РЕМЕДИУМ
ПРИВОЛЖЬЕ
www.remedium-nn.ru
март 2020

Оформление обложки – Андрей Хасянов

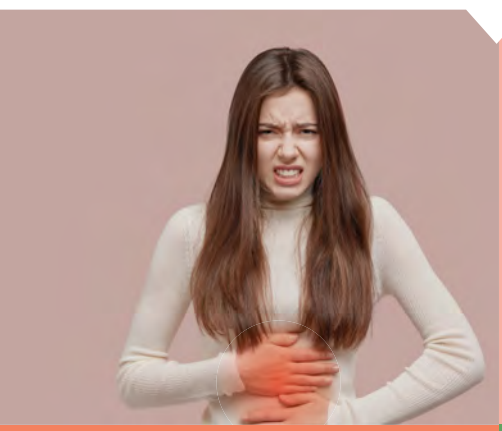
ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

9 771993 638525

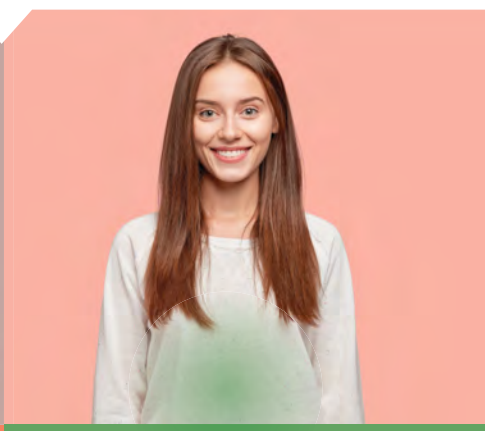
РЕМЕДИ
ПРИВОЛ
ЖУРНАЛ О РОССИЙСКОМ РЫНКЕ ЛЕКАРСТВ И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

МЕБЕВЕРИН-СЗ

ПРИ БОЛИ И СПАЗМАХ в животе!



БОЛИТ ЖИВОТ?



ЕСТЬ НОВЫЙ МЕБЕВЕРИН-СЗ!
СПАЗМ И БОЛЬ УСТРАНИН

Без рецепта!

Мебеверин-СЗ

МНН: Мебеверин
Фармгруппа: спазмолитик миотропный

135 мг 50 таблеток

Симптоматическое лечение боли, спазмов и дискомфорта, связанных с синдромом раздраженного кишечника

- ✓ Способствует устранению спазма гладкой мускулатуры*
- ✓ Помогает восстанавливать нормальный тонус и работу кишечника*
- ✓ Не вызывает рефлекторной гипотонии - сохраняет естественную перистальтику*

Реклама

* Из инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Мебеверин-СЗ

Северная ЗВЕЗДА
www.ns03.ru

Отпускают БЕЗ РЕЦЕПТА. Имеются противопоказания, перед применением желательно проконсультироваться со специалистом или ознакомиться с инструкцией

Мебеверин-СЗ

Фармацевтическая группа

Спазмолитик миотропный

Механизм действия:

Воздействие на боль, вызванную спазмом
Устраняет спазм, уменьшает сократительную активность, не оказывая влияния на нормальную перистальтику

Точка приложения:

Направленное действие на ЖКТ: спазмолитик

Показания:

Спазм и боль органов ЖКТ. Кишечная колика, желчная колика, боль при СРК

Условия отпуска из аптек:

Без рецепта

Схема приема:

Взрослые 18+ | 135 мг | 1 таб. 3 раза в день

Формы выпуска:

Таблетки **135 мг №30, №50**

www.mebeverin-sz.ru

Северная ЗВЕЗДА
www.ns03.ru

Отпускают БЕЗ РЕЦЕПТА. Имеются противопоказания, перед применением желательно проконсультироваться со специалистом или ознакомиться с инструкцией

ТОЛЬКО СПИРТЫ ВЫСОКОГО КАЧЕСТВА И НИЧЕГО ЛИШНЕГО

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА OK'SEPT ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ, АНТИСЕПТИКИ И УХОДА ЗА КОЖЕЙ РУК

Согласно исследованиям Вильяма Руталла, «антисептические средства для рук на основе спирта являются в 100 раз более эффективными средствами против вирусов, чем любая форма мытья рук». Изопропиловый спирт способен уничтожить 99,9% и более всех не спорообразующих бактерий менее чем за 30 секунд, как в лабораторных условиях, так и на коже человека.

Антисептические средства и средства для экспресс-обработки поверхностей серии Ok, Sept

- бактрицид в отношении грамотрицательных и грамположительных бактерий (включая микобактерии туберкулеза – тестировано на Mycobacterium terrae), в т.ч. группы кишечных палочек, стафилоккоков и сальмонелл
- фунгицид (в отношении грибов рода Кандида, Трихофитон)
- вирулицид (в отношении возбудителей парентеральных гепатитов B, C, D, ВИЧ-инфекции, гепатита А, герпеса, гриппа(в том числе «птичьего», «свиного»), коронавируса – возбудителя «атипичной пневмонии», ротавирусов, аденовирусов, возбудителей ОРВИ, полиомиелита.

Кожные антисептики и средства для экспресс-обработки поверхностей серии Ok'Sept соответствуют требованиям СанПин 2.1.3.2630-10 и ФКР по выбору химических средств дезинфекции и стерилизации для использования в медицинских организациях 2015г. – содержит смесь пропиловых спиртов в концентрации 70%.

Официальный дистрибьютор ООО «ДВС Групп» | dws-g.com

Москва:
109044, г. Москва
Крутицкая наб., д.1
Тел.: +7 495 771 75 38

Краснодар:
350015, г. Краснодар,
ул. Путевая, д.1, оф. 501
Тел.: +7 861 298 05 41

Санкт-Петербург:
197183, г. Санкт-Петербург,
Липовая аллея, д.9, лит 11А,
оф. 1005
Тел.: + 7 812 622 19 20

Казахстан:
050050, г. Алматы,
Просп. Райымбека, д.169
Тел.: +7 725 739 1250

РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ

Региональный специализированный информационно-аналитический журнал «Ремедиум Приволжье»
РП № 2 (179) март, 2020 год

УЧРЕДИТЕЛЬ ООО «ГРУППА РЕМЕДИУМ»

ИЗДАТЕЛЬ ВЫПУСКА РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ ООО «Ремедиум – Приволжье»

Председатель редакционного совета Светлана Владимировна Кононова, док. фарм. наук, профессор, председатель фармсовета ПФО, член-корр. РАЕН

Главный редактор Лариса Запорожская

Коммерческий директор Валерия Шишлова

Рекламный отдел Татьяна Сыромятникова

Ответственный редактор Елена Мутовкина

Оформление, верстка Андрей Антонов

Корректор Татьяна Андреева

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

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

ISSN 1993–6384

Авторские материалы не обязательно отражают точку зрения редакции.

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

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

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

Цена свободная.

© Ремедиум, 2020

16+

9 771993 638525

ГЛАВНАЯ ТЕМА

5 *В.В. МИХАЙЛОВА*
СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

9 **КАК БОРОТЬСЯ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ВЫГОРАНИЕМ МЕДРАБОТНИКОВ?**

ВИП-НОВОСТИ

2-4 **ВАЖНО. ИНТЕРЕСНО. ПОЛЕЗНО**

ПОРТРЕТ РЕГИОНА

ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛАСТЬ

10 **ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ: ПОДВОДЯ ИТОГИ**

КОНСИЛИУМ

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

14 *Ю. В. ЕВСЮТИНА*
ТРУДНОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ И РИСКИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

17 **«САН ФАРМА» ОБЪЯВИЛА О ЛОНЧЕ НОВОГО СИНБИОТИКА «ФЛОРИОЗА ВИТАСТРОНГ»**

18 *Н. И. ПАРОЛОВА, Г. В. ИВАНОВ И ДР.*
СОВРЕМЕННАЯ СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У ДЕТЕЙ

19 *С. В. НАСОНОВА, Л. И. ЦВЕТКОВА*
ПРИМЕНЕНИЕ ОДЕСТОНА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

20 *Т. Л. ПИЛАТ, Е. Л. ЛАШИНА И ДР.*
ЭФФЕКТИВНОСТЬ «ЛЕОВИТ GASTRO» ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖКТ

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

22 *Е. И. БОРОВКОВА*
ПОРАЖЕНИЯ ВУЛЬВЫ: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

28 *Е. И. ЕФИМОВ, В. И. ЕРШОВ, С. А. САРСКОВ*
АНАЛИЗ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ЗА 2019 ГОД

31 *А. Н. ЕРМАКОВ*
ОСНАЩЕНИЕ КАБИНЕТОВ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ХОЛОДИЛЬНИКАМИ ДЛЯ ХРАНЕНИЯ ВАКЦИН

33 *Н. В. САПЕРКИН*
РАЗЪЯСНЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ИНАКТИВАЦИИ МИКРООРГАНИЗМОВ, СВЯЗЬ С ГОСТ ISO 11140–1–2011

34 *А. А. ПЕТРОВА*
ИННОВАЦИИ В ОБЛАСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ

СОБЫТИЯ И КОММЕНТАРИИ

36 *КАЗАНЬ*
ШКОЛА ЭПИДЕМИОЛОГОВ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

38 *КАЗАНЬ*
ФОРУМ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ

ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЗДОРОВЬЕ

39 **КАК НАЙТИ СВОЙ БАЛАНС В ЖИЗНИ?**

ПОЛЕЗНЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ О COVID-19

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы (НИИОЗММ) разработал интернет-портал для информирования медицинского сообщества страны о возможностях профилактики, диагностики и лечения коронавирусной инфекции COVID-19. В числе базовых источников – ресурсы ВОЗ, CDC (США), Lancet, WoS, Scopus, Минздрава России, Роспотребнадзора.

«На сайте https://niioz.ru/covid-19/ аккумулируется свежая информация обо всех аспектах эпидемиологии, диагностики, организации лечения COVID-19. Публикации из медицинских учреждений со всего мира ежедневно собираются из международных индексируемых баз научных данных. В распоряжении медицинских специалистов практического звена свежая сводка по клиническим проявлениям, лабораторной и инструментальной диагностике, эпидемиологическим мерам и принципам организации лечения коронавирусной инфекции», – рассказала заместитель директора по науке НИИОЗММ Наталья Камынина.

На сайте специалисты могут получить доступ к ключевым научно-исследовательским данным с анонсами на русском языке, включая анализ эпидемиологических показателей, методические рекомендации, технологические регламенты, нормативные документы.

Источник: Медвестник

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОМС ВОЗГЛАВИЛА ЕЛЕНА ЧЕРНЯКОВА ИЗ МИНФИНА

Новым руководителем Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) станет Елена Чернякова, ранее возглавлявшая IT-департамент Минфина. Она сменила Наталью Стадченко, которая переходит на работу в Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА). Назначение главой ФОМС специалиста в сфере информационных технологий следует тренду на цифровизацию правительства и усиление взаимодействия отдельных министерств и ведомств – это один из приоритетов премьер-министра Михаила Мишустина.

Госпожа Стадченко возглавляла фонд с 2012 года, она пришла на эту должность после прихода на пост министра здравоохранения Вероники Скворцовой. За время ее работы фонд провел модернизацию системы медицинского страхования, предусмотренную новым законом, принятым в 2010 году.

Главным достижением ФОМС в последние годы стало более равномерное распределение субсидий по регионам – по словам главы центра политики в сфере здравоохранения Высшей школы экономики Сергея Шишкина, в результате различия между финансовой обеспеченностью территориальных программ ОМС сократились почти в два раза.

Источник: КоммерсантЪ

ПОПРАВКИ В ПРОЕКТЕ КОНСТИТУЦИИ

Депутаты Госдумы 11 марта приняли в третьем окончательном чтении инициированный президентом Владимиром Путиным законопроект о поправках в Конституцию РФ. Среди прочих изменений в Основном законе теперь могут прописать, что «установление единых правовых основ системы здравоохранения» будет находиться в ведении Российской Федерации.

Если в действующей редакции Конституции говорится, что «координация вопросов здравоохранения» находится в совместном ведении Российской Федерации и регионов, то в принятом документе предлагается уточнение.

В совместном ведении теперь будут находиться «обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью, социальная защита, включая социальное обеспечение». Кроме того, принятый проект закона предполагает, что органы местного самоуправления «в соответствии с федеральным законом обеспечивают в пределах своей компетенции доступность медицинской помощи».

Также в Конституцию предлагается внести еще одно уточнение. В области здравоохранения Правительство РФ теперь обеспечивает проведение в России «единой социально ориентированной государственной политики», а не просто «проведение единой государственной политики», как в текущем варианте Основного закона.

Учредитель фонда помощи хосписам «Вера» Нюта Федермессер отреагировала на принятие поправок в Конституцию. «Важно, чтобы все, кто 22 апреля пойдет на голосование, понимали, что изменения в Конституции не приведут к моментальным изменениям в качестве оказания медицинской помощи, не сделают эту помощь доступной повсеместно, не гарантируют, что на все сразу станет достаточно денег. Но отсутствие качественной помощи по месту проживания теперь будет являться нарушением Конституции, а это уже принципиально иная ответственность перед людьми и государством», – заявила она. «Тем не менее доступная качественная медицинская помощь – это не построенные больницы и ФАПы. Это прежде всего хорошо оплачиваемый труд качественно обученных медиков, которых должно быть достаточно для того, чтобы они были готовы нести ответственность перед обществом за свою работу. Это в Конституцию никак не внести», – продолжила Федермессер.

В середине января 2020 года Владимир Путин подписал Указ о создании рабочей группы для подготовки предложений о внесении изменений в Конституцию РФ. После этого президент Нацмедпалаты Леонид Рошаль предложил внести в Основной закон пункт об установлении «единых правовых основ организации медицинской помощи». По его мнению, это позволит выстроить вертикально интегрированную систему.

В феврале 2020 года директор Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ и сопредседатель рабочей группы по подготовке предложений о внесении поправок в Конституцию РФ Талия Хабриева сообщила, что в документ может быть внесена норма об участии врачей в разработке медицинских стандартов.

Источник: VADEMECUM

ПРАВИЛА СОФИНАНСИРОВАНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА И СУБЪЕКТОВ РФ

Минздрав РФ разработал проект правительственного постановления «Об утверждении Правил предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ для софинансирования расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при реализации мероприятий региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения». Согласно документу средства из федерального бюджета будут выделяться на строительство, реконструкцию и капремонт медорганизаций, а также на их оснащение.

В проекте документа уточняется, что «использование субсидии на цели проведения капитального ремонта объектов недвижимого имущества медицинских организаций с показателем физического износа до 40% и более 80%» не допускается. Также отмечается, что условием предоставления субсидии являются наличие в регионе утвержденной региональной программы модернизации первичного звена здравоохранения и наличие в региональном бюджете «бюджетных ассигнований на исполнение расходных обязательств».

Среди условий – «предоставление ежегодно графика ликвидации дефицита территориальной программы государственных гарантий субъекта Российской Федерации (в случае утверждения территориальной программы государственных гарантий с дефицитом финансового обеспечения)» и заключение между Минздравом РФ и правительством региона соглашения о предоставлении субсидии.

Для определения размера субсидии в проекте постановления предложена специальная формула. Объем выделяемых региону средств, отмечается в документе, «не может превышать объема заявленной потребности в финансовом обеспечении реализации региональной программы модернизации за счет средств федерального бюджета соответствующего субъекта Российской Федерации».

В случае если регион не использовал все средства субсидии или отказался от нее, то эти деньги перераспределяются между другими регионами, «имеющими дополнительную потребность в средствах».

Правила предоставления субсидий регионам разработаны в соответствии с утвержденными в октябре 2019 года принципами модернизации первичного звена здравоохранения. Согласно принципам, региональные программы модернизации и тематические «дорожные карты» должны быть утверждены до 1 июля 2020 года.

Источник: VADEMECUM

БОЛЬШИНСТВО СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В ОРДИНАТУРЕ ПОЛНОСТЬЮ ОТДАНЫ ЦЕЛЕВИКАМ

Распоряжением Правительства от 4 марта 2020 года № 514-р установлены квоты приема на целевое обучение в вузы за счет бюджетных ассигнований в 2020 году. По ряду медицинских специальностей набор целевиков будет существенно увеличен, а по большинству программ ординатуры – доведен до 100%.

Соответствующее поручение было дано Президентом России Владимиром Путиным в январе 2020 года. В пресс-службе правительства отмечают, что установленные квоты определены на основании предложений региональных властей, федеральных государственных органов, госкорпораций.

В соответствии с распоряжением доля мест для приема на целевое обучение по специальности «Лечебное дело» увеличена по сравнению с 2019 годом с 60 до 70% от контрольных цифр приема, по специальности «Педиатрия» – с 60 до 75%. Кроме того, увеличен целевой набор по специальности «Клиническая психология» – с 10 до 40%.

По программам ординатуры на 100% целевым объявлен набор на 42 специальности из 77. С 2020 года свободных мест для поступления не останется, в частности по таким направлениям, как кардиология, акушерство и гинекология, анестезиология-реаниматология, клиническая лабораторная диагностика, радиология, рентгенология и т. д.

ВО ВСЕХ БОЛЬНИЦАХ РОССИИ ВНЕДРЯТ ЕДИНУЮ СИСТЕМУ МЕНЕДЖМЕНТА

Единая система менеджмента качества появится во всех без исключения российских медицинских учреждениях, сообщил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко. В то же время, по его словам, внутренние процессы в больницах необходимо оцифровать с целью обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи.Так, в одной из клиник Казани уже несколько лет реализуется проект по повышению качества и безопасности оказания медпомощи.

«Это система менеджмента качества, которая позволяет профилактировать неблагоприятные исходы для пациентов, улучшать качество, в том числе и безопасность при оказании медицинской помощи», – сказал Мурашко, которого цитирует ТАСС. Он пообещал, что с течением времени данную систему внедрят «во всех медучреждениях страны в соответствии с лицензионными требованиями».

Глава Минздрава, говоря о стандартизации процессов, заметил, что они способствуют снижению рисков во время оказания медпомощи. «Внутренние процессы в больницах должны быть четко оцифрованы: это чек-листы, это стандартные операционные процедуры. В любой ситуации врач, средний медицинский персонал должны действовать в соответствии с инструкциями. Именно это позволяет улучшить качество лечения», – заявил Мурашко.

Источник: Российская газета

Уважаемые ректорат, преподаватели и студенты!

Примите сердечные поздравления с замечательным юбилеем

100 летием

со дня основания Приволжского исследовательского медицинского университета

Vivat Academia! Vivant professores! Vivat membrum quodlibet!
Vivant membra quaelibet! Semper sint in flore!

Мы гордимся вами и уверены, что опыт и знания, накопленные поколениями сотрудников и выпускников, их достижения, широкая профессиональная эрудиция и инновационные подходы позволят университету поддерживать свой престиж, динамично развиваться, приумножая высокие стандарты медицинской науки и образования.

Благодарим профессорско-педагогический коллектив за долгосрочное и плодотворное сотрудничество в организации научно-практических мероприятий и издании медицинской литературы. Бесконечно ценим ваше доверие и гордимся совместной работой на благо научному и практическому сообществу.

Пусть богатые традиции университета и высокие достижения сотрудников, внесших значительный вклад в подготовку высококвалифицированных специалистов, продолжатся новыми открытиями и смелыми проектами, а постоянный творческий поиск и неиссякаемая энергия позволят обеспечивать достижение выдающихся научных результатов.

Искренне желаем крепкого вам здоровья, благополучия, мира и добра!

Ab imo pectore mel amori

коллектив издательства «Ремедиум Приволжье»

РОСТ НА 13,5% АУДИТОРИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СОЦСЕТЕЙ

88% российских врачей зарегистрированы хотя бы в одной из профессиональных социальных сетей. Это показали результаты второй волны независимого рейтинга информационных онлайн-площадок для специалистов медицинской отрасли, проведенного исследовательским агентством Top of Mind MR&C (есть в распоряжении портала Medvestnik.ru).

По данным руководителя аналитического отдела Top of Mind MR&C Константина Хилова, аудитория профессиональных соцсетей выросла за полгода на 13,5%. На конец 2019 года в сети «Врачи РФ» было зарегистрировано около 67% специалистов, в ресурсе «Доктор на работе» – порядка 60%. Почти две трети пользователей имеют аккаунты на обеих площадках.

«Врачи РФ» увеличили аудиторию за полгода на 8,3%, «Доктор на работе» – на 7,1%. На третьем и четвертом местах по популярности со значительным отрывом – «Мир врача» (28,4% зарегистрированных) и «Врачи вместе» (13%), у них также наблюдается небольшой рост осведомленности и числа регистраций. Количество пользователей других профессиональных сетей (в исследовании назывались Evrika.ru, iVrach-com, «ПульсПлюс» и др.) – менее 10%, и они теряют аудиторию.

Более двух третей пользователей посещают эти интернет-площадки несколько раз в неделю, примерно каждый пятый – ежедневно. Самая большая ежедневная аудитория у сети «Врачи РФ» – 27,7%, у других соцсетей – от 18,5 до 20,8%.

Наиболее интересный контент, по мнению пользователей, у соцсети «Врачи РФ» (так считают 57,2%). Далее следуют «Врачи вместе» (56,2%), «Доктор на работе» (51,9%).

Наиболее полезным медики назвали ресурс «Врачи вместе» (52,3%), на втором месте – «Мир врача» (49,5%), на третьем – «Врачи РФ» (47,2%).

Больше всего медицинские специалисты доверяют сетям «Врачи вместе» (43,8%), «Врачи РФ» (41,8%) и «Мир врача» (40,1%). Наиболее низкий уровень доверия у «Доктора на работе» – 35,2%.

«В большинстве случаев разница между показателями незначительна, и по сравнению с результатами первой волны исследования они выровнялись. По совокупности показателей «интересности», «полезности» и «доверия» с небольшим преимуществом лидируют «Врачи РФ» и «Врачи вместе», отметил Хилов.

Опрос проводился с помощью онлайн-панели Top of Mind MR&C, участниками которой являются более 40 тыс. специалистов медицинской и фармацевтической отраслей. В репрезентативном исследовании приняли участие более 1000 врачей разных специальностей, работающих в стационарах и амбулаториях, государственных, муниципальных и частных ЛПУ в населенных пунктах различного типа всех федеральных округов страны. Первая и вторая волна независимого исследования прошла в июне и декабре 2019 года, третья волна состоится в апреле 2020 года.

Источник: Медвестник

ОСНОВНЫЕ ИНДИКАТОРЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА В I–IV КВАРТАЛАХ 2019 ГОДА

МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ

ТАБЛИЦА 1 Актуальные статистические данные, характеризующие социально-экономическое положение в ПФО

Показатель	декабрь-январь 2019г.	декабрь-январь 2019 г. в % к декабрю-январю 2018 г.
Индекс промышленного производства		103,0
Оборот розничной торговли, млрд руб.	5836,5	101,1
Среднемесячная начисленная заработная плата одного работника (номинальная), руб.	34 395	106,9
реальная		102,6

Примечание: Данные ТОГС ПФО

РИСУНОК 1 Динамика индекса цен и индекса цен на непродовольственные товары к декабрю 2018 г.

ИНДИКАТОРЫ ДИНАМИКИ ЦЕН И РОЗНИЧНОЙ НАЦЕНКИ

РИСУНОК 1 Динамика средневзвешенных цен и розничной наценки в I-IV кв. 2018 – I-IV кв. 2019 гг.

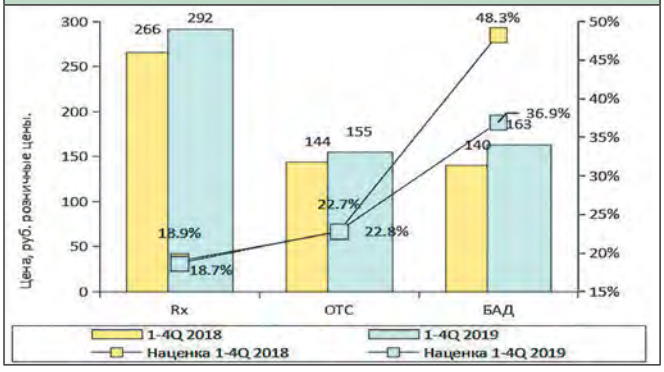
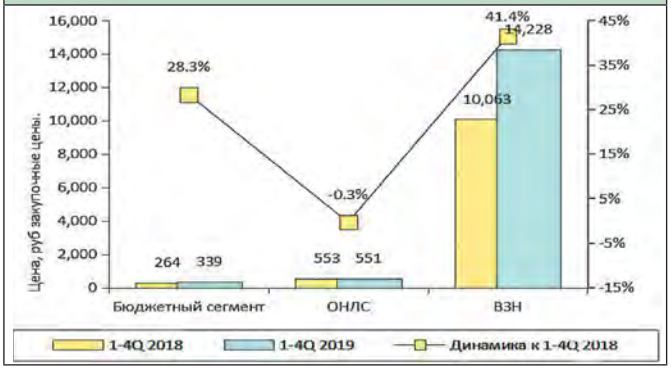


РИСУНОК 2 Динамика средневзвешенных закупочных цен в I-IV кв. 2018 – I-IV кв. 2019 гг.



