация.

С 2018 года развитие Единого диспетчерского центра (ЕДЦ) скорой и неотложной медпомощи в пилотном режиме реализуется в трех районах Перми. Центр работает в едином информационном поле с другими медицинскими структурами, что позволяет оперативно взаимодействовать с поликлиниками, исполняющими вызовы, и службой скорой помощи. Скорость передачи вызова от момента регистрации в ЕДЦ до медицинской организации-исполнителя составляет не более трех секунд, что очень важно для пациента. В результате пациенту медпомощь оказывается быстрее и качественнее, чем до внедрения системы. За год на пультах специалистов этого центра поступило более 246 тыс. обращений, 5 тыс. из них требовали экстренного выезда скорой помощи, остальные были переданы в «неотложку».

Еще одним направлением для сокращения времени прибытия «скорой» на вызов является создание крупных окружных станций. К 2022 году таких станций в Прикамье будет семь. Одна из них уже работает на базе Пермской станции скорой медицинской помощи. Создание окружных станций повысит эффективность работы «скорой»: при необходимости бригады смогут страховать и оперативно подменять друг друга.

Главный врач Пермской станции скорой медицинской помощи Евгений Камкин отметил, что за год, благодаря централизации служб скорой помощи, удалось на 14% улучшить оперативность доезда бригады до места вызова в тех случаях, где есть угроза жизни, и на 8% – в работе по неотложным поводам.

Кроме того, к 2022 году планируется создать в Перми четыре «умных» стационарных отделения «скорой». В них будет вся диагностическая база, зоны приема и оказания помощи в зависи-



мости от тяжести состояния больного. Здесь врачи смогут обследовать пациента: провести лабораторную и лучевую диагностику, эндоскопию, в течение трех суток поставить диагноз и либо выписать домой, либо отправить в отделение по профилю выявленного заболевания.

Сегодня скорая медицинская помощь Прикамья включает 350 автомобилей. Благодаря поддержке федеральных властей с 2016 по 2018 год в Прикамье было закуплено 173 новых автомобиля скорой помощи, еще 16 поступили в 2019 году.

Всего на развитие службы скорой помощи и обновление ее материально-технической базы в 2018 году было направлено 14 млн рублей, в этом году сумма превысила 35,5 млн. Средства направлялись из федерального и краевого бюджетов.

САНАВИАЦИЯ

В Прикамье с начала 2019 года служба санавиации помогла почти 190 пациентам.



24 октября 2019 года на пленарном заседании Законодательного собрания Пермского края губернатор Максим

Решетников представил проект бюджета на 2020–2022 годы. Озвучивая планы по развитию системы здравоохранения, глава Прикамья отметил, что с начала 2019 года санавиация совершила 152 вылета и помогла 186 пациентам, в том числе 38 детям.

Пара показательных случаев произошли 22 и 23 сентября, когда из Чернушки в Пермь с помощью сил санавиации были экстренно эвакуированы двое мужчин с инфарктом миокарда. Пациенты находились на борту воздушного судна 2 часа 40 минут. Все это время они были под пристальным наблюдением медицинской бригады. Дальнейшее лечение и реабилитацию мужчины проходили в Клиническом кардиологическом диспансере. На текущий момент оба пациента выписаны, их жизни и здоровью ничто не угрожает.

Специализированный вертолет Ми-8, на котором работает бригада санавиации Пермского края, представляет собой целую палату интенсивной терапии, оснащенную специальным медицинским модулем, где врачи могут поддерживать даже самых критических пациентов, подключая их к

аппаратам жизнеобеспечения и системам мониторинга здоровья на время полета.

Воздушное судно базируется на территории Международного аэропорта «Пермь» (Большое Савино). При поступлении вызова вертолет приземляется на территории перинатального центра, откуда забирает врачей и груз медицинского назначения. На обеспечение вылета по условиям контракта дается 30 минут в теплое время года и 60 минут – в холодное. Время отсчитывается с момента поступления заявки на вылет.

Напомним, с 2017 года для спасения тяжелобольных граждан в рамках национального проекта «Здравоохранение», инициированного Президентом РФ Владимиром Путиным, в Пермском крае реализуется приоритетный проект по развитию санавиации. В 2019 году на эти цели было заложено почти 98,5 млн рублей. В 2020-м финансирование санавиации будет увеличено на 2,5 млн рублей, а количество запланированных вылетов должно превысить 160.

*Материал предоставлен
пресс-службой минздрава
Пермского края*

СЛУЖБА ПОМОЩИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ДЕТЯМ ИЗ ПРИКАМЬЯ ПРИЗНАНА ЛУЧШЕЙ В РОССИИ

Подведены итоги ежегодного конкурса социально значимых проектов «Мой проект – моей стране!» Служба качества жизни фонда «Дедморозим» и агентства «Сами» признана лучшей проектом в стране на конкурсе Общественной палаты РФ.

Всего жюри рассмотрело 1699 заявок. Из них было выбрано 14 лучших, в числе которых оказалась и Служба качества жизни.

Служба качества жизни работает с 2017 года на базе агентства социальных услуг «Сами» при поддержке фонда «Дедморозим», министерства здравоохранения и губернатора Пермского края. Она стала первой выездной паллиативной службой в Прикамье, которая на регулярной основе помогает детям с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями на дому. Специалисты службы обеспечивают сопровождение семей, консультируют по вопросам паллиативной помощи на «горячей линии» 24/7, формируют региональные законодательные акты в качестве консультантов. В целом за два года работы совершено почти 6 тысяч визитов в семьи. С июля 2019 года при финансовой поддержке Фонда президентских грантов и фонда чудес «Дедморозим» служба работает и за пределами Перми.

Краевые власти субсидируют текущую работу службы – по 6 млн рублей в год. Сейчас на сопровождении Службы качества жизни находятся 87 детей, 26 из них живут вне краевого центра. Благодаря службе даже дети с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями возвращаются домой из реанимаций, могут ходить в школу, бассейн и на концерты любимых исполнителей, находятся в безопасности и окружены специалистами, которые помогают им получать больше жизни каждый день.

ПРОЕКТ «SCIENTIFIC SILK ROAD»

В Пермском крае продолжает свое развитие проект «Scientific Silk Road», инициированный Пермским государственным медицинским университетом (ПГМУ). В рамках проекта уже состоялись взаимные визиты студентов и преподавателей из Пермского медицинского университета и университета традиционной китайской медицины Цзянси (г. Нанчан) с целью обмена опытом и навыками в сфере медицинской реабилитации и традиционной китайской медицины.

В настоящее время продолжается активная интеграция традиционных медицинских систем и модели «западного» медицинского образования в рамках ряда конференций и публичных мероприятий.

Важным событием в реализации партнерства стала международная конференция «Традиционные медицинские системы: от традиций к инновациям», проведенная 25 июня 2019 года в ПГМУ и укрепившая уверенность обеих сторон в целесообразности данного сотрудничества.

Особое место в развитии партнерства занял первый Фестиваль здорового образа жизни KinesioHealth – 2019, где не только врачи и студенты, но и жители Пермского края применили на практике возможности сохранения здоровья с «восточных» и «западных» позиций.

Следующим шагом в развитии обозначенного направления стала организация выступлений секции «Биоэтические аспекты медицинской реабилитации и традиционных медицинских систем» в рамках Международного Евро-Азиатского конгресса по вопросам биоэтики, молекулярной и персонализированной медицины «Biomed-inn – 2019» – уникального для нашего региона мероприятия мирового уровня. В ходе работы участников секции будут подняты чрезвычайно важные для современного этапа развития здравоохранения биоэтические аспекты оказания помощи пациентам в ходе реабилитации, в практике спортивной медицины, а также с особым вниманием – в традиционных медицинских системах.



[Консилиум]



ПЕДИАТРИЯ
15–21



ПСИХИАТРИЯ И НЕВРОЛОГИЯ
22–29

Х. М. ВАХИТОВ¹, Т. Р. САФИУЛЛИН¹, Ю. В. МАЛИНОВСКАЯ^{1,2}, И. Р. ЗИННАТУЛЛИН²,

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», ²ГАУЗ «Детская Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», г. Казань

Подходы к выявлению пневмотропных возбудителей: возможности и ограничения

Актуальной проблемой современной педиатрии остаются бронхо-легочные заболевания в связи с трудностями их ранней верификации, относительно высокой смертностью и сложностями подбора рациональной терапии. В настоящее время диагностика большинства из них остается клинико-рентгенологической. Однако, для правильного лечения и определения прогноза необходимым является также идентификация возбудителя заболевания.

Это представляется особенно важным, учитывая тот факт, что в современных условиях, например, часто встречаются случаи пневмонии со стертым и малосимптомным течением, слабо выраженным симптомом интоксикации и отсутствием характерных воспалительных изменений периферической крови. В связи с несвоевременной этиотропной диагностикой во многих случаях нерационально назначаются и антибактериальные препараты. Это в свою очередь способствует развитию антибиотикорезистентной флоры, появлению осложнений и увеличению продолжительности лечения.

Проведение общепринятых стандартных диагностических тестов, таких как бактериальный посев мокроты, определение антигенов возбудителей в крови парными сыворотками и др., не всегда является целесообразным, так как они не отвечают критериям своевременности, малоинвазивности и простоты воспроизведения методики. Это особенно важно у детей

раннего возраста в связи с трудностью венозного доступа, забора мокроты, а также общей негативной реакцией ребенка на проведение инвазивных манипуляций. Ограничением для использования традиционных методов диагностики также являются трудность получения качественного образца, длительность проведения самого исследования, которое в среднем составляет от двух до семи дней, а также отсутствие персонала, обладающего необходимыми навыками. Так, ряд недостатков ограничивает использование различных вариантов серодиагностики – методов изучения определенных антител или антигенов в крови больных. Например, появление в сыворотке специфических IgM при микоплазменной и хламидийной инфекции отмечается только к концу второй – началу третьей недели от момента заражения, а их высокий титр сохраняется до трех месяцев. Диагностика возбудителя путем изучения парных сывороток является высокочувствительным и специфичным



проф. Х. М. Вахитов

методом, однако диагноз можно поставить только ретроспективно через две недели. Результаты бактериальных посевов мокроты также вызывают многочисленные споры в связи с тем, что индикация пневмотропных возбудителей, многие из которых колонизируют слизистые верхних дыхательных путей, не может быть убедительным доказательством их роли в развитии легочного воспаления. Неоспоримые преимущества по скорости верификации возбудителя имеет известный метод молекулярной биологии – полимеразноцепная реакция (ПЦР). В современных лабораториях широкий выбор ПЦР-панелей

позволяет выявлять целые комбинации возбудителей. Однако, важно помнить, что гиперчувствительность данной методики оставляет вероятность того, что в качестве положительного результата произойдет идентификация не только живого, но, возможно, и погибшего возбудителя или его частей.

Вышеизложенное определяет поиск новых, соответствующих современным требованиям, возможностей верификации пневмотропных возбудителей. Например, критерию неинвазивности отвечают методы определения антигенов возбудителей в таких средах, как слюна и моча, а также способ определения этиологического фактора в спонтанной и индуцированной мокроте. Однако забор такого материала, как мокрота, как уже говорилось выше, является трудоемким, а у детей раннего возраста практически невозможным. К тому же для выявления большинства возбудителей данным способом не ясны критерии чувствительности и специфичности, а также характерна малая доказательная база. Все это представляет интерес для дальнейшего сбора и обобщения информации о преимуществах и недостатках современных способов диагностики этиологии бронхо-легочных заболеваний у детей.

Большие перспективы имеют современные методики определения антигенов в секретах верхних дыхательных путей. Принцип их воспроизведения заключается в том, что находящиеся в смыве назального секрета антигены возбудителей респираторных инфекций реагируют, например, с конъюгатом моноклональных антител мыши к респираторно-синцитиальному вирусу (РСВ), образуя комплекс «антиген-антитело». Данный комплекс в процессе реакции связывается с моноклональными антителами мыши к РСВ, сорбируемыми на тестовой полоске, и формирует видимую глазом окрашенную линию. В настоящее время указанная методика с успехом используется для определения не только РСВ, но и таких значимых возбудителей, как вирусы гриппа А и В и др.

В целом ряде авторских исследований обсуждается возможность по включению в диагностические алгоритмы определения антигенов возбудителей респираторной патологии в моче методом иммунохроматографии. Использование мочи в качестве субстрата для исследования является перспективным в плане доступности материала и простоты методики, суть которой состоит в выявлении специфического растворимого антигена в моче заболевших. Важно отметить, что возможность его идентификации присутствует уже начиная с момента инфицирования и до трех дней после появления первых симптомов заболевания. В настоящее время описаны способы определения в моче антигенов таких возбудителей пневмонии, как пневмококк, гемофильная палочка, менингококк и др. По отношению к пневмококку имеются сведения о высокой чувствительности и специфичности данного метода (96%), что позволяет более эффективно назначать этиотропную терапию и менять ее в процессе лечения. Экспресс-диагностика пневмококковой инфекции может привести к уменьшению числа используемых антибактериальных препаратов, применяемых в терапии внебольничной пневмонии, и улучшению исходов заболевания. На настоящий момент также отмечены и ограничения в использовании данного метода: невозможность определения продолжительности времени положительного тестирования после излечения.

Рядом авторов в качестве малоинвазивного способа диагностики предлагается изучение количественного содержания нейтрофилов, эмигрировавших из системного кровотока в ротовую полость. Данная методика заключается в том, что после контрастирования осуществлялся подсчет абсолютного числа оральных нейтрофилов с помощью люминесцентного микроскопа. Этот способ позволяет идентифицировать различные клинические формы острой пневмонии индикацией усиления эмиграции нейтрофильных гранулоцитов в полость

рта. Недостатком данного метода является отсутствие четкой верификации возбудителя, что снижает его информативность для назначения этиотропного лечения.

Некоторыми авторами предлагается, наряду с количественной регистрацией содержания оральных нейтрофилов, определение показателей повреждения гранулоцитов ротовой полости при стимуляции различными бактериальными антигенами. В процессе исследования, после окраски, проводился подсчет поврежденных элементов среди 100 гранулоцитов с последующим вычислением индекса теста повреждения нейтрофилов. В литературе представлены данные об активности оральных нейтрофилов по отношению к таким возбудителям, как микоплазма и хламидия. То есть можно предположить, что различные инфекционные агенты вызывают особенные изменения миграции нейтрофилов и характер их повреждения.

