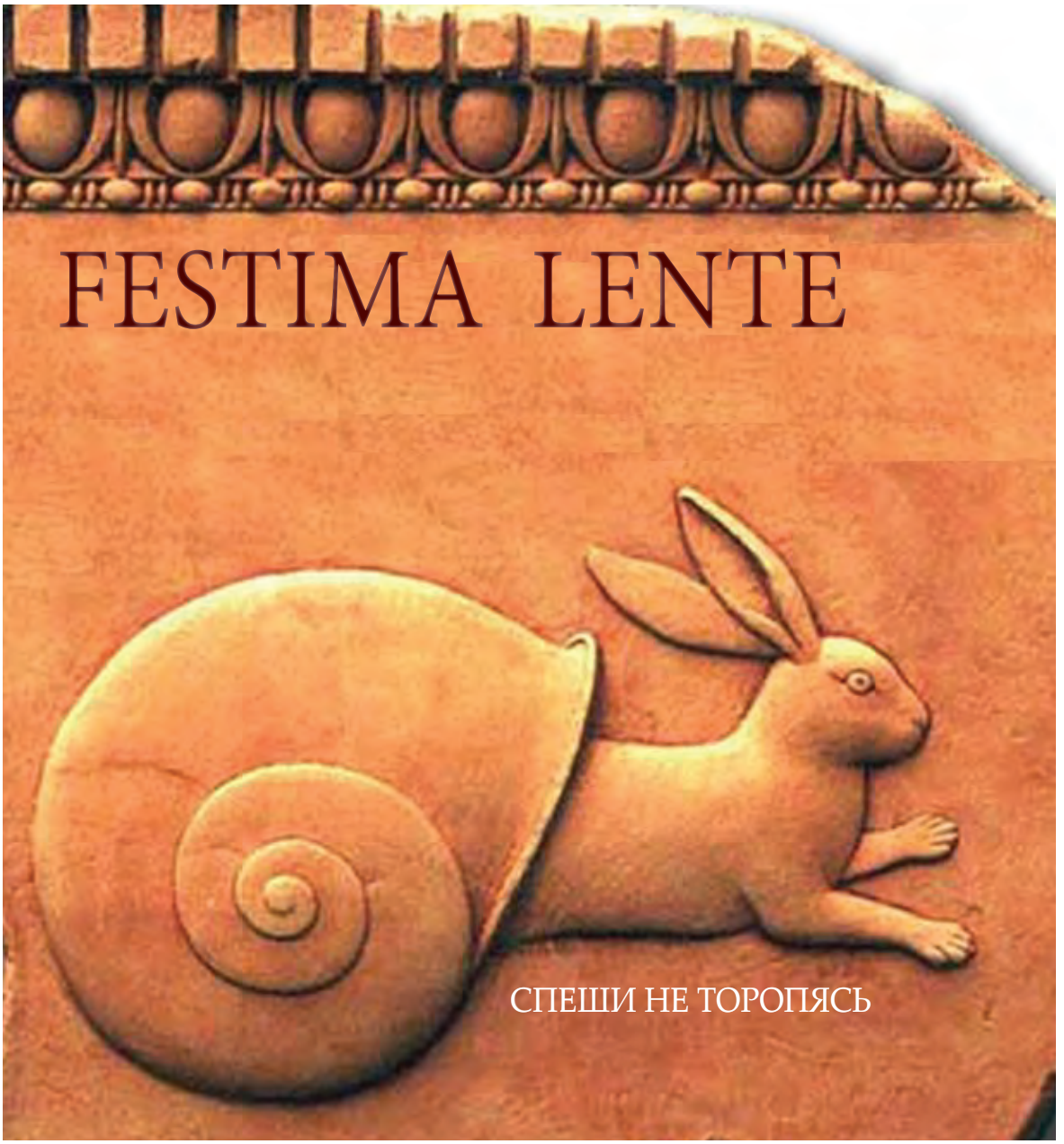
РЕМЕДИУМ
ПРИВОЛЖЬЕ
www.remedium-nn.ru
апрель 2020



КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ

9 771993 638525

РЕМЕДИ
ПРИВОЛ
ЖУРНАЛ О РОССИЙСКОМ РЫНКЕ ЛЕКАРСТВ И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

СИЛДЕНАФИЛ-СЗ
ТЕПЕРЬ И В САШЕ*

Встречайте!

ПРОВЕРЕННАЯ КЛАССИКА
В НОВОЙ ФОРМЕ

САШЕ С ГРАНУЛАМИ
ДЛЯ ПРИЕМА ВНУТРЬ

НЕ СОДЕРЖИТ ЛАКТОЗУ!



• 50 МГ №4
• 100 МГ №4

Реклама

* Саше - разновидность упаковки в виде небольшого плоского пакетика, используемого в фармацевтической промышленности

Северная ЗВЕЗДА
www.ns03.ru

Отпускается по рецепту. Имеются противопоказания, перед применением необходимо проконсультироваться со специалистом

Тадалафил-СЗ

Лекарственное средство для лечения нарушений эрекции



Многообразие доступно!



Формы выпуска: 5 мг - №14, 20, 28, 30 20 мг - № 4, 7, 8, 10

Преимущества:

- **Признан Минздравом взаимозаменяемым по отношению к референтному препарату**[1]
- **Доступнее по цене** зарубежных аналогов в эквивалентных формах выпуска
- **Алкоголь не влияет на концентрацию тадалафила**[2]
- **Широкий спектр показаний - увеличение частоты выписки врачами:** показан не только при эректильной дисфункции, но и при аденоме простаты

Режим применения:

- **при эректильной дисфункции (ЭД):**

  - в случае занятий сексом < 2 раз в неделю - 20 мг незадолго до сексуальной активности

  - в случае занятий сексом >2 раз в неделю - 2,5-5 мг 1 раз в сутки, в одно и то же время, независимо от еды;
- **при аденоме простаты или ее сочетании с ЭД:**

  5 мг 1 раз в сутки, примерно в одно и то же время, независимо от времени сексуальной активности.

1 Гос. реестр лекарственных средств Минздрава РФ: рег. удостоверение препарата Тадалафил-СЗ. grls.rosminzdrav.ru

2 Из инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Тадалафил-СЗ

Северная ЗВЕЗДА
www.ns03.ru

Отпускают по рецепту Имеются противопоказания, необходимо ознакомиться с инструкцией по применению

РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ

Региональный специализированный информационно-аналитический журнал «Ремедиум Приволжье»
РП № 3 (180) апрель, 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, д. 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



6 *А. А. СОНЬКИНА-ДОРМАН*
КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ

9 **10 СОВЕТОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНСУЛЬТАЦИЙ**

10 **ПЛАН ПРЕОДОЛЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

10 *КОМПАНИЯ НАО «СЕВЕРНАЯ ЗВЕЗДА»*
СТАВКА НА УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ МОЩНОСТЕЙ

ВИП-НОВОСТИ

2-3 **С 75-ЛЕТИЕМ СО ДНЯ ПОБЕДЫ**

4 **МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

5 **ВАЖНО. ИНТЕРЕСНО. ПОЛЕЗНО**

ДЕЛОВЫЕ РИТМЫ

11 **ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ «НЕФРОЛОГИЯ», «КАРДИОЛОГИЯ» И «ОФТАЛЬМОЛОГИЯ»**



ПОРТРЕТ РЕГИОНА

ЧУВАШСКАЯ РЕСПУБЛИКА

12 **ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ: НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ В ДЕЙСТВИИ**

РЕСПУБЛИКА МАРИЙ ЭЛ

16 **ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ: СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ**



КОНСИЛИУМ

КАРДИОНЕФРОЛОГИЯ

20 *Г. Н. ЗУБЕЕВА*
ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

23 *Н. Ю. ПЕТРОВА*
ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРФОСФАТЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ДИАЛИЗЕ В СВЕТЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (CKD-MBD, KDIGO, 2017)

25 *В. Ю. ШИЛО, И. Ю. ДРАЧЕВ*
АППАРАТНЫЕ МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАЛИЗНОЙ ПРОЦЕДУРЫ

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

30 *Т. Г. КАМЕНСКИХ*
ВОЗРАСТНАЯ МАКУЛЯРНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОФТАЛЬМОЛОГИИ XXI ВЕКА

33 *КОМПАНИЯ «ДЖОНСОН & ДЖОНСОН»*
ОБРАБОТКА ИНСТРУМЕНТА В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

РЕЙТИНГИ

34 **ГОСПИТАЛЬНЫЙ РЫНОК РОССИИ: ИТОГИ 2019 ГОДА**



СОБЫТИЯ И КОММЕНТАРИИ

35 *Н. НОВГОРОД*
«СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОКРИНОЛОГИИ. ОПЫТ И ИННОВАЦИИ В КЛИНИЧЕСКИХ ПРИМЕРАХ»

36 **«ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ»**



ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЗДОРОВЬЕ

38 **ПОКИНУТЬ ЗОНУ КОМФОРТА**

39 **САМЫЕ ПОПУЛЯРНЫЕ ВОПРОСЫ О ВОДЕ**

40 **СИНДРОМ САМОЗВАНЦА**

С 75-летием со Дня Победы!

«…Люди! Покуда сердца стучатся, – помните!
Какою ценой завоевано счастье, – пожалуйста,
помните!..»
Р. Рождественский «Реквием»



9 мая 2020 года исполняется 75 лет со дня Великой Победы, и мы вспоминаем, через какие трудности прошел советский народ, сколько было потеряно жизней и сколько было спасено благодаря усилиям медицинских работников.

«То, что сделано советской военной медициной в годы минувшей войны, по всей справедливости может быть названо подвигом. Для нас, ветеранов Великой Отечественной войны, образ военного медика останется олицетворением высокого гуманизма, мужества и самоотверженности».

Иван Христофорович Баграмян

Великая Отечественная война унесла сотни тысяч жизней советских людей и стала одним из самых крупных военных событий за всю историю России. В ней принимали участие практически все жители нашей страны: кто-то воевал и участвовал в жестоких и кровопролитных сражениях, а кто-то работал в тылу, создавая новую боевую технику, патроны и оружие, производя продовольствие и отправляя их на передовую, спасая жизнь и здоровье раненых и больных.

ВОЕННОЕ ЛИХОЛЕТЬЕ И ПОДВИГИ ВРАЧЕЙ

В годы войны на фронте трудилось более 700 тысяч медицинских работников. По окончании войны 12,5% всех этих людей были убиты, и этот показатель серьезно превышает потери в каждом отдельном военном подразделении. Но несмотря на опасность, они никогда не опускали руки, а в самых экстремальных ситуациях только железная воля помогала им вытаскивать сотни людей с того света и вновь возвращать на поля сражений.

Медицинскому составу особенно тяжело приходилось в 1941 году, когда советская армия терпела самые большие потери, а представление о том, как быстро и эффективно справляться с навалившимся объемом проблем, было приблизительным. Одновременно с этим существовала низкая обеспеченность инструментами, медикаментами, оборудованием и даже формой, которая мгновенно пропитывалась литрами крови. Многие медсестры добровольно отдавали собственную кровь, спасая тем самым сотни жизней.

Медицинским сестрам приходилось постоянно лезть в гущу сражений, чтобы выносить на себе тяжелораненых бойцов, не способных самостоятельно передвигаться. Врачам необходимо было проводить сложнейшие операции зачастую под шквальным огнем, не имея достаточного количества медикаментов и санитарных условий.

Количество пострадавших и нуждающихся в неотложной помощи было так велико, что врачам и медсестрам приходилось работать без передышки несколько суток подряд. Очень распространенным явлением среди медперсонала были голодные обмороки, и случались они не потому, что нечего было есть, а из-за того, что врач или медсестра не могли отвлечься ни на секунду.

В ходе войны, особенно после начала контрнаступления советских войск, качество и возможности военного медицинского персонала серьезно возросли. Для решения важнейшей задачи – максимально быстро вернуть раненых солдат и офицеров на поля сражений, медикам было предоставлено все необходимое. Одновременно с этим война воспитала огромное количество настоящих профессионалов своего дела, обладающих стальными нервами и способных мгновенно справиться с самыми сложными проблемами. Они добились поразительных результатов, и за все время войны благодаря медицинским работникам в строй вернулось около 72% раненых солдат и 90% больных, то есть почти 17 миллионов человек. За время войны 116 тысяч медицинских работников были награждены орденами и медалями Советского Союза, из них 47 стали Героями Советского Союза, среди которых 17 женщин.

Героев этой страшной войны много, их подвиги неоценимы и должны оставаться в памяти каждого человека. Мы выделим сегодня трех легендарных медицинских работников, которые проявили мужество, отвагу и верность своему делу во время войны.

Компания «Ремедиум Приволжье» на странице remedium-nn.ru/?id=14513 объявила **КОНКУРС**
«Военные истории медицинских работников»,
посвященный 75-летию Победы в Великой Отечественной войне. 8 мая будут подведены итоги и выбраны пять лучших военных историй о медицинских работниках. С работами победителей так же можно будет ознакомиться на сайте **REMEDIUM-NN.RU** и в социальных сетях «Ремедиум Приволжье».





ЕРМОЛЬЕВА ЗИНАИДА ВИССАРИОНОВНА
(2 октября 1897 – 2 декабря 1974)

Наибольшее значение для сохранения здоровья людей и увеличения продолжительности их жизни из всех достижений научно-технического прогресса имеет, несомненно, открытие антибиотиков, и в первую очередь пенициллина.

Среди видных ученых нашей страны, внесших большой вклад в развитие этой области медицины, одно из ведущих мест по праву принадлежит создателю первого отечественного антибиотика, выдающемуся микробиологу, талантливому организатору здравоохранения, известному общественному деятелю, замечательному педагогу, академику АМН СССР, заслуженному деятелю науки РСФСР, лауреату Государственной премии СССР З. В. Ермольевой.

Большое число раненых в первом периоде Великой Отечественной войны требовало интенсивной разработки и немедленного введения в медицинскую практику высокоэффективных препаратов для борьбы с раневой инфекцией. В 1942 г. З. В. Ермольевой и ее сотрудниками во Всесоюзном институте эпидемиологии и микробиологии был найден активный продуцент пенициллина и выделен первый отечественный пенициллин – крустозин.

Уже в 1943 г. лаборатория начала готовить пенициллин для клинических испытаний. Работая практически круглосуточно, в чрезвычайно трудных условиях военных лет, Зинаида Виссарионовна и ее ученики получали, испытывали на активность, стерильность, безопасность и отправляли в клиники драгоценный препарат. Первые испытания проводились хирургами нескольких клиник Москвы, но в основном – в Яузской больнице, где размещался эвакогоспиталь. Именно там пенициллин получил всеобщее признание.

При непосредственном участии З. В. Ермольевой в конце 1944 г. на базе фабрики эндокринных препаратов в Москве был открыт экспериментальный цех, который начал выпуск жидкого концентрированного пенициллина. Многогранный опыт работы по этой проблеме был обобщен ею в известной монографии «Пенициллин» (1946).

Врач-новатор, крупный ученый, талантливый организатор здравоохранения и замечательный педагог – такой навсегда вошла в историю отечественной медицины Зинаида Виссарионовна Ермольева.

По материалам М. М. Кнопова, А. В. Клясова, РМАПО



БУРДЕНКО НИКОЛАЙ НИЛОВИЧ
(22 мая 1876 – 11 ноября 1946)

Выдающимся русским хирургом, основоположником российской нейрохирургии, главным хирургом Красной Армии, профессором кафедры факультетской хирургической клиники 1-го Московского ордена Ленина медицинского института, директором Центрального нейрохирургического института, академиком Академии наук СССР, генерал-лейтенантом медицинской службы был Н. Н. Бурденко.

В 1936 году, принимая орден Ленина, он сказал: «Мы, врачи, можем сохранить жизнь 97% раненых. Мы надеемся, что смерть от раны явится исключением и останется смерть от несчастных случаев, и это то, о чем я мечтаю».

В 1939–1940 годах под руководством Н. Н. Бурденко и Е. Н. Смирнова было составлено руководство «Материалы по военно-полевой хирургии». В этом труде были изложены санитарно-тактические основы хирургической помощи, учение о ранах, освещены вопросы специализированной помощи, очерчено понятие первичной обработки ран.

30 июня 1944 года правительством была учреждена Академия медицинских наук по проекту, разработанному Н. Н. Бурденко. Он же был избран ее первым президентом (1944–1946 гг.).

В 1944–1945 годах Николай Нилович занимается углубленным изучением пенициллинотерапии при ранениях самых различных частей организма. По его инициативе были созданы бригады, и на различных этапах эвакуации были проведены клинические наблюдения над действием пенициллина на инфекции с тщательным бактериологическим контролем.

Одним из первых в Советском Союзе Николай Нилович ввел в практику клинической работы хирургию центральной и периферической нервной системы, всесторонне разрабатывал теорию и практику этой новой области хирургии. Ему принадлежит разработка вопросов патогенеза и лечения шока, он разработал бульботомию – операцию в верхнем отделе спинного мозга – при остаточных явлениях после энцефалита, нейрохирургию опухолей головного мозга, предложил свой способ открытой блокады блуждающего нерва.

До самого конца своей жизни Николай Нилович остался верен главным качествам своего характера – активная жизненная позиция, решительная борьба с любыми возникающими трудностями, кипучая инициатива, самоотверженность и патриотизм.

По материалам очерков www.historymed.ru



АМОСОВ НИКОЛАЙ МИХАЙЛОВИЧ
(6 декабря 1913 – 12 декабря 2002)

Хирург-кардиолог, лауреат Ленинской премии, Герой Социалистического Труда, академик АН УССР, член-корреспондент АМН, кавалер орденов Ленина, Октябрьской Революции, заслуженный деятель науки Н. М. Амосов, придя в медицину, ощутил насущную необходимость поднять ее до уровня точных наук.

Николай Михайлович отличается от других врачей тем, что он в кратчайший срок успел получить сразу две профессии: инженер и хирург – и к каждой из них относился так, как будто от этого зависела его жизнь. Когда началась война, он не успел ни свыкнуться с ординаторской работой в больнице, ни освоить азы военно-полевой хирургии. Он стал ведущим хирургом полевого подвижного госпиталя–2266, который перемещался на конной тяге по полям сражений. Через его руки и руки пяти врачей бригады прошло за войну 40 тысяч раненых. «Мы не дали умереть от кровотечения ни одному», – вспоминал Николай Михайлович.

Во время войны он разработал новые методы лечения при ранениях грудной клетки, написал восемь научных статей по разным темам военнополевой хирургии. Когда Н. М. Амосов изобрел новый вид операции на суставах, появилась возможность помогать раньше погибавшим от сепсиса больным.

В 1974 году он написал повесть «ППГ–2266, или Записки военного хирурга». «За всю войну мне не довелось быть свидетелем броских, эффектных героических поступков. Но я видел другой, повседневный, ежечасный героизм, видел массовое мужество», – вспоминал он позже о работе своих коллег по госпиталю.

Н. М. Амосов принадлежал к числу тех богато одаренных людей, кто благодаря целеустремленности и большому трудолюбию за свою долгую нелегкую жизнь смог сделать очень много полезного для народа. Строгость к себе, удивительная искренность, мужество и сострадание к пациентам обратили к Николаю Михайловичу сердца многих людей.

По материалам очерков www.historymed.ru

12 МАЯ

Международный день медицинской сестры

Уважаемые коллеги!

Примите самые теплые и искренние поздравления с профессиональным праздником!

Ваш самоотверженный труд, высокий профессионализм и верность выбранному делу заслуживают самой высокой оценки и уважения. Выражаем вам огромную признательность и благодарим за выбор профессии и добросовестное отношение к работе.

Пусть подаренные вами забота, внимание, теплые слова, милосердие, чуткое отношение, отзывчивость и понимание будут вознаграждены признательностью и уважением пациентов.

От всей души желаем крепкого здоровья, выдержки и терпения, счастья и благополучия, мира и добра вам и вашим близким!

2020 г.
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ГОД РАБОТНИКОВ СЕСТРИНСКИХ И АКУШЕРСКИХ СЛУЖБ

По случаю **200-летней** годовщины со дня рождения Флоренс Найтингейл ВОЗ объявила **2020 год Международным годом работников сестринских и акушерских служб,** играющих решающую роль в том, чтобы сделать всеобщий охват услугами здравоохранения реальностью для людей во всем мире.

ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНКУРС «ЛУЧШИЙ СПЕЦИАЛИСТ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ»

АСМР
АССОЦИАЦИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Конкурс* проводится ЕЖЕГОДНО в соответствии с приказом МЗ РФ от 24 сентября 2013 года № 665н (с изменениями Пр МЗ РФ от 1 июля 2015 года № 404н) по номинациям: «Лучший фельдшер», «Лучший акушер», «Лучшая медицинская сестра», «Лучшая участковая медицинская сестра», «Лучшая старшая медицинская сестра», «Лучший лаборант», «Лучший фармацевт», «За верность профессии». В 2019 году на конкурс поступила **331** конкурсная работа по **восьми** номинациям из **56** субъектов РФ. Центральная Конкурсная комиссия определила **24** победителя 2019 года Всероссийского конкурса, которые представляют **22** субъекта РФ.

Мы гордимся и поздравляем победителей 2019 года – специалистов Приволжского федерального округа!



«Лучшая старшая медицинская сестра»
1-е место ***Васильева Наталья Константиновна –*** старшая медицинская сестра консультативной поликлиники ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России (г. Чебоксары)



«Лучшая медицинская сестра»
1-е место ***Ахтямова Гульфия Григорьевна –*** медицинская палатная сестра онкологического отделения межмуниципального медицинского онкологического центра ГБУЗ РБ «Городская больница города Кумертау» (Р-ка Башкортостан, г. Кумертау)



«Лучшая медицинская сестра участковая»
2-е место ***Гараева Гульсина Мухлисовна –*** медицинская сестра кабинета врача общей практики ГАУЗ «Мамадышская ЦРБ» (Р-ка Татарстан, г. Мамадыш)



«Лучшая акушерка»
3-е место ***Дудыкина Юлия Валерьевна –*** старшая акушерка ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница № 2» (г. Оренбург)



«За верность профессии»
1-е место ***Пятикоп Вероника Михайловна –*** главная медицинская сестра ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (г. Самара)



2-е место ***Комолова Валентина Петровна –*** главная медицинская сестра ГБУЗ «Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн» (г. Пенза)



3-е место ***Ильина Надежда Николаевна –*** старшая медицинская сестра ГБУЗ НО «Психиатрическая больница № 2 города Нижнего Новгорода» (г. Нижний Новгород)

*В конце 2020 года будут подведены итоги Конкурса текущего года. Время и место проведения торжественной церемонии награждения лучших специалистов со средним профессиональным медицинским/фармацевтическим образованием по результатам Конкурса ежегодно определяются приказом МЗ РФ

МИХАИЛ МУРАШКО: РУКОВОДИТЕЛИ ОТРАСЛИ ДОЛЖНЫ МОБИЛИЗОВАТЬСЯ



«Правительство Российской Федерации принимает беспрецедентные меры по разрыву эпидемического процесса. Медицинская служба не должна отставать от тех мер, которые вводятся Правительством. Все руководители отрасли должны мобилизоваться», – заявил министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко в ходе видеоселекторного совещания с регионами по вопросу готовности к оказанию медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией.