ИНДИКАТОРЫ ДИНАМИКИ И СТРУКТУРЫ РЫНКА

РИСУНОК 1 Фармацевтический рынок ПФО в I-IV кв. 2018 – I-IV кв. 2019 гг.

РИСУНОК 2 Структура фармацевтического рынка ПФО по основным сегментам в I-IV кв. 2018 – I-IV кв. 2019 гг.

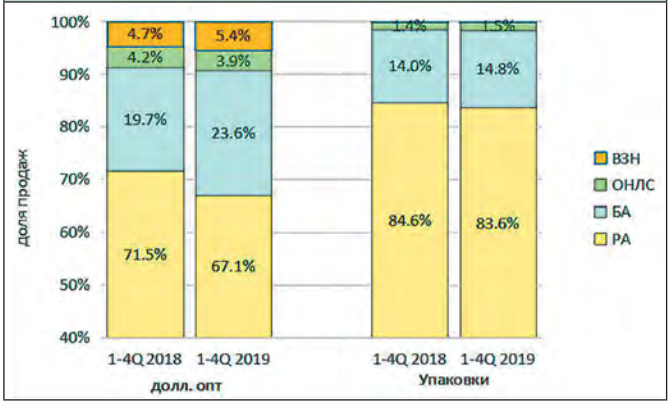


РИСУНОК 3 Структура розничного сегмента фармацевтического рынка ПФО в I-IV кв. 2018 – I-IV кв. 2019 гг.

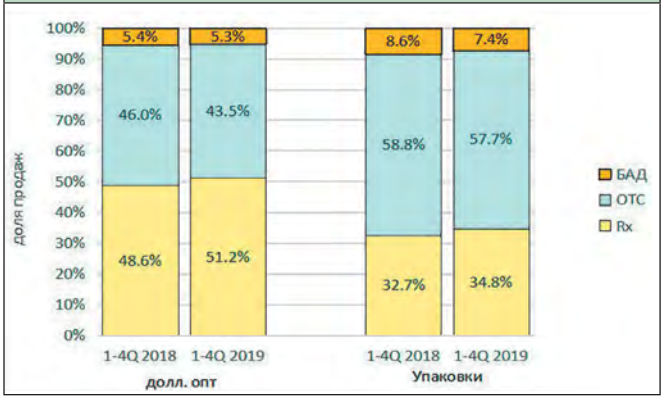
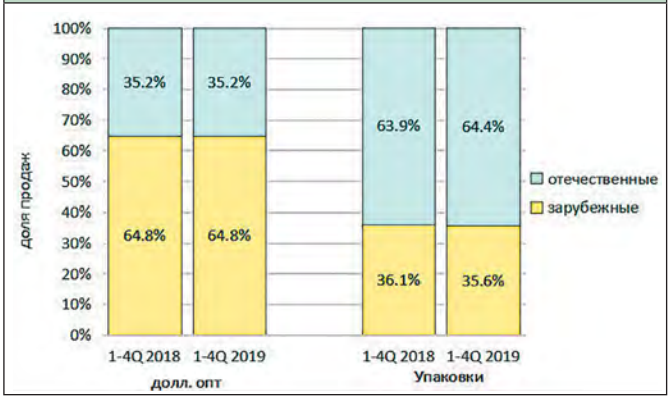


РИСУНОК 4 Динамика доли российских/зарубежных препаратов в структуре фармацевтического рынка ПФО в I-IV кв. 2018 – I-IV кв. 2019 гг.



Rx – рецептурные лек. препараты, ОТС – безрецептурные лек. препараты, БАД – биологически активные добавки, БА – госпитальный сегмент, РА – розничный сегмент, ВЗН – сегмент ЛП перечня высоко затратных нозологий, ОНЛС – сегмент обязательных и необходимых лек средств (см перечни распоряжение Правительства РФ №2406-р от 12 октября 2019)

Главная тема

В. В. МИХАЙЛОВА, к. соц. н, доцент кафедры Социологии проектной деятельности и проконкурентного регулирования факультета социальных наук ФГАУО ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского»

Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников: диагностика и методы коррекции

В последние годы наблюдается возрастание интереса к исследованию синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Предупредительная работа над эмоциональным выгоранием у медицинских работников помогает снизить уровень стресса, увеличить удовлетворение от работы и повысить ее эффективность, найти баланс между работой и личной жизнью.

В. В. Михайлова

Впервые термин «burn-out» – «сгорание, выгорание», предложил Г. Дж. Фрейденбергер в 1974 г. в связи с анализом требований, предъявляемых к социальным профессиям, основное содержание которых составляет межличностное взаимодействие. Согласно Фрейденбергеру, эмоциональное выгорание – это характеристика психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами (пациентами), в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи [1].

В дальнейшем социальный психолог К. Маслач определяет это понятие как «синдром физического и эмоционального истощения, включающий развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе и утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам» [2]. Под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, связанное с работой. С выгоранием связана также деперсонализация. В частности, в социальной сфере деперсонализация предполагает бесчувственное, негуманное отношение к клиентам, приходящим для лечения, консультации, получения образования и других социальных услуг. К. Маслач подчеркивает, что выгорание – это не потеря творческого потенциала, не реакция на скуку, а скорее проблема, которая «возникает на фоне стресса, вызванного межличностным общением».

По мнению отечественного психолога В. В. Бойко, синдром эмоционального выгорания представляет собой выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия [3].

На сегодняшний день профессиональное выгорание в наиболее общем виде трактуется как реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности. Ведущую роль в синдроме выгорания играют эмоционально затрудненные или напряженные отношения в системе «человек–человек». Проведенные в различных странах исследования свидетельствуют о том, что особой группой риска являются медицинские работники [4, 5].

РУКОВОДИТЕЛЯМ НА ЗАМЕТКУ…

Предотвращение эмоционального и профессионального выгорания сотрудников должно включать в себя широкий набор техник, стратегий и средств.

Направления профилактики нарастания синдромов эмоционального выгорания (СЭВ):

- разъяснительная работа о сущности и последствиях профессиональной деформации;
- создание комнат «психологической разгрузки» в лечебных учреждениях для медперсонала;
- организация работы клинического психолога;
- создание благоприятного психологического климата в коллективе;
- организация наставничества;
- тестирование на предмет выявления СЭВ;
- психологическое консультирование как возможность проработки профессиональных и личных проблем.

Профессия медицинского работника любой квалификации и области специализации требует от человека разносторонней образованности, постоянного повышения квалификации, а также обладания специфическими личностными качествами: эмпатией, терпением, чувством долга, наблюдательностью, решительностью, в определенной степени, способностью и готовностью рисковать и др. Работа медицинских сотрудников сопряжена с высоким уровнем ответственности, предполагает постоянную психоэмоциональную нагрузку, связанную с ежедневным длительным напряженным общением с людьми, повышенным чувством ответственности за жизнь и здоровье пациентов, что в дальнейшем может способствовать развитию эмоционального выгорания на рабочем месте. Также одной из причин эмоционального выгорания медицинских работников является высокая интенсивность работы. Средний коэффициент занятости медицинского персонала – полторы ставки.

Таким образом, проблема эмоционального выгорания представляет не только научный интерес, но и имеет большую практическую значимость в системе психогигиенических, психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья медицинских работников.

Вероятность и степень проявления синдрома эмоционального выгорания медицинского работника является результатом комплексного сочетания различных параметров: пол, возраст, стаж работы, область специализации, тип лечебно-профилактической организации, где работает специалист, режим работы, личностные психо-эмоциональные характеристики, социально-психологический климат в рабочем коллективе, семейное положение. Например, самые высокие показатели выраженности фаз СЭВ наблюдаются среди врачей-онкологов. Также СЭВ в большей степени подвержены хирурги, терапевты, педиатры, акушеры-гинекологи, психиатры, анестезиологи-реаниматологи, стоматологи [6].

В группу риска возникновения СЭВ также входит профессия медицинской сестры. Данный вид работы предполагает ежедневное тесное общение с людьми, страдающими различными недугами, требующими повышенной заботы и внимания. В таких условиях средний медперсонал испытывает повышенное эмоциональное напряжение. Синдром профессионального выгорания у медсестер наступает быстрее, чем у врачей, в среднем на 5–9 лет [7].

В. В. Бойко описывает следующие характеристики эмоционального выгорания, которые можно обозначить как симптомы, позволяющие диагностировать развитие СЭВ у специалиста [8]:

1. Снижение умственных возможностей и психологической активности.
2. Холодность в общении с близкими и родными людьми.
3. Цинизм в общении со всеми участниками профессиональной деятельности: руководство, коллеги, пациенты и их родственники.
4. Проявление безразличия к обязанностям и к профессии в целом.
5. Снижение деловой активности и личной мотивации.
6. Появление неудовлетворенности результатами работы и ощущения профессиональной непригодности.
7. Агрессия без явных причин, ярко выраженное недовольство окружающими и собой.
8. Ухудшение состояния здоровья: головные боли, плохой сон и аппетит и снижение качества жизни в целом.

Как показывают исследования, если активно не вмешиваться в лечение синдрома эмоционального выгорания, то самопроизвольного улучшения не произойдет. В выраженных формах синдром эмоционального выгорания подлежит тщательному и полному врачебному психотерапевтическому лечению.

Исследования показывают, что подавляющее большинство медицинских работников недостаточно информированы о последствиях синдрома, не владеют элементарными навыками саморегуляции и релаксации, имеют низкий уровень стрессоустойчивости, малоактивны в стремлении преодолеть стресс, разрешить конфликтную ситуацию. Данный факт свидетельствует о важности применения мер профилактики, предупреждающих выгорание.

На сегодняшний день необходимой и первоочередной частью профилактики

Профессиональные причины возникновения СЭВ сложно предотвратить, поэтому рекомендуется использовать три уровня изменений, которые помогут снизить риск эмоционального и профессионального выгорания медицинских работников:

1 – изменения в организационной структуре и рабочем процессе;

2 – улучшение взаимодействия каждого отдельного сотрудника с учреждением в целом с помощью курсов (групповых тренингов) профессионального развития;

3 – индивидуальное саморазвитие (обучение, консультирование) может минимизировать стресс и негативное воздействие работы на здоровье за счет формирования новых привычек и здорового образа жизни.

СОВЕТЫ ПСИХОЛОГА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

- **Выработайте для себя определенный расслабляющий ритуал.** Например, как только проснетесь, сразу поднимайтесь с постели. Проведите медитацию, по крайней мере, в течение пятнадцати минут. Прочтите что-то, вдохновляющее вас. Послушайте любимую музыку.
- **Примите здоровую пищу, проделайте физические упражнения.** Когда вы правильно питаетесь, занимаетесь регулярной физической активностью и много отдыхаете, у вас будет более высокая энергия и устойчивость к жизненным неприятностям и требованиям.
- **Не надо никому подыгрывать.** Если вы не согласны с чем-то, то твердо отвечайте «нет», согласны – «да». Поверьте, это не сложно. Не перенапрягайте себя.
- **Делайте для себя ежедневный технологический перерыв.** Установите время, когда вы полностью можете отключиться. Оставьте в покое ваш ноутбук, телефон, социальные сети, электронную почту. Проанализируйте прошедший день, больше уделяйте внимания положительным моментам.
- **Поддержите свое творческое начало.** Оно является тем мощным противоядием, которое поможет вам в борьбе с СЭВ. Создайте какой-нибудь новый интересный проект, придумайте новое хобби.
- **Используйте методы профилактики стресса.** Если вы еще на пути к выгоранию, постарайтесь предотвратить стресс, используя методы медитации, делайте перерывы в работе, записывайте свои мысли в дневник, займитесь любимым хобби и другими делами, не имеющими ничего общего с вашей работой.

эмоционального выгорания является личностная психологическая подготовка специалистов еще на уровне обучения в вузе. Это не только теоретические основы психологии, но и практическое обучение, которое направлено на развитие стрессоустойчивости в жизни и на рабочем месте.

В рамках профилактики и преодоления синдрома эмоционального выгорания целесообразным считается разработка специальных коррекционных программ. Коррекционная программа профессиональной деятельности сотрудников, работающих в сфере помогающих профессий, включает, как правило, три этапа: подготовительный (начальный), основной и завершающий [9, 10].

1. Подготовительный этап предполагает диагностику синдрома эмоционального выгорания и личности работника. Основные методики, которые используются для определения СЭВ [7]:

1. Опросник диагностики выгорания К. Маслач и С. Джексон. Включает шкалы по определению эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личных достижений. Используется для измерения степени выгорания в профессиях типа «человек-человек». Применяется также в версии, адаптированной Н. Е. Водопьяновой [2].

2. Методика В. В. Бойко «Исследование эмоционального выгорания» является одной из наиболее информативных. Предназначена для измерения уровня проявления эмоционального выгорания [3].

3. Шкала организационного стресса (ШОС) Маклина, адаптированная Н. Е. Водопьяновой, измеряет восприимчивость к организационному стрессу, связанную с недостаточным умением общаться, принимать ценности других людей, адекватно оценивать ситуацию без ущерба для своего здоровья и работоспособности, негибкостью поведения и пассивностью по отношению к активным формам отдыха и восстановления жизненных сил.

4. В США, Канаде, Японии для выявления «трудоголизма» широко используется вопросник Б. Киллинджер.

5. Личностный опросник Р. Кеттелла позволяет выяснить особенности характера, склонности и интересы личности.

6. Методика Е. П. Ильина «Ауто- и гетероагрессия» для определения направленности агрессии на себя или других людей.

7. Методика Е. П. Ильина и П. А. Ковалёва «Личностная агрессивность и конфликтность» используется для выявления склонности субъекта к конфликтности и агрессивности как личностным характеристикам.

К личностным детерминантам синдрома эмоционального выгорания относятся такие индивидуально-психологические особенности личности сотрудника, как низкая адаптивность к стрессу, выраженная эмотивность, особенности характера, низкая самооценка, недостаточная мотивация, проблемы в ценностно-мотивационной сфере (формирование когнитивных стереотипов) и т. д., которые в совокупности обусловливают полное или частичное несоответствие личности предъявляемым профессиональным требованиям.

К «социальным» детерминантам синдрома относятся проблемы, возникающие на организационном и профессиональном уровнях. Среди организационных факторов – условия и содержание труда, взаимоотношения внутри организации, стимулирование труда, справедливость при решении проблем и т. д. [10].

2. Основной этап заключается в коррекционных мероприятиях по снижению проявления синдрома эмоционального выгорания или его устранения.

На сегодняшний момент одним из эффективных способов борьбы с эмоциональным выгоранием является CBT (cognitive behavioral therapy – когнитивно-поведенческая психотерапия), сеансы групповой психотерапии по методу М. Балинта. В отличие от традиционного клинического разбора или консилиума акцент в работе балинтовской группы делается на различных особенностях терапевтических взаимоотношений, на реакциях, трудностях, неудачах, которые участники группы сами выносят на обсуждение. Занятия в балинтовских группах позволяют участникам прояснить стереотипы действий, препятствующие решению проблем, устанавливать более эффективные взаимоотношения с пациентами. В работе семинара могут использоваться ролевые игры, элементы психодрамы, приемы эмпатического слушания, невербальной коммуникации и другие [11].

Также среди моделей коррекции СЭВ представляется эффективной рационально-эмоционально-поведенческая модель А. Эллиса [12]. Данный подход предполагает, что различные эмоциональные нарушения вызываются у человека не только самими событиями и ситуациями, но опосредующими восприятие нерациональными убеждениями или идеями. В структуре восприятия этих людей информационные аспекты сознания всегда связаны с оценочными суждениями негативного характера. Таким образом, трансформация базовых убеждений личности и отказ от их догматичности может способствовать значительному улучшению эмоционального состояния личности.

… ЕЩЕ СОВЕТЫ:

А) Можете перестать заниматься тем, чем вы занимались до сих пор. Это может быть смена работы, изменение карьеры, смена места жительства. **Б)** Решайте ваши проблемы. Проявите активную позицию, а не пассивную для решения проблем на вашем рабочем месте. Вы почувствуете себя менее беспомощным, если заявите о себе и выразите свои потребности. Если у вас нет возможностей для решения проблемы, поговорите с руководителем. **В)** Уточните вашу должностную инструкцию. Обсудите с руководителем те виды работ, которые приходилось вам выполнять в последнее время сверх ваших функциональных обязанностей. **Г)** Попросите новые обязанности. Если вы выполняете свою работу в течение достаточно длительного времени, попросите попробовать что-то новое: другой уровень работы, другая «территория общения», другие условия работы. **Д)** Выкройте время. Если выгорание кажется неизбежным, сделайте полный перерыв в работе. Попросите очередной или неоплачиваемый отпуск, используйте больничный. Важно выйти из сложившейся ситуации. Используйте время для «перезарядки своих батареек» и принятия новой перспективы. Если после следования этим советам не наступит облегчение, обязательно обратитесь к специалисту-психологу.

Представитель когнитивного подхода Р. МакМаллин предлагает использовать прием, направленный на изменение личной иерархии ценностей. В основе личности лежат ее ценностные ориентиры [13]. В рамках когнитивного подхода консультант помогает клиенту выявить свою личную иерархию ценностей. Если профессиональная деятельность и ее составляющие (функционал, среда, в которой данный функционал реализуется) соответствуют базовым ценностям личности – то это и есть лучшая профилактика эмоционального выгорания.

Другой представитель зарубежной психологии – Р.Д. Рамси – рассматривает профилактику выгорания через установку, отношение человека к своей профессиональной деятельности. Исследователь предлагает план «самообновления», в который он включает ряд рекомендаций: приобретение новых знаний и навыков; определение новых целей в работе и жизни в целом; личностный рост; обучение и помощь малоопытным работникам; развитие лидерского потенциала; рациональный режим труда и отдыха; сбалансированный образ жизни [10].

3. Завершающий этап направлен на предотвращение повторного развития или усиления степени проявления синдрома эмоционального выгорания у пострадавшего от синдрома специалиста. Эффективным методом профилактики является использование техник саморегуляции и самовосстановления. Данные методы можно считать элементами «техники безопасности» для специалистов помогающих профессий, и, в частности, медицинских работников. Саморегуляция – это управление своим психоэмоциональным состоянием и степенью нервно-психической напряженности с помощью релаксационных техник управления дыханием, мышечным тонусом, представления определенных мысленных образов и слов. Все эти составляющие могут быть использованы как по отдельности, так и в различных сочетаниях. Также большое значение имеет развитие личностной рефлексии для осознания имеющихся проблем и адекватной их дифференциации, освоения конструктивных способов выхода из стрессовых ситуаций и преодоления синдрома эмоционального выгорания.

Социально-поведенческий аспект также крайне важен в реализации мер профилактики синдрома эмоционального выгорания медицинских работников: повышение коммуникативных умений специалистов; обучение эффективным стилям коммуникаций и разрешению конфликтных ситуаций; освоение технологий управления временем, развитие навыков делегирования и повышения личной эффективности, обеспечение участия в семинарах и конференциях, с возможностью общения и взаимодействия с другими специалистами.

Таким образом, важным в предупреждении развития синдрома эмоционального выгорания медицинских работников со стороны организации является своевременная диагностика и квалифицированная помощь. В свою очередь, задача каждого специалиста состоит в глубоком осознании смысла своей деятельности, мониторинге собственного состояния (физического и эмоционального) и его своевременной коррекции.

СТРАТЕГИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

№ 1: Замедление. Если наступила конечная стадия СЭВ, постарайтесь другими глазами взглянуть на все, что привело вас в такое состояние. Подумайте и позаботьтесь о своем здоровье. Вы должны пересмотреть ваше отношение к вашей работе и личной жизни, заставьте себя рассмотреть возможность отдохнуть от работы и подлечиться.

№ 2: Получите поддержку. Когда вы выгорели, естественным стремлением является самоизоляция с целью защиты оставшейся в вас энергии. Это шаг в неверном направлении. В эти трудные времена ваши друзья и семья являются для вас более важными, чем когда либо. Обратитесь к ним за поддержкой. Просто поделитесь с ними своими чувствами, это может несколько облегчить ваше состояние.

№ 3: Пересмотрите свои цели и приоритеты. Если вы достигли стадии выгорания, вероятно, что что-то в вашей жизни делается не так. Проанализируйте все, сделайте переоценку ценностей. Вы должны правильно реагировать на предупреждающие знаки как на возможность пересмотреть вашу текущую жизнь. Найдите время, чтобы рассмотреть то, что делает вас счастливым и, что важно для вас. Если вы обнаружите, что вы пренебрегаете значимой деятельностью или людьми в вашей жизни, соответственно измените свое отношение.

Список литературы

1. *Балахонов А.В., Белов В.Г., Пятибрат Е.Д., Пятибрат А.О. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 11. 2009. Вып. 3. С. 60.*
2. *Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 336 с.*
3. *Бойко В.В. Энергия эмоций. Санкт-Петербург: Питер, 2004. 474 с.*
4. *Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Баумана. СПб. 2003. 1312 с.*
5. *Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности: Учеб. пособие / Под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. СПб. 2003. 448 с.*
6. *Бердяева И.А., Войт Л.Н. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // Дальневосточный медицинский журнал. 2012. № 2. С. 117-120.*
7. *Силкина А.А., Саншокова М.К., Сергеева Е.С. Синдром «эмоционального выгорания» среди врачей различных специальностей в России и за рубежом // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. Т. 4. № 11. С. 1248-1249.*
8. *Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: Информ.–изд. дом «Филинъ», 1996. 469 с.*
9. *Малышев И.В. Профилактика психического здоровья и дезадаптационных проявлений личности на ранних этапах эмоционального выгорания // Ученые записки Педагогического института Саратовского университета им. Н.Г. Чернышевского. Серия «Психология. Педагогика». Саратов. 2008. Т. 2. № 3-4. С. 33-42.*
10. *Меркулова Н.Н. Синдром эмоционального выгорания и программа его преодоления в сфере «помогающих» профессий // Вестник ТГУ. Вып. 12 (104). 2011. С. 199-205.*
11. *Скугаревская М.М. Диагностика, профилактика и терапия синдрома эмоционального выгорания. Минск: БГМУ, 2003. URL: http://med.by/methods/pdf/160-1202.pdf (data обращения: 03.04.2020).*
12. *Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса. СПб. 1999. 288 с.*
13. *МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии: Пер. с англ. СПб.: Речь, 2001. 560 с.*

Источник: Эмоциональное выгорание у медицинских работников. Семенова Н.В., Вяльцин А.С., Авдеев Д.Б., Кузюкова А.В., Мартынова Т.С. // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 2.

Как бороться с эмоциональным и профессиональным выгоранием медработников?

Профессиональная деятельность занимает особое место в жизни каждого человека: она является смыслом жизни, в ней фокусируются все наши помыслы и цели. В процессе выполнения профессиональной деятельности происходит формирование личностных качеств, но при этом любая профессиональная деятельность накладывает свой психологический отпечаток на личность человека, по-своему «деформируя» ее.

Такая «деформация» может стать предпосылкой как для формирования профессионала высокого класса, так и для развития профессиональных деструкций. Одним из проявлений профессиональных деструкций личности является синдром эмоционального выгорания (СЭВ). В процессе формирования СЭВ сменяют друг друга три клинических признака: истощение, отстраненность и падение самооценки, в исходе которых специалист не видит перспектив в своей дальнейшей профессиональной деятельности, утрачивается удовлетворенность работой, вера в свои профессиональные возможности (падение самооценки).