Описаны также способы, которые позволяют с большой долей вероятности предполагать этиологию внебольничной пневмонии. Так, в ряде работ описывается связь этиологического фактора с особенностями морфологической формы внебольничной пневмонии. Отмечено, что при заболевании, обусловленном микоплазменной или хламидийной инфекцией, у детей фиксируются в подавляющем большинстве случаев очаговые формы поражения легочной паренхимы, а очагово-сливные формы встречаются с меньшей частотой. При этом не зарегистрировано развитие таких массивных поражений, как сегментарная и долевая формы. Тогда как при пневмониях, вызванных стафилококком, пневмококком, гемофильной палочкой, выявляются как очаговые и очагово-сливные формы, так и сегментарные, и долевыми. Таким образом, в ряде случаев особенности морфологической формы внебольничной пневмонии позволяют косвенно, по результатам рентгенологической картины, предполагать характер возбудителя.

Интересным, на наш взгляд, представляется использование результатов

такого рутинного метода, как определение сатурации кислорода в дифференциальной диагностике этиологии возбудителя пневмонии. Рядом исследователей приведены убедительные доказательства того, что средний показатель сатурации 92% и ниже характерен для пневмоний, вызванных пневмококком и гемофильной палочкой. В то же время для микоплазменной хламидийной инфекции свойственны нормальные величины сатурации либо их незначительное снижение.

Особенности клинической картины также могут служить дополнительными дифференциально-диагностическими критериями этиологии внебольничной пневмонии. Например, для пневмоний, вызванных атипичными возбудителями, характерны бронхо-обструктивный синдром, ринит и семейный характер заболевания. В то время как при пневмониях, вызванных пневмококком, свойственны признаки дыхательной недостаточности и характерные аускультативные данные ослабления дыхания над очагом поражения.

В современных отечественных и зарубежных клиниках предпринимаются попытки по внедрению ультразвукового исследования для определения морфологической картины инфильтративных процессов в легких и воспалительных изменений в бронхах. Этому способствует целый ряд важных преимуществ данного метода. Например, при пневмонии неинвазивность, простота и общая доступность ультразвукового исследования позволяют его многократно повторять и точно отслеживать динамику морфологической картины и объема очага поражения легочной паренхимы. Это косвенно позволяет судить об этиологии возбудителя по оценке эффективности проводимой антибактериальной терапии. Эхо-семиотика пневмонии у взрослых обсуждена в ряде монографий, однако, в детской практике данный метод исследования на сегодняшний момент используется недостаточно широко. Дальнейшее внедрение ультразвука позволит расширить возможности диагностики

бронхо-легочных заболеваний и своевременно корректировать их лечение.

Заключая все вышесказанное, можно говорить о широких возможностях использования современных способов верификации пневмотропных возбудителей. Это особенно актуально в практике врача-педиатра, поскольку применение, в частности, неинвазивных методик не провоцирует негативные реакции со стороны детей и отказ родителей от проведения диагностических манипуляций. Некоторые описанные в обзоре методы позволяют в течение короткого времени определять или предполагать наличие достаточно широкого спектра микроорганизмов, однако, используются они в педиатрической практике недостаточно широко. Данный факт открывает возможности популяризации новых видов диагностики бронхо-легочных заболеваний и диктует необходимость проведения дальнейших исследований по определению их специфичности и чувствительности.

ФЛУИМУЦИЛ® - АНТИБИОТИК ИТ БОЛЬШЕ**, ЧЕМ АНТИБИОТИК!

Единственный комбинированный препарат муколитик и антибиотик*

- ➔ Возможно применение в небулайзерной терапии**
- ➔ Показан для лечения острых и хронических бронхитов, синуситов, ларинготрахеитов**



* государственный реестр лекарственных средств, 2019. ** Инструкция по медицинскому применению. Больше чем антибиотик, поскольку является одновременно антибиотиком и муколитиком ООО «Замбон Фарма» Россия, 119002, Москва, Глазовский переулок, дом. 7, офис 17. Тел. +7(495)933-38-30, 933-38-32, факс +7(495)933-38-31

Информация для специалистов здравоохранения. Реклама. РУ.П. №01/2977/01



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Н. Э. ПАЙГАНОВА, Х. Ш. ДАВУДОВ, ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, г. Москва
(Первоисточник: журнал «Медицинский совет», № 2, 2019)

Физиологический уход за слизистой оболочкой полости носа – профилактика ОРВИ

Заболевания верхних дыхательных путей занимают одно из первых мест в структуре детской заболеваемости и наблюдаются, по данным разных авторов, у 25–50% детского населения. В детском возрасте среди заболеваний ЛОР-органов ведущая роль принадлежит аденоидным вегетациям. Персистенция в ткани глоточной миндалины патогенных бактерий и вирусов способствует развитию воспалительных процессов в полости

носа и околоносовых пазух, а также распространению инфекции в полость среднего уха.

Основные возбудители острых респираторных инфекций (ОРИ) – вирусы, тропные к эпителию дыхательных путей, способствующие их вторичной колонизации бактериями. При развитии инфекционного воспаления в дыхательном тракте возникает гиперсекреция вязкой слизи, формируется отек слизистой оболочки респираторного

тракта, что приводит к нарушению мукоцилиарного транспорта. На фоне острого ринита часто развивается воспалительная реакция в околоносовых пазухах вследствие отека слизистой оболочки полости носа и блокирования естественных соустьев пазух, что ведет к нарушению вентиляции и задержке секрета в их просвете. Вязкий секрет способствует адгезии респираторных патогенов на слизистых оболочках респираторного тракта, что создает благоприятные условия для развития бактериальной суперинфекции. В свою очередь микроорганизмы и их токсины ухудшают движение ресничек эпителия, нарушают мукоцилиарный клиренс, дренажные функции бронхиального дерева, снижают бактерицидные свойства бронхиального секрета и местную иммунологическую защиту дыхательных путей с высоким риском развития затяжного и хронического течения воспалительного процесса.

С учетом особенностей патогенеза ОРИ рациональной тактикой лечения респираторных инфекций является назначение противовоспалительной и местной, а в ряде случаев системной антибактериальной терапии, а также симптоматической терапии. Все чаще в схему комплексного лечения заболеваний ЛОР-органов включают ирригационную терапию. Промывание полости носа приводит к многократному разбавлению действующих на слизистую оболочку факторов (бактерий, аллергенов, триггеров и др.), а также ее механическому очищению.

Элиминационная терапия направлена на удаление слизи, пылевых частиц, пыльцы растений, бактерий, вирусов, плесневых и дрожжевых грибов, биологически активных продуктов воспаления (гистамин, лейкотриены, эозинофильный катионный протеин, токсины и др.), смол, поступающих с вдыхаемым воздухом. Ее использование способствует превентивному активному



Ринорин

ИЗОТОНИЧЕСКИЙ СОЛЕВОЙ РАСТВОР + АНТИСЕПТИК (БЕНЗАЛКОНИЯ ХЛОРИД)

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ДВОЙНОГО ДЕЙСТВИЯ

- **ОРВИ**
- **Аденоидит**
- **Синусит**
- **Аллергический ринит**



РЕКОЛМА
DME.RIN.18.04.03

регистрационное удостоверение №ФСЗ 2009/04315 от 13.05.2009 года

ORION PHARMA НАЗВАНИЕ И АДРЕС ПРОИЗВОДИТЕЛЯ: Орион Корпорейшн, Орионитти 1, П/Я 65, 02101 Эспоо, Финляндия.
Организация, принимающая претензии потребителей в РФ: ООО «Орион Фарма», 119034, Москва, Сеченовский пер., 6/3 Тел. +7 (495) 363 50 71

Delta Medical ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ДИСТРИБЬЮТОРА в РФ: Представительство АО Дельта Медикал Промоушнз АГ (Швейцария),
123001, г. Москва, Трехпрудный пер., д. 4, стр.1, тел. +7 (495) 981 53 54, delta-medical.ru.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

снижению вирусных и бактериальных патогенов на слизистых оболочках дыхательных путей в эпидемически опасные периоды. Применение солевых растворов помогает разжижению слизи, способствует ее легкому удалению, уменьшает заложенность носа и воспаление слизистой, устраняет зуд, чихание, боль в полости носа.

Целесообразность использования ирригационно-элиминационной терапии в комплексном лечении многих заболеваний лор-органов уже давно обоснована, и доказана ее терапевтическая эффективность. Она включена в международные рекомендации по лечению синусита EPOS-12 и AP – ARIA-2008. Использование элиминационной терапии – неотъемлемая часть лечения риносинуситов у детей, что находит отражение в клинических рекомендациях, а также многочисленных исследованиях.

При выборе средства для ирригационно-элиминационной терапии необходимо знать не только концентрацию соли, но и состав входящих в него электролитов.

Что касается удаления биопленок, поддерживающих и усиливающих инфекционный процесс на слизистой оболочке дыхательных путей, то в настоящее время предлагаются два основных способа это сделать – «физический» и «химический». Первый – механическое промывание носовой полости препаратом на основе морской воды или искусственным солевым раствором. Второй – применение антисептиков, способных разрушить межклеточные соединения биопленки, чтобы антибиотики смогли беспрепятственно достичь очага инфекции. Есть и третий, пожалуй, самый удобный – комбинация первых двух, как это сделано, например, в препарате Ринорин®.

Ринорин® – это назальный спрей двойного действия: элиминационного и антисептического. Механическое промывание слизистой уже само по себе создает неблагоприятные условия для бактерий. Плюс соленой воды в том, что попутно улучшается состояние и самой носовой полости: уходят заложенность, отек, зуд, ринорея.

Ринорин® способствует увлажнению и поддержанию нормального физиологического состояния слизистой оболочки полости носа, предотвращая развитие болезни. Этот спрей обладает длительным действием – 12 часов, т. е. его достаточно использовать 2 раза в день – утром и вечером. Он удобен в применении – одного флакона 50 мл хватает на полный курс в течение 2–3 месяцев. Действие Ринорин® очень мягкое, поэтому он разрешен к применению у детей с рождения и людей, страдающих аллергическими заболеваниями. ®

Е. А. ГОРДЕЕВА, к. м. н., научный консультант FrieslandCampina

Роль смеси с камедью бобов рожкового дерева в коррекции функциональных гастроинтестинальных расстройств младенцев

Функциональные гастроинтестинальные расстройства (ФГИР) характерны для детей первого года жизни. Римский фонд сыграл ключевую роль в создании диагностических критериев этих состояний: Римские критерии IV пересмотра суммируют все знания о ФГИР, накопленные за последние десять лет. При этом вопросы коррекции ФГИР продолжают оставаться предметом дискуссий и исследований.

Применение фармакотерапии – ингибиторов протонной помпы, прокинетики, ветрогонных препаратов, а также фитотерапии – не подтвердило своей эффективности в большинстве случаев. Оптимальным вариантом лечения ФГИР у детей на искусственном вскармливании считается диетотерапия. Согласно результатам проспективного наблюдательного исследования с включением 2757 младенцев, у значительной части из них (77,8%) отмечаются сочетанные ФГИР, наиболее частая комбинация – сочетание регургитации с метеоризмом/коликой или запором. Поэтому для ребенка на искусственном вскармливании

оправданным является использование специализированных смесей с ингредиентами, которые оказывают благоприятное действие на желудочно-кишечный тракт на всем его протяжении. Универсальный компонент – камедь бобов рожкового дерева, присутствующая в составе специализированных смесей Friso VOM 1 и Friso VOM 2. Она проявляет свои функциональные свойства при различных ФГИР – запор, колика, регургитация – что бесспорно является преимуществом для детей с ФГИР, особенно с сочетанным характером. По данным Т. Н. Ёлкиной и соавт., в результате использования Friso VOM 1 запоры и срыгивания купировались у

100% детей, колика – у 85%. Антирефлюксный эффект связан со способностью камеди бобов рожкового дерева к набуханию, это приводит к повышению вязкости смеси и устранению срыгиваний у ребенка. Камедь способна влиять на моторику кишечника, что обеспечивает эффективное использование смесей с данным ингредиентом в случае функционального запора. Пребиотическое действие камеди – улучшение разнообразия микробиоты, стимуляция роста бифидо- и лактобацилл – может объяснять высокую эффективность смеси Friso VOM при младенческой колике. Уровень камеди бобов рожкового дерева в составе смесей Friso VOM составляет до 0,5 г/100 мл и соответствует рекомендуемым европейским и российским нормам и требованиям безопасности. ®

Список литературы можно получить по запросу в редакции.

Н. Г. СОБОЛЕВА, д. м. н., врач-консультант ГБУЗ СКДИБ, О. В. ПЕРВИШКО, к. м. н., доцент кафедры педиатрии № 1 ФГБОУ ВО КубГМУ, Л. Л. ЧЕПЕЛЬ, главный врач МБУЗ ДПП № 1, г. Краснодар

Стартовая терапия острых кишечных инфекций у детей в условиях детской поликлиники

На первичном педиатрическом приеме ранняя диагностика острых диарей у детей имеет сложный диагностический поиск. По данным международной статистики, до 70% гастроэнтеритов вызываются вирусами, причем ротавирус является самым значимым вирусным патогеном, вызывающим до 1/2 всех острых гастроэнтеритов и 5–20% всех диарейных заболеваний в развитых странах. Дети младше 3 лет составляют до 70–80% заболевших ротавирусной инфекцией.

Назначение стартовой терапии при кишечных инфекциях у детей должно основываться на критериях безопасности и эффективности с минимальным количеством побочных эффектов. Этим требованиям отвечает нифуроксазид – антимикробное средство, производное группы 5-нитрофурана. Нифуроксазид является действующим веществом современного препарата Стопдиар (Gedeon Richter, Венгрия), применяемого как средство стартовой терапии кишечных инфекций в педиатрической практике. Стопдиар действует в просвете кишечника и практически не всасывается в кровь из желудочно-кишечного тракта. Предположительно, он ингибирует активность дегидрогеназ и синтез определенных белков в клетках бактерий, в результате чего нарушаются процессы роста и деления бактериальной клетки, снижается продукция токсинов микроорганизмами. Стопдиар эффективен в отношении активных

условно-патогенных микроорганизмов (*Salmonella typhimurium*, *Yersinia enterocolitica*, *Shigella dysenteriae*, *Escherichia coli*, *Clostridium difficile*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter spp.*, *Campilobacter spp.*, *Citrobacter spp.*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus pyogenes*).

Целью исследования явилось изучение эффективности и переносимости препарата Стопдиар в стартовой терапии гастроэнтеритов у детей, вызванных вирусно-бактериальными возбудителями.

Под наблюдением находились 78 детей. Дети первого года жизни составили 61,5%, от 1 года до 3 лет – 15,4%, пациенты старше 3 лет – 23,1%. Все пациенты были распределены в две группы: 1-ю (сравнения) составили 37 детей, которым была назначена базисная терапия, включающая применение сорбентов, ферментов, эубиотиков, препаратов для оральной регидратации; во 2-ю (основную) группу – 31 пациент, полу-

чавший кроме базисной терапии препарат нитрофуранового ряда (Стопдиар). Длительность применяемого препарата в 1-й группе составила 7 ± 2 дня.

