

РЕМЕДИУМ

П Р И В О Л Ж Ь Е

www.remedium-in.ru

январь – февраль 2020



Оформление обложки – Андрей Хасянов

**ЛЕКАРСТВЕННОЕ СТРАХОВАНИЕ –
ВЫБОР ПУТИ**



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
ПН № 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, 2020

16+



ГЛАВНАЯ ТЕМА

- 5 Л. Д. ПОПОВИЧ
ЛЕКАРСТВЕННОЕ СТРАХОВАНИЕ – ВЫБОР ПУТИ

ВИП-НОВОСТИ

- 2–4 ВАЖНО. ИНТЕРЕСНО. ПОЛЕЗНО

ДЕЛОВЫЕ РИТМЫ

- 11 ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ «ТЕРАПИЯ» И «НЕВРОЛОГИЯ
И РЕАБИЛИТОЛОГИЯ»



ПОРТРЕТ РЕГИОНА

ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

- 12 РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

УДМУРТСКАЯ РЕСПУБЛИКА

- 16 РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ



КОНСИЛИУМ

КАШЕЛЬ

- 20 М. А. РЯБОВА
КАШЕЛЬ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА.
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ

НЕВРОЛОГИЯ И РЕАБИЛИТОЛОГИЯ

- 23 О. В. ФИЛИППОВА
НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА:
ПЛАНИРУЕМ РИСК

- 29 М. Л. КУКУШКИН
ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ БОЛИ ПРИ МИГРЕНИ

- 30 С. Н. БУШЕНЕВА
«ДЕВИРТА» – ИННОВАЦИОННОЕ РЕШЕНИЕ
В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ИНДУСТРИИ



СОБЫТИЯ И КОММЕНТАРИИ

- 31 Н. НОВГОРОД
НАУЧНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЙ ГАСТРО-РИНГ
С РАЗБОРАМИ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ АКТУАЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ

- 32 Н. НОВГОРОД
«НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

- 34 МОСКВА
X ОБЩЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ЧАСТНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ЭВОЛЮЦИЯ»

- 36 МОСКВА
«РЕАБИЛИТАЦИЯ+» – ПЛАТФОРМА ДЛЯ РАСКРЫТИЯ
НАУЧНОГО ПОТЕНЦИАЛА

- 37 КАЗАНЬ
«ВОКРУГ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ»

- 38 Н. НОВГОРОД
«ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ НАУКИ И ПРАКТИКИ В РАЗВИТИИ
ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ»



ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЗДОРОВЬЕ

- 39 Я ДОЛЖЕН VS Я НЕ ХОЧУ:
ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ПРОКРАСТИНАЦИИ

- 40 ПРИВЫЧКА ПОЗИТИВНО МЫСЛИТЬ



СТРАХОВЩИКОВ ЛИШАТ ДОХОДА
ОТ НЕИСПОЛЬЗОВАННЫХ СРЕДСТВ ОМС

Депутаты Госдумы РФ во втором чтении приняли проект поправок к 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании», предполагающий отмену для страховых медицинских организаций (СМО) возможности получения 10% от средств, которые не были потрачены на лечение застрахованных. Ранее в Правительстве РФ отмечали, что размер экономии целевых средств на зависит от результатов деятельности страховщика.

Предлагается признать утратившим силу пункт 5 части 4 статьи 28 ФЗ «Об ОМС». Годовой объем средств, которые проводятся через страховую компанию, определяется исходя из количества застрахованных в ней и дифференцированных подушевых нормативов. Сейчас от сэкономленной части средств 10% полагается СМО.

«Фактически, не затрачивая никаких усилий, не производя никаких действий, страховые медицинские компании получают 10% от суммы данного счета. Мы считаем, что это неправильно», – прокомментировал член Комитета по охране здоровья Юрий Кобзев.

Согласно 326-ФЗ, территориальный фонд предоставляет СМО средства на ведение дела по ОМС не менее 1% и не более 2% от объема финансирования медпомощи по ОМС. Кроме того, СМО может получить 15–25% объема от применяемых к медицинским организациям санкций за выявленные нарушения при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи.

Об ужесточении контроля над страховыми компаниями стало известно в 2015 году – тогда президент Владимир Путин заявил о необходимости законодательных корректив в работе СМО. После этого Минздрав РФ разработал законопроект, усиливающий контроль за медстраховщиками, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова заявила о необходимости ввести в штат всех задействованных в системе ОМС компаний новую позицию – страхового поверенного, отвечающего за сопровождение пациентов, а Минэкономразвития предложило увеличить уставной капитал операторов вдвое – с 60 млн до 120 млн рублей. Обе инициативы были реализованы. В феврале 2018 года Минздрав РФ и ФФОМС предлагали лишать страховые медицинские организации лицензий за некачественную работу.

Источник: VADEMECIUM

ПЕРЕХОД НА ЦЕЛЕВОЕ ОБУЧЕНИЕ НА ЛЮБОМ КУРСЕ

Глава России Владимир Путин сообщил на встрече с общественностью в Липецкой области, что уже сейчас для студентов-медиков возможен переход на целевое обучение на любом курсе.

«То, что вы предлагаете, можно сделать уже сейчас, потому что уже сейчас соответствующие работодатели – регионы, центры региональные и федеральные – могут заключать договоры в процессе обучения со студентом, если студент сам этого пожелает и готов к этому», – приводит ТАСС пояснения главы России.

Владимир Путин подчеркнул, что заключение такого договора может быть «обоюд-



полезным»: «Во-первых, человек будет знать заранее, куда он пойдет работать, а второе – будущий работодатель будет обязан предпринять определенные шаги по поддержке этого студента». Президент подтвердил, что доля студентов-целевиков по программе «Лечебное дело» должна составить 70%, по «Педиатрии» – 75%, а по остродефицитным специальностям – все 100%. Владимир Путин говорил об этом ранее в Послании Федеральному собранию России 15 января.

МИХАИЛ МУРАШКО СТАЛ НОВЫМ МИНИСТРОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

Президент Владимир Путин утвердил кандидатуру руководителя Росздравнадзора Михаила Мурашко на пост министра здравоохранения РФ. Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения он возглавлял с 2013 года. О том, какими соображениями будет руководствоваться в новой для себя роли министр Мурашко, можно судить по его инициативам на посту руководителя Росздравнадзора.

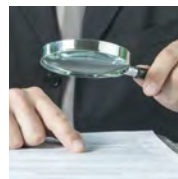
Мурашко сменил Веронику Скворцову, которая возглавляла ведомство с мая 2012 года и ушла в отставку вместе с кабинетом Дмитрия Медведева 15 января 2020 года.

Михаил Мурашко родился в Свердловске, учился в Уральском государственном медицинском институте. После окончания вуза в 1992 году работал врачом акушером-гинекологом в республиканской больнице в Сыктывкаре. В 1996 году был назначен сначала заместителем главврача, а затем и главным врачом областного перинатального центра, которым руководил до 2006 года.

В марте 2006 года Мурашко стал министром здравоохранения Республики Коми. После ухода с этой должности и до назначения в федеральную службу заведовал кафедрой акушерства и гинекологии в филиале Кировской государственной медицинской академии в Сыктывкаре.

В июле 2012 года Мурашко стал заместителем Елены Тельновой – руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, в июле 2015 года премьер-министр Дмитрий Медведев утвердил Мурашко в должности руководителя Росздравнадзора.

Мурашко – доктор медицинских наук по двум специальностям: «организация здравоохранения и общественное здоровье» и «акушерство и гинекология», профессор Первого МГМУ им. И. М. Сеченова и заведующий кафедрой исследования, испытания и эксплуатации медицинской техники в МГТУ им. Н. Э. Баумана.

РАБОЧАЯ ГРУППА ПО РЕАЛИЗАЦИИ МЕХАНИЗМА «РЕГУЛЯТОРНОЙ ГИЛЬТИНЫ»
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Руководитель здравоохранения РФ Михаил Мурашко и вице-президент «ОПОРЫ РОССИИ», президент Ассоциации частных клиник Москвы и ЦФО Александр Грот стали сопредседателями Рабочей группы по реализации механизма «регуляторной гильотины» в сфере здравоохранения. Решение об этом было принято на первом заседании Рабочей группы. Ответственным секретарем Рабочей группы стала руководитель социальных проектов группы компаний «МЕДСИ» Наталья Владимирская.

Всего в группу вошло 24 человека, среди которых: президент АО «Группа компаний «МЕДСИ» Елена Брусилова, генеральный директор ГК «Мать и Дитя» Марк Курцер, председатель правления ООО «Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем имени Сергея Березина» Аркадий Столпнер и др.

Рабочие группы сформированы правительственной подкомиссией по совершенствова-

нию контрольных (надзорных) и разрешительных функций федеральных органов исполнительной власти при участии аналитического центра при правительстве, аналитического центра «Форум», ведущих деловых объединений (РСПП, «Деловая Россия», «ОПОРА РОССИИ», ТПП), Ассоциации Европейского бизнеса, Уполномоченного по защите прав предпринимателей.

Члены рабочих групп примут участие в формировании новых структур регулирования и подготовке проектов нормативных правовых актов. Они будут оценивать предложения госорганов и разрабатывать собственные предложения, касающиеся всех механизмов контроля.

Результатом работы групп, которая будет вестись до конца 2020 года, должно стать создание нового контрольно-надзорного регулирования.

Механизм «регуляторной гильотины» предполагает отмену всех контрольно-надзорных требований к бизнесу, которые не будут пересмотрены и актуализированы к 2021 году.

НОМЕНКЛАТУРА СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Утвержден Приказ Минздрава РФ № 996н от 9 декабря 2019 года о внесении изменений в Номенклатуру специальностей выпускников, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование.

Перечень пополнился такими профилями, как «детская онкология-гематология», «медицинская микробиология» и «физическая и реабилитационная медицина».

Номенклатура специальностей была утверждена в октябре 2015 года приказом Минздрава № 700н и содержала 94 позиции. В октябре 2016 года ведомство добавило в перечень «лечебное дело», «медико-профилактическое дело», «медицинскую биохимию», «медицинскую биофизику», «медицинскую кибернетику», «сестринское дело» и «фармацию».

Теперь в этом перечне 104 позиции, документ разработан «в связи с необходимостью подготовки специалистов, специализация которых соответствует последним достижениям медицинской науки, а также потребностям населения в оказании медицинской помощи».

Источник: VADEMECUM

ТРЕБОВАНИЯ ПО ЗАРПЛАТАМ МЕДИКОВ НА 2020 ГОД

Решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений утверждены Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2020 год. Раздел «Особенности формирования систем оплаты труда в здравоохранении» претерпел значительные изменения по сравнению с прошлогодним документом.

Так, в отраслевой раздел X включена норма о недопущении в 2020 году снижения установленных Указом Президента РФ от 7 мая 2012 года № 597 показателей оплаты труда медицинских работников.

При этом если в прошлогодних рекомендациях содержалось пожелание об увеличении доли выплат по окладам в структуре заработной платы без учета выплат компенсационного характера до 55–60%, то теперь речь идет о планке «не ниже 55%».

Все ранее предусмотренные рекомендации, учитывающие специфику оплаты труда в здравоохранении, в разделе сохранены.

Основная цель ежегодного утверждения Единых рекомендаций, предусмотренных ст. 135 Трудового кодекса РФ, – формирование общих принципов и подходов в установлении заработной платы работникам бюджетной сферы на уровне субъектов. Рекомендации учитываются Правительством РФ, органами государственной власти регионов и местного самоуправления при определении объемов финансового обеспечения деятельности госу-

дарственных и муниципальных учреждений и при разработке законов и иных нормативных правовых актов по оплате труда работников указанных учреждений.

В основе Единых рекомендаций на 2020 год заложены концептуальные подходы формирования и совершенствования систем оплаты труда, предусмотренные действующим трудовым законодательством, актуализированные с учетом принятых в течение 2019 года отдельных правовых норм в сфере оплаты труда, отмечает ЦК профсоюза работников здравоохранения.

По требованию профсоюзной стороны в рекомендации включены положения, обеспечивающие повышение государственных гарантий по оплате труда в соответствии с правовыми позициями, изложенными в ряде постановлений Конституционного суда РФ, а также с учетом поручений президента страны по установлению требований к отраслевым системам. В их числе общие положения для всех государственных, муниципальных учреждений: о формировании фонда оплаты труда учреждения, об установлении минимального размера оплаты труда, окладов (должностных окладов), о регулировании порядка размеров и условий определения выплат компенсационного характера. Обращается внимание на необходимость формирования и установления окладов (должностных окладов) на основе квалификационных уровней профессиональных квалификационных групп.

Источник: Медвестник

ЗАКОНОПРОЕКТ О РЕГУЛИРОВАНИИ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ

Группа депутатов внесла на рассмотрение законопроект, ограничивающий максимальную допустимую долю аптек одной сети в пределах одного населенного пункта до 20%, а маркетинговые бонусы от производителей – до 5%. Об этом пишет «Коммерсант».

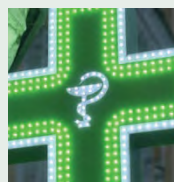
Согласно документу, аптечным сетям запрещается приобретать и арендовать дополнительную торговую площадь, если их доля в рамках одного населенного пункта превышает 20% объема всех реализованных препаратов.

Изначально предполагалось ввести ограничения по максимально допустимой доле на рынке одной аптечной сети до 35% в субъекте РФ и до 15% в стране. При этом в случае нарушения этого ограничения предполагалось запрещать организации вести свою деятельность.

По словам источника «Коммерсанта» на рынке фармрозницы, законопроект может коснуться в первую очередь не федеральных игроков, а локальных сетей. Так, в некоторых малых населенных пунктах может быть только одна небольшая сеть, доля которой при этом приближается к 100%.

Кроме этого, законопроект вводит ограничения по максимально допустимому объему маркетинговых выплат сети от производителя до 5%.

Сети также предполагается обязать информировать покупателей о наличии более дешевых препаратов в рамках одного МНН.



ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ВНЕПЛАНОВЫХ ПРОВЕРОК КЛИНИК



Минздрав подготовил список индикаторов риска, которые могут стать основанием для проверки медучреждения Росздравнадзором. Он прописан в проекте ведомственного приказа, который проходит общественное обсуждение на Федеральном портале проектов нормативных правовых актов.

Первый индикатор – рост смертельных случаев пациентов с острым коронарным синдромом или острым нарушением мозгового кровообращения в первые сутки с момента госпитализации.

Второй – поступление в Росздравнадзор информации о невыполнении или несвоевременном, ненадлежащем выполнении процедур, необходимых пациенту.

Третий – проведение непоказанных или неоправданных с клинической точки зрения методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, если они привели к ухудшению состояния здоровья пациента, его инвалидизации или смерти.

К концу 2025 года число смертельных случаев, заболеваний и отравлений благодаря риск-ориентированному подходу, на который переходит Минздрав, должно снизиться вдвое.

Сейчас четких критериев для решения о внеплановой проверке нет, кроме обращений граждан в Росздравнадзор, в которых говорится о том, что в больнице или поликлинике нарушили правила оказания медпомощи. Или, к примеру, ведомство провело в 2018 году массовые проверки клиник пластической хирургии по поручению вице-премьера Татьяны Голиковой. Проверки затронули 1,2 тысячи клиник, и в 75% из них (820) было выявлено 3,2 тысячи нарушений, 300 клиник в итоге были лишены лицензии.

Как и другие ведомства, Росздравнадзор переходит от «тотального» к риск-ориентированному подходу к контролю и надзору, при котором интенсивность и объем проверок зависят от уровня потенциального риска причинения вреда жизни и здоровью граждан. В результате к концу 2025 года число смертельных случаев, заболеваний и отравлений должно снизиться вдвое, а уровень материального ущерба – на 30%.

Источник: Российская газета

ИТОГИ ПРЕСС-КОНФЕРЕНЦИИ КОМИССИИ ВОЗ, ВЕРНУВШЕЙСЯ ИЗ КИТАЯ

1. 75–85% случаев заражения произошло воздушно-капельным путем в результате близких контактов между родственниками, проживающими вместе. Передача мелкодисперсных аэрозолей на большие расстояния не является основной причиной заражения. Большинство из 2055 заразившихся медицинских работников были инфицированы либо дома, либо на ранней стадии вспышки эпидемии, когда меры предосторожности не были жесткими.

2. 5% больных требовалась искусственная вентиляция легких. 15% требовалось дыхание высококонцентрированным кислородом продолжительное время, более чем несколько дней. Средняя продолжительность болезни для тяжелобольных пациентов составляет 3–6 недель. Легкобольные поправляются за две недели. Количество больных и продолжительность лечениякратно превышали возможности всех госпиталей (45) в Ухане, из них шесть для тяжелобольных. 39 госпиталей для серьезно больных и для инфицированных старше 65 лет.

3. Китай производит 1,6 млн тестовых наборов в неделю. Это позволяет проверять всех обратившихся к врачу с высокой температурой.

4. У подавляющего большинства инфицированных рано или поздно проявляются симптомы. Количество случаев скрытого течения болезни редко, и большинство из носителей заболевают в течение нескольких дней после обнаружения.

5. Наиболее распространенные симптомы: лихорадка (88%), сухой кашель (68%), изнеможение (38%), отхаркивание слизи во время кашля (33%), боль в мышцах (14%), озноб (11%). Реже встречаются тошнота (5%) и понос (4%). Насморк НЕ ЯВЛЯЕТСЯ симптомом.

6. Уровень смертности составляет 3,4%. Он зависит от возраста, состояния пациента до болезни, пола и в особенности от качества медицинской помощи.

7. 20% инфицированных нуждаются в помещении в госпиталь на протяжении нескольких недель. Китай имеет емкость госпиталей 0,4% от размера популяции, другие страны – от 0,1 до 1,3%, и большая часть из этих мест уже занята пациентами с другими болезнями.

8. Первое, что необходимо сделать, это агрессивно сдерживать распространение вируса для того, чтобы поддерживать количество серьезно больных на низком уровне, и второе – увеличить количество койко-мест в госпиталях. Также следует позаботиться о персонале и материальном обеспечении. Китай непрерывно тестирует методы лечения болезни. Наиболее успешные немедленно принимаются на вооружение по всей стране, что позволило снизить уровень смертности по сравнению с прошлым месяцем.

9. Чем вы моложе, тем менее вероятно, что вы заразитесь или серьезно заболеете.

10. Женщины заболевают так же часто, как и мужчины, однако смертность среди женщин составила только 2,8% в сравнении с мужчинами – 4,7%.



возраст	заболевшие	умершие
0–9	0,9%	0
10–19	1,2%	0,1%
20–29	8,1%	0,2%
30–39	17,0%	0,2%
40–49	19,2%	0,4%
50–59	22,4%	1,3%
60–69	19,2%	3,6%
70–79	8,8%	8,0%
80+	3,2%	14,8%

11. Вероятность заболеть у беременных не выше, чем у остальных людей. Девяти роженицам провели кесарево сечение, и это помогло избежать инфицирования новорожденных.

12. Вирус на 96% генетически идентичен известному вирусу у летучих мышей и на 86–92% идентичен вирусу у ящериц. Следовательно, передача мутировавшего вируса от животного к человеку была наиболее вероятной причиной возникновения эпидемии.

13. С конца января количество вновь инфицированных в Китае постепенно снижается, 329 новых случаев за прошлый день. Месяц назад в день выявлялось 3000 заболевших.

14. Эффективным способом сдерживания вируса является опрос заболевших об их контактах с последующим тестированием выявленных потенциальных зараженных.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО КОНТРОЛЮ ИНФЕКЦИЙ,
СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (НП «НАСКИ»)
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ* МЗ РФ



ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

9-10 апреля
2020 года



НАСКИ
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ПО КОНТРОЛЮ ИНФЕКЦИЙ

2020 МП

УФА
Конгресс-холл
«ТОРАТАУ»
ул. Заки Валиди, 2

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Участие специалистов в конференции БЕСПЛАТНОЕ

Пройдите регистрацию на сайте www.nasci.ru

nasci.ru

Организационный комитет: НП НАСКИ ✉ info_nasci@mail.ru. О.В. Ковалишена: +79036083908,
Р.В. Полибин: +79263495243, А.М. Мухаметзянов: +79177733144

Организационный партнер: ✉ remedium@remedium-nn.ru. Издательство «РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ»



Главная тема

Л. Д. ПОПОВИЧ, Институт экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, г. Москва

Лекарственное страхование – выбор пути

Проблема ценовой доступности лекарственных средств остро встает как перед пациентами, страдающими серьезными заболеваниями, так и перед государством и обществом в целом. Представители регуляторных органов, организаторы здравоохранения, экономисты, врачи, специалисты и эксперты сферы обращения ЛС предлагают разные способы решения проблемы. Один из них – внедрение системы частичного или полного возмещения стоимости лекарственных препаратов при покупке их в аптеке. Эту систему еще условно принято называть системой «лекарственного страхования», главной целью которой является обеспечение гражданам возможности при лечении на амбулаторном этапе получать препараты бесплатно или со значительной скидкой, что гарантировало бы им адекватное и эффективное лечение.

Система страхового возмещения затрат на лекарственные средства (система социального лекарственного страхования) широко применяется во многих странах мира. Вслед за государствами, где она действует с давних времен, к ней довольно быстро пришли страны Восточной Европы в начале 90-х годов.

Модели в разных странах различаются: в одних лекарства по рецепту врача полностью бесплатны для пациентов, в других существуют соплатежи. Наиболее распространена классическая солидарная модель, когда все население делает ежемесячные страховые отчисления, а лекарства получают пациенты при наступлении страхового случая. Как правило, при реализации концепции лекарственного страхования формируются специальные перечни лекарств для возмещения их стоимости. Весьма распространенной практикой является включение в списки возмещения вместо дорогих оригинальных препаратов более дешевых воспроизведенных ЛС с той же эффективностью. Общим для

всех моделей является правило, согласно которому выписку препаратов производят обоснованно, по медицинским показаниям, но в то же время и рационально, с учетом экономических соображений. Для реализации этой задачи используются различные инструменты, прежде всего – продуманная ценовая политика, применение референтных (единых для группы взаимозаменяемых лекарственных препаратов) цен. Большое внимание уделяется надзору за результативностью лекарственной терапии, обоснованностью и рациональностью назначений. Эту функцию выполняют, в частности, страховые компании или больничные кассы.

РОССИЙСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДОСТУПНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Отдельные элементы системы лекарственного возмещения существуют и в нашей стране. Это обеспечение медикаментами льготных категорий граждан (инвалидов, ветеранов, беременных, детей до трех лет и т. п.), больных значимыми социальными недугами (туберкулез, ВИЧ/СПИД, венерические заболева-

ния и т. д.), а также тяжелыми хроническими заболеваниями, требующими высокочастотного лечения.

Однако наличие льгот для отдельных категорий населения не снижает остроты проблемы для остальных категорий граждан. Анализ структуры населения, имеющего и не имеющего доступ к льготным лекарственным препаратам в амбулаторном сегменте, показывает, что почти 82% населения в принципе не имеют никаких льгот. Из оставшихся 18%, а это около 26 млн человек, приблизительно половина монетизировали льготы.

Существующий порядок не позволяет оказывать действительно эффективную амбулаторную помощь, потому что бесплатные лекарства для подавляющего большинства населения предоставляются только в стационарном сегменте. Получается парадокс: чтобы получить эффективную фармакотерапию, нужно госпитализироваться, т. е. население мотивировано на ухудшение состояния здоровья.