Для предотвращения развития СЭВ у медицинских работников необходимо выполнять следующие требования:

♦ Соблюдать требования, изложенные в приказах и нормативных документах по охране труда и обеспечению профессиональной безопасности в учреждениях здравоохранения.

♦ Проводить изучение причин профессиональной заболеваемости медицинского персонала.

♦ Производить обучение медицинского персонала по вопросам профессиональной безопасности, психогигиены, методик релаксации в рамках конференций различного уровня и курсов повышения квалификации.

♦ Проводить мероприятия, направленные на оздоровление медицинского персонала: создание комнат отдыха, психологической разгрузки, формирование групп здоровья.

♦ Создание психологического комфорта в коллективе.

Предотвращение эмоционального и профессионального выгорания медицинских работников должно иметь ЦЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ и включать в себя широкий набор техник, стратегий и средств.

Эти направления должны продвигаться и развиваться как на личностном уровне, так и на уровне организации, чтобы каждый сотрудник выработал набор навыков и убеждений, которые помогут предотвратить возникновение синдрома эмоционального и профессионального выгорания.

Данные для размышления...

- Риск выгорания снижается с возрастом.
- Женщины на 60% чаще подвержены синдрому эмоционального выгорания.
- По разным исследованиям, у врачей скорой помощи чаще проявляются симптомы выгорания (50–60% по сравнению примерно с 40% среди других медработников).
- Возникновение выгорания среди врачей напрямую зависит от руководства. Чем внимательнее главный врач к сотрудникам, тем меньше риск.
- Личностные качества, как, например, эмпатия каждого отдельного медработника, являются важным фактором.
- Заинтересованность работой часто описывается в психологической литературе как противодействие выгоранию. Это – положительная характеристика, и она во многом является противоположностью профессионального выгорания. То есть, изучение того, что поможет врачам стать более заинтересованными в профессии, важно и для сотрудника, и для организации.

Как предотвратить выгорание сотрудников медицинской организации

Семь «шагов» от портала Американской медицинской ассоциации:

1. Введите «состояние здоровья» как индикатор качества работы сотрудников.

2. Организуйте комитет или команду врачей и руководителей, которая будет работать над этим вопросом. Если такой возможности нет — назначьте одного ответственного, который будет отвечать за благополучие сотрудников организации и продвигать позитивные изменения как часть корпоративной культуры.

3. Организуйте ежегодные исследования.

4. Проводите регулярные встречи с ответственными за благополучие медицинских работников для обсуждения результатов и новых направлений работы.

5. Инициируйте выборочные вмешательства. Вы можете целенаправленно принимать меры по отношению к сотрудникам или же отделам, которые сильнее подвержены риску выгорания.

6. Проводите переоценку ситуации после каждого ежегодного исследования. Сравнивайте результаты и оценки до и после вмешательства. Выделяйте то, что принесло результаты, а что не сработало. Вносите изменения в общую стратегию.

7. Ищите ответы на вопросы о том, как предотвращать и бороться с эмоциональным выгоранием медицинских работников, в результатах работы команды, ответственной за благополучие сотрудников. Отрабатывайте методы вмешательства и продолжайте работать над улучшением стратегии.

Такая работа над улучшением благополучия сотрудников медицинской организации поможет усилить их заинтересованность в профессиональной деятельности и мотивацию. Помните, что результаты не появятся моментально, но даже небольшие изменения могут сильно изменить ежедневную работу врачей учреждения к лучшему.

По материалам статьи «Как бороться с эмоциональным и профессиональным выгоранием медработников». Журнал «Здравоохранение». 2019.

Портрет региона

Оренбургская область

Здравоохранение Оренбургской области: подводя итоги

ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

♦ Реализация национального проекта «Здравоохранение» на территории Оренбургской области уже за первый год привела к снижению показателя общей смертности населения на 3% – 13,1 на тысячу населения. Это является историческим минимумом для региона.

Главное достижение 2019 года оренбургской службы родовспоможения стало достижение исторического минимума показателей младенческой и материнской смертности.

В 2019 году смертность населения от болезней системы кровообращения снизилась с 641,6 до 623,1 на 100 тыс. населения (на 3%). Планомерная реализация мероприятий нацпроекта позволяет прогнозировать прорывное улучшение показателей в 2020 году.

В 2019 году в регионе построено 12 ФАПов. Из них девять – за счет регионального бюджета.

В настоящее время разрабатывается проектно-сметная документация для строительства еще 25 ФАПов. Все ФАПы, находящиеся на территории Оренбургской области, – а их порядка 900, в течение трех лет будут подключены к Интернету.

С начала года службой «мобильный ФАП» проведено 16 135 выездов в малые села, где нет медработников или не имеется фельдшерско-акушерского пункта. В ходе выездной работы проведено 137 032 посещения жителей малых сел, в том числе 28 404 посещения детей, 947 посещений беременных женщин, 23 401 посещение маломобильных граждан. Взято на диспансерный учет 10 657 человек.

В 2019 году в рамках нацпроекта «Здравоохранение» было закуплено 623 единицы медицинского оборудования более чем на 1 млрд рублей по шести региональным программам: «Борьба с онкологическими заболеваниями» – 43 единицы, «Создание единого цифрового контура» – 388 единиц, «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» – 12, «Развитие детского здравоохранения» – 92, «Развитие медико-санитарной помощи» – 6, «Развитие системы паллиативной помощи» – 82.

♦ Для реализации проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в 2019 выделено 357,5 млн рублей. Закуплено высокотехнологичное оборудование, в том числе ангиограф в Областную клиническую больницу. В самых сложных случаях медицинская помощь оказывается в Региональном сосудистом центре на базе Областной клинической больницы. В четырех рентгеноперационных центрах чрескожных вмешательств, действующих в Областной клинической больнице, больнице им. Н. И. Пирогова, больницах скорой медицинской помощи Бузулука и Новотроицка, в круглосуточном режиме выполняются экстренные и плановые операции на сосудах сердца, мозга, центральных и периферических сосудах.

Т. Л. Савинова, *вице-губернатор, заместитель председателя правительства по социальной политике, министр здравоохранения Оренбургской области*

Столица – г. Оренбург

Площадь – 124 тыс. кв. км

Общая численность населения – 1956,2 тыс. человек

Доступность медицинской помощи в рамках ОМС
79 медицинских организаций
(6 федеральных, 21 региональная, 52 частных)

Уровень обеспеченности врачами
39,7 на 10 000 населения

С августа 2019 года за счет областных средств (195 млн рублей) пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, и пациенты с фибрилляцией предсердий обеспечены дорогостоящими лекарствами по льготным рецептам.

♦ В рамках проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» закуплено оборудование, в том числе компьютерный томограф, в Областной онкодиспансер, МРТ и цифровой маммограф в Бузулукскую больницу скорой медицинской помощи.

В 2020 году начнет свою работу новый онкодиспансер на востоке Оренбуржья. Современная специализированная помощь будет доступна практически трети населения области. На строительство и оснащение оборудованием выделено 1,3 млрд рублей, из них 927 млн – средства федерального бюджета.

Создаются центры амбулаторной онкологической помощи – больница им. Н. И. Пирогова, Оренбургская районная больница, Бугурусланская городская больница, Бузулукская больница скорой медицинской помощи. В 2020 году запланировано открытие еще трех центров.

Главная задача центра – ранняя диагностика опухолевых процессов. Выполнять онкопоиск специалистам помогают современное рентгеноборудование, компьютерные томографы, аппараты УЗИ, эндоскопическая техника, лабораторная служба.

Реализация данного проекта уже в первый год позволила ощутить результаты, прежде всего в снижении смертности населения от онкозаболеваний – на 5%.

♦ Планируется строительство Областной детской клинической больницы. Оно будет вестись за счет средств консолидированного бюджета (4,3 млрд руб.). Больница будет построена с нулевого цикла.

Один из крупнейших проектов 2019 года – капитальный ремонт поликлиники Областной клинической больницы. Сейчас идет ремонт четвертого корпуса и ведутся работы по проектированию капитального ремонта второго корпуса Областной больницы.

В 21 детской поликлинике созданы комфортные условия пребывания, в 19 – поставлено современное оборудование.

91 взрослая поликлиника и все детские участвуют в создании новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

Всего в 2019 году в учреждениях здравоохранения Оренбуржья, а также федеральных клиниках и медицинских центрах, с применением передовых технологий пролечено почти 19 тыс. жителей области.

♦ 36 автомобилей скорой медицинской помощи поставлены в медучреждения Оренбургской области за счет средств федерального бюджета, 27 автомобилей – за счет средств областного бюджета.

С начала 2019 года специалистами областной службы санавиации выполнено 152 вылета в территории области и за ее пределы. Транспортировано 188 пациентов из отдаленных территорий, из них 80 детей, в том числе 32 – в возрасте до года.

Специалистами скорой помощи обслужено по Оренбургу и Оренбургскому району 360 014 вызовов.

♦ В 2019 году правом на бесплатную диспансеризацию, по оперативным данным, воспользовались более 360 тыс. оренбуржцев.

За текущий год маммографическим скринингом было охвачено 159 045 женщин Оренбургский области в возрасте от 39 лет и старше.

Почти два млн исследований выполнено в централизованной клинико-диагностической лаборатории Оренбурга.

Создан новый удобный «Портал пациента» для записи на прием к врачу с мобильной версией. Это позволит в 2020 году повысить доступность записи на прием к специалистам.

♦ Объем льготной лекарственной помощи, оказанной амбулаторным больным за счет средств федерального и областного бюджетов, по состоянию на 20.12.2019 составил 3005,5 млн рублей. Аптечными организациями обслужено 2,5 млн рецептов, по которым отпущено 4,8 млн упаковок лекарственных препаратов.

♦ В медицинскую сферу в 2019 году пришло на 86 врачей больше, чем в 2018 году, а средних медицинских работников – на 39. Целевиков прибыло 99 человек, в 2018 году – 44. В целях привлечения и закрепления молодых специалистов на территории Оренбуржья по инициативе губернатора Оренбургской области Дениса Паслера разработана и внедрена новая программа единовременных компенсационных выплат в размере 1 миллиона рублей лицам, обучавшимся по договорам о целевом обучении, трудоустроившимся к своим заказчикам. Из запланированных 50 мест освоено 49.

В соответствии с распоряжением Правительства РФ для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала в 2020 году Оренбургская область получит более 103 млн рублей. Деньги будут направлены из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Таким образом планируется решить проблему недостатка кадров в первичном звене здравоохранения, привлечь новых специалистов и сделать медицинскую помощь более качественной и доступной независимо от места проживания граждан.

Для того чтобы сделать диагностику онкозаболеваний более качественной, а также повысить выявляемость рака на ранних стадиях, дополнительно в регионы поступят средства на стимулирующие выплаты медикам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров. На эти цели в Оренбуржье направят более 15 млн рублей.

Благодаря федеральным программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер» в 2019 году в больницы Оренбургской области трудоустроились 49 специалистов.

♦ Всего в 2019 году объем финансовых вложений в реализацию проекта составил 1,5 млрд рублей, из них 1 млрд – средства федерального бюджета.

ПОМОЩЬ «РЯДОМ С ДОМОМ»

С целью организации максимально приближенной территориально консультативной помощи областного уровня детям и взрослым Восточного Оренбуржья 7 февраля 2020 года в городе Орске начали функционировать филиалы Областной детской клинической больницы и Оренбургской областной клинической больницы.

Оборудование поликлиники – рентген-аппарат, аппараты УЗИ, ЛОР-комбайн, офтальмологический диагностический комплекс, эндоскопическое оборудование (гастро- и колоноскопы), ЭЭГ, ЭКГ и др. – отвечает современным стандартам.

Медицинская помощь детям оказывается по педиатрии и 15 узким специальностям амбулаторно и в условиях дневного стационара. Осуществляется прием детей из г. Орска и районов Восточной зоны Оренбуржья. Консультативную помощь детям оказывают главные внештатные специалисты министерства здравоохранения Оренбургской области, сотрудники педиатрических кафедр Оренбургского государственного медицинского университета, заведующие отделениями и специалисты Областной детской клинической больницы. С начала работы оказана консультативная помощь 504 детям Орска и восточных территорий.

У взрослых пациентов наибольшей востребованностью пользуются врачи-кардиологи, оториноларингологи, гинекологи, неврологи, офтальмологи. Большая потребность в консультациях сосудистых хирургов, гематологов.

Ожидаемый итог данной организации – повышение доступности и качества оказания первичной специализированной медицинской помощи населению востока области, усиление приверженности пациентов к лечению и удовлетворенности населения в целом.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА

40% населения Оренбургской области – сельчане. Из 1720 населенных пунктов – 1708 – сельские, из них 547 с населением до 100 человек, где согласно нормативным документам нет ФАПов. Зная это, сложно переоценить значение телемедицинских технологий.

На средства ОМС медицинским учреждением приобретены аппараты-тонометры с функцией передачи данных по GSM-каналам. Медицинская техника позволяет автоматически, с помощью SIM-карты местного оператора, передавать данные об уровне артериального давления пациента на компьютер диспетчера районной службы скорой и неотложной медицинской помощи. Такие аппараты выданы пациентам, нуждающимся в постоянном мониторинге артериального давления.

На приеме у врача принимается решение о наблюдении пациента на дому. В домашних условиях, в соответствии с рекомендациями участкового терапевта, пациенты несколько раз в день проводят измерения артериального давления, и данные поступают диспетчеру скорой медицинской помощи Илекской районной больницы. Это обеспечивает постоянный медицинский контроль, а также возможность экстренного реагирования.

В период с мая по декабрь 2019 года в проекте приняли участие 50 человек – 40 человек достигли целевых показателей АД, семь человек были своевременно направлены к кардиологу в Областную больницу, три человека получили своевременное стационарное лечение. Это формирует приверженность пациентов к лекарственной терапии и позволяет быстрее добиваться желаемого эффекта от назначенного лечения.

В Бугурусланской районной больнице работа по данному направлению реализуется согласно распоряжению регионального минздрава в рамках проекта «Ваш врач онлайн 56». В назначенное время пациент выходит на связь с доктором с помощью домашнего компьютера. Дистанционная беседа проходит как на обычном приеме в поликлинике.

Сервис «Ваш врач онлайн 56» позволяет работать с пациентами, имеющими такие хронические заболевания, как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, пациентами, перенесшими пневмонию. Безусловно, телемедицина не заменит живой прием у врача, тем более не может быть речи о постановке диагноза через Интернет. Мы говорим о тех случаях, когда пациенту с известным хроническим заболеванием требуется динамическое наблюдение за состоянием здоровья, контроль за эффективностью назначенных препаратов, коррекция или расширение лечебных мероприятий. Инициатором дистанционной консультации всегда является лечащий врач.

Виртуальные консультации актуальны для немобильных граждан и жителей отдаленных населенных пунктов. Нововведение сэкономит время и силы как пациентов, так и врачей.

МИРОВЫЕ ПРАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ

В Оренбургском клиническом перинатальном центре неонатологи и реаниматологи для улучшения качества медицинской помощи новорожденным расширяют диагностические возможности и внедряют новые технологии в лечении детей.

Так, в 2019 году здесь были успешно проведены четыре лечебные умеренные терапевтические гипотермии при асфиксии у доношенных детей. Применение подконтрольного охлаждения тела ребенка до умеренной температуры 33–34°С снижает риск повреждения головного мозга младенца и фактически удваивает его шансы на нормальную жизнь.

Впервые в перинатальном центре в 2019 году совместно со специалистами Оренбургской областной детской клинической больницы было проведено лечение острой почечной недостаточности новорожденному методом перитонеального диализа.

В рамках телемедицинского консультирования тяжелых пациентов специалистами из Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета в Оренбургском перинатальном центре также впервые была проведена процедура экстракорпоральной мембранной оксигенации новорожденному. Операция прошла под руководством реаниматологов и кардиохирургов клиники университета.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Репродуктивным здоровьем населения в Оренбуржье будут заниматься с раннего возраста.

24 декабря в Оренбурге на базе Оренбургской областной клинической больницы № 2 открылось отделение охраны репродуктивного здоровья детей и подростков. В его составе будут функционировать три кабинета врача со смотровыми (детский акушер-гинеколог, детский эндокринолог, детский уролог-андролог), комната для групповых занятий, процедурный кабинет.

Отделение охраны репродуктивного здоровья детей и подростков будет осуществлять профилактическую и организационно-методическую работу, оказывать консультативную, лечебно-диагностическую, реабилитационную и социально-психологическую помощь детям и подросткам (в возрасте от 1 года до 17 лет включительно). На профосмотр в отделение будут направляться дети и подростки с выявленной патологией.

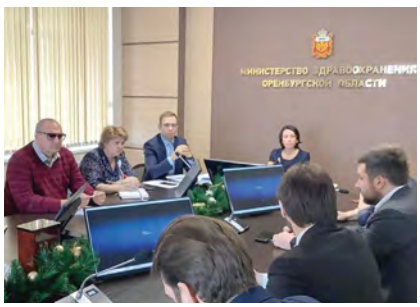
Это первое учреждение такого типа. Оно будет обслуживать детей со всей области. Основная задача – организовать взаимодействие с медучреждениями, чтобы при необходимости каждый ребенок с подозрением на патологию прошел здесь обследование.

Подобные центры создаются по всей стране. Оренбуржье одним из первых начало заниматься проблемой репродуктивного здоровья детей. Это особенно актуально сейчас, когда серьезно стоит проблема демографии. Специалисты центра будут заниматься не только консультированием и лечением, но и вести большую просветительскую работу. С этой целью в центре создан консультационный зал для проведения просветительских мероприятий.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ КАРТА

«Универсальная карта жителя Оренбургской области» упростит выписку и получение льготных лекарственных средств.

В январе 2020 года в министерстве здравоохранения Оренбургской области состоялось совещание по выпуску «Универсальной карты жителя Оренбургской области». В рамках встречи обсуждался опыт по внедрению единой карты в сфере здравоохранения в Санкт-Петербурге.



В карту предполагается включить набор социальных услуг, в их ряду – запись на прием в лечебные учреждения, получение лекарственных средств по рецептам для льготных категорий граждан в аптеках. Все поликлиники Оренбургской области выписывают льготные рецепты на лекарственные препараты в электронном виде, заверенные электронной подписью медицинского работника, но вынуждены выдавать рецепт и на бумажном носителе для идентификации личности пациента. С внедрением универсальной карты необходимость в выписке бумажного рецепта отпадает.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Более 138 миллионов рублей было дополнительно направлено в медицинские организации региона в 2019 году.

Финансирование осуществляется за счет средств нормированного страхового запаса (НСЗ) Территориального фонда обязательного медицинского страхования Оренбургской области.

Использование средств НСЗ позволяет обеспечивать ремонт и приобретение современного оборудования, необходимого для реализации полного комплекса мероприятий в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи, а также своевременно повышать квалификацию врачей.

В 2019 году благодаря финансированию из средств НСЗ в городской клинической больнице № 4 Оренбурга появился рентгеновский диагностический комплекс стоимостью более 13 млн рублей. Областная детская клиническая больница получила наркозно-дыхательный аппарат стоимостью более 5 млн рублей. На приобретение эндовидеохирургического комплекса для лапароскопических операций для Бузулукской больницы скорой медицинской помощи было выделено более 3,7 млн рублей. Также новое оборудование введено в эксплуатацию в ряде районных больниц и других медицинских организациях области. Всего приобретено 59 единиц оборудования.

Отремонтировано 22 единицы медицинской техники в городских больницах Оренбурга, Орска, Медногорска, Кувандыка, Соль-Илецка, Бугуруслана, Абдулино, районных больницах.

Также в 2019 году за счет средств нормированного страхового запаса дополнительное обучение прошли 190 медицинских работников.

В 2020 году работа по данному направлению будет продолжена. В план мероприятий на I квартал 2020 года включены 43 медицинские организации. Ремонт медоборудования проведут в семи больницах, новую технику получат 19 лечебных учреждений, повысить квалификацию смогут 264 медицинских работника. Сумма финансового обеспечения запланированных мероприятий составляет более 55 млн рублей.

Материал предоставлен пресс-службой минздрава Оренбургской области

Консилиум

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ 14–21
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ 22–27
ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 28–35

Ю. В. ЕВСЮТИНА, к. м. н., старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва

Трудности ведения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: приверженность лечению и риски длительной терапии

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка сопровождается появлением беспокоящих пациента симптомов и/или развитием осложнений. Симптомы ГЭРБ являются одной из самых частых причин обращения к врачу. По данным российских исследований, наличие изжоги и/или регургитации один раз в неделю и чаще в течение последних 12 месяцев отмечают от 11,3 до 23,6% населения.

Данные международных эпидемиологических исследований свидетельствуют, что распространенность ГЭРБ колеблется от 8,8 до 25,9% в Европе, от 18,1 до 27,8% в Северной Америке, от 2,5 до 7,8% в Восточной Азии, от 8,7 до 33,1% в Средней Азии, 11,6% в Австралии и 23% в Южной Америке. В ближайшие годы можно ожидать повышения частоты ГЭРБ, что связано с увеличением лиц с избыточной массой тела/ожирением, повышением продолжительности жизни, снижением физической активности, курением, приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют, что снижение продукции соляной кислоты является основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений пищевода. Наиболее выраженным кислотосупрессивным потенциалом обладают ингибиторы протонной помпы (ИПП) – препараты, подавляющие активность фермента H^+, K^+-АТФазы, находящегося на апикальной мембране париетальной клетки и осуществляющего последний этап синтеза соляной кислоты.

Клиницисты подчас практикуют эмпирическое назначение ИПП у пациентов с предполагаемой ГЭРБ без проведения эндоскопического или функционального обследования. Вы будете удивлены, но 69% пациентов с эзофагитом, 49% пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью и 35% пациентов с нормальной эндоскопической картиной и pH-метрией отмечают облегчение симптомов после назначения ИПП. Из этого следует, что у пациентов с изжогой тест с назначением ИПП будет иметь 71% чувствительность и только 44% специфичность, по сравнению с комбинацией эндоскопия + pH-метрия. Эмпирический подход к терапии ИПП является менее дорогостоящим, чем диагностические тесты, и одобрен многими международными сообществами. Однако это приводит к гипердиагностике ГЭРБ и чрезмерному использованию ИПП.

Ю. В. Евсютина

Согласно российским и международным клиническим рекомендациям продолжительность терапии при ГЭРБ зависит от стадии эзофагита. Так, при наличии единичных эрозий пищевода (А стадия по Лос-Анджелесской классификации / 1-я стадия эзофагита по классификации M. Savary and G. Miller) курс терапии составляет четыре недели при использовании стандартной дозы ИПП (пантопразол 40 мг в день, эзомепразол 40 мг в день, рабепразол 20 мг в день, омепразол 20 мг 2 раза в день, пантопразол 40 мг в день или декслансопразол 60 мг в день). Если же речь идет о множественных эрозиях пищевода (B-C стадия по Лос-Анджелесской классификации / 2–4-я стадия эзофагита по классификации M. Savary and G. Miller) или осложнениях ГЭРБ, то

продолжительность курса лечения любым препаратом из группы ИПП должна составлять не менее восьми недель.

Клиницисты нередко рекомендуют пациентам с ГЭРБ наряду с терапией ИПП модификацию образа жизни. Однако результаты недавнего систематического обзора свидетельствуют, что отсутствуют доказательства или они совсем минимальны в отношении улучшения симптомов ГЭРБ после отказа от курения, алкоголя, шоколада, кофе, цитрусовых, мяты и острой пищи. А вот подъем головного конца кровати, отказ от приема пищи за три часа до сна и избегание сна на правом боку показали свою эффективность только у пациентов с ночными симптомами заболевания.

Мы хорошо знаем, что избыточная масса тела является отрицательным фактором ГЭРБ, что связано с повышением внутрибрюшного давления, снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС), повышением количества преходящих расслаблений НПС. В связи с этим, пациентам с индексом массы тела более 25 кг/м^2 рекомендовано снизить вес.