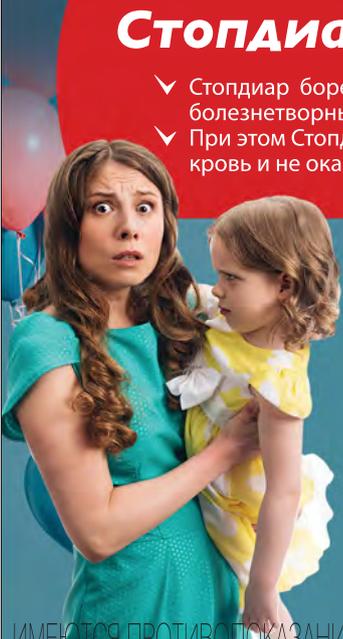
Сравнительный анализ клинической эффективности выбранных подходов к терапии показал, что у детей основной группы быстрее, чем у детей группы сравнения, исчезали слабость, температурная реакция, нормализовался стул и появился аппетит. У пациентов основной группы диарейный синдром имел место на протяжении $4,3 \pm 0,31$ суток, тогда как в группе сравнения на – 2,4 дня дольше, что могло способствовать формированию осложнений и появлению эксикоза. У пациентов, которые получали Стопдиар, рвота исчезала на сутки раньше, чем у детей группы сравнения ($3,31 \pm 0,27$ суток против $2,52 \pm 0,43$ суток; $p \leq 0,05$). Кроме того, средняя продолжительность признаков интоксикации (слабость, температура, нормализация аппетита) была достоверно меньше, чем в группе сравнения, в среднем на два дня. Длительность болевого синдрома в группе сравнения была достоверно больше ($2,7 \pm 0,16$ сут. против $1,8 \pm 0,2$ сут.; $p \leq 0,05$), что требовало назначения дополнительного симптоматического лечения. Пациенты основной группы на протяжении первых трех дней лечения препаратом Стопдиар имели тенденцию к нормализации консистенции стула по сравнению с группой сравнения, в которой количество испражнений уменьшалось постепенно и составило 7–8 раз в сутки. Применение препарата Стопдиар нормализует также показатели копроцитограммы.

Эффективность препарата Стопдиар подтверждена клиническими и лабораторными данными, и он может быть рекомендован в качестве препарата стартовой терапии в комплексном лечении детей с вирусно-бактериальным гастроэнтеритом в условиях детской поликлиники. ®

Список литературы можно получить по запросу в редакции.

Стопдиар - антидиарейный препарат для всей семьи!

- ✓ Стопдиар борется с причиной диареи - болезнетворными бактериями.
- ✓ При этом Стопдиар действует бережно: не всасывается в кровь и не оказывает системного эффекта на организм.





СУСПЕНЗИЯ и КАПСУЛЫ

- ✓ Помогают остановить диарею
- ✓ Сохраняют нормальную микрофлору
- ✓ Для детей уже с 1 месяца!*

- ✓ С добавлением симетикона* (снижает вздутие)
- ✓ Без этанола*
- ✓ Не содержат красителей**

Подходят для аптечки «в дом», «на дачу», «на отдых»

stopdiar.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

* - СУСПЕНЗИЯ - ПИ 012440/01, ТАБЛЕТКИ - ПИ 009992, ** - ИНСТРУКЦИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ПО ФОРМЕ ВЪЕЗДА КАПСУЛЫ

По материалам компании АО «Фармамед», г. Москва

От чего зависит эффективность пробиотика?

Все эффекты пробиотиков штаммоспецифичны, то есть зависят от полезных свойств конкретного вида/штамма пробиотических бактерий в составе препарата. Поэтому недостаточная эффективность пробиотиков может быть обусловлена ограниченным видовым и штаммовым составом, что подтверждает в определенных клинических ситуациях преимущества мультипробиотиков перед монокомпонентными.

Концепция создания мультипробиотиков позволяет приблизить состав и биологические свойства пробиотического препарата к физиологической, наиболее здоровой части облигатной микрофлоры человека. Они оказывают прямое бактерицидное действие, обладают высокой адгезией к кишечному эпителию, конкурируют с условно патогенной флорой, сохраняют способность к быстрому размножению и длительной жизнеспособности в ЖКТ человека (устойчивы к кислой среде желудка), усиливают и дополняют друг друга (синергия).

Представителем мультипробиотиков нового поколения является английский мультипробиотик БАК-СЕТ (ADM Protexin Ltd, Великобритания). Он выпускается в двух формах: БАК-СЕТ беби – для детей с рождения, и БАК-СЕТ форте – для детей старше трех лет и взрослых. Это пробиотик нового поколения, созданный в Великобритании и зарегистрированный в России. Производство его сертифицировано по GMP и ISO 9001: 2008. Все пробиотические штаммы включены в Европейский реестр безопасности European Qualified Presumption of Safety (QPS), имеют оригинальное происхождение и хранятся в банке культуры Соединенного Королевства.

Преимущества мультипробиотика Бак-Сет:

1. Эффективность – высокая концентрация и жизнеспособность пробиотических бактерий 7 и 14 разных видов. Исследованиями установлено, что полезная доза бактерий должна быть не менее 100 млн в сутки. В БАК-СЕТ беби содержится 1 миллиард всего лишь в одном саше! В БАК-СЕТ форте содержится 2 млрд всего в одной капсуле! Это количество обеспечивает высокую активность препарата. А особая щадящая технология производства максимально сохраняет жизнеспособность бактерий

даже в кислой среде желудка (кислотоустойчивые штаммы)! Эффективность препаратов доказана клинически*.

2. Универсальность применения при различных нарушениях пищеварения и атопическом дерматите, пищевой аллергии у детей, начиная с грудного и раннего возраста (БАК-СЕТ беби) и детей старше трех лет, и взрослых (БАК-СЕТ форте). У различных видов пробиотиков в разной степени выражены те или иные полезные свойства; один единственный вид не в состоянии справиться с разнообразными нарушениями пищеварения. Поэтому в состав БАК-СЕТ входят 7 или 14 разных видов пробиотиков, которые взаимодополняют действия друг друга (синергия бактерий). БАК-СЕТ беби дополнительно содержит пребиотик, который создает благоприятные условия для роста собственных полезных бактерий.

3. Удобство – большинство пробиотических препаратов необходимо хранить в холодильнике. Такие пробиотики невозможно взять с собой. БАК-СЕТ производится по специальной технологии, позволяющей сохранять высокую жизнеспособность

и активность пробиотических бактерий даже при комнатной температуре. Также с точки зрения удобства важно, что для достижения эффекта достаточно всего одного приема БАК-СЕТ в день.

4. Безопасность БАК-СЕТ подтверждена клиническими исследованиями. БАК-СЕТ беби разрешен к применению детям с первых дней жизни, БАК-СЕТ форте разрешен в период беременности и грудного вскармливания.

5. Качество – гарантия жизнеспособности бактерий до конца срока годности (два года при комнатной температуре). Современная щадящая технология производства БАК-СЕТ (фильтрация вместо центрифугирования с последующим микрокапсулированием и лиофилизацией) позволяет избежать разрушения естественной оболочки бактерий, а значит, максимально сохраняется целостность и жизнеспособность бактерий. БАК-СЕТ произведен в Великобритании в соответствии с международным стандартом качества фармацевтического производства компанией ADM Protexin Ltd., дважды награжденной Ее Величеством Королевой Англии за достижения в области нутрицевтики. ®

*Список опубликованных зарубежных клинических исследований можно запросить в редакции.

Бак-сет®

Английский мультипробиотик нового поколения для взрослых и детей с рождения

НЕ СОДЕРЖИТ ЛАКТОЗУ



Сделано в Великобритании



Не требует хранения в холодильнике



Не содержит искусственных красителей и ГМО





Награда Королевы Елизаветы II Великобритании в 2011 и 2016 гг.



www.bac-set.ru; www.pharmamed.ru
Консультация специалиста: (495) 744-06-27

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

М. А. САВИНА, д. м. н., в. н. с. отдела гериатрической психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Депрессии в постинсультном периоде: факторы риска и подходы к терапии

Депрессии в постинсультном периоде являются одной из важнейших проблем реабилитации, поскольку при появлении депрессии снижается вовлеченность в реабилитационный процесс, уменьшается социальная активность пациента (Zhang L. et al., 2017), увеличивается частота инвалидизации (Matsuzaki S. et al., 2015), хуже восстанавливаются когнитивные функции (Murata Y. et al., 2000), возрастает риск повторения инсульта, в том числе фатального (Pan A. et al., 2011), повторный инсульт наступает скорее (Sibold G., 2013), смертность в последующие годы увеличивается в 3–4 раза (Ellis C. et al., 2010; Ayerbe L., 2014).

Вместе с тем распознавание и квалификация депрессивного состояния после инсульта являются крайне сложной задачей. Это во многом связано с многообразием постинсультных аффективных нарушений. Инсульт может случиться у пациента с рекуррентным депрессивным расстройством – на фоне текущего депрессивного эпизода или в состоянии ремиссии (эндогенные и эндореактивные депрессии), у пациентов с поздними депрессиями (ПД): «сосудистыми» (Alexopoulos G., 2006; Taylor W.D. et al., 2013), связанными с множественным мелкоочаговым поражением подкорковых структур; ассоциированными с нейродегенеративными заболеваниями; паранеопластическими депрессиями. В некоторых случаях инсульт происходит на фоне генерализованного тревожного расстройства (Савина М.А., Серпуховитина И.А., 2009), расстройств адаптации тревожного типа или на фоне патологической реакции утраты. Помимо развернутых депрессивных состояний встречаются субсиндромальные формы и кратковременные расстройства (депрессивные и тревожно-депрессивные реакции) (Савина М.А., 2006).

Трудности диагностики связаны с наличием большого количества сопутствующих синдромов, затрудняющих выявление и квалификацию ПД: афазии, деменции (такие пациенты часто исключаются из исследований), спутанности сознания (сочетание депрессии и делириозных расстройств достаточно часто наблюдается в остром периоде инсульта – Концевая А.В. с соавт., 2004).

С момента возникновения психиатрии инсульта исследователи различных школ стремятся предложить кли-

ническую типологию ПД, как правило, разделяя их на реактивные/психогенные и органические. Однако эти типологии мало изменили модель помощи пациентам в неврологической клинике. Так происходит потому, что между исследователями и экспертами не существует единообразных мнений. Во-вторых, в патогенезе реактивных депрессий велико влияние органических факторов (они, хотя и выполняют непусковую роль, предрасполагают к депрессии и/или препятствуют становлению ремиссии), а в патогенезе органических депрессий играют роль психосоциальные факторы. Это подтверждает правомочность ведущей модели понимания ПД – биопсихосоциальной (Ormstad H., Eilertsen G., 2015).

В настоящее время считается удобным относиться к депрессиям постинсультного периода как к континууму различных состояний, большее внимание уделяя факторам риска. Составление чек-листа данных о факторах риска депрессии у пациента более удобно для суждения об особенностях депрессии: клиническое (феноменологическое) исследование пациента в неврологическом стационаре крайне затруднительно из-за отсутствия психиатрической квалификации у врачей и частого отсутствия условий для обследования.

Факторы, ассоциированные с риском возникновения ПД, можно подразделить на органические (связанные с поражением структур мозга), конституционально-генетические и психосоциальные.

ОРГАНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

К органическим факторам следует отнести определенную локализацию



М. А. Савина

инсульта. По данным разных исследований имеет значение поражение лобных долей (Narushima K. et al., 2003; Murakami T. et al., 2013), в частности левой дорсолатеральной префронтальной коры (Grajny K. et al., 2016), подкорковых ядер (Vataja et al., 2004; Murakami T. et al., 2013; Савина М.А., Серпуховитина И.А., 2019), таламуса (для депрессий острого периода инсульта) (Omura T. et al., 2018), поражение лентиккулярной капсулы слева (также в остром периоде) (Nishiyama Y. et al., 2010).

Мета-анализ E. Douven и соавт. (2017) подтвердил взаимосвязь риска ПД с локализацией очага в лобных отделах и базальных ганглиях. Мета-анализ Zhang Y. и соавт. (2017) выявил, что пациенты с левополушарным инсультом более предрасположены к развитию ПД. Однако существенной проблемой в интерпретации этого результата является то, что левополушарный инсульт очень часто приводит к появлению сильнейшего предиктора ПД – афазии.

В патогенезе ПД играет роль не только поражение различных структур, но и разобщение из-за поражения белого вещества. Поражение фронто-стриатных проводящих путей увеличивает риск ПД (Tang W.K. et al., 2011). В исследовании Yang S. с соавт. (2015) была выделена ассоциированная с ПД функциональная сеть (PSD-related subnetwork), в состав которой входят 17 структур, снижение активности кото-

рой коррелировало с наличием ПД. S. Lassalle-Lagadec с соавт. (2012) обнаружили, что снижение функциональной взаимосвязи между средней височной корой и с предклинем (precuneus) на 10-е сутки инсульта ассоциировано с большей выраженностью симптомов депрессии к 3-му месяцу постинсультного периода.

ПД чаще встречается при большем объеме очага инсульта (Hama S. et al., 2007; Zhang W.N. et al. 2013; Ku H.L. et al., 2013; Савина М.А., 2016).

Во многих работах показано увеличение риска ПД при большей выраженности кумулятивного цереброваскулярного поражения мозга: разрежения белого вещества, множественных лакун, церебральных микрокровоизлияний, разрежения периваскулярных пространств (Liang Y. et al., 2017; Zhang X. et al., 2017; Liang Y. et al., 2019). Имеет значение локализация микрокровоизлияний. Показано, что дополнительные микрокровоизлияния с локализацией в мосте мозга повышают риск ПД (Tang W.K. et al., 2014), с локализацией в полушариях – повышают риск депрессии (Tang W.K. et al., 2011) и уменьшают частоту ремиссии (Tang W.K. et al., 2014). Высказывается предположение, что цереброваскулярная болезнь в доинсультном периоде может способствовать активации иммунных и воспалительных процессов, что может увеличивать риск развития депрессии и препятствовать исчезновению (Liang Y. et al., 2019).

К факторам органического генеза можно отнести и когнитивное снижение, прежде всего, нарушение исполнительных функций (Robinson R.G., 2006; Савина М.А., 2016), которое сближает ПД с сосудистой депрессией (Alexopoulos G.S., 2010), хотя это подтверждено не во всех исследованиях (Donnellan C. et al., 2016).

К конституциональным факторам можно отнести нейротизм как личностную черту (Morris P. et al., 1992; Castillo C.S., Robinson R.G., 1994; Aben I. et al., 2002; Катаева Н.Г. с соавт., 2008), большое количество привычных тревожных реакций, вегетативных и моторных симптомов в их структуре (оцениваются по протоколу) (Савина М.А., Серпуховитина И.А., 2019).