Таким же, по сути, является мотивационный сигнал для получения статуса инвалида, поскольку это позволяет приобретать лекарства на льготных условиях.

Исправить ситуацию можно, внедрив корректно выстроенную модель возмещения всем гражданам при возникновении необходимости лечения на амбулаторном этапе частичной или полной стоимости выписанных врачом рецептов

турных лекарств (страхового лекарственного возмещения), которую условно можно назвать системой обязательного лекарственного страхования (ОЛС).

Одним из важнейших преимуществ этой системы является то, что она фокусирует здравоохранение на снижение рисков развития болезней. Лекарство становится доступным человеку уже в начале заболевания – когда оно еще не перешло в хроническую форму или в стадию обострения. Соответственно, снижаются тяжесть заболевания и затраты на лечение, представляющие для нашей страны серьезную проблему.

ОЛС – ВОЗМОЖНЫЕ КОНСТРУКЦИИ

Любые возможные модели лекарственного обеспечения населения в условиях социального страхования могут включать следующие ключевые элементы:

- ◆ государственное регулирование цен,
- ◆ выделение категорий льготников,
- ◆ формирование ограничительных перечней ЛС,
- ◆ механизмы компенсации затрат,
- ◆ управление назначением ЛС.

Кроме того, они содержат целый ряд составляющих, которые можно варьировать как кубики конструктора (рис. 1).

При разработке российской модели лекарственного страхования целесообразно исходить из того, что наиболее просто оплату лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении было бы осуществлять аналогично оплате медикаментозной терапии при стационарном лечении, т. е. путем включения лекарственной составляющей в подушевой норматив финансирования программы ОМС. При этом необходимые расходы должны быть предусмотрены в составе тарифов амбулаторно-поликлинической помощи.

На сегодняшний день возможны четыре модели лекарственного обеспечения на амбулаторно-поликлиническом уровне в системе ОМС, когда оплата аптеке части стоимости лекарственных средств, отпущенных застрахованным при амбулаторном лечении – модель 1 (рис. 2) – производится территориаль-

ным фондом ОМС. В модели 2 – страховой медицинской организацией (рис. 3). В модели 3 оплата производится амбулаторно-поликлиническим учреждением (рис. 4). А в модели 4 застрахованный платит аптеке полную стоимость лекарств, а затем компенсация застрахованному части затрат производится страховой медицинской организацией (рис. 5).

Для всех моделей предусмотрено солидарное участие застрахованных в оплате лекарственной помощи в соответствии с условиями страхования. Условия страхования могут включать как одинаковый, так и разный объем покрытия из государственных источников. Соответственно, объем некомпенсируемой части стоимости лекарств (франшиза) может дифференцировать-

ся по разным категориям населения и разным группам ЛС.

Модели могут быть реализованы в двух вариантах: при выписке рецептов по международным непатентованным наименованиям (МНН) и торговым наименованиям (ТН). Наиболее рациональным ограничением является требование наличия препаратов в списке жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП).

Общими для моделей 1–3 являются следующие элементы:

1. **Программа страхования:** Перечень ЖНВЛП.
2. **Контингент:** все население, за исключением больных, входящих в программу ОНЛС (в случае добровольного перехода эти больные включаются в систему страхования). Решение о вклю-

РИСУНОК 1

Составляющие лекарственного обеспечения при социальном страховании

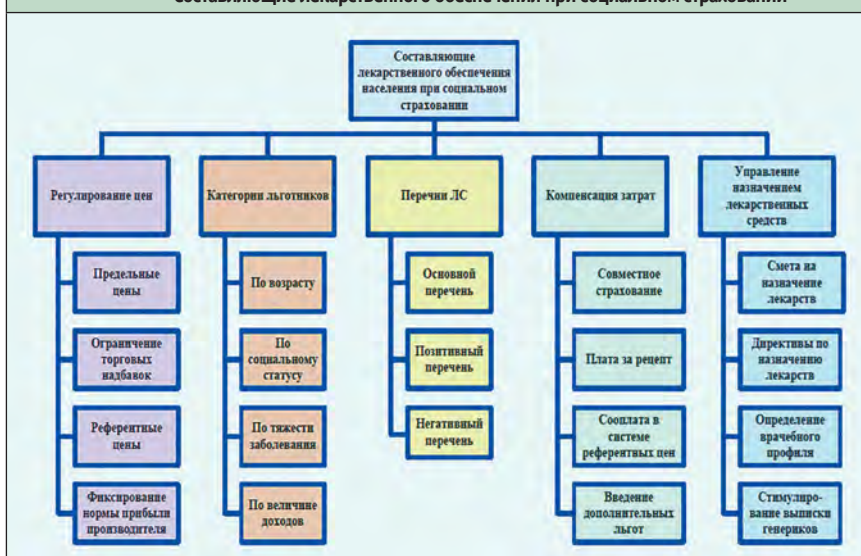
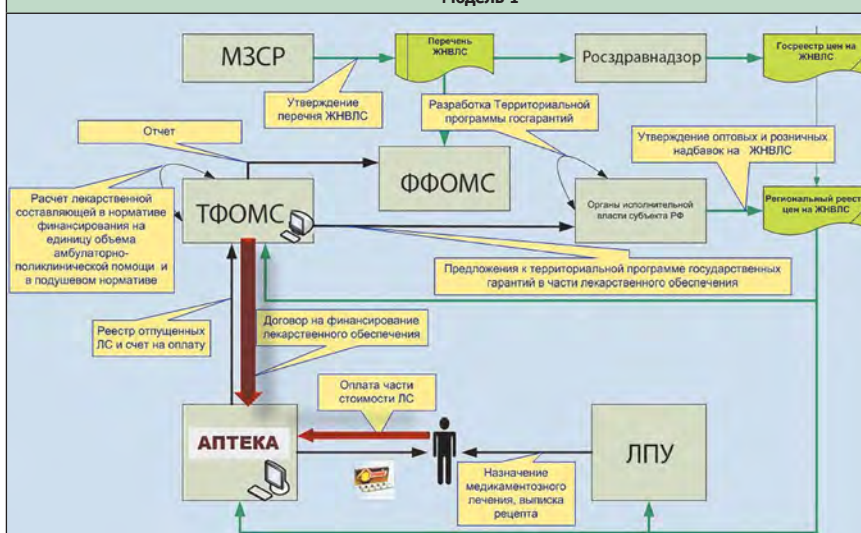


РИСУНОК 2

Модель 1



чении больных, обеспечиваемых по программе «12 высокостратных нозологий», в страховую модель в части обеспечения препаратами, не предусмотренными федеральной льготой, принимается региональными органами власти.

3. **Сумма компенсации:** часть зарегистрированной стоимости препарата + региональные оптовые и розничные надбавки.

4. **Порядок отпуска:** по рецепту.

5. **Технология:** пациенту на приеме в ЛПУ назначается необходимое медикаментозное лечение и выписываются рецепты на ЛС, включенные в перечень ЖНВЛП. Рецепты выписываются по МНН или по ТН. Пациент в соответствии с рецептом в аптеке, участвующей в системе страхового лекарственного обеспечения, приобретает за часть стоимости необходимое ЛС (франшиза). Аптека фиксирует факт продажи ЛС на POS-терминале, оснащенном ПО для формирования реестра отпущенных ЛС и содержащем следующие данные: дату отпуска ЛС; код ЛПУ, выписавшего рецепт; серию, номер полиса ОМС пациента; штрих код ЛС в цифровом выражении; МНН ЛС; торговое наименование ЛС; форму выпуска ЛС; отпущенное количество ЛС; отпускную цену; стоимость отпущенного ЛС; сумму, оплаченную пациентом; сумму, подлежащую компенсации аптеке.

Сформированный реестр отпущенных ЛС (РОЛС) вместе со счетом на оплату с установленной периодичностью направляется в организацию, уполномоченную компенсировать аптекам затраты сверх объема франшизы: в территориальный фонд ОМС (модель 1), в СМО (модель 2) или в ЛПУ (модель 3).

В случае выписки рецептов по МНН оплата производится следующим образом: получивший счет уполномоченный плательщик осуществляет проверку реестра на предмет наличия отпущенных ЛС в Перечне ЖНВЛП и соответствия их стоимости ценам, зарегистрированным в установленном порядке (региональный реестр цен на ЖНВЛП). После проверки счет оплачивается аптеке

РИСУНОК 3

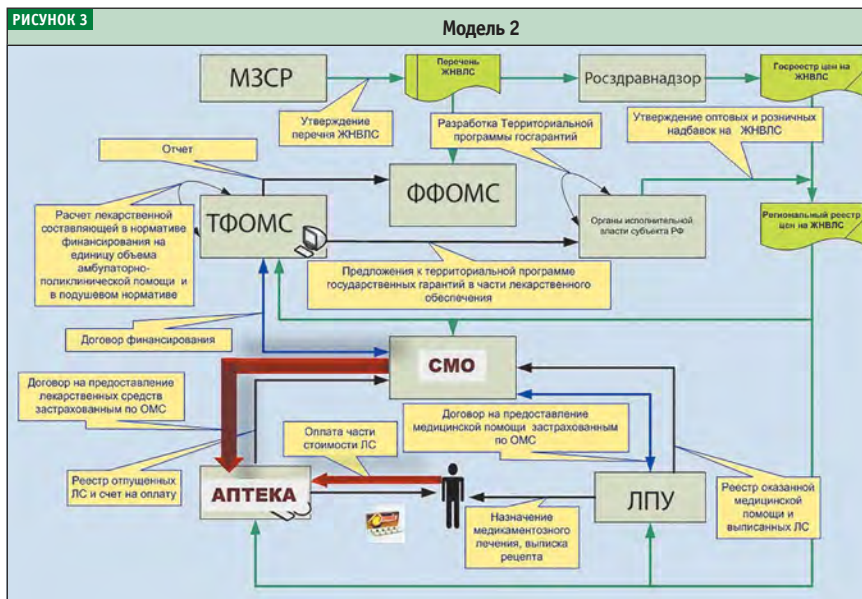


РИСУНОК 4

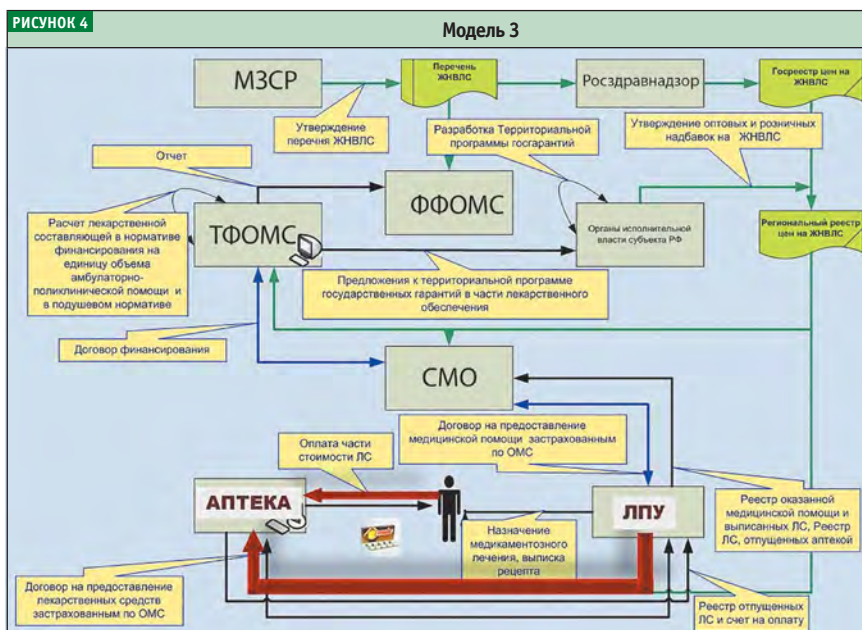
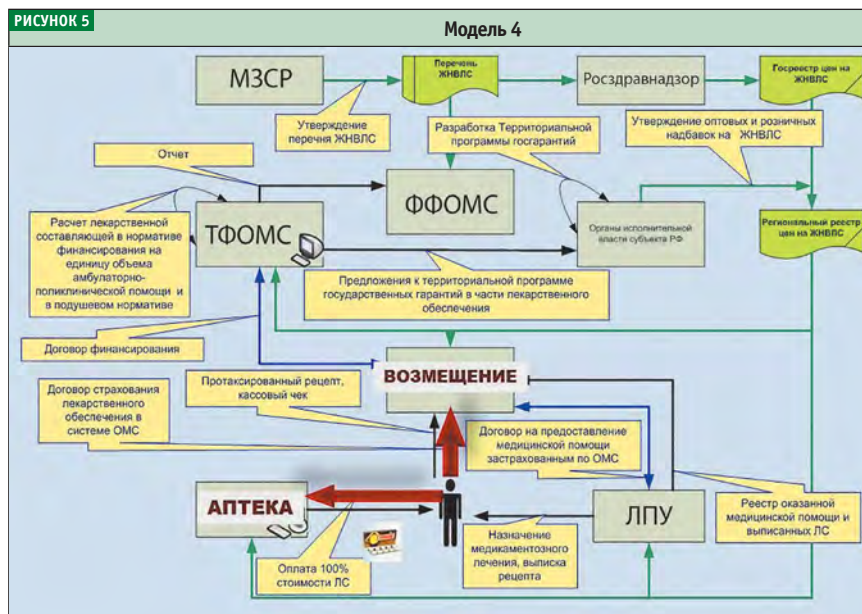


РИСУНОК 5



(за исключением стоимости отпущенных ЛС, не включенных в Перечень ЖНВЛП). Стоимость ЛС, включенных в Перечень ЖНВЛП, но отпущенных по цене, превышающей установленную, оплачивается по установленной цене (референтная цена возмещения).

В случае выписки рецептов по ТН оплата производится следующим образом: при отпуске в аптеке препарата с ТН, соответствующим выписанному, общая стоимость ЛС, компенсируемого за счет личных средств застрахованного (франшиза) и за счет уполномоченного плательщика, соответствует цене отпуска и не может быть больше утвержденной в установленном порядке. При отпуске в аптеке препарата с иным ТН, относящегося к данному МНН, но имеющего более высокую цену по сравнению с выписанным ЛС, аптеке компенсируется стоимость в соответствии с ценой выписанного ЛС (референтная цена возмещения). При отпуске в аптеке препарата с иным ТН, относящегося к данному МНН, но имеющего более низкую цену по сравнению с выписанным ЛС, аптеке компенсируется стоимость в соответствии с ценой отпущенного препарата (референтная цена возмещения).

Следует отметить, что включение в модель (2 или 3) СМО позволяет реализовать дополнительные противозатратные механизмы. При выявлении фактов оказания некачественной медицинской помощи, связанной с назначением ЛС, не показанных застрахованному с данным диагнозом, СМО оплачивает аптеке счет, но удерживает с ЛПУ стоимость отпущенного пациенту выписанного, но не показанного больному ЛС (в модели 2). В модели 3 стоимость не показанного больному ЛС удерживается в платеже ЛПУ. При выявлении впоследствии у пациента нарушений состояния здоровья, связанного с приемом не показанного ему ЛС, СМО может применить к ЛПУ финансовые санкции.

Имеет свои особенности и модель 4. При обращении пациента в аптеку с рецептом, выписанным на препараты из Перечня ЖНВЛП, он оплачивает полную стоимость ЛС. Аптека погашает

предъявленный рецепт штампом «ЛС отпущено, дата отпуска, подпись рецептара» и возвращает пациенту протаксированный бланк рецепта, по которому в аптеке отпущено ЛС, а также кассовый чек. Пациент направляет в СМО для оплаты погашенный бланк рецепта, по которому было получено ЛС, и кассовый чек. Копии погашенного бланка рецепта и кассового чека остаются у пациента. Получив документы от пациента, СМО проверяет наличие отпущенного ЛС в Перечне ЖНВЛП и соответствие оплаченной пациентом стоимости ЛС цене, зарегистрированной в установленном порядке (региональный реестр цен на ЖНВЛП). После проверки СМО частично компенсирует расходы пациента на оплату ЛС (производит страховую выплату в соответствии с референтной ценой возмещения). Стоимость отпущенных препаратов, не включенных в Перечень ЖНВЛП, не возмещается. Стоимость ЛС, включенных в Перечень ЖНВЛП, но отпущенных по цене, превышающей установленную, возмещается застрахованному по установленной цене (референтная цена возмещения является монетарным выражением лимита ответственности СМО). Аптека с установленной периодичностью направляет в СМО перечень отпущенных ЛС для ретроспективной оценки качества медикаментозного лечения застрахованных.

При отпуске пациенту более дорогого аналога компенсация осуществляется по цене выписанного препарата. В случае отпуска более дешевого аналога компенсация осуществляется по цене этого ЛС.

Для функционирования всех вышеописанных моделей лекарственного обеспечения на амбулаторно-поликлиническом уровне в системе ОМС в качестве основы для программы лекарственного обеспечения используется Перечень ЖНВЛП, разрабатываемый Министерством здравоохранения РФ и утверждаемый Правительством РФ.

На основании Перечня ЖНВЛП орган исполнительной власти субъекта РФ разрабатывает региональный перечень и определяет с учетом величины опто-

вых и розничных торговых надбавок, утвержденных в установленном порядке, предельные отпускные цены на ЛС, вошедшие в региональный перечень. При этом номенклатура ЛС, вошедших в региональный Перечень ЖНВЛП, не может быть меньше номенклатуры ЛС Перечня ЖНВЛП, утвержденного правительством РФ. Утвержденный органом исполнительной власти субъекта РФ региональный реестр цен на ЖНВЛП доводится до всех участников программы лекарственного обеспечения на амбулаторно-поликлиническом уровне в системе ОМС субъекта РФ (ТФОМС, страховые медицинские организации, ЛПУ, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь застрахованным, аптеки, осуществляющие отпуск ЛС населению).

ТФОМС с учетом регионального реестра цен на ЖНВЛП и других данных проводит расчет лекарственной составляющей в нормативе финансирования единицы объема амбулаторно-поликлинической помощи и подушевом нормативе финансирования программы ОМС и представляет в виде соответствующих предложений к проекту территориальной программы государственных гарантий органу исполнительной власти субъекта РФ. После утверждения территориальная программа государственных гарантий публикуется в открытой печати.

ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ МОДЕЛЕЙ

Для того чтобы оценить недостатки и преимущества предлагаемых моделей лекарственного обеспечения на амбулаторно-поликлиническом уровне в системе ОМС, необходимо учесть следующее:

- ◆ насколько предлагаемые модели просты и удобны для застрахованного;
- ◆ существует ли возможность включения противозатратных механизмов при выписке медикаментов;
- ◆ как обеспечивается возможность контроля качества медикаментозного лечения;
- ◆ возможность контроля отпуска ЛС;
- ◆ насколько просты организационная и технологическая реализации.

Если оценивать модели по этой сумме критериев, то видно, что из предложенных моделей менее удобной для застрахованных представляется модель 4, в которой пациент оплачивает в аптеке полную стоимость ЛС, а затем должен активно взаимодействовать со страховой медицинской организацией, направляя ей обслуженные рецепты и кассовые чеки с целью получения полагающейся компенсации (страховой выплаты). Для других моделей участие пациента ограничивается оплатой в аптеке установленной доли стоимости препаратов (франшизы).

Противозатратные механизмы лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении в системе ОМС предполагают заинтересованность медицинских учреждений в выписке эффективных ЛС, обеспечивающих более низкую стоимость курсового лечения, а также в предупреждении стремления аптек к отпуску наиболее дорогих препаратов из выписанных. В первом случае противозатратные механизмы представляют собой совокупность решений, стимулирующих, например, выписку дженериков или отечественных препаратов. Мотивирование медицинских учреждений к такой выписке заключается в сохранении за медицинским учреждением средств, сэкономленных из финансовых ресурсов, предназначенных для оплаты отпущенных лекарств. Это возможно при финансировании медицинского учреждения по тарифам, содержащим лекарственную составляющую. Такая возможность может быть реализована в модели 3, опосредованно через вневедомственный контроль СМО в модели 2. В модели 1 и 4 этот механизм не включается, поскольку ТФОМС, как правило, не проводит экспертизы обоснованности назначений лекарственных препаратов в ЛПУ.

Предупреждение аптек к отпуску наиболее дорогих ЛС обеспечивается выпиской рецептов по конкретному ТН лекарства (а не по МНН), что не позволит аптеке произвольно осуществлять замену выписанного препарата на его более дорогой аналог, хотя и

относящийся к тому же МНН: по указанному параметру равнозначный.

Возможности контроля качества медикаментозного лечения заключаются в сопоставлении назначенной медикаментозной терапии со стандартами медицинской помощи (клиническими рекомендациями) в рамках действующего законодательства, регламентирующего экспертную деятельность, что может быть реализовано в полном объеме во 2–4-й моделях и в ограниченном объеме – в 1-й модели. Контроль отпуска ЛС позволяет не только выявить возможные нарушения и ошибки в оформлении реестров и счетов аптек, предъявляемых к оплате (что может предупредить нерациональное расходование финансовых ресурсов), но и проверить получение больными именно тех лекарств, которые выписаны врачом, это равнозначно предусмотрено во всех моделях. Такой критерий, как организационная и технологическая простота реализации, подразумевает возможность максимального использования сложившихся в ОМС организационной и информационной инфраструктур, минимизацию дополнительных функций и взаимодействий для субъектов лекарственного обеспечения на амбулаторно-поликлиническом уровне, наличие кадровых ресурсов для экспертизы качества медикаментозного лечения больных в системе ОМС.

Суммарные результаты анализа критериев оценки моделей представлены в таблице. Из приведенной таблицы следует, что наибольшее число позитивных элементов имеется в моделях 2 и 3. Если удобство для застрахованных и возможность контроля качества медикаментозного лечения в этих моделях можно оценить как одинаковые, то возмож-

ность реализации противозатратных механизмов выше в модели 3, что обеспечивается мотивацией медицинского учреждения к выписке более эффективных с точки зрения фармакоэкономики ЛС.

В организационном и технологическом плане реализация модели 2 может быть несколько более предпочтительна, чем модели 3, так как в последнем случае медицинскому учреждению необходимо выполнять несвойственные ему в настоящее время функции, связанные с контролем отпуска аптеками ЛС и оплатой отпущенных пациентам препаратов, что потребует дополнительных расходов. Хотя и в СМО дополнительные функции также придется возлагать на экспертов, что может потребовать увеличения затрат.

Таким образом, оценивая общий потенциал моделей с точки зрения критериев отбора, можно говорить о сравнительной предпочтительности организации лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении застрахованных в системе ОМС по модели 2 или модели 3. Вместе с тем при выборе модели 2 следует учитывать необходимость усиления мотивации медицинских учреждений к активному участию в осуществлении противозатратных мер при назначении медикаментозного лечения. Поскольку мотивация медицинских учреждений определяется особенностями их финансирования, механизм мотивации должен быть реализован с помощью выбора оптимального способа оплаты медицинских услуг, ориентированного на качество медикаментозного лечения, и отражен в договоре на предоставление медицинской помощи по ОМС, заключаемом со страховой медицинской организацией.