Михаил Мурашко сообщил участникам совещания о личной ответственности организаторов здравоохранения в регионах и недопустимости делегирования своих полномочий по исполнению приказа Минздрава России от 27.03.2020 № 246н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19». Министр подчеркнул необходимость грамотной и адекватной оценки всей инфраструктуры здравоохранения в регионах. Михаил Мурашко обратил внимание руководителей региональных органов управления здравоохранением на вопросы обеспечения медицинскими изделиями и лекарственными препаратами и призвал оценить запасы и провести необходимые закупки. Не остались без внимания вопросы необходимости обеспечения безопасности медицинских работников. Непрерывное обновление данных о российских и мировых подходах к тактике ведения пациентов становится основой Временных методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19. Новые редакции рекомендаций документов направляются в регионы и размещаются на сайте МИНЗДРАВА РФ.

ПОРУЧЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВУ

Президент поручил сформировать резервы необходимых лекарств, медизделий, медоборудования и тест-систем для диагностики COVID-19. Правительство должно обеспечить наращивание производства средств индивидуальной защиты и дезинфекции для нужд медицинских, аптечных и иных организаций и их поставку в необходимых объемах, а также формирование резерва этих средств для государственных и муниципальных нужд.

Правительству также поручено обеспечить проведение федеральными научными, медицинскими и иными организациями работ по созданию новых тест-систем для диагностики новой коронавирусной инфекции (COVID-19), а также вакцин для ее профилактики.

Медики, оказывающие медицинскую помощь гражданам, у которых выявлен COVID-19, а также осуществляющие медицинское наблюдение на дому за состоянием здоровья граждан из групп риска, сотрудники Роспотребнадзора и подведомственных организаций, задействованные в обследовании и выявлении инфицированных граждан, получат стимулирующие выплаты за работу в особых условиях и за дополнительную нагрузку.

Правительству совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации поручено обеспечить развертывание в медицинских организациях необходимого количества больничных коек для госпитализации больных с COVID-19. Медики этих учреждений должны снабжаться в полном объеме специальной одеждой и средствами индивидуальной защиты.

ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НАРУШЕНИЯ В СФЕРЕ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

В связи с распространением новой коронавирусной инфекции на территории РФ важным моментом является обеспечение доступного обращения безопасных и эффективных медицинских изделий, необходимых для предупреждения, диагностики и лечения COVID-2019. На территории РФ разрешается обращение зарегистрированных медицинских изделий (Порядок их регистрации регламентирован Правилами государственной регистрации медицинских изделий, утвержденными постановлением Правительства РФ от 27.12.2012 № 1416).

Вместе с тем с учетом распространения новой коронавирусной инфекции COVID-2019 Правительством РФ приняты временные меры по особенностям обращения медицинских изделий, предусматривающие в том числе упрощенную схему регистрации серии/партии медицинских изделий (постановление Правительства РФ от 03.04.2020 № 430). Нарушения установленных требований и особенностей обращения медицинских изделий, в том числе



реализация медизделий, не прошедших оценки в соответствии с действующим законодательством, создают реальную угрозу жизни и здоровью граждан.

Минздрав России и Росздравнадзор предостерегают от нарушения действующего законодательства в сфере обращения медицинских изделий и напоминают об ужесточении административного наказания по статье 6.33 Кодекса РФ об административных правонарушениях «Обращение фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок». Также за нарушения в сфере обращения медицинских изделий предусмотрена и уголовная ответственность в соответствии со ст. 238.1 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Источник: www.rosminzdrav.ru/news

НАКАЗАНИЕ ЗА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ФАЛЬСИФИЦИРОВАННЫХ ЛЕКАРСТВ И БАД В ИНТЕРНЕТЕ



Президент России Владимир Путин подписал 1 апреля два закона, действия которых направлены на повышение защиты граждан от поддельных лекарств и БАД, распространяемых через Интернет. Документы размещены на сайте pravo.gov.ru. Федеральные законы от 01.04.2020 № 95-ФЗ «О внесении изменений в статью 238-1 Уголовного кодекса РФ» и от 01.04.2020 № 89-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» предусматривают повышенную ответственность за распространение фальсифицированных лекарств с использованием средств массовой информации или информационно-телекоммуникационных сетей, в том числе сети Интернет.

После принятия этих законов Госдумой 19 марта портал www.duma-er.ru опубликовал комментарии председателя Комитета по государственному строительству и законодательству Павла Крашенинникова.

По его словам, за административно-наказуемое деяние штраф для граждан составит от 75 тыс. до 200 тыс. рублей, для должностных лиц и индивидуальных предпринимателей – от 150 тыс. до 600 тыс. рублей, для юридических лиц – от 2 млн до 6 млн рублей. Для организаций и ИП в качестве альтернативного наказания может применяться административное приостановление деятельности на срок до 90 дней.

Протоколы о данном административном правонарушении будут составлять должностные лица органов, осуществляющих функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения и государственный санитарно-эпидемиологический надзор.«В качестве максимального наказания за уголовно-наказуемое деяние предусмотрено лишение свободы на срок от 4 до 6 лет», – сообщил Крашенинников.

Кроме того, законами вносится уточнение, на какие случаи ответственность распространяться не будет:

– если реализация или ввоз незарегистрированных лекарств или медизделий осуществляется в соответствии с законодательством об обращении лекарств и законодательством об охране здоровья (например, по жизненным показаниям конкретных пациентов);

– если указанные препараты или медизделия в России не производятся;

– если они рекомендованы к применению ВОЗ.



Главная тема

А. А. СОНЬКИНА-ДОРМАН, врач-педиатр и преподаватель Международной ассоциации по общению в медицине – Teaching Committee of the International Association for Communication in Healthcare

Коммуникативные навыки общения с пациентами

Дефицит времени – большая проблема для многих медицинских специалистов. Из-за него в профессиональной среде возникает не только дополнительный стресс, но часто происходят искажение и неэффективное общение и с пациентами, и с коллегами? От действий, которые продиктованы нашим намерением ускорить согласованность взаимодействия или выполнение консультации (медицинской процедуры). При этом страдают не только результат сотрудничества или контакт с пациентом, доверие и удовлетворенность, но и израсходованное на общение время – то самое, которое мы пытаемся сэкономить. Оно может увеличиваться. Тому есть множество примеров.



А. А. Сонькина-Дорман

Торопливость в сборе анамнеза приводит к тому, что не высказанные пациентом идеи или вопросы прозвучат в конце и затянут последний этап консультации. Торопливость в попытках переубеждения коллеги, который в чем-то заблуждается, приводит к эскалации эмоций и удлинению времени согласования этапов вза-имодействия за счет конфликта. Торопливость в предоставлении информации приводит к низкому пониманию ее коллегами (пациентом) и необходимости все повторять по несколько раз.

Во всех тех навыках, которые позволяют этого избежать, кроется общая тенденция: стоит вложиться в моменте, чтобы сэкономить позднее. Стоит в определенные моменты замедлиться, чтобы в итоге быстрее приехать. Festina lente – спеши не торопясь.

Один из примеров этого принципа: врач УЗИ рассказала, как начинаются ее консультации. Пациентка заходит, ложится, освобождает живот. После этого доктор ей представляется, спрашивает имя и объясняет, что будет происходить. То есть пациент первый раз контактирует с врачом из положения лежа, что большинству людей некомфортно и сильно мешает контакту. Посадить пациента сначала на стул и в таком положении познакомиться и коротко поговорить перед началом исследования – это, конечно, дополнительное время. Минуты три. Зато, вложившись в установление контакта, вы приобретаете более спокойного и вследствие этого активного пациента, который охотнее рассказывает, задает вопросы и говорит, когда что-то непонятно, экономя то время, которое иначе было бы потрачено в конце – на повторение, дополнительные вопросы и споры, или даже после консультации – на повторные визиты, звонки или жалобы.

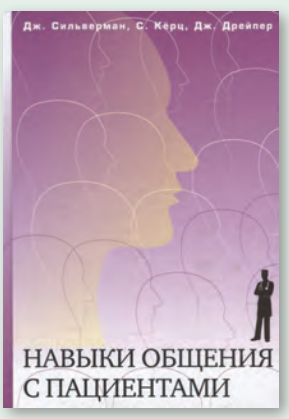
Во многих странах врачи учатся навыкам общения с пациентами еще в университетах: сообщать диагноз, говорить о прогнозах, планировать лечение вместе с больными и реагировать на их тревожные мысли. В российской системе медобразования этому не учат, и на проблемы в общении до последнего времени не обращали внимания. Совершенствуя навыки общения с пациентами, медицинские специалисты могут за более короткий диапазон времени расспрашивать, договариваться, объяснять, структурировать, строить долгосрочные отношения, добиваться клинических результатов.

Развивать навыки общения с пациентами на равных можно в медицинской школе коммуникаций «СоОбщение». Ее основатель **Анна Сонькина-Дорман.** Анна ведет Курсы построены по Калгари-Кембриджской модели. Основной формат – двухдневные курсы с участием симулированных пациентов, актеров, которые воспроизводят разные модели поведения людей на консультациях. Более подробную информацию можно получить в следующих источниках: http://soobshenie.com/, https://www.facebook.com/MedSchoolSoobshenie/

По наблюдениям Анны, проблемы, которые часто возникают между российскими медработниками и пациентами, возникают и на уровне навыков, и на уровне этических установок на этапе профессионального самоопределения. Показателен пример, когда на курсах врач спрашивает, как ему себя вести, если подросток задает вопрос: «Неужели я умираю? Я чувствую себя хуже и хуже». Я начинаю проговаривать технику ответа, и тут доктор говорит: «Ему нужно сказать правду?!». Выясняется, что вопрос не в том, как говорить о прогнозе заболевания с подростком, а говорить ли ему правду вообще, нужно ли его обманывать или уводить от темы. Это проявление устойчивого патернализма, то есть высокомерного отношения к другому, что очень часто проявляется и в педиатрии, и в хирургии. Не врач и пациент принимают решение вместе, а «я – врач, лучше знаю, что тебе, пациенту, надо». Не редкость в медицинской среде и удивительна проблема косноязычия, которую, конечно, необходимо решать еще в детском возрасте. Умение формулировать свою мысль – это навык, который должен развиваться с детства. Дело в том, что западная система образования выстроена так, чтобы научить человека излагать свои мысли. Школьники, студенты постоянно пишут эссе, где нужно высказать тезис, доказать его и сделать вывод. У нас, к сожалению, система образования дефицитна в этом плане.

На уровне отсутствия эффективных коммуникативных навыков первоочередная трудность – это медицинские специалисты, которые технически не умеют слушать пациента. Вероятно, это связано с врачебным мышлением. Врач не выдерживает пауз и иногда не выслушивает пациента до конца. И это очень большая проблема, потому что пациент не озвучивает все, что его беспокоит, а это может быть важно при постановке диагноза и назначении лечения. Дело в том, что наш мозг привык решать врачебные задачи, он слишком сосредоточен на медицине. Если к врачу придет хромой человек и говорит о болях в голове, врач сразу думает, что ему делать. Но у него на приеме не нога и голова,

О КНИГЕ «НАВЫКИ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ» ДЖ. СИЛЬВЕРМАН, С. КЁРЦ, ДЖ. ДРЕЙПЕР



Книга считается во всем мире основным учебником по совершенствованию навыков общения с пациентами. В ней приведены очень конкретные, практические описания приемов коммуникации и доказательная база, на которую они опираются. Руководство адресовано студентам медицинских вузов, врачам всех специальностей, средним медицинским работникам, организаторам здравоохранения.

Последние годы ознаменовались обширными реформами и переменами в российском здравоохранении. Важной движущей силой этих перемен, как мне представляется, является растущее недопонимание между врачами и пациентами. Оно проявляется в самом факте создания таких движений, как Лига защиты пациентов, а затем и Лига защиты врачей, в множестве публично освещенных конфликтов и судебных исков, в обилии жалоб от пациентов во все возможные инстанции и в огромной текучке медицинских кадров. То, что низкий уровень профессионального общения у российских медицинских работников – причина огромной части проблем здравоохранения, понимают уже все участники процесса – от пациентов до министерства здравоохранения.

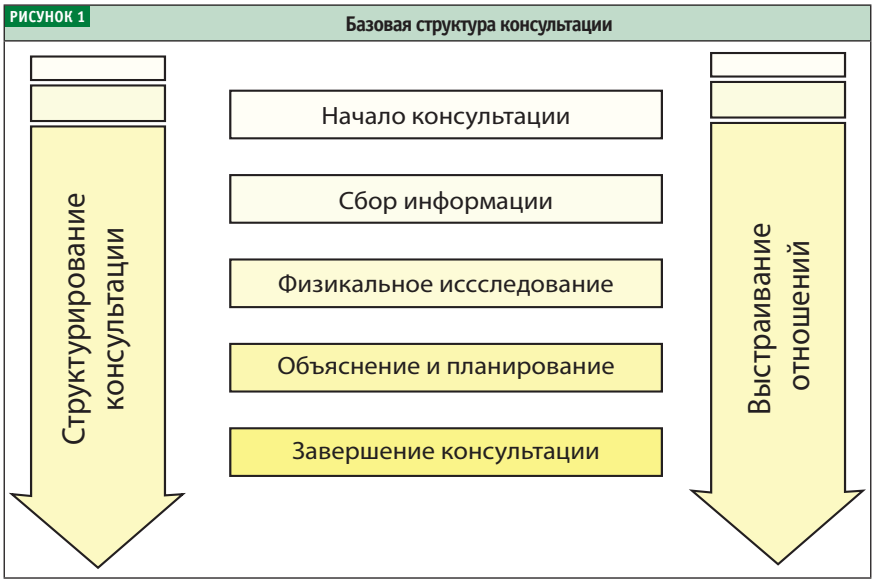
Коммуникативная компетентность, то есть профессионализм в общении с пациентами, ставится во всем мире на один по значимости для клинической практики уровень с такими компетенциями, как базовые научные знания, клиническое мышление и практические навыки. Между тем в структуре медицинского образования в России не предусмотрено обучение этим важнейшим навыкам, не создана база современной и грамотной литературы по этому предмету, отсутствуют специально подготовленные для тренировки этих компетенций преподаватели. Буквально на наших глазах эта ситуация начинает меняться: вводится аккредитация выпускников, включающая оценку коммуникативных навыков, создаются программы обучения врачей, в некоторых университетах внедряются практические занятия в рамках различных клинических дисциплин.

Встает следующий, уже более практический вопрос. На что опираться, где черпать содержание для этого обучения? Клиническая практика – сложнейший по совокупности одновременно стоящих задач процесс. Параллельно с выстраиванием отношений и налаживанием взаимопонимания с пациентом врач должен собрать всю необходимую для постановки диагноза информацию, успевая при этом клинически мыслить, затем предоставить информацию пациенту для информированного принятия решения и к тому же все это очень хорошо структурировать, чтобы уложиться в очень короткое время. Это значит, что слепо заимствовать навыки и приемы из других сфер – менеджмента, продаж, управления – нельзя. Для решения особых задач нужны особые инструменты.

Изданная на русском языке КНИГА является современным авторитетным учебником, описывающим основанные на доказательствах подходы, принципы и навыки общения, специфичные именно для медицинской практики, которые могут по-настоящему и существенно повлиять на результаты лечения и удовлетворенность как врачей, так и пациентов процессом оказания помощи.

Анна Сонькина-Дорман, *врач, специалист паллиативной медицины; преподаватель навыков общения в медицине; член Международной ассоциации по общению в медицине; учредитель Школы навыков профессионального медицинского общения «СоОбщение».*

РИСУНОК 1 Базовая структура консультации



а человек, рассказывающий о своих мыслях, страхах и переживаниях. Мозг врача это фильтрует. И исследования подтверждают, что врачи часто не замечают проявления индивидуальности пациента на консультациях.

Не менее значимо в развитии коммуникативных навыков медицинских специалистов побороть свой страх оказаться в тупике в рассуждениях: «Если я узнаю, что думает пациент о своем заболевании, и его мысль окажется неверной, я не буду знать, что ему сказать». Врачи не знают, как реагировать на эмоции, например, на плач или на агрессию. У них нет инструмента справляться с этим, потому что в университете не научили. И поэтому эмоции они игнорируют, чтобы человек почувствовал, что не надо здесь плакать, этому тут не место.

Когда на приеме есть место только медицинским показаниям, врачу кажется, что он все контролирует. Но очень многие задачи в медицине невозможно эффективно решить, если не поддержать пациента эмоционально.

Тут обвинять врачей нельзя. Если этому никогда не учили, ты ведешь себя исходя из интуитивных выводов, а интуиция подсказывает – на приеме может быть только чистая медицина. Весь медицинский мир рано или поздно обращается к обучению коммуникативным навыкам. Это не само собой разумеющееся. Также и с принятием мыслей пациента. В Калгари-Кембриджской модели этот навык рассматривается наравне со всеми. Врач должен научиться не только слышать страхи и тревоги пациента, но и принимать их без осуждения. Задача врача – понять позицию пациента, отнестись к ней с уважением, если ты хочешь, чтобы пациент потом принял твою позицию. Нашему человеку невозможно усидеть на месте, если он столкнулся с «неправильным» мнением, ему тут же нужно доказать обратное, исцелить от этой неправильной мысли, а в западной культуре поведения больше толерантности и демократии. Представьте, как обычно ведет себя врач, когда к нему приходит пациент и говорит: «Я боюсь делать прививки, от прививок бывает аутизм». Немедленно надо сказать, что человек не прав, заставить его думать, как думаешь ты. А пациент чувствует, что его мнение обесценилось. Он толком свою позицию не успел аргументировать, его уже переубеждают. Это не способствует доверию. Современный пациент не будет слушать врача и уважать его только потому, что он врач. Врач легко теряет доверие, если пациент не чувствует уважение к себе как к личности. И пациент не создатель антипрививочного мифа, он не враг, он жертва, так как работал над своим мнением, что-то читал, но неправильно понял. Нужно выслушать его, проявить уважение к нему и его попыткам разобраться и потом предложить свое объяснение. Можно работать с этой проблемой на курсах, моделируя ситуацию, когда симулированный пациент на приеме у педиатра выдает тираду в адрес прививок. Первая реакция врача – «драться». Рассказывает Анна Сонькина-Дорман: «Я останавливаю диалог, прошу врача поделиться своими чувствами и спрашиваю: «Вы когда-нибудь вели себя так, что потом жалели? Если хотя бы раз в жизни вы исповедовали другое мнение и потом поняли, что заблуждались, вы в состоянии понять пациента». Обычно приходится долго копаться в личном опыте врача, пока, наконец, он не скажет: «Я по-человечески, конечно, могу понять». О том и речь – понять по-человечески, т. е. уважительно принять точку зрения другого человека.

Правда, может возникнуть другая проблема – если медицинский специалист при объяснении пациенту что-то быстро проговорит, будет использовать термины, пациент может и не понять. На наших курсах мы учимся выстраивать объяснение исходя из индивидуальной потребности в информации пациента и его уровня знаний.

Конечно, растет также вопрос, как научить межличностному общению «на равных», когда врачи даже между собой и с младшими работниками общаются, исходя из принципов патернализма. Анна сформулировала ответ таким образом: «С точки зрения методологии мы знаем, что делать, и Школа «СоОбщение» этим занимается. Но мы не знаем, какой эффект дает такое первичное обучение и как долго он держится при возвращении человека в привычную среду. Это сложный организационный вопрос, который входит в более широкую тему «Как учить врачей в России», нужны системные инициативы и долгосрочные инвестиции, а не заявления, подобные таким: «пусть через два года все выпускники медицинских вузов сдают экзамены по навыкам общения», при этом даже не уточняя – по каким навыкам, как долго их учить, как будут оценивать результат.

По материалам интервью, записанного Дианой Карлинер https://pro-palliativ.ru/blog/obshhenie-eto-tolko-chast-problemy/

10 советов для медицинских специалистов при проведении консультаций

1. Представляйтесь

Как часто на консультациях вы называете свое имя и фамилию? На первой встрече с пациентом необходимо представиться и кратко объяснить свою специальность или роль в команде, а также характер консультации. Это первый шаг к построению доверительных отношений между врачом и пациентом. Если пациент не представился, спросите, как его зовут и как к нему обращаться.

2. Задавайте открытые вопросы

После вопросов «Что привело вас к нам?» или «Что вас беспокоит?» некоторые врачи сразу переходят к закрытым вопросам, пытаясь уточнить детали, необходимые для постановки диагноза. Таким образом можно упустить подробные сведения о симптомах и увести пациента в обсуждение других проблем. Поэтому так важно выслушать подробный рассказ пациента. Избегайте тестовых вопросов с вариантами ответа, наводящих вопросов, а также множественных вопросов. Вместо уточняющих вопросов эффективнее использовать метод фасилитации: «Продолжайте», «Расскажите об этом», «Угу», «Конечно», «Расскажите подробнее».

3. Не перебивайте пациента

Один из самых распространенных страхов врачей в том, что пациент может «захватить» время консультации, если дать ему возможность высказаться. Однако исследование спонтанного времени разговора на консультации показало, что среднее время монолога пациента составляет 92 секунды, и только семь из 335 пациентов говорили более пяти минут, но врачи сочли, что это не было лишним. Свободный рассказ пациента сокращает время консультации и облегчает запоминание врачом анамнеза.

Если вы чувствуете, что пациент перечислил необходимые симптомы и начинает уводить вас в другие темы разговора, обобщите полученную информацию: «Давайте сначала перечислим все, чтобы ничего не пропустить, а потом обсудим подробнее». Ощущение того, что все проблемы зафиксированы, позволит снизить уровень тревоги пациента.

4. Обращайте внимание на сигналы пациента

Не отрывая взгляда от экрана монитора или от медицинской карты пациента, врач рискует упустить невербальные сигналы пациента – взгляд, поза, темп, тембр голоса. Эти сигналы могут выражать тревогу, непонимание или недоверие. Зрительный контакт во время консультации с пациентом обязателен.

Исследования показывают, что только в 21% случаев врачи отзываются на сигналы об эмоциях пациентов. Консультации, в которых были сигналы, и врачи на них отзывались, были короче тех, где врачи на сигналы не реагировали.

5. Важен и медицинский, и эмоциональный контекст

Игнорирование эмоциональной составляющей может привести к недопониманию между врачом и пациентом. Не все пациенты выражают свои эмоции при встрече с врачом, но вы можете помочь им в этом: «Что вы чувствуете?», «Вас это расстроило?», «Что вас тревожит?».

6. Признайте, что пациент – тоже эксперт

Только на первый взгляд все пациенты с онкологией (или другим заболеванием) одинаковые. На самом деле у каждого из них свой опыт переживания болезни – у них разные тревоги, представления о болезни и ожидания. Одного пациента будет больше всего тревожить влияние болезни на внешний облик, другого, возможно, боль, а третьего – изменение образа жизни. Постарайтесь построить с пациентом такие отношения, в которых каждый из вас будет экспертом. Пациент в данном случае – эксперт в своем индивидуальном и особом опыте переживания болезни.

7. Не используйте термины или объясняйте их

Исследования показывают, что 79% врачей используют термины и не объясняют их. Пациенты редко показывают, что не понимают чего-либо. Во время консультаций постарайтесь говорить на доступном пациенту языке, так, чтобы ему было легче запомнить информацию.