При назначении антисекреторной терапии следует придерживаться нескольких правил: назначать наименьшую эффективную дозу препарата, регулярно оценивать необходимость продолжения терапии при длительном приеме ИПП. Как же проводить отмену ИПП? У экспертов нет единого мнения на этот счет, отмену ИПП можно проводить резко или постепенно снижая дозу. Некоторые клиницисты также практикуют переход на терапию ИПП «по требованию» или смену ИПП на Н2-блокатор с последующей отменой антисекреторной терапии. Следует помнить, что пересмотр лечения (снижение дозы, прекращение или терапия «по требованию») должен происходить у взрослых, окончивших 4-недельный курс ИПП по поводу изжоги или легкого и умеренного эзофагита и отметивших улучшение симптомов. Однако эти рекомендации не применимы к больным с пищеводом Баррета, тяжелым эзофагитом или язвенными кровотечениями (четыре недели терапии считаются слишком коротким сроком для таких пациентов).

Побочные эффекты терапии ИПП активно обсуждаются на протяжении многих лет. В частности, в ряде публикаций продемонстрировано, что длительный прием ИПП потенциально ассоциирован с развитием дефицита магния, кальция, железа, витамина B12, повышением риска инфекции *Clostridium difficile*, остеопороза и переломов, внебольничной пневмонии, инсульта, хронической болезни почек, деменции. Следует отметить, что большинство этих исследований носят ретроспективный характер, что не позволяет судить о причинно-следственной связи.

Совсем недавно были опубликованы результаты крупного проспективного когортного исследования, в котором оценивали риск вирусного гастроэнтерита у 233 596 больных, получающих ИПП (средний возраст – 71 год, 55% – женщины). Группу сравнения составили 626 867 индивидуумов, не получающих антисекреторную терапию (средний возраст – 70 лет, 56% – женщины). Согласно данным анализа, относительный риск вирусного гастроэнтерита был выше на 80% на фоне терапии ИПП. Любопытно, что риск зависел от возраста; так, у лиц в возрасте 45–64 лет, относительный риск был повышен на 66%, у пациентов 65–74 лет риск повышался более чем в 2 раза, а у пациентов 75 лет и старше отмечено повышение риска на 98%.

Исследования, оценивающие сердечно-сосудистые последствия антисекреторной терапии, носят противоречивые результаты. К примеру, в анализе 2019 года, который представлял собой лонгитюдное наблюдательное исследование с включением 157 625 пациентов, начавших прием ИПП, и 56 842 пациентов, начавших прием Н2-блокаторов, выявлено небольшое повышение смертности от сердечно-сосудистых причин, хронической болезни почек и рака верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Помимо всего прочего, прием ИПП порой ассоциируют с дефицитом витаминов и минералов. В частности, в недавно опубликованном британском исследовании показано, что хроническое применение ИПП ассоциировано с повышением риска дефицита железа. Исследователи включили в анализ 26 806 индивидуумов, из которых 11% получали постоянно ИПП, 25% больных принимали препараты периодически и 64% лиц не получали терапию. Наглядно продемонстрировано, что

риск развития дефицита железа у пациентов, постоянно находившихся на терапии ИПП, был повышен в 3,6 раза, а у пациентов, получающих периодические курсы ИПП, риск повышался на 51%. При этом между приемом ИПП и дефицитом железа прослеживалась положительная дозозависимая и времязависимая связь. В литературе описаны случаи гипомагниемии, опосредованные длительным приемом ИПП. При этом их количество очень незначительно относительно числа пациентов, получающих кислотосупрессивную терапию, и носит форму идиосинкразической реакции. Однако нельзя не принять во внимание результаты нескольких наблюдательных исследований, говорящих о положительной связи между приемом ИПП и гипомагниемией (среднее повышение относительного риска на 40%).

Результаты систематического обзора и мета-анализа 2018 года, включавшего 43 исследования, показывают, что долгосрочная терапия ИПП ассоциирована с повышением риска внебольничной пневмонии на 67%, перелома бедренной кости на 42% и колоректального рака на 55%.

Связь между приемом ИПП и увеличением частоты переломов потенциально может быть объяснена гипохлоргидрией, ассоциированной с нарушением всасывания кальция и витамина B12, гастрин-индуцированной гиперплазией паращитовидных желез и подавлением вакуолярных протонных помп остеокластов. Важно отметить, что результаты исследований, изучавших связь между снижением минеральной плотности костной ткани (МПК) и приемом ИПП, носят противоречивый характер. В одном крупном анализе продемонстрировано, что прием ИПП ассоциирован со снижением трабекулярной, но не кортикальной МПК. Тогда как в другом недавнем исследовании показано, что ИПП не оказывают влияния на объемную МПК бедра, измеряемую при помощи трехмерной периферической количественной компьютерной томографии. Учитывая противоречивые результаты и наблюдательный характер большинства исследований, в настоящее время не рекомендуется рутинный мониторинг МПК у лиц, находящихся на терапии ИПП.

Еще одним часто обсуждаемым в последнее время последствием ИПП терапии является деменция. Так, в двух крупных наблюдательных исследованиях выявлено небольшое повышение риска деменции, однако рандомизированных исследований на этот предмет не проводилось.

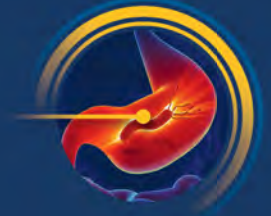
Обобщая результаты проведенных исследований, можно разделить риски, ассоциированные с длительной терапией ИПП, на вероятные, до конца не ясные и маловероятные. Вероятная причинно-следственная связь показана для гипомагниемии, дефицита витамина B12, избыточного бактериального роста. Связь между продолжительной терапией ИПП и переломами костей, инфекцией *Clostridium difficile*, хронической болезнью почек, пневмонией и деменцией считают до конца не выясненной.

Следует отметить, что на эффективность терапии ИПП оказывают значимое влияние курение, степень тяжести эрозивного эзофагита, выбор и продолжительность лечения ИПП и приверженность терапии.

Клацид®
кларитромицин

ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИЧИНЫ ГАСТРИТА:
ИНФЕКЦИИ *H. PYLORI* [1,*]

ЛС-000679



В 90% случаев причина гастрита – инфекция *H. pylori*[2]

Инфекция *H. pylori* может привести к развитию язвы желудка, двенадцатиперстной кишки и к раку желудка![3]

Этиотропную терапию *H. pylori* необходимо проводить схемами, включающими антибактериальные препараты[4]

Клацид® – оригинальный** кларитромицин со стабильным содержанием действующего вещества и показателями растворимости[5,6]

Клацид®. МНН: кларитромицин. Регистрационный номер: ЛС-000679. Лекарственная форма: таблетки покрытые пленочной оболочкой, 500 мг. Показания к применению: инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные чувствительными к кларитромицину микроорганизмами у взрослых и детей старше 12 лет: инфекции нижних дыхательных путей (такие как бронхит, пневмония); инфекции верхних дыхательных путей (такие как фарингит, синусит); инфекции кожи и мягких тканей (такие как фолликулит, воспаление подкожной клетчатки, рожа); диссеминированные или локализованные микобактериальные инфекции, вызванные Mycobacterium avium и Mycobacterium intracellulare; локализованные инфекции, вызванные Mycobacterium chelonae, Mycobacterium fortuitum и Mycobacterium kansasii; профилактика распространения инфекции, обусловленной комплексом Mycobacterium avium (MAC), ВИЧ-инфицированным больным с содержанием лимфоцитов CD4 (Т-хелперных лимфоцитов) не более 100 в 1 мкл3; эрадикация H.pylori и снижение частоты рецидивов язвы двенадцатиперстной кишки. Противопоказания: повышенная чувствительность к кларитромицину, макролидам и другим компонентам препарата; одновременный прием кларитромицина со следующими препаратами: астемизол, цизаприд, пимозид, терфенадин (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами»); одновременный прием кларитромицина с алкалоидами спорыньи, например, эрготамин, дигидроэрготамин (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами»); одновременный прием кларитромицина с мидазоламом для перорального применения (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами»); одновременный прием кларитромицина с ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы (статинами), которые в значительной степени метаболизируются изоферментом CYP3A4 (ловастатин или симвастатин), в связи с повышением риска миопатии, включая рабдомиолиз (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами»); одновременный прием кларитромицина с колхицином (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами»); одновременный прием кларитромицина с тикагрелором или ранолазином; удлинение интервала QT в анамнезе (врожденное или приобретенное зарегистрированное удлинение интервала QT) или желудочковая аритмия, включая желудочковую тахикардию типа «пируэт» (см. разделы «Особые указания» и «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами»); гипокалиемия (риск удлинения интервала QT); тяжелая печеночная недостаточность, протекающая одновременно с почечной недостаточностью, холестатическая желтуха/гепатит в анамнезе, развившиеся при применении кларитромицина (см. раздел «Особые указания»); порфирия; период грудного вскармливания; возраст до 12 лет (эффективность и безопасность не установлены). С осторожностью*: почечная недостаточность средней и тяжелой степени; печеночная недостаточность средней и тяжелой степени; пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС), тяжелой сердечной недостаточностью, гипомагниемией, нарушениями проводимости и клинически значимой брадикардией. Применение при беременности и в период грудного вскармливания*: безопасность применения кларитромицина во время беременности и в период грудного вскармливания не установлена. Применение кларитромицина при беременности (особенно в I триместре) возможно только в случае, когда отсутствует альтернативная терапия, а потенциальная польза для матери превышает потенциальный риск для плода. При необходимости приема в период лактации грудное вскармливание необходимо прекратить. Способ применения и дозы: для приема внутрь, независимо от приема пищи. Обычная рекомендуемая доза кларитромицина у взрослых и детей старше 12 лет – 250 мг 2 раза в день (в этом случае возможно применение препарата Клацид® таблетки покрытые пленочной оболочкой, 250 мг). Кларитромицин 500 мг 2 раза в день используют в случае более тяжелых инфекций. Обычная продолжительность лечения составляет от 5 до 14 дней. Исключение составляют внебольничная пневмония и синусит, которые требуют лечения от 6 до 14 дней. Дозы для лечения микобактериальных инфекций, кроме туберкулеза: при микобактериальных инфекциях рекомендована доза кларитромицина 500 мг 2 раза в день. Лечение диссеминированных МАС инфекций у пациентов со СПИД следует продолжать до тех пор, пока имеется клиническая и микробиологическая эффективность. Кларитромицин следует назначать в комбинации с другими антимикробными препаратами, активными в отношении данных возбудителей. Длительность лечения других нетуберкулезных микобактериальных инфекций устанавливает врач. Для профилактики инфекций, вызванных МАС: рекомендуемая доза кларитромицина для взрослых – 500 мг 2 раза в день. Для эрадикации H. pylori: у пациентов с язвенной болезнью, вызванной инфекцией H. pylori, кларитромицин можно назначить по 500 мг 2 раза в день в комбинации с другими антимикробными препаратами и ингибиторами протонного насоса в течение 7-14 дней, в соответствии с национальными и международными рекомендациями по лечению инфекции H. pylori. Пациенты с почечной недостаточностью: больным с клиренсом креатинина менее 30 мл/мин назначают половину обычной дозы кларитромицина (в данном случае используется доза 250 мг). Лечение таких больных продолжают не более 14 дней. Применение у детей младше 12 лет: применение кларитромицина в виде таблеток у детей младше 12 лет не изучалось. Побочное действие*: сыпь; головная боль, бессонница; интенсивное потоотделение; диарея, рвота, диспепсия, тошнота, боли в области живота; дисгевзия; вазодилатация; отклонение в печеночной пробе. Передозировка*: симптомы: прием большой дозы кларитромицина может вызвать симптомы нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта. У одного пациента с биполярным расстройством в анамнезе после приема 8 г кларитромицина описаны изменения психического состояния, параноидальное поведение, гипокалиемия и гипоксемия. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами*: антиаритмические средства (хинидин и дизопирамид): возможно возникновение желудочковой тахикардии типа «пируэт» при совместном применении кларитромицина и хинидина или дизопирамида. При совместном применении кларитромицина и пероральных гипогликемических средств (например, производные сульфонилмочевины) и/или инсулина может наблюдаться выраженная гипогликемия; рекомендуется тщательный контроль концентрации глюкозы. Непрямые антикоагулянты: при совместном приеме варфарина и кларитромицина возможно кровотечение, выраженное увеличение МНО и протромбинового времени. Особые указания*: возможно развитие перекрестной резистентности к кларитромицину и другим антибиотикам группы макролидов, а также линкомицину и клиндамицину. Влияние на способность управлять транспортными средствами и механизмами: данные относительно влияния кларитромицина на способность к управлению автомобилем и механизмами отсутствуют. Следует соблюдать осторожность при управлении транспортными средствами и механизмами, учитывая потенциальную возможность головокружения, вертиго, спутанности сознания и дезориентации, которые могут возникнуть при применении данного препарата. Срок годности*: 3 года. Условия отпуска: по рецепту.
*Полная информация по препарату представлена в инструкции по медицинскому применению.
СИП от 10.10.2019 на основании ИМП от 16.09.2019.

* В случае H.pylori-ассоциированного гастрита. ** Под термином оригинальный подразумевается референтный. ДГК – двенадцатиперстная кишка.
1. Инструкция по медицинскому применению препарата Клацид®, таблетки покрытые пленочной оболочкой, 500 мг, от 16.09.2019. 2. Гастроэнтерология: национальное руководство / Под ред. Ивашкина В. Т., Лапиной Т.Л.-М.: Гэотар-Медиа, 2008. 3. Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Ф.И.Комарова, С. И. Рапопорта – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. 4. Malfertheiner P., Megraud F., O' Morain CA et al. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut. 2017 Jan; 66(1): 6–30. 5. Nightingale CC. A Survey of the Quality of Generic Clarithromycin Products from 18 Countries. Clin Drug Invest 2005; 25(2): 135-152 6. По данным Государственного реестра лекарственных средств РУЛС. https://grls.rosminzdrav.ru доступ от 06.06.19.

ООО «Эббот Лэбораториз» 125171,
г. Москва, Ленинградское шоссе, дом 16А, стр. 1,
БЦ «Метрополис».
Телефон: (495) 258-42-80, факс: (495) 258-42-81;
www.abbott-russia.ru
RUKLG180521b от 19.06.2019 г.

Abbott

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Высокая приверженность больных ГЭРБ антисекреторной терапии является залогом эффективности лечения и помогает избежать снижения качества жизни и развития осложнений. По данным исследований, в развитых странах приверженность к терапии хронических заболеваний находится на уровне 50%, а в развивающихся странах данный показатель еще ниже. В США от 33 до 66% госпитализаций пациентов, принимающих лекарственные препараты, связаны с низкой приверженностью лечению, что наносит колоссальный ущерб системе здравоохранения. Что касается антисекреторной терапии, то назначение 30-дневного курса ИПП 1 раз/сут. соблюдают только 55% больных ГЭРБ, при этом 30–70% пациентов не принимают рекомендованную терапию в отсутствие симптомов заболевания.

Как же повысить приверженность терапии у пациентов с ГЭРБ? Необходимо проинформировать пациента о том, что изжога представляет реальную угрозу для его здоровья (эзофагит способен прогрессировать в осложненные формы и в рак пищевода без соответствующего лечения). И, что очень важно, следует назначить пациенту эффективный ИПП, который позволит как устранить симптомы ГЭРБ, так и восстановить слизистую оболочку пищевода. Обращает на себя внимание, что для повышения приверженности терапии предпочтителен однократный прием лекарственного средства, особенно при необходимости его длительного применения.

«Сан Фарма» объявила о лонче нового синбиотика «Флориоза Витастронг»

Портфель компании «Сан Фарма» в России пополнился новым синбиотиком «Флориоза Витастронг» (Италия), который применяется для поддержания количественного и качественного состава микрофлоры кишечника и имеет пять преимуществ:

1. Флориоза Витастронг содержит в себе три особых пробиотических штамма бактерий (*Lactobacillus acidophilus La-14, Lactobacillus rhamnosus Lr-32, Bifidobacterium lactis Bl-04*), которые обладают высокой кислото-, пепсино- и желчеустойчивостью и имеют повышенные адгезивные свойства к слизистой оболочке ЖКТ. Поэтому им не требуется защитная капсула и они начинают действовать сразу после приема.

2. Флориоза Витастронг – это высокая дозировка пробиотика – в одном саше находится три миллиарда полезных бактерий.

3. Флориоза Витастронг обеспечивает и физиологичное восстановление микрофлоры, так как содержит натуральный пребиотик инулин (800 мг), который способствует росту собственных полезных бактерий. Инулин не переваривается в организме, но расщепляется бактериями в кишечнике, поэтому благотворно влияет на состояние микробиоты. Включение пребиотика положительно влияет на состав и активность лактобактерий и бифидобактерий. Кроме того, в процессе метаболизма из инулина в кишечнике образуются короткоцепочечные жирные кислоты, которые улучшают защитную функцию кишечника и иммунный ответ организма.

4. Флориоза Витастронг также содержит витамины B1, B2, B6 и B12. Снабжение организма витаминами и минеральными веществами напрямую зависит от состояния микрофлоры кишечника. Поэтому при нарушении кишечной микрофлоры важно компенсировать недостаток витаминов, в частности группы В, которые играют важную роль в обмене веществ. Они нормализуют работу нервной и сердечно-сосудистой системы; улучшают работу кишечника, состояние кожи; поддерживают эмоциональное здоровье, помогают справляться с повышенными эмоциональными нагрузками; участвуют в росте клеток, в энергообмене, в работе мышц; укрепляют иммунитет и увеличивают сопротивляемость организма различным заболеваниям.

5. Флориоза Витастронг разработана и произведена в Италии компанией «Farmaceutici Prosemsa S.p.A.» в соответствии с Европейскими стандартами качества. Производителем пробиотической субстанции является компания «DuPont Nutrition & Biosciences» – мировой лидер в производстве инновационных продуктов и решений в сфере

БАД. Не является лекарством

фармацевтики, здравоохранения, питания и биотехнологии.

Синбиотик «Флориоза Витастронг» рекомендован в качестве биологически активной добавки к пище – источника инулина и пробиотических микроорганизмов (бифидо- и лактобактерий), дополнительного источника витаминов группы В (B1, B2, B6, B12).

Флориоза Витастронг можно применять для коррекции качественного и количественного состава микрофлоры и укрепления естественных защитных сил организма, при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта, во время и после применения антибиотиков (в том числе эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*), а также в качестве средства профилактики кишечных расстройств во время путешествий и во время вспышки кишечных инфекций. ®

По материалам сайта www.florioza.ru

Компания «Сан Фарма»
107023, г. Москва, ул. Электрозаводская, д. 27, стр. 8, оф. 29, 30
www.sunharma.com

Н. И. ПАРОЛОВА, Г. В. ИВАНОВ, Л. В. ЛОПАТИНА, А. А. УМРИЛОВ, Е. А. КОРНИЕНКО,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, ДГКБ № 5 им. Н. Ф. Филатова, г. Санкт-Петербург

Современная структура осложненных кровотечением гастродуоденальных язв у детей

Распространенность гастродуоденальных язв у детей Санкт-Петербурга за десять лет снизилась в 3,5 раза, что обусловлено уменьшением инфицированных H. pylori. По данным исследования 2009–2011 гг., инфицировано 48,5% детей против 78% в начале 2000-х, но инфекция H. pylori остается одной из основных причин гастродуоденальных язв.

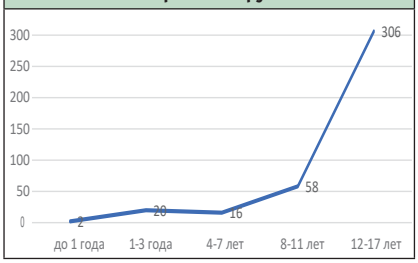
Кровотечение является частым осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Несмотря на эффективное применение методов эндоскопического гемостаза, летальность при язвенных кровотечениях продолжает оставаться высокой, особенно во взрослой практике – в пределах 5–10%.

С 1998 по 2018 г. в стационаре Детской городской клиническая больница № 5 им. Н.Ф. Филатова эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) как основной метод диагностики при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) выполнялась 1036 детям. Язвенное кровотечение было выявлено в 402 случаях – у 284 (70,6%) мальчиков и 118 (29,4%) девочек. Достоверно чаще оно встречалось в возрасте 12–17 лет (рис.).

У мальчиков в 80% случаев была характерна локализация язвенного дефекта в луковице двенадцатиперстной кишки, а у девочек – в теле желудка (70,1%).

Использование эндоскопического гемостаза в нашем стационаре началось в 1999 году, благодаря чему рецидив кровотечения за 20-летний период отмечался только в 2,1% случаев. Низкий показатель повторного кровотечения связан в том числе и с ранним началом эрадикационной терапии. По нашим данным, процент инфицирования бактерией H. pylori при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки составляет сейчас 78%. Согласно российским и международным рекомендациям, язвенная болезнь, в том числе осложненная кровотечением, является показанием для проведения антихеликобактерной терапии после успешного эндоскопического гемостаза. По данным С. В. Доброквашина, ранняя эрадикация H. pylori у взрослых с язвенным кровотечением предупреждает развитие повторных кровотечений у всех без исключения больных, тогда как у больных, не получавших антихеликобактерную терапию, рецидивы язвенных кровотечений возникают в 30% случаев.

РИСУНОК Частота встречаемости язвенных кровотечений в ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова по возрастным группам



Диагностика H. pylori при плановой ЭГДС важна, поскольку антихеликобактерная терапия является профилактикой возникновения язв. Среди инвазивных методов диагностики в России в последний год появились новые уреазные методы – AMA RUT Expert и AMA RUT PRO (ООО «АМА», СПб). Главной особенностью данных методов является их селективность, достигнутая благодаря специальной конструкции мембраны, за счет которой происходит разделение ферментативной и индикаторной реакций. Только уреаза H. pylori, если она содержится в биоптате, на первом слое теста вступает в реакцию, и образовавшийся аммиак проникает сквозь мембрану для запуска индикаторной реакции. Изменение цвета индикаторной композиции происходит исключительно при наличии уреазной активности в биоптате, исключая ложные реакции при наличии желчи, воды в желудке. Оба метода хорошо зарекомендовали себя в рутинной практике. Так, согласно данным Б. Д. Старостина, обследовавшего взрослых пациентов с гастродуоденальной патологией с помощью AMA RUT Expert – 1116 человек (средний возраст 53,7±12,9 года) и с помощью AMA RUT PRO – 101 человек (средний возраст 53,3±11,5 года), чувствительность AMA RUT Expert составила 100%, специфичность – 98,4%, а AMA RUT PRO – 100% и 98% соответственно. ®

Список литературы можно получить по запросу в редакции.

С. В. НАСОНОВА, Л. И. ЦВЕТКОВА, Лаборатория хрономедицины и клинических проблем гастроэнтерологии РАМН, г. Москва

Применение Одестона в лечении хронических заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей

Хронические заболевания желчевыделительной системы занимают одно из центральных мест среди болезней органов пищеварения. В патогенезе этих состояний существенное значение принадлежит нарушениям двигательно-эвакуаторной функции желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров. Это приводит к повышению давления в желчных путях, застою желчи и, как следствие, к развитию инфекции, нарушению соотношений литогенных и литолитических компонентов желчи.

Одестон (гимекромон) обладает спазмолитическим действием, избирательно расслабляет сфинктер Одди, снижает тонус сфинктера Люткенса и желчных протоков, практически не влияет на двигательную активность желчного пузыря. Будучи высокоселективным спазмолитиком, Одестон обладает также желчегонными свойствами. Сочетание желчегонного действия со спазмолитическим обеспечивает близкий к физиологическому дренаж желчевыводящих путей, а достаточное поступление желчи в кишечник способствует улучшению процессов пищеварения и прекращению запоров, часто сопутствующих заболеваниям желчевыделительной системы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 55 больных – 30 женщин и 25 мужчин в возрасте от 30 до 60 лет, которые были разделены на три группы. Первая группа – 20 больных с хроническими воспалительными заболеваниями желчного пузыря, вторая группа – 15 больных с ЖКБ, третья группа – 20 больных с ДЖВП с гипертонусом сфинктера Одди. Одестон применялся перорально перед едой в дозе 400 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней, а затем по 200 мг 3 раза в сутки еще 7 дней. Исчезновение всех клинических симптомов в процессе лечения оценивалось как очень хороший результат, большинства симптомов – как хороший результат.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В первой группе исчезновение всех клинических симптомов заболевания отмечалось у девяти больных, улучшение – у семи, отсутствие эффекта – у четырех. Одестон эффективно и быстро (через 3–5 дней) устранял диспепсический синдром и в течение 7–10 дней купировал болевой синдром. По данным УЗИ отмечалось уменьшение поперечного размера желчного пузыря с 30,1 ± 1,2 до 23,2 ± 3,6 мм, объема желчного пузыря с 55,4 ± 15,3 до 38,6 ± 10,8 см^3. Содержимое пузыря становилось более однородным, уменьшалась толщина стенки, улучшалась ее микроструктура. При гепатобилисцинтиграфии после курса лечения Одестоном наблюдалось более быстрое наполнение желчного пузыря контрастной желчью, сокращалось время попадания желчи в двенадцатиперстную кишку после желчегонного завтрака с 10,1 ± 6,5 до 6,2 ± 2,0 мин.