Сводная таблица критериев оценки различных моделей				
ТАБЛИЦА	Модель 1 «ТФОМС»	Модель 2 «СМО»	Модель 3 «ЛПУ»	Модель 4 «Пациент»
Удобство для застрахованного	++	++	++	--
Возможность реализации противозатратных механизмов	--	+	++	-
Возможность контроля качества медикаментозного лечения	-	++	++	++
Возможность контроля отпуска лекарственных средств	+	+	+	+
Организационная и технологическая простота реализации	ДВ+3	ДВ+3	ДВ+3	ДВ+3

ДВ – необходимо установление системы дополнительного взаимодействия.
3 – необходимы дополнительные организационные затраты

Решение этой задачи позволяет обеспечить преимущества модели 3 перед моделью 2 и выводит ее в лидеры с точки зрения итоговой оценки потенциала рассматриваемых моделей.

ОБЩИЕ РИСКИ РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КУПИРОВАНИЯ

Реализация любой модели связана с определенными рисками, основными из них являются:

- ◆ Недостаточная финансовая сбалансированность. Федеральные и региональные власти должны быть способны финансировать свои обязательства в предусмотренном моделью объеме.

- ◆ Непонимание участниками процесса. Все участники (врач, провизор, оптовик, пациент) должны быть в состоянии понять систему, желать и быть способными действовать в ее рамках.

- ◆ Недостаточная обеспеченность правовыми механизмами. Система должна быть доступна для государственного наблюдения и контроля и построена таким образом, чтобы было трудно уклониться от ее реализации, а также ее исказить.

- ◆ Отсутствие стимулов для исполнения. Помимо штрафов и санкций, система должна включать в себя стимулы для поощрения соблюдения установленных правил и рационального использования лекарств.

- ◆ Дополнительные трудности в реализации. Очевидно, что невозможно разработать систему возмещения, полностью удовлетворяющую все заинтересованные звенья. Всегда найдется тот участник, интересы которого не будут учтены в полной мере.

Опыт внедрения организационных моделей, аналогичных рассмотренным выше, в России уже был.

Несмотря на ограниченность контингента населения, которое включалось в эти пилотные внедрения, модели позволили более четко высветить некоторые позитивные последствия и выявить важные барьеры для внедрения системы ОЛС в будущем.

Первый пилотный проект так называемого «лекарственного страхования» был запущен с начала 1996 г. в Южном,

Центральном и Зеленоградском административных округах Москвы. Внедрение системы позволило уже в первые месяцы существенно упорядочить льготный отпуск лекарств и расходы бюджета. В ходе проекта была актуализирована база данных о потребностях в лекарственном обеспечении 3,5 млн жителей Москвы, относящихся к льготным группам населения, а также налажено регулярное утверждение перечня ЛС и изделий медицинской техники, отпускаемых по льготным рецептам, основанное на данных о реальном потреблении лекарств населением.

Однако риски, характерные для любой системы страхования, заставили прекратить эксперимент. В их числе: экономические проблемы в стране и серьезный дефицит финансирования здравоохранения; отсутствие системы ценового регулирования и ограничений в перечне ЛС, отпускаемых в рамках эксперимента; отсутствие соплатежей пациентов, приводящее к эскалации расходов; асимметрия процессов в системе. После Москвы в период до 1999 г. аналогичные системы информационной поддержки льготного лекарственного обеспечения силами страховых компаний внедряли еще ряд регионов. Экономия, которая получалась при организационной упорядоченности льготного отпуска, достигала 25% в первые же годы реализации моделей. В последние несколько лет в ряде российских регионов были запущены пилотные проекты по повышению доступности лекарственных препаратов при лечении ряда нозологий у отдельных категорий граждан, не имеющих законодательно установленных льгот на лекарственное обеспечение (в частности, Кировская и Омская области).

НАШЕ ВЕРОЯТНОЕ «ЗАВТРА»

По моему мнению, главным барьером на пути внедрения системы лекарственного страхования является политическая неготовность к этому, подпитываемая негативным опытом внедрения системы льготного лекарственного обеспечения в рамках Ф3-178 (ОНЛС) с правом выхода из страховой модели

вместе с деньгами на ее обеспечение. Кроме того, отсутствуют свежие серьезные аналитические работы с расчетами, наши расчеты 2012 года уже устарели, что порождает справедливые опасения финансирующих структур. И мы пока не осознаем в должной мере, что вложение средств именно в амбулаторное звено ведет к реальному и очень существенному реформатированию в оптимальную сторону остальных социальных затрат.

Однако в необходимости перехода к страховым принципам лекарственного обеспечения сомневаться не приходится – эта форма социального страхования в том или ином виде широко применяется в тех государствах, где вопросы доступности лекарственной помощи являются приоритетом государственной политики. С внедрением лекарственного страхования мы вполне можем повысить эффективность нашей медицины в самое ближайшее время, что увеличит вероятность достижения амбициозных целей Указа Президента.

Огромным плюсом введения системы лекарственного страхования станет рост своевременного обращения больных за медицинской помощью и, как следствие, улучшение показателей здоровья и продолжительности жизни, уменьшение хронизации и инвалидизации, снижение уровня самолечения, а также удовлетворенность граждан решением одной из острейших социальных проблем – проблемы доступности лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении.

Поэтому мне представляется, что не нужно ждать годы, прежде чем решиться на внедрение этой системы, – расчеты необходимого финансирования вполне можно провести достаточно быстро. Окончательный выбор в пользу той или иной модели лекарственного страхования может осуществить каждый регион самостоятельно, или этот выбор может быть сделан централизованно, в зависимости от экономических реалий, которые будут существовать в момент принятия решения. Главное, это решение наконец-то должно быть принято.

ПЛАНИРУЙТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ
в ритме научно-практических конференций по терапии и неврологии
в Приволжском федеральном округе в I полугодии 2020 года

ТЕРАПЕВТЫ

9 МАРТА	Региональная НПК «Деструктивная пневмония» Организаторы: (841)232-03-57 (Вартамян К. В.), e-mail: burdenko@e-pen.ru
ПЕНЗА	
19 МАРТА	Республиканская НПК «Инфекционные заболевания: современные подходы к диагностике» Организаторы: (834)255-37-37 (Баткова С. В.)
САРАНСК	
МАРТ	Региональная НПК «БЛД. Иммунопрофилактика РСВ инфекции у недоношенных детей» Организаторы: (841)232-03-57 (Филимонова Л. В.), e-mail: burdenko@e-pen.ru
ПЕНЗА	
16 АПРЕЛЯ	Республиканская НПК «Актуальные вопросы диагностики и лечения аутоиммунных заболеваний в Республике Мордовии» Организаторы: (834)247-40-19 (Балыкова Л. А.), e-mail: inst-med@adm.mrsu.ru
САРАНСК	
24 АПРЕЛЯ	Межрегиональная НПК «Инфекции и соматическая патология» Организаторы: (843)267-80-06 (Анохин В. А.), e-mail: kafdetin@mail.ru
КАЗАНЬ	
АПРЕЛЬ	Республиканская НПК «Актуальные вопросы иммунопрофилактики» Организаторы: (843)267-61-51 (Лопушов Д. В.), e-mail: doctor225@mail.ru
КАЗАНЬ	
21 МАЯ	IV Межрегиональная НПК «Инфекционно-воспалительные заболевания как междисциплинарная проблема» Организаторы: (843)267-80-06 (Анохин В. А.), e-mail: kafdetin@mail.ru
САРАНСК	
22 МАЯ	V Межрегиональная НПК ПФО «Актуальные вопросы инфекционной патологии» Организаторы: (843)236-06-52 (Кравченко И. Э.), e-mail: kravchencoie@mail.ru
КАЗАНЬ	
28 МАЯ	Республиканская НПК «Инфекция верхних дыхательных путей в практике врача первичного звена» Организаторы: (3412)46-34-39 (Арутюнян С. А.)
ИЖЕВСК	

НЕВРОЛОГИ И РЕАБИЛИТОЛОГИ

5 МАРТА	Республиканская НПК «Итоги работы терапевтической службы МЗ УР за 2019 год. Реабилитация – XXI век: традиции и инновации» Организаторы: (3412)46-87-49 (Муравцева О. В.), e-mail: main@rkb1.udm.ru
ИЖЕВСК	
19 МАРТА *	IV Межрегиональная НПК реабилитологов ПФО «Междисциплинарные вопросы реабилитации: медицинской, физической и психологической» Провайдер: (831)411-19-83, e-mail: remedium@remedium-nn.ru (Научные руководители: Буйлова Т. В.)
НИЖНИЙ НОВГОРОД	
19–20 МАРТА	III Межрегиональная НПК «Актуальные вопросы медицинской реабилитации» Организаторы: (Гурьянова Е. А.), e-mail: z-guryanova@bk.ru
ЧЕБОКСАРЫ	
25 МАРТА	Межрегиональная НПК «Эпилепсия – мультидисциплинарная проблема» Организаторы: (495)641-82-39, e-mail: info@med-marketing.ru
САМАРА	
28 МАРТА *	VII Региональная НПК «Боль – междисциплинарная проблема» Провайдер: (831)411-19-83, e-mail: remedium@remedium-nn.ru (Научные руководители: Паркаева Е. И., Ливенцева А. В.)
НИЖНИЙ НОВГОРОД	
31 МАРТА	Межрегиональная НПК «Междисциплинарная неврология» Организаторы: 8(926)359-12-04 (Мальцева Ольга), e-mail: malceva@intermeda.ru
УФА	
23 АПРЕЛЯ	Межрегиональная НПК «Междисциплинарная неврология» Организаторы: 8(926)359-11-97 (Елкина Екатерина)
КАЗАНЬ	
АПРЕЛЬ	Региональная НПК «Актуальные вопросы профилактики и ранней диагностики суицидального поведения у несовершеннолетних» Организаторы: (841)54-75-98 (Шатохина Е. В.), e-mail: opb_evgrafova@mail.ru
ПЕНЗА	

*Предварительная регистрация участников на сайте REMEDIUM-NN.RU



Портрет региона

Пензенская область

Уважаемые коллеги!

В 2019 году Министерство здравоохранения Пензенской области во второй раз стало лауреатом 2-й степени престижной премии, присуждаемой Росздравнадзором субъектам, добившимся максимально положительных результатов в вопросах обеспечения качества и доступности медицинской помощи. Первый раз минздрав получил аналогичную оценку два года назад.

Основной задачей министерства в 2019 году стала реализация задач по двум национальным проектам: «Здравоохранение» и «Демография».

В первый год реализации приоритетного национального проекта «Здравоохранение» нам удалось снизить смертность населения на 4,2% по сравнению с 2018 годом, а это 813 спасенных жизней.

В целом мы справились со всеми задачами. Средства федерального бюджета освоены максимально, 36 из установленных нам 40 индикативных показателей достигнуты.

Для медицинских организаций области закуплено современное оборудование на сумму более 1 млрд рублей.

2019 год стал поистине прорывным в части внедрения новых технологий обследования и лечения. Впервые на базе областной больницы им. Н. Н. Бурденко были проведены две операции по удалению тромбов из мозговых артерий.

Нацпроект дал старт кардинальным изменениям подходов к оказанию специализированной онкологической помощи и процессу диагностики новообразований. У нас появилась возможность проводить химиоэмболизацию при опухолевых заболеваниях.

Перед системой здравоохранения поставлены не менее амбициозные планы в связи со строительством на территории Областного онкологического диспансера центра по проведению процедуры позитронно-эмиссионной томографии в сочетании с компьютерной томографией (ПЭТ КТ).

Основной задачей на 2020 год является реализация национального проекта «Здравоохранение», а также разработка и реализация региональной программы Пензенской области «Модернизация первичного звена здравоохранения Пензенской области на 2020–2024 годы».



А. В. Никишин,
министр здравоохранения
Пензенской области



Столица – г. Пенза

Площадь – 43,2 тыс. кв. км

Общая численность населения –
1304,8 тыс. человек

**Доступность медицинской помощи
в рамках ОМС**

82 медицинские организации

Уровень обеспеченности врачами
32,3 на 10 000 населения



Развитие здравоохранения Пензенской области

Система здравоохранения – динамично развивающаяся отрасль. Безусловно, система меняется, и меняется в лучшую сторону. И это требование времени. Об основных итогах минувшего года и приоритетных задачах, стоящих перед регионом, рассказал министр здравоохранения Пензенской области Александр Викторович Никишин.

– Александр Викторович, давайте начнем с первичного звена. Помимо национальных проектов, к которым вся страна приступила в 2019 году, самым значимым событием для системы здравоохранения, его дальнейшего развития, стал Госсовет Президента, который привлёк внимание руководства страны к проблемам первичной помощи. Что сделано в Пензенской области для решения задач, озвученных главой государства?

– Работа по совершенствованию первичного звена в Пензенской области началась в рамках проекта «Развитие системы первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение».

Чтобы повысить доступность помощи для жителей сёл в 2019 году в субъекте введено в эксплуатацию 13 новых ФАПов и врачебная амбулатория, закуплено два передвижных флюорографа.

Мы одними из первых в стране начали реализовывать опыт, где жители малочисленных населённых пунктов получили возможность пройти диспансеризацию за один день.

Впервые за многие годы именно в первичном звене начала активно оказываться онкологическая медицинская помощь.

В октябре 2019 года на базе городской поликлиники распахнул свои двери для посетителей первый из десяти центров амбулаторной онкологической помощи, который был оснащён медицинским оборудованием за счёт средств регионального бюджета на сумму 82,5 млн рублей.

Чтобы обеспечить доступность экстренной медицинской помощи, планомерно идёт замена старых автомобилей скорой медицинской помощи на новые. В 2019 году за счёт средств федерального и областного бюджетов в область поставлено 35 автомобилей скорой

медицинской помощи: 23 – класса «В» и 12 – класса «С» (реанимация).

Начиная с 2020 года, Пензенская область приступает к развитию такого направления, как санавиация. Определены места для строительства вертолётных площадок. И уже в 2020 году будут осуществляться вылеты в федеральные центры других регионов, чтобы осуществить медицинскую эвакуацию жителей Пензенской области.

– Затронув тему развития онкологической службы, начиная с амбулаторного этапа, Вы, безусловно, соглашаетесь, что главный принцип онкологии – не запустить. Каким 2019 год стал для Пензенской области в борьбе с онкологическими заболеваниями?

– Особенности половозрастного состава постоянного населения Пензенской области выделяют совершенствование онкологической помощи в отдельный приоритет для региональной системы здравоохранения.

Причиной тому:

– увеличение в структуре постоянного населения лиц старше 80 лет на 2,5 тысячи человек;

– средний возраст жителей – 42,4 года (Россия – 39,8 года);

– доля лиц старше трудоспособного возраста – 29,6% (Россия – 25,4%);

– ежегодный прирост ожидаемой продолжительности жизни при рождении с 73,34 до 73,52 года.

Ежегодно в регионе вновь регистрируется более 7 тысяч новых случаев новообразований, которые благодаря диспансеризации и массовым скрининговым программам почти в 58% случаев выявляются на ранних стадиях.

С учётом ежегодно увеличивающегося количества больных с подтверждёнными диагнозами новообразований областной онкодиспансер давно уже нуждался в расширении занимаемых площадей и дооснащении медицинским оборудова-

нием, что мы и начали поэтапно осуществлять, начиная с прошлого года.

Закуплено 64 единицы медицинского оборудования на сумму 379,8 млн рублей.

Новый лабораторно-диагностический корпус, строительство которого запланировано в ближайшие годы, станет дополнительной площадкой для осуществления динамического наблюдения за больными и оценки эффективности спецонкологического.

Мы будем тиражировать объёмы медицинской помощи онкобольным в условиях дневного стационара. Таргетная терапия, которая доступна сегодня пациентам в восьми медицинских организациях, в том числе в семи районных и межрайонных больницах по месту жительства, в рамках проекта будет распространена на все десять центров амбулаторной онкологической помощи.

Безусловно, успешность реализации задуманных планов возможна при соответствующей подготовке кадров. Поэтому за шесть лет для онкологической службы планируется подготовить 24 врача-онколога, два детских врача-онколога, шесть врачей-радиотерапевтов, восемь врачей-рентгенологов.

– Александр Викторович, давайте продолжим столь актуальную для системы здравоохранения тему – кадры. В целом в этом направлении есть какие-то подвижки?

– Дефицит врачей-специалистов в Пензенской области сократился за последние два года с 837 до 503 врачей. Дефицит средних медицинских работников отсутствует. За 2019 год в медицинские организации Пензенской области трудоустроено 235 врачей-специалистов.

Решить кадровую проблему в отрасли помогают существующие в регионе беспрецедентные меры социальной поддержки:

1. Единовременные денежные выплаты врачам-специалистам при трудоустройстве врачей-специалистов в межрайонные и районные больницы. Данную выплату получили 238 человек.

2. Единовременные денежные выплаты врачам-педиатрам, прибывшим на работу в г. Пензу из других субъектов РФ, в 2019 году получили шесть человек.

3. Единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн рублей врачам, прибывшим работать в село. Выплата назначена 51 человеку (2018 г. – 29).

4. Единовременная компенсационная выплата в размере 500 тыс. рублей фельдшерам, прибывшим работать в село. За прошлый год ее получили 25 человек (2018 г. – 11 чел.).

5. Дополнительная ежемесячная стипендия в размере 500 рублей студентам медицинских вузов по договорам о целевом обучении. По состоянию на 1 января 2020 года стипендию получают 977 человек.

6. Дополнительная ежемесячная стипендия в размере 500 рублей врачам, обучающимся в ординатуре. Ее получают 167 человек.

7. Ежемесячная компенсация оплаты за найм жилья в размере до 10 тыс. рублей врачам-педиатрам, прибывшим на работу в г. Пензу из других субъектов РФ. Компенсацию получают четыре врача-педиатра (2018 г. – 4 чел.).

8. Ежемесячная компенсация оплаты за найм жилья в размере до 10 тыс. рублей врачам-специалистам, закончившим обучение по договору о целевом обучении в интернатуре (ординатуре). Компенсацию получают 28 врачей-специалистов.

Для решения вопроса закрепления квалифицированных кадров в области разработана и начала реализацию областная программа «Обеспечение жильем медицинских работников государственных учреждений здравоохранения Пензенской области».

С 2019 года для врачей-специалистов государственных учреждений здравоохранения области приобретаются благоустроенные жилые помещения (квартиры) за счет средств регионального бюджета. Уже закуплено 33 квартиры.

Важнейшим механизмом решения кадрового вопроса является достижение целевых значений уровня среднемесячной начисленной заработной платы, подпадающих под действие 597 Указа Президента. В 2019 году в Пензенской

области целевые значения достигнуты по всем категориям работников.

Активно развивается волонтерское движение. Сегодня волонтерскую книжку имеют 952 человека.

– Александр Викторович, особое внимание в последнее время уделяется здоровью пациентов так называемого серебряного возраста. Появились должности врачей-гериатров в поликлиниках, создаются гериатрические центры. Пензенская область в конце 2019 года в рамках окружного совещания, посвященного реализации федерального проекта «Старшее поколение», представила свой положительный опыт работы с такой категорией граждан. Расскажите о нем.

– Мероприятия по совершенствованию гериатрической помощи населению старшей возрастной группы реализуются в Пензенской области, начиная с 2017 года.

На базе госпиталя открыт Областной гериатрический центр, организовано ведение регистра больных со старческой астенией.

В структуре центра в амбулаторно-поликлиническом звене открыто пять кабинетов геронтологов, будут открыты еще семь в поликлиниках города и межрайонных центрах, что позволит полностью сформировать амбулаторно-поликлинический этап оказания гериатрической помощи нашему населению.

Ежегодно на 73 геронтологических койках, развернутых в госпитале ветеранов войн, специализированную медицинскую помощь получают не менее 1600 пациентов.

Наша задача – создать в Пензенской области систему долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и к 2024 году повысить ожидаемую продолжительность жизни пензенцев на 4,8 года, с 73,3 до 78,1 года.

– От долгой активной, здоровой жизни к зарождению новой. Александр Викторович, отдельным направлением в национальном проекте выделено развитие детского здравоохранения. Что в Пензенской области в 2019 году выполнено по тем задачам, которые определялись в начале пути?

– В рамках проекта «Развитие детского здравоохранения» большое внимание уделено современной инфраструктуре детских поликлиник и больниц.

– 32 единицы оборудования поставлены в детские поликлиники за счет средств федерального бюджета на сумму 76,1 млн руб.;

– в четырех детских поликлиниках созданы зоны для комфортного пребывания детей и родителей;

– в симуляционных центрах обучено 25 специалистов в области перинатологии;

– более 10 тыс. женщинам оказана помощь в период беременности и родов за счет средств родового сертификата;

– проводится реконструкция головного детского учреждения здравоохранения – Пензенская областная детская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова.

Одним из самых долгожданных событий стало открытие детской поликлиники, построенной с нуля, в Нижнем Ломове. Учреждение соответствует всем стандартам новой модели медицинских учреждений – организована входная группа и условия для приема маломобильных граждан, благодаря архитектурно-планировочным решениям внутренних пространств созданы комфортные условия для пребывания родителей с детьми в поликлинике – это крытая колясочная и открытая регистратура с зоной ожидания, оборудованная монитором с показом мультфильмов и детским уголком, игровые и комнаты для кормления детей до года, кабинет здорового ребенка, а также доступная система навигации и информированности граждан.

Проводится работа по внедрению бережливых технологий во всех детских поликлиниках, в результате чего сократилось время ожидания приема врача, диагностических исследований, прохождения профилактических осмотров, изменился функционал работы медсестры, что привело к увеличению времени общения пациента с врачом. Организованы архитектурно-планировочные решения внутренних пространств в детских поликлиниках, что позволило повысить комфортность

условий ожидания приема в поликлинике для детей и сопровождающих их лиц.

С 2019 года внедряется практика «Открытый роддом» в учреждениях родовспоможения г. Пензы (Перинатальный центр и городской родильный дом).

Участие в проекте «Открытый роддом» направлено на решение следующих задач:

- пропаганда ответственного материнства;
- повышение качества оказания медицинской помощи;
- доверие пациента к медицинскому персоналу;
- развитие новых форм профессионального общения и обмена опытом;
- стимулирование разработки и внедрения новых медицинских технологий;
- информирование населения о наиболее качественных услугах, наиболее квалифицированных и семейно-ориентированных учреждениях здравоохранения региона.

Большое внимание уделяется охране материнства и детства.

В женских консультациях и детских поликлиниках на территории г. Пензы и Пензенского района организованы «Школы материнства» с целью психофизиологической подготовки женщин к родам и материнству; обучение женщин и членов семьи навыкам ухода за новорожденным, особенностям питания кормящей матери и вскармливания детей в возрасте до 1 года.

В течение 2019 года занятия в «Школе материнства» посетили в женских консультациях 3012 человек; в детских поликлиниках – 4842 человека. В планах на 2020 год организация «Школы материнства» во всех районах области.

В 2019 году произошли роды у 219 женщин, родилось 222 ребенка (три двойни).

С апреля прошлого года в перинатальном центре ГБУЗ «Пензенская областная больница им. Н.Н. Бурденко» внедрена процедура экстракорпорального оплодотворения. В 2019 году выполнено 50 процедур, эффективность по количеству женщин, постав-

ленных на учет по беременности, составила 28%.

Проводится обучение врачей, оказывающих помощь матерям и новорожденным. В 2019 году циклы повышения квалификации прошли 135 врачей акушеров-гинекологов, 31 врач-неонатолог, 11 врачей анестезиологов-реаниматологов. Обучены в федеральных клиниках восемь врачей акушеров-гинекологов, четыре врача-неонатолога, три анестезиолога-реаниматолога.

Проучен врач-цитогенетик для медико-генетической консультации, закуплено оборудование, позволяющее проводить более качественную пренатальную диагностику, а также аппарат неонатального скрининга для диагностики наиболее тяжелых заболеваний новорожденных.