8. Не осуждайте и не перебивайте пациента

«Почему же вы не пришли раньше?», «Неужели вы так долго не замечали симптомы?» – подобные высказывания не помогают, а только раздражают пациента. Постарайтесь принимать его чувства, мнения и реакции без осуждения. Не бойтесь проявлять сочувствие: это создает основу для доверия и снижает вероятность конфликта между врачом и пациентом.

Старайтесь придерживаться принципа партнерства и общения с пациентом на равных. Пациент не будет готов услышать вашу позицию, пока не выскажет свою и не почувствует, что вы ее приняли.

9. Спрашивайте пациента о потребностях в информации

Исследования показывают, что пациенты в основном ценят информацию о диагнозе, прогнозе и причинах. Врачи же ставят акцент на лечении и лекарствах. Узнайте, что пациент хочет знать, прежде чем пускаться в объяснения.

10. Избавьте пациента от чувства неопределенности

Около 50% пациентов не следуют рекомендациям врачей. Врач должен быть уверен, что после окончания консультации пациент будет знать, какие обследования и в какое время ему нужно сделать, какие препараты и как часто необходимо принимать. Во время консультации проверьте, правильно ли пациент вас понял, вежливо попросите повторить объяснение своими словами. Оговорите необходимость следующей встречи, а также предпочтительный способ связи, если у пациента возникнут срочные вопросы.

ПЛАН ПРЕОДОЛЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Подготовлено Правительством РФ

СНИЖЕНИЕ АДМИНИСТРАТИВНОЙ НАГРУЗКИ**

20 видов разрешений* автоматически продлеваются**
Или по ним переносятся сроки аттестаций

100 тыс. аккредитаций специалистов
на право осуществления медицинской и фармацевтической деятельности

3303 аккредитации лиц, аккредитованных в национальной системе аккредитации

113 аттестаций экспертов в области промышленной безопасности

Для 319 тыс. работников
перенесена проверка знаний обязательных требований в электроэнергетике в комиссиях Ростехнадзора после 1 октября 2020 г.

500 тыс. сертификатов
врачей и среднего медицинского персонала

500+ аттестаций
на право проведения экспертизы проектной документации

115 тыс. аттестаций
работников в области промышленной безопасности, безопасности гидротехнических сооружений, безопасности в электроэнергетике в аттестационных комиссиях Ростехнадзора будет перенесено на период после 1 октября 2020 г.

Упрощено переоформление лицензий для медицинских организаций, участвующих в мероприятиях по борьбе с коронавирусом

Отменяется ряд разрешений в сферах электроэнергетики и промышленной безопасности

ПОДДЕРЖКА ПОСТРАДАВШИХ ОТРАСЛЕЙ КУЛЬТУРА И ДОСУГ*

Сохранён объём финансирования учреждений культуры
Органы власти – учредители организаций культуры могут изменять показатели по государственному заданию

Все развлечения – не выходя из дома
Бесплатный доступ к онлайн-экскурсиям по музеям, выставкам, спектаклям и кинофильмам на портале культура.рф

Результат
Более 180 тыс. ежедневных посещений портала

культура.рф

ПОДДЕРЖКА ДОХОДОВ НАСЕЛЕНИЯ

С 1 апреля по 30 июня

Увеличиваются зарплаты врачей и медсестёр, также сотрудников скорой помощи, работающих с больными коронавирусом

Дополнительно в месяц выплачивается

Сотрудникам больниц			Сотрудникам скорой помощи		
Врачам	Среднему медперсоналу	Младшему медперсоналу	Врачам	Средним медработникам	Водителям
80 тыс.	50 тыс.	25 тыс.	50 тыс.	25 тыс.	25 тыс.

Максимальный размер пособия по безработице увеличен на 50% – до 1 МРОТ (12 130₽)

Уволенным после 1 марта в апреле – июне начисляется максимальное пособие

Выделено на пособие безработным в 2020 году
+36 млрд₽

Семьям, в которых родители являются безработными в течение 3 месяцев, выплачивается дополнительное пособие

Размер пособия
3 тыс. ₽

*По данным Минкульта РФ **По данным Минэкономразвития РФ ***Полный список разрешений утверждён Постановлением Правительства от 03.04.2020 № 440

СТАВКА НА УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ МОЩНОСТЕЙ

Фармацевтическая компания НАО «Северная звезда» основана в 1996 году и специализируется на выпуске твердых дозированных лекарственных форм: таблеток, в том числе покрытых оболочкой, и твердых желатиновых капсул. Также есть линия по изготовлению саше.



Компания производит свыше 50 наименований лекарственных препаратов и более 150 ассортиментных позиций по полному циклу из субстанций российских и импортных производителей.



При производстве препаратов используется современное оборудование ведущих зарубежных производителей: CAM (Италия), Killian (Германия), Alexanderwerk (Германия), Marchesini Group (Италия), Shimadzu (Япония), IMA (Италия) и др.



Лекарственные средства НАО «Северная звезда» ассоциируются прежде всего с высоким качеством. Это результат 20-летних инвестиций в современное фармацевтическое оборудование, высококачественное сырье и подготовку профессиональных кадров. Современный подход к производству позволил оптимизировать затраты и предложить покупателю наилучшую цену на продукцию. Свыше 10 лет деятельность завода подтверждается международными стандартами качества GMP.



В 2019 году открылась вторая производственная площадка в Низино, недалеко от С.-Петербурга. Запущены две производственные линии таблетирования, две линии фасовки и упаковки, линия по изготовлению саше, складской комплекс. Эта площадка позволила на данный момент в два раза увеличить объем производимых твердых лекарственных форм. На производстве есть оборудование, не имеющее аналогов в России – высокоскоростной таблетный пресс, производственная мощность которого составляет 1 млн таблеток в час. Во втором производственном корпусе, который уже строится, будут производиться инъекционные растворы, глазные капли и спреи.

Особенности новой производственной площадки: современное оборудование с большой автоматизацией производства; минимум ручного труда; высокая степень мониторинга всех процессов: от водо- и воздухоподготовки до всех производственных процессов.

В ближайшее время в продажу поступят такие препараты, как Мебеверин-СЗ, Декскетопрофен-СЗ и Доксиламин-СЗ. В связи с последними событиями увеличили выпуск противовирусного препарата Тилорон-СЗ, широко применяемого для лечения и профилактики гриппа и ОРВИ, а также для лечения герпеса. ®

По материалам компании НАО «Северная звезда»

ПЛАНИРУЙТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

в ритме научно-практических конференций по офтальмологии, нефрологии и кардиологии в Приволжском федеральном округе в 2020 году

ОФТАЛЬМОЛОГИ

14 МАЯ* НИЖНИЙ НОВГОРОД	*IX Межрегиональная НПК* **«Организация профилактики и оказания специализированной офтальмологической медицинской помощи населению Приволжского федерального округа»** *(онлайн-конференция)* ✓ *Провайдер: (831)411–19–83, e-mail: remedium@remedium-nn.ru* *(Научные руководители: Мазунин И. Ю.)*
26 ИЮНЯ ОРЕНБУРГ	*Региональная НПК* **«Актуальные вопросы офтальмологии»** *Организаторы: (3532)50–06–06 (Апрелев А. Е.), e-mail: k_ophtalm@orgma.ru*
9–10 ИЮЛЯ САМАРА	*Витреоретинальная Мастерская* **«ВИДЕОРЕТИНА 3D – 2020»** *с международным участием* *Организаторы: (846)323–00–00 (Гапонова Е. В.), e-mail: mail@zrenie-samara.ru*
7 АВГУСТА ЧЕБОКСАРЫ	*Межрегиональная НПК* **«Новые технологии в офтальмологии»,** *посвященная дню рождения академика С. Н. Федорова* *Организаторы: 8(967)470–46–96 (Поздеева Н. А.), e-mail: pozdeeva@mntkcheb.ru*
28 АВГУСТА ОРЕНБУРГ	*XXXI Всероссийская НПК* **«Оренбургская конференция офтальмологов»** *Оргкомитет: (3532)65–06–82 (Чупров А. Д.), e-mail: nauka@ofmntk.ru*
11 СЕНТЯБРЯ ПЕРМЬ	*XIX НПК офтальмологов Пермского края* **«Прикамские зори – 2020»,** *посвященная 100-летию кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «ПГМУ имени академика Е. А. Вагнера»* *Организаторы: (342)239–30–08 (Гаврилова Т. В.), e-mail: gavrilova.tv@mail.ru*
СЕНТЯБРЬ НИЖНИЙ НОВГОРОД	*Межрегиональная НПК* **«Современная офтальмология. Достижения и перспективы развития»** ✓ *Провайдер: (831)411-19-83, e-mail: remedium@remedium-nn.ru* *(Научные руководители: Мазунин И.Ю.)*

НЕФРОЛОГИ

4–5 ИЮНЯ ТОЛЬЯТТИ	*Межрегиональная НПК* **«Междисциплинарные вопросы нефрологии в современной врачебной практике»** *Организаторы: 8(916)521–84–01 (Кузьмина Н. И.), e-mail: nata@edicom.ru*
15 СЕНТЯБРЯ* НИЖНИЙ НОВГОРОД	*IX Межрегиональная НПК* **«Коморбидность в кардионефрологии. От хронической болезни почек к терминальной почечной недостаточности»** ✓ *Провайдер: (831)411–19–83, e-mail: remedium@remedium-nn.ru* *(Научные руководители: Зубеев П. С., Зубеева Г. Н., Пичков Д. О., Никитин С. В.)*
2–3 ОКТЯБРЯ САРАТОВ	*XI Научно-практическая конференция РДО в Приволжском федеральном округе* **«Актуальные вопросы нефрологии и заместительной почечной терапии»** *Организаторы: 8(903)188–71–45 (Алпацкая Т. Н.), e-mail: rosdialysis@mail.ru*
24 ОКТЯБРЯ САМАРА	*5-й Поволжский урологический форум* **«Современные аспекты урологии»** *Организаторы: 8(927)905–40–44 (Гарипова Раиса), e-mail: raisa.garipova@micepartner.ru*

КАРДИОЛОГИ

16–17 МАЯ САМАРА	*Форум молодых кардиологов РКО* **«От противоречий к инновациям в современной кардиологии»** *(онлайн-конференция)* *Организаторы: 8(927)905–40–44 (Гарипова Раиса), e-mail: raisa.garipova@micepartner.ru*
29 МАЯ КАЗАНЬ	*II Межрегиональная НПК с российским участием* **«Актуальные вопросы лечения сердечно-сосудистых заболеваний»** *Организаторы: (843)267–60–96 (Яшанин Д. А.), e-mail: dir@mfvt.ru*
17–18 СЕНТЯБРЯ НИЖНИЙ НОВГОРОД	*Всероссийская НПК* **«Актуальные вопросы диагностики и лечения легочной гипертензии»** ✓ *Провайдер: (831)411-19-83, e-mail: remedium@remedium-nn.ru* *(Научные руководители: Шляхто Е.В., Максимов А.Л.)*
29 СЕНТЯБРЯ – 1 ОКТЯБРЯ КАЗАНЬ	**Российский национальный конгресс кардиологов 2020** *Организаторы: (812)702–37–49, e-mail: program@scardio.ru*

*Предварительная регистрация участников на сайте REMEDIUM-NN.RU



Портрет региона

Чувашская Республика

Уважаемые коллеги!

Здоровьесбережение населения, повышение доступности и качества медицинской помощи для всех жителей Чувашии – приоритет государственной политики республики. В регионе реализуется 52 федеральных проекта по 11 направлениям. Приоритетные их них – национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография». В 2019 году особое внимание уделялось развитию первичного звена, особенно в районах. Введено в действие 27 ФАПов, капитально отремонтировано 47 объектов районных больниц и межтерриториальных медицинских центров, закуплено около 90 единиц современного медицинского оборудования. Встали в строй 18 мобильных комплексов.

Особый акцент сделан на решение кадровых проблем. За время действия программы «Земский доктор» был принят 471 врач, «Земский фельдшер» – 63 специалиста. Свыше 3600 медработников воспользовались различными мерами социальной поддержки.

Чувашская Республика по-прежнему остается в тройке лидеров по цифровизации здравоохранения. 100% медорганизаций подключены к Интернету и имеют доступ к единой информационной системе. За 2019 год по региональной линии связи состоялось почти 2500 телеконсультаций.

Слаженная работа медиков по формированию навыков здорового образа жизни среди населения принесла свои плоды. Республика вошла в пятерку лучших регионов России по количеству приверженцев ЗОЖ, их доля в 2019 году составила 24,7%, а систематически занимающихся физкультурой и спортом – 44,8%.

Хочу также отметить, что мы изучаем опыт работы коллег из других регионов России. Я выражаю свою благодарность редакции журнала «Ремедиум Приволжье» за активную деятельность в организации информационного обмена между субъектами Приволжского федерального округа. Уверен, что ознакомление с содержанием журнала даст регионам дополнительный импульс для достижения намеченных целей и успешного развития сферы здравоохранения.



В. Г. Степанов,
министр здравоохранения Чувашской Республики

Столица – г. Чебоксары

Площадь – 18,3 тыс. кв. км

Население – 1217,8 тыс. человек

Доступность медицинской помощи в рамках ОМС – **47** подведомственных медицинских организаций

Уровень обеспеченности врачами на 10 тыс. населения – **43,7**, средним медицинским персоналом – **99,2**



Здравоохранение Чувашской Республики: национальные проекты в действии

2019 год для системы здравоохранения Чувашской Республики стал отправной точкой реализации национальных проектов. Самые приоритетные из них – «Демография» и «Здравоохранение».

В 2019 году медицинскую помощь населению республики оказывали 47 медицинских организаций государственной системы здравоохранения с общей плановой мощностью 37 540 посещений в смену и общим коечным фондом на 9,2 тыс. круглосуточных коек.

На конец года в отрасли здравоохранения работало свыше 27,4 тыс. специалистов, в том числе более 5 тыс. врачей и почти 12 тыс. работников со средним медицинским образованием.

ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО

Ключевую роль в сокращении смертности от основных причин играет первичное звено здравоохранения.

Президент Российской Федерации Владимир Путин в своем Послании 2020 года и в последующих встречах с Правительством страны пристальное внимание уделил развитию именно первичного звена здравоохранения.

В Чувашской Республике в последние годы существенно укреплена инфраструктура здравоохранения, в том числе первичного звена.

В республике с 2013 года идет поэтапное обновление сети ФАПов. За семь лет построено и введено в эксплуатацию 206 фельдшерско-акушерских пунктов. В 2020 году еще шесть ФАПов будут построены взамен ветхих.

Для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с численностью до 100 человек в 2019 году введен в эксплуатацию 21 мобильный ФАП с учетом закупленных в 2018 году пяти мобильных ФАПов, то есть в каждом муниципальном районе функционирует мобильный ФАП.



Важно максимально приблизить «первичку» для жителей малонаселенных деревень и сел. Организована работа выездных медицинских бригад, в том числе для проведения широкомасштабной диспансеризации населения и профилактических осмотров.

За последние шесть лет построено 12 новых поликлиник в Чебоксарах. В январе в столице Чувашии состоялось историческое событие – открытие многопрофильной поликлиники Центральной городской больницы с учетом «бережливых» технологий. К поликлинике прикреплено около 40 тыс. человек. В структуре – кабинеты



неотложной медицинской помощи, отделения врачей общей практики и терапевтов, узких специалистов, Центр амбулаторной онкологической помощи, отделения функциональной диагностики и восстановительного лечения, клинико-диагностическая лаборатория, женская консультация, отделение профилактических осмотров, а также дневной стационар и детская служба. С вводом новой поликлиники в Центральной городской больнице дополнительно создано 45 рабочих мест.

Модернизация первичного звена здравоохранения Чувашской Республики будет продолжена в рамках одноименной программы. Ее основная цель – обеспечение оптимальной доступности первичной медико-санитарной помощи для каждого жителя республики. Для этого необходимы:

- дальнейшая замена ФАП и врачебных амбулаторий и строительство новых;
- планирование, проектирование и строительство многопрофильных микрополиклиник и ОВОП в крупных микрорайонах городов с учетом роста населения в них;
- строительство новых зданий центральных районных и районных больниц на основе типовых проектов Минздрава России взамен имеющих высокий процент износа и не отвечающих современным условиям оказания медицинской помощи;
- обеспечение оптимальной этапной маршрутизации пациентов с учетом транспортной доступности и развития телемедицинских технологий;
- материально-техническое переоснащение и дооснащение медицинских организаций первичного звена здравоохранения, а также капитальный ремонт, их реконструкция, строительство подъездных путей;
- обеспечение укомплектования кадрами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, совершенствование оплаты их труда, реализация мер финансового и нефинансового стимулирования их работы.

БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

На конец 2019 года на диспансерном учете в медицинских организациях республики со злокачественными новообразованиями состояли свыше 28 тыс. пациентов. В 2019 году выявлено более 4 тыс. случаев онкологических заболеваний. Выявить на ранних стадиях заболевания в 2019 году удалось в 56,0% случаев.

Таких результатов удалось достичь благодаря системе оказания онкологической помощи населению Чувашской Республики, представленной 22 первич-



ными онкологическими кабинетами, являющимися структурными подразделениями Республиканского клинического онкологического диспансера.

В сентябре 2019 года на базе Канашского межтерриториального медицинского центра организован центр амбулаторной онкологической помощи, в 2020–2022 годах запланировано открытие трех аналогичных центров.

Создание центров амбулаторной онкологической помощи позволит не более чем за семь рабочих дней провести полное обследование пациента и поставить достоверный диагноз.

До конца 2024 года предусматривается переоснащение Республиканского клинического онкологического диспансера современным медицинским оборудованием, расчетная стоимость мероприятий составляет более 1 млрд рублей.

В рамках регионального проекта будет обеспечено финансирование противоопухолевой лекарственной терапии в условиях круглосуточного и дневного стационаров, медицинской помощи с применением более эффективных методов лучевой терапии, а также высокотехнологичных хирургических вмешательств. Общее финансирование мероприятий до конца 2024 года составит 14 млрд рублей.

Количество дополнительно сохраненных жизней составит более 2 тыс. человек.

БОРЬБА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В структуре распространенности всех заболеваний среди населения Чувашской Республики сердечно-сосудистая патология на протяжении ряда лет занимает второе место. В сравнении с 2017 годом распространенность болезнями системы кровообращения увеличилась на 11,8%. В рамках проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» первоочередная задача снизить количество пациентов данного профиля и дополнительно сохранить жизни более 1,1 тыс. человек.

Система оказания медицинской помощи пациентам с острой сердечно-сосудистой патологией представлена семью первичными сосудистыми отделениями и Региональным сосудистым центром.

В 2019–2020 годах запланировано дооснащение Регионального сосудистого центра Республиканской клинической больницы «тяжелым» медицинским оборудованием, в том числе магнитно-резонансным томографом, компьютерным томографом, ангиографической системой, системой нейронавигации. В 2021–2024 годах запла-



нировано переоснащение всех первичных сосудистых отделений медицинским оборудованием (компьютерными томографами, ультразвуковыми аппаратами для исследования сосудов сердца и мозга, аппаратами искусственной вентиляции легких), в том числе оборудованием для ранней медицинской реабилитации пациентов, перенесших острую сосудистую патологию.

С 2020 года дополнительное финансирование будет направлено на профилактику осложнений сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов высокого риска путем обеспечения лекарственными препаратами не менее 50% граждан, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и другие острые сердечно-сосудистые заболевания или операции на сосудах и которые получают медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ КАДРАМИ

Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения Чувашской Республики квалифицированными кадрами – одна из приоритетных задач национального проекта «Здравоохранение». К 2024 году укомплектованность кадрами должна составить 95%.

Благодаря программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер» в учреждения здравоохранения, находящиеся в сельских населенных пунктах, удалось привлечь 471 врача и 63 фельдшеров. Лидерами по приему «земских» докторов и фельдшеров стали Канашский, Батыревский, Чебоксарский районы.

На заседании правительства республики в марте 2020 года утверждены дополнительные выплаты «земским» докторам и фельдшерам. С начала программы «земские доктора» получали единовременные выплаты в размере 1 млн рублей, а «земские» фельдшера – 0,5 млн рублей. В 2020 году размер выплат составит 1,5 млн рублей для врачей и 0,75 млн рублей для фельдшеров, решивших устроиться на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, расположенные на удаленных и труднодоступных территориях Чувашской Республики.

Также важно регулярно поддерживать квалификацию кадров и повышать их навыки. В рамках национального проекта свыше 17,5 тыс. медицинских специалистов будут вовлечены в систему непрерывного образования, в том числе дистанционно, к 2024 году. В ближайшие пять лет планируется привлечь свыше 1 тыс. студентов в отрасль по целевому направлению на обучение.



ЦИФРОВИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Значительный резерв для повышения доступности медицинской помощи заключен в развитии цифровых технологий в отрасли. На сегодня во всех медицинских организациях внедрены электронная медицинская карта пациента, электронные сервисы записи на прием к врачу, проведение лабораторно-диагностических исследований, а также сервисы выписки рецептов и больничных листов. В 33 медицинских организациях функционирует центральный архив медицинских изображений, который содержит более 826 тыс. результатов исследований.



Чувашия в 2019 году сохранила лидирующие позиции среди субъектов Российской Федерации по уровню развития информационных технологий в медицине.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

В условиях снижения численности населения Чувашской Республики и прогнозируемого сохранения отрицательной динамики его возрастной структуры сбережение здоровья женщин и повышение рождаемости признаны важнейшими задачами по обеспечению национальной безопасности страны.

В Чувашской Республике сформирована двухуровневая система оказания стационарной медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным с концентрацией родов в межтерриториальных и перинатальных центрах, выхаживанием маловесных детей. Проводится целенаправленная работа по оптимизации систем информатизации, телекоммуникации, маршрутизации и транспортировки.



Снижение младенческой смертности связано с постоянным улучшением качества помощи женщинам в период беременности и родов, новорожденным и детям раннего возраста. На протяжении нескольких лет Чувашская Республика сохраняет лидирующие позиции по показателю снижения младенческой смертности среди субъектов Российской Федерации, и ее уровень сравним с показателями развитых европейских стран. Чувашская Республика занимает второе место в ПФО. По итогам 2019 года младенческая смертность составила 3,3 на 1 тыс. родившихся живыми (Россия – 4,9; ПФО – 4,6), что на 3,1% выше показателя 2017 года. Выживаемость детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела в акушерских стационарах в 2019 году составила 91,8% (2017 год – 90,9%).

Снижение детской смертности является одним из резервов в борьбе за снижение общей смертности, продление продолжительности жизни людей, а также воспроизводство населения, то есть рассматривается как важный социально-экономический критерий.

Основными причинами детской смертности в 2019 году явились внешние причины (40,2% случаев). Это тот резерв, с которым надо работать не только медицинскому сообществу, но и социальному блоку, правоохранительным органам и органам местного самоуправления в единой связке.

К 2025 году не менее 70% детей в возрасте 15–17 лет будут охвачены профилактическими медицинскими осмотрами, медицинская помощь будет оказана не менее чем 73,4 тыс. женщин в период беременности, родов и в послеродовой период.