О предрасположенности к аффективным нарушениям свидетельствуют также депрессии в анамнезе (Leentjens A.F. et al., 2006; Paolucci S. et al., 2006; Storer D.L., Byrne G.J., 2006; Ayerbe L. et al., 2011), в том числе депрессивные реакции на другие тяжелые заболевания (Савина М.А., 2006); депрессии в анамнезе у родственников пациентов (Leentjens A.F. et al., 2006; Aben I. et al., 2006).

Генетические исследования показали, что риск депрессии связан с полиморфизмом гена полиморфного региона транспортера серотонина (5-HTTLPR). Короткий S/S вариант аллеля связан с повышенным риском ПД (Rammasubu R. et al., 2006; Rammasubu R. et al., 2008; Kohen R. et al., 2008; Fang J. et al., 2011; Kim J.M. et al., 2012; Guo W.Y. et al., 2016). Кроме того, увеличение риска ПД ассоциировано с гиперметилированием промотера SCL6A4 этого гена (Kim J.M. et al., 2013) и с генотипом интрона 5Tn2 9/12 или 12/12 (Kohen R. et al., 2008). Усиление предрасположенности к депрессивным расстройствам после инсульта обнаружено также у лиц с генотипом 1438A/A серотонинового рецептора 2a (Kim J.M. et al., 2012), генотипом rs12837651T и rs 2192371G серотонинового рецептора 2c (Tang W.K. et al., 2013) и met/met генотипом BDNF (Kim J.M. et al., 2012).

Тяжесть инсульта является одним из основных ФР ПД. Этот показатель в наибольшей степени является мерилем тяжести психотравмирующей ситуации, независимо от того, определяется ли баллом по неврологическим шкалам (Paolucci S. et al., 2005; Fuentes B. et al., 2009; Schepers V. et al., 2009; Кутлубаев М.А., 2016; Савина М.А., 2016) или совокупностью связанных с неврологическим дефицитом моторных проблем (Landreville P. et al., 2009). Риск депрессии выше при большей выраженности сенсорных нарушений (Wei C. et al., 2016) и речевых расстройств (Carota A. et al., 2005; Ayerbe L. et al., 2013; De Ryck A. et al., 2014; Кутлубаев М.А., 2016, Савина М.А., 2016), когнитивных расстройств (Tennen G. et al., 2011).

К психосоциальным факторам ПД следует отнести также одиночество и отсутствие социальной поддержки (Schepers V. et al., 2009) и меньшее число социальных

связей (Saadi A. et al., 2018), занятость до инсульта (von Elm E. et al., 2007) и факт потери работы (Савина М.А., 2016).

Отдельное внимание заслуживают сведения о связи ПД с отдельными биохимическими показателями: уровнем кортизола в слюне в первый час пробуждения (Kwon O.J. et al., 2015), уровнем витамина D (Han B. et al., 2015; Kim S.H. et al., 2016), уровнем BDNF в крови (Zhang E. et al., 2019) и нейроиммунологическими показателями: увеличением содержания С-реактивного протеина (Tang C.Z. et al., 2016; Yang R.R. et al., 2016), белка острой фазы ферритина (Zhu L. et al., 2016), маркера клеточной активации неоптерина (Tang C.Z. et al., 2016), цитокинов ФНО-альфа, интерлейкина-6, гамма-интерферона (Su J.A. et al., 2012), интерлейкина-1бета (Besimon K. et al., 2014). Хотя значение этих биомаркеров подтверждается и другими исследователями, измерение этих показателей мало применяется в клинике. Во многом это связано с тем, что на иммунологические показатели влияет большое количество факторов, таких как предшествующая цереброваскулярная патология, тяжесть инсульта, соматические заболевания, поэтому интерпретировать их только как маркеры предрасположенности к ПД достаточно сложно.

Согласно систематизированному анализу исследований L.A. Babkair (2017) наиболее подтвержденными факторами риска ПД являются тяжесть инсульта, когнитивные нарушения, физическая беспомощность и зависимость от других в выполнении бытовых активностей. В своем систематизированном обзоре De Ryck et al. (2014) уделяет также внимание наличию депрессий в анамнезе (этот фактор риска подтвержден в шести из десяти работ, в которых он исследовался).

Полезно представление о том, что разные факторы риска влияют на риск депрессии в разные сроки постинсультного периода. K. Werheid (2016), руководствуясь двухфазной моделью течения депрессий, выделила факторы, влияющие на риск возникновения депрессии в остром и подостром периодах (факторы первой фазы) и действующие позднее, спустя 1–2 года после инсульта (факторы

второй фазы). К факторам первой фазы К. Werheid отнесла тяжесть инсульта, локализацию очага, двигательные и когнитивные нарушения, отсутствие социальной поддержки, к факторам второй фазы – молодой возраст, дисфункциональные стратегии совладания с ситуацией, плохую интегрированность в общество, депрессию в фазе I. Если факторы первой фазы отражают в большей степени тяжесть постинсультной ситуации, то факторы второй фазы – затруднения пациента к ней адаптироваться.

Выявление тех или иных факторов риска должно приводить к выбору той или иной стратегии профилактики и терапии депрессивных расстройств. Однако в настоящее время не существует определенных клинических рекомендаций, что связано с внутренней неоднородностью ПД, уникальностью истории и набора факторов у каждого конкретного пациента, а также с тем, что биопсихосоциальный подход предполагает сочетание медикаментозных и психотерапевтических подходов.

Прежде всего, одним из лечебных факторов являются реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление неврологических функций (Groeneveld I. F. et al., 2019), причем важным является максимально раннее их начало (Graven C. et al., 2011; Hou W. H., 2013).

В настоящее время считается, что реабилитационные программы обязательно

должны включать образовательные семинары для пациентов и родственников, индивидуальную и/или групповую психотерапию. Мета-анализ Wang S. B. и соавт. (2018) показал эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) (хотя авторы подчеркивают необходимость дополнительных высококачественных исследований). Методы работы КПТ при постинсультной депрессии подытожены в русскоязычном обзоре (Захарченко Д. А., Петриков С. С., 2018).

Все чаще делается акцент на необходимость работы с семьей пациента (Vallury K. D. B. et al., 2015; Cheng C. et al., 2018). Снижение эмоционального дистресса у родственников уменьшает частоту депрессий не только у них самих, но и у пациентов, и способствует более эффективному восстановлению функций, утраченных после инсульта (Smith G. S. et al., 2012; McCarthy M. J. et al., 2011). В систематическом обзоре R. D. B. Vallury с соавт. (2015) выявили, что воздействия на семью пациента, эффективно снижающие частоту ПД, отличаются многокомпонентностью (с тренировками активного решения проблем, постановкой целей, получением навыков), предоставлением связи с нужными службами и сервисами, достаточной структурированностью.

Поскольку существует взаимосвязь между риском ПД и состоянием когнитивных функций, рекомендуется включение когнитивного тренинга в программу

реабилитации, в том числе специально направленных на исполнительные функции (описаны в Руководстве по когнитивной реабилитации, Haskin E. C. et al., 2012, p. 19–42). Программа реабилитации с использованием когнитивного тренинга снижает частоту депрессий и выраженность когнитивного дефицита (Cheng C. et al., 2018). Отдельные тренинги показали свою эффективность в лечении смежных проблем, например, постинсультной апатии (Skidmore E. R. et al., 2015).

Для оценки эффективности лекарственных препаратов начиная с 80-х гг. прошлого века проведено большое число исследований, результаты которых подытожены в вышедших в последнее время мета-анализах (Tan S., 2015; Xu X. M. et al., 2016; Sun Y. et al., 2017; Deng L. et al., 2018; Qin B. et al., 2018; Bai Z. F., Wang L. Y., 2019). По результатам мета-анализа Y. Sun et al. (2017), самыми эффективными антидепрессантами являлись ребоксетин, пароксетин, доксерпин и дулоксетин. По общим рекомендациями в качестве препаратов первой линии терапии ПД могут быть рекомендованы СИОЗС и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (Hamid M., MacKenzie M. A., 2017). Применение трициклических антидепрессантов и ингибиторов МАО хотя и допустимо, но только в особых случаях, у пациентов с недостаточной эффективностью других препаратов.

Поскольку у многих больных до инсульта и в остром периоде имеются стертые депрессивные расстройства, которые трудны для распознавания, может быть рекомендовано профилактическое назначение антидепрессантов (особенно пациентам с наличием нескольких факторов риска) (Flaster M. et al., 2013).

Это оправдано тем, что многие антидепрессанты оказывают положительное влияние на восстановление утраченных функций независимо от воздействия на аффективную симптоматику (Vahid-Ansari F., Albert P. R., 2018). Они не только увеличивают передачу сигнала, но и влияют на состояние синаптических связей, снижают уровень возбуждения коры (увеличивая концентрацию ГАМК) и увеличивают нейрогенез (Elzib H. et al., 2019). В экспериментах на мышах было показано, что

Профессиональное медицинское сообщество Пермского края
Министерство здравоохранения Пермского края
ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е. А. Вагнера» Минздрава России

Межрегиональная научно-практическая конференция
«НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЧТЕНИЯ В ПЕРМИ»,
посвященная 150-летию со дня рождения В. П. Первушина

27–29
ноября
2019
г. Пермь

Основные направления научной программы:

- Организация медицинской помощи неврологическим больным.
- Интердисциплинарные аспекты ведения пациентов с неврологическими заболеваниями.
- Заболевания периферической нервной системы.
- Болевые синдромы.
- Экстрапиримидные заболевания нервной системы.
- Наследственные заболевания нервной системы.
- Аутоиммунные и воспалительные заболевания нервной системы. Рассеянный склероз.
- Эпилепсия. Современное состояние проблемы.
- Когнитивные расстройства в неврологической практике.
- Депрессивно-тревожные расстройства в неврологической практике.
- Актуальные проблемы детской неврологии.
- Редкие неврологические синдромы.
- Актуальные вопросы профилактики основных неврологических заболеваний.
- Актуальные вопросы медицинской реабилитации неврологических больных.

Место проведения: г. Пермь, ул. Ленина, 58, конференц-залы гостиницы «Урал».

Оргкомитет: тел.: +7 (926) 359-11-49 – Валентина Носова, e-mail: nosova@intermeda.ru

серотонинергические антидепрессанты влияют на активность вазоактивных моноаминов, способствуя увеличению церебрального кровотока в ишемизированных зонах мозга (Shin T.K. et al., 2009). Кроме того, применение антидепрессантов увеличивает уровень BDNF (Björkholm C., Monteggia L.M. 2016), влияя на механизмы нейропластичности. Клиническая значимость такого использования показана для циталопрама (Savadi Oskouie D. et al., 2017), флуоксетина (Chollet F. et al., 2011, Mikami K. et al., 2011) и нортриптилина (Mikami K. et al., 2011). Однако в крупном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании эффект флуоксетина на восстановление моторных функций не был подтвержден (Dennis M., FOCUS Trial Collaboration, 2019).

Альтернативой медикаментозному лечению является высокочастотная транскраниальная магнитная стимуляция. Liu C. с соавторами (2019) отобрали

из 67 опубликованных исследований 17 работ, где пациенты с постинсультной депрессией подвергались высокочастотной стимуляции левой дорсолатеральной префронтальной коры. Мета-анализ этих исследований показал эффективность данного метода в отношении лечения ПД, наиболее частым побочным эффектом такого вмешательства являлась головная боль. Транскраниальная магнитная стимуляция является методом выбора при резистентности к антидепрессантам и их плохой переносимости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За прошедшее десятилетие прогресс в изучении ПД ознаменовался более тонким исследованием связанного с депрессиями поражения мозговых структур, нарушений их функционального взаимодействия, а также выявлением генетических и нейроиммунологических маркеров ПД. Однако до внедрения использования этих

параметров в рутинную клиническую практику необходимы дополнительные клинические исследования о предсказательной эффективности как отдельных биомаркеров, так и их совокупности.

В отношении психосоциальных факторов можно сказать, что исследовательский процесс все больше смещается с регистрации отдельных психосоциальных коррелят ПД на изучение возможности устранения их последствий при помощи специализированных интервенций.

Несмотря на большое число исследований по факторам риска и лечению ПД, систематические обзоры и мета-анализы работают лишь с малой частью таких исследований (наиболее качественными). Это определяет необходимость появления новых клинических работ, дизайн которых соответствует сложности изучаемой клинической проблемы.

В. Н. ШИШКОВА, к. м. н., врач-эндокринолог, ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации», г. Москва

Современная медикаментозная терапия постинфекционной астении

Острые респираторные заболевания, или, как сейчас их принято называть, острые респираторные инфекции (ОРИ) – актуальная проблема современной медицины, особенно в периоды резкого колебания температуры и влажности окружающей среды, когда традиционно ожидаемая заболеваемость гриппом и другими вирусными или микст-инфекциями резко возрастает.

НЕРЕДКИЙ СЛУЧАЙ

Одно из наиболее частых последствий перенесенного ОРИ – астения, что в переводе с древнегреческого означает «бессилие». Как правило, астения проявляется сильной утомляемостью, головной болью, головокружением, нарушением сна, утратой способности к умственному и физическому напряжению, вегетативной дисфункцией – сердцебиением, усилением суточных колебаний артериального давления, повышенной потливостью и похолоданием конечностей. У пациентов снижается темп мыслительных процессов, становится трудно концентрировать внимание, усиливаются или появляются рассеянность, раздражительность и плаксивость. Также может отмечаться появление жалоб на головную боль, боли в мышцах, суставах и животе.

В ЧЕМ ПРИЧИНА

Причинами постинфекционной астении являются возникшие в результате вирусной интоксикации тканевая гипоксия и метаболический ацидоз с дальнейшим нарушением процессов образования и расходования энергии. Формирующийся внутриклеточный ацидоз приводит к снижению активности ключевых ферментов гликолиза и развитию оксидантного стресса – дисбаланса между продукцией производных свободнорадикального окисления (ПОЛ – перекисного окисления липидов) и их нейтрализацией. Недостаток кислорода нарушает энергетический обмен в клетках и ведет к накоплению продуктов окисления, что в свою очередь снижает способность ткани усваивать кислород и еще больше усугубляет метаболический ацидоз.

Возникает метаболический «порочный круг», который и формирует основу постинфекционной астении.