Во второй группе результаты лечения по данным клинического обследования расценивались как очень хорошие у пяти больных, как хорошие — у семи. У трех пациентов эффекта не наблюдалось. Усиление симптомов заболевания не отмечено ни у одного больного. При ультразвуковом исследовании выявлено уменьшение объема желчного пузыря с 40,6 ± 10,5 до 28,4 ± 6,8 см^3 и его поперечного размера с 34,0 ± 2,3 до 25,6 ± 4,1 мм, исчезновение признаков шеечного холецистита.

В третьей группе положительный эффект был достигнут у всех пациентов. Влияние Одестона на состояние двигательно-эвакуаторной функции желчевыделительной системы у больных этой группы оценивалось по результатам серийной ультразвуковой холецистографии. На фоне лечения Одестоном отмечалось достоверное сокращение времени спазма сфинктера Одди с 18,0 ± 6,0 до 8,0 ± 2,0 мин, нормализовались показатели продолжительности периода сокращения с 72,0 ± 5,0 до 52,0 ± 5,0 мин и эффективности желчевыделения, что свидетельствовало о более координированной деятельности желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что Одестон является эффективным препаратом при лечении хронических заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей, особенно обусловленных нарушением двигательной функции сфинктера Одди, и может быть рекомендован к применению в клинической практике. ®

Т. Л. ПИЛАТ[1], Е. Л. ЛАШИНА[1], М. М. КОЛЯСКИНА[1], Л. М. БЕЗРУКАВНИКОВА[1], В. В. БЕССОНОВ[2], М. М. КОРОСТЕЛЕВА[2], Н. П. ЛАГУТИНА[1], И. В. РАДЫШ[3], В. В. СУРОВЦЕВ[3], Р. А. ХАНФЕРЬЯН[3], [1]ФГБНУ «НИИ медицины труда им. акад. Н. Ф. Измерова», [2]ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», [3]ФГАОУ ВО РУДН, г. Москва

Эффективность «ЛЕОВИТ GASTRO» при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

Патология органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) широко распространена и многообразна. Причины заболеваний ЖКТ многочисленны, вместе с тем H. pylori, колонизирующий слизистую оболочку, – наиболее частая причина воспалительных изменений и обнаруживается у 65–92% взрослого населения РФ.

Помимо медикаментозной терапии, в лечении и профилактике заболеваний ЖКТ рекомендуется соблюдение диеты и применение специализированных продуктов для диетического питания, восполнение недостатка пищевых волокон, коррекция микробиоценоза кишечника, нормализация репаративных, иммунных функций слизистой ЖКТ, регуляция моторной функции ЖКТ, коррекция нарушения пищеварения. При этом рекомендуются компоненты с мягким и широким спектром действия, к которым относятся биологически активные компоненты лекарственных растений, нормализующие аппетит, улучшающие процессы секреции и всасывания, благоприятно влияющие на защитные процессы в слизистой ЖКТ, деятельность нервной и эндокринной систем, регулирующие процессы пищеварения. Ведущее значение при лечении воспалительных заболеваний ЖКТ имеют лекарственные растения, содержащие флавоноиды, полифенолы, дубильные вещества и слизи.

Учитывая положительный опыт использования биологически активных компонентов растительного происхождения в лечении болезней ЖКТ, отечественная компания «ЛЕОВИТ нутрио» выпустила серию «ЛЕОВИТ GASTRO» – специализированные пищевые продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания при болезнях ЖКТ. Составы продуктов разработаны таким образом, чтобы оказывать, в первую очередь, противовоспалительный, антимикробный, спазмолитический, анальгетический эффекты. Учитывая важнейшую роль воспаления при заболеваниях ЖКТ, композиция продуктов «ЛЕОВИТ GASTRO» составлена с введением в них растительных компонентов с клинически доказанными противовоспалительными свойствами.

Цель исследования: анализ клинической эффективности диетотерапии с включением в рацион питания больных с желудочно-кишечными заболеваниями специализированных пищевых продуктов диетического лечебного и диетического профилактического питания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование, проведенное на клинической базе ФГБНУ «НИИ медицины труда им. акад. Н.Ф. Измерова», было включено две группы больных обоего пола с воспалительными заболеваниями ЖКТ: основная группа (56 человек) и группа сравнения (40 пациентов). Больные основной группы принимали специализированные пищевые продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания на протяжении двух месяцев, и клиническое наблюдение осуществлялось на протяжении 180 дней. Оценка динамики показателей общеклинического анализа крови проводилась на автоматическом анализаторе Sysmex XT-2000i, показателей протеинограммы и С-реактивного белка (СРБ) – на анализаторе белковых фракций SAS1, SAS2. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 6.0 фирмы Stat Soft@Ink USA с использованием непараметрических критериев. Величину статистической значимости определяли как $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установлено, что уже после 14 дней после начала приема рациона с включением специализированных продуктов питания наблюдается снижение наиболее быстро реагирующих маркеров воспалительного процесса, таких как СОЭ и СРБ, и на 60-й день исследования эти показатели достоверно снизились на 35% ($p = 0,006$) и 51% ($p = 0,04$), соответственно.

Диетотерапия с применением специализированных продуктов уже через 14 дней приводила к снижению уровней α1- и α2-глобулинов, а также γ-глобулина, а к концу двухмесячного периода уровень α1-глобулина снизился на 40% до референсных значений и составил 2,99 г/л; содержание α2- и γ-глобулинов снизилось с $7,47 \pm 0,8$ до $6,25 \pm 0,26$ г/л и с $15,26 \pm 0,13$ до $13,09 \pm 0,58$ г/л соответственно ($p = 0,005$). При этом достоверно увеличилась концентрация альбумина в крови.

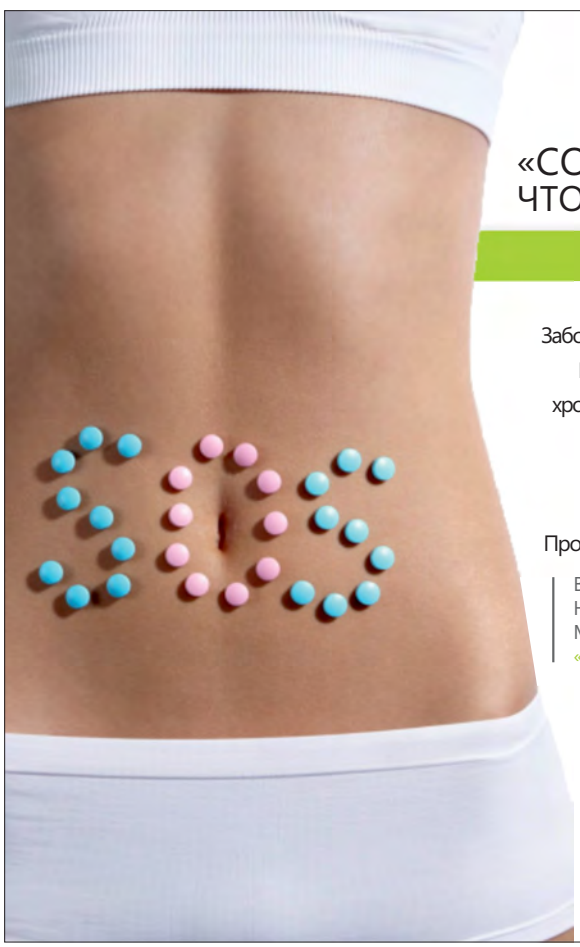
Несмотря на сходство эффектов исследованных продуктов питания, сравнительные клинические исследования показали и определенные преимущественные эффекты. Так:

- Коктейль белково-облепиховый (ЛЕОВИТ GASTRO) оказывает регенерирующее действие, эффективен для эпителизации слизистой, улучшает заживление эрозий и рубцевание язв;
- Суп-пюре овощной с травами и овсянкой (ЛЕОВИТ GASTRO) оказывает противовоспалительное и антимикробное действие, снижает воспалительные реакции;
- Каша овсяная с травами и семенем льна (ЛЕОВИТ GASTRO) оказывает обволакивающее и спазмолитическое действие, уменьшает болевые ощущения, защищает слизистую желудочно-кишечного тракта от раздражения.

ВЫВОДЫ

Клиническое обследование больных показало полную безопасность специализированных пищевых продуктов «ЛЕОВИТ GASTRO» и отсутствие каких-либо нежелательных явлений, в том числе аллергического характера. ®

Список литературы можно получить по запросу в редакции.



XIV МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ ПФО

«СОВРЕМЕННАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ:
ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ?»

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ:

Кислотозависимые заболевания
Заболевания печени и желчевыводящих путей
Панкреатология: современные аспекты диагностики и лечения хронического панкреатита и его осложнений
Заболевания кишечника
Превентивная гастроэнтерология
Все о пре- и пробиотиках
Проблемы питания в современной гастроэнтерологии

2-3 ИЮНЯ 2020
НИЖНИЙ НОВГОРОД, ПР-Т ГАГАРИНА, 27

В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИИ СОСТОИТСЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ЭНДОСКОПИИ»

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

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ И ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПАРТНЕР – КОМПАНИЯ «РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ»

remedium@remedium-nn.ru
8 (831) 411-19-83
remedium-nn.ru

Е. И. БОРОВКОВА, д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Поражения вульвы: дифференцированный подход к диагностике и терапии

Анатомически вульва включает преддверие влагалища, малые и большие половые губы и лобок. Преддверие влагалища ограничено спереди наружной поверхностью девственной плевы и уздечкой клитора, сзади – задней спайкой, по бокам – линией Харта (граница между неороговевающим плоским эпителием преддверия влагалища и ороговевающим эпителием вульвы). Большинство заболеваний вульвы сопровождаются болевыми ощущениями.

Е. И. Боровкова

Острая боль характеризуется внезапностью появления и обычно сопровождается типичными признаками воспаления (покраснение, боль, отек, повышение локально температуры). На фоне лечения отмечается выздоровление в течение трех месяцев от момента воздействия повреждающего фактора. Острая боль обычно усиливается в ночное время.

При хроническом течении боль сохраняется более 3–6 месяцев и зачастую не имеет явной основы. Такое состояние получило название «болезни per se», что переводится как «болезнь как таковая». Для хронической боли, не имеющей структурной причины, характерно ее стихание или исчезновение в ночное время. В таблице 1 обобщены основные причины острой и хронической вульварной боли.

Общими характеристиками острой боли являются наличие очага поражения, продолжительность до трех месяцев, быстрый эффект от лечения и полное излечение после восстановления ткани.

Хроническая боль часто не имеет точных границ и может распространяться (проецироваться) на соседние области, длится более 3–6 месяцев, а после разрешения воспаления или заживления травмы болевые ощущения сохраняются.

Для идентификации причины болевого синдрома необходимо прежде всего исключить:

- инфекции (грибковое поражение, вирус простого герпеса);
- воспаление (склерозирующий лихен, нейродермит);
- неоплазии (болезнь Педжета, плоскоклеточная карцинома);
- неврологию (постгерпетическая невралгия, нейрома, сдавление нервных окончаний);
- травму (эпизиотомия, перинеотомия, тупые ранения);
- ятрогению (послеоперационные осложнения, химиотерапия, радиотерапия);
- дефицит гормонов (генитоуринарный синдром).

При отсутствии явных причин боли ставится диагноз вульводинии.

Вульводиния – это болевые ощущения в вульве, не связанные с какими-либо макроскопическими изменениями. В основе формирования болевых ощущений лежит гиперактивность тучных клеток. Образующиеся этими клетками ферменты (триптаза и гепариназа), проникая в подслизистый слой эпителия, индуцируют стимулы в центральной нервной системе (ЦНС), и пациентка ощущает «жжение» и «горение». Данные ощущения усиливаются при проведении быстрого теста с ватным тампоном (Q-test). В связи с тем, что патогенез болевых ощущений при вульводинии не связан с избытком провоспалительных цитокинов, применение нестероидных противовоспалительных средств неэффективно.

В ситуациях, когда вульводиния усиливается в предменструальный период, уменьшение количества менструаций в году (за счет назначения КОК или ВМС с левоноргестрелом) может быть эффективным. Однако необходимо учитывать, что на фоне низкодозированных оральных контрацептивов (этинилэстрадиол 20 мкг) вульводиния и диспареуния могут усиливаться в связи с локальным дефицитом эстрогенов и сухостью слизистых. В ряде случаев диспареуния впервые манифестирует на фоне применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК) и бывает связана со снижением эндогенной продукции тестостерона (в яичниках), изменением микробиоценоза влагалища (с преобладанием условно-патогенных бактерий) и повышением активности грибковой флоры.

Для постановки диагноза необходимо тщательно собрать анамнез заболевания. В таблице 2 представлены основные моменты, требующие уточнения.

С терапевтической целью могут быть рекомендованы следующие манипуляции:

1. Два раза в день сидячие ванночки с теплой водой.
2. При ощущении жжения в области вульвы – холодная грелка или измельченный лед в ткани – кратковременные компрессы.
3. При половой жизни – использование любрикантов (монтавит гель).
4. Не ездить на велосипеде и верхом на лошади.
5. Использовать хлопчатобумажное нижнее белье.
6. Исключить из диеты продукты, увеличивающие кислотность мочи и концентрацию оксалатов в ней (томаты, алкоголь, цитрусовые, шоколад, кофеин, сладости, специи).
7. Применение комбинированных оральных контрацептивов (для женщин репродуктивного возраста), локальных эстрогенов (эстрадиол крем 0,1% 1 раз в сутки 4 недели) или тестостерона (2% крем тестостерона пропионата) для пациенток менопаузального возраста.

8. Применение биологической добавки DHEA 10–25 мг в сутки в периоде менопаузального перехода и постменопаузе.

9. Альфа-липоевая кислота 600 мг/сутки и пальмитоилэтаноламид (PEA, подавляет активность тучных клеток) 400 мг/сутки длительно купируют нейровоспалительные процессы.

10. При диспареунии может использоваться 2% лидокаин крем (гель, спрей) за 10–15 минут до полового акта.

11. Фармакотерапия: габапентен перорально (антикольвунсант, при центральном генезе вульводинии) 300–3600 мг или 2–4–6% крем местно.

12. Прегабалин (используется для купирования постгерпетической боли) 50 мг внутрь на ночь 3 дня, далее по 50 мг 2 раза в сутки 3 дня, далее 50 мг 3 раза в сутки.

13. Венлафаксин (трициклический антидепрессант) 37,5 мг 2 раза в сутки с увеличением дозы на 37,5 мг каждые 4 дня до максимальной дозы 375 мг/сутки.

14. Амитриптилин (трициклический антидепрессант) по 1 (2 мг) капле в сутки на ночь или по 1/5 таблетки (1 таблетка 10 мг) в сутки, увеличивать дозу на 5 мг каждые 3–7 дней до 30–60 мг в сутки.

Назначение КОК при вульводинии должно проводиться с осторожностью, так как ряд из них может усиливать выраженность болевых ощущений. На фоне естественного цикла вульводиния обычно усиливается в секреторную фазу цикла. Это связано с воздействием прогестерона на слизистые оболочки и задержкой жидкости в тканях. Применение КОК с сильными гестагенами может приводить к усилению болей.

Поражения вульвы красного цвета

При выявлении окрашенных в красный цвет образований дифференциальный поиск проводится между грибковой инфекцией и дерматитами (таблица 3).

Кандидозный вульвовагинит. Заболевание клинически многообразно и характеризуется появлением ярко-красных, иногда эрозированных пятен и бляшек, локализованных на различных участках вульвы. В тяжелых случаях может быть задействована перианальная зона и верхняя треть внутренней поверхности бедра. Иногда поверх пятен формируются небольшие (1–2 мм) пустулы, а по периферии – красные, желтые или белые папулы или пустулы. Пустулы легко вскрываются, оставляя небольшие эрозии с шелушением. При вовлечении в воспалительный процесс складок кожи и слизистых могут появляться линейные трещины. Диагностика заболевания основывается на характерной клинической картине и положительном результате теста с гидроксидом калия (КОН) на мицелий и споры грибка. В настоящее время выделяют неосложненный и осложненный рецидивирующий характер течения кандидозной инфекции.

Для неосложненного кандидозного вульвовагинита характерны:

- единичные, нечастые эпизоды (≤3 эпизодов в год);
- легкое течение;
- инфицирование Candida albicans;
- заболевание соматически здоровых и небеременных женщин.

В таблице 4 представлены варианты местной и системной терапии при неосложненном течении болезни.

При частоте рецидивов кандидозной инфекции более четырех раз в год и

ТАБЛИЦА 1 **Боль в области вульвы: ключевые моменты**

Острая боль вульвы	
По локализации	- в преддверии влагалища (вестибулярная) - в области клитора (клиторальная) - другие области (бартолинит, половые губы) - весь орган (вульварная боль)
По причине	- травма (механическая, порез, ожог) - инфекция (грибковая, вирусная, бактериальная, паразитарная)
Ятрогенное повреждение	- химическое (локальное лечение иммуномодуляторами, химиотерапия) - физическое (лазер, диатермокоагуляция, радиотерапия) - хирургическое (эпизиотомия, перинеотомия, косметические реконструктивные процедуры)
Хроническая боль вульвы	
По локализации	- преддверие влагалища (вестибулодиния) - область клитора (клитородиния) - без четкой локализации (вульводиния) - локализованная - генерализованная
По причине	- спровоцированная боль - спонтанная боль - воспалительная (чаще аутоиммунное поражение) - нейропатическая

ТАБЛИЦА 2 **Анамнез вульводинии**

Демографические данные	Возраст, образ жизни (сидячий, активный), занятия спортом (велосипед, конный спорт, бег)
Длительность	Недели, месяцы, годы
Хронология вульводинии	Начало, провокаторы, выраженность в настоящее время
Область боли	Локализована или генерализована
Описание вульводинии	Горение, жжение, раздражение. Спонтанная или спровоцированная. Постоянная или временная
Выраженность	От 0 до 10 баллов
Факторы, ухудшающие или облегчающие	Менструальный цикл, сидячее положение, использование тампона, половой акт
Проведенное ранее лечение	Все использованные препараты, кремы, с указанием эффективности
Половая активность	Частота, использование любрикантов, болезненность
Контрацепция	Метод, возраст начала, препарат
Диспареуния	Время появления, были ли безболезненные половые акты и когда, когда появляется боль
Акушерско-гинекол. анамнез	Аборты, роды, перинео- и эпизиотомия, послеродовые осложнения и послеродовая депрессия
Менструальная функция	Дата последней менструации, продолжительность, обильность, болезненность, характер вульводинии во время менструации и при использовании тампонов/прокладок
Травмы	Травмы вульвы, влагалища, промежности, позвоночника
Семейный анамнез	Заболевания кожи, аутоиммунные заболевания, заболевания органов ЖКТ, атопический дерматит, вульводиния
Сопутствующие состояния	Мигрень, эндометриоз, синдром раздраженного кишечника, запоры, цистит, фибромиалгия, тазовая боль, депрессия, стресс

ТАБЛИЦА 3 Образования красного цвета

Частые причины	Редкие причины	Крайне редкие причины
Кандидоз	Аллергический контактный дерматит	Плазмоклеточный вульвит
Атопический дерматит (экзема)	Красный плоский лишай	Болезнь Педжета внемаммарная
Лихен простой хронический (лишай)	Экзема (эпидермофития) паховой области	Наследственный буллезный дискератоз (болезнь Хейли-Хейли, доброкачественная пузырчатка)
Контактный дерматит	Стрептококковая инфекция	Отрубевидный лишай
Псориаз	Болезнь Боуэна	Розовый лишай

ТАБЛИЦА 4 Терапия неосложненного кандидозного вульвовагинита

Интравагинальные препараты	
Ломексин (фентиконазол)	600 мг 2 капсулы с интервалом в три дня
Ломексин (фентиконазол)	2% крем, 5 г 1–2 раза в день 7 дней, курс можно повторить через 10 дней
Бутаконазол	2% крем 5 г 3 дня
Натамицин	Свечи или крем 6 дней
Клотримазол	1–2% крем 3–5 г 7 дней
Миконазол	2–4% крем 4 г в сутки 5–7 дней
Нистатин (Тержинан)	1 табл. (100 000) 14 дней (Тержинан 10 дней)
Терконазол	0,4% крем 5 г 7 дней
Перорально	
Флуконазол Итраконазол	150 мг однократно или каждые 72 часа 3 дозы 200 мг однократно или по 1 таблетке в сутки 3 дня

ТАБЛИЦА 5 Заболевания вульвы с образованием эрозий

Частые причины	Редкие причины	Крайне редкие причины
Расчесы, трещины	Аллергический контактный дерматит	Наследственный буллезный дискератоз
Лихен простой хронический. Эрозивный лихен	Посткоитальные трещины	Болезнь Педжета внемаммарная
Генитальный герпес	Синдром Стивенса-Джонсона	Токсический эпидермальный некролиз
Кандидоз Контактный дерматит	Пемфигоид	–
Импетиго	Плазмоклеточный вульвит	–

ТАБЛИЦА 6 Причины отека вульвы

Частые причины	Редкие причины	Крайне редкие причины
Отек послеоперационный и послерадиационный	Постинфекционный отек	Острый аллергический отек
Гидраденит	Абсцесс бартолиновой железы	Лимфогенный отек
Болезнь Крона	Аллергический отек	Синдром Мелькерссона - Розенталя (рецидивирующий неврит лицевого нерва, отек лица и складчатый язык)
Беременность Отек на фоне инфекции	Травма	

ТАБЛИЦА 7 Причины появления белых пятен на коже вульвы

Частые причины	Редкие причины	Крайне редкие причины
Витилиго	Неоплазия вульвы	Наследственный буллезный дискератоз
Лихен простой, склерозирующий	Плоскоклеточная карцинома	Бородавчатая карцинома
Кандидоз Бородавки		Белый невус

развитии заболевания у пациенток с сахарным диабетом, ожирением или на фоне беременности ставится диагноз осложненного кандидозного вульвовагинита и лечебная тактика определяется с учетом типа возбудителя. Терапия рецидивирующего вульвовагинита проводится и системно, и местно, а длительность лечения определяется частотой рецидивов и эффективностью проводимого лечения. Дополнительное обследование должно включать исключение ВИЧ-инфекции, железодефицитной анемии и сахарного диабета.

Атопический дерматит (экзема) – это хроническое экзематозное воспаление неясной этиологии. Он характеризуется появлением красных образований с плохо очерченными краями, экскорифицированных или лихенизированных бляшек, преимущественно расположенных на наружной поверхности малых половых губ. Преобладающим симптомом является сильный зуд, приводящий к расчесам и царапинам, которые еще больше усиливают дискомфорт и вызывают болевые ощущения. Диагноз атопического дерматита основывается на клинических признаках, данных мазка-отпечатка или биопсии с идентификацией аллергена или исключением дерматоза. Примерно у 70% пациентов сопутствующим заболеванием является сезонная лихорадка или бронхиальная астма. При остро возникшем зуде необходимо дифференцировать заболевание с контактным аллергическим дерматитом, а при его длительности более двух недель – с псориазом.

Лечебные мероприятия носят симптоматический характер и включают:

1. Увлажняющие кремы после душа (Keri, Nutraderm, Nutraplus), гипоаллергенное мыло (Dove, Keri, Lowella).
2. Бетаметазон 0,1% (Валисон) 2–3 раза в день 2 недели, с постепенной отменой или переходом на более слабый триамцинолон 0,1% (Кеналог).
3. При тяжелом течении – 0,1% мазь такролимуса (Протопик).
4. Для быстрого купирования зуда – Преднизолон 20–40 мг в сутки 7–10 дней или антигистаминные средства.