– Одна из масштабных задач, стоящих перед медициной, – информатизация здравоохранения. Как она происходит в Вашем регионе?

◆ Приобретено 592 автоматизированных рабочих места, в том числе для организации рабочих мест на подключаемых в 2019 году фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов приобретено 119 АРМ.

◆ 3935 врачей обеспечены сертификатами усиленной квалифицированной электронной подписи.

◆ Рабочие места врачей оснащены периферийным оборудованием, позволяющим проводить телемедицинские консультации.

◆ Приобретено и введено в эксплуатацию три единицы серверного оборудования, три единицы аппаратно-программного комплекса шифрования для организации единого центра управления защищенной сетью передачи данных, одна единица модульного коммутатора, одна система хранения данных.

– А что же в планах?

– На 2020 год перед нами стоят более сложные цели и еще более амбициозные задачи. Но за минувший год мы научились работать в этом темпе, научились работать в парадигме реализации национальных проектов.

Мы приступаем к строительству центра по проведению процедуры

позитронно-эмиссионной томографии в сочетании с компьютерной томографией (ПЭТ КТ) на территории Областного онкологического диспансера. Строительство будет осуществляться одновременно со строительством Циклотрона, который обогащает молекулы глюкозы изотопами.

В следующем году мы планируем завершить реконструкцию приемного отделения Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко. Два года назад Минздрав России поставил задачу организовать работу приемных отделений по принципу отделений скорой помощи, именно эти отделения задействованы при оказании помощи тяжелым больным с сочетанной патологией, в частности, в результате травм.

Здесь будет сосредоточено все диагностическое оборудование: и рентген, и томографы, и лаборатории, будут созданы операционные, палаты протившоковой терапии, что позволит оказать пациенту необходимую помощь в кратчайшие сроки после поступления.

Медицина функционирует и развивается как отрасль там, где есть население. Сегодня в Пензенской области достаточно много населенных пунктов с числом жителей менее 100 человек. Нам приходится выстраивать систему медицинской помощи с учетом существующих реалий.

Именно поэтому широко используем выездные ФАПы, передвижные флюорографы и передвижные маммографы. Приезжаем в населенный пункт и обследуем всех жителей.

Сейчас изучаем опыт Казани по врачебной амбулатории: КамАЗ с большим прицепом привозит мультидисциплинарные бригады (терапевт, хирург, гинеколог и др.), они осматривают население, забирают кровь на анализы, проводят ЭКГ и УЗИ, назначают лечение.

Решаем вопрос приобретения таких врачебных амбулаторий, создания при одной из больниц мультидисциплинарных бригад для выезда.

*Материал предоставлен
пресс-службой минздрава
Пензенской области.*



Портрет региона

Удмуртская Республика

Уважаемые коллеги!

Система здравоохранения Удмуртской Республики ориентирована на решение задач, поставленных в рамках Указов Президента Российской Федерации, Стратегии социально-экономического развития Удмуртской Республики, государственной программы «Развитие здравоохранения» национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» и направлена на максимальное удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи, повышение ее качества и доступности.

В 2019 году мы продолжили работу по развитию первичной медико-санитарной помощи, активно внедряя принципы и технологии бережливого производства, укреплению материально-технической базы отрасли, повышению доступности медицинской помощи сельскому населению, развитию службы скорой медицинской помощи и информатизации отрасли. Занимались профилактической работой, внедряя новые формы и методы взаимодействия с населением, производственными предприятиями. Активно включились в реализацию нацпроектов «Здравоохранение» и «Демография», основными результатами которых в 2019 году стали: переоснащение двух существующих региональных сосудистых центров и пяти первичных сосудистых отделений; дооснащение Республиканской детской клинической больницы; дооснащение детских медицинских организаций; дооснащение Республиканского клинического онкологического диспансера; открытие семи центров амбулаторной онкологической помощи; приобретение восьми передвижных медицинских комплексов; строительство двух ФАПов; начало полетов санитарной авиации; поступление десяти реанимобилей; открытие Центра медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, Центра диетологии на базе Республиканского центра медицинской профилактики; начало работы Гериатрического центра на базе Республиканского госпиталя для ветеранов войн, открытие 15 гериатрических кабинетов; начало доставки пожилых людей на спецавтотранспорте в районные больницы для прохождения диспансеризации; проведение вакцинации пожилых от пневмококковой инфекции.

В результате повседневной работы специалистов отрасли, реализации комплекса мероприятий, направленных на улучшение медико-демографических показателей, удалось достичь определенных успехов.

Удмуртия входит в число субъектов Российской Федерации с высоким уровнем рождаемости и низким уровнем смертности населения.

В 2020 году продолжится реализация национальных проектов.

Реализация стоящих задач требует от нас еще более ответственной работы, и нам предстоит многое сделать, чтобы добиться максимальных успехов.



Г. О. Щербак,
и. о. министра здравоохранения
Удмуртской Республики



Столица – г. Ижевск

Площадь – 42,1 тыс. кв. км

Общая численность населения –
1501 тыс. человек

Доступность медицинской помощи
в рамках ОМС

129 медицинских организаций

Уровень обеспеченности врачами
42,9 на 10 000 населения



Развитие здравоохранения Удмуртской Республики

Система здравоохранения Удмуртской Республики направлена на решение задач, связанных с повышением качества и доступности медицинской помощи, с улучшением здоровья населения республики. В 2019 году в Удмуртии началась реализация национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография». Помимо этого, главой республики Александром Бречаловым 2019 год был объявлен Годом здоровья. Был сделан акцент на профилактике и популяризации здорового образа жизни, просветительской работе. Проводилась работа по повышению качества и доступности оказания медицинской помощи жителям Удмуртии.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Удмуртская Республика входит в число регионов Российской Федерации с высоким уровнем рождаемости в Приволжском федеральном округе. По показателю рождаемости Удмуртия занимает 6-е место среди субъектов Приволжского федерального округа и 30-е место в Российской Федерации. В целом за 12 месяцев 2019 года, по предварительным данным, показатель рождаемости составил 9,7 на 1000 родившихся живыми, в республике родилось 14 602 ребенка.

По уровню общей смертности республика находится среди субъектов Российской Федерации, где регистрируются низкие показатели смертности, и занимает по итогам 12 месяцев прошедшего года 61-е место в Российской Федерации и 5-е место в Приволжском федеральном округе. Показатель смертности составил 11,9 на 1000 населения.

По уровню младенческой смертности республика находится среди субъектов Российской Федерации, где регистрируются низкие показатели младенческой смертности, и занимает по итогам 12 месяцев 2019 года 60-е место в Российской Федерации и 5-е место в Приволжском федеральном округе. Показатель смертности составил 4,4 на 1000 родившихся живыми.

По уровню смертности от болезней системы кровообращения Удмуртия занимает 58-е место в Российской Федерации и 9-е место в Приволжском федеральном округе, от новообразований, в т. ч. злокачественных – 49-е место в Российской Федерации и 7-е место в Приволжском федеральном округе.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

В 2019 году в Удмуртской Республике развернутую диспансеризацию прошли более 247 тысяч жителей Удмуртии, из которых 27% направлены на второй этап диспансеризации.

Проведенные исследования в рамках диспансеризации позволили выявить впервые более 28 тысяч случаев новых заболеваний, из которых 521 случай – злокачественные новообразования, порядка 11 тысяч – болезни системы кровообращения, также впервые выявлены случаи сахарного диабета, болезней органов дыхания.

В 2019 году в рамках диспансеризации было зарегистрировано более 400 тысяч заболеваний.

ДОСТУПНОСТЬ ПОМОЩИ НА СЕЛЕ

Особое внимание в 2019 году было уделено повышению доступности и качества медицинской помощи сельскому населению. В качестве приоритета выявлялась организация мобильных форм оказания медицинской помощи для жителей сел отдаленных малонаселенных пунктов.

В 2019 году построено два фельдшерско-акушерских пункта (ФАП) в двух районах республики.

Приобретено восемь передвижных медицинских комплексов: три ком-

плекса оборудованы маммографами, пять – флюорографами. Проведенные мероприятия позволили приблизить медицинскую помощь сельскому населению: совершено 1700 выездов, осмотрено более 50 тысяч сельских жителей.

В рамках межведомственного взаимодействия Министерства здравоохранения Удмуртии и Министерства социальной политики и труда Удмуртии началась транспортировка пожилых на спецавтобусе в районные больницы на проведение диспансеризации. В течение года было доставлено 4927 человек.

Во второй раз прошел проект «#ДоброВСело». Во время акции волонтеры-медики совместно с медицинскими работниками районных больниц выезжали в ФАПы, где помогали провести осмотры, измеряли артериальное давление, читали лекции по профилактике неинфекционных заболеваний, проводили мастер-классы по скандинавской ходьбе и оказанию первой медицинской помощи. Волонтеры-медики побывали в 20 ФАПах.

УКРЕПЛЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ

В целях дальнейшего повышения качества и доступности медицинской помощи принимаются меры по укреплению материально-технической базы отрасли.

В марте 2019 года начала принимать пациентов поликлиника в Ленинском районе г. Ижевска. На завершение строительства здания поликлиники выделено более 274 млн рублей резервного фонда Президента Российской Федерации.

Началось строительство лечебного корпуса с поликлиникой Республиканской туберкулезной больницы.

На базе гематологического отделения Республиканской детской клинической больницы создана госпитальная школа для онкобольных детей. В этом отделении проходят длительное лечение дети в возрасте от 0 до 18 лет, проживающие в Удмуртии.



Продолжилось укрепление материально-технической базы детских поликлиник: дооснащены детские медицинские организации, куда поставлены аппараты для ультразвуковой диагностики, рентген-аппараты, цифровые широкоугольные ретинальные камеры, риноларингофиброскопы, щелевые лампы, бинокулярные офтальмоскопы.

Закуплены компьютерные томографы в Региональный сосудистый центр Первой республиканской клинической больницы, два первичных сосудистых отделения (Городская клиническая больница № 6, Увинская районная больница).



В Республиканскую детскую клиническую больницу закуплен магнитно-резонансный томограф. Ранее аппарата МРТ в этой больнице не было и дети направлялись для исследования в другие медорганизации Ижевска. С декабря 2019 года уже проведено исследование более 200 детей.

Помимо этого, в Первой РКБ приобретены новые операционные столы, УЗИ-аппараты, ЛОР-комбайн. В РКДЦ – многофункциональный аппарат для экстракорпоральной гемокоррекции и детоксикации и др.

Новое оборудование позволяет повысить качество проводимых диагностических обследований, а значит вовремя начать лечение, что в итоге отражается на снижении показателей смертности от онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний, увеличении продолжительности жизни.

С июля начались полеты санавиации. За полгода совершено 98 вылетов, эвакуировано 96 человек, из них девять детей.

Продолжилась и работа по внедрению бережливого производства.



Изменения коснулись повышения комфорта пребывания в поликлинике, оптимизации внутренних процессов, что позволило облегчить работу медицинского персонала и повысить удовлетворенность пациентов. В поликлиниках сокращается время ожидания в регистратуру и в кабинет врача, создаются комфортные условия ожидания, разделяются потоки здоровых и больных пациентов. Бережливые технологии внедряются в процессы прохождения диспансеризации, работы процедурного кабинета, кабинета вакцинопрофилактики, участковой службы. К концу 2020 году в проект войдут все 136 поликлиник. В 2020 году в Удмуртии пройдет III Всероссийская конференция «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Уроки, пути и новые цели».

СЛУЖБА СМП И ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ОТРАСЛИ

Обновлен парк автомобилей скорой медицинской помощи: закуплено десять реанимобилей. Автомобили укомплектованы современным оборудованием для оказания квалифицированной экстренной медицинской помощи: дефибрилятором и электрокардиографом производства «Аксион», аппаратом искусственной вентиляции легких, комплексом подачи медицинских газов, кислородным



ингалятором, а также портативным небулайзером.

Особую значимость для качественного развития отрасли здравоохранения Российской Федерации и Удмуртской Республики имеет приоритетный проект «Создание цифрового контура».

Создание единого цифрового контура позволит внедрить единую электронную медицинскую карту для каждого пациента. При этом будут соблюдены требования информационной безопасности и законодательства в области персональных данных. Граждане смогут получить доступ к своим электронным медицинским данным в личном кабинете пациента (на портале ЕПГУ в личном кабинете «Мое здоровье»), включая данные осмотров, диагностических и лабораторных исследований. Также функционирование единого цифрового контура позволит обеспечить доступ медицинским специалистам к данным пациента (с согласия самого пациента), вне зависимости от региона пребывания. Будут минимизированы врачебные ошибки и повышена эффективность лечебно-диагностического процесса благодаря созданию возможности оказывать медицинскую помощь с применением сервисов поддержки врачебных решений, основанных на клинических рекомендациях, порядках и стандартах оказания медицинской помощи.

Для достижения указанных мероприятий предусмотрено развитие регионального центра обработки данных и создание информационной инфраструктуры медицинских организаций, включая фельдшерско-акушерские пункты, за счет оснащения рабочих мест медицинских работников компьютерной техникой (12 744 места – в 2020 году, к 2024 году – 14 221 место), подключения к интернет-ресурсам, расширения защищенной сети передачи данных, создания единой системы информационной безопасности, а также модернизации медицинской информационной системы в организациях.

МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ

Реализуются меры по укреплению кадрового потенциала отрасли. Ключевой действующей мерой привлечения и закрепления молодых врачей в медицинских организациях в сельских населенных пунктах являются «Земский доктор» и «Земский фельдшер». За восемь лет функционирования в регионе программы «Земский доктор» на работу в медицинских организациях привлечено 610 молодых специалистов. С 2018 года в Удмуртии стартовала программа «Земский фельдшер». За два года привлечено 30 фельдшеров. С ноября 2019 года для участников данной программы отменен возрастной ценз в 50 лет.

В городе Глазов администрацией города установлены меры социальной поддержки врачам, работающим в городе по письменному приглашению учреждения и не обеспеченным жилыми помещениями на территории города Глазова: выплаты ежемесячной компенсации в размере фактически произведенных расходов за наем (поднаем) жилого помещения, но не более 6 тысяч рублей, независимо от давности приглашения на работу; выплаты ежемесячной компенсации в размере 6 тысяч рублей на погашение ипотечных жилищных кредитов (займов), полученных в коммерческих банках на приобретение жилых помещений, расположенных в городе Глазове (в том числе кредитов, которые были рефинансированы); срок выплаты – не более 60 месяцев, общая сумма выплаты – не более 360 000 рублей; единовременной выплаты в размере 360 000 рублей на оплату части первоначального взноса для получения ипотечного жилищного кредита (займа) в коммерческом банке на приобретение жилого помещения в городе Глазове. Врачам предоставляется одна из мер социальной поддержки по их выбору.

Жилые помещения медицинским работникам государственных медицинских организаций предоставляются из специализированного жилищного фонда Удмуртской Республики и специ-



ализированного жилищного фонда муниципальных образований в Удмуртской Республике. В частности, в Ижевске 19 служебных жилых помещений распределены Жилищной комиссией Министерства здравоохранения Удмуртской Республики для проживания «узких» медицинских работников по ходатайству главных врачей медицинских организаций в городе Ижевске.

Также в городах и районах Удмуртской Республики медицинским работникам предоставляется денежная компенсация на возмещение затрат на оплату жилых помещений, коммунальных услуг.

В семи районах за государственными медицинскими организациями закреплены на праве оперативного управления служебные жилые помещения, предоставленные медицинским работникам.

Впервые прошла военно-медицинская эстафета для студентов Республиканского медицинского колледжа и учащихся медицинских классов школ Удмуртии.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

В регионе продолжится реализация нацпроектов «Здравоохранение» и «Демография».



Задачи отрасли на 2020 год:

- ◆ Обеспечение доступной и качественной медицинской помощи.
- ◆ Развитие инфраструктуры для оказания качественной медицинской помощи детям.
- ◆ Укрепление и сохранение кадрового потенциала.
- ◆ Укрепление материально-технической базы медицинских организаций.
- ◆ Строительство новых объектов/ремонт существующих объектов.

Для реализации поставленной цели и задач в 2020 году предусмотрено финансирование в размере 2,04 млрд рублей.

Начнется второй этап переоснащения Республиканского клинического онкологического диспансера новым современным оборудованием. Будет закуплено 33 единицы оборудования,

из них два ускорителя низко- и высокоэнергетические и др. Использование современного оборудования позволит повысить выявляемость онкопатологии на ранних стадиях.

Будут закуплены ангиографический комплекс и диагностический аппарат для УЗИ сердца и сосудов в Республиканский клинический центр, рентгеновский компьютерный томограф в Глазовскую межрайонную больницу и др.

В детские поликлиники и поликлинические подразделения будет закуплено 14 рентгеновских аппаратов, 11 аппаратов УЗИ, три фиброскопа, четыре тренажера для механотерапии нижней конечности и др.

В аккредитационно-симуляционный центр Республиканского медицинского колледжа будет поставлен манекен-стимулятор.

Продолжится создание единого цифрового контура. Продолжится развитие регионального центра обработки данных и информационной инфраструктуры медицинских организаций, включая фельдшерско-акушерские пункты, подключения к интернет-ресурсам, расширения защищенной сети передачи данных, обеспечения юридически значимого электронного документооборота, создание единой системы информационной безопасности, а также модернизацию медицинской информационной системы в медицинских организациях.

В 2020 году продолжится реализация программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер». Планируется привлечь 75 врачей и 40 фельдшеров.

Запланировано строительство фельдшерско-акушерских пунктов, капитальный ремонт ФАПов, медорганизаций, помещений под размещение тяжелого оборудования.

Продолжатся вылеты санитарной авиации для оказания экстренной медицинской помощи населению – запланировано не менее 100 вылетов. В планах – строительство вертолетной площадки.

*Материал предоставлен
пресс-службой Минздрава
Удмуртской Республики.*



Консилиум



КАШЕЛЬ
15–21



НЕВРОЛОГИЯ И РЕАБИЛИТОЛОГИЯ
22–29

М. А. РЯБОВА, д. м. н., профессор кафедры оториноларингологии, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова

Кашель – междисциплинарная проблема. Современный подход к терапии

Кашель является одной из самых частых жалоб, с которой пациенты обращаются к врачу. Эта проблема остается актуальной и по сей день, требует междисциплинарного подхода в диагностике и дифференцированного подхода в выборе терапии в соответствии с этиологией этого симптома.

Кашель сопровождает большинство острых респираторных инфекций и зачастую не требует экстренных лечебных мероприятий. Однако острый кашель может быть и манифестацией какого-либо жизнеугрожающего состояния, а при длительном течении истощает пациента, ведет к повреждению ткани легких, развитию ряда осложнений.

К легким осложнениям кашля относят слабость, головную боль, рвоту, недержание мочи, нарушение сна. К тяжелым осложнениям относят спонтанный пневмоторакс/пневмомедиастинум, обморок, перелом ребер, нарушение гемодинамики, нарушение целостности стенок вен (назальных и анальных), аритмию, нарушение мозгового кровообращения, эпилептиформные приступы, формирование паховой грыжи, усиление проявлений гастроэзофагеального рефлюкса. Почему в одних случаях кашель исчезает без особого лечения через 5–7 дней, а в других – затягивается на месяцы? Дифференциальная диагностика причин кашля имеет основное значение в планировании лечения и предупреждении развития осложнений. По мнению R.S. Irwin and F.J. Curley (1991), при выборе лечебной тактики с учетом причин кашля эффек-

тивность терапии колеблется от 93 до 97%. В большинстве случаев необходимо бороться не с кашлем, а с болезнью.

Кашель – толчкообразный форсированный звуочный выдох при спастически сомкнутых голосовых складках. По сути, это рефлекторная защитная реакция, направленная на удаление из дыхательных путей инородных тел или избытка секрета. Кашлевой рефлекс реализуется при раздражении рецепторов гортани и трахеи механическими факторами, такими как инородное тело, слизь, сдавление дыхательных путей, например, узлом щитовидной железы. Кашлевой рефлекс может быть реализован вследствие воспаления в слизистой оболочке гортани, трахеи, бронхов или при раздражении химическими факторами (табачным дымом, например), температурными факторами. Кашель может возникнуть и при раздражении веточек блуждающего нерва за пределами дыхательных путей: например, кожи наружного слухового прохода (окончания Арнольдовой ветви блуждающего нерва), пищевода, диафрагмы, при увеличении размеров левого предсердия и др.

Выделяют быстроадаптирующиеся рецепторы кашлевого рефлекса (БАР) и



М. А. Рябова

С-рецепторы. БАР – это ирритантные рецепторы, адекватным раздражителем которых являются механические, термические, химические раздражители. Они преимущественно располагаются в проксимальных отделах нижних дыхательных путей. Другая группа рецепторов – С-рецепторы, стимулируются медиаторами воспаления – эндогенными раздражителями (простагландины, брадикинины, субстанция Р и др.). Эти рецепторы расположены дистально в нижних и верхних дыхательных путях, околоносовых пазухах, плевре, пищеводе, полости среднего уха, наружном слуховом проходе. В гортани и трахее присутствуют и БАР, и С-рецепторы, а афферентным нервом является n. vagus. В верхних дыхательных путях доминируют БАР, а афферентным нервом

являются ветви языкоглоточного и тройничного нервов.

Наиболее чувствительные рефлексогенные зоны в дыхательных путях располагаются на задней поверхности надгортанника, на передней поверхности межчерпаловидной области гортани, на поверхности голосовых складок и подголосового пространства, в области бифуркации трахеи и места ответвлений долевых бронхов. При том, что кашель является рефлекторной реакцией, имеется значительный контроль кашля со стороны коры головного мозга, кашель может быть вызван произвольно и в ряде случаев кашель может быть подавлен произвольно.

Секрет, вырабатываемый железами дыхательного тракта, обеспечивает увлажнение воздуха, а также эвакуацию инородных частиц, бактерий и вирусов за счет мукоцилиарного транспорта, колебания ресничек эпителиальных клеток слизистой оболочки бронхов и трахеи. Эффективный транспорт слизи может быть реализован только при соответствующих вязко-эластичных свойствах секрета. Трахеобронхиальный секрет представляет собой многокомпонентный коллоидный раствор, его жидкая фракция, золь, покрывает апикальные поверхности мукоцилиарных клеток, а нерастворимая фракция, гель,

адгезии и инвазии. Естественно, при нарушении работы мукоцилиарного клиренса увеличивается риск развития инфекционного или аллергического воспаления. К факторам, нарушающим работу мукоцилиарного клиренса, в первую очередь надо отнести курение, при котором увеличивается продукция вязкого бронхиального секрета, уменьшается количество ресничек, снижается скорость их биения. Некоторые инфекционные агенты, например, *Haemophilus influenza*, *Str. pneumonia*, *Ps. Aeruginosa*, нарушают работу мукоцилиарного транспорта, способствуют слущиванию респираторного эпителия, вызывают гибель клеток с разрушением клеточных мембран.

Итак, большое количество мокроты, изменение ее вязко-эластических свойств, воспаление слизистой оболочки гортани, трахеи и бронхов могут быть причинами кашля. Однако и некоторые заболевания других органов могут сопровождаться кашлем. Например, кашель может развиваться при аспирации слизи или гноя при синуситах и аденоидитах, при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, грыже пищеводного отверстия диафрагмы, при демпинг-синдроме у больных после резекции желудка. Увеличение размеров сердца, тромбо-

туре описано более 50 различных причин кашля.