ПРИНЯТЬ КАК ДОЛЖНОЕ

Лечение астенического синдрома включает применение препаратов разных групп, среди которых могут быть адаптогены, поливитамины, вегетостабилизирующие препараты и корректоры клеточного метаболизма. Учитывая развивающиеся при астении метаболические нарушения, наиболее широкое применение в клинической практике нашел отечественный препарат Мексидол – антиоксидант и антигипоксант с широким спектром клинических эффектов, производное 3-оксипиридина и янтарной кислоты. В основе защитного действия оксипиридинов лежит способность соединений этого класса подавлять процессы ПОЛ, а также в силу структурной близости к витаминам группы В6 оказывать влияние на ряд важных ферментных систем. Таким образом, мембранопротекторный

А. Я. ДЫХАНОВ¹, Ф. А. ХАБИРОВ^{2,3}, Г. М. АХМЕДОВА^{2,3}, Е. В. ГРАНАТОВ³, Э. Ф. РАХМАТУЛЛИНА², Т. И. ХАЙБУЛЛИН^{2,3}, М. А. ЯКУПОВ^{2,3}, ¹НП «Эгида», г. Калининград; ²Казанская государственная медицинская академия – Филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань; ³ГАУЗ «Республиканский клинический неврологический центр», г. Казань

Комплексная оценка эффективности биоаналогов интерферона бета в лечении пациентов с рассеянным склерозом

Рассеянный склероз (РС) остается актуальной проблемой, поскольку является одной из самых частых неврологических причин инвалидизации у пациентов молодого возраста. За последние десятилетия разработаны и внедрены в клиническую практику средства патогенетической терапии РС – так называемые «препараты, изменяющие течение РС» (ПИТРС). В настоящее время доступно множество ПИТРС различных фармакологических групп.

Тем не менее интерфероны бета, которые исторически были первыми ПИТРС, внедренными в клиническую практику, по-прежнему относятся к средствам I линии лечения РС и остаются одними из наиболее часто применяемых. ПИТРС позволяют изменить прогноз РС в лучшую сторону у большинства пациентов, но только при адекватном применении. Последнее, в том числе, подразумевает оценку эффективности терапии с целью своевременного принятия решения о смене ПИТРС в случае, если препарат оказывается неэффективным. В настоящее время доминирует точка зрения, что использование классических показателей эффективности терапии ПИТРС, таких как снижение частоты обострений РС, отсутствие клинического прогрессирования заболевания, является недостаточным и необходимо дополнять их результатами МРТ, такими как отсутствие новых очагов на T2-взвешенных изображениях, контра-

стируемых очагов, что и лежит в основе концепции NEDA-3 («no evidence of disease activity», «отсутствие очевидной активности заболевания»). Эффективность и безопасность оригинальных интерферонов бета хорошо изучена, однако аналогичные данные про их биоаналоги ограничены.

В этой связи целью работы явилось исследование эффективности в соответствии с критериями NEDA-3 и безопасности биоаналогов интерферонов бета, доступных в РФ, у пациентов с РС.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Исследование было проведено в Республиканском клиническом неврологическом центре (г. Казань) в 2015–2017 гг. Данные были получены в ходе диспансерного наблюдения за пациентами с РС (диагноз выставлен в соответствии с критериями МакДональда 2010), получавшими лечение интерферонами бета, в том числе интерфероном бета-1а 30 мкг («СинноВексом», группа 1, n = 109), интерферо-

нами бета-1b («Инфибета», группа 2, n = 95, и «Интерфероном бета-1b», группа 3, n = 108), интерфероном бета-1а 44 мкг («Генфаксоном-44», группа 4, n = 83). Назначение интерферонов бета и диспансерное наблюдение за пациентами проводили в соответствии с существующими стандартами ведения больных РС. Пациентов осматривали не реже 1 раза в 3 мес., оценивали неврологический статус, оценку по расширенной шкале инвалидизации (EDSS), наличие обострений и прогрессирования заболевания, наличие и выраженность нежелательных явлений. Степень выраженности нежелательных явлений оценивали в соответствии с общей терминологией критериев нежелательных явлений (СТСАЕ 4.0.3). Для оценки субклинической активности РС фиксировали появление новых (или увеличение ранее существовавших) T2 очагов и наличие контрастируемых T1 очагов на МРТ головного мозга, выполненных через 12 мес. (± 3 мес.) и 24 мес. (± 3 мес.) после начала терапии ПИТРС, относительно базового МРТ (выполненного за 0–3 мес. до начала применения ПИТРС). Статистический анализ данных проводили с помощью программного обеспечения Excel из пакета MS Office 2003.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Основные демографические и клинические данные пациентов в группах представлены в табл. 1. У всех пациентов группы 1 течение РС было ремитирующим, в группах 2–4 также были пациенты с вторично-прогрессирующим течением РС. Вследствие этого средний возраст, продолжительность заболевания и медиана EDSS у пациентов группы 1 были ниже. По половому составу группы значимо не отличались, то же самое касается частоты предшествующей терапии другими ПИТРС.

	Группа 1 (n = 109)	Группа 2 (n = 95)	Группа 3 (n = 108)	Группа 4 (n = 83)
Препарат	СинноВекс	Инфибета	Интерферон бета-1b	Генфаксон-44
Кол-во женщин/мужчин (%)	81/28 (74/26)	79/16 (83/17)	70/38 (65/35)	55/28 (66/34)
Средний возраст, лет [M(SD)]**	33,6 (8,6) ^{*2,4}	39,4 (12,1) ^{*1}	41,2 (11,5) ^{*1}	40,4 (11,6) ^{*1}
Течение РС: ремитирующее / вторично-прогрессирующее (%)	109/0 (100/0) ^{*2,4}	46/49 (48/52) ^{*1}	59/49 (55/45) ^{*1}	53/30 (63/37) ^{*1}
Средний возраст дебюта РС, лет [M(SD)]	26,5 (8,2) ^{*1,3}	28,4 (9,4) ^{*4}	29,9 (9,3) ^{*4,5}	31,8 (8,9) ^{*4,5}
Продолжительность РС на начало терапии ПИТРС, мес. [Me(LQ; UQ)]	24 (12; 72) ^{*2,3}	96 (24; 180) ^{*1,4}	78 (18; 144) ^{*1}	48 (12; 96) ^{*2}
EDSS, баллы [Me(LQ; UQ)]	2 [1,5; 2] ^{*2,4}	4 [2; 5] ^{*1,3}	3,5 [2,5; 4,5] ^{*1}	3 [2; 4,5] ^{*1,2}
Предшествующая терапия ПИТРС, %	53 (49)	63 (66)	56 (52)	47 (57)

Примечания: *1, 2, 3, 4 – статистически значимые различия с группами 1–4 соответственно. [M(SD)]: M – среднее, SD – стандартное отклонение; Me (LQ; UQ): Me – медиана, LQ, UQ – нижний и верхний квартиль

СИННО ВЕКС

ИНТЕРФЕРОН БЕТА-1А

Надежная и удобная защита от прогрессирования рассеянного склероза



Применение СинноВекс (интерферон бета-1а) доказано и одобрено для лечения пациентов с РС, у которых диагностирован рассеянный склероз с рецидивирующе-ремиттирующим типом течения (РРС).

СинноВекс (интерферон бета-1а) снижает на 50% проявление приступов рассеянного склероза, более чем на 60% снижает риск прогрессирования болезни в ближайшие 3 года и на 40% в течение 5 лет после начала лечения.



С И А А Ф С
инновационные фармацевтические линии
www.siaapi.ru

Эксклюзивный дистрибьютор в России:

Россия, 125424,
Москва, ул. Лётная, 99 стр.3
тел.+7 (499) 686-58-88

شرکت سیناژن
CinnaGen

Данные о клинической эффективности интерферонов бета суммированы в таблице 2. Исходная среднегодовая частота обострений (СГЧО) в группах была сопоставимой. Через 12 и 24 мес. СГЧО статистически значимо снизилась во всех группах, межгрупповых различий выявлено не было. Количество пациентов без обострений через 12 и 24 мес. также значимо не различалось. Частота нарастания неврологического дефицита была ниже в группе 1.

Данные о МРТ-активности РС в группах представлены в таблице 3. Количество пациентов без признаков МРТ-активности через 12 мес. терапии варьировало от 47 до 61% и от 27 до 46% через 24 мес., различия, впрочем, не достигли уровня статистической значимости. Количество пациентов, соответствующих критериям NEDA-3, составляло в группах от 23 до 32% через 12 мес. и от 19 до 27% через 24 мес., межгрупповые различия отсутствовали.

Наиболее частым нежелательным явлением при терапии интерферонами бета был гриппоподобный синдром. Частота легкого транзиторного (до 6 мес. от начал терапии) гриппоподобного синдрома в группах 2–4 была сопоставимой – 54, 59 и 65%, в группе 1 она была статистически значимо ниже – 38%. Стойкий (более 6 мес.) и/или выраженный гриппоподобный синдром значимо реже наблюдали в группах 1 и 2

(8 и 12% соответственно) по сравнению с группами 3 и 4 (28 и 30% соответственно). Местные реакции (легкой или умеренной выраженности) статистически значимо реже наблюдали в группах 1 и 2 (22 и 27% соответственно) по сравнению с группой 4 (82%), в группе 3 их частота была промежуточной (40%).

ВЫВОДЫ

Эффективность исследованных биоаналогов интерферонов бета как по традиционным критериям (СГЧО, частота прогрессирования), так и по критериям NEDA-3 в целом соответствует ожидаемой для данной группы препаратов и сопоставима с литературными данными об эффективности оригинальных интерферонов бета. Прямое сравнение эффективности различных биоаналогов в рамках данного исследования невозможно из-за клинической неоднородности групп, в первую очередь вследствие наличия в группах, получавших интерфероны бета-1b и интерферон бета-1a 44 мкг, пациентов с вторично-прогрессирующим РС, в то время как интерферон бета-1a 30 мкг получали пациенты только с ремитирующим РС. В то же время последний препарат по полученным данным характеризовался наилучшей переносимостью в плане частоты и выраженности гриппоподобного синдрома и местных реакций.

Первоисточник:

журнал «Медицинский альманах», № 5 (56), октябрь, 2018.

ТАБЛИЦА 2 Среднегодовая частота обострений (СГЧО) и количество пациентов без обострений и без прогрессирования неврологического дефицита

	СГЧО, M±m**			Количество пациентов без обострений / прогрессирования, абс. (%)**	
	До лечения	Через 12 мес.	Через 24 мес.	Через 12 мес.	Через 24 мес.
Группа 1 (n = 109)	1,43 ± 0,08	0,58 ± 0,07 (n = 109)*	0,55 (0,06) (n = 78)*	58 (53)* / 88 (81) (n = 109)	55 (70)* / 54 (69) (n = 78)
Группа 2 (n = 95)	1,37 ± 0,11	0,48 ± 0,07 (n = 86)*	0,37 ± 0,06 (n = 59)*	51 (59)* / 54 (63) (n = 86)	37 (62)* / 31 (53) (n = 59)
Группа 3 (n = 108)	1,50 ± 0,09	0,42 ± 0,07 (n = 104)*	0,39 ± 0,09 (n = 72)*	70 (67)* / 69 (66) (n = 104)*	55 (76)* / 36 (50) (n = 72)
Группа 4 (n = 83)	1,47 ± 0,10	0,49 ± 0,07 (n = 71)*	0,43 ± 0,08 (n = 55)*	40 (56)* / 47 (66) (n = 71)	33 (60)* / 28 (51) (n = 55)

Примечание: * – статистически значимые различия по сравнению с базовым значением; ** – в скобках указано количество пациентов, достигших данной точки анализа

ТАБЛИЦА 3 МРТ-активность РС в группах и эффективность терапии по критериям NEDA-3

	Количество пациентов без МРТ признаков активности РС, абс. (%)		Количество пациентов, соответствующих критериям NEDA-3, абс. (%)	
	Через 12 мес. лечения	Через 24 мес. лечения	Через 12 мес. лечения	Через 24 мес. лечения
Группа 1	22 (47) (n = 47)	12 (27) (n = 43)	11 (23) (n = 47)	8 (19) (n = 43)
Группа 2	17 (61) (n = 28)	12 (46) (n = 26)	9 (32) (n = 28)	7 (27) (n = 26)
Группа 3	13 (48) (n = 27)	7 (44) (n = 16)	7 (26) (n = 27)	4 (25) (n = 16)
Группа 4	19 (58) (n = 33)	12 (41) (n = 29)	9 (27) (n = 33)	7 (24) (n = 29)

Примечание: в скобках указано количество пациентов, достигших данной точки анализа и у которых были доступны пригодные для анализа результаты МРТ

ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



«В систему первой помощи будут введены правила ее оказания в виде нормативного документа» – сообщил главный внештатный специалист по первой помощи Минздрава России Леонид Дежурный. «Это будет регламентирующий документ, который определит для каждой категории (спасатели, водители, обычные граждане, сотрудники полиции и т. д.) алгоритм и последовательность действий при разных состояниях. Кроме того, в правилах будет указано, как именно выполнять эти мероприятия, потому что, например, наложение жгута разные авторы прописывают по-разному», – раскрыл Леонид Дежурный содержание будущего документа.

Времена, когда данная сфера развивалась стихийно, миновали, считает Эксперт, рассказав, что правила будут разрабатываться и утверждаться соответствующими министерствами и ведомствами, учитывая специфику оказания первой помощи в разных сегментах, но с участием Минздрава и с учетом действующей нормативной правовой базы. Сейчас первую помощь регулируют ст. 31 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказ Минздрава России от 4 мая 2012 года № 477н, в котором перечислены состояния, при которых она оказывается, и определенные действия. По мнению Леонида Дежурного, очень важно, чтобы действовал регистр первой помощи и что в подготовленном законопроекте об изменениях в 31-ю статью первая помощь разделяется на базовую и расширенную. «Учебные организации, которые преподают первую помощь, должны быть аттестованы, нам нужно заносить их в регистр. В нем должны значиться и инструкторы первой помощи. Хорошо, если будут учтены и обученные оказанию первой помощи. Потому что, если сотрудник сегодня прошел обучение, а потом перешел в другую организацию, – зачем ему учиться еще раз. Если он будет занесен в регистр, такая необходимость отпадет».

[События]

и комментарии

[«Медицина — это любовь,
иначе она ничего не стоит»

Поль де Крюи]



Научно-практическая конференция детских хирургов Приволжского Федерального округа

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

посвященная **80-летию кафедры детской хирургии**
Приволжского исследовательского медицинского университета



Специальность «детская хирургия» накладывает большую ответственность на тех врачей, кто решил пойти по этому пути, поэтому невозможно не восхищаться упорством и преданностью своему делу нижегородских детских хирургов. 80 лет кафедра детской хирургии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ выпускает специалистов, которые самоотверженно лечат детей, прославляя свою альма-матер по всей стране. Юбилею кафедры была посвящена научно-практическая конференция «Актуальные вопросы детской хирургии», которая собрала более 120 детских хирургов из 19 регионов России.

В насыщенной и интересной научной программе юбилейного мероприятия с докладами выступили выдающиеся медицинские эксперты из Москвы, Самары, Казани, Иркутска, Челябинска, Рязани, Тюмени, Екатеринбурга, Самары и Воронежа.