До конца 2020 года в детских поликлиниках 17 медицинских организаций (100% от запланированных) будут проведены ремонтные работы, обеспечивающие комфортность пребывания детей, включая организацию открытой регистратуры с установкой инфоматов, электронного табло с расписанием приема врачей, call-центров, игровой зоны для детей и др. Таким образом, к 2021 году 100% детских поликлиник будут соответствовать современным требованиям.

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Система медицинской профилактики в Чувашской Республике является многоуровневой и включает в себя медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, и специализированные медицинские организации. Организацией мероприятий по профилактике заболеваний и формированию ЗОЖ на республиканском уровне занимается БУ «Республиканский центр медицинской профилактики, лечебной физкультуры и спортивной медицины» Минздрава Чувашии. В медицинских организациях с целью проведения мероприятий по профилактике заболеваний организована работа 35 кабинетов и отделений медицинской профилактики, четырех центров здоровья.

Организовано обучение специалистов кабинетов, отделений медицинской профилактики, специалистов центров здоровья на базе федеральных и республиканских образовательных организаций, проводятся семинары по вопросам организации профилактической работы на местах.

По итогам 2019 года в медицинских организациях обучены основам ЗОЖ 641 тыс. человек. Организована работа школ здоровья, деятельность которых дополняет диспансерное наблюдение, которое ориентировано на предупреждение осложнений, обучение приемам самопомощи в экстренных ситуациях, особенностям режима питания, движения, принципам лечения и самовосстановления. За 2019 год в школах здоровья прошли обучение 376 тыс. человек. В работе используется более чем 50 видов информационных материалов.

Материал предоставлен пресс-службой Минздрава Чувашской Республики



Портрет региона

Республика Марий Эл

Уважаемые коллеги!

В судьбе каждого из нас есть события, которые проверяют нас на прочность, умение принимать правильные решения и грамотно действовать в сложной ситуации.

Наступила такая пора и для отрасли здравоохранения России. Пандемия коронавирусной инфекции заставила мобилизовать все силы и средства на борьбу с врагом, возможности которого нам пока не известны в полной мере. Ясно одно: эта мировая беда многое изменит в нашей жизни.

Ситуация с COVID-19 ярко высветила проблемы отрасли, но вместе с тем показала, как общие усилия медицинских работников при поддержке правительства России и руководства регионов позволяют противостоять пандемии.

В это непростое время медицинский персонал больниц и поликлиник каждого субъекта России демонстрирует сплоченность, умение работать единой командой, проявляя лучшие человеческие и профессиональные качества.

Это единение медицинских работников чувствуется и на уровне всей страны: коллеги из разных регионов обмениваются крупицами накопленного за время пандемии опыта, делятся мнениями и поддерживают друг друга эмоционально.

Все когда-нибудь проходит. С этим нельзя не согласиться. Мы вернемся к насущным делам, наверстывая упущенное время. Реализация национальных проектов, модернизация первичного звена – первостепенные задачи на ближайшее после пандемии время. Надеюсь, тяжелая ситуация, которую мы переживаем сегодня, укрепит нашу веру в то, что нам по плечу даже самые трудные задачи.

Сердечно благодарю редакцию журнала «Ремедиум Приволжье» за возможность обмениваться опытом работы с коллегами из других регионов Приволжского федерального округа. Встречи на страницах журнала непременно будут иметь свое продолжение, которое плодотворно скажется на результатах нашего совместного труда.



М. В. Панькова,
министр здравоохранения Республики Марий Эл



Столица – г. Йошкар-Ола

Площадь – 23,2 тыс. кв. км

Численность населения – 680,380 тыс. человек

Доступность медицинской помощи в рамках ОМС – **40** медицинских организаций

Уровень обеспеченности врачами на 10 тыс. населения – **31,5**, средним медицинским персоналом – **92,6**



Здравоохранение Республики Марий Эл: совершенствование системы

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ



Показатели демографического развития в Республике Марий Эл сдерживаются негативными тенденциями возрастной структуры населения. Особенностями региона являются увеличение численности пожилого населения (25,5%), на которое приходится более 75% случаев смертности; регрессивный тип населения (доля пенсионеров преобладает над долей детей до 15 лет на 36%); сверхсмертность мужчин в трудоспособном возрасте.

Естественная убыль за 2019 год составила -2,3 на 1000 населения. Это связано с уменьшением рождаемости – одной из основных проблем в республике.

Снижение рождаемости связано с сокращением численности женщин фертильного возраста; увеличением числа повторнородящих женщин (более 67% родов), вступлением в репродуктивный возраст поколения 90-х годов (самые низкие показатели рождаемости).

Показатель смертности снизился на 5% и составил 12,1 на 1000 населения. Основными причинами смерти в 2019 году являлись болезни системы кровообращения – 41%, новообразования – 14,8%, несчастные случаи, травмы, отравления – 10,8% от числа всех умерших.

Онкология

Общая заболеваемость ЗНО в 2019 году выросла на 6,5% и составила 2059,4 на 100 тыс. населения, первичная заболеваемость снизилась на 2,5% и составила 387,6 на 100 тыс. населения.

Показатель смертности от новообразований (в том числе злокачественных) за 2019 год по сравнению с аналогичным периодом прошлого года увеличился на 1,4% и составил по Маристату 177,7 на 100 тыс. населения.

За 2019 год вновь выявлено 2386 случаев новообразований, из них на I и II стадии – 1426 случаев (59,8%). Доля больных с ЗНО, выявленных активно, за 2019 год составила 23,6% при нормативе 22,5%.

В структуре смертности от ЗНО по Республике Марий Эл в 2019 году на первом месте – смертность от рака бронхов, трахеи и легких, на втором – рака желудка, на третьем – молочной железы, на четвертом – женских половых органов, на пятом – ободочной кишки и на шестом – рак почек и мочевыводящих путей.

Несчастные случаи, травмы и отравления

Показатель смертности от внешних причин за 2019 год составил 130,1 на 100 тыс. населения (2018 год – 134,4 на 100 тыс. населения), снижение на 3,2%.

В том числе показатель смертности от ДТП снизился на 0,9% и составил 11,0 на 100 тыс. населения (погибли 75 человек).

Доля выездов скорой медицинской помощи со временем доезда до места ДТП менее 20 минут за 2019 год составляет 95,2%.

В структуре смертности от внешних причин смертность от случайного отравления алкоголем составляет 11% (число случаев снизилось со 102 до 97), от суицидов – 11,2%.

Туберкулез

В 2019 году в Марий Эл показатель заболеваемости туберкулезом составил 42,8 на 100 тыс. населения – на 11,8% ниже показателя 2018 года и ниже, чем в среднем по России. Детская заболеваемость туберкулезом снизилась на 8,5% и составила 8,6 на 100 тыс. населения. Распространенность туберкулеза снизилась более чем в 2 раза и составила 51,9 на 100 тыс. населения.

Смертность по сравнению с 2018 годом снизилась на 48,1% и составила 2,8 на 100 тыс. населения, что ниже показателя по Российской Федерации в 2 раза. Доля больных ВИЧ-инфекцией среди всех больных туберкулезом – 8,2% (по РФ – 20,9%).

Показатели качества лечения больных туберкулезом сохраняются на высоком уровне: прекращение бацилловыделения произошло в 74,4% случаев, закрытие полостей распада – в 71,6% (по РФ 69,5% и 61,4%).

Приоритетным направлением в борьбе с туберкулезом на 2020 год остается работа учреждений первичной медико-санитарной помощи по активному выявлению больных туберкулезом на профилактических осмотрах.

ДЕТСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



За 2019 год в республике зарегистрировано 6670 новорожденных – на 722 ребенка меньше, чем за 2018 год.

Отмечается снижение общей смертности детей 0–17 лет на 16,5%. Показатель младенческой смертности снизился на 21,8% и составил 4,4 на 1000 родившихся живыми (за 2018 год – 5,5).

29,4% детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций реализовали организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей, в рамках реализации регионального проекта нацпроекта «Здравоохранение».

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ



В поликлиниках республики внедряются мероприятия «бережливого производства», управления потоками пациентов.

В 2019 году новая модель медицинской организации, предусматривающая внедрение технологий бережливого производства, внедрена в пяти детских поликлиниках Йошкар-Олинской детской городской больницы, Козьмодемьянской межрайонной больницы, Волжской центральной городской

больницы, во взрослой поликлинике Волжской ЦГБ.

Начата такая работа во взрослых поликлиниках МСЧ № 1, Сернурской ЦРБ и поликлинике № 1 г. Йошкар-Олы.

Для методической поддержки и координации работы медицинских организаций, апробации принципов бережливого производства, создания новой модели медицинской организации создан Региональный центр организации первичной медико-санитарной помощи Республики Марий Эл.

В 2019 году увеличились объемы выездной работы в районах республики, в том числе и за счет передвижных мобильных комплексов. Работают 20 выездных бригад, в минувшем году состоялось 1163 выезда, осмотрено 79 420 пациентов.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ



В республике за 2019 год снизился показатель умерших в трудоспособном возрасте на 3,8% в сравнении с показателями 2018 года. Основные причины смерти – несчастные случаи, травмы и отравления – 29%, болезни системы кровообращения – 26,4%, болезни органов пищеварения – 15,4%.

Что касается мужчин трудоспособного возраста, то у них ситуация более напряженная из-за высокого процента тех, кто имеет пагубное пристрастие к алкоголю, позднего обращения за медицинской помощью, низкой приверженности к лечению и других причин.

СТАРШЕЕ ПОКОЛЕНИЕ



В рамках регионального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Здравоохранение» оказывается медицинская помощь по профилю «гериатрия»; проходит вакцинация против пневмококковой инфекции граждан старше трудоспособного возраста из групп риска; проводится дополнительный скрининг лицам старше 65 лет, проживающим в сельской местности, на выявление отдельных социально значимых инфекционных заболеваний, которые вносят вклад в структуру смертности населения.

Привито 1283 человека старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания.

Реализуется программа системной поддержки и повышения качества жизни людей старшего поколения. Развивается паллиативная медицинская помощь: пациенты обеспечиваются необходимыми лекарственными препаратами, включая обезболивающие; медицинские организации, оказывающие паллиативную помощь, снабжаются медицинскими изделиями, в том числе для использования на дому.

На базе Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн создан гериатрический центр.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ



В рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи необходимое лечение на федеральном и республиканском уровнях было оказано 4940 пациентам, из них 49,7% (2454 человека) помощь получили, не выезжая за пределы республики.

Выполнено 3694 операции с применением высоких медицинских технологий, что составило 14,54% от их общего количества.

МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ



Важной задачей в обеспечении доступности и качества первичной медико-санитарной помощи населению, в том числе оказываемой в сельской местности, остается сокращение дефицита медицинских кадров.

На начало 2020 года в медицинских организациях, находящихся в ведении Минздрава республики, работают 2144 врача (на начало 2019 года –2139). Из числа врачей 39% – пенсионеры, из них 26% – по возрасту. Обеспеченность врачами в республике составляет 31,5 на 10 тыс. населения (по РФ – 37,4).

Средних медицинских работников – 6301 человек (на начало 2019 года – 6381). В республике на одного врача приходится 2,94 средних медицинских работника (по РФ – 2,3).

Имеется дисбаланс численности медицинских работников между поликлиникой и стационаром, городом и селом.

Среди врачей узких специальностей особенно востребованы анестезиологи-реаниматологи, врачи скорой медицинской помощи, онкологи, фтизиатры, психиатры, оториноларингологи, хирурги, судебно-медицинские эксперты. Всего необходимо 278 врачей узких специальностей.

Осуществляется подготовка врачебных кадров по специальности «Лечебное дело» за счет средств республиканского бюджета в Марийском государственном университете; организуется наставничество над медицинскими работниками, завершившими обучение и трудоустроившимися в медицинские организации; реализуются меры социальной поддержки врачам.

Дефицит средних медицинских работников планируется закрыть за счет программы «Земский фельдшер» и выпускников Йошкар-Олинского медицинского колледжа.

В 2019 году по программе «Земский доктор» / «Земский фельдшер» заключены договоры с 14 врачами и четырьмя фельдшерами. Выделенные средства освоены в полном объеме.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ



Особое внимание в 2019 году уделено бесплатному лекарственному обеспечения федеральных и региональных категорий льготников, в первую очередь больных сахарным диабетом, пациентов с орфанными (редкими) и онкологическими заболеваниями. Обеспечение лекарственными препаратами осуществлялось по трем направлениям.

1. В рамках программы обеспечения необходимыми лекарственными препаратами (ОНЛП) за счет средств федерального бюджета. В регистре на конец 2019 года состояло 11 288 человек (прирост регистра с начала года 23,9%). Отпущено лекарственных препаратов

на сумму 126,09 млн рублей. Основной проблемой является большое количество граждан, отказавшихся от получения набора социальных услуг в пользу ежемесячной денежной выплаты.

2. Обеспечение граждан дорогостоящими лекарственными препаратами (по семи высокозатратным нозологиям) за счет средств федерального бюджета. На конец 2019 года в регистре числилось 407 человек (прирост с начала года 7,8%). Получили лекарственные препараты на сумму 153,51 млн рублей.

3. Обеспечение республиканских категорий льготников за счет средств республиканского бюджета. В регистре льготников на конец 2019 года состояло 24 604 человека (выше регистра 2018 года на 15,3%). Из них лиц, страдающих сахарным диабетом, – 14 211 человек; пациентов с орфанными заболеваниями – 46 человек.

Совершенствование организации льготного лекарственного обеспечения предполагает создание единого сквозного регистра получателей лекарственных препаратов, предоставляемых человеку бесплатно или с большой скидкой по федеральной или региональной льготе; внедрение обязательной маркировки препаратов; обеспечение лекарственными препаратами в течение одного года в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»



В рамках национального проекта «Здравоохранение» в республике реализуется семь региональных проектов. За 2019–2024 годы на них планируется направить 12 031,0 млн рублей.

В 2019 году за счет всех источников финансирования на реализацию проектов направлено свыше 1,8 млрд рублей. Освоено 99,8% средств из всех источников.



Проект нового корпуса Перинатального центра

В 2020 году будет продолжена реализация региональных проектов в сфере здравоохранения, на эти цели планируется направить 2160,9 млн рублей.

Среди основных мероприятий регионального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» – переоснащение сети региональных медицинских организаций, оказывающих помощь онкологическим больным, разработка проектно-сметной документации на строительство поликлиники Республиканского онкологического диспансера, финансовое обеспечение оказания медицинской помощи онкобольным.

В рамках регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» предстоит переоснастить Региональный сосудистый центр и первичное сосудистое отделение на базе Волжской центральной городской больницы, обеспечить профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении.

На развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений планируется направить 68,7 млн рублей, будет закуплено 68 единиц медицинского оборудования для 13 медицинских организаций. 10,97 млн рублей направлено на разработку проектно-сметной документации инфекционного корпуса Детской республиканской клинической больницы.

Наибольшие объемы финансовых средств регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в 2020 году будут направлены на создание и замену 17 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов) для населенных пунктов с численностью населения от 100 до 2000 человек в восьми муниципальных районах республики.

В рамках регионального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)» в 2020 году будет проведено дооснащение медицинских организаций компьютерным и офисным оборудованием (в том числе ФАПов), приобретены новые модули региональной медицинской информационной системы «Централизованная лабораторная система» и «Центральный архив медицинских изображений» с подключением лабораторного и диагностического оборудования.



Новый компьютерный томограф в ДРКБ

В 2020 году планируется завершить строительство поликлиники Козьмодемьянской межрайонной больницы и начать реконструкцию Перинатального центра в г. Йошкар-Оле.

В региональной Программе модернизации первичного звена здравоохранения на 2020–2024 гг. планируется участие 27 медицинских организаций.

Пандемия коронавирусной инфекции, очевидно, внесет свои коррективы в осуществление планов. Но намеченные мероприятия по совершенствованию системы здравоохранения страны будут реализовываться, несмотря на суровые испытания, которые жизнь преподнесла отрасли.

Материал предоставлен пресс-службой Минздрава Республики Марий Эл



Консилиум

КАРДИОНЕФРОЛОГИЯ 20–29
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ 30–33

Г. Н. ЗУБЕЕВА, к. м. н, доцент кафедры скорой медицинской помощи ФДПО Приволжского исследовательского медицинского университета, г. Н. Новгород

Фибрилляция предсердий у больных с хронической болезнью почек

Нарушения ритма сердца являются ведущим разделом кардиологии благодаря высокой частоте различных аритмий, тяжести гемодинамических нарушений, инвалидизации пациентов, ухудшению прогноза. Из всех аритмий особое место занимает фибрилляция предсердий (ФП). Это связано с часто сопутствующими гемодинамическими нарушениями, жизнеугрожающими осложнениями и самой высокой распространенностью в популяции пациентов.

По статистическим данным число пациентов с ФП в России составляет 1% от населения (1,4 млн чел.), однако размеры популяции могут быть недооценены, поскольку у части пациентов ФП не диагностируется по разным причинам. Поэтому распространенность ФП можно оценить как 2% от населения России (2,8 млн чел.). Так, у 45% больных ФП выявляется случайно. А у больных с пароксизмальной формой ФП соотношение бессимптомных и симптоматических эпизодов составляет 1:12. С возрастом число пациентов с ФП увеличивается. Согласно исследованию Rotterdam (2006 г.), ФП чаще страдают пожилые пациенты (рис. 1).

И в связи со старением популяции ожидается увеличение распространенности ФП. Так, по данным исследования ATRIA, прогнозируется увеличение встречаемости ФП в мире к 2050 г. в 2 раза.

Основными прогностически неблагоприятными факторами, связанными с ФП, являются развитие и (или) прогрессирование сердечной недостаточности, угрозы развития тромбоэмболических осложнений (в первую очередь, ишемических инсультов). По результатам Фремингенского исследования (1991), в котором принимали участие 5070 пациентов, риск ишемического инсульта у пациентов с ФП увеличен в 4,8 раза по сравнению с общей популяцией. Причем ФП увеличивает риск не только первичного, но и повторного инсульта (рис. 2).

Вместе с тем наличие ФП способствует развитию хронической болезни почек (ХБП). По данным российского регистра РЕКВАЗА (Лукьянов М. М. и др., 2014), почти у половины пациентов с ФП имеется почечная патология. В то же время у пациентов с нарушениями функции почек чаще встречается ФП (Bansal N. et al., 2017; Soliman E. J. et al., 2010).

Как известно, хроническая болезнь почек является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. При этом заболевании сердца и почек имеются общие «традиционные» факторы риска (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, дислипидемия и др.), а при их сочетании действуют и «нетрадиционные» почечные факторы (гипергидратация, анемия, нарушение фосфорно-кальциевого обмена, системное воспаление и гиперкоагуляция), которые также могут оказывать влияние на



Г. Н. Зубеева

риск развития и патогенез сердечно-сосудистых заболеваний.

На основании национальных рекомендаций Научного общества нефрологов России (2012) диагноз хронической болезни почек ставится по следующим критериям:

1. Наличие любых клинических маркеров повреждения почек, подтвержденных дважды (временной интервал между исследованиями не менее трех месяцев).

Маркеры почечного повреждения:

- Альбуминурия (экскреция альбумина с мочой ≥ 30 мг / 24 час, отношение Ал/кр мочи ≥ 30 мг/г (≥ 3мг/ммоль)).
- Изменение мочевого осадка (прежде всего гематурия, цилиндрурия).
- Канальцевая дисфункция.
- Гистологические изменения.

♦ Структурные изменения почек при визуализирующих методах исследования.

♦ Трансплантация почки в анамнезе.

2. Любые маркеры необратимых структурных изменений почек, выявленные однократно при жизненном морфологическом исследовании (биоптат) либо при визуализации почек.

3. Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м² в течение трех и более месяцев, вне зависимости от наличия или отсутствия других признаков повреждения почек.

Для оценки функции почек и определения стадии ХБП используется показатель – скорость клубочковой фильтрации.

Снижение СКФ является независимым предиктором развития ФП. Так, в исследованиях ARIC (Ametosclerosis Risk in Communities Study) было показано, что при СКФ = 15–25 мл/мин/1,73 м² риск развития ФП составляет 3,2, (95% ДИ 2,0–5,0) а при СКФ > 50 мл/мин/1,73 м² – 1,3 (95% ДИ 1,1–1,6), p < 0,0001.

Основными причинами развития ФП при ХБП являются:

– артериальная гипертензия;

– активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы;

– перегрузка жидкостью;

– «жесткость» миокарда.

По мере снижения СКФ возрастает риск развития инсульта у больных ФП. Датское когортное исследование (N = 132,372) пациентов с ФП показало, что при отсутствии ХБП риск развития инсульта составляет 3,61 события на 100 пациенто-лет, а при наличии ХБП в два раза больше – 6,44 события на 100 пациенто-лет (Olessen J. B. et al., 2012).

Согласно Датскому регистру пациентов с неклапанной ФП (2012) наличие ХБП увеличивает не только риск инсульта, транзиторных ишемических атак и тромбоэмболических событий, а также развитие инфаркта миокарда (с 1,88 события на 100 пациенто-лет без ХБП до 5,81 – при ХБП) и общую смертность пациентов (с 11,21 события на 100 пациенто-лет без ХБП до 38,65 – при ХБП).

Высокий риск развития инсульта у больных с ФП требует назначения постоянной антикоагулянтной терапии.

Антитромботическая терапия для профилактики тромбоэмболических осложнений рекомендуется всем пациентам с ФП, за исключением пациентов (обоих полов) с низким риском развития инсульта (возраст 65 лет, изолированная ФП), либо имеющих противопоказания к назначению коагулянтов (IA). Оценка степени риска инсульта осуществляется по шкале CHA_2DS_2-VASc (таблица 2).

Антикоагулянтная терапия предпочтительна для всех пациентов с наличием как минимум одного фактора риска шкалы CHA_2DS_2-VASc (за исключением женщин моложе 65 лет без других факторов риска).

Самым назначаемым антикоагулянтом в мире является антагонист витамина К (АВК) – варфарин. Но он имеет целый ряд ограничений. Варфарин характеризуется очень узким терапевтическим диапазоном, в пределах которого антикоагулянтный эффект обеспечивает достаточную защиту от инсульта при

РИСУНОК 1 **Фибрилляцией предсердий чаще страдают пожилые пациенты: исследование Rotterdam**

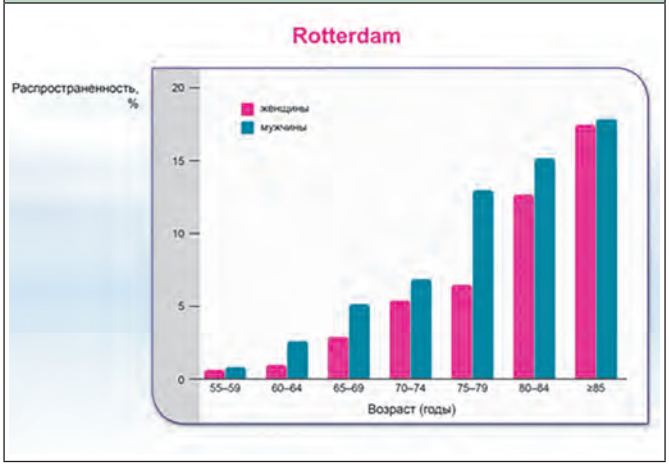


РИСУНОК 2 **Фибрилляция предсердий увеличивает риск повторного инсульта**



ТАБЛИЦА 1 **Классификация ХБП по уровню СКФ**

Стадия	СКФ (мл/мин/1,73 м²)	Описание
С1	>90	Высокая или оптимальная*
С2	60–89	Незначительно сниженная*
С3а	45–59	Умеренно сниженная
С3б	30–44	Существенно сниженная
С4	15–29	Резко сниженная
С5	<15	Терминальная почечная недостаточность (Д/Т)**

Примечание: *без признаков повреждения почек категории СКФ С1 или С2 не удовлетворяют критериям ХБП; **если пациент получает заместительную почечную терапию, следует указывать ее вид – диализ (Д) и трансплантация (Т).