Кашель, сохраняющийся менее трех недель, считается острым, продолжающийся от трех до восьми недель – подострым, а при течении более восьми недель – хроническим. Наиболее частые причины острого кашля – острые респираторные вирусные инфекции, острые риносинуситы, как бактериальные, вирусные, так и аллергические, острые фарингиты, ларингиты, трахеиты.

Чаще всего кашель развивается на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ), как вирусной, так и бактериальной природы. Очевидно, что в первые дни заболевания бывает трудно подобрать правильную этиотропную терапию, акцент в выборе терапии приходится делать на патогенетическую и симптоматическую терапию. При выборе патогенетической терапии надо помнить, что вирус повреждает респираторный эпителий, вызывает его десквамацию, расширение микрососудов слизистой оболочки, гиперсекрецию желез. Гиперреактивность афферентных сенсорных окончаний респираторного эпителия развивается под действием медиаторов воспаления (F.J. Curley et al., 1988; M. Pratter, 2006), что и объясняет такие симптомы, как чихание, першение в горле, непродуктивный «навязчивый» кашель. В этом случае нет оснований назначать мукоактивную терапию, уместно назначение именно противовоспалительной терапии и антигистаминных средств первого поколения, так как они, в отличие от антигистаминных препаратов второго поколения, обладают холинолитическим эффектом.

Кашель рефлекторно возникает при стекании слизи по задней стенке глотки при воспалительных заболеваниях носа, околоносовых пазух, носоглоточной миндалины (аденоидите). Отсутствие носового дыхания также может быть предпосылкой к кашлю, так как при дыхании через рот в горло попадает сухой воздух некомфортной температуры. В случаях возникновения кашля из-за стекания слизи из носоглотки для уменьшения выраженности симптома

Для успешного лечения пациентов с кашлем врач должен своевременно установить правильный диагноз и назначить адекватное лечение. При определении природы кашля в первую очередь должно проводиться этиотропное или патогенетическое лечение основного заболевания.

представляет собой макромолекулярные гликопротеиновые комплексы муцинов, сцепленных дисульфидными мостиками. По данным Y. Liu, Y.P. Di (2012), реснички совершают 15–16 колебаний в секунду. В норме скорость перемещения слизи в трахее составляет 13 мм/сек., то есть за 1 сек. ингалированная бактериальная клетка преодолевает расстояние, соответствующее десяти клеткам слизистой оболочки, что обеспечивает минимальный контакт бактериальной клетки с клеткой эпителия, таким образом снижается риск ее

эмболия легочной артерии всегда сопровождаются кашлем. Некоторые нарушения обмена веществ усиливают кашель. Так, при повышении уровня сахара крови развивается сухость слизистых оболочек, усиливается першение в горле, кашель. Кашель наблюдается у больных подагрой. Надо помнить, что кашель является побочным эффектом при приеме некоторых медикаментов, таких как ингибиторы АПФ, диуретики, психотропные, антигистаминные препараты. Кашель может быть психогенным. В научной литера-

достаточно промыть изотоническим солевым раствором полость носа, при этом уменьшается количество стекающей в гортаноглотку слизи. Этот прием имеет определенное диагностическое значение, но в дифференциальной диагностике затяжного кашля важное значение приобретает компьютерная томография околоносовых пазух, которая позволяет выявить патологические процессы в околоносовых пазухах, в том числе в клиновидной пазухе, задних клетках решетчатых лабиринтов, являющиеся причиной кашля.

Жалоба на стекание слизи по задней стенке глотки может быть связана и с хроническим фарингитом на фоне заброса содержимого желудка в верхние дыхательные пути. Явления заброса желудочного содержимого в гортаноглотку могут наблюдаться у пациента длительно, не вызывая особых жалоб, но на фоне ОРИ, при десквамации респираторного эпителия вследствие вирусного поражения, происходит усиление першения в горле, кашля. Применение в стартовом лечении ОРИ отхаркивающих средств существенно ухудшает состояние больного, ведет к усилению кашля, так как механизм их действия основан на удалении бронхиального секрета из дыхательных путей за счет снижения его вязкости, но при увеличении объема мокроты. Большинство из отхаркивающих препаратов усиливает секрецию слизи за счет рефлекторного раздражения желез слизистой оболочки бронхов. Они отчасти активируют моторную функцию бронхиол и реснитчатого эпителия. Наряду с этим такие средства, как термопсис, ипекакуана усиливают деятельность рвотного и дыхательного центров продолговатого мозга. При эндоскопическом осмотре оториноларинголог может заподозрить синдром заброса содержимого желудка в верхние дыхательные пути и рекомендовать изменение режима питания, характера пищи, изменение положения корпуса во время сна, что существенно уменьшает симптоматику.

Острый катаральный ларингит – диффузное воспаление слизистой оболочки и подслизистого слоя гортани,

вызванное вирусами респираторной группы, чаще гриппа, парагриппа, бактериями (чаще кокковой флорой), возбудителями инфекционных заболеваний, таких как корь, коклюш, дифтерия. В дифференциальной диагностике острого кашля имеет значение динамика клинических проявлений на фоне ОРИ. Как правило, при ОРИ даже без особого лечения кашель постепенно стихает в течение двух недель. Отсутствие положительной динамики в отношении кашля должно насторожить доктора. К сожалению, в настоящее время актуальность обсуждения клинических проявлений инфекционных заболеваний не уменьшается в связи с многочисленными отказами от плановых вакцинаций и увеличением количества невакцинированных лиц.

Возбудителем коклюша является *Bordetella pertussis*, которая распространяется воздушно-капельным путем. Заболевание длится шесть недель и состоит из четырех периодов: инкубационного (6–21 день), катарального, пароксизмального, периода выздоровления. Важно помнить, что начальный период инфекционного заболевания имеет клинические проявления ОРИ: повышение температуры до 37,5°C, легкое недомогание, насморк, редкий и сухой кашель. В период разгара болезни (пароксизмальный период), на 14-й день, появляются приступы спастического кашля, причем приступ состоит из серии кашлевых толчков (2–15 циклов), которые сменяются глубоким шумным вдохом. Далее снова развивается кашель, после которого повторяется шумный вдох. Во время приступа пациент возбужден, лицо приобретает синеватый оттенок и одутловатость, на склерах и конъюнктивах глаз появляются точечные кровоизлияния, шейные вены отчетливо выступают. В конце приступа может выделяться небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Нередко кашель провоцирует рвоту. Число приступов за день может варьировать от 5 до 50. Продолжительность данного периода составляет 3–4 недели. Период выздоровления длится около 2–3 недель,

кашель становится нечастым и не таким тяжелым, реже заканчиваясь рвотой. Для подтверждения диагноза проводятся бактериологическое исследование мокроты или смыва из носоглотки и серологические реакции. Однако при наличии характерной клинической картины и при соответствующей эпидемиологической обстановке антибактериальная терапия может быть назначена без бактериологического и серологического подтверждения. Этиотропная терапия коклюша – макролиды.

Воспаление слизистой верхних и нижних дыхательных путей, сопровождающееся остро возникшим кашлем, может быть связано не только с ОРИ, но и с аллергическими реакциями. В большинстве случаев анализ анамнестических данных позволяет заподозрить аллергическую природу кашля, однако, известно, что ОРИ нередко являются провоцирующим фактором развития аллергического воспаления. Это важно учитывать в выборе стартовой терапии в лечении ОРИ: назначение фитопрепаратов, или препаратов, усиливающих продукцию слизи, может усилить клинические проявления заболевания.

Сложности выбора стартовой терапии во многом связаны с тем, что у врача нет информации о сопутствующих соматических заболеваниях, наличии аллергии, гастро-эзофагеального рефлюкса и т. д. Существует множество медикаментов для профилактики и лечения ОРИ, однако по данным ВОЗ, 15–20% потерь по временной нетрудоспособности приходится на ОРИ, осложнения ОРИ встречаются у 4,5 млн человек в год, что говорит о наличии нерешенных проблем в лечении этой патологии. Целый спектр медикаментов имеется в арсенале врача и для лечения кашля, это экспекторанты, мукокинетики, муколитики, мукорегуляторы, противокашлевые средства. Адекватный выбор препаратов для лечения кашля с учетом сопутствующей патологии, патогенетических механизмов развития кашля, его причин является сложной, но выполнимой задачей.

О. В. ФИЛИПШОВА, д. м. н., профессор, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

Нестероидные противовоспалительные средства: планируем риски

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются группой лекарственных средств, применение которых сопровождается высоким риском развития тех или иных нежелательных эффектов. Имеется ли возможность отказаться от их применения?

К сожалению, на сегодняшний день достойные альтернативы НПВП отсутствуют. Пациент не должен терпеть боль, так как она не только снижает качество его жизни, но и может привести к достаточно печальным последствиям. При длительной боли развивается хронический стресс, начинают выделяться различные биологические вещества (цитокины, амины, гормоны), которые способны разрушить ткани и органы организма. Меняется структура нервного волокна, формируются очаги патологического возбуждения в головном мозге. В результате боль приобретает нейропатический и психогенный компоненты, которые практически не поддаются терапии НПВП.

Необходимо, чтобы пациент получил адекватное обезболивание. В то же время он должен понимать (и в этом ему должно помочь грамотное фармацевтическое консультирование), что прием НПВП должен быть в минимальной дозе и по возможности коротким. Если это невозможно, необходимо тщательно взвесить риски, исходя из имеющихся у пациента заболеваний и тех препаратов, которые он принимает, после чего выбрать НПВП, исходя из индивидуальных особенностей пациента.

РОЛЬ НПВП ПРИ ВОСПАЛЕНИИ

Воспаление (лат. – *inflammatio*; греч. – *phlogosis* – воспламенение) – комплексный, местный и/или общий патологический процесс, возникающий в ответ на повреждение или действие патогенного раздражителя. Острое воспаление характеризуется признаками, которые описали еще медики древнего мира Гален и Цельс: жар, краснота, отек, боль, нарушение функции воспаленного органа. Значительный вклад в развитие этих симптомов вносят продукты мета-

болизма арахидоновой кислоты (АА), которые выступают как медиаторы воспаления.

Метаболизм арахидоновой кислоты осуществляется тремя путями. Циклооксигеназный и 5-липоксигеназные пути метаболизма арахидоновой кислоты продуцируют медиаторы, отвечающие за развитие воспаления, а третий путь метаболизма АА протекает с участием цитохрома 450 и направлен на синтез липоксинов – веществ, уменьшающих воспаление. К сожалению, не всегда организм способен справиться с повреждением достаточно быстро. Группа лекарственных средств, традиционно используемая для уменьшения воспалительных реакций, – нестероидные противовоспалительные препараты. Эффективность этих препаратов в лечении различных острых и хронических воспалительных состояний, боли и лихорадки делает их одной из самых применяемых групп лекарственных средств: ежедневно в мире свыше 30 млн человек употребляют НПВП. К сожалению, терапия НПВП связана с высокой частотой нежелательных явлений, что требует осторожности при применении препаратов. На побочные лекарственные реакции НПВП приходится от 12 до 29,6% всех нежелательных реакций на лекарственные средства, требующих госпитализации. Большинство нежелательных реакций НПВП относятся к типу А, т. е. зависят от дозы и предсказуемы (наиболее частые причины госпитализации – желудочно-кишечное кровотечение и острое повреждение почек). Реакции типа В, также известные как реакции гиперчувствительности, составляют от 8,4 до 18,3% от общего числа нежелательных реакций на НПВП. Они уникальны и фармакологически непредсказуемы.



О. В. Филиппова

Каждый раз при использовании НПВП необходимо оценивать пользу и возможный риск для пациента. При этом большинство нежелательных побочных эффектов тесно связано с терапевтическими свойствами препаратов, так как реализуются теми же путями, через те же механизмы действия.

НПВП – лекарства с различной химической структурой и противовоспалительными свойствами, имеющие одинаковый механизм действия. Основными мишенями НПВП являются ферменты циклооксигеназы (ЦОГ), которые катализируют реакцию превращения арахидоновой кислоты в простагландин H₂, предшественник остальных простагландинов, простациклина и тромбксана A₂. Существует две изоформы ЦОГ: ЦОГ-1 и ЦОГ-2. ЦОГ-1 постоянна, активна в большинстве клеток (т. е. конститутивная), она контролирует синтез простаноидов, отвечающих за физиологические реакции в организме. Так, под ее действием стимулируется регенерация слизистых оболочек, расширяются кровеносные сосуды, улучшается работа почек, повышается агрегация тромбоцитов (что блокирует возможное кровотечение) и т. д. При ингибировании ЦОГ-1 наблюдаются многочисленные побочные эффекты: бронхоспазм, изъязвление слизистой желудка, боль в ушах, задержка воды в организме и т. д. С другой стороны, ингибирование

ЦОГ-1 может быть использовано для снижения агрегации тромбоцитов, например, при применении ацетилсалициловой кислоты в малых дозах. Тип ЦОГ-2 является индуцибельным, т. е. этот фермент начинает функционировать при определённых ситуациях, например, при повреждении ткани, воспалении. ЦОГ-2 экспрессируется макрофагами, синовиоцитами, фибробластами, гладкой сосудистой мускулатурой, хондроцитами и эндотелиальными клетками после индуцирования их цитокинами или факторами роста. Образующиеся под действием ЦОГ-2 простагландины активируют ноцицепторы, вызывая боль, работают как пирогены, повышая температуру, увеличивают проницаемость сосудов, способствуя развитию отеков. Именно блокада ЦОГ-2 обуславливает противовоспалительное действие НПВП. С другой стороны, ЦОГ-2 вовлечена в сердечно-сосудистый гомеостаз. С участием ЦОГ-2 образуется простагландин (PGI₂), обладающий сосудорасширяющим и антиагрегационным действием.

По своей способности блокировать изоферменты ЦОГ все НПВП можно подразделить на две группы: селективные ингибиторы ЦОГ-2 (коксибы) и неселективные ингибиторы ЦОГ (традиционные НПВС). Неселективные НПВС отличаются между собой по степени взаимодействия с различными изоферментами ЦОГ. Селективность по отношению

к ЦОГ-2 обычно определяется путем сравнения способности отдельных НПВП ингибировать *in vitro* или *ex vivo* генерацию тромбоксана А₂ (ТХА₂) через ЦОГ-1 в тромбоцитах со способностью ингибировать образование простагландина Е₂ через ЦОГ-2, экспрессируемое в лейкоцитах после воспалительного стимула. Важно, что селективность НПВП варьируется в зависимости от введенной дозы: при использовании высоких доз селективность утрачивается.

Фармакодинамические и фармакокинетические особенности отдельных НПВП определяют виды и степень рисков при их применении. Если человек практически здоров, вопросы безопасности применения НПВС не являются определяющими при выборе препарата. Если же у пациента есть та или иная патология, необходимо помнить о рисках и, по возможности, их корректировать.

НПВП И РИСК ГАСТРОПАТИИ

Слизистая оболочка желудка повреждается двумя путями. Во-первых, прямой токсический эффект. При пероральном приеме НПВП в желудке легко проникают в клетки слизистой оболочки и при достижении определенной концентрации оказывают прямое повреждающее действие на эпителиоциты и разрушают их. Во-вторых, НПВП, независимо от формы применения (пероральная, инъекционная, ректальная, местная), попа-

дают в системный кровоток и, ингибируя ЦОГ-1, снижают продукцию простагландинов, улучшающих кровоток в слизистой, а также увеличивающих синтез слизи. В результате ухудшается микроциркуляция и уменьшаются защитные факторы в слизистой оболочке, снижается репарация. Под действием желудочного сока и пищи слизистая оболочка повреждается.

Изменения в слизистой оболочке желудка, которые можно увидеть под микроскопом, после приема неселективного НПВС проявляются в первые 15–30 мин. У большинства пациентов они являются обратимыми и восстанавливаются без каких-либо последствий. К сожалению, может развиваться гастропатия, для которой характерны повреждения слизистой оболочки от легкой диспепсии и гастрита до развития эрозий (часто множественных) и пептических язв.

Язвы желудка или двенадцатиперстной кишки выявляются у 10–15% пациентов, регулярно принимающих НПВП, а желудочно-кишечное кровотечение или перфорация желудка в течение года может развиваться в 1–1,5% случаев. При этом НПВП-гастропатии возникают на ранних сроках от начала приема лекарственных средств (1–3 месяца). Чем дольше пациент принимает препарат, тем риск выше: при использовании НПВП более 6 недель гастро- и дуоденальной формируются у 70% пациентов.

Риск зависит от возраста: опасность кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта, а также опасность образования язв отмечались у 210 больных на 1 000 000 населения старше 60 лет и лишь у 35 на 1 000 000 в возрасте до 60 лет. К факторам риска развития НПВП-гастропатии также относятся: наличие в анамнезе язвенной болезни, одновременный прием глюкокортикостероидов, антикоагулянтов, высокие дозы приема НПВП или использование нескольких НПВП, наличие инфицирования *Helicobacter pylori*. Риск также может увеличиваться, если пациент курит, злоупотребляет алкоголем.

Также риск зависит от того, какой именно НПВП назначен пациенту

Общественная организация «Самарская областная ассоциация врачей»
Министерство здравоохранения Самарской области
Самарский государственный медицинский университет
ГБУЗ СО «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середякина»
Общественная организация «Ассоциация неврологов и нейрохирургов Самарской области»

**11-12
СЕНТЯБРЯ
2020 ГОДА**

Четвертая Межрегиональная Поволжская
научно-практическая конференция
НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ
посвященная 100-летию кафедры
неврологии и нейрохирургии СамГМУ

Самара
отель «Ренессанс»
ул. Ново-Садовая, 162 В

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР
MICE Partner
MEETINGS INCENTIVES
CONFERENCES EVENTS



(рис.). Поскольку все препараты способны оказывать прямой токсический эффект, не существует ни одного НПВП, применение которого не было бы сопряжено с определенными рисками гастротоксического действия. В то же время риск можно значительно снизить, если использовать препараты, избирательно ингибирующие ЦОГ-2 (коксибы). В России это целекоксиб и эторикоксиб. Неселективные НПВП также отличаются по степени риска гастротоксического действия. Наиболее безопасны – мелоксикам, нимесулид (их иногда называют относительно селективными ингибиторами ЦОГ-2), ацеклофенак. К сожалению, при повышении дозы селективность снижается и риск возрастает. Так, мета-анализ данных (24 196 пациентов), проведенный G. Singh et al., показал, что результаты применения мелоксикама зависели от дозы: в дозе 7,5 мг/сутки он вызывал желудочно-кишечные кровотечения у 0,03% пациентов, а в дозе 15 мг/сутки частота осложнений составила 0,2%. Согласно этому исследованию, диклофенак (100–150 мг/сутки) вызывает желудочно-кишечные кровотечения у 0,15% пациентов.

Еще одним способом уменьшить воздействие НПВП на желудок является одновременное использование ингибиторов протонной помпы – ИПП (омепразол, лансопразол, рабепразол, эзомепразол, пантопразол). Снижая секрецию соляной кислоты, ИПП уменьшают повреждение слизистой оболочки и облегчают ее восстановление. К сожалению, у ИПП имеются свои нежелательные побочные эффекты, о которых врачи и пациенты иногда забывают. Особо хотелось бы напомнить о необходимости обследовать пациента перед назначением ИПП на наличие *Helicobacter pylori*. Эта бактерия не только повышает риск гастротоксического действия НПВП, но и способна провоцировать гастрит, язвенную болезнь, рак желудка. На фоне приема ИПП *H. pylori* начинает активно размножаться и заселять новые участки желудка и двенадцатиперстной кишки.

НПВП И КИШЕЧНИК

НПВП-энтеропатия (энтеропатия, индуцированная НПВП) – патология тонкого кишечника, возникающая в хронологической связи с приемом НПВП. Почти 2/3 всех случаев поражения ЖКТ, ассоциированного с приемом НПВП, приходится не на желудок, а на тонкий кишечник, что неудивительно, так как он является самой длинной частью пищеварительной трубки (до 5 м). Встречается НПВП-энтеропатия достаточно часто, что обнаружилось с развитием методов диагностики, но верифицируется значительно реже из-за трудности диагностики и малосимптомного течения заболевания. Повреждение тонкого кишечника устанавливаются при помощи капсульной эндоскопии (обследование при помощи миниатюрной капсулы, куда помещена фотокамера), а также лабораторной диагностики проницаемости энтероцитов для лактулозы, маннитола, полиэтиленгликолем, а также по распаду радионуклеидов ⁵¹Cr-ЭДТА.

Показано, что даже краткое (7–14 дней) лечение НПВП у 53–80% пациентов вызывает НПВП-энтеропатию, при длительном (более трех месяцев) лечении НПВП те или иные повреждения тонкого кишечника обнаруживаются у 50–71%.

Выделяют три основных механизма негативного воздействия НПВП на кишечный эпителий: 1) местное кон-

тактное воздействие препарата на слизистую оболочку после его перорального приема; 2) системные побочные эффекты после абсорбции препарата из просвета кишки (за счет ингибирования ЦОГ-1 и в меньшей степени ЦОГ-2); 3) повторное местное проявление токсических свойств препарата на эпителиоциты после прохождения его метаболитов через энтерогепатический путь рециркуляции.

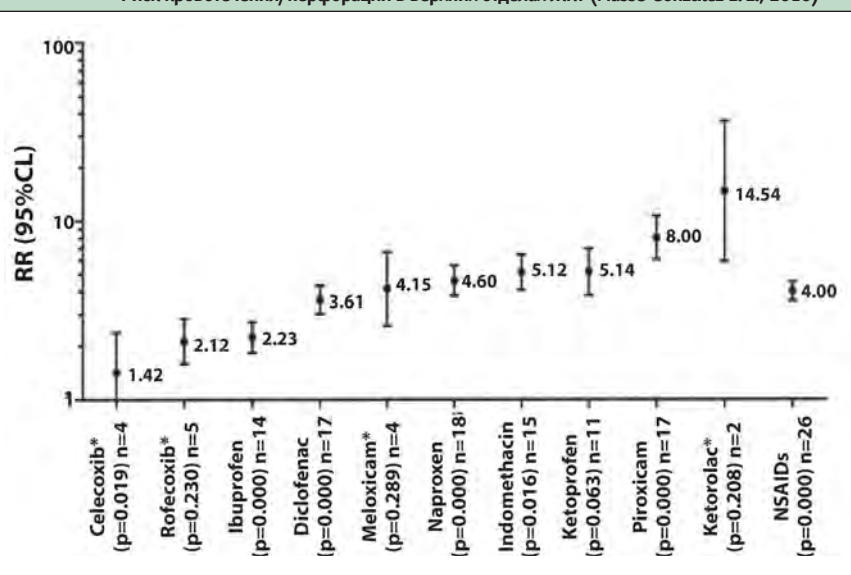
Побочные токсические эффекты НПВП на тонкую кишку включают в себя нарушение проницаемости кишечного эпителия, изъязвление, рубцовые изменения (которые могут приводить к развитию кишечной непроходимости), перфорации и кровотечение, в том числе со смертельным исходом.

Количество теряемой крови при НПВП-индуцированных тонкокишечных язвах как правило составляет 1–10 мл/сут. Кровотечение из лекарственных язв тонкой кишки может достаточно долго оставаться незамеченным, вызывая или усугубляя железодефицитную анемию у пациента. Развитию анемии также способствует снижение всасывания витамина B12 при НПВП-энтеропатии.