Лихен хронический (нейродермит) – это хроническое экзематозное воспаление, сопровождающееся расчесами и трещинами с утолщением кожи. Характеризуется акантозом эпителия и воспалительной инфильтрацией поверхностного слоя дермы. Клинические проявления очень схожи с атопическим дерматитом, за исключением того, что бляшки могут быть более красными или красно-коричневыми. Под воздействием влаги утолщенный красный эпидермис белеет. Диагностика заболевания основана на клинических признаках, биопсия проводится редко. Гистологически характерен акантоз эпителия и воспалительная инфильтрация поверхностного слоя дермы.

Терапия носит симптоматический характер и включает:

1. Мази с кортикостероидами слабого действия: триамцинолон 0,1% (Кеналог), средне-сильного бетаметазон 0,1% (Валисон) 2–3 раза в день 2 недели, с постепенной отменой или переходом на триамцинолон 0,1%.
2. Кортикостероид сильного действия мазь клобетазол (Дермовейт) 2 раза в день до улучшения, с переходом на Кеналог.

3. В тяжелых случаях – инъекция триамцинолона (Кеналога-10) в очаг нейродермита.

4. Пимекролимус (Элидел) – 1% крем 2 раза в сутки длительно.

Аллергический контактный дерматит. Большинство аллергических контактных дерматитов вульвы развиваются после использования лекарств или косметических средств. Клинически он проявляется красными, шелушащимися пятнами и бляшками с четкими границами, сходными с таковыми при атопическом дерматите. Возможно образование большого количества мелких пузырьков и булл. Воспаление, которое локально присутствует при аллергическом контактном дерматите, может вызывать эритему и отек вульвы.

Клинические симптомы неспецифичны и проявляются умеренным зудом, чувством жара в пораженной области и появлением царапин. Комбинация таких признаков, как эритема, образование чешуек, эрозии, корки, и данные об использовании местных препаратов позволяют поставить диагноз. Подтверждением его правильности является исчезновение всех клинических проявлений в течение десяти дней после прекращения воздействия провоцирующих факторов.

Неаллергический контактный дерматит. Самой распространенной причиной этого заболевания является чрезмерная гигиена. В результате сухости формируются микротрещины. Недержание мочи и использование прокладок являются самостоятельной причиной дерматита, а местное наложение имиквимода или фторурацила приводит к образованию эрозии, красных пятен и бляшек. Применение жидкого азота (для генитальных бородавок), кантаридина (для контагиозного моллюска) или би- или трихлоруксусной кислоты (для генитальных бородавок) почти всегда приводит к появлению волдырей, которые лопаются, оставляя круговые эрозии и даже язвы, с приподнятой тканью по периферии.

Клинически обнаруживаются красные пятна и бляшки, похожие на другие экзематозные заболевания. Отличительной чертой является выраженная эритема и ее коричнево-красный цвет. Сильный зуд и появление царапин менее характерны. Диагностика неаллергического контактного дерматита основана на данных о чрезмерной гигиене, избытке влаги в зоне поражения, применении химических веществ (неразбавленный отбеливатель, сильные детергенты, спирт) или каустических препаратов (подофиллин, фторурацил, имиквимод, би- или трихлоруксусная кислота).

Терапия симптоматическая и включает устранение провоцирующих факторов, использование увлажняющих кремов после душа (Keri, Nutraderm, Nutraplus), гипоаллергенного мыла (Dove, Keri, Lowella), триамцинолона 0,1% (Кеналог) 2–3 раза в день 2 недели и антигистаминных средств.

Красный плоский лишай – это хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, реже поражающее ногти и волосы, типичными элементами которого являются лихеноидные папулы. Причина возникновения заболевания неизвестна, оно отнесено к аутоиммунным процессам, при которых экспрессия не идентифицированного до настоящего времени антигена кератиноцитами базального слоя приводит к активации и миграции в кожу Т-лимфоцитов с формированием иммунного ответа и воспалительной реакции.

Красный плоский лишай может поражать различные области, но преимущественно локализован в аногенитальной. Наиболее распространенным является эрозивный лишай, реже заболевание проявляется в виде резко очерченных папул с плоским верхом и/или бляшек красного или желтого цвета. При поражении вульвы очаги чаще локализованы на коже больших половых губ, слизистые в патологический процесс не вовлекаются. Очень характерны экстрагенитальные очаги красного плоского лишая в виде кружевной сети тонких (<1 мм) белых или серых линий, которые обнаруживаются на щечных поверхностях рта.

Терапия симптоматическая и включает 0,1% мазь бетаметазона 2 раза в сутки или 0,05% мазь клобетазона 2 раза в сутки, свечи с 25 мг гидрокортизона во влагалище ежедневно, 0,1% крем бетаметазона 2 недели, такролимус 0,03–0,1% мазь. Системная терапия – преднизолон 40–60 мг внутрь 1 раз в сутки (длительность определяется эффектом), метотрексат 5–10 мг в неделю и циклоспорин 4–5 мг\кг\сутки 3–4 месяца.

Плазмоклеточный вульвит – это хроническое воспаление преддверия влагалища и малых половых губ, для

которого характерна гиперемия и «бархатистость» поверхности. Причина заболевания не установлена. Клинически оно проявляется болью и зудом, локализованными в преддверии влагалища и связанными с появлением красноватых бляшек, легко травмируемых с формированием длительно незаживающих эрозий. Диагноз устанавливается только на основании гистологического исследования при наличии в материале инфильтрации плазматическими клетками. Терапия симптоматическая и основана на применении кортикостероидных мазей (0,1% мазь бетаметазона), поверхностной лазерной деструкции эпителия и гиалуроновой кислоты.

Эрозивные поражения вульвы

В таблице 5 представлены заболевания, проявляющиеся образованием эрозий.

Генитальный герпес. Первичный эпизод заболевания начинается с появления везикул и эрозий, обычно сопровождаясь общим недомоганием, лихорадкой и дизурией (рисунок). При рецидивах генитального герпеса образуется от 5 до 15 маленьких (от 1 до 5 мм) пузырьков, содержащих прозрачную или слегка желтоватую жидкость. Они бывают сгруппированы на площади 2–5 см. Везикулы быстро вскрываются, образуя неглубокие, хорошо очерченные круглые эрозии на коже и слизистых вульвы.

В случае первичного эпизода генитального герпеса длительность терапии должна составлять 7–10 дней. Могут быть назначены:

– Ацикловир 200 мг внутрь 5 раз или 400 мг внутрь 3 раза в день 7–10 дней;
– Валацикловир 500 мг внутрь 2 раза в день 7–10 дней;
– Фамцикловир 250 мг внутрь 3 раза в день 7–10 дней.

При рецидиве генитального герпеса длительность терапии составляет пять дней:

– Ацикловир 200 мг внутрь 5 раз или 400 мг внутрь 3 раза в день 5 дней;
– Валацикловир 500 мг внутрь 2 раза в день 5 дней или 1,0 г внутрь 2 раза в день 1 день;
– Фамцикловир 150 мг внутрь 2 раза в день 5 дней или 1,0 г 2 раза в сутки внутрь 1 день.

Короткий курс лечения проводится для профилактики рецидивов, когда есть информация о взаимосвязи между событиями:

– Ацикловир 800 мг внутрь 3 раза в день 2 дня;
– Фамцикловир 1,0 г внутрь 2 раза в день 1 день;
– Валацикловир 500 мг 2 раза в день внутрь 3 дня.

Супрессивная терапия – показана пациенткам с частотой рецидивов более шести в год. Длительность лечения определяется индивидуально:

– Ацикловир 400 мг внутрь 2 раза в день;
– Валацикловир 500 мг внутрь 1 раз в день;
– Фамцикловир 250 мг внутрь 2 раза в день.

Во время беременности возможно применение Ацикловира, он безопасен уже с первого триместра:

- Ацикловир 200 мг внутрь 5 раз в день 7–10 дней;
- Ацикловир 400 мг внутрь 3 раза в день 7–10 дней.

Дифференциальная диагностика отека вульвы

В таблице 6 представлены заболевания, проявляющиеся отеком вульвы.

Дифференциальная диагностика белых пятен и образований вульвы белого цвета

В таблице 7 представлены заболевания, проявляющиеся появлением белых пятен.

Склерозирующий лихен. Это хроническое воспалительное заболевание кожи с истончением эпидермиса (папиросная бумага) и изменениями дермы. Этиология неизвестна. Предрасполагающими факторами являются аутоиммунные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз), витилиго, травмы, инфекции (ВПЧ, бактериальный вагиноз) и гипоэстрогения. Клинически проявляется выраженным зудом, болью, диспареунией, болью при дефекации, изъязвлениями, появлением симметричных участков депигментации и истончения.

Первыми проявлениями склероатрофического лихена являются белые пятна, которые трудно дифференцировать от витилиго и поствоспалительной гипопигментации. Однако при внимательном осмотре на пораженных участках визуализируются заломы (сморщивание по типу «папиросной бумаги»). Эти ранние очаги наиболее заметны на половых губах и ткани промежности, создавая форму восьмерки. Заболевание может быть односторонним или двусторонним симметричным. В ряде случаев основными проявлениями болезни являются лихенификация и гиперкератоз.

По мере прогрессирования заболевания пораженные ткани становятся более утолщенными и белыми. Постепенно нарушается анатомия малых половых губ, они могут полностью сгладиться и срастить над клитором. Утолщение клитора часто приводит к частичному или полному его защемлению.

Диагноз склероатрофического лихена ставится клинически, но всегда необходимо проводить биопсию для исключения плоскоклеточной карциномы.

Терапия носит симптоматический характер.

1. Кортикостероид сильного действия мазь/крем клобетазола пропионат (Дермовейт) 0,05% до 12 недель (4 недели – на ночь; 4 недели – на ночь через день; 4 недели – 2 раза в неделю).
2. Мометазона фуроат 0,1% крем (1 раз в сутки 5 дней в неделю 4 недели, далее через день 4 недели, далее 2 раза в неделю 4 недели) и бетаметазон 0,1% мазь (Валисон) 2 раза в день 2–3 недели, с постепенной отменой или переходом на более слабый триамцинолон 0,1% (Кеналог).
3. Пимекролимус (Элидел) – 1% крем (селективный ингибитор цитокинов тучных клеток) 2 раза в сутки длительно.
4. Эстрогены местно длительно; тестостерон крем (2% крем тестостерона пропионата) в течение трех месяцев.
5. Биологическая добавка DHEA 10–25 мг в сутки длительно (для женщин в периоде менопаузального перехода и в постменопаузе).
6. Фотодинамическая терапия.
7. Лазеровапоризация.
8. Гиалуроновая кислота (цикатридин, инъекции), вагинальные дилататоры.

Министерство здравоохранения Нижегородской области
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» МЗ РФ
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ
ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Общество акушеров-гинекологов ПФО
Нижегородское общество акушеров-гинекологов

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ СРЕДНЕВОЛЖСКОГО НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО КЛАСТЕРА ПФО

НИЖЕГОРОДСКИЕ ЧТЕНИЯ

13 МАЯ
Н. НОВГОРОД 2020
Конгресс-центр «Ока»

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ НАУЧНОЙ ПРОГРАММЫ:
- Доброкачественные и злокачественные заболевания яичников, молочной железы
- Доброкачественные и злокачественные заболевания эндометрия и шейки матки
- Миома матки. Эндометриоз: методы диагностики, лечения и профилактики
- Реконструктивно-пластическая хирургия опущений и выпадений внутренних половых органов
- Подготовка эндометрия к беременности при различных гинекологических заболеваниях
- Современные протоколы ЭКО при различных гинекологических заболеваниях
- Профилактика и лечение гиперстимуляции яичников
- Привычное невынашивание беременности
- ВИЧ-инфицированная беременная
- Особенности течения беременности при сахарном диабете
- Железодефицитная анемия
- Беременность после ЭКО
- Сердечно-сосудистая патология и беременность
- Заболевания щитовидной железы и беременность
- Варикозная болезнь и беременность

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ И ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПАРТНЕР КОМПАНИЯ «РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ»
8 (831) 411-19-83
remedium@remedium-nn.ru
remedium-nn.ru
ЭЛЕКТРОННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ УЧАСТНИКОВ
remedium-nn.ru

Е. И. ЕФИМОВ, В. И. ЕРШОВ, С. А. САРСКОВ, ФБУН «Нижегородский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. акад. И. Н. Блохиной» Роспотребнадзора

Анализ инфекционной заболеваемости в Приволжском федеральном округе за 2019 год

Анализ инфекционной заболеваемости в ПФО выполняется ФБУН «ННИИЭМ им. акад. И. Н. Блохиной» Роспотребнадзора на регулярной основе с начала 2000-х годов. С 2016 года используются возможности аналитического раздела ГИС «Эпидемиологический атлас ПФО». Новая версия атласа и баз данных применяет расширенный аналитический функционал для изучения особенностей эпидемического процесса включенных в структуру атласа нозологических форм инфекционных и паразитарных заболеваний, а также элементов прогнозирования характера развития эпидемического процесса заболевания, выбранного для изучения.

проф. Е. И. Ефимов

В 2019 году наиболее значимыми патологиями ПФО традиционно оставались острые инфекции верхних дыхательных путей (ОИ ВДП) (6 365 804 случая) и грипп (8723 случая), которые суммарно составили 88,3% в общей структуре инфекционной заболеваемости. По ряду нозологических форм инфекций продолжалось устойчивое снижение заболеваемости.

По округу в 2019 г. не зарегистрировано случаев **дифтерии и носительства** токсигенного штамма, отмечено 156 случаев заболевания **корью** (при сохраняющейся угрозе заноса инфекции из неблагополучных стран) и 12 случаев заболевания **краснухой** (восемь из них – в Оренбургской области).

Отмечено повышение заболеваемости **коклюшем** в целом по округу в 2,93 раза (10,92⁰/₀₀₀₀).

На шести из 14 территорий округа определено повышение уровня заболеваемости **инфекционным мононуклеозом.** Превышение над окружным показателем (21,85⁰/₀₀₀₀) зафиксировано: с максимальным показателем – 67,22⁰/₀₀₀₀ – в Пензенской области; минимальный уровень (как и в предыдущий год) отмечен в Оренбургской области – 4,12⁰/₀₀₀₀.

Заболеваемость **эпидемическим паротитом** в округе снизилась в 4,35 раза, показатель заболеваемости достиг 0,068⁰/₀₀₀₀ (0,29⁰/₀₀₀₀ – 2018 г.). Показатель заболеваемости выше окружного в 3,4 раза отмечен в Пермском крае, на уровне окружного – в Удмуртской Республике.

В 2019 г. наблюдалась умеренная тенденция к повышению заболеваемости **менингококковой инфекцией.** Показатель заболеваемости составил 0,524⁰/₀₀₀₀ против 0,585⁰/₀₀₀₀ в 2018 г. (-1,12 раз). Максимальный показатель зарегистрирован в Пензенской области (1,394⁰/₀₀₀₀), минимальный – в Кировской и Оренбургской областях (по 0,306⁰/₀₀₀₀).

Заболеваемость **ветряной оспой** в 2019 г. по сравнению с 2018 г. повысилась незначительно (в 1,08 раз), составив 619,588⁰/₀₀₀₀ и 574,495⁰/₀₀₀₀ соответственно. Из 14 субъектов округа в шести показатель заболеваемости ветряной оспой превышал окружной: в интервале от 622,4⁰/₀₀₀₀ в Кировской области до 945,889⁰/₀₀₀₀ в Нижегородской области.

Показатель заболеваемости **ОИ ВДП** за анализируемый период составил 21535,46⁰/₀₀₀₀, что в 1,02 раза ниже показателя ПФО 2018 года.

Зарегистрированный уровень заболеваемости **гриппом** за 2019 г. снизился в 1,16 раза. Показатель составил 29,51⁰/₀₀₀₀. В семи регионах (республиках Мордовия, Марий Эл, Чувашская и Удмуртская, Оренбургской, Самарской и Пензенской областях) уровень заболеваемости отмечался выше окружного в 1,02–2,65 раза.

Заболеваемость **сальмонеллезом** в 2019 году на 8,8% выше уровня предшествующего года. Зарегистрировано 7854 случая заболеваний людей данной нозологической формой (26,57⁰/₀₀₀₀). В восьми регионах округа показатели заболеваемости сальмонеллезом незначительно превысили окружной (в 1,02–2,0 раза). Доля сальмонелл группы Д в этиологии возбудителей сальмонеллезов человека составила 84,1%.

В 2019 году показатель заболеваемости бактериальной **дизентерией** снизился к уровню 2018 г. (2,057⁰/₀₀₀₀) на 23,1%. В четырех регионах округа (Оренбургской, Пензенской и Нижегородской областях, Республике Татарстан) заболеваемость дизентерией регистрировалась выше окружной (в 1,1–3,07 раза).

В 2019 г. доля **бактериологически подтвержденной дизентерии** повысилась к уровню предыдущего года (73,7% и 69,5% соответственно).

Уровень заболеваемости **дизентерией Зонне** в отчетном году снизился в 1,3 раза (0,74⁰/₀₀₀₀ против 0,77⁰/₀₀₀₀ в 2018 году). Доля дизентерии Зонне в общей структуре шигеллезов с бактериологическим подтверждением составила 32,5%. В четырех регионах округа показатели заболеваемости дизентерией Зонне превысили окружной: в Республике Татарстан, в Нижегородской, Оренбургской, Пензенской областях. Доля **дизентерии Флекснера** составила 68,0% (0,74⁰/₀₀₀₀), что выше уровня 2018 года на 11,0%. Выше окружного показателя установлены уровни заболеваемости в Нижегородской, Оренбургской, Пензенской, Самарской, Саратовской и Ульяновской областях.

Показатель заболеваемости **ОКИ установленной этиологии (ОКИ УЭ)** снизился на 6,0% и составил по округу 149,9‰ (159,25‰ – 2018 г.) В семи регионах округа показатели заболеваемости превысили окружной (республики Удмуртская, Марий Эл, Чувашская, Пермский край, Нижегородская, Оренбургская и Пензенская области). Наиболее расшифрованной инфекцией продолжает оставаться **ротавирусная** (окружной показатель составил 63,03‰, что на 12,2% ниже показателя предыдущего года – 70,74‰). На половине территорий округа этот показатель превышен в 1,1–1,8 раза. Наибольшая заболеваемость зарегистрирована в Чувашской Республике (113,4‰), самая низкая – 24,26‰ – в Самарской области.

По представленным из субъектов округа данным, уровень заболеваемости **энтеровирусными инфекциями** в ПФО (8,99‰) увеличился почти в 1,25 раза, по сравнению с 2018 г. (7,19‰). На шести территориях показатели превысили окружной в 1,1–2,16 раза (республики Удмуртская, Марий Эл, Нижегородская, Кировская и Пензенская области, Пермский край).

В 2019 году в ПФО зарегистрировано 87 случаев **вялых параличей**. Показатель выше уровня предыдущего года на 31,8% (0,22‰).

Случаев **острого полиомиелита** в ПФО и в РФ за 2019 год не зарегистрировано.

Заболеваемость **ОКИ неустановленной этиологии (ОКИ НЭ)** в округе снизилась в сравнении с уровнем прошлого года на 4,6% (279,4‰ и 285,7‰ соответственно).

За 2019 г. в округе зарегистрировано 972 случая **гепатита А (ГА)** – 3,28‰, что выше уровня предыдущего года в 1,07 раза. Доля ГА в структуре острых вирусных гепатитов (ОВГ) в ПФО составила в 2019 г. 68,6% (61,7% в 2018 г.). Превышение окружного показателя заболеваемости ГА отмечено в четырех регионах: Мордовской Республике – 3,83‰, Нижегородской – 4,34‰ и Пензенской областях – 8,91‰, Пермском крае – 5,01‰. На остальных территориях округа заболеваемость ГА не превысила окружную.

В 2019 году в субъектах ПФО зарегистрировано 42 случая (0,14‰) **гепатита Е**, что остается на уровне 2018 года.

За отчетный период зарегистрировано 133 случая **гепатита В (ГВ)**, или 0,45‰, что ниже уровня 2018 г. на 21,8 %. Удельный вес ГВ в структуре ОВГ составил 9,4%.

В 2019 г. зарегистрировано по округу 254 случая **гепатита С (ГС)**, или 0,86‰, что несколько ниже уровня показателей округа 2018 года на 31,1% (1,13‰). Доля ГС в структуре ОВГ в 2019 году составила 17,9%.

Уровень **носительства HbsAg** по округу снизился на 25,1% в сравнении с 2018 г. Показатель носительства HbsAg составил 6,77‰ против 8,47‰ в 2018 г. Наибольшие показатели носительства HbsAg зарегистрированы в республиках Татарстан – 26,14‰ и Башкортостан – 9,91‰. Низкие уровни заболеваемости ОГВ и уровня носительства HbsAg, очевидно, основаны на успешном проведении иммунопрофилактики против ГВ.

Заболеваемость **хроническими вирусными гепатитами (ХВГ)** по округу в отчетном году к уровню 2018 года снизилась на 14,9%. Доля ХГВ в структуре заболеваемости ХВГ в 2019 г. составила 20,0% (как в 2018 году), доля ХГС – 79,8% (против 79,6% в 2018 г.). Доля ХГС превалирует над ХГВ, как и в предыдущие годы.

Заболеваемость **впервые установленным туберкулезом** по округу имеет в последние годы слабовыраженную тенденцию к снижению. В отчетном году показатель составил 32,45‰ (снижение в сравнении с 2018 г. на 39,2%). Доля случаев туберкулеза органов дыхания составила 96,8% (в 2018 г. 97,2%).

Заболеваемость **бациллярными формами туберкулеза** снизилась в отчетном году на 19,0%. Показатель заболеваемости составил 16,21‰ (21,81‰ в 2018 г.). Доля бациллярных форм туберкулеза составила 49,9% (55,4% – в 2018 году).

На восьми территориях округа показатель заболеваемости туберкулезом зарегистрирован на уровне окружного (и выше), на пяти территориях – ниже. Максимальный уровень – в Оренбургской области (49,09‰).

В 1,03 раза (603,0‰) в 2019 году увеличилась регистрация **внебольничных пневмоний,** при этом в пяти субъектах отмечен рост заболеваемости в сравнении с 2018 годом. Минимальный уровень (377,2‰) зарегистрирован в Пензенской области, максимальный (1700,0‰) – в Кировской области.

Заболеваемость **сифилисом** в округе за 2019 г. снизилась на 20,0% в сравнении с 2018 г. Всего зарегистрировано 3113 случаев сифилиса, или 10,57‰ (12,64‰ – 2018 г.). Показатель заболеваемости **гонореей** в округе составил 6,34‰ против 7,59‰ в 2018 г. (снижение на 19,3%).

В 2019 г. в субъектах Приволжского федерального округа, по данным территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ округа, выявлено 11 740 новых случаев **ВИЧ-инфекции** (снижение на 9,5%).

ПФО традиционно лидирует в стране по регистрации заболеваемости **природно-очаговыми инфекциями.** В 2019 г. заболеваемость **геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС)** в сравнении с уровнем предыдущего года увеличилась в 2,6 раза. Зарегистрировано 12 020 случаев ГЛПС, или 40,66‰ (15,65‰ – 2018 г.). Показатели заболеваемости ГЛПС значительно выше окружных в Удмуртской республике (71,97‰), Саратовской (113,05‰) и Пензенской (66,69‰) областях. Стабильно заболеваемость ГЛПС в этих регионах обусловлена вспышечной заболеваемостью.

В 2019 году из группы вирусных лихорадок в ПФО зарегистрирована заболеваемость **лихорадкой Денге** (49 случаев, или 0,166‰) и **лихорадкой Западного Нила** (четыре случая, или 0,014‰).

Отмечаем устойчивую многолетнюю (с 2000 г.) тенденцию к снижению заболеваемости **клещевым энцефалитом.** В 2019 и 2018 годах зарегистрировано 292 случая (0,98‰) и 356 случаев (1,204‰) соответственно (снижение на 21,9%). Высокие показатели заболеваемости в 2019 году отмечены в Кировской области – 8,48‰, Пермском крае – 5,05‰, Удмуртской Республике – 3,50‰. В остальных регионах заболеваемости не отмечено (республики Чувашская и Марий Эл, Пензенская и Ульяновская области) или она была значительно ниже.