ТАБЛИЦА 2 **Шкала CHA_2DS_2-VASc (Рекомендации ESC 2016)**

Фактор риска	Баллы
Застойная сердечная недостаточность Признаки/симптомы сердечной недостаточности или объективные признаки снижения фракции выброса левого желудочка	+1
Гипертония АД в покое >140/90 мм рт. ст. при двукратном определении как минимум или текущий прием антигипертензивных препаратов	+1
Возраст 75 лет и старше	+2
Сахарный диабет Глюкоза натощак >25 мг/дл (7 ммоль/л) или лечение пероральными гипогликемическими препаратами и/или инсулином	+1
Предшествующий инсульт, транзиторная ишемическая атака или тромбоэмболия	+2
Поражение сосудов Предшествующий инфаркт миокарда, поражение периферических артерий или аортальные бляшки	+1
Возраст 65–74 года	+1
Пол (женский)	+1

низком риске геморрагических осложнений. Для контроля антикоагулянтной активности АВК используют международное нормализованное отношение (МНО), которое позволяет произвести стандартизированную оценку тенденции к образованию тромба в образце крови. При снижении МНО < 2,0 резко возрастает риск ишемического инсульта, что свидетельствует о недостаточной антикоагуляции у пациентов. При повышении МНО > 3,0 возрастает риск геморрагического осложнения – внутричерепного кровоизлияния, что отражает избыточную антикоагуляцию. Таким образом, главной задачей терапии АВК является достижение и затем поддержание МНО на уровне 2,0–3,0. Однако, на практике достижение и поддержание МНО в целевом диапазоне достаточно проблематично, так как АВК характеризуются медленным развитием и окончанием действия, подвержены многочисленным взаимодействиям с пищевыми продуктами и лекарственными препаратами. Следовательно, на фоне применения АВК необходим постоянный и регулярный мониторинг антикоагулянтного эффекта.

Данные реальной клинической практики, полученные в Великобритании (Galaghen et al. Yromb Haemost, 2011, № 106, P. 968–977), показали связь между временем нахождения показателя МНО в терапевтическом диапазоне при терапии варфарином и риском развития инсульта и смертностью. В когорту исследования были включены пациенты с ФП в возрасте > 40 лет. Для пациентов, получающих терапию варфарином, был рассчитан процент времени нахождения в терапевтическом диапазоне от общего времени наблюдения. Популяция исследования включала 27 458 пациентов, получающих терапию варфарином, и 10 449 пациентов, не получающих антитромботическую терапию. В целом пациенты, получавшие варфарин 63% времени, находились в терапевтическом диапазоне. Пациенты, более 70% времени находившиеся в терапевтическом диапазоне, имели самый низкий риск развития инсульта. Эффективность терапии пациентов, получавших варфарин с процентом времени нахождения в терапевтическом диапазоне ≤ 60, имели эффективность, сопоставимую с пациентами, не получавшими терапию варфарином. У пациентов, находившихся в терапевтическом диапазоне < 30% и от 31 до 40% времени, риск инсульта был наивысшим.

Таким образом, принимая варфарин пациент должен не только достигать значения МНО (2,0–3,0), но и находиться в этом терапевтическом диапазоне не менее 70% времени. Поэтому нельзя ориентироваться на результат последнего значения МНО. Необходимо проверить результаты десяти последовательных измерений МНО. И если четыре и более из них не попадают в терапевтическое окно 2,0–3,0 – пациент не защищен.

Связанные с варфарином ограничения приводит к тому, что он используется реже, чем следует. Варфарин получает лишь половина имеющих показания к его приему пациентов с ФП (Go A. et al. ANN Intern Med, 1999, P. 927–934).

Исходя из этого, Российское кардиологическое общество, Европейское общество кардиологов и большинство международных рекомендаций считают предпочтительным назначение прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК) у пациентов с ФП (особенно при «плохом» контроле МНО).

ПОАК в отличие от варфарина имеют упрощенный режим терапии, уменьшенный потенциал взаимодействия с пищей и лекарственными препаратами, прогнозируемый антикоагулянтный эффект и отсутствие необходимости в рутинном мониторинге свертывания, возможность применения в фиксированных дозах и более благоприятное соотношение эффективности и безопасности. Кроме того, использование АВК у пациентов с нарушением функции почек может вызывать развитие кальцифицирования почечных артерий и клапанного аппарата сердца и развитие варфарин-ассоциированной нефропатии.

Наличие у пациентов с ФП хронической болезни почек не только увеличивает в полтора раза количество инсультов и системных эмболий, но также в два раза увеличивает риск развития кровотечений на антикоагулянтной терапии по сравнению с больными ФП без ХБП.

В исследовании RELY (2009) было показано, что при клиренсе креатинина (КлКр) > 80 мл/мин риск развития крупных кровотечений составляет 1,98, а смертность 2,25. Снижение КлКр < 50 мл/мин увеличивает риск крупных кровотечений до 5,48, а смертность до 7,15. В исследовании Rocket-AF (2012) было доказано, что частота развития кровотечения выше на фоне приема варфарина по сравнению с ПОАК – ривароксабаном, и также увеличивается по мере снижения КлКр. Так, при КлКр > 50 мл/мин частота кровотечений на варфарине составила 3, 39%, а на ривароксабане 3,17%. Снижение КлКр в диапазоне 30–49 мл/мин увеличивает риск кровотечений на варфарине до 4,7%, а на ривароксабане до 4,49%.

Наибольшие опасения вызывают внутричерепные кровотечения, которые на фоне приема варфарина протекают более тяжело. Все это ограничивает прием варфарина на фоне ХБП.

В настоящее время в Российской Федерации зарегистрировано три прямых пероральных антикоагулянтов:

- прямой ингибитор тромбина – дабигатран в дозах 150 mg x 2 р/д; 110 mg x 2 р/д;
- прямой ингибитор Ха-фактора свертываемости крови – ривароксабан в дозах 20 mg x 1 р/д; 15 mg x 1 р/д;
- прямой ингибитор Ха-фактора свертываемости крови – апиксабан в дозах 5 mg x 2 р/д; 2,5 mg x 2 р/д.

Все ПОАК у больных с ФП показали высокую эффективность и большую безопасность по сравнению с варфарином.

Перед назначением антикоагулянтного препарата необходимо оценить функцию почек. В всех исследованиях ПОАК оценка функции почек проводилась на основании расчета КлКр по формуле Кокрофта-Голта. Однако, показатели КлКр по формуле Кокрофта-Голта зависят от массы тела пациента и/или выраженности отечного синдрома. Поэтому необходимо оценивать пациента с ФП и по формуле CKD-EPI

(оценка СКФ) и по формуле Кокрофта-Голта (определение КлКр). Для выбора дозы с целью повышения безопасности антикоагулянтной терапии необходимо использовать наименьшие полученные значения.

У пациентов с ФП и ХБП при выборе ПОАК необходимо также ориентироваться на путь выведения препарата из организма, отдавая предпочтение препарату с преимущественно непочечным путем выведения. Так, дабигатран имеет до 80% почечный путь выведения, ривароксабан – 35%, а апиксабан – 25%, что делает ингибиторы Ха-фактора свертываемости крови более предпочтительными у больных с ХБП.

Дабигатран не назначается при КлКр < 30 мл/мин, а ривароксабан и апиксабан при КлКр < 15 мл/мин.

Выбор дозы ПОАК наиболее удобен при приеме ривароксабана: снижение КлКр < 50 мл/мин диктует необходимость уменьшить дозу препарата с 20 mg/день до 15 mg/день. При назначении дабигатрана снижение дозы со 150 mg x 2 р/д до 110 mg x 2 р/д осуществляется на основании оценки КлКр, возраста пациента (< 75 лет или > 80 дет), факторов риска кровотечений. При назначении апиксабана оценивается возраст пациента ≥ 80 лет, вес ≤ 60кг, креатинин 133 ммоль/л. При наличии двух из перечисленных факторов или КлКр < 30 мл/мин доза апиксабана 5 mg x 2 р/д снижается в два раза до 2,5 mg x 2 р/д.

В настоящее время нет данных о применении ПОАК при КлКр < 15 мл/мин или у пациентов, находящихся на гемодиализе, поэтому эти препараты не рекомендуется использовать у данной категории пациентов.

Пациентам с ФП, получающим антикоагулянтную терапию, необходимо регулярно контролировать функцию почек (таблица 3).

Контроль функции почек осуществляется как минимум один раз в полгода у пациентов > 75 лет (особенно на терапии дабигатраном или у ослабленных пациентов) и каждый раз при подозрении на ухудшение функции почек: инфекция, использование нефротоксичных препаратов, признаки гиповолемии и дегидратации.

ТАБЛИЦА 3 Контроль функции почек

КлКр	Контроль
> 60 мл/мин	1 р/год
≤ 60 мл/мин	1 р/6 мес.
50–59 мл/мин	1 р/5 мес
40–49 мл/мин	1 р/4 мес.
30–39 мл/мин	1 р/3 мес.

Таким образом, фибрилляция предсердий приводит к снижению функции почек и развитию хронической болезни почек. В то же время хроническая болезнь почек может способствовать появлению фибрилляции предсердий.

Пациенты с фибрилляцией предсердий и хронической болезнью почек имеют высокие риски развития системных эмболий, инсультов и кровотечений. Это риски выше, чем в популяции фибрилляции предсердий без хронической болезни почек.

Антикоагулянтная терапия у больных с ФП и ХБП должна строиться на назначении ПОАК с преимущественно непочечным путем выведения препарата и регулярным контролем функции почек.

Н. Ю. ПЕТРОВА, к. м. н., главный внештатный специалист-нефролог МЗ РФ по ПФО, главный внештатный специалист-нефролог МЗ Саратовской области, руководитель специализированного нефрологического центра Саратовской областной клинической больницы

Лечение гиперфосфатемии у пациентов с хронической болезнью почек на диализе в свете клинических рекомендаций (CKD-MBD, KDIGO, 2017)

Гиперфосфатемия у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) рассматривается в числе нерешенных проблем современной нефрологии в качестве ключевого первичного компонента развития минерально-костных нарушений при хронической болезни почек (МКН-ХБП) и независимого фактора риска общей и сердечно-сосудистой смертности у больных с данной патологией [1]. Накопленные в последние годы данные клинических исследований, посвященных изучению гиперфосфатемии и фосфат-снижающей терапии (ФСТ) у пациентов с ХБП, послужили важным поводом для пересмотра принятых в 2009 году международных рекомендаций по МКН-ХБП в 2017 году [3].

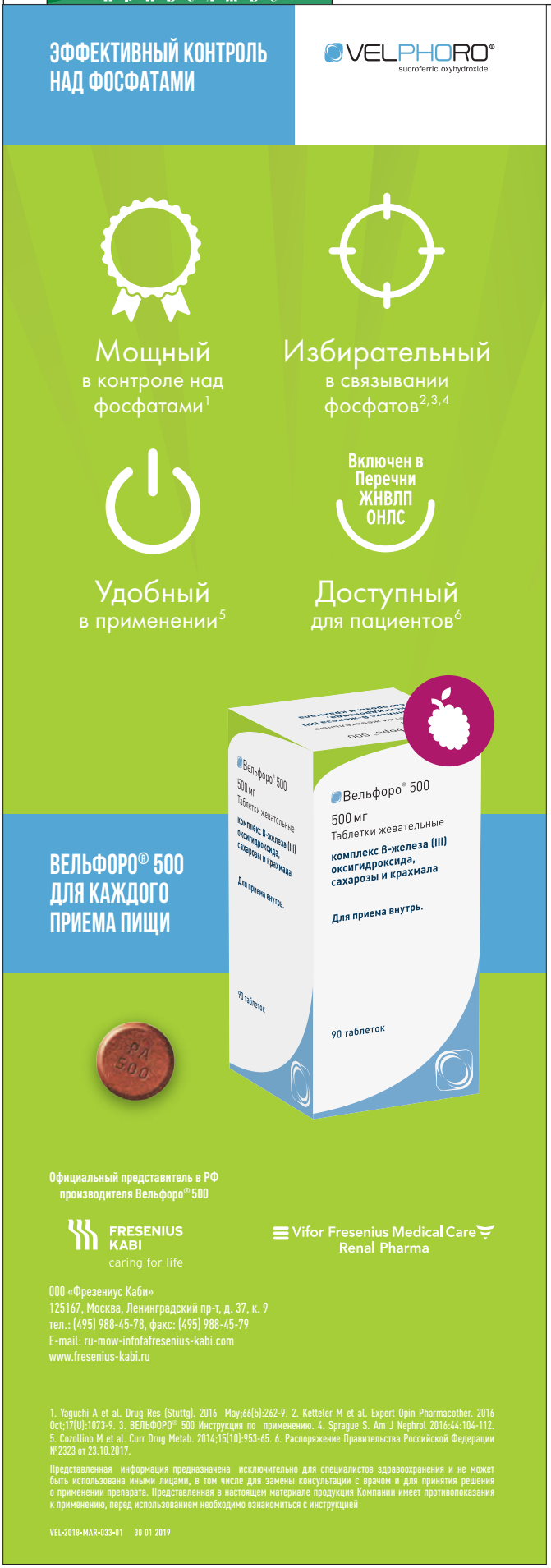
Раздел рекомендаций **4.1 «Лечение МКН при ХБП с целью снижения высокого уровня фосфата сыворотки и поддержания уровня кальция в сыворотке крови»** претерпел наибольшие изменения. Коротко об этих изменениях.

4.1.1. У больных ХБП С3а–С5Д лечение МКН должно быть основано на периодической комплексной оценке уровней фосфатов, кальция, иПТГ (NG).

Появление новой рекомендации связано с установленными важными взаимодействиями между компонентами МКН-ХБП с точки зрения прогнозирования риска смерти или развития сердечно-сосудистых осложнений. При этом при проведении терапии следует ориентироваться на результаты серии анализов, а не однократных измерений.

4.1.2. Больным ХБП С3а–С5Д рекомендуется снижать повышенный уровень фосфата до значений, находящихся в нормальном диапазоне (2С).

Это означает, что ФСТ должна быть направлена на снижение развившейся гиперфосфатемии, а не на «поддержание нормофосфатемии», как было обозначено в рекомендациях 2009 года. Опубликованные недавно результаты крупного международного исследования COSMOS, посвященного лечению гиперфосфатемии у пациентов с ХБП, доказывают, что достижение целевых уровней фосфатов в сыворотке является



ключевым фактором, влияющим на выживаемость этой когорты [4].

4.1.3. Взрослым пациентам с ХБП С3а–С5Д рекомендуется избегать развития гиперкальциемии (2С).

Предложена замена старой рекомендации: «поддерживать кальций сыворотки в диапазоне нормальных значений». Таким образом, для лечения гипокальциемии следует применять индивидуальный подход, а не рекомендовать коррекцию гипокальциемии для всех пациентов.

Это означает, что допускается развитие мягкой и бессимптомной гипокальциемии вследствие терапии кальцимиметиками с целью предотвращения повышенной нагрузки кальцием у взрослых.

4.1.5. Для больных ХБП С3а–С5Д в основе решения о проведении фосфат-снижающей терапии должен лежать факт прогрессивного или упорно повышенного уровня фосфата в сыворотке крови (NG).

Предложена замена старой формулировки о необходимости «применения фосфат-связывающих препаратов (ФСП) при лечении гиперфосфатемии при ХБП С3а–С5Д». Это изменение подчеркивает, что лечение гиперфосфатемии состоит не только из назначения ФСП, как представлено в предыдущей версии, а включает триаду методов (гипофосфатная диета, диализная терапия и применение лекарственных средств).

Данное изменение соответствует положению **4.1.8. Больным ХБП С3а–С5Д предлагается диетическое ограничение потребления фосфатов в качестве самостоятельного метода лечения гиперфосфатемии или в комбинации с другими видами терапии (2D).**

4.1.6. Взрослым больным ХБП С3а–С5Д, получающим фосфат-снижающую терапию, предлагается ограничивать дозы кальцийсодержащих ФСП (2В).

Таким образом, сегодня предлагается ограничивать дозировки кальцийсодержащих ФСП всем взрослым больным ХБП С3а–С5Д, в отличие от старой версии, где это ограничение относилось только к пациентам со стойкой или рецидивирующей гиперкальциемией. Данное положение основано на результатах исследований, доказавших повышение риска кальцификации сосудов, частоты сердечно-сосудистых осложнений и смертности (общей и сердечно-сосудистой) при применении кальцийсодержащих ФСП у пациентов с ХБП без признаков гиперкальциемии до начала терапии. Эта рекомендация расширяет область для более широкого применения не содержащих кальция ФСП.

К числу таких препаратов относится появившийся в 2016 году не содержащий кальция ФСП-комплекс оксигидроксида железа, сахарозы и крахмала (Вельфоро® 500), который отличается самой высокой на сегодняшний день фосфат-связывающей способностью, не зависящей от pH, высокой избирательностью в связывании фосфатов, обеспечивающей хороший профиль переносимости и отсутствие межлекарственного взаимодействия с большинством лекарственных средств, показанных пациентам на диализе. Высокая фосфат-связывающая способность комплекса оксигидроксида железа

обеспечивает важное для диализных пациентов снижение лекарственной нагрузки, улучшение приверженности назначенной терапии и повышение эффективности ФСТ в реальной практике. Согласно результатам исследования VERIFIE переход с лечения традиционными схемами терапии ФСП на комплекс оксигидроксида железа обеспечивает увеличение более чем в 2 раза числа пациентов с гиперфосфатемией на диализе, достигающих целевых уровней фосфатов. Доступность препарата для пациентов обеспечивается включением в списки жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) и обеспечения необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС) (единственный ФСП в списке ОНЛС).

Современные подходы к лечению МКН-ХБП, изложенные в последней редакции рекомендаций CKD-MBD KDIGO (2017), обеспечивают базу для научно обоснованного выбора лекарственных средств и открывают возможности для более широкого назначения не содержащих кальция ФСП в повседневной практике лечения гиперфосфатемии у больных ХБП.

Литература

1. *KDIGO Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). Kidney Int. 2009. № 76 (113). P. 1–130.*
2. *KDIGO 2017. Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease – Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). Kidney Int. 2017. № 7 (1). P. 1–59.*
3. *Cozzolino M., Ciceri P., Galassi A. Hyperphosphatemia: a novel risk factor for mortality in chronic kidney disease. Ann Transl Med. 2019. Feb. № 7 (3). P. 55.*
4. *Fernandes J.L. et al. Serum Phosphate Optimal Timing and Range Associated With Patients Survival in Haemodialysis: The COSMOS Study. Nephrol Dial Transplant. 2019. Apr. 1. № 34 (4). P. 673–681.*
5. *Fouque D., Boletis I., Francisco A., Vervloet M., Kalra Ph., Ketteler M. et al. Real-world safety and effectiveness of sucroferric oxyhydroxide in dialysis patients: an interim analysis of the VERIFIE study. Nephrol. Dial. Transplant. 2018. № 33. suppl. 1. P. 242.*

В. Ю. ШИЛО[1,3], И. Ю. ДРАЧЕВ[2,3], [1]Московский государственный медико-стоматологический университет; [2]Тверской государственный медицинский университет; [3]Б. Браун Авитум Руссланд Клиникс, г. Москва

Аппаратные методы оптимизации диализной процедуры

Концепция адекватности гемодиализа (ГД) подразумевает удаление уремических токсинов, лишней жидкости и поддержание удовлетворительного нутриционного статуса пациента. Достижение адекватного ГД у ряда пациентов позволяет достичь реабилитации пациента и обеспечения должного качества жизни путем ликвидации основных симптомов болезни.

Именно эти задачи напрямую решаются в зависимости от заданных параметров лечения, которые можно отслеживать и корректировать. При неадекватном диализе гораздо чаще происходит развитие уремических осложнений, таких как полинейропатия, неконтролируемая нефрогенная анемия, амилоидоз внутренних органов, синдром карпального канала, вторичный гиперпаратиреоз. Развитие осложнений нередко бывает обусловлено затруднениями оценки адекватности дозы диализа традиционным методом, при котором часто возникают систематические ошибки. Помимо метода определения KT/V по формуле Даугирдаса на основании проб крови до и после диализа существуют онлайн-методы, основанные на ультрафиолетовой спектрофотометрии, которые позволяют измерить KT/V в ходе каждой процедуры. Этот способ измерения KT/V имеет ряд принципиальных отличий от лабораторного метода. Одной из его важнейших черт является то, что процесс расчета индекса происходит на протяжении всей процедуры непрерывно. При этом методе блок Adimea имеет прямой контакт с пациентом, измеряя концентрацию мочевины в диализате, что делает его результаты наиболее достоверными при онлайн-мониторировании дозы диализа. Также преимуществом метода является возможность точно отвечать на изменения в программе непосредственно во время процедуры ГД. Доказано, что измерения, основанные на поглощении ультрафиолетового излучения, могут использоваться для определения дозы диализа, так как существует достоверная линейная корреляция между величиной поглощенного света и концентрацией уровня мочевины крови. Достоинством системы также являются простота и дешевизна ее применения: для измерения KT/V во время диализа не нужны какие-либо расходные материалы и дополнительные анализы. Нет необходимости вручную определять объем распределения мочевины (расчет происходит автоматически с помощью интегрированного программного обеспечения) Все, что требуется – это ввод параметра массы тела пациента перед процедурой ГД.

Другим важным критерием достижения адекватности сеанса диализа является удаление избыточной жидкости в ходе процедуры или ультрафильтрация (УФ), что является одним из элементов концепции достижения «сухого веса» у пациентов на ГД. В соответствии с этой концепцией пациент должен удовлетворительно переносить как междиализную прибавку жидкости, так и ее удаление в ходе процедуры. Однако при значительной перегрузке жидкостью возникает необходимость в высоких объемах и скорости УФ, что нередко ведет к снижению АД или ИДГ, гипоксии и ухудшению перфузии

жизненно важных органов. Повторные симптоматические гипотензивные эпизоды приводят к ишемии и «станнингу» (оглушению) миокарда, локальным нарушениям сократимости левого желудочка. При развитии ИДГ нередко требуется снижение скорости кровотока, что, в свою очередь, влияет на обеспеченную дозу диализа. Таким образом, профилактика ИДГ является актуальной клинической проблемой, требующей новых подходов в профилактике и коррекции. Одним из самых эффективных методов профилактики и коррекции ИДГ является снижение темпов УФ. Такими подходом является компьютерный алгоритм управления скоростью УФ, или автоматическая система контроля давления (АСКД), разработанная в немецкой компании Б. Браун. Данная система работает по принципу биологической обратной связи и дает возможность непрерывно корректировать скорость УФ на основе измерений АД в течении всей процедуры. Система предназначена для индивидуального профилирования скорости УФ, что позволяет снизить риск возникновения гипотензии. Этот метод использует систему «fuzzy logic» («нечеткой логики»), которая регулирует УФ в соответствии с мгновенными изменениями АД с учетом ранее накопленных данных. Данный подход основан на мониторинге АД пациента и коррекции темпов УФ в реальном времени. При таком подходе возможно применять индивидуальный подход к каждому пациенту.