Возникающие нарушения в эпителиоцитах и межклеточных контактах способствуют пассивной диффузии растворенных макромолекул, в том числе белка, через клеточные мембраны. Потеря белка обуславливает возникновение гипо- и диспротеинемии.

РИСУНОК

Риск кровотечения/перфорации в верхних отделах ЖКТ (Massó González E. L., 2010)



Повышенная проницаемость кишечного барьера способствует проникновению пищевых макромолекул, желчных кислот, панкреатического сока, бактерий и токсических веществ через слизистую оболочку в лимфу и кровь. Доказано, что грамотрицательные бактерии, выделяя липополисахарид (ЛПС), активируют воспаление и повреждение стенки кишечника. В связи с высокой проницаемостью кишечной стенки ЛПС также попадают в кровоток, индуцируя системную воспалительную реакцию и активацию нейтрофилов. Воспаление в стенке кишечника приводит к развитию рубцовых циркулярных сужений, деформирующих просвет пищеварительной трубки.

Измененная микробиота кишечника может способствовать энтеропатии, связанной с использованием НПВП: кишечные грамотрицательные бактерии способствуют развитию энтеропатии.

Риск НПВП-энтеропатий дозозависим. Риск возрастает при одновременном приеме антиагрегантов (аспирина). Риск выше у пожилых. Препаратами, в максимальной степени негативно влияющими на проницаемость кишечного барьера, признаны индометацин и напроксен. В наименьшей степени на состояние кишечника влияют коксибы.

К сожалению, ИПП, блокаторы гистаминовых рецепторов не способны сни-

зить риск НПВП-энтеропатий, более того, они его увеличивают в связи с существенными сдвигами, которые эти препараты вызывают в микробиоте кишечника (статистически значимое снижение на 80% содержания актинобактерий и бифидобактерий).

В настоящее время не разработаны клинические рекомендации и алгоритмы предотвращения и лечения НПВП-энтеропатии, кроме предложений использовать коксибы, а для неселективных НПВП – по возможности короткие курсы и минимальные дозы. Данные об использовании пробиотиков в лечении НПВП-энтеропатии весьма противоречивы, что делает невозможным их рекомендацию пациентам в рамках фармацевтического консультирования.

НПВП способны вызывать и нарушения в толстом кишечнике. Эта проблема не стоит так остро, как гастротоксичность и энтеротоксичность НПВП, но известно, что НПВП являются частой причиной развития острой и хронической диареи. При этом возникновение НПВП-ассоциированной диареи может быть сопряжено как с воспалением и повышением проницаемости тонкой кишки, так и с функциональными или органическими нарушениями в толстой кишке (так называемая НПВП-колонопатия).

НПВП И ПЕЧЕНЬ

Поражение печени – редкая, но потенциально угрожающая жизни патология, связанная с приемом НПВП. НПВП являются основной причиной лекарственного повреждения печени во всем мире. Патогенез этой патологии неизвестен. Определенную роль могут играть поражение митохондрий гепатоцитов как результат блокады ферментных систем цикла Кребса и разобщения окислительного фосфорилирования, блокада фосфодиэстеразы, нарушение экскреции желчи вследствие образования комплексов с желчными кислотами и энтерогепатической рециркуляции НПВП, иммуногенетические нарушения и др.

Бессимптомное повышение трансаминаз отмечается у 1–5% больных, регулярно принимающих НПВП, серьезные гепатотоксические реакции отмечаются в одном случае на 10 000 больных, регулярно принимающих НПВП. Последствия возникшего НПВП-индуцированного повреждения печени могут быть весьма серьезными, в том числе тяжелая печеночная недостаточность и смерть.

Часто лекарственное поражение печени при приеме НПВП связано с широким применением безрецептурных препаратов (парацетамола, ибупрофена и др.), в т. ч. с нарушением рекомендованных режимов приема и превышением доз. Имеются сообщения о возможном токсическом действии на печень практически всех НПВП, но наибольшую опасность среди применяемых в России препаратов представляет нимесулид. В ряде стран он был запрещен к применению после сообщений о вызванных им случаях тяжелой печеночной недостаточности, в том числе с летальным исходом, а также тем, что количество случаев гепатотоксичности при его применении значительно выше, чем на фоне приема других НПВС. Европейское агентство по лекарственным средствам, проанализировав безопасность и эффективность лекарств, содержащих нимесулид (капсулы, таблетки, суппозитории и порошок или гранулы для перо-

Министерство здравоохранения Чувашской Республики
Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова
АУ «Институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Чувашской Республики
ЧР ОО «Союз реабилитологов России»
АО «Санаторий Чувашиякурорт»



III Межрегиональная научно-практическая конференция
специалистов учреждений здравоохранения, социальной защиты, санаторно-курортных учреждений,
преподавателей и научных сотрудников вузов и НИИ

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»

Ключевые тематические направления конференции:

- актуальные вопросы медицинской реабилитации в неврологии;
- особенности медицинской реабилитации в онкологии;
- вопросы медицинской реабилитации в кардиологии;
- медицинская реабилитация после травм и операций по эндопротезированию суставов;
- амбулаторный этап реабилитации в санаторно-курортных условиях;
- современные технологии медицинской реабилитации;
- совершенствование механизмов контроля качества медицинской реабилитации;
- принципы лечения болевого синдрома;
- особенности реабилитации пожилых пациентов, эволюция технологий, форм и методов преподавания медицинской реабилитации.

19–20 марта
2020 года

Оргкомитет:

E-mail: z-guryanova@bk.ru – Гурьянова Евгения Аркадьевна

ральной суспензии) пришло к выводу, что преимущества системного применения нимесулида продолжают перевешивать его риски, но его использование должно быть ограничено лечением острой боли и первичной дисменореи. Согласно рекомендациям ЕМА, нимесулид следует использовать в наименьших эффективных дозах, курсами как можно более короткой продолжительности. Нимесулид не должен использоваться для лечения болей при остеоартрите и не должен применяться дольше, чем 15 дней.

НПВП и почки

Не столь частым, но опасным неблагоприятным эффектом НПВП является нефротоксическое действие. Клинические симптомы нарушения выделительной функции почек неспецифичны и включают анорексию, астению, потерю веса и расстройства пищеварения (тошнота, рвота, боль в животе), поэтому диагностика затруднена, особенно на ранних стадиях поражения почек. В это время поражение почек уже хорошо видно при проведении биоп-

сии. Тем не менее, ни пациент, ни врач на ранних стадиях часто не связывают жалобы с нефротоксическим действием применяемого препарата, так как тошнота и диспепсические расстройства могут быть объяснены поражением ЖКТ, инфекционным заболеванием и т. п. У большинства пациентов клинические и биологические признаки незаметны и спонтанно улучшаются после отмены препарата. Диагноз часто устанавливается после биохимического анализа крови, когда клинические симптомы сохраняются. Изменения в моче, такие как асептическая лейкоцитурия, эозинофиурия, связанные с воспалительным синдромом, указывают на иммуноаллергическое интерстициальное поражение почек, но часто отсутствуют.

Основным механизмом повреждения почек являются изменения внутривисцеральной гемодинамики. Вследствие ингибирования ЦОГ-1 и ЦОГ-2 снижается биосинтез простагландинов, что приводит к блокированию опосредованного простагландинами расширения

сосудов, приносящих кровь к клубочкам. В результате токсическое действие НПВП может привести к почечной ишемии, острому канальцевому некрозу и острой почечной недостаточности. Второй патологией, связанной с применением НПВП, является острый нефрит вследствие иммунной реакции. Риск возрастает, если у пациента ранее существовала патология почек или если кровоток в почках был снижен.

Согласно данным Griffin и соавт., применение НПВП повышает риск острой почечной недостаточности на 58% у пациентов старше 65 лет. Риск зависит от дозы препарата. Для ибупрофена, долю которого приходилось 35% использования НПВП, риск при использовании препарата в дозе не выше 1200 мг/день не повышался, при использовании в дозе >1200–<2400 мг/день – повышался в 1,89 раза, а при использовании в дозе 2400 мг/день риск возрастал в 2,32 раза. Дополнительным фактором риска нефротоксического действия НПВП является одновременный прием ИПП. В то же время возможно острое

ОРГАНИЗАТОРЫ

Министерство здравоохранения Нижегородской области

ГБУЗ НО «Городская больница № 33»

Центр головной боли, экстрапиримидной недостаточности и демиелинизирующих заболеваний ЦНС

Нижегородское отделение Межрегиональной общественной организации «Научно-практическое общество врачей неотложной медицины»

НРОО «Врачебная палата»

РЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«БОЛЬ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА»

- Фундаментальные аспекты болевых синдромов
- Боль как неотложное состояние
- Головные и лицевые боли
- Боли в спине
- Скелетно-мышечные болевые синдромы
- Тазовые боли
- Болевые синдромы в акушерстве, гинекологии и урологии
- Болевые синдромы в педиатрии
- Болевые синдромы в стоматологической практике
- Невропатические болевые синдромы
- Послеоперационные болевые синдромы
- Боль в онкологии
- Болевые синдромы в клинике внутренних болезней
- Психогенные болевые синдромы
- Методы оценки и диагностики хронической боли
- Болевые синдромы в клинике демиелинизирующих заболеваний и экстрапиримидных нарушений
- Нейрохирургическая коррекция болевых синдромов
- Профилактика, лечение и реабилитация больных с хронической болью
- Организация противоболевой медицинской помощи в России

В рамках конференции состоится симпозиум «Внедрение модели оказания малоинвазивной рентгенохирургической помощи пациентам с аортальной патологией в Нижегородской области» (руководитель Наумов С.В.)

ЭЛЕКТРОННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ ОТКРЫТА НА САЙТЕ

REMEDIUМ-NN.RU

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ
И ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПАРТНЕР

КОМПАНИЯ

«РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ»



8 (831) 411-19-83



remedium@remedium-nn.ru



remedium-nn.ru

28 МАРТА

НИЖНИЙ НОВГОРОД

КОНГРЕСС-ЦЕНТР «ОКА»

ЗАЛ «ЛЮКС»

повреждение почек НПВП у здоровых детей без каких-либо ранее существовавших заболеваний почек.

При развитии нефротоксического действия НПВП следует отменить препарат и направить пациента на врачебную консультацию. При необходимости проводится регидратация.

НПВС И СОСУДЫ

Существуют доказательства того, что как традиционные НПВП, так и селективные ингибиторы ЦОГ-2 могут повышать риск возникновения инфаркта миокарда. Первоначально эти проблемы были зарегистрированы исключительно для коксибов. Впоследствии оказалось, что традиционные НПВП также создают риск сердечно-сосудистых заболеваний. Так, у пациентов, принимающих НПВП, риск ИМ на 35% выше, чем в среднем по популяции. Избыточный риск инфаркта миокарда наблюдался через один месяц лечения и, по-видимому, слегка увеличивался при увеличении продолжительности лечения.

При ингибировании почечных про-
станойдов с помощью НПВП у воспри-
имчивых пациентов наблюдается задержка натрия с последующим разви-
тием отеков и повышением артериаль-
ного давления. Второй причиной повы-
шения сердечно-сосудистых рисков на
фоне приема НПВП (в том числе ибупро-
фена, диклофенака) является повышение
тромбообразования. Кроме того, на фоне
приема НПВП уменьшается эффект мно-
гих гипотензивных препаратов.

Напроксен, в отличие от большинства
НПВП, действует на ЦОГ-1 в большей
степени, чем на ЦОГ-2. В результате он
может подавлять уровень ЦОГ-1 в тром-
боцитах. Так как напроксен имеет дли-
тельный период полураспада (>12 ч),
у некоторых пользователей напроксе-
на могут иметь место полное и стойкое
подавление активности ЦОГ-1 тромбо-
цитов и антиагрегантное действие. За
счет этого напроксен допустимо
назначать пациентам с риском
сердечно-сосудистых осложнений. Альтернативой напроксена является

целекоксиб. Если у пациента имеются
дополнительные факторы риска
сердечно-сосудистых осложнений, к
целекоксибу дополнительно назнача-
ют ацетилсалициловую кислоту в каче-
стве антиагрегантной терапии.

К сожалению, другой коксиб, имею-
щийся на рынке Российской Феде-
рации, – эторикокиб – необходимо
назначать кардиологическим пациен-
там с осторожностью. Эторикокиб
может вызывать повышение артериаль-
ного давления (АД), поэтому необходи-
мо контролировать показатели АД в
первые две недели приема препарата.
Стойко сохраняющиеся значения АД,
превышающие 140/90, при неконтроли-
руемой артериальной гипертензии
являются противопоказанием для про-
должения приема эторикокиба.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, индивидуальный под-
ход к пациенту, грамотное консультиро-
вание позволяют снизить риски при
приеме НПВП и повысить эффектив-
ность лечения.

Бринтелликс
обладает дозозависимым
действием на все
симптомы депрессии

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ по применению лекарственного препарата БРИНТЕЛЛИКС

Регистрационный номер: ЛП-003422. Международное непатентованное название: вортиоксетин. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 5 мг, 10 мг и 20 мг. Фармакотерапевтическая группа: антидепрессанты. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ. Бринтелликс показан для лечения больших депрессивных эпизодов у взрослых. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. Гиперчувствительность к активному веществу или какому-либо компоненту препарата. Одновременное применение с неселективными ингибиторами моноаминоксидазы (ИМАО) или с селективными ингибиторами МАО А (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). Детский и подростковый возраст до 18 лет (безопасность и эффективность не установлены). С осторожностью: тяжелая почечная и печеночная недостаточность; маниака и гипомания; фармакологически неконтролируемая эпилепсия, судорожные припадки в анамнезе; выраженное суицидальное поведение; широкое поле зрения; склонность к кровотечениям; одновременный прием с ингибиторами МАО В (селегилином, разагилином); серотонинергическими лекарственными препаратами; препаратами, снижающими порог судорожной готовности; литием, триглицероном; лекарственными препаратами, содержащими зверобой продырявленный; пероральными антикоагулянтами и лекарственными препаратами, влияющими на тромбоцитарную функцию; препаратами, способными вызвать гипонатриемию; электрокардиостимуляторами; пожилой возраст. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ. Режим дозирования. Начальная и рекомендуемая доза Бринтелликса у взрослых пациентов младше 65 лет составляет 10 мг однократно в сутки. В зависимости от индивидуальной реакции пациента суточная доза может быть увеличена до максимальной дозы 20 мг вортиоксетина один раз в сутки или снижена до минимальной дозы 5 мг вортиоксетина один раз в сутки. После полного разрешения симптомов депрессии рекомендуется продолжать лечение в течение, по крайней мере, 6 месяцев для закрепления антидепрессивного эффекта. Прекращение лечения. Пациенты, получающие лечение вортиоксетин, могут одновременно прекращать прием лекарственного препарата без необходимости постепенного понижения дозы (см. раздел «Фармакологические свойства»). Особые группы пациентов. Пожилые пациенты. У пациентов в возрасте 65 лет и старше для закрепления антидепрессивного эффекта. Пациенты, получающие лечение вортиоксетин, должны соблюдать осторожность при лечении пациентами в возрасте 65 лет с применением дозы выше 10 мг вортиоксетина однократно в сутки, так как данные о применении препарата у этой группы пациентов ограничены (см. раздел «Особые указания»). Ингибиторы цитохрома Р450. В зависимости от индивидуальной реакции пациента может потребоваться снижение дозы Бринтелликса в случае присоединения терапии сильными ингибиторами изофермента CYP2D6 (например, бупропионом, хинидином, флуоксетином, пароксетином) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). Индукторы цитохрома Р450. В зависимости от индивидуальной реакции пациента может потребоваться коррекция дозы Бринтелликса в случае присоединения терапии индукторами цитохрома Р450 широкого спектра (например, рифампином, карбамазепином, фенитоином) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). Дети и подростки (младше 18 лет). Безопасность и эффективность Бринтелликса у детей и подростков в возрасте до 18 лет не установлена. Данные по этой группе пациентов нет (см. раздел «Особые указания»). Способ применения. Бринтелликс предназначен для приема внутрь. Покрытые пленочной оболочкой таблетки можно принимать вне зависимости от приема пищи. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ. Сводная характеристика профиля безопасности. Наиболее частой нежелательной реакцией была тошнота. Как правило, тошнота имела легкую или умеренную степень тяжести и возникала в первые 2 недели лечения. Реакции в основном были кратковременными и не приводили к прекращению лечения. Нежелательные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта, такие как тошнота, чаще встречались у женщин, чем у мужчин. Пожилые пациенты. Для доз вортиоксетина 10 мг и выше один раз в сутки уровень выбывания из исследований был выше у пациентов в возрасте 65 лет. Для доз вортиоксетина 20 мг один раз в сутки случаи возникновения тошноты и запоров были выше у пациентов в возрасте 65 лет (42% и 15%, соответственно) по сравнению с пациентами в возрасте 65 лет (27% и 4%, соответственно) (см. раздел «Особые указания»). Сексуальная дисфункция. В клинических исследованиях сексуальная дисфункция оценивалась с использованием KSEX (Клиническая шкала сексуальной функции). Дозы от 5 до 15 мг не демонстрировали отличия от плацебо. Однако прием дозы вортиоксетина 20 мг ассоциировался с повышением частоты возникновения сексуальной дисфункции (ТЭДС) (см. раздел «Фармакологические свойства»). Класс-специфический эффект. Эпидемиологические исследования преимущественно с участием пациентов в возрасте 50 лет и старше выявили повышение риска перелома костей у пациентов, принимающих лекарственные препараты, относящиеся к соответствующим фармакологическим классам антидепрессантов (СИОЗС и ТЦА). Механизм, обуславливающий такой риск, неизвестен, также как неизвестно относится ли этот риск к приему вортиоксетина, гипонатриемии. На фоне применения антидепрессантов с серотонинергическим эффектом (СИОЗС, СИОЗСН) сообщалось о редких случаях возникновения гипонатриемии, вероятно вследствие синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона. Следует проявлять осторожность при применении вортиоксетина у пациентов из групп высокого риска, таких как пожилые пациенты, пациенты с синдромом неадекватной секреции антидиуретического гормона, пациенты, получающие терапию лекарственными препаратами, которые могут вызывать гипонатриемию. Следует по возможности отменить вортиоксетин у пациентов с симптоматической гипонатриемией и провести соответствующие медицинские вмешательства, направленные на коррекцию их состояния. Влияние на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами. Бринтелликс не оказывает или оказывает незначительное влияние на способность управлять транспортными средствами или работать с механизмами. Тем не менее, поскольку отмечались нежелательные реакции, например, головокружение, пациенты должны соблюдать осторожность при управлении транспортными средствами или при работе с опасными механизмами особенно в начале лечения вортиоксетин или при изменении его дозы. СРОК ГОДНОСТИ 4 года.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК. По рецепту врача.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ) РАБОТНИКОВ ПЕРЕД ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ



ООО "ЛУНДБЕК РУС"
107045 г. Москва, Последний переулок, д.17
тел.: (495) 380 31 97
e-mail: russia@lundbeck.com
www.lundbeck.ru



Лечить больше, чем расстройство настроения!

М. Л. КУКУШКИН, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии», г. Москва

Что является причиной боли при мигрени

Патогенез дисфункциональных болевых синдромов сложен. Если при возникновении ноцицептивной или невропатической боли происходит прямая активация структур ноцицептивной системы (вследствие повреждения и воспаления тканей или повреждения структур соматосенсорной нервной системы), то у больных с дисфункциональной болью возбуждение ноцицептивной афферентной системы осуществляется опосредованно.

Действительно не просто ответить на вопрос, что является причиной боли у больных с мигренозным приступом? Или почему через некоторое время тяжелейшая боль и сопутствующие симптомы мигренозной атаки исчезают, если рассматривать боль как следствие того или иного повреждения? Дисфункциональные боли существенно меняют сложившийся в медицине стереотип о том, что боль – это симптом при повреждении тканей. Боль может рассматриваться в качестве самостоятельной болезни. И типичным примером такой боли является мигрень.

Патогенез мигрени до сих пор является горячо обсуждаемым вопросом. Современные исследования свидетельствуют о том, что мигрень можно отнести к генетически детерминированному многофакторному заболеванию, в основе которого лежит повышенная возбудимость нейронов головного мозга вследствие возникновения изменений в синтезе и метаболизме нейромедиаторов и нейромодуляторов, активности ионных каналов, митохондриальной дисфункции. Современная нейрососудистая (тригемино-вазкулярная) теория с возникновением асептического нейрогенного воспаления в сосудах оболочки мозга [1] лучше всего отражает клинические проявления мигренозной боли. Развитие нейрогенного воспаления неминуемо запускает механизмы периферической и центральной сенситизации.

Установлено, что чем дольше центральные ноцицептивные нейроны подвергаются болевой «бомбардировке» с периферии, тем сильнее становится центральная сенситизация, которая может сохраняться и вне зависимости от поступления ноцицептивных импульсов, способствуя расширению зоны гипералгезии, вплоть до развития аллодинии и увеличению интенсивно-

сти и продолжительности боли. Этот феномен лежит в основе эффективности обезболивания при мигрени.

В рекомендациях Европейской федерации неврологических обществ (EFNS) для лечения приступа мигрени представлены лекарственные средства с доказанной эффективностью, которая была определена в рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях [2].

Для купирования мигрени в первую очередь рекомендованы НПВП с быстрым поступлением в кровоток и непродолжительным периодом полувыведения, что обеспечивает эффективный контроль боли и достаточную безопасность пациентов. Быстрый и хороший результат, например, достигается через 15 минут после приема внутрь калиевой соли диклофенака [3]. В плацебо-контролируемых исследованиях было доказано, что калиевая соль диклофенака также эффективна, как и суматриптан, при купировании острого приступа мигрени [3, 4].

В кокрановском систематическом обзоре (2013) также подтверждается

высокая эффективность диклофенака калия при лечении приступов мигрени [5].

С целью повышения эффективности лечения тяжелого приступа мигрени используются комбинации НПВП и триптана. В исследовании J.L. Brandes и соавт. (2007) представлены статистически значимые преимущества комбинированного применения триптана с НПВП по сравнению с монотерапией этими средствами [6].

Литература:

1. Moscovitz M.A. Pathophysiology of headache – past and present. *Headache*. 2007. № 47 (1). P. 58–63.
2. Evers S., Afra J., Frese A. et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force. *European Journal of Neurology*. 2009. № 16. P. 968–981.
3. Dabl F.C., Bjrkman R. Diclofenac-K (50 and 100 mg) and placebo in the acute treatment of migraine. *Cephalalgia*. 1993. № 13. P. 117–123.
4. The Diclofenac-K/Sumatriptan Migraine Study Group. Acute treatment of migraine attacks: efficacy and safety of a nonsteroidal antiinflammatory drug, diclofenacpotassium, in comparison to oral sumatriptan and placebo. *Cephalalgia*. 1999. № 19. P. 232–240.
5. Derry S., Rabbie R., Moore R.A. Diclofenac with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013. № 4. CD008783.
6. Brandes J.L., Kudrow D., Stark S.R. et al. Sumatriptan-naproxen for acute treatment of migraine: a randomized trial. *JAMA*. 2007. № 297. P. 1443–1454.