Добрые слова поздравления прозвучали в приветственном видеообращении председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья, главного детского хирурга ПФО **Дмитрия Анатольевича Морозова**: «Очень приятно поздравить всех с началом конференции, которая посвящена юбилею известнейшей кафедры

детской хирургии в нашей стране – кафедре Приволжского исследовательского медицинского университета, которую возглавляет Вячеслав Владимирович Паршиков. Мы все прекрасно знаем эту кафедру, ее славный путь и имена блестящих детских хирургов: Вознесенский Владимир Яковлевич, Дикова Антонина Алексеевна, Казимиров Лев Иванович. У нижегородской кафедры есть много научных исследований и практических достижений. И это очень приятно, что сегодня многие коллеги из разных регионов России посчитали важным для себя поучаствовать в конференции и представить свои результаты. Желаю всем плодотворной работы!»

В ходе конференции все докладчики поздравляли нижегородскую кафедру детской хирургии, ее флагмана и рулевого – **Вячеслава Владимировича Паршикова** с трудовым юбилеем, передавая от себя лично и от своих



коллег слова признательности и памятные подарки. Для самих гостей конференции выступил хоровой коллектив университета, который в музыкальном приветствии-поздравлении создал атмосферу торжественности и творческого настроения в общении коллег по профессии и по призванию.

Преемственность, лучшие традиции совершенствования и профессионального развития сотрудников на основных вехах развития Нижегородской научно-образовательной школы детской хирургии на примерах вклада в работу практического здравоохранения



ния, и в научную деятельность на уровне университета, и в детскую хирургию Российской Федерации; продемонстрировал в своем выступлении участникам профессор Вячеслав Владимирович Паршиков. Уже 40 лет он заведует кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ, ежедневным трудом, научными достижениями и благородством души обогащая профессию детского хирурга.

Президент Ассоциации детских хирургов России профессор Александр Юрьевич Разумовский (зав. кафедрой детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова) представил слушателям новые пути диагностики, дифференциального подхода и сроки применения малоинвазивных операционных методов, которые основаны на обширном опыте коррекции билиарных дисфункций. Предлагаемые им методы позволяют уменьшить объем операционной травмы и ускорить выздоровление пациентов с заболеваниями желчных путей и поджелудочной железы.

Заведующая кафедрой детской хирургии Уральского государственного медицинского университета, главный детский хирург Свердловской области профессор Наталья



Александровна Цап в докладе «Доминирование повреждений органов брюшной полости при полисочетанной травме у детей» подробно продемонстрировала участникам анализ структуры полисочетанных травм у детей, методы работы с детьми на догоспитальном и госпитальном этапе, а также новые подходы в хирургической тактике коррекции абдоминальных повреждений у детей.

Мультитематичность научной программы не помешала глубоко, с интересом рассмотреть все намеченные к рассмотрению и обсуждению вопросы. В двадцати выступлениях ученых, экспертов: И. В. Поддубный, Л. М. Миролюбов, М. А. Барская, В. А. Вечеркин, И. А. Абушкин, Н. Б. Киреева, В. И. Петлах, А. Е. Наливкин, В. А. Новожилов, М. А. Аксельров, О. Г. Мокрушина, А. А. Слепцов, А. Е. Соловьев, И. Ю. Карпова, Л. Р. Карасева и др., прозвучали научно обоснованные данные в решении следующих проблем: urgentных хирургических ситуаций у детей с воспалительными заболеваниями и проявлениями непроходимости желудочно-кишечного тракта; выбора тактики лечения сочетанных врожденных пороков развития сердечно-

сосудистой, мочеполовой, пищеварительной систем; коррекции врожденной персистирующей клоаки и некротизирующего энтероколита, особенно в группе недоношенных новорожденных и др. Участники конференции также получили развитие профессиональных компетенций по современной статистике роста детского травматизма и оптимальном алгоритме действий на догоспитальном и госпитальном этапах, определили проспективные направления решения «сложных пациентов» на основе современных знаний и прогрессивных технологий.

Большая часть материалов конференции и новые результаты научных исследований по нескольким направлениям детской хирургии опубликованы в научно-практическом журнале перечня ВАК «Медицинский альманах», они доступны читателям в открытом доступе на сайте журнала www.medalmanac.ru.

Участники конференции получили новый импульс профессионального развития и сотрудничества, смогли приобрести новые знания, обменяться успешным опытом, расширить круг профессиональных знакомств. А значит, плодотворно и познавательно провести время в кругу коллег. Некоторые презентации выступлений, фотоотчет размещены на странице мероприятия технического провайдера www.remedium-nn.ru.



ОСОБЕННОСТИ ОНЛАЙН-ОБРАЗОВАНИЯ

Сегодня весь мир говорит о том, что классическое образование доживает последние дни и скоро все будут учиться дистанционно в течение всей жизни. Но есть и альтернативное мнение: онлайн-курсы воспитывают людей с искаженным представлением о своем профессионализме.

Более половины людей (52%) никогда не открывают приобретенные онлайн-курсы – такие данные опубликовала Американская ассоциация содействия развитию науки, проанализировав данные по онлайн-курсам Coursera, Udey, Udacity, edX, Гарвардского университета и МИТ. Полученные ими сертификаты не впечатляют работодателей, а необходимые сегодня навыки просто невозможно развить дистанционно. Но несмотря на это, онлайн-образование остается прибыльным бизнесом. На что рассчитывают люди, предпочитающие обучение в режиме онлайн?

Дипломы абсолютно не гарантируют, что сотрудник будет справляться со своими задачами в компании, в то же время система скрининга и отбора кандидатов в Google и большинстве международных компаний построена на отборе людей именно по наличию необходимых дипломов.



АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней» 24-25 октября 2019 года объединила более 1200 участников из 81 региона России, также мероприятие посетила делегация зарубежных коллег из Казахстана, Беларуси, Германии, Нидерландов, Дании, ОАЭ, Ирана и Польши.

В конференц-залах Российской академии наук (РАН) в ходе мероприятия было проведено два пленарных и 20 секционных заседаний, четыре симпозиума, школа НАСКИ, четыре мастер-класса, семинар, два круглых стола, прочитано семь проблемных лекций, заслушано 249 докладов.

Врачей различных специальностей: эпидемиологи, микробиологи, инфекционисты, дерматологи, реабилитологи, гигиенисты, специалисты в области медико-социальной экспертизы, врачи общей практики, педиатры, акушеры-гинекологи, клинические фармакологи, медицинские сестры и организаторы сестринского дела, специалисты Минздрава России, Роспотребнадзора, Росздравнадзора, НИИ различных ведомств, высших учебных заведений и коммерческих структур, объединили общие задачи профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Активное участие в работе конференции в виде секционных заседаний, тематических симпозиумов и отдельных докладов приняли руководители и ведущие эксперты восемнадцати научно-практических профессиональных ассоциаций и НИИ.

В рамках конференции были представлены современные подходы к практической деятельности в здравоохранении, основанные на внедрении клинических рекомендаций и принципов

доказательной медицины. Без внимания не остались нормативно-правовые аспекты, перспективы внедрения новых лабораторных технологий, проблемы антимикробной резистентности, оптимизации алгоритмов диагностики, лечения, разработки и совершенствования методов профилактики инфекционных и неинфекционных болезней.

Отличительной особенностью Всероссийской конференции 2019 года стала интеграция в программе результатов фундаментальных и прикладных исследований мультидисциплинарного



характера. Ключевыми тематическими направлениями научно-образовательной программы стали актуальные аспекты профилактической медицины и общественного здоровья, включая инфекционные, паразитарные и неинфекционные заболевания. Особое внимание было уделено вопросам вакцинопрофилактики актуальных инфекций. Тематическая секция и ряд пленарных докладов были посвящены эпидемиологии и профилактике актуальных неинфекционных болезней, инвалидности населения, включая гигиенические аспекты профилактики, направления совершенствования медико-социальной реабилитации и профилактики в Российской Федерации.

В рамках конференции состоялись заседания Профильной комиссии по



эпидемиологии Минздрава России, общее собрание членов НП «НАСКИ», Учебно-методической комиссии по эпидемиологии Координационного совета в области образования «Здравоохранение и медицинские науки», совещание заведующих кафедрами эпидемиологии медицинских вузов.

Отечественные и зарубежные компании на 37 выставочных стендах продемонстрировали специалистам современное медицинское оборудование, медицинские изделия, средства и технологии профилактики инфекций.

Большинству участников очень понравился мультидисциплинарный формат и практическая значимость лекций и выступлений ведущих экспертов. После обсуждения представленных докладов участники выразили единое мнение в оценке реализованных проектов и определении перспективных направлений работы, закрепив их в резолюции. В перечне задач на ближайшее время эксперты перечислили следующие: а) продолжить работу по реализации указа президента об основах государственной политики России в области обеспечения химической и биологической безопасности на период до 2025 года; б) усилить работу по совершенствованию вакцинопрофилактики инфекционных болезней в РФ, включая формирование предложений в проект «Стратегия развития вакцинопрофилактики в РФ до 2035 года», и представить их Экспертному совету по вакцинопрофилактике; в) внести в департамент образования при МЗ РФ предложения по включению вопросов вакцинопро-



филактики в образовательные и профессиональные стандарты врачей всех специальностей; г) в содружестве с Российским союзом промышленников и предпринимателей организовать проведение вакцинопрофилактики на промышленных предприятиях и внедрять корпоративные календари профилактических прививок как технологию управления здоровьем работающего населения; д) развивать создание методических (клинических) рекомендаций, включая обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской помощи и профилактики ИСМП, иммунопрофилактики актуальных инфекционных болезней у взрослого населения и групп риска; е) продолжить реализацию современной доктрины профилактики ИСМП как приоритетной в сфере госпитальной эпидемиологии и рекомендовать проведение новых научно-исследовательских и образовательных проектов по риск-менеджменту ИСМП; ж) распространять практику проведения мастер-классов по экспертизе эпидемиологической безопасности при проектировании и реконструкции медицинских организаций. Одной из важнейших задач также обозначена необходимость разработки программ мотивирования профессионального совершенствования специалистов по вопросам эпидемиологии и профилактики инфекционных и неинфекционных болезней.

Заседание профильной комиссии Минздрава России по специальности «Эпидемиология» вместило в себя разносторонний круг вопросов к рассмотрению и прошло в атмосфере активного обсуждения в ходе второго дня мероприятия. Опыт работы и актуальных вопросах, требующих постоянного контроля и сопровождения, поделились в

выступлениях главные специалисты Центрального федерального округа – Т.Г. Суранова, и Московской области – З.И. Труш. На необходимость участия рабочей группы НП «НАСКИ» в согласовании профессиональных стандартов «Врач-эпидемиолог» и «Специалист в области медико-профилактического дела», которые готовятся ВНПО эпидемиологов, микробиологов и паразитологов, обратил внимание участников Н.И. Брико. О создании центра и утверждении методических рекомендаций по формированию приверженности к иммунопрофилактике (эпидемиологические аспекты) информировала в своем выступлении А.Я. Миндлина. Много интересных проектов реализу-



ются Центром сегодня, такие как проведение вебинаров, разработка и издание руководства для врачей «Вакцинопрофилактика работающего населения», волонтерские отряды «АВАНГАРД ПРОФИЛАКТИКИ», интернет-сайт «Япривит.рф» и другие, которые помогут медицинским специалистам в регионах эффективно реализовывать задачу достичь необходимого уровня иммунопрофилактики для обеспечения эпидемиологической безопасности населения.

О работе по пересмотру федеральных клинических рекомендаций в области эпидемиологии и подготовке рекомендаций по вопросам, связанным с вакцинацией, эпидемиологической



безопасностью медицинской деятельности для включения их в клинические рекомендации различных профессиональных некоммерческих организаций, рассказала специалистам профессор Е.Б. Брусина.

Большую помощь в работе эпидемиолога окажут разрабатываемые сейчас стандарты определения случаев различных нозологий ИСМП под руководством О.В. Ковалишеной и методические рекомендации по выбору химических средств дезинфекции и стерилизации для использования в медицинских организациях под курацией Т.В. Гололобовой (проект документа НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора).

Конференция стала событием, объединившим большое количество разных медицинских специальностей в решении вопросов применения современных технологий профилактики инфекций и тиражирования лучшего опыта управленческих решений в обеспечении безопасности медицинской помощи. По многочисленным откликам и предложениям большинства участников мероприятия, оставленных участниками в анкетах для оргкомитета, можно с уверенностью сказать, что очередная осенняя конференция в Москве «Актуальные проблемы эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней» расширила их профессиональные связи, наполнила их новыми знаниями, порадовала сочетанием инновационных решений и практической значимостью научно-образовательной программы. Консенсус мнений в вопросах обеспечения эпидемиологической безопасности достигнут и намечены новые рубежи сотрудничества.

Подробности о прошедшем и предстоящих событиях читайте на сайте nasci.ru



Медицинским маршрутом: Клиника Мэйо – Казань

Более 600 руководителей здравоохранения со всей России, а также из Казахстана, Армении, Грузии, Республики Беларусь, Азербайджана приняли участие в VI Международной конференции «Мировой стандарт качества: от идеи до воплощения. Опыт лидеров», которая прошла 2–3 октября в Казани. Организаторами мероприятия выступили Образовательный центр высоких медицинских технологий АМТЕС KAZAN при поддержке Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

Конференция уникальна, именно здесь все те, кого интересуют вопросы качества в здравоохранении, могут познакомиться с актуальными трендами, получить инструменты менеджмента от экспертов Клиники Мэйо. Эта американская клиника по праву считается эталонной медицинской организацией, ее подходы и принцип «Нужды пациента превыше всего» являются основополагающими в современной практике. В 2018 году она была признана лучшей больницей в национальном рейтинге США. Второе и девятое места поделили Cleveland Clinic и Stanford Health Care.

«Наша республика представляет площадку для проведения конференции, на которой рассматриваются очень актуальные темы, – отметил министр здравоохранения Республики Татарстан **Марат Садыков**. – Эта конференция актуальна не только для коллег из республики, но и для всего медицинского сообщества Российской Федерации. Подтверждением тому служит обширная география участников. Опыт признанного в мире лидера Клиники Мэйо, ее подходы и принципы являются основой для всей системы здравоохранения. Уверен, что эта конференция придаст новый импульс для повышения качества и безопасности оказания медицинской помощи нашим пациентам. Одна из главных тем – это опыт пациента. А также совершенствование корпоративной культуры. Третья

немаловажная проблема – это эмоциональное выгорание, отсутствие сострадания».

В работе конференции приняли участие **Памела Прайсел**, эксперт по развитию корпоративной культуры, почетный руководитель службы опыта пациента; **Дебора Браун**, директор по управлению рисками; **Тимоти Давлантес**, ассистент-профессор семейной медицины, и еще девять спикеров Клиники Мэйо. В рамках научной программы выступили не только американские эксперты, но и российские руководители здравоохранения.

Тимоти Давлантес, медицинский директор по качеству Клиники Мэйо: «В этом году четыре представителя из различных клиник со всей России рассказывают о своем опыте, как они внедряли систему менеджмента качества».