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Diacap PRO



РУ № РЗН2019/8890 от 09.09.2019

На пути к совершенству.

Б.Браун Авитум Руссланд | Санкт-Петербург, 18-ая линия В.О., д.29, литер 3 , офис А511
Телефон в Санкт-Петербурге: +7(812) 334-06-86 | Факс: +7(812) 334-35-61
Телефон в Москве: +7(495) 797-47-14 | Факс: +7 (495) 797-47-15
www.bbraun-avitum.ru | www.bbraun-dialysis.ru

В литературе имеются лишь единичные публикации по проблеме онлайн-мониторинга диализной дозы и компьютерного алгоритма управления УФ у больных на ГД, при этом как комплексная проблема в рамках единого исследования указанные ее аспекты практически не изучены, что и предопределило необходимость проведения данной работы.

Цель исследования: соотнести данные оценки эффективности достижения дозы диализа лабораторным и онлайн-методами. Исследовать факторы, предположительно оказывающие влияние на точность результатов и адекватность диализа. Исследовать новый подход в профилактике интрадиализной гипотензии (ИДГ) при помощи компьютерного алгоритма управления ультрафильтрацией (УФ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В первом исследовании, посвященному изучению эффективности методов оценки диализной дозы диализа, больные получали процедуры ГД на аппарате «искусственная почка» Б. Браун Диалог + Эволюшн со встроенной функцией Adimea, позволяющей интрадиализно измерять индекс eKT/V в онлайн-режиме. Каждому пациенту проводилось по три сеанса ГД или ГДФ в неделю. У всех больных оценивалось соответствие результатов измерения обеспеченной дозы диализа классическим биохимическим методом и онлайн – ультрафиолетовой спектрофотометрии отработанного диализата с анализом совокупности факторов, способных повлиять на точность метода. Также фиксировалось АД до и после процедур ГД и как минимум каждый час в ходе процедуры ГД. Анализировались показатели усредненного АД, скорости потока крови, веса после ГД. Уровень АД перед сеансом составлял САД 144,1 ± 18,4 и ДАД 85,2 ± 12,8 мм рт. ст.

Эффективное время лечения составило 254,2 ± 19,6 мин. Данные фиксировались за весь период наблюдения – на протяжении календарного года.

Во второе исследование, посвященное изучению эффективности АСКД, было включено 35 больных (мужчин – 19, женщин – 16). Проводилась оценка эффективности алгоритма контроля скорости УФ. Средний возраст больных составил 52,0 ± 12,2 года. Обеспеченная доза диализа составила 1,89 ± 0,3 (spKt/V), средняя скорость УФ – 8,03 ± 3,6 мл/кг/ч. Уровень АД перед сеансом: САД 124,6,6 ± 27,7 и ДАД 71,3 ± 16,3 мм рт. ст. Эффективное диализное время составило 255,6 ± 18,2 мин; средний объем УФ –2351,2 ± 1125,6 мл, поток крови – 325,4 ± 46 мл/мин. Средний постдиализный вес составил 67,9 ± 11,4 кг; сухой вес по данным биоимпедансного анализа –67,4 ± 11,2 кг. Средний постдиализный вес превышал измеренный сухой вес на 0,52 кг, что соответствует общепринятым параметрам (сухой вес + 0,5 кг = постдиализный вес). В качестве переменных использовались средние значения измерений за весь период наблюдений. В исследование были включены больные со склонностью к ИДГ, снижением САД на протяжении процедуры до 90 мм рт. ст. и ниже, или снижением на 20 и более мм рт. ст. от нормальных значений в сочетании с появлением клинических симптомов гипотензии (головокружение, тошнота, рвота, потливость, мелькание «мушек» перед глазами, в тяжелых случаях – потеря сознания), преддиализное САД менее 100 мм рт. ст. В исследование не включали больных с тяжелой сопутствующей патологией: хронической сердечно-сосудистой, дыхательной, злокачественными новообразованиями любой локализации и стадии процесса направленности, дезадаптивных поведенческих реакций.

Использовались два различных подхода к профилактике и коррекции ИДГ. Стандартный подход предполагал в первые четыре сеанса ГД регистрацию преддиализного АД непосредственно перед подключением пациента к аппарату, в дальнейшем в ходе сеанса диализа АД измерялось у «стабильных» пациентов (уровень АД в целевом диапазоне значений) – однократно в течение часа, у «нестабильных» пациентов (уровень АД вне целевого диапазона значений) – однократно в течение получаса или чаще с учетом клинической ситуации. Коррекция гипотензии производилась методами помещения больного в положение Тренделенбурга, введение гиперосмолярных растворов глюкозы, введение физиологического раствора, остановка УФ.

Подход с применением АСКД предполагает анализ кривых АД с применением в последующих диализных сессиях системы интеллектуального подхода с автоматическим выбором предельных значений АД индивидуально у каждого конкретного больного, что позволяло составить представление о колебаниях АД. При достижении нижней границы САД корректируется скорость УФ в большую или меньшую сторону. У каждого пациента возможно вручную определить нижний предел САД и максимальную скорость УФ до процедуры. Записи о динамике АД больного хранятся в электронной

РИСУНОК 1 Средние значения уровня постдиализного САД и ДАД у больных, получающих процедуры ГД с помощью стандартного подхода и системы АСКД

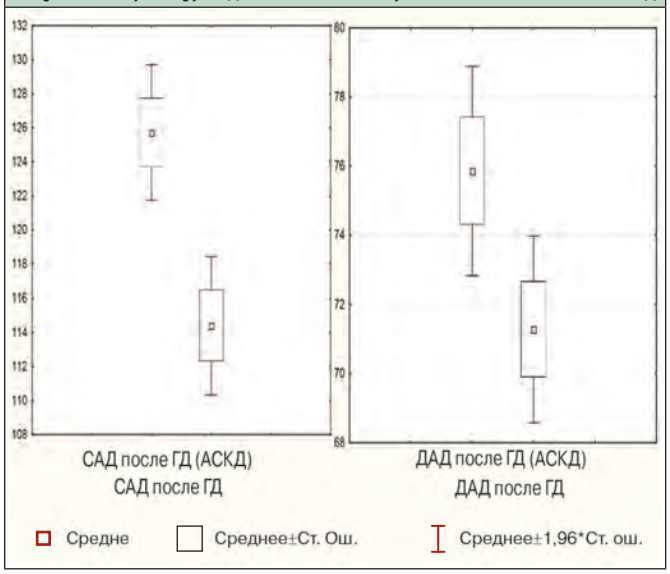


РИСУНОК 2 Сравнительный анализ результатов данных пред- и постдиализных значений АД при применении двух подходов к диагностике и коррекции гипотензии

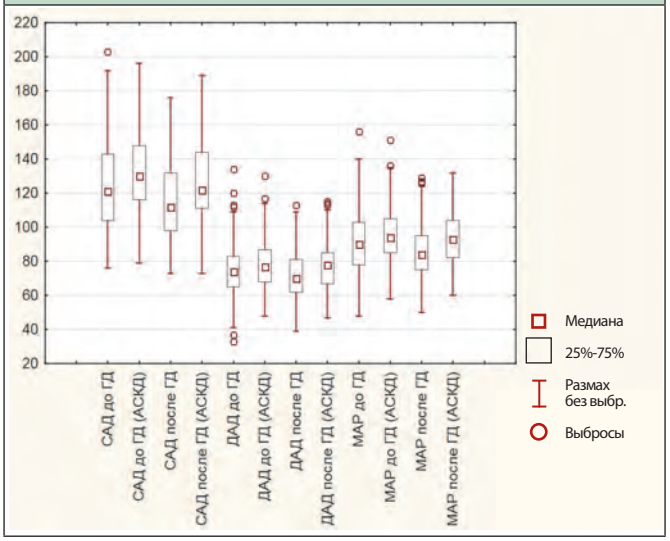
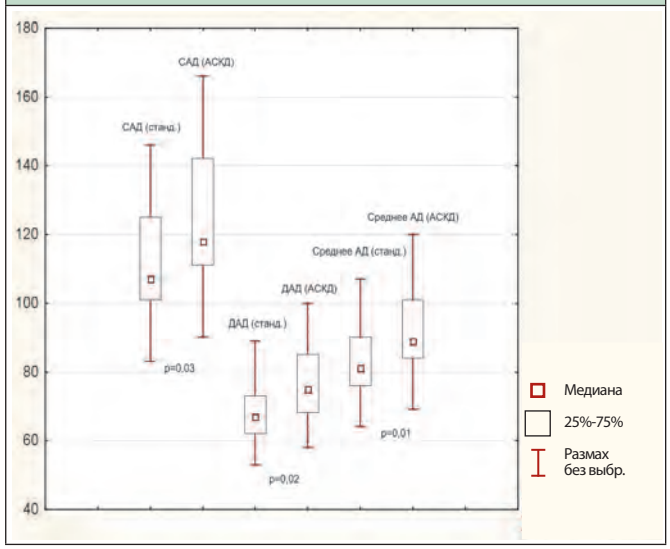


РИСУНОК 3 Сравнительный анализ интрадиализных вариаций САД, ДАД и МАР при стандартном подходе и при применении АСКД



форме в личной карте пациента, что обеспечивается объединенной медицинской информационной системой «Nexadia». При применении АСКД на протяжении трех процедур гемодиализа уровень АД измеряли с интервалом в пять минут (данная опция обусловлена необходимостью сбора статистических данных для составления кривых АД и прогнозирования эпизодов ИДГ). Начиная с 4-й процедуры, интервалы измерения АД, благодаря использованию алгоритма, увеличивались, но выставлялись автоматически. Последнее измерение проводилось после отключения пациента от аппарата (постдиализное АД). Анализировались показатели среднего уровня АД в ходе процедур диализа за весь срок наблюдения. Продолжительность исследования составила три недели для каждого больного.

Статистический анализ был проведен с помощью программы STATISTICA 6.1. Использовались стандартные методы описательной и вариационной статистики: вычисление средних значений и стандартного отклонения при нормальном распределении величин или определение медианы. Для сравнения переменных с нормальным распределением использовали t-тест Стьюдента. При сравнении данных с распределением, отличным от нормального, использовали тесты Вилкоксона или Манна-Уитни. Значимость различий количественных параметров определяли с помощью t-критерия Краскела-Уоллиса. Различия считали значимыми при $p < 0,05$. Корреляционно-регрессионный анализ проводили с определением коэффициента корреляции Пирсона. Связь между признаками считалась сильной при $r_s \geq 0,7$, средней – при значениях $r_s = 0,3–0,5$ и слабой – при $r_s \leq 0,3$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средние данные эффективности ГД, оцененные двумя методами расчета и определения индекса eKT/V, не демонстрируют статистически значимых различий его величины по пробам крови, забираемым до и после процедуры ГД, и с помощью метода ультрафиолетовой спектрофотометрии ($1,64 \pm 0,24$ и $1,65 \pm 0,26$, $p = 0,93$). При построении диаграммы рассеяния данных eKT/V по анализам сыворотки крови и Adimea была установлена сильная положительная корреляция между результатами, полученными двумя методами ($r = 0,8$, $p = 0,000$). Сравнивая два метода измерения дозы диализа, мы получили меньшую вариабельность индекса eKT/V, измеренную методом онлайн-мониторирования отработанного диализата по сравнению с методом определения по пробам крови до и после ГД. Это дает возможность своевременно оценить недостаток диализной дозы при использовании опции Adimea. Применяя новый подход в профилактике и коррекции ИДГ с помощью компьютерного алгоритма контроля скорости УФ, мы получили данные, что средние значения пред- и постдиализного САД и ДАД были выше при применении блока АСКД. Данные преддиализного САД и ДАД составили $132,5 \pm 25$ и $78,6 \pm 18,1$ мм рт. ст. против $124,3 \pm 26,6$ и $73,7 \pm 18,1$ мм рт. ст. ($p = 0,009$ и $p = 0,0008$ соответственно). Данные об уровнях постдиализного АД различались: при применении АСКД средние значения АД были выше, чем при стандартном подходе. Данные постдиализного САД и ДАД составили $125,7 \pm 24$ и $75,9 \pm 18,3$ против $114,3 \pm 24,4$ и $71,2 \pm 16,3$ мм рт. ст. ($p = 0,002$ и $p = 0,006$ соответственно). При применении АСКД значения интрадиализных вариаций АД были выше: САД $124,0 \pm 20,5$ против $110,2 \pm 17,3$ ($p = 0,03$) и ДАД $75,9 \pm 14,2$ против $68,3 \pm 17,9$ мм рт. ст. ($p = 0,02$). Таким образом, применение системы контроля УФ привело к увеличению интрадиализного САД на 11,1%, ДАД на 10%, а MAP на 9,83%. Количество интервенций раствора глюкозы 40% – 10,0 снижалось на 54,5% – с 86 до 27 ($p = 0,000$). Данные нашего исследования показали, что распространенность эпизодов гипотензии при применении консервативного подхода без дополнительных способов контроля скорости УФ составила 26,2% (211 случаев на 1134 измерения АД). При применении блока АСКД частота гипотензии составила 8,3% (387 случаев на 4972 измерения АД). Процент снижения составил 20,33% ($p = 0,000$), что позволяет говорить о компьютерном алгоритме контроля скорости УФ как об эффективном способе борьбы с ИДГ.



ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка каждого сеанса с помощью системы онлайн-мониторирования дозы диализа помогает обеспечить адекватность лечения, что уже было подтверждено в ранних работах. Мы сравнили данные, рассчитанные при помощи блока Adimea, с результатами, полученными по пробам крови у группы больных. В ходе сеансов ГД проводилось сравнение показателей. При проведении корреляционно-регрессионного анализа мы установили сильную положительную корреляцию между результатами индекса eKT/V, определенного по анализам крови и по блоку онлайн-мониторирования дозы диализа, что совпадает как с российскими литературными данными, так и с зарубежными: в ходе одного из исследований кровь периодически забиралась для определения содержания мочевины и расчета spKt/V в течение 64 процедур ГД. Одновременно spKt/V определялся и регистрировался системой Adimea. Анализ полученных данных подтвердил существование тесной корреляции (r = 0,93) между двумя методами. Было уточнено соответствие достигнутой дозы диализа принятым минимальным значениям. При этом имела место высокая доля пациентов с достигнутым минимальным значением eKT/V – средние значения за 12 месяцев достигли целевых у 96 пациентов из 100, что соответствует рекомендациям Российского диализного общества. В них отмечено, что лучшей характеристикой работы отделения, осуществляющего ГД, является не средняя доза диализа, а доля пациентов, превысивших минимально приемлемую, причем в программах оценки качества помощи такой долей называют 85%. Нами было установлено, что параметром, значимо влияющим на эффективность процедур, являлась скорость УФ. Этот факт находил отражение в исследовани H. F. Williams et al. Авторы снижали кровоток на четверть каждую третью процедуру ГД и получили уменьшение средних значений индекса eKT/V на 18% при классическом методе определения эффективности по пробам крови и на 17% от исходного уровня – при применении онлайн-метода спектроскопии. Исследования V. Wizemann (2001) выявили, что при увеличении скорости потока крови с 300 до 500 мл/мин клиренс по мочевине увеличивается на 40%. Имеются данные о влиянии объема УФ на обеспеченную дозу диализа, что идет вразрез с полученными результатами. Данный факт может объясняться тем, что в нашем исследовании больные не имели крайне высоких значений объема УФ и в процентном соотношении скорость УФ не превышала 5% от массы тела. Однако при применении блока ультрафиолетовой спектрофотометрии возникали ошибки. Причиной ошибок при использовании данного метода может являться то, что при снижении эффективной дозы ГД по причине снижения кровотока или образования тромбов в диализаторе снижается уровень мочевины в диализате и увеличивается наклон кривой. Блок АСКД рассматривает данный факт как увеличение клиренса, и график снижения уровня растворенных веществ в отработанном диализате принимает ломаный вид. В этом случае нельзя опираться на эти результаты. В будущем ожидается оптимизация алгоритма с целью ликвидации подобных ошибок. В нашем исследовании доля подобных искажений достигла 0,3% от всех случаев измерения и значимо не повлияла на общий результат сравнения данных eKT/V, полученных фотометрическим и биохимическим методами. Следует учесть, что данная доля ничтожно мала по сравнению с ошибками персонала и лабораторной погрешности при классическом определении дозы ГД. Применение такой опции, как компьютерный алгоритм управления УФ, установленный в аппарат «искусственная почка Б. Браун Диалог + Эволюшн» в ходе процедуры ГД, позволяет осуществлять мониторинг АД в динамике и профилировании скорости УФ. Нами было установлено значимое увеличение усредненных значений АД у больных со склонностью к ИДГ, что совпало с другими данными. В нашем исследовании мы наблюдали снижение распространенности ИДГ с 26,2% (211 случаев на 1134 измерения АД) до 8,3% (387 случаев на 4972 измерения АД) при применении АСКД, что говорит об улучшении клинического результата. Наши данные близки к результатам исследования, включающего 15 диализных центров в Италии, продемонстрировавшего снижение распространенности ИДГ на 25%. Кроме того, наши данные совпадали с результатами работы J. R. Pirkle et al. (2017), проводившего исследование 123 пациентов. В исследовании E. S. Mancini (2007), проведенном в 15 итальянских диализных центрах с участием 55 пациентов, где каждому пациенту было проведено 30 сеансов ГД с функцией АСКД и 30 сеансов со стандартным подходом, отмечено снижение частоты эпизодов ИДГ на 39% и умеренной гипотензии на 12% (p = 0,01), что также коррелирует с нашими результатами. Нам удалось продемонстрировать не только преимущество АСКД в профилактике ИДГ, непосредственно регулирующего скорость УФ. В частности, одним из дополнительных эффектов снижения распространенности ИДГ стало снижение числа потребности в интервенциях гиперосмолярного раствора глюкозы для коррекции эпизода ИДГ, что снизило нагрузку на медицинский персонал.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Метод ультрафиолетовой онлайн спектрофотометрии продемонстрировал простоту и надежность его применения в реальной клинической практике. Обращал на себя факт дешевизны данного метода измерения дозы диализа по сравнению с лабораторными методами. Кроме того, снижалась нагрузка на персонал и вероятность ошибок при расчете eKT/V сводилась к минимуму. Применение компьютерного алгоритма контроля скорости УФ у диализных больных показало увеличение усредненных значений АД и снижение распространенности эпизодов ИДГ. Результаты работы говорят за внедрение и широкое применение данных аппаратных решений в рутинной диализной практике.

Полную версию статьи и список литературы можно запросить в редакции.

Т. Г. КАМЕНСКИХ, д. м. н., доцент, заведующая кафедрой глазных болезней ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского»

Возрастная макулярная дегенерация – актуальная проблема офтальмологии XXI века

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) представляет собой заболевание, которое поражает центральную (макулярную) область сетчатки, вызывая прогрессирующую потерю наиболее важного для нас центрального зрения. Это зрение обеспечивается фоторецепторами – колбочками сетчатки, занимающими центральную ямку в области желтого пятна, и является наиболее высоким.



Т. Г. Каменских

Импульс от каждой колбочки центральной ямки макулы проходит по отдельным нервным волокнам через все отделы зрительного пути и достигает кортикального представительства этой части сетчатки, где осуществляется анализ поступающих импульсов и формируется зрительный образ. Центральное зрение позволяет видеть наиболее мелкие объекты, различать цвета. По мере удаления от центра сетчатки острота зрения резко снижается.

ВМД обычно развивается у лиц 50 лет и старше, с увеличением возраста риск развития ВМД повышается. Ранняя стадия ВМД включает такие клинические признаки, как друзы (отложения продуктов метаболизма под пигментным эпителием) и дефекты пигментного эпителия сетчатки. На этой стадии могут не наблюдаться какие-либо субъективные симптомы или снижение зрения. Поздняя стадия ВМД может быть неоваскулярной (синонимы – влажная, экссудативная) или атрофической (также известной как поздняя сухая или географическая). На этой стадии происходит разрушение колбочек, снижается острота зрения, появляется пятно перед глазом, видимое пространство кажется искаженным, изломанным. Позднее ВМД приводит к полной потере центральной остроты зрения, что оказывает значительное влияние на качество жизни и функциональную независимость человека. Ожидалось, что к 2020 году число людей с ВМД во всем мире составит около 200 миллионов, а к 2040 году увеличится почти до 300 миллионов и, таким образом, создаст серьезную проблему для общества. ВМД остается третьей по значимости причиной тяжелой необратимой потери зрения во всем мире, частота случаев слепоты и нарушений зрения снизилась после введения методов лечения, направленных на блокирование фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), который образуется в глазу на фоне ишемии, связанной с возрастными изменениями в капиллярах сетчатки и сосудистой оболочки глаза.

ДИАГНОСТИКА

В течение последних двух десятилетий появились новые методы, позволяющие диагностировать ВМД, следить за ее прогрессированием и определять эффективность лечения. Прежде всего это оптическая когерентная томография (ОКТ), позволяющая исследовать оптические срезы сетчатки и определять ее толщину, наличие патологических включений – неососудов, интраретинальной и субретинальной жидкости. Флюоресцентная ангиография также остается полезным методом для выявления патологических новообразованных сосудов, для их локализации и определения активности процесса. Ангиография на базе оптической когерентной томографии была разработана не так давно, как неинвазивный метод, не требующий внутривенного введения контрастного вещества. Этот метод обнаруживает наличие новообразованных патологических сосудистых сетей, наблюдаемых при хориоидальной неоваскуляризации, но не выявляет выхода компонентов крови за пределы сосудистого русла (ликедж).

Осложнения неоваскулярной ВМД приводят к значительному и зачастую необратимому снижению остроты зрения. Наиболее частые проявления неоваскуляризации – это кровоизлияния в сетчатку (которые могут быть преретинальными, интраретинальными, субретинальными или супрахориоидальными), отслойки пигментного эпителия сетчатки, твердый экссудат или субретинальный фиброзный рубец. Атрофическая ВМД называется географической атрофией и проявляется истончением наружного слоя сетчатки. Географическая атрофия может быть однофокусной или многоочаговой, границы и степень поражения могут быть определены количественно с большей точностью с помощью аутофлюоресцентной визуализации глазного дна и оптической когерентной томографии в спектральной области.