Первоисточник: Российский журнал боли, № 3, 2018, С. 87–95

Диалярапид
Калия диклофенак, саше.
Анальгетическое, противовоспалительное,
наркоподобное средство

Навстречу мощному эффекту

эффект саше
за 5 минут
как от
инъекции

курс 3 дня
безопаснее

**ДВОЙНОЕ УСКОРЕНИЕ
ПРОТИВ БОЛИ**
Диалярапид – это дважды ускоренная сила диклофенака,
обеспечивающая эффект, сопоставимый с инъекциями.
Диалярапид выпускается в саше с порошком для приготовления
раствора. Упаковка рассчитана на курс 3 дня в максимальной
дозировке для купирования любой острой боли.

ESG

С. Н. БУШЕНЕВА, к. м. н., врач-невролог высшей категории, медицинский директор ГК «Сова», г. Волгоград

«Девирта» – инновационное решение в реабилитационной индустрии

Группа компаний «Исток-Аудио» представляет уникальную разработку – Аппаратно-программный мультимедийный комплекс (АПК) для дистанционно-контролируемой реабилитации пациентов с использованием технологий виртуальной реальности «Девирта». В нем реализованы инновационные методы помощи людям с ограниченной подвижностью конечностей, в том числе имеющих болезнь Паркинсона, деменцию, рассеянный склероз, а также у больных после инсульта и травм головного и спинного мозга. То, что еще несколько лет назад было даже представить, сегодня успешно применяется крупнейшими медицинскими центрами в России и Европе.

Занятия с использованием АПК «Девирта» в условиях специализированной клиники или дома включают элементы игры, иллюзию преодоления препятствий, создают положительную мотивацию пациента к произвольной двигательной активности, стимулируют пробуждение внутренних восстановительных ресурсов. Таким образом, посредством виртуальной реальности создаются уникальные условия для восстановления мышечной активности, улучшения когнитивных возможностей. Программы «Девирта» предусматривают постепенное нарастание нагрузки от простых движений к более сложным, вплоть до тренировки мелкой моторики.

В зависимости от конечной цели специалисты ГК «Исток-Аудио» рекомендуют использовать разные виды АПК «Девирта».

◆ **Девирта – Делфи 1.0.** Позволяет полностью или частично восстановить объем движений, двигательной активности, мышечной силы и ловкости в пораженных конечностях, координации, равновесия, вестибулярной устойчивости. Использует принцип восстановления с использованием биологически обратной связи (БОС) и технологию распознавания движений с помощью сенсорного датчика. Цель применения виртуального тренажера в клинической практике очевидна: пациент должен восстанавливать потерянные вследствие заболевания навыки, многократно повторяя специально разработанные движения. Компьютерная программа при этом обеспечивает обратную связь, которая дает возможность пациенту увидеть результаты своих упражнений и, таким образом, мотивировать его на достижение максимально возможного результата.

◆ **Девирта – Точность.** Главной задачей этого комплекса является восстановление утраченных функций верхних конечностей для повышения качества жизни пациентов, в том числе людей пожилого возраста, возвращения к профессиональной и повседневной бытовой деятельности. Может использоваться для улучшения мелкой моторики у детей, взрослых, людей пожилого возраста и лиц с ограниченными возможностями здоровья, помогая пациентам как с мелкими нарушениями моторики, так и с параличами рук различного генеза. Базируется на использовании бесконтактного сенсорного датчика, исключающего контакт с пользователем, что обеспечивает дополнительную свободу в проведении упражнений. АПК «Девирта Точность» не только сокращает реабилитационный период, но и делает проведение восстановительных упражнений приятным и эффективным.

◆ **Девирта – Антиболь.** Может быть использована в качестве дополнительного метода лечения острого и хронического болевого синдрома, для профилактики болевого синдрома при выполнении медицинских манипуляций. Переключение внимания пациента с болевого синдрома, испытываемого в реальном мире, на игровое пространство в виртуальной среде – основа обезболивающего эффекта этого ПО. Хорошо себя зарекомендовало в диагностических отделениях, процедурных кабинетах, манипуляционных и перевязочных, а также в амбулаторной хирургии. Эффективность использования виртуальной реальности при терапии острой/хронической боли доказана во многих зарубежных исследованиях.

Важно отметить, что все виды АПК «Девирта» позволяют достигнуть максимально положительный результат за счет создания персонализированных программ. Благодаря усилиям специалистов Группы компаний «Исток-Аудио» комплекс «Девирта» в 2019 году был включен в клинические рекомендации по дистанционной реабилитации. ®



Девирта

Регистрационное удостоверение РЗН 2019/9218 от 13.11.2019

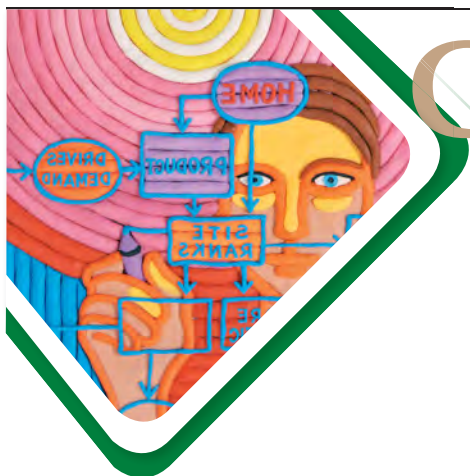
Аппаратно-программный мультимедийный комплекс

- ◆ **ДЕВИРТА – ДЕЛФИ**
Нейрореабилитация с использованием виртуальной реальности.
- ◆ **ДЕВИРТА – ТОЧНОСТЬ**
Использование виртуальной реальности и механизма биологически обратной связи для восстановления крупной и мелкой моторики верхних конечностей.
- ◆ **ДЕВИРТА – АНТИБОЛЬ**
Дополнительный метод лечения острого и хронического болевого синдрома.
- ◆ **ДЕВИРТА – ВИРТУАЛЬНАЯ ЭРГОТЕРАПИЯ 3D**
Уникальная система для восстановления двигательной активности, координации движений, развития функций мозга.

www.istok-audio.com
www.istok-reatech.ru
rt@istok-audio.com

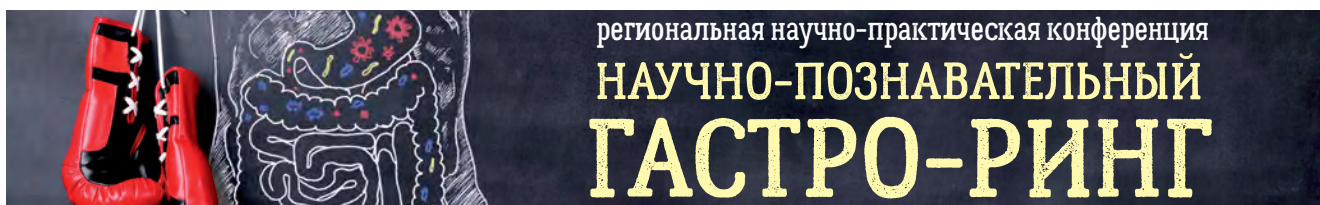
8 (495) 799-86-62
8 (925) 090-68-87


ИСТОК-АУДИО
ГРУППА КОМПАНИЙ



События

и комментарии



Интерактивно, актуально, с использованием современных образовательных технологий проходят нижегородские конференции для врачей-гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов и врачей общей практики по вопросам применения новых подходов в диагностике и лечении заболеваний ЖКТ под кураторством профессора **О. П. Алексеевой**.

Профессионально-познавательная активность врача была в фокусе внимания организаторов региональной научно-практической конференции «Научно-познавательный ГАСТРО-ринг с разборами клинических случаев актуальных заболеваний ЖКТ» 4 декабря 2019 года.

Своевременно поставить диагноз, назначить адекватную терапию, обеспечить реабилитацию с учетом современных возможностей медицины в соответствии с современными рекомендациями ведения пациентов – задачи современного врача, помощь в

решении которых получили участники мероприятия из выступлений ведущих экспертов Москвы, Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону, Саранска и, конечно, нижегородских метргов гастроэнтерологии.

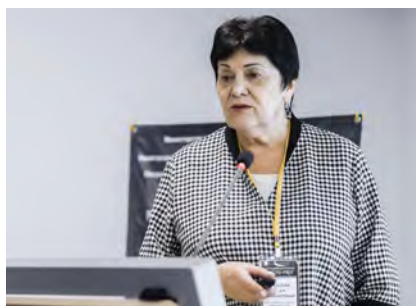
Более трехсот человек активно черпали новую информацию из докладов, построенных на основе клинической демонстрации больного с разбором наиболее частых ошибок ведения пациентов: **«Выбор нестероидных противовоспалительных препаратов и ИПП у пациента с сочетанной патологией»** (Лазебник Л. Б., Москва), **«Статины и печень: друзья или враги?»** (Курышева М. А., Н. Новгород), **«Абдоминальная боль, нарушения стула и метеоризм – простые симптомы непростого диагноза»** (Кайбышева В. О., Москва), **«Ингибитор ИЛ 12/23 – новый класс ГИБП в терапии болезни Крона. Возможности и перспективы»** (Шапина М. В., Москва), **«Роль психофармакотерапии в лечении пациентов с гастроэнтерологической патологией в сочетании с тревожно-депрессивными нарушениями. Клинический пример»** (Горячева Е. Е., Н. Новгород) и др.

Профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней РостГМУ **Г. Н. Тарасова** в докладе **«Пути сни-**



жения гастроинтестинального риска при приеме НПВП» продемонстрировала возможности дифференцированного подхода к выбору НПВП в амбулаторной практике, раскрыла стратификацию гастроинтестинальных рисков и варианты оптимизации схем терапии.

Профессор, зав. кафедрой гастроэнтерологии ФУВ РРНИМУ имени Н. И. Пирогова, вице-президент НОГР по образовательным вопросам, вице-президент НОГР по образовательным вопросам **Эмилия Прохорова Яковенко** акцентировала внимание участников на корректном составлении алгоритмов диагностики и лечения заболеваний ЖКТ, а также корректной интерпретации полученных результатов лабораторного и инструментального обследования, которые в последующем можно использовать для выбора оптимальной терапии заболеваний ЖКТ и оценки результатов лечения пациентов.



Нарушение проходимости желчевыводящих путей, заболевания печени и поджелудочной железы требуют точной диагностики для выбора тактики ведения пациентов и назначения адекватной терапии: именно эти вопросы на клиническом примере были глубоко проанализированы профессором Ольгой Поликарповной Алексеевой (главный специалист-гастроэнтеролог ПФО, директор регионального гастроэнтерологического центра НОКБ им. Н.А. Семашко), ответив на поставленные вопросы дифференцирования диагноза (**Дисфункция желчного пузыря, билиарный сладж, рецидивирующий панкреатит? Как поставить правильный диагноз**).

Новые технологии в лечении пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, воспалительными забо-

леваниями кишечника; демонстрация важности выявления психопатологических синдромов у гастроэнтерологических больных с помощью простого тестирования и другие темы с интересом изучали участники конференции, анализируя на многочисленных примерах применение клинических протоколов лечения по наиболее распространенным нозологическим формам, вместе с введением профилактических

мероприятий в работу врача-гастроэнтеролога.

Следующая встреча гастроэнтерологов на нижегородской земле состоится **1–2 апреля 2020 года на XIV Межрегиональной научно-практической конференции гастроэнтерологов ПФО «Современная гастроэнтерология: что нужно знать практическому врачу?»**.



МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

организаторов и специалистов сестринского дела совместно со ШКОЛОЙ ГОСПИТАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИОЛОГОВ

«НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Задача повышения качества оказания сестринской помощи населению является безусловным резервом повышения качества медицинских услуг, соответственно организация работы медицинских специалистов среднего звена: рациональное перераспределение функций между средним и младшим медицинским персоналом, снижение непроизводительных затрат рабочего времени и т. д., становится основной заботой руководителей сестринских служб, а именно главной медицинской сестры и старших медицинских сестер отделений. Необходимо пополнению знаний их постоян-

ному обновлению по медико-социальным направлениям, вопросам менеджмента и организации здравоохранения, медицинской информатики и др. способствуют научно-практические мероприятия.

В Нижнем Новгороде, благодаря сложившемуся ритму информационно-образовательных конференций, дважды в год руководители сестринских служб медицинских организаций имеют возможность встретиться и получить знания от ведущих экспертов для профессионального развития.

Главные и старшие медицинские сестры, врачи-эпидемиологи реализовали такую возможность на состоявшейся конференции «**Направления оптимизации деятельности по обеспечению качества и безопасности медицинской помощи**» вместе со Школой госпитальных эпидемиологов в декабре 2019 года.

Структура конференции включала в себя пленарное заседание для главных медицинских сестер и госпитальных



эпидемиологов, симпозиум процедурных медицинских сестер и Школы госпитальных эпидемиологов. Пленарное заседание открыл доклад зав. кафедрой эпидемиологии, микробиологии и доказательной медицины, директора НИИ профилактической медицины Университетской клиники ФГБОУ ВО «ПМУ» Минздрава России **О. В. Ковалишеной «О реализации современной доктрины профилактики ИСМП»**. В докладе были представлены ключевые положения современной доктрины профилактики ИСМП, которые были озвучены, опубликованы и поддержаны Националь-



ной ассоциацией специалистов по контролю ИСМП. Подробно рассматривались методические и практические вопросы обеспечения эпидемиологической безопасности медицинской деятельности в условиях изменения нормативной правовой базы, использования системы риск-менеджмента ИСМП в планировании и управлении работой всех служб медицинской организации.

Об автономной деятельности медицинской сестры и обеспечении доступности и качества медсестринских услуг рассказала слушателям **М. В. Доютова** – д. м. н., главный врач ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 50 Приокского района г. Н. Новгорода» МЗ РФ, главный внештатный специалист общей врачебной практики минздрава Нижегородской области. Марина Владиславовна рассмотрела проблемы, которые возникли в ходе реализации проекта «Автономная деятельность медицинской сестры участковой» и представила эффективные пути решения этих проблем. Также были продемонстрированы результаты исследования нагрузки медицинской сестры и новая модель медицинской организации, оказывающей ПМСП.

Школа госпитальных эпидемиологов открылась докладом о роли *Clostridium difficile* в развитии ВБИ и Профилактике КДАД доцента кафедры эпидемиологии и дезинфектологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, к. м. н. **А. И. Локотковой**. Алла Ильинична дала оценку факторам риска для развития внутрибольничной клостридиодиффициле-ассоциированной диареи, детально разобрала полученные результаты лабораторного обследования и объяснила, как корректно организовывать профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Приятным событием конференции стало награждение победителей профессионального конкурса «**Лучший средний медицинский работник года Нижегородской области**». Главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельно-

стью в Приволжском федеральном округе **Л. А. Поклад** вручила победителям и призерам Почетные грамоты министерства здравоохранения Нижегородской области. Президент ПАС ВСМФО **Е. В. Вагина** поздравила победителей и призеров, поблагодарила всех участников конкурса за высокий профессионализм и вручила премии членам ассоциации.

В номинации «**Лучший фельдшер-лаборант**» награды получили: **1-е место** – Фабричнова Ирина Юрьевна, фельдшер-лаборант ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр»; **2-е место** – Баланова Ольга Федоровна, старший фельдшер-лаборант ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»; **3-е место** – Бабаева Светлана Валентиновна, фельдшер-лаборант ГБУЗ НО «Сергачская центральная районная больница».



В номинации «**Лучшая медицинская сестра операционная**» победителями стали: **1-е место** – Шемякина Елена Геннадьевна, операционная медицинская сестра ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 3» (НГЦ); **2-е место** – Вилкова Наталья Игоревна, операционная медицинская сестра ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер»; **3-е место** – Стамова



В 2020 году медсестер станет больше, и их круг полномочий заметно расширится, заявил глава Минздрава **Михаил Мурашко**.

В этом году увеличится набор среднего медперсонала и зона его ответственности. Медсестра должна быть не просто помощником врача, а тем специалистом, который самостоятельно оказывает медпомощь, считает министр.

Сейчас кадровый дефицит медсестер составляет около 130 тысяч человек.

Мария Александровна, операционная медицинская сестра ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко».

В номинации «**Лучшая медицинская сестра-анестезист**» за профессионализм награждены: **1-е место** – Черенкова Ольга Борисовна, медицинская сестра-анестезист ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»; **2-е место** – Лемзина Светлана Вячеславовна, медицинская сестра-анестезист ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер»; **3-е место** – Жукова Наталья Александровна, медицинская сестра-анестезист ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 40 Автозаводского района г. Н. Новгорода».

Подводя итог мероприятия, участники отметили высокий уровень и актуальность прозвучавших лекций, мастер-классов, выступлений. Единодушно отметили специалисты особую ценность таких встреч, объединяющих организаторов и специалистов сестринского дела, врачей, представителей медицинской науки, преподавателей образовательных организаций, которые, несомненно, являются залогом успешного и поступательного развития уровня медицины.

X Общероссийская конференция «Частное здравоохранение: Эволюция»

4 декабря состоялась X Общероссийская конференция «Частное здравоохранение: Эволюция», организованная ассоциациями частных клиник Москвы, Санкт-Петербурга и Нижнего Новгорода, а также «ОПОРОЙ РОССИИ» при поддержке Национальной медицинской палаты и Минздрава РФ.

Мероприятие прошло в рамках Международного научно-практического форума «Российская неделя здравоохранения». Отличительной особенностью конференции стал ее интерактивный формат. Эксперт по коммуникациям в медицине **Анна Хасина** представила цифровую платформу Telsy, благодаря которой у участников конференции была возможность в режиме онлайн написать вопрос спикеру и проголосовать за наиболее актуальные. Вопросы, набравшие наибольшее количество голосов, задавались докладчикам.

Конференцию открыла секция «Аналитика отрасли и инвестиции для рынка медицинских услуг», посвященная трендам и прогнозам рынка медицинских услуг в России, перспективам развития негосударственного здравоохранения в стране и потенциалу для привлечения инвестиций в медицинскую отрасль в РФ. Модераторами секции стали вице-президент «ОПОРЫ РОССИИ», президент Ассоциации частных клиник Москвы и ЦФО **Александр Грот** и генеральный директор Ассоциации частных клиник Санкт-Петербурга и Северо-Запада **Александр Солонин**. Среди докладчиков: **Сергей Шишкин**, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», **Екатерина Дежаткина**, старший менеджер группы по оказанию услуг в области повышения эффективности

бизнеса предприятиям медико-биологической отрасли Ernst & Young, **Дмитрий Кузнецов**, вице-президент Всероссийского союза страховщиков (ВСС), **Сергей Хитров**, руководитель аналитической группы «РБК», **Владимир Гераскин**, исполнительный директор практики по оказанию услуг государственным органам и общественному сектору PwC Россия.

«Одним из трендов последних трех лет стало увеличение количества пациентов, обратившихся в частные медицинские организации, их количество увеличилось в среднем на 11%», – отметил Александр Грот добавив, что увеличение обращаемости за платными медицинскими услугами наблюдается во всех возрастных, образовательных и профессиональных группах населения. «Это говорит о том, что конкуренция развивается и вышла на новый этап», – уточнил А. Грот. Также в 2019 году пациенты дают высокие оценки качества работы платных отделений государственных учреждений (78%), а среди пациентов частных клиник – подавляющее большинство высоко оценивает качество медицинской помощи (83%).

Также в 2019 году выросла доля граждан, готовых получать бесплатную медицинскую помощь по ОМС в частных медицинских организациях (плюс 3% по сравнению с прошлым годом). По словам Александра Грота, этот важный тренд ближайших лет показывает, что негосударственный сектор более активно стал работать в системе обязательного медицинского страхования. «Увеличение числа частных клиник, участвующих в системе ОМС, позволит государству принять такие медицинские организации как полноценного партнера при работе в этом сегменте рынка», – подчеркнул он.

Свой доклад на тему «Здравоохранение и национальные цели Российской

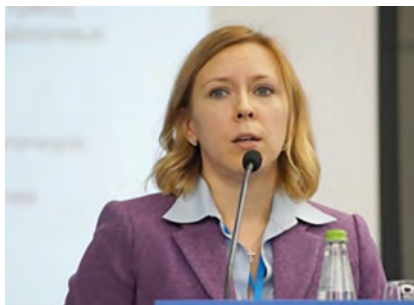


Федерации» Сергей Шишкин, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», начал с существующих вызовов системе здравоохранения. Это и значительный разрыв по продолжительности жизни по сравнению с европейскими странами, и смертность мужчин в трудоспособном возрасте, и технологическое отставание российского здравоохранения, и низкий уровень первичной медико-санитарной помощи, и дефицит и недостаток компетенций медицинских кадров.

«Национальные цели развития страны до 2024 года в целом адекватно отражают остроту проблем в сфере здравоохранения. Но рассматривая эти цели, можно заметить, что закладывается более высокий темп достижения показателей, чем в предыдущий семилетний период. Это предъявляет, с одной стороны, более высокие требования к ресурсному обеспечению здравоохранения и повышению его эффективности, а с другой стороны, при такой постановке целей высоки риски недостижения целевых показателей в 2024 году», – считает Сергей Шишкин.

По его словам, для достижения целей существует потребность в дополнительном финансировании системы здравоохранения в течение следующих лет от 0,5 до 1% ВВП. «На данный момент государство выделяет на здравоохранение 3,2% ВВП. Нам необходимо тратить, как минимум, от 3,7 до 4,2%, что будет соответствовать доле затрат ВВП стран со средним уровнем дохода», – заключил Сергей Шишкин.





В своем выступлении Екатерина Дежаткина, старший менеджер группы по оказанию услуг в области повышения эффективности бизнеса предприятиям медико-биологической отрасли Ernst & Young, представила исследование «Взгляд частных медицинских организаций на изменение рынка коммерческой медицины».

«В медицине наступает эпоха «убери-зации потребления», для пациентов будут все более важны скорость и удобство получения услуги, технологичность, сервис и персонализированный подход. На фоне того, что активным потребителем услуг становится поколение миллениалов, клиники ожидают растущий интерес к превентивной медицине, тренд на ЗОЖ и спрос на высокотехнологичную диагностику и лечение», – сообщила Екатерина Дежаткина, рассказывая об изменениях в предпочтениях и поведении пациентов.

По данным исследования, за последние годы продолжилось сокращение объемов рынка добровольного медицинского страхования (ДМС) из-за негативной экономической ситуации, а также многие опрошенные высказывались, что система ДМС выстроена неэффективно: «существующая политика страховых компаний направлена на урегулирование собственных затрат».

Дмитрий Кузнецов, вице-президент ВСС, подтвердил, что на рынке страховых компаний присутствует тренд на консолидацию. Также спикер отметил, что наличие частных медицинских организаций в системе ОМС благоприятно влияет на развитие конкуренции.

«Было бы важно объединение негосударственных организаций, которые работают на рынке ОМС, в единую саморегулируемую организацию (СРО). Это позволило бы четко вести разговор с

регулятором отрасли, предоставить гарантию качественной работы страховой компании», – заключил Дмитрий Кузнецов.

Продолжая дискуссию, Сергей Хитров, руководитель аналитической группы «РБК», отметил, что падение доходов населения на фоне высокой инфляции привело к формированию новой модели потребления. «Россияне стараются пользоваться медицинскими услугами, не переплачивая, это, соответственно, сдерживает развитие рынка, без этого фактора рост был бы значительно выше», – уточнил он. При этом кризис практически не помешал развитию рынка платных медицинских услуг. По его словам, в 2019–2020 гг. ожидается умеренный рост объема рынка. Он также подчеркнул, что рынок ДМС в России сохраняет стабильность, а рынок теневых платежей продолжает уменьшаться.