Дэвид Энс, операционный менеджер Клиники Мэйо: «Главное, что мы хотели бы подчеркнуть, – инструменты, которые мы используем, очень простые. Но когда вы их применяете вместе с состраданием к пациенту, принимаете их ценность – это имеет огромное значение для обслуживания ваших пациентов».

«Мы всегда собираем обратную связь, и впечатления участников всегда очень сильные. Что было учтено при формировании повестки этой конференции, – рассказал **Леонид Галинский**, генеральный директор Образовательного центра высоких медицинских техноло-



гий АМТЕС KAZAN. – Это уже диалог. У медицинского сообщества России тоже есть желание высказаться, обсудить проблемы, с которыми столкнулись российские клиники при реализации того, что было предложено на предыдущих конференциях «Опыт лидеров». Это клиники разных форм собственности – частные и государственные, из Татарстана, Самарской области, Красноярского края и Москвы. Мы хотим здесь создать площадку для обмена опытом».

Одной из главных тем конференции стал «Опыт пациента». На сегодня это целое движение, сформировавшееся в США и других западных странах. Опыт пациента (Patient Experience) выстраивается как целенаправленный комплекс мероприятий, служб, измеряющих уровень удовлетворенности, качество оказания медицинской помощи и другие процессы, которые оказывают влияние на общее впечатление любого посетителя медицинского учреждения. Ориентация на опыт пациента – устоявшаяся бизнес-практика и технология, позволяющая повысить качество медицинской помощи. Отработать ее на практике помогли интенсивы, которые позволяют максимально погрузиться в тему, получить и отработать необходимые навыки под руководством ведущих мировых специалистов.

<http://minzdraw.tatarstan.ru/>



III Научно-практическая конференция Средневолжского научно-образовательного медицинского кластера

ВОГРАЛИКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ. ИЗБРАННЫЕ СТРАНИЦЫ: ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЕ ЭТЮДЫ

Начало октября ознаменовалось конференцией для эндокринологов и терапевтов Средневолжского научно-образовательного медицинского кластера. 10 октября 2019 года в Нижнем Новгороде состоялась III Научно-практическая конференция Средневолжского научно-образовательного медицинского кластера «Вограликовские чтения. Избранные страницы: эндокринологические этюды», в рамках которой прошло обсуждение новых профилактических, диагностических и терапевтических подходов к лечению эндокринных заболеваний.

Благодаря сотрудничеству лучших медицинских экспертов Приволжского округа нижегородцев О.В. Занозиной, Л.Г. Стронгина, Г.П. Рунова, И.В. Фомина, Н.Н. Боровкова, Г.Н. Варвариной, Н.Н. Миронова, Н.Ю. Тарадайко; зав. кафедрой эндокринологии и клинической фармакологии Пермского ГМУ им. акад. Е.А. Вагнера Е.Н. Смирновой; зав. кафедрой факуль-



тетской терапии с курсом эндокринологии Кировского ГМУ О.В. Соловьева; под чутким руководством главного эндокринолога Минздрава РФ в ПФО, зав. кафедрой эндокринологии КГМУ (Казань) Ф.В. Валеевой, научная программа мероприятия радовала участников своей новизной, актуальностью, широким спектром выбранных тем и авторитетностью спикеров – представителей научных школ Москвы, Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, Казани, Самары и Перми.

Конференцию открыл доклад Николая Николаевича Боровкова «Клинико-патогенетические особенности АГ при сахарном диабете типа 2. Эффективность терапии с позиций достижения меняющегося целевого уровня АД», в котором слушатели познакомились с современными вариантами выбора антигипертензивной терапии при артериальной гипертензии у больных с сахарным диабетом 2-го типа с

учетом меняющихся целевых уровней и диапазонов артериального давления.

Особое внимание слушателей привлек к себе доклад, посвященный биосимилярам аналогов инсулина, доцента кафедры эндокринологии и диабетологии педиатрического факультета Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, зав. отделом прогнозирования и инноваций диабета НИИЦ эндокринологии Александра Юрьевича Майорова, в котором была представлена оценка биосимилярности (биоаналогичности) препаратов инсулина в рамках доклинических и клинических исследований. На примере проведенного исследования фармакокинетики и фармакодинамики инсулина РинГлар в сравнении с инсулином Лантус у больных СД 1-го типа он раскрыл этот многоэтапный процесс, который регулируется утвержденными 6 мая 2017 года требованиями ЕЭС.

Завершала научную программу симпозиума доцент кафедры общей и клинической фармакологии ПИМУ, к. б. н. Ю.А. Сорокина с разбором персонификации сахароснижающей терапии с позиции фармакогенетики. В докладе были отражены результаты исследований генетического материала пациентов с сахарным диабетом 2-го типа с целью персонификации сахароснижающей терапии. Полученные результаты способствуют индивидуализации терапии у данных пациентов для оптимизации



ции лекарственной терапии, в том числе метформинном.

По сложившейся уже традиции для участия в ежегодной постерной сессии молодых ученых приехали аспиранты и ассистенты различных кафедр медицинских университетов ПФО. Комиссия в лице Л.Г. Стронгина и Г.Н. Варвариной определила двух победителей: доклад «Влияние промышленных аэрополлютантов на развитие синдрома раннего сосудистого старения» М.Ю. Милотиной – ассистента кафедры пропедевтики внутренних болезней ПИМУ (Н. Новгород), и доклад «Прогнозирование риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у больных сахарным диабетом 2-го типа, находящихся в отделении неотложной кардиологии. Клинический случай» Е.А. Никитиной – ассистента кафедры внутренних болезней КГМУ (Киров). Мы поздравляем коллег с победой и желаем дальнейших успехов!

Е.Н. Смирнова – д. м. н., профессор, зав. кафедрой эндокринологии и клинической фармакологии ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера (Пермь) – поделилась своим мнением с редакцией о конференции: «Научно-практическая конференция «Вограликовские чтения. Избранные страницы: эндокринологические этюды» стала практически традиционно



осенней и собирает как лекторов, так и участников всего Средневолжского научно-образовательного медицинского кластера. Как всегда, на площадке Нижнего Новгорода нас принимают очень тепло и радушно, что позволяет докладчикам быть более естественными, живыми и эмоциональными. И видя

такую отзывчивую аудиторию, понимаешь, что проблемы эндокринологии интересны большому количеству медицинских специалистов».

Эндокринология – неисчерпаемая тема для изучения. Поэтому участники конференции выразили желание продолжить добрую традицию подобных

встреч и отметили высокий уровень профессионализма и опыт выступающих, которыми они готовы делиться с коллегами. Приглашаем всех желающих на конференцию 5 марта 2020 года. Вся необходимая информация о прошедшем и предстоящем событиях представлена на сайте remedium-nn.ru.

РЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ИЗ ДЕТСТВА ВО ВЗРОСЛУЮ ЖИЗНЬ»

посвященная 50-летию аллергологической службы Нижегородской области



50-летию аллергологической службы Нижегородской области была посвящена научно-практическая конференция «Аллергические заболевания: из детства во взрослую жизнь», которая прошла в Н. Новгороде 15 октября 2019 года. Рост частоты и распространенности аллергических заболеваний у детей обуславливает необходимость совершенствования методов профилактики и лечения аллергологических заболеваний, не допуская их тяжелого и нередко прогрессирующего течения.

Родоначалник аллергологической службы Нижегородской области и наставник медицинских специалистов – Майя Михайловна Абелевич неустанно 50 лет зажигает огонь в умах и душах нижегородских аллергологов для решения актуальных проблем детской аллергологии и вдохновляет на дальнейшее сотрудничество и развитие медицинских специалистов.



Благодарности и поздравления принимали все врачи этой специальности от председателя Союза детских аллергологов России профессора Веры Афанасьевны Ревякиной и главного специалиста по аллергологии и иммунологии ПФО профессора Института фундаментальной медицины и биологии Казанского ФУ Рустэма Салаховича Фассахова, а также главного специалиста отдела детства и родовспоможения министерства здравоохранения Нижегородской области Марины Александровны Расстригиной.

Рустэм Салахович в интервью редакции «Ремедиум Приволжье» сказал:

«Нижегородская служба аллергологии одна из передовых в ПФО. У вас прекрасная преемственность поколений и замечательные врачи. Мне хотелось бы вспомнить уникального специалиста, к которому я в свое время ездил учиться – это Анатолий Иванович Мерзляков. Он работал врачом-аллергологом в 80-е годы на базе ГБУЗ НО «НОДКБ». Анатолий Иванович был примером для врачей нашей специальности, я всегда восхищался его острым умом и скромностью».

Бессменный руководитель программного комитета конференции Елена Владимировна Тимофеева также поблагодарила всех участников и докладчиков, продолжающих лучшие традиции нижегородской школы аллергологов, она акцентировала внимание участников на насыщенность, актуальность и значимость научной программы, позволяющие продолжить непрерывное медицинское развитие знаний у врачей.



«... Вместе со мной всех вас поздравляет с этим замечательным днем наш директор института питания и главный научный руководитель Виктор Александрович Тутельян. История аллергологической службы Нижегородской области велика, и сохранить ее в таком виде, в каком она у вас существует, дорогого стоит. Майя Михайловна вложила в это дело всю свою душу и до сих пор отдает много сил. Желаю, чтобы аллергологическая служба продвигалась только вперед!»

Главный почетный гость мероприятия, Заслуженный врач РФ Майя Михайловна Абелевич в ответных словах признательности сказала: «50 – немалый срок. И я могу с уверенностью сказать, что детская аллергология – это мое сердце, мое все. Мы все стали родными людьми за эти годы. И я очень рада видеть своих учеников и коллег из других городов. Приятно осознавать, что никто не забыт, что мы помогаем друг другу в работе и в жизни. И я бы хотела вспомнить и поблагодарить всех тех, кого с нами нет в этот день: наших замечательных учителей и коллег, словами Василия Андреевича Жуковского: «Не говори с тоской: их нет, но с благодарностью: были». Всех благ, родные мои, и хорошей конференции!»

Научная программа позволила участникам познакомиться с историей нижегородской аллергологической службы из выступления Елены Владимировны Тимофеевой, а также с новыми данными научно обоснованных клинических рекомендаций по терапии заболеваний детей, обусловленных аллергическим компонентом. Особенно понравился слушателям доклад профессора Р. С. Фассахова «Современные технологии АСИТ: от ринита до бронхиальной астмы», в котором Рустэм Салахович акцентировал внимание на подборе больных для проведения специфической иммунотерапии при аллергических заболеваниях, включая аллергический ринит и атопическую бронхиаль-

ную астму, а также выборе оптимальных схем и режимов терапии современными аллергенными препаратами.

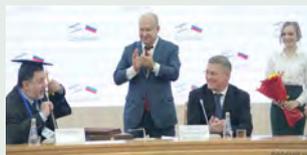
Высокая заболеваемость и повсеместное распространение аллергии превратили ее в глобальную медико-социальную проблему. Статистика показывает, что от аллергических заболеваний страдает треть человечества. Но благодаря упорству, силе духа и любви к своей работе отечественных детских врачей-аллергологов наши дети находятся под надежной защитой. Все доклады воспринимались на одном дыхании, аудитория была неравнодушна. Объяснение этому – высокий уровень профессионализма и опыт выступающих медицинских экспертов в этой

области, которыми они готовы делиться с коллегами. Проведение подобных конференций – важная составляющая современного подхода в непрерывной системе образования медицинских специалистов.

Медицинское издательство «Ремедиум Приволжье» приглашает всех желающих на межрегиональную научно-практическую конференцию по педиатрии «Трудный диагноз в практике врача-педиатра с разборами клинических случаев актуальных заболеваний часто болеющих детей», которая состоится 21 ноября 2019 года. На нашем сайте remedium-nn.ru открыта предварительная регистрация на конференцию. До новых встреч!



ПЕРВЫЙ РОССИЙСКО-ИЗРАИЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ



18–19 октября 2019 года в Уфе прошел первый Российско-Израильский медицинский форум. Его основная цель – консолидация экспертного и научного потенциала, определение наиболее важных направлений научно-практического российско-израильского сотрудничества в сфере организации оказания медицинской помощи.

Старт форуму дало пленарное заседание, в котором приняли участие глава Республики Башкортостан Радий Хабиров, руководитель международного проекта «Врачи без границ» в Израиле, главный врач Медицинского центра «Хорев» (г. Хайфа) Роман Барак, и. о. министра здравоохранения РБ Максим Забелин, ректор БГМУ, член-корр. РАН Валентин Павлов, руководители и специалисты учреждений здравоохранения, представители научного сообщества России и Израиля.

Башкирский государственный медицинский университет выступает партнером ведущих клиник многих стран. В его стенах обучаются сотни иностранных студентов. В свою очередь выпускники проходят клиническую ординатуру в университетах Германии и Китая. И в числе известных в Израиле врачей немало выпускников БГМУ.

В рамках церемонии открытия форума Радий Хабиров вручил Роману Бараку Благодарность главы Республики Башкортостан. В свою очередь главный врач медицинского центра «Хорев» поблагодарил руководителя региона за теплые слова и честь быть удостоенным этой награды.

Руководитель проекта «Врачи без границ» предложил организовать обмен делегациями Израиля и Башкортостана на регулярной основе, а также рассказал о том, что совместно с главой региона принято решение о строительстве в республике современного института скрининга с участием израильских специалистов.

Ректор БГМУ, член-корр. РАН Валентин Павлов вручил звание «Почетный профессор БГМУ» Роману Бараку.

Источнику: <https://bashgmu.ru/>

кагоцел РАБОТАЕТ ДАЖЕ ПРИ ЗАПОЗДАЛОМ ЛЕЧЕНИИ
СОВРЕМЕННЫЙ ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ С 3 ЛЕТ



**ВЫБОР
СПЕЦИАЛИСТОВ**



СОКРАЩАЕТ

продолжительность лихорадки, катарального синдрома и ринита у детей до 2–3-го дня от старта терапии!



ПОДТВЕРЖДЕН

высокий профиль безопасности у взрослых и детей с 3 лет за все время применения!



СОКРАЩАЕТ

число эпизодов болезни у детей после приема профилактического курса!