ФАКТОРЫ РИСКА

Были определены факторы риска для развития ВМД. Возраст, безусловно, является самым главным фактором риска, причем почти все поздние случаи ВМД встречаются у людей старше 60 лет. Предполагаемая распространенность поздней ВМД в трех крупных популяционных исследованиях составляла 0,2% для людей в возрасте 55–64 лет и увеличивалась до 13,1% для людей старше 85 лет. Заболеваемость ВМД выше у женщин, чем у мужчин, для всех возрастных групп. Глобальный мета-анализ показал почти в два раза более высокую распространенность ВМД у лиц европеоидной расы по сравнению с азиатским и африканским населением. На риск развития ВМД влияют генетические факторы, курение, особенности диеты. Курение является самым сильным фактором риска для ВМД, оно ассоциируется с

двукратным повышением риска развития поздней стадии. Другие факторы с менее убедительными доказательствами их влияния на риск ВМД включают воздействие солнечного света, цвет радужной оболочки, потребление алкоголя. Гипертония и гиперлипидемия также связаны с риском развития ВМД. ВМД – это многофакторное расстройство с генетическим компонентом. ВМД приводит к инвалидизации у пожилых людей, связана с повышенным риском травм. В некоторых исследованиях сообщалось, что ВМД, особенно атрофическая, связана с когнитивными нарушениями и риском болезни Альцгеймера. Анализ, проведенный в десяти исследованиях, показал, что поздняя ВМД была связана с 20%-м увеличением смертности от всех причин и 46%-м увеличением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

ТЕРАПИЯ

В крупном многоцентровом клиническом исследовании AREDS было проанализировано лечение ранних форм ВМД комбинированным препаратом, содержащим соли цинка, меди и антиоксиданты (витамин С, витамин Е, β-каротин). Это лечение снизило риск развития неоваскулярной ВМД примерно на 25%. В последующем исследовании AREDS 2 каротиноиды лютеин и зеаксантин были добавлены в формулу AREDS вместо β-каротина, вследствие чего еще на 10% уменьшился риск прогрессирования ВМД. Замена β-каротина лютеином и зеаксантином позволила избежать повышенного риска рака легких от β-каротина у бывших курильщиков.

Эффективное лечение неоваскулярной ВМД основано на ингибировании ангиогенного белка VEGF (фактор роста эндотелия сосудов), который вырабатывается в сетчатке и индуцируется гипоксией. VEGF увеличивает проницаемость сосудов сетчатки и способствует неоваскуляризации. Анти-VEGF препараты вводятся в стекловидное тело в операционной в определенном режиме (ежемесячно, 1 раз в 2 месяца или по другим персонализированным схемам). Первым препаратом против VEGF, использованным в исследованиях неоваскулярной ВМД, был пегаптаниб натрия, этот препарат не получил широкого распространения. Следующий препарат – бевацизумаб – применяется во многих странах успешно, но в России его применение возможно только при колоректальном раке. Ранибизумаб представляет собой фрагмент антитела, который также связывает все изоформы VEGF, его использовали в ключевых исследованиях, где он показал высокую эффективность, что привело к широкому применению ранибизумаба для лечения неоваскулярной ВМД. Клиницисты во всем мире продолжают лечить ВМД бевацизумабом, который дешевле ранибизумаба и, по-видимому, имеет эквивалентную эффективность. Следующий антиангиогенный препарат афлиберцепт представляет собой рекомбинантный белок, который включает в себя связывающие домены рецепторов VEGF 1 и 2 и блокирует все изоформы VEGF A и VEGF B, а также плацентарный фактор роста (хотя польза от этой блокады до сих пор неясна), его можно вводить



интравитреально после трех ежемесячных введений не ежемесячно, а 1 раз в два месяца при аналогичном ранибизумабу эффекте. В настоящее время проходят клинические испытания препараты, которые позволят вводить анти-VEGF препараты реже, не теряя при этом клинической эффективности.

После введения анти-VEGF-терапии в рутинную практику частота слепоты, связанной с ВМД, резко снизилась (примерно на 50%).

Реальная ситуация в мире показывает, что несмотря на наличие государственных программ по бесплатной антиангиогенной терапии ВМД (препараты дорогостоящие и требуют пожизненной терапии), недостаточное лечение неоваскулярных ВМД встречается очень часто. Исследования показали, что для поддержания остроты зрения от исходного уровня до года требовалось как минимум пять инъекций ранибизумаба, а для поддержания остроты зрения от одного до двух лет – восемь инъекций. Безопасность анти-VEGF терапии была тщательно исследована. Для ранибизумаба, который был опробован в большей степени, чем другие препараты, анализ рандомизированных исследований не выявил никакой связи со смертностью, но показал возможную связь между более интенсивным лечением и риском системных сосудистых заболеваний (инсульт, инфаркт).

Лечение поздней атрофической ВМД пока неэффективно. Препараты, влияющие на комплемент, такие как экулизумаб и лампализумаб, были протестированы в клинических испытаниях, но не показали значимого улучшения.

Терапевтические стратегии в лечении ВМД могут сочетать множество факторов, включая диету, защиту от избыточной инсоляции (темные очки), борьбу с вредными привычками, образ жизни и прием лекарственных препаратов, с учетом персонализированной генетической информации. Одной из областей исследований является терапия статинами в высоких дозах при друзах. Генная терапия, включающая экспрессию антиангиогенных белков путем доставки генов, была предложена при неоваскулярной ВМД, проведены доклинические испытания на животных моделях. Данные исследований на людях с неоваскулярной ВМД подтвердили безопасность и раннюю эффективность субретинальной инъекции рекомбинантного аденоассоциированного вирусного вектора, кодирующего рецептор VEGF. В настоящее время исследуются методы лечения с применением стволовых клеток, особенно в отношении прогрессирующей атрофической ВМД, которые потенциально могут восстановить пигментный эпителий сетчатки.

Зрительная реабилитация слабовидящих с поздними инкурабельными стадиями ВМД с использованием лупы, телескопических очков может быть полезной пациентам с поздней атрофической или рубцовой стадией ВМД. Эти приспособления эффективны в коррекции зрения, но неудобны в использовании. Интраокулярные линзы для больных ВМД стали привлекательной альтернативой экстраокулярным способам коррекции, однако из семи типов внутриглазных линз, рекомендованных для пациентов с ВМД, не было найдено ни одной, которая не имела бы существенных недостатков. Достижения в области электронных технологий сделали возможным использование искусственного зрения с помощью зрительных протезов. Были испытаны два устройства: электронное эпиретинальное устройство Argus II (Second Sight Medical Products, CA, США) и электронное субретинальное устройство Alpha-IMS (Retina Implant AG, Германия). Эти устройства были первоначально разработаны для пациентов с пигментным ретинитом, наследственной дегенерацией сетчатки. Они обеспечивают различение света и темноты, распознавание крупных предметов. Стоимость и долговечность этих протезов в настоящее время ограничивают их использование в клинической практике.

В настоящее время перспективными направлениями в лечении ВМД следует считать исследования, направленные на разработку новых и более длительно действующих препаратов для лечения неоваскулярной стадии и для замедления прогрессирования географической атрофии.



Обработка инструмента в офтальмологии

Большинство инструментов, применяемых в офтальмологии, изготовлены из стали простой конструкции, но являются хрупкими из-за микроскопических размеров колюще-режущих поверхностей. Вместе с тем последние достижения в эндоскопии привели к разработке новаторских, более сложных инструментов, таких как, например, офтальмологический лазерный эндоскоп.

Офтальмологические процедуры считаются связанными с высоким риском инфицирования. Все оборудование относится к критическому согласно Классификации по Сполдингу и должно подвергаться стерилизации. Хирургические операции на глазах зачастую являются короткими процедурами, поэтому для обеспечения выполнения ежедневного объема операций требуется быстрая обработка инструментов. Самым распространенным способом стерилизации, применяемым для офтальмологического инструмента, является стерилизация паром. Однако, высокая температура и более продолжительные циклы паровой стерилизации могут привести к проблемам:

- Более короткому сроку службы хрупких хирургических инструментов.
- Рабочие характеристики инструментов, подверженных износу, могут значительно ухудшиться, что потребует ремонта или замены.
- Выявление поврежденного оборудования во время хирургической операции может привести к нарушениям сроков в работе операционной.

Исследование конкретного случая на практике показало, что паровая стерилизация в автоклавах приводит к большему количеству повреждений хирургических инструментов по сравнению со стерилизацией в системе STERRAD®[1] (Timm D and Gonzales D. Effect of sterilization on microstructure and function on microsurgical scissors. 1997). А именно, параллельное сравнение хрупких микрохирургических ножниц, простерилизованных паром и системой STERRAD®[1], показало, что после 30 циклов обработки ножницы, стерилизуемые в автоклаве, продемонстрировали заметное ухудшение в резании, тогда как обработка при помощи системы STERRAD®[1] не привела к ухудшению функциональных характеристик инструмента. Это было подтверждено путем осмотра режущей кромки под микроскопом при высокой кратности увеличения.

С учетом перечисленных ограничений при использовании паровой стерилизации существует потребность в низкотемпературном методе стерилизации, обеспечивающем быстрый оборот офтальмологических инструментов за счет короткого времени цикла обработки, продлевающем срок службы инструментов, а также повышающем безопасность пациентов. Существует два основных способа низкотемпературной стерилизации: плазменная стерилизация с используемым стерилизующим средством на основе пероксида водорода (STERRAD®[1]) и этиленоксидом (EtO).

Этиленоксид является токсичным и легковоспламеняющимся веществом. Данный газ относится к канцерогенам, опасным для человека, и является фактором риска для персонала. Токсичные остатки после стерилизации этиленоксидом могут также вызвать токсический синдром переднего сегмента глаза (TASS) (Ari S., Caca I., Sihin A. and Cingu AK. 2012).

Системы STERRAD®[1] стерилизуют офтальмологические инструменты надежно и эффективно, без причинения инструменту повреждений, связанных с высокотемпературной паровой стерилизацией. Короткий цикл стерилизации продолжительностью всего лишь 24 минуты обеспечивает требуемый уровень гарантии стерильности. Данная обработка инструментов позволяет обойти проблемные моменты, возникающие при работе с этиленоксидом, оптимизируя процесс дезинфекции инструмента и делая его безопасным для пациентов. Использование систем STERRAD®[1] может также обеспечить существенное снижение затрат за счет экономии воды и электроэнергии в сравнении с другими методами стерилизации. Имеется совместимость с широкой линейкой инструментов, чувствительных к воздействию температуры и влаги. Отсутствуют токсичные остатки после стерилизации; присутствуют только вода и кислород. ®

По материалам компании Advanced Sterilization Products a Johnson & Johnson companyHenia vende

[1] *Стерилизаторы медицинские STERRAD с принадлежностями РУ № РЗН 2015/2851 от 05.02.2018; Стерилизатор медицинский STERRAD 100NX с принадлежностями РУ № ФСЗ 2008/01313 от 07.05.2018.*



Госпитальный рынок России: итоги 2019 года

Согласно данным Бюджетного аудита ГЛС в РФ (без ДЛО и региональной льготы)™ объем госпитального рынка страны по итогам 2019 г. снизился на 4% в натуральном выражении и составил 653,914 млн упаковок. В денежном эквиваленте рынок увеличился на 37% в рублях и на 36% в долларах, а объем был равен 256,235 млрд рублей (3,977 млрд долл.) в оптовых ценах. Средняя стоимость упаковки ГЛС в больничном секторе страны по итогам 2019 г. была равна 6,08 долл., годом ранее – 4,30 долл.

Лидером госпитального рынка России по итогам 2019 г. среди производителей стал российский BIOCAD, объемы закупок которого увеличились на 95% (табл. 1). Двукратный и почти четырехкратный рост объемов закупок продемонстрировали компании MSD (в 2,2 раза) и ROCHE (в 3,7 раза), поднявшиеся на вторую и третью строчки. Вторым впервые вошедшим в состав Топ-10 производителем стал BRISTOL MYERS SQU (закупки увеличились в 4,8 раза), который занял девятую позицию вместо 28-й. Высокими темпами развивались рынки еще у двух компаний. Это поднявшаяся на два пункта вверх, на шестое место, SANOFI (+72%) и продолжающий занимать последнюю строчку NOVARTIS (+84%). Итоговая доля десяти ведущих производителей увеличилась на 7,5 пп., до 42,3%.

Первое место в рейтинге ведущих брендов продолжает занимать SOVIGRIPP (+16%), хотя из-за отставания динамики его долевое присутствие сократилось (табл. 2). Однако необходимо отметить, что большинство брендов «десятки», напротив, продемонстрировали высокую динамику. В их числе – впервые вошедшие в Топ-10 OPDIVO (закупки увеличились в 7,5 раза), KEYTRUDA (в 10 раз), PERJETA (в 6,6 раза) и PENTAXIM (в 2,6 раза). Многократный рост объемов закупок отмечен также у брендов AVEGRA (в 3 раза) и HERTICAD (в 2,3 раза). Одновременно с этим не столь динамичные бренды PREVENAR 13 (+9%) и NATRIUM CHLORIDUM (+1%), а также показавшая отрицательную динамику KALETRA (-21%). Общая доля десяти лидирующих брендов расширилась на 5,5 пп., до 20,5%.

Рейтинг ведущих МНН и группировочных наименований продолжают возглавлять VACCINE, INFLUENZA (+49%) и VACCINE, PNEUMOCOCCAL (+16%) (табл. 3). Ниже в нем произошли перестановки, в результате которых шесть его представителей повысили свои позиции. Так, с пятого места на третье поднялся TRASTUZUMAB (закупки увеличились в 2,3 раза), с седьмого на шестое – BEVACIZUMAB (в 3,1 раза). Четвертую, пятую и две нижние строчки заняли впервые вошедшие в Топ-10 наименования NIVOLUMAB (в 7,5 раза), PEMBROLIZUMAB (в 10,1 раза), PERTUZUMAB (в 6,6 раза) и VACCINE, ACEL.PERT.DIP.TET. POLIO & HIB (в 2,6 раза). Суммарная доля, аккумулируемая десятью ведущими МНН и группировочными наименованиями, увеличилась с 16,7 до 23,7%.

Половине представителей Топ-10 ведущих АТС групп удалось сохранить занятые в прошлом места (табл. 4). В их числе – возглавляющая его группа L01 Противоопухолевые препараты, которая благодаря росту закупок в 2,6 раза упрочила свое лидерство. Места с четвертого по седьмое включительно продолжают занимать J01 Антибактериальные препараты для системного назначения (+8%), B05 Плазмозамещающие и перфузионные растворы (+5%), B01 Антикоагулянты (+7%) и V08 Контрастные препараты (+13%). Среди оставшихся две группы продемонстрировали рейтинговый прогресс. На один пункт вверх, на вторую строчку, поднялись J07 Вакцины (+39%), тогда как увеличившие объемы закупки в 2,9 раза L02 Противоопухолевые гормональные препараты переместились с 22-го места на восьмое. В сумме на десять ведущих АТС групп приходилось 76,5% госпитального рынка, тогда как годом ранее – 67,3%.

Госпитальный рынок России по итогам 2019 г. продемонстрировал высокую позитивную динамику и в рублевом эквиваленте (+37%), и в долларовом (+36%), и был равен 256,235 млрд рублей (3,977 млрд долл.). В натуральных показателях рынок сократился на 4% и составил 653,914 млн упаковок. Средняя стоимость упаковки ГЛС в госпитальном секторе страны по итогам 2019 г. была равна 6,08 долл. против 4,30 долл. в 2018 г.

Совместная публикация Ассоциации международных фармацевтических производителей в России и Группы Ремедиум. Для подготовки материала использовались данные компании IQVIA.

РИСУНОК Госпитальный рынок России в 2018–2019 гг.

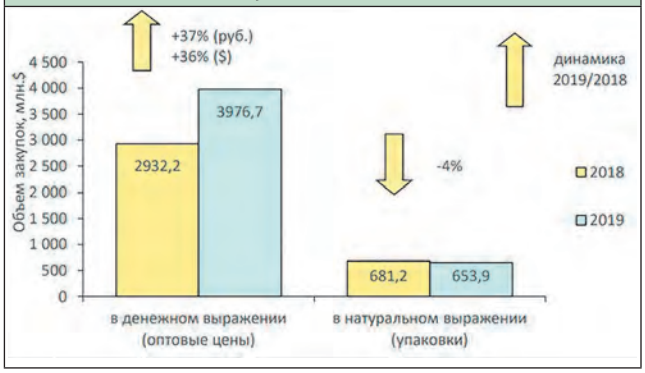


ТАБЛИЦА 1 Десять ведущих производителей по объему госпитальных закупок

Место в рейтинге		Производитель*	Доля в общем объеме госпитальных закупок, %	
2019 г.	2018 г.		2019 г.	2018 г.
1	3	**BIOCAD RF**	6,6	4,7
2	6	**MSD**	5,7	3,6
3	13	**ROCHE**	4,8	1,8
4	1	**PFIZER**	4,4	4,8
5	4	**PHARMASYNTEZ**	3,9	4,6
6	8	**SANOFI**	3,7	2,9
7	5	**MICROGEN**	3,6	4,4
8	2	**ABBVIE**	3,3	4,8
9	28	**BRISTOL MYERS SQU**	3,1	0,9
10	10	**NOVARTIS**	3,1	2,3
Итого			**42,3**	**34,8**

** Члены AIPM выделены жирным шрифтом*

ТАБЛИЦА 2 Десять ведущих брендов по объему госпитальных закупок

Место в рейтинге		Бренд	Доля в общем объеме госпитальных закупок, %	
2019 г.	2018 г.		2019 г.	2018 г.
1	1	**SOVIGRIPP**	2,6	3
2	24	**OPDIVO**	2,5	0,5
3	36	**KEYTRUDA**	2,4	0,3
4	2	**PREVENAR 13**	2,3	2,8
5	8	**AVEGRA BIOCAD**	2,2	1
6	6	**HERTICAD**	2,1	1,3
7	4	**NATRIUM CHLORIDUM**	1,8	2,5
8	35	**PERJETA**	1,6	0,3
9	11	**PENTAXIM**	1,5	0,8
10	3	**KALETRA**	1,5	2,5
Итого			**20,5**	**15**

ТАБЛИЦА 3 Десять ведущих МНН и группировочных наименований по объему госпитальных закупок

Место в рейтинге		МНН/Группировочное наименование	Доля в общем объеме госпитальных закупок, %	
2019 г.	2018 г.		2019 г.	2018 г.
1	1	**VACCINE, INFLUENZA**	4,4	4
2	2	**VACCINE, PNEUMOCOCCAL**	2,6	3,1
3	5	**TRASTUZUMAB**	2,6	1,5
4	32	**NIVOLUMAB**	2,5	0,5
5	40	**PEMBROLIZUMAB**	2,4	0,3
6	7	**BEVACIZUMAB**	2,4	1
7	3	**LOPINAVIR*RITONAVIR**	1,9	2,6
8	4	**SODIUM**	1,8	2,5
9	39	**PERTUZUMAB**	1,6	0,3
10	17	**VACCINE, ACEL.PERT.DIP. TET. POLIO & HIB**	1,5	0,8
Итого			**23,7**	**16,7**

ТАБЛИЦА 4 Десять ведущих АТС групп по объему госпитальных закупок

Место в рейтинге		АТС код	АТС группа	Доля в общем объеме госпитальных закупок, %	
2019 г.	2018 г.			2019 г.	2018 г.
1	1	L01	**ANTINEOPLASTIC AGENTS**	31,2	16,2
2	3	J07	**VACCINES**	11,7	11,5
3	2	J05	**ANTIVIRALS FOR SYSTEMIC USE**	11	12,6
4	4	J01	**ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE**	6,1	7,7
5	5	B05	**PLASMA SUBSTITUTES AND PERFUSION SOLUTIONS**	4,6	5,9
6	6	B01	**ANTITHROMBOTIC AGENTS**	3,5	4,5
7	7	V08	**CONTRAST MEDIA**	2,3	2,8
8	22	L02	**ENDOCRINE THERAPY**	2,3	1,1
9	8	L04	**IMMUNOSUPPRESSANTS**	2,1	2,6
10	9	J04	**ANTIMYCOBACTERIALS**	1,8	2,4
Итого				**76,5**	**67,3**

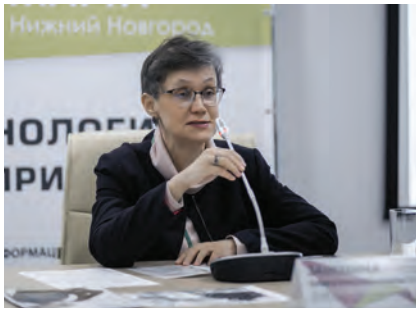


События
и комментарии

Межрегиональная научно-практическая конференция
СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОКРИНОЛОГИИ. ОПЫТ И ИННОВАЦИИ В КЛИНИЧЕСКИХ ПРИМЕРАХ

Инновации и опыт их использования в клинических примерах всегда актуальны для врачей. Более 150 медицинских специалистов Нижегородской области и регионов Приволжского округа в марте на ежегодной научно-практической конференции углубили знания и обсудили новые возможности в управлении сахарным диабетом; тактику ведения больных сахарным диабетом с коморбидными состояниями; различные аспекты современной диагностики и лечения акромегалии; дифференцированные подходы к терапии синдрома тиреотоксикоза и многое другое.

В рамках мероприятия проходило пленарное заседание, симпозиумы. В словах приветствия гл. внештатный терапевт МЗ НО, зав. поликлиникой ГБУЗ НО «Городская больница № 33» МЗ РФ **Дмитрий Олегович Пичков** подчеркнул актуальность докладов научной программы, посвященных не только эндокринологическим заболеваниям, но и новым технологиям, таким как телемедицинские консультации. Продолжая обсуждение, профессора **Леонид Григорьевич Стронгин** и **Ольга Владимировна Занозина** выразили радость общения с экспертным сообществом и уверенность в успешности организованного мероприятия: *«...сегодня действительно праздник, когда мы имеем возможность обсудить с коллегами наши клинические проблемы и говорить не только о сахарном диабете, но еще и о современных технологиях».*



О новых возможностях Городского эндокринологического центра в условиях ГБУЗ НО «Городская больница № 33» участникам рассказала заведующая **Н. Г. Подпругина,** представив данные по структуре и новым методам диагностики, совершенствованию ведения пациентов с эндокринной патологией с использованием телемедицинских технологий во взаимодействии с НМИЦ эндокринологии. Руководитель областного центра компетенций по телемедицине ГБ № 33 **М. В. Черепков** представил опыт работы по телемедицине через экспертные консультации, онлайн-лекции и консилиумы мультидисциплинарной бригадой Городского эндокринологического центра города Н. Новгорода.

Одну из важных тем – приверженность пациентов с акромегалией проводимой терапии аналогами соматостатина – подняла гл. внештатный специалист-эндокринолог Волгоградской области **А. А. Вачугова,** дав оценку предикторов приверженности в рам-



ках зарубежных клинических исследований и клинического опыта накопленного в Волгоградской области. Алла Александровна поделилась своим мнением: *«Очень хорошо, что разбираются разные аспекты эндокринной патологии, в т. ч. редкие болезни. К примеру, проблема акромегалии – это междисциплинарная проблема, и важно привлекать к ней как можно больше внимания врачей других специальностей для улучшения диагностики. Акромегалия – тяжелое заболевание, которое трудно поддается лечению, но на самом деле у нас есть в руках инструменты, с помощью которых мы даже в особо сложных случаях можем добиться успеха. Очень важно говорить о таких методах диагностики, как КТ, МРТ, в отношении гипофиза и надпочечников, потому что эти методы молодые, и очень часто мы диагностируем не совсем так, как следует. Мы идем не от жалоб больного, не от его состояния, а при каком-то случайном исследовании мы выявляем нечто, что*

потом требует больших усилий врачей для того, чтобы уточнить: имеют значение выявленные изменения или не имеют? Я считаю, что такие темы интересны и должны обсуждаться».