Показатель заболеваемости **клещевым боррелиозом (болезнь Лайма)** в сравнении с 2018 годом повысился в 1,19 раза (с 3,17 до 3,79‰). Наиболее высокие уровни заболеваемости клещевым боррелиозом отмечены в Удмуртской Республике, Пермском крае, Кировской, Пензенской и Нижегородской областях, где они в 1,06–5,04 раза превысили окружной показатель 2019 года.

«Новых инфекций», в передаче которых участвуют иксодовые клещи (гранулоцитарный анаплазмоз человека и моноцитарный эрлихиоз человека), в ПФО в 2019 году, как и в предыдущем, зарегистрировано не было.

В округе постоянно наблюдается высокий уровень случаев **укусов клещей**. В 2019 году наблюдали повышение показателя от уровня предыдущего года (рост на 17,1%, до 414,833‰).

В 2019 году заболеваемость **туляремией** снизилась к уровню предыдущего года в 1,5 раза (0,014‰). Всего было зарегистрировано четыре случая заболевания, из которых по одному случаю – в Нижегородской, Кировской, Оренбургской областях и Республике Башкортостан.

За 2019 год на половине территорий округа зарегистрировано всего десять случаев **малярии**.

Заболеваемость **лептоспирозом** по округу в 2019 г. выросла к уровню предыдущего года в 1,65 раза. Зарегистрировано 33 случая (0,112‰) против 20 случаев (0,068‰) в 2018 г.

В отчетном году по ПФО не зарегистрировано случаев заболевания людей **бешенством**, предпосылки к заболеванию которым на территориях сохраняются на высоком уровне. Количество укусов, ослюнений, зарегистрированных в округе (86 802 случая), повысилось к уровню предыдущего года на 5,0% (доля укусов дикими животными составляет около 2,3%).

В отчетном году количество случаев **педикулеза** выросло на 0,7% (в сравнении с 2018 годом). В регионах регистрируются высокие цифры поражения педикулезом. Всего выявлено 12 634 случая педикулеза (42,74‰) против 12 552 случаев (42,46‰) в 2018 году.

ВЫВОДЫ

1. Высокую эпидемиологическую значимость для населения округа традиционно имели грипп и ОИ ВДП, на долю которых суммарно пришлось 88,3% всей инфекционной патологии.

2. Из инфекций с аэрозольным механизмом передачи в 2019 г. отсутствовала заболеваемость дифтерией. В округе отмечено снижение заболеваемости менингококковой инфекцией (в 1,1 раза), коклюшем (в 2,93 раза), зарегистрировано 12 случаев заболевания краснухой. Продолжает наблюдаться ухудшение обстановки по кори в связи с высокой вероятностью заноса ее на территории ПФО (156 случаев за 2019 год) при сохраняющемся неблагополучии в ряде стран Евросоюза, Украины, Средней Азии и регионов РФ

РИСУНОК 1
Прогнозные значения абсолютного числа заболеваний ГЛПС по Нижегородской области в 2020 году

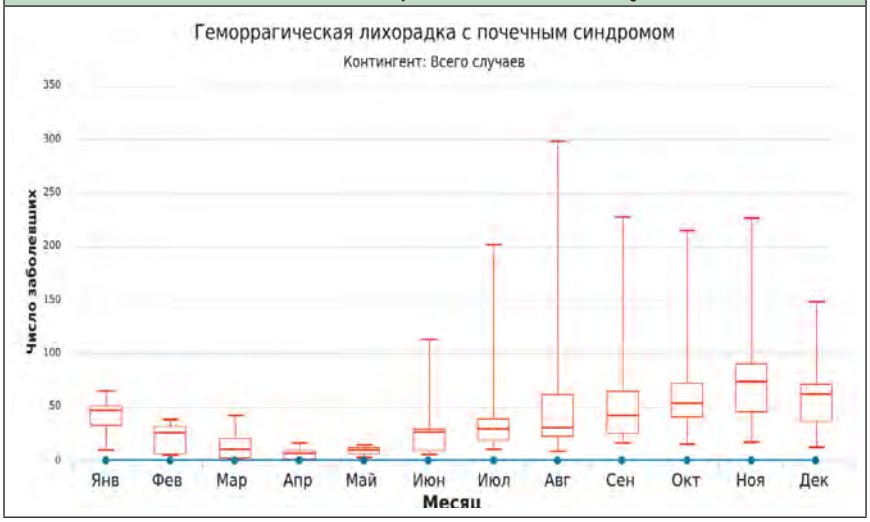
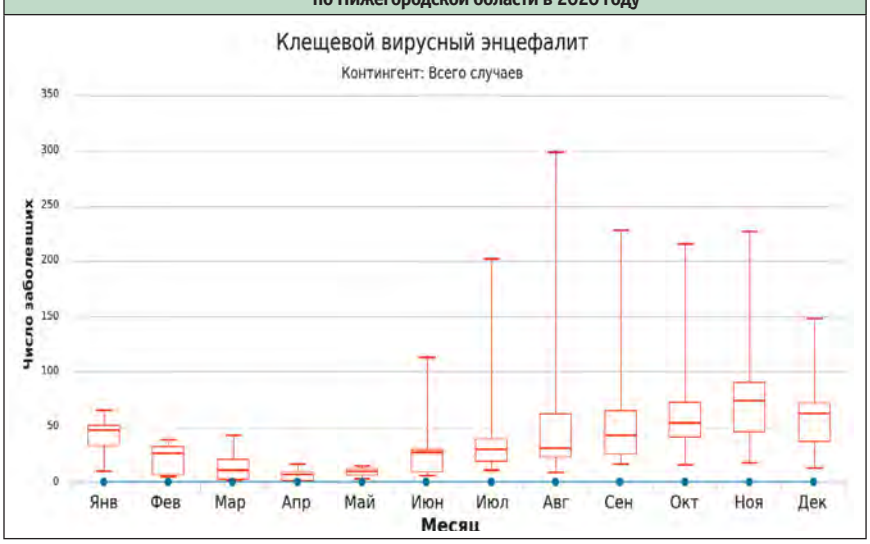


РИСУНОК 2
Прогнозные значения абсолютного числа заболеваний КВЭ по Нижегородской области в 2020 году



(Кавказ, Южный федеральный округ, городах Москве и Санкт-Петербурге).

3. В группе кишечных инфекций за 2019 г. по округу снизился уровень заболеваемости дизентерией (на 23,1% к уровню предыдущего года.), отмечено повышение регистрации других сальмонеллезных инфекций к уровню 2018 года (на 8,8%). Этиологическая расшифровка ОКИ УЭ в регионах округа улучшается. Это можно отнести к ротавирусной инфекции (снижение на 12,2% к показателю 2018 года) и к ЭВИ, окружной показатель которых повысился к уровню предшествующего года в 1,25 раза.

4. Заболеваемость впервые выявленным туберкулезом по округу по-прежнему остается на стабильно высоком уровне со слабовыраженной тенденцией к снижению (в 1,2 раза), так же, как для туберкулеза органов дыхания и бациллярных форм.

5. Природно-очаговые инфекции продолжают оставаться одними из наиболее значимых для ПФО и РФ в целом. В 2019 году в сравнении с предыдущим годом снизились показатели заболеваемости клещевым энцефалитом (на 21,9%) и повысился уровень заболеваемости клещевым боррелиозом (в 1,2 раза). Прогнозируется вероятность эпидемических осложнений на ряде территорий ПФО и появление случаев заболевания людей природно-очаговыми зоонозами. Специалистам необходимо иметь эпидемиологическую настороженность в сезоны активности клещей, учитывая благоприятные погодно-климатические условия в последние годы для выживания и размножения членистоногих, способных быть источниками и переносчиками возбудителей инфекций одновременно.

6. Использование аналитического раздела ГИС «Эпидемиологический атлас ПФО» позволяет анализировать состояние заболеваемости выбранной инфекцией, но и одновременно прогнозировать динамику заболеваемости. Прогностические данные предоставляются в информационных бюллетенях. На рисунках, в качестве примера, приведены прогнозы заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом ГЛПС (рис. 1) и клещевым вирусным энцефалитом КВЭ (рис. 2) по Нижегородской области на 2020 г. Более детальная информация по каждой нозологии, включая ее ретроспективный анализ и прогноз, предоставляется в Электронном эпидемиологическом атласе Приволжского федерального округа.

А. Н. ЕРМАКОВ, к. фарм. н., г. Москва

Оснащение кабинетов иммунопрофилактики холодильниками для хранения вакцин

Иммунобиологические препараты (ИЛП) – это особая группа лекарственных препаратов, которая требует соблюдения специальных правил хранения и транспортировки. Специфика данной группы препаратов связана с их белковой природой и чувствительностью к разрушающему действию высоких температур.

Основным документом, регламентирующим обращение ИЛП, являются санитарно-эпидемиологические правила СП 3.3.2.3332–16 *«Условия транспортирования и хранения иммунобиологических лекарственных препаратов»*, утвержденные Постановлением Главного санитарного врача РФ от 17.02.2016 № 19, в котором устанавливаются требования к комплексу организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проведение которых обеспечивает безопасность и сохранность качества ИЛП, предназначенных для иммунопрофилактики, иммунотерапии и диагностики болезней и аллергических состояний, при их транспортировании и хранении.

Для всех вакцин есть общий температурный диапазон, в котором их хранение наиболее оптимально и безопасно – от +2 до +8°С. При нарушении этого условия препараты теряют активность. Поэтому крайне важно, чтобы указанный интервал температур соблюдался на всех стадиях хранения и транспортировки вакцин. Избыточное тепловое воздействие, слишком низкая температура, солнечный свет – факторы, снижающие активность иммунобиологических препаратов.

Согласно протоколу заседания профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по специальности «Эпидемиология» от 25.10.2019 было вынесено решение:

«Рекомендовать медицинским организациям использовать современное холодильное оборудование с технической возможностью длительного (не менее 24 часов) удержания надлежащего температурного режима внутри камеры при отключении электроэнергии, стабильностью температурного режима внутри камеры, не допускающего выход за пределы интервала температур в пределах от +2 до +8°С и исключающего возникновение локальных зон отрицательных температур, связанных с работой хладогенератора».

Для выполнения требований СанПиН 3.3.3332–16 от 17.02.2016 и соблюдения условий вынесенного решения для оснащения кабинетов иммунопрофилактики рекомендуется холодильник для хранения вакцин VacProtect производства АО «ПОЗиС» ГК «Ростех», технические характеристики которого соответствуют рекомендациям протокола заседания и полностью удовлетворяют требованиям СанПиН по хранению ИЛП:

1. Поддержание стабильного температурного режима внутри камеры от +2 до +8°С без образования локальных зон отрицательных температур в течение 24 часов при отключении

электричества. Более того, фактическое время сохранения надлежащего температурного режима в холодильной камере с аккумуляторами холода достигает **32 часов после прекращения электроснабжения.**

2. Отображение температуры на табло панели управления.

3. Аварийная звуковая и световая (мигание экрана) сигнализация при отклонении от заданного диапазона температур.

4. Антибактериальное покрытие внутреннего шкафа и двери панели. Антимикробная добавка добавляется в глянцевый слой полистирола, применяемого при производстве холодильников.

Максимальное размещение вакцин в холодильной камере не должно превышать 2/3 полезного объема, а препарат, имеющий меньший срок годности, должен быть расположен так, чтобы использовался в первую очередь. Несоблюдение этого требования и слишком близкое расположение упаковок прививочных препаратов друг к другу не обеспечивают достаточной циркуляции воздуха, необходимой для поддержания температурного режима.

В холодильнике вакцины располагаются в следующем порядке:

- На первой полке – живые вакцины (ОПВ, КПК, БЦЖ и др.).
- На второй полке – комбинированные вакцины (АКДС, АДС АДСм, АС и др.).
- На третьей полке – растворители.
- Растворители и вакцины нельзя размещать вблизи основного источника холода.
- Запрещается помещать препараты на дверные полки, поскольку там недостаточно низкий температурный режим.

Непостоянное и неправильное соблюдение температурного режима хранения и транспортировки вакцины делает ее небезопасной и является одной из основных причин развития поствакцинальных осложнений!

Последствия нарушения требуемых условий хранения:

- Перегрев вакцин приводит к гибели живых клеток вирусов или микробов, что делает прививочные средства не только бесполезными, но даже вредными для здоровья.
- Замораживание-оттаивание адсорбированной сыворотки способствует существенному повышению реактогенности, что чревато появлением аллергических реакций, местных отеков и других побочных эффектов.
- Перегрев или замораживание иммуноглобулина может привести к снижению систолического и диастолического АД у человека.
- Замораживание растворителей влечет за собой нарушение целостности ампул, что незаметно визуально, однако вызывает впоследствии серьезные изменения свойств содержимого.

Используйте для оснащения кабинетов иммунопрофилактики только холодильники, характеризующиеся высокой степенью надежности – VacProtect VPA-200 «ПОЗиС». ®

Н. В. САПЕРКИН, к. м. н., доцент, кафедра эпидемиологии, микробиологии и доказательной медицины Приволжского исследовательского медицинского университета, г. Н. Новгород

Разъяснения процессов инактивации микроорганизмов, связь с ГОСТ ISO 11140–1–2011

Существует большое количество различных микроорганизмов, обладающих неодинаковой степенью резистентности по отношению к стерилизующему агенту. В то же время для предупреждения распространения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, при проведении стерилизационных мероприятий требуется достижение уровня стерильности не выше чем 10^{-6}, то есть на миллион простерилизованных изделий допускается не более одного нестерильного.

Для гарантированного достижения таких высоких требований из всего многообразия микроорганизмов определяют наиболее резистентный к конкретному стерилизующему агенту микроорганизм. Для паровой стерилизации таким микроорганизмом является бактерия *Geobacillus stearothermophilus,* которая и определена в качестве эталона для паровой стерилизации. После определения «эталона», на основании параметров сокращения популяции (Z и D) микроорганизма, были определены минимальные параметры воздействия стерилизующего агента (в данном случае горячего насыщенного водяного пара), необходимые для достижения требуемого уровня стерильности (таблица). Поскольку *Geobacillus stearothermophilus* имеет максимальную резистентность, то все остальные микроорганизмы, менее устойчивые к воздействию горячего пара, будут уничтожены с гарантированным достижением более высокого уровня стерильности.

Для определенных значений температуры насыщенного пара минимальные значения времени воздействия закреплены в ГОСТах на производство соответствующего оборудования (например, ГОСТ 31598). Ниже этих значений устанавливать время выдержки цикла стерилизации нельзя, так как это приводит к увеличению вероятности появления нестерильных изделий (не обеспечивается уровень стерильности 10^{-6}). Если все эти значения нанести на координатную ось, то получится экспоненциальная кривая выживаемости микроорганизма, в данном случае бактерии *Geobacillus stearothermophilus.* А поскольку эта бактерия является эталонным микроорганизмом для паровой стерилизации, то полученную кривую называют кривой уровня обеспечения стерильности (УОС).

Известно, что диапазон колебаний температуры в течение стерилизационной выдержки внутри стерилизационной камеры, и тем более внутри упаковок со стерилизуемыми изделиями, зависит от многих параметров (принципа и времени выравнивания температур, типа стерилизуемых изделий, качества и полноты загрузки стерилизатора и пр.). В связи с этим производители стерилизационного оборудования устанавливают «завышенные» параметры стерилизационной выдержки – чтобы гарантированно в любой точке камеры стерилизатора и внутри упаковок значения времени воздействия насыщенного пара определенной температуры оказались выше кривой УОС. Поэтому и существует такое разнообразие режимов стерилизации для одинаковых температур (134 °С / 4 мин, 134°С / 5 мин, 134°С / 7 мин, 134°С / 10 мин и пр.).

ГОСТ ISO 11140-1-2011 устанавливает два различных принципа контроля стерилизационных циклов химическими индикаторами 4–6-го классов.

Первый принцип – соответствие контрольных значений критических переменных параметрам стерилизационного цикла. Таким образом, под каждый конкретный режим (например, 134°С / 5 мин) подбирается индикатор с такими же контрольными значениями критических переменных (134°С / 5 мин). При таком подходе химический индикатор подтверждает достижение установленных производителем параметров в каждом цикле стерилизации. А микробиологическая эффективность процесса стерилизации подтверждается валидацией режимов оборудования.

Второй принцип – соответствие химического индикатора минимальным параметрам обеспечения уровня стерильности 10^{-6} для эталонного микроорганизма. Он базируется на постулате, что вне зависимости от предустановленных параметров температуры и времени химический индикатор «проверит», что эти показатели выше тех, что требуются для уровня обеспечения стерильности. Можно сказать, что интегрирующие индикаторы (класс 5) контролируют уже не конкретные

ТАБЛИЦА Минимальные параметры воздействия стерилизуюшего агента (в данном случае горячего насыщенного водяного пара), необходимые для достижения требуемого уровня стерильности

(°С)	(мин)	(°С)	(мин)	(°С)	(мин)
100	201,89	117	24,61	134	3,00
101	178,39	118	21,75	135	2,85
102	157,61	119	19,21	136	2,34
103	139,26	120	16,98	137	2,07
104	123,05	121	15,00	138	1,83
105	108,72	122	13,25	139	1,62
106	95,08	123	11,71	140	1,43
107	84,87	124	10,35	141	1,26
108	74,99	125	9,14	142	1,11
109	66,26	126	8,08	143	0,98
110	58,54	127	7,14	144	0,87
111	51,73	128	6,31	145	0,77
112	46,70	129	5,57	146	0,68
113	40,38	130	4,92	147	0,60
114	35,68	131	4,35	148	0,53
115	31,53	132	3,84	149	0,47
116	27,86	133	3,40	150	0,41

циклы стерилизации, а условия достижения стерильности. Подтверждение микробиологической эффективности этого принципа приведено в ГОСТе ISO 11140–1–2011.

Но в удобстве интегрирующего индикатора кроится и очень серьезное ограничение для его применения. Поскольку интегрирующий индикатор основывается на минимальных параметрах гибели эталонного микроорганизма, он может применяться только в тех методах и режимах стерилизации, для которых стандартами установлен такой эталонный микроорганизм. Так, например, в ГОСТе ISO 11140–1–2011 критерии подтверждения работы интегрирующего индикатора установлены только для парового, воздушного методов стерилизации и стерилизации оксидом этилена. То есть для других методов стерилизации: парами перекиси водорода, радиационной, пароформальдегидной – интегрирующий индикатор не имеет микробиологического обоснования эффективности его применения. Такое же ограничение применения индикаторов класса 5 присутствует и для специального режима стерилизации – прионного. Прионы были открыты относительно недавно и оказались более резистентными к воздействию насыщенного пара, нежели эталонный микроорганизм *Geobacillus stearothermophilus*. Соответственно, для стерилизации изделий по прионному режиму нельзя использовать индикатор 5-го класса. В данном случае индикатор, настроенный на эталонную бактерию, более чувствительную по сравнению с прионами, покажет положительный результат задолго до наступления стерильности.

Также ограничение применения индикаторов класса 5 относится и к контролю других видов паровой или воздушной обработки: обеззараживанию, стерилизации лекарственных сред и пр. Эти виды обработки регламентируются отдельными документами (например, СП 1.3.2322–08, СП 1.3.3118–13, ГОСТ Р 58280.1–2018 и пр.), которые устанавливают режимы как более мягкие, так и более жесткие по сравнению с минимальными значениями гибели эталонного для стерилизации микроорганизма. Для этих видов обработки стандартами не определен эталонный микроорганизм. Оба этих фактора приводят к тому, что контрольные значения индикатора не будут лежать на одной экспоненциальной кривой выживаемости микроорганизма. А это, в свою очередь, является необходимым условием для применения ГОСТ ISO 11140–1–2011 для обоснования микробиологической эффективности контроля режимов стерилизации. Тем самым совмещение в индикаторе режимов стерилизации и, к примеру, обеззараживания потребует проводить дополнительную оценку микробиологической эффективности применения индикатора в каждом конкретном режиме. Нельзя будет использовать доказательную базу ГОСТ ISO 11140–1–2011 вне зависимости от того, в каких видах или режимах обработки планируется применять такой индикатор в лечебно-профилактических организациях.

А. А. ПЕТРОВА, ООО «ДВС Групп»

Инновационное решение в области профессиональной гигиены

Процесс безопасной обработки медицинских инструментов является процессом сложным и включает следующие шаги: подготовка инструмента, предварительное ополаскивание, мойка, дезинфекция, ополаскивание, сушка, визуальный осмотр на наличие повреждений внешних поверхностей, проверка функционирования инструмента, этикетирование, упаковка, стерилизация, проверка качества процесса стерилизации, хранение.

Сам процесс мойки следует за тщательной подготовкой инструмента и играет решающую роль в цикле обработки. Если процесс мойки выполнен не качественно, то под угрозой будут все последующие этапы – дезинфекция и стерилизация. Это прямой риск для безопасности!

Хирургический инструмент, эндоскопы, эндоскопические инструменты являются дорогостоящими позициями и требуют бережного отношения и ухода. От чего зависит выбор моющего средства? Вспоминаем три основных критерия: от материала исполнения инструментария, от его состояния, а также от рекомендаций производителей инструментария. Первыми средствами, применяемыми в автоматической технологии обработки хирургического инструмента, были щелочные средства, которые обладают хорошими моющими свойствами в отношении белков. В паре к щелочным средствам применяются кислотные нейтрализаторы на основе фосфорной или лимонной кислоты, в зависимости от чувствительности к материалам исполнения. Эта технология возникла в середине семидесятых годов прошлого века и актуальна по сей день для обработки простого хирургического инструментария. В середине девяностых годов технологии производства изделий для хирургических вмешательств начали изменяться в сторону сложного инструментария, применяемого для эндоскопических операций. Данный инструментарий изготавливается из большого количества чувствительных к щелочам и кислотам материалов. На основании этого начались разработки в области детергентов с нейтральным pH. Таким образом, в обработке такого инструментария начали широко применяться средства на основе энзимов, которые обеспечивали высокую степень защиты материалов. Как известно, все новейшие разработки нуждаются в проверке временем. Поэтому разработчики не успокоились только на создании средств на

основе энзимов, но также озадачились дальнейшим изучением их свойств в зависимости от различных факторов.

Энзимы являются протеазами биологического происхождения, которые хорошо расщепляют белки. Как было изначально известно, чистые ферментные средства возможны в применении при определенном диапазоне температур, желательно не выше 45°C. Повышенная температура снижает эффективность работы энзимов. Также замечено, что для эффективного результата мойки энзимам требуется немного больше времени на очистку, нежели средствам на основе щелочей. В это же время энзимы не обладают «грязевыносящей способностью», поэтому в составе энзимных средств необходимо присутствие поверхностно-активных веществ (ПАВ). ПАВ позволяют смешивать две жидкости, которые в нормальных условиях не смешиваются, как, например, масло и вода, превращая их в эмульсию, с последующей эффективной дисперсией. Эффективное эмульгирование и дисперсия загрязнений позволяют избежать их повторного оседания на отмытые поверхности. На основании проводимых экспериментов со свойствами энзимов были сделаны выводы о том, что наилучшая активность энзимов достигается при щелочном значении pH рабочего раствора (в диапазоне от 8 до 11). Присутствие щелочных агентов в моющем средстве на основе энзимов дает возможность повышения температуры рабочего раствора до 50...65°C. За счет изменения двух факторов – pH и температуры, моющая способность энзимов увеличивается многократно. Особенно это имеет значение в отношении загрязнений, полученных при контакте крови с кожными антисептиками и средствами дезинфекции слизистых, йода и его растворов.

В результате к 1998 году было создано первое комбинированное средство, в состав которого вошли энзимы, ПАВ, щелочные агенты, ингибиторы коррозии, обеспечивающие высокую степень защиты материалов, а также специальные функциональные добавки, такие как умягчители жесткости воды, пеногасители и другие. Область применения препарата обширна: автоматическая и ручная мойка хирургического инструмента, включая инструменты для микрохирургии, манипуляторы роботов da Vinci, микроинструменты, офтальмологические и стоматологические инструменты, жесткие и гибкие эндоскопы и инструменты к ним, принадлежности для интенсивной терапии, остео-импланты, контейнеры для инструментов.