! По результатам голосования российских врачей в рамках премии Russian Pharma Awards 2018 Kagocel – самый назначаемый препарат при лечении ОРВИ и гриппа, по результатам голосования специалистов аптечной индустрии в рамках премии «Зеленый крест 2018» Kagocel – препарат выбора для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа. *Применение препарата Kagocel достоверно сокращает продолжительность лихорадки, катарального синдрома и ринита до 2–3-го дня от старта терапии в условиях амбулаторной практики (Савенкова М. С., Исаева Е. И., Карашкина О. В., Шыбат М. Б., Красева Г. Н., Абрамова Н. А., Красева Т. Е., Душкин Р. В. Анализ сравнительного лечения ОРВИ в амбулатории 2015–2016 гг. на основе результатов мультипликционной ПИФ-анализности в условиях амбулаторной практики // Фармацевтика – 2017. – №1. – С. 38–45). *За все время применения препарат Kagocel подтвердил высокий профиль безопасности у взрослых и детей с 3 лет. По данным фармаконадзора кооперативного производителя. *Профилактический 4-недельный курс приема сокращает число эпизодов болезни у детей в 2,8 раза и в течение последующих 4 месяцев – в 2,4 раза (Харьмова Ф. С. с соавт. Клиническая и профилактическая эффективность индуктора интерферона при ОРВИ у детей младшего дошкольного возраста // Педиатрическая фармакология. – 2012. – №9 (1). – С. 81–89).



Подробнее информацию вы можете получить на сайте: www.kagocel.ru
ООО «НИИРИМЕДИК ФАРМА», 249030, Калужская обл., г. Обнинск, ул. Королева, д. 4, офис 402
Тел./факс: +7 (495) 741-49-89. Рег. ул. Р. №02027/01 от 19.11.2007

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

Курс лабораторной медицины – к единой системе с показателями эффективности

18 октября 2019 года в Оренбурге состоялась научно-практическая конференция «Форум специалистов лабораторной медицины Оренбургской области: современные подходы к организации лабораторной службы, профессиональные стандарты и образование, перспективные технологии в медицинской практике».

Основная цель мероприятия – повышение качества предоставления лабораторной диагностики населению Оренбургской области и внедрение подхода, при котором лабораторная служба будет рассматриваться как единая система со своими показателями эффективности. Ведущие специалисты страны рассказали врачам лабораторной диагностики Оренбуржья о новых методах работы.

Научно-практическая конференция собрала врачей клинической лабораторной диагностики, врачей-бактериологов и врачей-лаборантов Оренбургской области. Организатором форума выступила Ассоциация специалистов и организаций лабораторной службы «Федерация лабораторной медицины» (Москва) при поддержке министерства здравоохранения Оренбургской области. Данное мероприя-

тие в седьмой раз проводится ассоциацией в регионах и впервые – в Оренбурге.

С приветственным словом на конференции выступил и. о. заместителя министра здравоохранения Оренбургской области по организации лечебно-профилактической помощи населению Андрей Шатилов. Он поблагодарил Федерацию лабораторной службы за организацию мероприятия в Оренбурге и подчеркнул: «Я уверен, что конференция будет полезна всем участникам без исключения, так как современная лабораторная диагностика стоит на пороге изменений. Она модернизируется, и мы, врачи, должны приложить максимум усилий, чтобы лабораторные исследования были максимально точными и максимально быстрыми».

Форум прошел под руководством профессора, заведующего кафедрой



клинической лабораторной диагностики российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова Минздрава России Сергея Щербо. Докладчиками выступили эксперты по лабораторной диагностики из Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга и Оренбурга, в том числе главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике Оренбургской области Ирина Саморядова.

В рамках конференции состоялось совещание с заведующими клиничко-диагностических лабораторий.

<https://www.minzdrau.orb.ru/>

Министерство здравоохранения Нижегородской области
ФГБУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. академика И. Н. Блохиной» Роспотребнадзора РФ
НРОО «Врачебная палата»

Ассоциация специалистов и организаций лабораторной службы «Федерация лабораторной медицины»

Организационный и информационный партнер: Издательство «Ремедиум Приволжье»

РЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ»

Основные вопросы научной программы:

- Подготовка профстандартов
- Рабочее место врача клинической лаборатории
- Сетевые лаборатории – конкуренция или взаимовыгода
- Алгоритмы диагностики, интерпретация результатов: гемостаз; гематология; акушерство-гинекология
- Цитология. Опыт организации цитологической службы в Нижегородском регионе
- Регламентирующие документы в цитологической службе
- Онкомаркеры
- Традиционные методы лабораторной диагностики в гематологии – методы и интерпретации
- Онконастороженность при биохимических, гематологических и иммунологических исследованиях
- Вопросы диагностики онкологических заболеваний в педиатрии
- Микроскопия и диагностика ИПП
- Актуальные вопросы клинической микробиологии и антимикробной резистентности

11 ДЕКАБРЯ 2019
Нижний Новгород

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ И ИНФОРМАЦИОННЫЙ
ПАРТНЁР МЕРОПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
«РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ»



8 (831) 411-19-83



remedium@remedium-nn.ru



www.remedium-nn.ru



ЭЛЕКТРОННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ ОТКРЫТА НА САЙТЕ WWW.REMEDIUM-NN.RU



[Образ жизни]

здоровье

[Главное правило реальности –
не запутаться в своих иллюзиях]

Когнитивное искажение

Иллюзия контроля – это когнитивное искажение, которое заставляет вас считать, что ваши действия увеличивают шанс успеха сильнее, чем это есть в реальности. Почему мы стремимся все в жизни держать под контролем? И возможно ли это?

Приведем пример из жизни. Вы с коллегой по работе рассчитываете на более престижную должность. Шансы получить ее у вас вроде бы равны. Но в решающий день, когда все должно произойти, у вас начинается приступ язвы желудка и вы на несколько дней попадаете в больницу. В итоге коллега получил это самое повышение. Трудно в подобной ситуации спокойно и равнодушно принять поражение, ведь нам кажется, что можно контролировать все.

Это все поучительные последствия так называемой иллюзии контроля: в реальности все ваши далеко идущие планы просто сломал случай.

ЧТО ОЗНАЧАЕТ ИЛЛЮЗИЯ КОНТРОЛЯ

Иллюзия контроля – так называемое когнитивное искажение, которое заставляет вас считать, что ваши действия увеличивают шанс успеха сильнее, чем это есть в реальности.

Классический пример: игра в кости. Наблюдая за игроками, ученые проследили, что, когда человек мечтает получить большую цифру, он кидает кости сильно, а когда меньшую – мягко и слабо. Если подумать, то сила броска вообще не повлияет на то, как именно выпадут кости, но люди бессознательно пытаются приложить усилия, чтобы кости «легли» той стороной, которой им нужно.

ПОЧЕМУ МЫ СТАРАЕМСЯ ВСЕ КОНТРОЛИРОВАТЬ

Существует два типа ситуаций: те, которые требуют приложения наших определенных навыков, – профессия, спорт, личные и официальные отношения, и те, где правит случай, – любая лотерея, всевозможные азартные игры, ставки на спорт.

Когда все решает случай, перечисленные действия попросту бесполезны. Но, так как вы привыкли что-то предпринимать, то по укоренившейся привычке совершаете какие-то бесполезные действия. И находитесь во власти иллюзии, что эти ваши действия как-то увеличивают вероятность успеха.

Был проведен следующий эксперимент: участникам предложили две разновидности пари. В первом случае люди делали ставку перед тем, как ученые бросят кости и обнародуют результат, в другом – после броска, но до обнародования результата.

Однако, в первом случае испытуемым казалось, что они каким-то образом управляют событиями, в то время как во втором все было решено – кости упали на стол.

К примеру, если субъект вообще никоим образом не может повлиять на конечный результат, он вопреки всему изобретает способы контроля: обращается к гороскопам и всевозможным предсказаниям и «знакам свыше».



Но это еще не все: вера в безусловное равновесие действия и последствия вынуждает нас верить в общую справедливость мира и ожидать какой-то награды за наши заслуги.

ПОЧЕМУ МЫ ВЕРИМ В СПРАВЕДАЛИВОСТЬ

Люди предпочитают верить, что в жизни все заслуженно возвращается: с достойными людьми случаются счастливые, благоприятные события, а плохие люди получают (рано или поздно) по заслугам.

В одном эксперименте участникам предложили дать оценку навыкам двух работников, один из которых случайно получил награду. И испытуемые всегда оценивали награжденного как более способного. В другом эксперименте участники наблюдали, как незнакомые им люди получали слабый разряд тока за сделанные ими ошибки в заданиях.

Подобная вера исключает вероятность случая. Но он все равно присутствует в реальной жизни. Хорошие и умные люди тоже страдают от неизлечимых недугов, погибают в ДТП, жадные и эгоистичные получают выигреш в лотерее, глупые занимают престижные должности, талантливые нуждаются в финансах.

КОГДА ИЛЛЮЗИЯ КОНТРОЛЯ НАМ МЕШАЕТ В ЖИЗНИ

Иллюзия контроля, с одной стороны, необходима, чтобы не впадать в отчаяние и продолжать действовать, несмотря на тот факт, что в любую минуту все может «свалиться в пропасть». Но негативной ее стороной является то, что она заставляет нас совершать неверные шаги, верить в космическую справедливость и приписывать себе вину за то, где мы ответственности не несем.

ПОСТАРАТЬСЯ НЕ ПОПАСТЬ В ЭТУ ЛОВУШКУ

Что нужно делать, чтобы не зависеть от этой самой иллюзии контроля.

Перед началом любых важных действий надо проанализировать, что зависит именно от вас, а что – от людей, а что невозможно будет предугадать. Это может помочь избежать определенных ситуаций и в случае поражения не терять душевное равновесие.

Прекратите изобретать «системы» там, где их нет. Если в данный момент все зависит от случая и вы хотите иметь страховку от потерь, – не участвуйте в деле.

Не торопитесь обвинять себя, сначала дайте объективную оценку ситуации. Если вас постигла неудача, проанализируйте, что было сделано не так. Если в случившемся есть и ваша вина – не досмотрели, не проверили, забыли, – извлеките для себя урок на будущее.

<https://subscribe.ru/>

Как распознать манипулятора

Психопаты и нарциссы – это не выдумка, а реальные люди, которые окружают нас. Они работают, общаются и иногда кажутся весьма успешными. Посредством исследований доказано, что около 4% руководителей имеют расстройства психики. Не допускайте, чтобы манипуляторы пользовались вами в своих целях. Мы расскажем вам, как распознать токсичного человека и сберечь собственную психику.

1. Газлайтинг

Наиболее коварная манипуляция, это стратегия с употреблением трех основных фраз: «ты что, с ума сошла?», «ты все придумываешь!», «этого не было!». Такие словосочетания разрушают вашу веру в себя и чувство реальности. Произносят их те, кто стремится любым способом оправдать свое жестокое поведение. Вы сможете «удержать удар», если будете сознательно находиться в реальности. Все сказанное агрессором вы вправе рассказать друзьям или записать, чтобы сформировать поддержку и дать отпор злоумышленнику.

2. Проекция

Агрессоры всегда утверждают, что неприятная ситуация возникла не по их вине, а по вашей. Они всегда перекладывают ответственность на плечи других. Это своеобразный защитный механизм, попытка оправдать свои не лучшие черты характера или безобразное поведение. Выход – подавляйте чувство сострадания и эмпатии к такому человеку, в противном случае вас начнут жестко эксплуатировать.

3. Обобщения

Рассмотрим пример: представьте, что вы пристыдили коллегу за необдумывание возможных последствий принятых решений. Манипулятор в этом случае скажет, что вы обозвали его «бомбой замедленного действия». Вы всего лишь предупредили, что при возникновении конкретных обстоятельств сделка может сорваться, а манипулятор донес руководителю, что вы заведомо назвали сделку провальной. И здесь дело не в том, что человек не понял вас, а в обобщении им противоположной точки зрения. Манипуляторы не будут слушать ваши аргументы, не будут даже пытаться понять все нюансы, а предпочтут сделать свои собственные выводы, причем быстро. Происходит это из-за их интеллектуальной лени. Решение – всегда конкретизируйте ситуацию и оспаривайте выводы манипулятора.

4. Тактика «перемещения ворот»

Это помогает им убедить всех вокруг, что у них есть веские основания быть недовольными вами. Даже если вы предоставили все возможные доказательства собственной правоты и выполнили все, чтобы удовлетворить просьбу агрессора, он поставит перед вами новую планку и всегда будет требовать от вас еще больших вложений. Решение – не вступайте в такую игру, поскольку вы уверены в себе и точно знаете, что сделали все, что от вас зависит. Вы ни в коем случае не должны чувствовать себя уязвимыми.

5. Смена темы

Эта тактика позволяет агрессору увильнуть от ответственности. Такие люди всегда стараются избегать разговоров о том, что они сами являются виновниками всех своих неудач. И подобная манипуляция может продолжаться бесконечно, а если вы позволите, то она будет мешать вам решать конкретные задачи. Для отпора воспользуйтесь методом «защитной пластинки» – все время повторяйте очевидные факты и не поддавайтесь маневрам агрессора. При разговоре можете прямо заявить: «я говорю не об этом, предлагаю вернуться к реальной проблеме».

6. Оскорбления

Манипуляторы всегда используют откровенное хамство, но вы не должны терпеть унижений. Если вас обзывают и оскорбляют – немедленно перестаньте общаться с этим человеком. Манипуляторы прибегают к такому методу, потому что им не хватает ума использовать способы воздействия более высокого уровня.

7. Клевета

Если манипулятору сложно оказать прямое давление на вас, он будет пытаться повлиять через общее окружение. Он обвинит вас во всех бедах, а сам будет играть роль мученика. Клевета – это средство для разрушения вашей репутации. Агрессорам нравится разжигать споры между другими людьми. Не стоит подда-



ваться провокациям, не позволяйте агрессору добиться успеха и не ведите себя так, как он того требует.

8. Обесценивание

Если ваш знакомый агрессивно отзывается о ком-либо в вашем присутствии, если он обесценивает другого человека, то велика вероятность, что со временем вас постигнет та же участь. Причем часто эта тактика поведения прослеживается не только в деловой, но и личной сфере жизни. Решение – осознать действие этого механизма и минимизировать общение с токсичным человеком.

9. Агрессивные шутки

Манипуляторы всегда их используют, и в каждой такой шутке есть определенное скрытое намерение. На ваш счет отпускают злобные комментарии? И когда вы обижаешься, то делают вид, что это всего лишь невинная шутка? Будьте уверены – вы находитесь под влиянием манипулятора и вас обязательно обвинят в отсутствии чувства юмора. Не думайте оправдывать обидчика, невинные шутки не вызывают чувства унижения.

10. «Треугольник»

Токсичные люди всегда стремятся отвлечь вас от своих далеко не благих намерений, просто переключив внимание на другого человека, якобы угрозой исходит от него. Так создаются «треугольники», манипулятор может сказать, что некто отзывается о вас плохо. Причем третья сторона зачастую это тоже жертва агрессора, но никак не ваш враг. Сделайте ответный ход и заручитесь поддержкой третьей стороны, вместе сопротивляться действиям манипулятора гораздо легче.

Зная о таких тактиках, вам удастся очистить свое окружение от токсичных личностей. Берегите свои нервы и не общайтесь с теми, кто вызывает у вас неприятные чувства.

<https://subscribe.ru/>