Анализируя состояние рынка негосударственного здравоохранения, С. Хитров, в частности, сказал, что, по его оценкам, около 45% россиян пользуются сервисами частных клиник, но в качестве дополнительной услуги. Драйвером роста на рынке коммерческих медицинских услуг сегодня является лабораторная диагностика.



Завершая секцию, Владимир Гераскин, исполнительный директор практики по оказанию услуг государственным органам и общественному сектору РwC Россия, выступил с докладом на тему развития в России медицинского туризма.

«Медицинский туризм для частных медицинских организаций сегодня наиболее интересная ниша, в которой еще мало регулирования, много государственных задач и мало конкуренции даже со стороны ведущих частных клиник», – отметил спикер. По его словам,

основными барьерами в экспорте медицинских услуг являются отсутствие понимания потребностей клиентов и неспособность удовлетворить эти потребности. «Общая готовность к экспорту медицинских услуг составила 46% у самых передовых клиник, в большинстве она не превышает 30%», – констатировал Владимир Гераскин.

Вторая секция **«Best practice: привлечение и удержание пациента»**, модератором которой выступил медицинский директор сети клиник «Семейная» Павел Бранд, была посвящена уникальным инструментам и технологиям для привлечения пациентов и усовершенствования качества оказываемых услуг. Спикерами секции стали: Елена Латышева, председатель правления ГК «Эксперт», Алексей Парамонов, управляющий партнер клиники «Рассвет», Максим Огородов, директор по маркетингу ГК «МЕДСИ», Дмитрий Тимохин, генеральный директор «АВА-Петер» (сеть клиник «Скандинавия»), Татьяна Кондратьева, директор департамента по работе с физ. лицами сети клиник «Будь здоров», Борис Аветисов, коммерческий директор сети детских глазных клиник «Ясный взор».

Третья секция **«Медмаркетинг – 2019»** была посвящена анализу инструментов и технологий медицинского маркетинга. Ее модератором выступил ментор по запуску продаж в интернете, руководитель Академии интернет-продаж Валерий Домашенко.

Дмитрий Сидорин, основатель агентства Sidorin Lab, рассказал о приемах работы с негативом в поисковых системах. Ведущий менеджер Яндекса Нугзар Перанидзе в своем выступлении остановился на нюансах продвижения частных клиник в поисковиках и на сайтах отзывов. Директор по маркетингу компании DocDoc Александр Ориновский рассказал о возможностях представляемого им сервиса по поиску врачей. Директор по развитию компании Calltouch Артур Саркисян проинформировал участников секции о том, как правильно пользоваться аналитическими данными для привлечения целевой аудитории.

«Реабилитация+» – платформа для раскрытия научного потенциала

18 декабря 2019 года в рамках III Российского конгресса с международным участием «Физическая и реабилитационная медицина» в здании Правительства Москвы состоялся финал Международного конкурса молодежных проектов в области медицинской и немедицинской реабилитации «Реабилитация+». Соорганизатором конгресса и конкурса выступил опорный вуз региона – Ульяновский государственный университет.

Участниками стали более 90 молодых исследователей из пяти стран: России, Узбекистана, Израиля, Индии и Китая, из 35 городов и 66 учреждений. Финалистами стали 12 участников, из них три участника из КНР.

Миссия конкурса – создать возможность для молодых ученых раскрыть свой интеллектуальный и научный потенциал, внести вклад в разработку новых подходов к решению важнейшей задачи – обеспечение людям с нарушенными функциями максимально независимого образа жизни и улучшения ее качества.

Оригинальность идей и коммерческий потенциал представленных проектов оценивала экспертная комиссия, состоящая из известных российских и зарубежных ученых, ведущих специалистов в области медицинской и немедицинской реабилитации.

Торжественная церемония награждения состоялась на пленарном заседании конгресса «Физическая и реабилитационная медицина», участниками которого стали более 2000 представителей из разных регионов России и зарубежья.

В своем приветственном слове председатель Союза реабилитологов России Галина Иванова пожелала Ульяновскому

государственному университету, который является «проводником, организатором, инициатором этого конкурса», его дальнейшего прогрессивного развития и расширения географии участников: «Огромное спасибо ректору и всей команде, которая занималась проведением конкурса и разработкой его положений. Пусть уникальные работы молодых ученых служат образцом для взрослых специалистов-врачей, а их авторы найдут в этом зале партнеров, готовых предложить им сотрудничество».

В своем письменном обращении сопредседатель Российско-китайской ассоциации медицинских университетов (РКАМУ), академик РАН, ректор Сеченовского университета профессор Петр Глыбочко подчеркнул, что решение актуальных задач реабилитации невозможно без участия молодых специалистов с активной жизненной позицией, увлеченных данным направлением, способных обогатить науку свежими идеями: «Конкурс «Реабилитация+» – это импульс к развитию научной деятельности талантливых молодых исследователей, возможность продемонстрировать свои способности, получить общественную и государственную поддержку, разработать проекты, направленные на улучшение качества жизни людей с нарушенными функциями.

Особенно актуальным является привлечение к участию в конкурсе молодых исследователей не только из России, но и из других стран, что будет способствовать активизации международного обмена научными знаниями, объединению молодых ученых в единое научное сообщество».

В состав экспертной группы вошли ученые из КНР – представители РКАМУ Вэнь Сююнь и Чэнь Чуцзянь. Профессор Фармацевтического университета Гуанчжоу Вэнь Сююнь отметила, что с большим удовольствием присутствует в Москве на конгрессе, посвященном вопросам реабилитации. Гостя из Китая поблагодарила команду организаторов за создание условий для взаимодействия, налаживания связей между экспертами и обмена опытом в применении различных профессиональных подходов и реабилитационных техник, что особенно ценно.

Проректор по инновационному развитию Ульяновского государственного университета Дмитрий Шабалкин в своем выступлении отметил, что конкурс «Реабилитация+» направлен как на научное исследование, так и на проектную технологию, что предполагает получение практико-ориентированного результата. Данный подход в проведении конкурса был предложен Национальным фондом подготовки кадров и Ульяновским государственным университетом. «Благодаря партнерам из КНР мы увидели иной подход к проблеме реабилитации и к пониманию проекта. Китайские участники представили уникальные продукты, которые могут принести реальную пользу. Потенциал конкурса позволяет взаимно дополнять проекты и создавать интересные команды», – подчеркнул эксперт.

Финалисты конкурса были награждены дипломами и ценными призами, научные руководители молодых ученых – благодарственными письмами. Первое место в конкурсе заняла студентка Хэйлунцзянского университета



китайской медицины (Харбин, КНР) Ли Хуксинь, второе место – ординатор кафедры неврологии Ульяновского государственного университета Евгений Дудиков, третье место – студентки Ивановской государственной медицинской академии Анна Малкова и Мария Астафьева.

Представляя свои проекты на конкурсе «Реабилитация+», участники боролись не только за победу, но и за возможность войти в программу акселерации «StartEx». В рамках данной программы поддержки и сопровождения проектов для каждого стартапа будут разработаны стратегия развития, инфраструктура для пилотирования и индивидуальная траектория. Сертификаты на участие в акселераторе программный директор «StartEx» Юрий Федоткин вручил Сайкал Исмаиловой (КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, г. Красноярск), Евгению Дудикову (УлГУ, г. Ульяновск), Марии Соловьевой (ПГТУ, г. Йошкар-Ола), Николаю Муравьеву и Герману Шнайдеру (ООО «Движение», г. Томск), Юрию Ляльченко и Кириллу

Никишину (УлГУ, г. Ульяновск), Анне Малковой и Марии Астафьевой (ИвГМА, г. Иваново).

Подводя итог, председатель Союза реабилитологов России Галина Иванова подчеркнула, что «XXI век определен Всемирной организацией здравоохранения как век реабилитации. Это, несо-

мненно, свидетельствует о важности развития данного направления. Работа предстоит большая. Сейчас она ведется во всем мире, и мы все должны объединить усилия для достижения общей цели – увеличения продолжительности жизни и улучшения ее качества».

<http://www.med.ulgov.ru/>



«Вокруг торакальной хирургии»

С 27 по 29 февраля 2020 года в Казани прошел IX Российско-европейский образовательный симпозиум по торакальной хирургии им. академика М. И. Перельмана «Вокруг торакальной хирургии».

В чем секреты успеха симпозиума? Прежде всего это участники, которые ежегодно встречаются в стенах Образовательного центра высоких медицинских технологий AMTES KAZAN, этого события ждут как встречи с друзьями и единомышленниками, с теми, с кем можно обсудить наболевшие проблемы, найти их решения. Безусловно, магнитом служит обширная география его спикеров, которая позволяет в течение нескольких насыщенных дней узнать о подходах коллег со всего мира, о том, как решают актуальные проблемы торакальной хирургии в Европе, Азии, узнать о последних достижениях российской клинической практики. В этом году среди экспертов симпозиума были представлены руководители Европейского общества торакальных хирургов, Азиатского общества

сердечно-сосудистой и торакальной хирургии, Азиатской ассоциации торакальных и сердечно-сосудистых хирургов, ведущие российские специалисты.

Программа симпозиума была рассчитана на три дня и представляла собой концентрированное знание, а главное – возможность погрузиться в практику, увидеть работу экспертов РКОД в операционных, а также получить бесценный опыт самостоятельной работы. Показательные операции, в том числе робот-ассистированная из Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии, мастер-классы для отработки мануальных навыков торакоскопии и электрохирургии на тренажерах и виртуальных симуляторах, по наложению анастомозов на биоматериалах, по компьютерной томографии на рабочих станциях – участникам были доступны

самые современные образовательные технологии.

Обучение происходило в постоянном диалоге между экспертами и участниками. Так, все операции проходили в интерактивном режиме, транслировались на большой экран конференц-зала, и непосредственно во время вмешательства слушатели могли задавать вопросы, обсуждать тактику хирургического лечения. Большое внимание было уделено различным смежным направлениям, без которых сегодня невозможно представить современную торакальную хирургию: анестезиологии и реаниматологии, лучевой и инвазивной диагностике, послеоперационной реабилитации.

Ежегодно торакальный симпозиум становится точкой притяжения для всех, кто заинтересован в совершенствовании своих профессиональных компетенций.

<https://medvestnik.ru>

РЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ»

Повысить эффективность лабораторных исследований за счет использования современных технологий и достижений науки – одна из важнейших задач в медицине. Выполнение этой задачи одновременно с обеспечением качества и своевременности растущего объема текущих производственных процессов накладывает большую ответственность на специалистов. Для повышения уровня знаний нижегородских специалистов 11 декабря 2019 года успешно прошла Нижегородская научно-практическая конференция «Взаимодействие науки и практики в развитии лабораторной службы».

На активное сотрудничество и целенаправленный поиск оптимальных решений ориентировали участников приветствия организаторов конференции: гл. внештатного специалиста по клинической лабораторной диагностике МЗ НО **Е. П. Абалихиной** (к.б.н., зав. клинико-диагностической лабораторией ГБУЗ НО «ГБ № 33») и зав. кафедрой клинической и лабораторной диагностики ФДПО ПИМУ **К. Н. Конторщиковой** (д.б.н., профессор).

С каждым годом растет интерес и число участников мероприятия, так как в научной программе пленарного заседания и тематических симпозиумов всегда представлены самые актуальные темы по клинической лабораторной диагностике и бактериологии, организационные вопросы и направления взаимодействия с врачами смежных специальностей. В анкетах и отзывах участников ежегодных конференций большое число слов благодарности и просьб продолжать традицию подобных мероприятий получил программный комитет и в этот раз. Сотрудничество гл. специалиста по КЛД МЗ НО, зав. клинико-диагностической лабораторией ГБУЗ НО «ГБ № 33» **Е. П. Абалихиной** и гл. специалиста по клинической микробиологии и антимикробной резистентности МЗ НО, врача-бактериолога ГБУЗ НО «ГБ № 33» **С. Ю. Макаровой**, также

внештатного специалиста по КЛД в педиатрии Н.Новгорода **Г. Л. Шунькиной**, **М. Ю. Серопян** и профессора **К. Н. Конторщиковой** очередной раз позволило обеспечить высокий уровень проведенного мероприятия.

Ответственность, профессиональный и творческий подход в работе программного комитета признают и поддерживают своим участием ведущие эксперты России. Слушатели с большим интересом знако-



мились с материалами докладов и выступлений: «Лабораторная служба – взаимодействие и преемственность» (Абалихина Е.П., Макарова С.Ю., Н.Новгород), «Новые нормативные документы, вопросы НМО, профессиональные стандарты – как они изменят существующий статус специалиста КЛД» (Гильманов А.Ж., Уфа), «Возможности современных анализаторов для диагностики онкологических заболеваний» (Тарусина Е.П., Москва), «Инфекционный скрининг донорской крови. Примеры европейского опыта» (Вершинина М.Г., Москва), «Современные алгоритмы диагностики акушерских и гинекологических инфекций с учетом инновационных методов» (Припутневич Т.В., Москва), «Микробиологический мониторинг и распространенность генов



резистентности на территориальном уровне» (Широкова И.Ю., Н.Новгород) и др.

Выступление главного специалиста организационно-методического отдела по КЛД НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента **А. Р. Мелкумян** «Об организации эффективных процессов инфекционного контроля в многопрофильном стационаре» способствовало повышению компетенции специалистов в вопросах обеспечения эпидемиологической безопасности в медицинских организациях.

Об актуальной теме – возможностях раннего выявления онкопатологий врачами разных специальностей с помощью проведения цитологического исследования в ходе диагностики патологии мочевого пузыря у пациентов с макрогематурией – слушателям рассказала **И. А. Круглова** (врач КЛД ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 35»).

Конференция получилась динамичной: участники активно обсуждали материалы докладов, делились своим опытом и проблемами. Большую признательность и благодарность слушатели выразили за развернутые ответы экспертов по практическим вопросам.

Технический и информационный партнер конференции – компания «Ремедиум Приволжье» приглашает для получения актуальной информации по конференциям, баллам НМО и другим интересующим вопросам на сайт remedium-nn.ru, а также в сообщества соцсетей: ВКонтакте, Facebook, Instagram и Одноклассники. **Будьте в курсе событий для профессионального развития!**





Образ жизни

здоровье

ЗАВТРА (суц.) – мистическое место, где хранится вся человеческая продуктивность, мотивация и достижения.

Я должен vs Я не хочу: первые признаки прокрастинации

«Еще куча времени, подумаю об этом позже! А пока полистаю ленту в инстаграме или посмотрю фильм», – этот внутренний монолог знаком многим. Желание отложить дела на завтра или на неопределенный срок – это и есть суть прокрастинации. Беда в том, что безобидное откладывание рано или поздно превращается в гигантскую свалку задач. Обязательства, долги и хвосты копят как снежный ком, вы теряете контроль над жизнью, чувствуете себя загнанной и заваленной трудностями. Но самое обидное, что даже в момент, когда вы расквитались со всеми делами, вы все равно остаетесь недовольны собой и своими результатами.

Прокрастинаторы, вошедшие во вкус, платят за свою «особенность» очень высокую цену: срывают сроки, теряют клиентов, упускают возможности, лишаются работы, денег, отношений, разрушают свою самооценку и вообще сильно усложняют себе жизнь.

Так как все же избежать таких серьезных потерь и разобраться с прокрастинацией, пока она не пустила корни глубоко в вашу личность, – разъяснила эксперт по тайм-менеджменту и основатель академии «Время в порядке» Анна Всехсвятская.

С ЧЕГО НАЧИНАЕТСЯ ПРОКРАСТИНАЦИЯ?

Прокрастинация всегда имеет причину. Никто не тянет время просто так. Именно поэтому с теми, кто привык откладывать дела, не работают советы в духе «Соберись, тряпка!», «Просто возьми и сделай это!». Прежде, чем вешать на себя обидный ярлык лентяйки и списывать со счетов, проанализируйте, в чем причина вашего бездействия.

КРИТИЧЕСКИ НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ЭНЕРГИИ

Не исключено, что вам хочется задвигать дела подальше просто потому, что запас ваших жизненных сил на исходе.

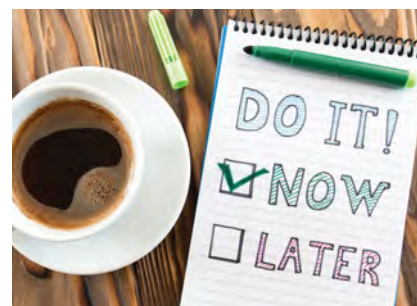
Вы находитесь в режиме «экономии заряда», и накопившаяся усталость не дает вам продуктивно работать.

В этом случае желание откладывать испарится, как только вы позволите себе качественно отдохнуть. Вместо серфинга в соцсетях и бесполезной болтовни по телефону прогуляйтесь по парку или сходите на спектакль, позовите друзей и устройте пикничок с просмотром любимых комедий. Что угодно, лишь бы это восстановило вашу батарейку и восполнило энергетический резервуар. Главное – отдыхать без чувства вины и некоторое время не вспоминать о накопившихся задачах, иначе ни о каком восстановлении и релаксе не может быть и речи.

СТРАХ ПЕРВОГО ШАГА

Иногда мы не беремся за дело потому, что не знаем, с какой стороны к нему подступиться. К тому же, ввязавшись в большую историю, масштабный проект, многообещающую затею, придется доводить начатое до конца – и от этого еще страшнее.

Но как только вы сделаете первый шаг, придет ясность и понимание, как сделать второй, а за ним – третий и четвертый. Вам необязательно представлять весь маршрут целиком. Пусть первым



шагом станет самое простое действие, которое поможет продвинуться вперед: например, накидать примерный план будущего проекта, поискать информацию в интернете на нужную тему, спросить совета знакомых, взять консультацию у профильного специалиста и т. п.

САБОТАЖ ВНУТРЕННЕГО РЕБЕНКА

Распространенная причина отлынивания от дел – это «включение» детского состояния как раз в те моменты, когда предстоит поработать над важной задачей. Наш внутренний ребенок капризничает, как если бы его заставляли слишком долго сидеть «за уроками».

Но со внутренним ребенком, как и с любыми детьми, всегда можно договориться. Пообещать им «конфетку» за хорошее поведение (это может быть вкуснейший десерт или желанные духи за отчет, законченный вовремя).

КОНФЛИКТ ЗАДАЧИ С ЦЕННОСТЯМИ/ПРИОРИТЕТАМИ

Иногда от предстоящих дел воротит и передергивает. Это может выражаться даже на физическом уровне: поднимается температура, крутит живот, подсакивает давление. Такие психосоматические проявления нельзя игнорировать,

ведь они могут сообщать о серьезном внутреннем конфликте.

Если задачи, попадающие в поле вашей ответственности, вызывают сильнейшее сопротивление, это может означать, что они никак не вписываются в карту ваших жизненных ценностей и приоритетов. В таком случае нужно избавиться от их выполнения (перепоручить или отказаться). Если это невозможно, то от вас потребуются изрядная стойкость и сила воли, чтобы завершить дело, но пообещайте себе в дальнейшем избегать подобных задач.

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ

Прокрастинация – давняя подруга перфекционизма. Если вы не уверены в

идеальном результате, проще не браться за работу вовсе. «Лучше никак, чем кое-как» – так звучит похоронный марш для многих целей, проектов и начинаний.

Избавиться от перфекционизма сложно, но это и не требуется. Ведь здоровый уровень аккуратности еще никому не навредил.

Важно, чтобы желание быть лучше не душило все ваши стремления и не тормозило ваш рост. Для этого нужно дать себе право на ошибки и заключить внутренний договор: после любой оплошности, косяка и неудачи вы быстро извиняете себя за то, что несовершенны, и тут же пробуете еще раз. Ваше достоинство и ценность как личности не зависит от

количества промахов. Оно определяется числом попаданий, так что у вас еще бесконечное множество попыток.

Прокрастинация – это не жуткий порок или непростительный недостаток, это всего лишь сигнал вашей психики, который свидетельствует о внутреннем сбое. Вот почему важно разбираться в первопричинах откладывания дел, принять активные меры и устранить эти проблемы. Жизнь без прокрастинации полна сладостных побед, удовлетворения и гордости за свои результаты. Поэтому давайте не будем откладывать важные дела на завтра, а успех – на следующую жизнь!

<https://subscribe.ru/>

Привычка ПОЗИТИВНО МЫСЛИТЬ

У Михаила Литвака есть книга-практикум по психологическому айкидо «Не нойте!». Основная мысль в ней: если страдаешь зря, жизнь подкинет тебе страдание, чтобы не страдал напрасну! Словом, лучше быть позитивным, чем страдать и ныть! Понятное возражение, легко сказать...

Можно попробовать известный прием. Когда не знаешь, как поступить в трудной ситуации, сначала подумай, а на самом ли деле она «трудная»? Например, представьте тех, кому явно потруднее. Можно вспомнить историю Ника Вуйчича, человека, который родился без рук и ног и не только нашел силы как-то существовать, он еще других вдохновляет своей активной насыщенной жизнью.

Полезной привычке думать позитивно можно научиться.

«Привычка – сложившийся способ поведения, со временем приобретает характер потребности» (из Википедии).

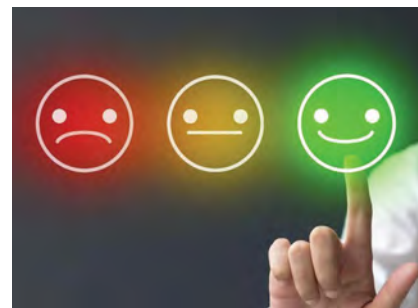
Мы каждый день делаем выбор, так поступить или иначе. И в теории мы выбираем эмоции со знаком плюс, а на практике... Человек позитивного настроения, поскольку чаще всего живет другими эмоциями, сможет переключиться, а человеку, настроенному к жизни негативно, труднее.

Например, живет человек-жертва. У него все плохо, он ругает себя и других. И не понимает, что тем самым притягивает в свою жизнь такие же события, таких же людей. И своими похожими изо дня в день минорными эмоциями создает грустную ткань своей жизни. На жертву, как известно, всегда найдется охотник. И это как замкнутый круг. Конечно, жертва способна испытывать все эмоции, но возвращается и живет на своих привычных эмоциях жертвы. Недаром же «уныние – грех».

Выход есть, надо просто осознанно стремиться с низких эмоций (вибраций) к более высоким.

Жизнь не изменится за один день, необходимо постепенно ввести в практику не давать жертве много времени и стараться за шкуру вытаскивать себя на другие эмоции. А количество, как известно, всегда переходит в качество.

Надо учиться переключаться, и жизнь повернется другими гранями.



Когда разум требует «питания», мы берем хорошую книгу, или смотрим фильм, или записываемся на интересный мастер-класс/тренинг...

Или когда душа требует «питания», нам чаще всего нужно общение, нужен позитивный человек – он как будто питает нашу душу, вдохновляет, успокаивает. А человек с негативными помыслами, со склонностью к сплетням несет разрушительную энергию. От общения с такими людьми мир вокруг не становится лучше! Как на физическом уровне алкоголь и табак отравляют организм, так на психическом негатив отравляет душу.

Концентрироваться нужно на позитивном. Наш менталитет способствует тому, чтобы мы имели «катастрофическое» мышление, поскольку нацелены больше на негатив.

Считается, что формирование привычки занимает 21 день (при ежедневном повторении). Иногда люди меняются до неузнаваемости, а следовательно, и их жизнь.

Автор: Галина Шапанова
<https://sbkolazbizni.ru/>

Измени мышление – и ты изменишь свою жизнь.

Брайан Трейси