Neodisher MediClean forte оптимально сочетает в себе превосходные моющие свойства с отличной совместимостью с обрабатываемыми материалами, а также является безопасным средством в применении, хранении и транспортировке. Все органические компоненты средства биоразлагаемы в очистных канализационных сооружениях. Средство не нуждается в нейтрализации. Нет необходимости добавлять кислотный агент на этапе нейтрализации, как в стандартной щелочной мойке.

На протяжении более пятнадцати лет **neodisher MediClean forte** успешно применяется во всем мире для процессов автоматической и ручной обработки изделий медицинского назначения, а также гибких и жестких эндоскопов. Продукт рекомендован для всех процессов ПСО большинством производителей инструментария и производителями моечной техники.

Наибольшее количество медицинского инструмента и изделий, производители которых рекомендуют обрабатывать автоматическим способом с применением средств с нейтральным pH, могут быть обработаны с применением комбинированного моющего средства **neodisher MediClean forte.** Производитель роботизированных хирургических комплексов для малоинвазивной хирургии da Vinci, Intuitive Surgical Inc. также рекомендовал использование только средства с нейтральным pH для ручного и автоматизированного процессов обработки манипуляторов робота до конца 2012 г. Сегодня, согласно тестам, проведенным производителем роботов da Vinci EndoWrist, также одобрена и подтверждена совместимость среднещелочных моющих средств с pH до 11, начиная с декабря 2012 г.

Благодаря своей щелочной составляющей, **neodisher MediClean forte** соответствует требованиям KRINKO/BfArM в отношении предотвращения передачи прионов. В рекомендациях KRINKO/BfArM сказано: «Решающим фактором стали доказанные моющие свойства средства согласно проведенным в рамках исследования квалификационным испытаниям». Таким образом, **neodisher MediClean forte** доказал свои свойства на разных рабочих концентрациях. В таблице приведены результаты теста in vivo, показывающего удаление прионов с поверхности новой и корродированной нержавеющей стали (1% **neodisher MediClean forte**, 55°C, 10 мин экспозиция, без механических воздействий), снижение дано в логарифмической 1g зависимости.

Институт Роберта Коха является федеральным учреждением и частью Министерства здравоохранения Германии. В 2002 г. институт выпустил рекомендации по борьбе с заболеванием Крейтцфельдта-Якоба «Creutzfeldt-Jakob disease», в которых указал конкретные требования для процесса обработки инструментов, включая стадию мойки. Эти рекомендации опубликованы отдельным изданием в октябре 2007 г. «Cleaning medical devices». Средство **neodisher MediClean forte** отвечает всем этим требованиям по части стадии мойки в щелочной среде. ®

ТАБЛИЦА **Результаты теста in vivo, показывающего удаление прионов с поверхности нержавеющей стали**

	поверхность из нержавеющей стали	
	новая	со следами коррозии
Scrapie (Скрепи) прионы 263K	in vitro >2	3.5
BSE прионы (губчатая энцефалопатия)	4.6	3.0
vCJD прионы (Крейтцфельдт-Якоб)	2.5	2.5

События
и комментарии

Школа эпидемиологов: теоретические и прикладные аспекты эпидемиологии

13 марта 2020 года в Казани состоялась II Всероссийская научно-практическая конференция «Школа эпидемиологов: теоретические и прикладные аспекты эпидемиологии». В работе конференции приняли участие более 400 ведущих специалистов из Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Казани, Набережных Челнов и др.

Организаторами конференции выступили: Министерство здравоохранения Республики Татарстан; Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ; Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан; Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»); КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

Пленарное заседание открыла заведующая кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины КГМУ МЗ РФ, профессор **Г. Р. Хасанова**.

Присутствующих в зале поприветствовал ректор КГМУ МЗ РФ, профессор **А. С. Созинов**: «...Если говорить о развитии, мне очень импонирует жанр, который мы выбрали, а именно, школа. Любое научное собрание, когда человек выходит на трибуну, это и есть передача знаний. Хотел бы поблагодарить оргкомитет за составление очень разностороннейи гармоничной программы, где затронуты такие вопросы, как качество безопасности медицинской помощи, эпидемиологическая безопасность, мониторинг, вакцинопрофилактика, эпидемиология неинфекционных заболеваний».

Научную программу пленарного заседания открыла заведующая кафедрой эпидемиологии, микробиологии и доказательной медицины ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский институт» МЗ РФ, главный внештатный специалист-эпидемиолог МЗ РФ по Приволжскому федеральному округу, д. м. н., профессор **О. В. Ковалишена** с докладом «О реализации современной доктрины профилактики ИСМП».

В сообщении были представлены основные положения современной доктрины профилактики ИСМП и обозначены шаги по их реализации, рассмотрены проблемные вопросы и пути решения. Особое внимание уделено обеспечению эпидемиологической безопасности медицинской деятельности и риск-менеджменту ИСМП.

Особый интерес аудитории вызвал доклад «Проблемные вопросы обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности» заместителя директора ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора **О. Р. Швабского**.

Лектор осветил стратегии обеспечения качества и безопасности в системе здравоохранения. Озвучил рекомендации Росздравнадзора по внедрению системы внутреннего контроля качества в медицинских организациях, а также поделился опытом внедрения системы внутреннего контроля качества на основе предложений Росздравнадзора.

В лекции специалиста ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, руководителя центра формирования компетенции в области качества и безопасности медицинской деятельности ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф. И. Иноземцева», к. м. н. **О. В. Куликова** «Роль коммуникативных навыков эпидемиологов в обеспечении эпидемиологической безопасности клиники» были отражены современные проблемы коммуникативных процессов эпидемиологической службы и изложены основные принципы формирования коммуникативных компетенций врача-эпидемиолога для обеспечения более эффективного взаимодействия с персоналом медицинской организации. При этом

особо был освещен аспект значимости качественных коммуникативных процессов для формирования приверженности сотрудников клиники к идеологии эпидемиологической безопасности.

Далее в сообщении «Системообразующие факторы эпидемиологического надзора за внебольничными пневмониями на территории крупной промышленной области и основные направления профилактики» почетного гостя – научного сотрудника ФГБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, д. м. н. **А. А. Голубковой** было отмечено, что одним из эффективных инструментов контроля внебольничной пневмонии пневмококковой этиологии является вакцинопрофилактика (ВП). Несмотря на то что в Национальный календарь профилактических прививок вакцинация против пневмококковой инфекции была введена в 2014 году, эпидемиологическая эффективность ее на большинстве территорий пока что не изучена, что имеет основополагающее значение в оценке возможности эффективного управления эпидемическим процессам ВП.

В лекции «Вопросы диагностики инфекционных заболеваний в условиях РТ на современном этапе» доцента кафедры детских инфекций ФГБОУ ВПО «КГМУ» МЗ РФ, к. м. н. **Х. С. Хаертынова** было отмечено, что обеспечение санитарного благополучия территории и инфекционной безопасности населения – одно из приоритетных направлений развития здравоохранения Республики Татарстан и России. Свидетельство тому – начавшаяся в 2019 г. паспортизация инфекционной службы республики и страны, в целом. Важнейшее значение в раннем выявлении и лечении пациентов с инфекционной патологией придается проведению лабораторной диагностики. Перспективы ранней диагностики инфекционных заболеваний связаны с внедрением в практику врачей первичного звена здравоохранения экспресс-методов диагностики.

Руководитель Республиканского центра иммунопрофилактики ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ», главный внештатный специалист МЗ РТ по иммунопрофилактике, к. м. н., доцент **Д. В. Лопушов** в докладе «Современные направления вакцинопрофилактики в Республике Татарстан» познакомил участников конференции с актуальной эпидемиологической обстановкой по инфекционным заболеваниям, управляемым средствами иммунопрофилактики, и рассказал об основных моментах по организации вакцинопрофилактики в различных типах медицинских организаций. В ходе лекции были даны представления о существующих иммунобиологических лекарственных препаратах для вакцинации детского и взрослого населения с учетом состояния здоровья вакцинируемого и предшествующего вакцинального анамнеза.

После небольшого перерыва работа конференции была продолжена в секционном режиме. Секцию «Актуальные вопросы эпидемиологической безопасности в медицинских организациях» открыла заведующая кафедрой эпидемиологии, микробиологии и доказательной медицины ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский институт» МЗ РФ, главный внештатный специалист-эпидемиолог МЗ РФ по Приволжскому федеральному округу **О. В. Ковалишена** с докладом «Эпидемиологический мониторинг в системе эпидемиологического надзора за ИСМП». В лекции были рассмотрены вопросы организации эпидемиологического мониторинга за факторами риска развития ИСМП (экзогенными и эндогенными). На основе анализа разработана риск-ориентированная модель эпидемиологического надзора. Было уделено внимание и вопросам организации микробиологического мониторинга. Вопросы обеспечения, повышения качества медицинской помощи являются

приоритетными для системы здравоохранения в Российской Федерации. До сих пор не определены единые национальные стандарты качества и безопасности медицинской деятельности, что не позволяет обеспечить преемственность при проведении контроля на уровнях: от государственного до медицинских организаций. Проверка системы внутреннего контроля сведена к оценке работы врачебных комиссий. А при осуществлении экспертизы качества медицинской помощи до сих пор используется только один и при этом самый ненадежный источник информации – медицинская документация. В работу медицинских учреждений не внедрены современные подходы к организации деятельности: системный, процессный, риск-менеджмент.

В лекции «Лабораторная диагностика сепсиса у онкологических больных» заведующей клинико-диагностической лабораторией РКОД МЗ РТ **Г. А. Усмановой** были рассмотрены вопросы лабораторной диагностики сепсиса у онкологических больных; роль провоспалительных медиаторов в развитии сепсиса, причины их синтеза; биохимические и клеточные маркеры септических состояний, используемые в клинико-диагностической лаборатории, их преимущества и ограничения.

В докладе «Эпидемиологическое значение Clostridium difficile как возбудителя внутрибольничных инфекций» доцента кафедры эпидемиологии и дезинфектологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, к. м. н. **А. И. Локотковой** были отражены эпидемиологические особенности возникновения внутрибольничных клостридий-ассоциированных инфекций (КДАИ), факторы риска для развития КДАИ; организация профилактических и противоэпидемических мероприятий; особенности выбора дезинфицирующих средств и кожных антисептиков в очаге КДАИ.

Параллельно работала секция «Актуальные вопросы клиники, диагностики, эпидемиологии и профилактики инфекционных и паразитарных болезней.

Открыл секцию заведующий кафедрой микробиологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, д. м. н., профессор **О. К. Поздеев** с лекцией «Динамика антибиотикорезистентности изолятов Helicobacter pylori во втором десятилетии XXI века». Показано, что на фоне широкого применения эрадикационной терапии бактерии выработали устойчивость к большинству антимикробных препаратов, рекомендованных Маастрихтскими соглашениями. При этом не обнаружено существенных различий в резистентности у изолятов, выделенных от пациентов, в зависимости от тяжести поражений желудка и 12-перстной кишки. Проведенные исследования указывают на необходимость разумного подхода к назначению эрадикационной терапии и отсутствие необходимости ее проведения всем лицам, у которых обнаружен факт колонизации гастродуоденальной зоны H. pylori.

Далее в лекции «Современная эпидемиология ОКИ у детей» заведующий кафедрой детских инфекций ФГБОУ ВПО «КГМУ» МЗ РФ, д. м. н. **В. А. Анохин** рассказал, что этиологическая структура ОКИ в последние годы претерпела серьезные изменения. В последнее десятилетие на первый план выходят кишечные инфекции, вызванные вирусами. Это вносит свои коррективы в организацию лечебных и профилактических (противоэпидемических) мероприятий. Вакцинацию от ротавирусной инфекции следует рассматривать в качестве эффективного средства профилактики ОКИ у детей.

Оргкомитет

Форум лабораторной медицины

13 марта 2020 года в Казани состоялся форум специалистов лабораторной медицины «Современные подходы к организации лабораторной службы, профессиональные стандарты и образование, перспективные технологии в медицинской практике». Региональные форумы лабораторной медицины проходят ежегодно. В этом году для проведения масштабного мероприятия лабораторной службы была выбрана столица Татарстана – Казань.

Организаторами форума выступили Министерство здравоохранения Республики Татарстан, Общество специалистов клинической лабораторной диагностики Татарстана и Республиканская клиническая больница.

С первым докладом выступил заведующий клинико-диагностической лабораторией РКБ, главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике Республики Татарстан Дамир Талибович Сиразитдинов, который является научным руководителем мероприятия.

На форуме обсуждались актуальные вопросы лабораторной службы, ее перспективы развития, совершенствование деятельности службы, а также система управления качеством лабораторных услуг, новые нормативные документы, современные подходы к лабораторной диагностике тех или иных заболеваний и многое другое.

Научная программа включала секцию по лабораторной медицине, на которой были представлены современные подходы к лабораторной диагностике сепсиса и системного воспаления, лабораторная диагностика анемий, экспресс-диагностика газового и электролитного состава крови, обзор современных решений для измерения сердечных тропонинов в отечественной практике неотложной кардиологии и лабораторная диагностика анемий.

Завершающая часть форума была посвящена докладу «Микробиологическая диагностика респираторных инфекций у пациентов с муковисцидозом». Одним из руководителей секции выступила заведующая лабораторией клинической бактериологии РКБ Инна Робертовна Валиуллина. Инна Робертовна также выступила с докладом и рассказала о распространенности муковисцидоза (МВ), который является одним из самых частых наследственных заболеваний. В своем докладе она рассказала о микрофлоре, имеющей превалирующее значение для пациентов с МВ в регионе. Она представила данные о возможности проведения микробиологической диагностики у пациентов с МВ в областях Приволжского федерального округа.

https://kazan.bezformata.com/

Образ жизни

здоровье

Суть равновесия – не цепляться.
Суть расслабления – не удерживать.
Суть естественности – не усердствовать.
Даосская мудрость

Как найти свой баланс в жизни?

Есть такое понятие – «аудит жизни». Это способ разложить все свое бытие по полочкам, посмотреть, что и как в ней стихийно устроилось, чего не хватает, и понять, как можно восполнить пробелы. Развлечение это для людей задумчивых. Аудит становится нужен, когда у вас все вроде есть, а счастья нет. С ним сразу видно, из-за чего возник дисбаланс.

Вот небольшая коллекция методов «трепанации собственной жизни», которую автор собрала по книгам, из личного опыта и обучения коучингу.

1. Колесо жизненного баланса

Самый известный способ. «Колесо баланса» используют коучи, да и вы наверняка встречали его в какой-нибудь книге по саморазвитию, например, в «Триггерах» Маршалла Голдсмита.

Суть проста: рисуете круг, делите на 8 секторов. Каждый сектор – одна сфера. Какая, решать вам. Чаще всего хочется оценить карьеру, финансы, личную жизнь, семью, увлечения, общение с друзьями, отдых и здоровье. Но можно объединить несколько тем в одну.

Нарисовали – начинайте закрашивать. Для этого оцените каждый из секторов по шкале удовлетворенности от 1 до 10 и заштрихуйте его до получившейся отметки. Так будет видно, какие сферы жизни наполнены, а какие пустуют.

Далее подумайте, в каком секторе уже сейчас вполне реально совершить три шага к переменам. Заодно увидите, что можно изменить так, чтобы другое подтянулось само. Прямая зависимость часто обнаруживается между «Карьерой» и «Финансами», «Финансами» и «Увлечениями», «Отдыхом» и «Здоровьем».

2. Между «надо» и «хочу»

На самом деле это название книги художницы Эль Луны. А способ, о котором рассказывает Макс Черепица, коуч по личной эффективности, основан на списках: ставите таймер на 30 минут и выписываете все-все-все, что сделать нужно. Затем опять засекаете время и перечисляете все, что сделать хотите.

Обычно уже на этом этапе становится ясно, чего в вашей жизни больше – обязательств или воплощенных желаний. И хорошо, если желаний хотя бы 30–40%.

Рассортируйте все придуманное по группам: пусть их будет от 3 до 12, а какие это будут группы – решаете сами. Распределите пункты по важным для вас сферам – тем, которые держите под контролем, и заносите их себе в план на каждый день.

3. Система баланса B-Alert

Эта система описана в книге Марка Виктора Хансена «Цельная жизнь» – одной из лучших по количеству полезных советов и вдохновляющих техник. Название системы – аббревиатура, и каждая буква обозначает один из типов деятельности. B – это *blueprint* (планирование), A – *action* (действие), l – *learn* (обучение), e – *exercise* (упражнения, имеются в виду физические), r – *relaxing* (отдых), t – *thinking* (размышления).

Автор считает, что если каждый день уделять время всем этим занятиям, вы будете чувствовать, что живете наполненной жизнью. Попробуйте несколько вечеров подряд отмечать, какие «буквы» сегодня были, а какие – нет. В конце недели обведите или подчеркните пропущенные – так поймете, к чему стоит относиться с большим вниманием.

4. На что уходит ваше время

Это самый бескомпромиссный и жесткий способ узнать, что на самом деле у вас происходит. Суть проста: несколько дней подряд записывайте, на что и сколько времени вы тратите. Это как с ведением личного бюджета: думаешь, что спускаешь на мелочи не больше 100 рублей в день, а стоит все зафиксировать, как станет ясно, что такие расходы сжирают приличный процент заработка.

Что касается энергии и времени, то для их учета подходит дневник от Яны Франк. Например, может оказаться, что работа, которая якобы «отнимает так много сил», реально требует 3–4 часа в день, а остальное утекает на какие-то необязательные, зато расслабляющие делишки и обыкновенную прокрастинацию. Или выяснится, что час, который вы могли бы посвятить чтению или спорту, пропадает в магазине – а ведь в него можно ходить раз в неделю или заменить доставкой продуктов на дом.

У каждого будут свои открытия.

Барбара Шер, автор «Мечтать не вредно» и других бестселлеров про мечты и

поиск призвания, считает, что этот метод выявляет «паттерны избегания». Так писательница называет занятия, в которые мы радостно погружаемся, лишь бы не приближаться к мечте – страшно же!

Но не стоит полностью исключать бессмысленные дела из своей жизни. Попробуйте «откусить» от них половину времени и передать его в пользу по-настоящему важных. Так вы себя еще и замотивируете: «Сначала займусь полезным, а потом можно и потупить».

5. Сиюминутное VS долгосрочное

«Мы не должны балансировать между работой и жизнью, – пишет Стив Макклетчи в книге «От срочного к важному». – Надо искать баланс между сиюминутным решением проблем и задачами, которые ведут к успеху».

Это два разных вида задач. Первые позволяют не утонуть в болоте ежедневных обязательств. Они срочные, проигнорировать их нельзя, но если вы с ними хорошо справляетесь, никто не скажет: «Ого, какой ты крутой!», так ведь живут все. Вторые – необязательные и несрочные. Мозг обычно отодвигает их на второй план, потому что заточен на решение проблем, маячащих в поле зрения прямо сейчас. Долгосрочные же задачи ориентированы на будущее, связаны с чем-то большим и смелым, и именно благодаря им вы становитесь по-настоящему успешными.

Выпишите все дела, которые хотите или должны сделать, и присвойте каждому приоритет: А – важное, но не срочное, В – важное и срочное, С – срочное. Каких больше? Не слишком ли много дел с пометкой С?

Если вы чувствуете, что живете как-то мелко и боитесь через 10 лет обнаружить, что ни одна из ваших мечт так и не стала явью, сделайте несрочные, но важные дела группы А частью ежедневной рутины.

Яростно защищайте важные, но несрочные планы, не позволяйте им отменяться из-за рутинных и горящих – те все равно никогда не кончатся, а успех вам этого не простит.

6. Состояние внутреннего мира

В книге Хэла Элрода «Магия утра» автор пишет, что окружающая нас реальность – отражение внутренних процессов.

Вот с чем Хэл предлагает разобраться: *физическая жизнь; интеллектуальная; эмоциональная; духовная.* Книга посвящена тому, как именно развивать эти составляющие. Конкретно – вставать на час раньше, чтобы уделить несколько минут созерцанию в тишине, аффирмациям, визуализации желаемого будущего, физкультуре, чтению и письму, например, ведению дневника.

С *физической* составляющей проще всего: в Интернете полно инструкций по замеру пульса, оценке выносливости, гибкости и силы. Есть даже мини-тест, придуманный бразильским врачом Клаудио Джил Араужо. Скрестите ноги и попробуйте так сесть на пол, а потом подняться без помощи рук. Получилось? Вы в отличной форме.

С *интеллектуальной* жизнью сложнее, но критерии тоже есть. Вот что рассказывает Павел Палагин, автор книги «Скорочтение на практике»:

«Существует теория множественного интеллекта Гарднера. Согласно ей человек наделен девятью типами интеллекта: лингвистическим; телесно-кинестетическим; межличностным; интраперсональным – имеется в виду понимание себя; музыкальным; экзистенциальным – речь об осмыслении вопросов жизни и смерти; натуралистическим – это понимание живой природы; логико-математическим; визуально-пространственным.

Чем чаще они используются и пересекаются в решаемых вами задачах, тем насыщеннее и разнообразнее ваша интеллектуальная жизнь».

Про *эмоциональную* сферу такой четкой классификации нет.

«Пока в психологии насыщенность жизни эмоциями измеряется через память и эмоциональный интеллект, – говорит психолог Артур Вафин. – Эмоционально яркие события прочно откладываются в долгосрочной памяти и позволяют затем воспроизводить их в деталях и переживать связанные с ними чувства заново. А способность сопереживать другим связана с уровнем удовлетворенности жизнью, хотя этот тезис вызывает споры».

В общем, пока у ученых суд да дело, будем выкручиваться самостоятельно. Можно приучить себя каждую неделю записывать три радостных или приятных события, чтобы в минуты грусти перечитывать этот список (и понимать, что в мире, вообще-то, полно добрых людей, а жизнь прекрасна).

Еще можно провести диагностику: поставить напоминание на, скажем, 12 часов дня и каждый день отмечать, какую эмоцию вы испытываете. Наконец не повредит и составить список – о да, опять список! – вещей, которые вызывают радость, вдохновение, эйфорию, удивление, светлую печаль и что бы там ни было еще, и почаще их практиковать.

Ну, а что касается *духовной* жизни, то Дипак Чопра, автор многочисленных книг на тему духовности, очень понятно разложил этот сложный предмет на десять составляющих. Оцените, можете ли вы честно согласиться с каждым из этих высказываний:

1. Я знаю свои истинные желания и намерения и могу отличить их от навязанных.
2. Мои истинные желания велики.
3. Я способен каждый день пересматривать их, отказываясь от устаревших и принимая новые.
4. Я умею смотреть на себя в лучшем свете.
5. Я умею видеть в лучшем свете других людей.
6. Я простил себя.
7. Я научился отпускать то, что должно уйти.
8. У меня есть способы прикасаться к тому, что наполняет меня благоговением.
9. Я слушаю свое сердце и позволяю ему вести меня по жизни.
10. Я умею принимать то, с чем еще ни разу не сталкивался.

На этом пути самовоспитания не обойдется без жертв и компромиссов. Но для того чтобы впустить в жизнь по-настоящему важное и ценное, всегда можно избавиться от чего-то ненужного. Подобный аудит как раз поможет это ненужное найти и обезвредить.

Автор: Юлия Баяндина
https://subscribe.ru/

Интегрирующий индикатор для контроля процесса паровой и воздушной стерилизации 5-го класса

ОСОЗНАННЫЙ ВЫБОР

ИНТЕГРИРУЮЩИЙ ИНДИКАТОР ДЛЯ КОНТРОЛЯ ПРОЦЕССА ПАРОВОЙ И ВОЗДУШНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ 5-ГО КЛАССА:

◆ является интегрирующим индикатором и применяется во всех режимах паровой и всех режимах воздушной стерилизации;

◆ поставляется производителем уже в нарезанном виде, что очень сильно экономит время медицинского персонала при подготовке процесса стерилизации;

◆ индикаторная метка сделана водонерастворимыми чернилами – индикатор не боится заморозки при транспортировке и хранении в зимний период;

◆ индикаторная метка в процессе производства не покрывается ни лаком, ни пленкой, чтобы ничто не оказывало влияния на точность срабатывания в стерилизационном цикле;

◆ яркий и очень контрастный переход индикаторной метки от исходного цвета к результирующему – в процессе стерилизации цвет меняется от винно-красного до зеленого.

ООО Компания «ТерраМед»
141400, Московская область, г. Химки, ул. Московская, д. 14, пом. 001
Тел.: +7(499) 391-66-45. E-mail: info@medterra.ru