С двумя докладами о современных возможностях и балансе в лечении пациентов с сахарным диабетом 2-го типа выступила главный эндокринолог ПФО, зав. кафедрой эндокринологии ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ профессор **Ф. В. Валеева.** Фарида Вадутовна сделала акцент на важность доказательной базы: *«Доказательная база в деятельности врача приобретает очень большое значение. Назначая что-то вне наших стандартных рекомендаций, мы должны быть готовы научно обосновать выбор и для пациента, и для проверяющего эксперта».*



Участники активно обсуждали представленные данные докладов: «Перспективы применения релиз-активных препаратов в ежедневной клинической практике» (**Занозина О. В.,** Н. Новгород), «Дифференцированная терапия синдрома тиреотоксикоза» (**Стронгин Л. Г.,** Н. Новгород), «Альфа-липоевая кислота при сахарном диабете: вчера, сегодня, завтра» (**Поздняк А. О.,** Казань), «Новое в диагностике диабетической ретинопатии» (**Баландина Т. П.,** Н. Новгород), «Биосимиляры аналогов инсулинов. Новые возможности» (**Долматова А. Б.,** Санкт-Петербург), «Метаболические механизмы старения мужчин в клинических примерах» (**Павлова З. Ш.,** Москва) и др.



Параллельно с научной программой конференции проходила специализированная выставка производителей фармацевтической продукции, где были представлены передовые разработки медицинского оборудования, лекарственных средств и расходных материалов. Участники смогли приобрести новые знания, поделиться своим опытом, расширить круг профессиональных знакомств, пообщаться с представителями производителей оборудования и медикаментов, узнать о новинках, а значит, плодотворно и познавательно провести время в кругу коллег-пофессионалов.



ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ в медицинских организациях

1. Эпидемиологические аспекты новой коронавирусной инфекции COVID-19
2. Риски инфицирования и обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских работников
3. Организация работы медицинской организации в условиях угрозы заноса и распространения COVID-19

Уверенность и повышение качества работы дает для медицинских специалистов общение с экспертами.

Уверенность особенно необходима сейчас – в условиях многовекторной неопределенности, вызванной пандемией коронавируса COVID-19.

Для развития знаний, с учетом обостряющейся эпидемиологической ситуации, в медицинских организациях 10 апреля 2020 года был проведен Вебинар «COVID-19 и обеспечение эпидемиологической безопасности в медицинских организациях», который открыл серию онлайн-семинаров, конференций и консультаций эпидемиологов Национальной ассоциации специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»), в котором выступили ведущие российские эксперты: **Николай Иванович Брико, Ольга Васильевна Ковалишена, Елена Борисовна Брусина.**

Даже экстренно подготовленная интернет-встреча привлекла внимание более 2 тыс. специалистов медицинских организаций России.

Медицинские специалисты с большим вниманием знакомились с информацией выступающих, в течение двух часов общения присылая в чат уточняющие вопросы. Спикеры активно отвечали на запросы, предоставляя самую актуальную информацию и комментируя сложные случаи, связанные с трудностями обеспечения средствами защиты медицинских работников, работающих с больными, зараженными COVID-19.

В период пандемии коронавирусной инфекции перед медработниками и руководителями медицинских организаций появилось много новых и сложных задач. Обзор и анализ особенностей эпидемиологических аспектов коронавирусной инфекции (COVID-19) с оценкой первоочередных вопросов профилактики заражений медицинских работников, проанализировал в своем выступлении академик РАН Н. И. Брико. На основные риски инфицирования и демонстрацию средств обеспечения эпидемиологической безопасности медицинских работников, особенностей их использования был сделан акцент в докладе профессора Е. Б. Брусиной. Эффективная организация работы медицинских организаций в условиях угрозы заноса и распространения COVID-19 с учетом региональных особенностей, вдумчивое использование актуальной, обновляемой в режиме реального времени нормативной базы, контроль обучения и соблюдение регламентов и правил позволяют регулировать рост заболеваемости – именно практические советы и рекомендации в деятельности эпидемиологов, разбор ошибок и как их избежать рассматривала профессор О. В. Ковалишена.

Проведенный вебинар стал еще одним успешным информационным событием в коммуникациях эпидемиологов Национальной ассоциации специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»). Видеозаписи и материалы серии Вебинаров в открытом доступе размещены в разделе «учебные материалы» сайта http://nasci.ru/education.

Обсуждение ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ вопросов с ЭКСПЕРТАМИ можно продолжить в ГРУППАХ ассоциации госпитальных эпидемиологов НП «НАСКИ» в социальных сетях: Контакт – vk.com/NP_NASCI; Фейсбук – www.facebook.com/groups/npnasci/; Instagram – www.instagram.com/NPNASCI/.

XI Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии

23–25 апреля 2020 года в режиме онлайн прошел XI Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. На торжественной церемонии открытия XI Съезда Ассоциации директоров институтов онкологии и радиологии (АДИОР) собралось рекордное количество участников.



Съезд проходил при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Ассоциации онкологов России. В этом году участие в мероприятии приняли 6700 делегатов из 19 стран мира. Деловая и научная программа съезда собрала более 500 докладов по важнейшим вопросам развития отрасли: организация онкологической помощи населению; национальные проекты в области онкологии; стационарзамещающие технологии; трансляционная медицина; роль НКО в онкологии; образование в онкологии; пластическая хирургия в онкологии; паллиативная помощь.

Церемония прошла под председательством министра здравоохранения РФ **Михаила Мурашко,** президента Российской академии наук, заместителя председателя Совета по науке и образованию при Президенте РФ академика РАН **Александра Сергеева,** директора департамента гуманитарного сотрудничества, общеполитических и социальных проблем Исполнительного комитета СНГ **Алексея Сазонова,** заместителя премьер-министра Республики Татарстан **Лейлы Фазлеевой,** вице-министра здравоохранения Республики Казахстан **Лязаты Актаевой,** президента АДИОР СНГ и ЕА, главного внештатного онколога Минздрава России академика РАН **Андрея Каприна** и президента съезда, директора КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, главного внештатного специалиста-онколога Минздрава России в ПФО **Рустема Хасанова,** а также при участии членов президиума АДИОР СНГ и Евразии и руководителей онкологических центров России и СНГ.



Открывая торжественную церемонию, Андрей Каприн обратил внимание участников, что опыт проведения такого масштабного события в формате онлайн-трансляции является новым и необычным для всех его участников, однако онкологические проблемы необходимо решать здесь и сейчас, несмотря на пандемию, бушующую в мире.

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко зачитал приветствие Президента РФ **Владимира Владимировича Путина** к участникам съезда, в котором подчеркивалась «высочайшая актуальность проведения встречи онкологов наших стран на таком уровне».

В своем выступлении министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко обозначил несколько важных задач: «Необходимо осмыслить, какой формат и инфраструктура должны быть у онкологической помощи, осмыслить и те уроки, которые мы проходим по лекарственной терапии, завершить работу над единым регистром онкопациентов».

В свою очередь, президент РАН Александр Сергеев подчеркнул, что еще один важный вопрос – это радиология. «Хотелось бы, чтобы съезд после обсуждения обратился к правительствам наших стран с конкретными предложениями о поддержке развития технологической базы для обеспечения радиационной онкологии в странах СНГ».

В рамках церемонии открытия прозвучали доклады Андрея Каприна и Рустема Хасанова, которые были посвящены истории развития онкологической службы России и Республики Татарстан.

В программе съезда были сформированы мультидисциплинарные секции по нозологическому принципу: рак ротоглотки, рак гортани, рак пищевода, рак желудка, рак толстой и прямой кишки, рак печени и ЖВП, рак поджелудочной железы, рак органов переднего и заднего средостения, рак кожи и меланома, рак молочной железы, рак шейки и тела матки, рак предстательной железы, опухоли ЦНС, рак щитовидной железы, лимфомы, опухоли костей, ДНО.

Прошедшее мероприятие с участием ведущих специалистов России, стран ближнего и дальнего зарубежья позволило большому числу врачей-онкологов ознакомиться с новейшими достижениями науки и практики, что будет способствовать дальнейшему совершенствованию онкологической помощи населению.

http://cisoncology.org/
http://kazan-onco2020.com/



В преддверии съезда по инициативе президиума правления АДИОР СНГ и ЕА была утверждена медаль имени Н. Н. Трапезникова **«За вклад в развитие онкологической службы».** Первыми лауреатами международной награды стали выдающиеся онкологи современности из России и стран СНГ: **Алиев Джамиль Азизович, Зикиряходжаев Дилшод Зукирович, Давыдов Михаил Иванович и Хасанов Рустем Шамильевич.**

Также в рамках церемонии состоялось награждение победителей конкурса молодых ученых, которое прошло под председательством жюри, возглавляемого **Евгением Чойнзоновым** – директором НИИ онкологии ТНИМЦ РАН, академиком РАМН. Победителями конкурса на лучшую публикацию стали шесть талантливых специалистов, которые издали значимые материалы в области онкологии.



Образ жизни

здоровье

Зона комфорта является наиболее вредным местом для жизни. Жизнь начинается там, где заканчивается зона комфорта

Покинуть зону комфорта

Вещи, которые принципиально важны для нашего будущего, однако совершенно ужасают в ближайшей перспективе, невероятно распространены. Когда вы узнаете реальный «секрет» того, как получать от жизни все что хотите, у вас может сформироваться здоровая зависимость от этого. Все начинается с одного простого действия – нужно каждый день побеждать свой страх, делая мелкие дела.

Зона комфорта в жизни большинства людей работает как обои на «рабочем столе» монитора – в фоновом режиме, она постоянно присутствует, и мы не задумываемся об этом. И хотя мы, казалось бы, наслаждаемся комфортом и установленным порядком, самое большое удовольствие мы получаем, когда бросаем вызовы и добиваемся успеха. И когда мы обязуемся найти способы своего постепенного, ежедневного роста, мы довольно быстро обнаруживаем четыре вещи:

1. Даже если мы находимся на правильном пути, мы все равно продолжаем сомневаться в себе.

Перед тем как приступить к выходу за пределы своей зоны комфорта, вы можете подумать, что страх – это признак того, что вы на ложном пути.

Джон Акаффом писал: «Мы никогда не будем достаточно храбры, чтобы сделать то, что необходимо сделать дальше».

Основная проблема состоит в том, что мы представляем себе все, чего, возможно, и не должно произойти. Мы видим исход событий со знаком «–», но не допускаем возможности событий со знаком «+».

Когда вы заранее готовы к тому, что вас охватит страх, половина битвы уже выиграна. Определите, какой цели вам стоит придерживаться или какой проект вы могли бы начать. Смотрите на сомнения и страх не как на красный свет светофора, а как на прожектор, который освещает ваш дальнейший путь. Примите это как знак, что вы находитесь на правильном пути.

2. Вы можете любить других, не слушая их.

Сделаем одну оговорку: всегда важно иметь рядом несколько человек, на которых вы можете опереться и которым можно доверять. Тем не менее, как это ни удивительно, советы тех, кто любит вас больше всего, не всегда идут вам на пользу.

Когда вы идете на риск – особенно в том случае, когда ваши близкие не согласны с вами – вы попадаете в центр внимания. Это происходит и тогда, когда они вас поддерживают (что случается редко) с фразами «Действуй!», «Делай то, что делает тебя счастливой!». Так они показывают свою заботу и хотят вас защитить от неудачи.

Но они могут также подсознательно опасаться, что если ваша жизнь изменится слишком резко, то в ней может не остаться места для них. И это тоже нормально. Это только один из приблизительно миллиона чудных способов, которыми люди показывают свою любовь.

Сомнение и страх – всегда рядом. И требуется практический опыт, чтобы охватить эту реальность…



«Если у вас есть большие цели и мечты, не ожидайте, что другие последуют за вами, потому что вы будете олицетворять ту силу, мужество и прозрение, которых у них еще нет». (Питер Воогд.)

Вывод: смело идите на просчитанные риски. Пусть чужие сомнения и мнения других людей о том, как вам следует прожить свою жизнь, будут их проблемой, а не вашей.

Иногда самый большой подарок, который мы можем сделать другим, – это просто в решающий момент напомнить им об их возможностях.

3. Вас могут назвать сумасшедшими, прежде чем признают «крутыми».

Когда вы бросаете вызов собственным опасениям, ждите, что окружающие могут назвать вас «сумасшедшим» и лишь намного позже признать, что это «круто».

Шаг за пределы зоны комфорта может быть небольшим, но он способен изменить вашу жизнь. Например, быть первым там, где требуются добровольцы; попросить увеличения на 33% и пр.

Посмотрите внимательно на тех, кто вызывает у вас восхищение. Большинство тех мелких поступков,

которые в итоге привели их к тому, что называется «круто», первоначально были расценены как «сумасшедшие». Никто из тех, кто изменил историю, не следовал всем общепризнанным правилам.

И это хорошая новость. Вы можете спокойно относиться к тому, что вас называют сумасшедшими, и мы знаем, что это просто часть процесса нашего нового становления.

4. Вам не придется выбирать между приоритетами и мечтой. Вы можете все это совместить.

Когда вы решитесь начать рисковать, это не означает, что вы можете абсолютно не думать о том, как это повлияет на окружающих. Или что вам следует отказаться от таких важных вещей, как аренда жилья, дети или кредит.

Тем не менее, мы часто обманываем себя, думая, что жизнь всегда ставит перед нами выбор: или... или. Или я буду матерью, или я смогу осуществить свою мечту об открытии магазина. Хотелось бы призвать вас сделать одну крошечную, но важную корректировку в ваших фразах: замените «или» на «и».

Большинство великих идей, изобретений и бизнес-проектов рождались посреди ночи при свете керосиновой лампы, безо всяких социальных сетей или другой деятельности.

Но для этого нужно проявить твердость. Преодолеть все сомнения, в которых зарождаются великие идеи. Провозгласить свои мечты. Любить других, не слушая их. Смириться с тем, что вас будут называть сумасшедшим, пока ваша идея не принесет свои плоды. И знать в глубине души, что у вас существуют еще и другие задачи, и другие приоритеты.

✓ Самая большая ошибка заключается в попытках сделать все, не покидая своей зоны комфорта.

✓ Другая ошибка – это попытка расширить свою зону комфорта, а не пересечь ее границы.

Начните с малого. Просто сделайте что-то такое, что выходит за рамки ваших привычных действия – этого будет достаточно, чтобы встряхнуть вас и разбудить ваш мозг:

– Рассмотрите вопрос о возвращении домой с работы другим маршрутом.

– Достаньте ту одежду, которую вы решились купить, но не решились надеть.

– Подойдите к тому человеку, который вам покажется интересным и скажите ему: «Из всех творческих и интересных людей, которых я видела сегодня, вы – лучший!»

Не стоит недооценивать силу крошечных возможностей. Эти небольшие действия помогут вам встретить новых людей и укрепить веру в себя, они подготовят вас к выходу за границы зоны комфорта на длительное время.

✓ Другой распространенной ошибкой является убеждение, что важным фактором является возраст. Для человека, решившего жить приключениями, возраст не имеет значения.

Если пожелаете извлечь один урок из этого поста, то я надеюсь, что вы выберете следующее:

Мы не натыкаемся случайно на полноценную, потрясающую жизнь... мы сами ее создаем.

По статье KENDRA WRIGHT
https://subscribe.ru/

> ***Каждый день мы просыпаемся с невероятными возможностями. Наши стремления и наши награды находятся внутри нас.***

САМЫЕ ПОПУЛЯРНЫЕ ВОПРОСЫ О ВОДЕ

Все давно уяснили, что здоровье во многом зависит от количества и качества воды, которую мы пьем, но некоторые вопросы на эту тему все же остались. Ответить на них нам поможет врач-диетолог, к. м. н. Марина Копытько.

Мы думаем: Нельзя пить воду во время еды. Жидкость разбавляет желудочный сок и таким образом тормозит процесс переваривания.

На самом деле: Абсолютно точно безопасно пить воду до еды и во время еды – примерно один стакан (150–200 мл). Сразу после еды лучше воздержаться от приема жидкости хотя бы на 20 минут. Но есть так называемые «сухоротые» люди, у которых очень мало вырабатывается слюны, им пить во время, до и после еды не возбраняется.

Мы думаем: Если выпить за полчаса до еды стакан воды, меньше съешь.

На самом деле: Когда вода поступает в желудок, реагируют его объемные рецепторы и возникает ощущение, что ты вроде бы уже поел, ощущение голода притупляется.

Мы думаем: С утра нужно выпивать стакан воды, чтобы запустить работу желудка.

На самом деле: Да, причем лучше всего работает ощелаченная вода, которую можно получить с помощью лимона либо имбиря. И желательно, чтобы вода была теплой.

Мы думаем: Ежедневно на один килограмм веса нужно пить 30 мл воды.

На самом деле: Это приблизительная расчетная формула и, конечно, можно ей следовать, но могут быть исключения. Самую точную информацию о необходимом количестве воды дает только биоимпеданс. Можно также ориентироваться по косвенным признакам, которые говорят о дефиците жидкости в организме: увеличение отечности (особенно к вечеру), головные боли, нарушение работы кишечника и т. д.

Мы думаем: Высокоминерализованную минеральную воду можно пить каждый день.

На самом деле: Такую воду лучше пить по показаниям врача, чтобы не спровоцировать появление камней в почках из-за содержания в ней различных элементов: карбоната, магния, кальция и т. д. Безопасная норма потребления – один стакан в день, не больше, а то и меньше.

Мы думаем: Газированная минеральная вода вредна для желудка.

На самом деле: Здесь мнения расходятся. Одни исследователи считают, что она сильно раздражает слизистую желудка, другие считают, что в небольшом количестве пить газированную воду неплохо, особенно людям со сниженным аппетитом, поскольку она увеличивает у них желание поесть.

Мы думаем: Слишком горячая и холодная вода негативно влияет на пищеварительную систему и может вызвать рак.

На самом деле: С точки зрения доказательной медицины данных по этому поводу нет.

Мы думаем: Талая вода – самая полезная для нашего организма.

На самом деле: По сути, с помощью заморозки и последующей разморозки мы получаем практически дистиллированную воду, максимально очищенную ото всех примесей. Та вода, которая оттаивает самой первой, считается легкой, основная часть – хорошая вода, а в остатке концентрируются различные тяжелые металлы и его пить нельзя.

Мы думаем: Кофе лучше запивать водой.

На самом деле: Это так. Данный напиток для 80% людей является достаточно сильным мочегонным средством. В качестве профилактического способа обезвоживания рекомендуется запивать порцию кофе стаканом воды.

https://subscribe.ru/

Синдром самозванца

Вы когда-нибудь чувствовали, будто занимаете свое место не по праву? Будто ваши друзья или коллеги вскоре обнаружат, что вы обманщик и на самом деле не заслуживаете своей должности и заслуг? Если да, то вы в хорошей компании. Это так называемый синдром самозванца – чувства, которые в той или иной степени испытывают примерно 70% людей (данные Международного журнала науки о поведении). Синдромом самозванца страдают самые разные люди: мужчины и женщины, студенты медицинских вузов, менеджеры по маркетингу, актеры и руководители.



Что такое синдром самозванца и как его преодолеть?

Синдром самозванца – это представление о том, что вы добились чего-то только благодаря удаче, случаю, а не благодаря имеющимся у вас способностям, талантам и навыкам. Впервые о нем заговорили психологи Полин Роуз Кланс и Сюзанна Аймс в 1978 году. Проведя исследование, ученые обнаружили, что женщины в большей степени подвержены синдрому самозванца.

В более поздних работах по этой теме было показано, что подобные переживания характерны и для женщин, и для мужчин (и даже был создан тест на выявление синдрома самозванца). Сегодня об этом феномене говорят применительно к любому человеку, который «не способен присвоить успех и считать его заслуженным», – говорит психолог Одри Эрвин.

Эксперт в этой теме Валери Янг, автор книги «Тайные мысли успешных женщин», также обнаружила определенные поведенческие паттерны у людей, которые чувствуют себя самозванцами:

- *Перфекционисты* имеют по отношению к себе очень высокие ожидания: даже если они достигают цели на 99%, для них это все равно неудача. Малейшая ошибка заставляет их усомниться в собственной компетентности.
- *Эксперты* ощущают потребность владеть всей возможной информацией по теме, прежде чем начинать проект, и постоянно ищут новые тренинги и курсы, чтобы усовершенствовать свои навыки. Они не откликнутся на вакансию, если посчитают, что не соответствуют всем критериям в ее описании. А еще они не решаются задать вопрос в аудитории или выступить на планерке, если не знают заранее ответа, потому что боятся того, что будут выглядеть глупо.
- Когда *одаренным от природы* людям приходится бороться или упорно трудиться, чтобы чего-то достичь, он или она думает: значит, я недостаточно хорош(а). Они привыкли, что знания и навыки достаются им легко, и когда им приходится прикладывать усилия, для них это доказательство того, что они самозванцы.
- *Одиночки* считают, что должны справляться с задачами самостоятельно, и если им требуется помощь, они уверены: значит, я неудачник.
- *Супермены* заставляют себя работать больше окружающих, чтобы доказать, что они не самозванцы. Они ощущают необходимость преуспеть во всех сферах жизни – на работе, в родительстве, в партнерстве – и могут испытывать стресс, когда в какой-то из них это не получается.

Почему люди страдают синдромом самозванца?

Некоторые специалисты считают, что это связано с личностными чертами, например, тревожностью, другие объясняют это семейным воспитанием. Долгий след порой оставляют детские воспоминания, например, ощущение, что ваши оценки никогда не были достаточно хороши для ваших родителей или что ваши братья и сестры превосходят вас в определенных областях. «Люди часто впитывают эту идею: чтобы быть любимым, мне нужно достигать результатов, — говорит Эрвин. – Возникает замкнутый круг».

На формирование чувства самозванства могут влиять средовые факторы, например, круг общения или факт дискриминации какой-либо социальной группы (например, женщин, занятых интеллектуальным трудом). «Чувство принадлежности сообществу придает уверенности, – утверждает Янг. – Чем больше людей, похожих на вас, тем увереннее вы себя чувствуете».

Как преодолеть синдром самозванца?

Один из первых шагов на пути преодоления чувства «я здесь самозванец» – признать его и посмотреть на него с некоторой дистанции. «Не погружаться в эту мысль, а понаблюдать за ней – это может помочь, – советует Эрвин. – Мы можем научиться оценивать свои переживания более критически. Я поощряю клиентов задавать себе вопрос: эта мысль помогает мне или мешает?»

Еще один способ – пробовать переформулировать свои мысли. Единственная разница между теми, кто испытывает синдром самозванца, и теми, кто нет, – это способ реакции. «Люди, которые не чувствуют себя самозванцами, не умнее, компетентнее или способнее остальных, – говорит Янг. – Это означает, что мы просто должны научиться думать не как самозванцы». Что здесь может помочь? Учиться ценить конструктивную критику, понимать, что когда вы не просите о помощи, вы тормозите работу всей команды, и помнить, что чем больше вы практикуете навык, тем лучше вы им владеете.

Также может быть полезно поделиться тем, что вы чувствуете, с наставниками или друзьями, которым вы доверяете. Люди с большим опытом могут подтвердить, что ваши чувства нормальны и естественны, а знание о том, что другие были на вашем месте, уменьшает страхи.

Временами вы можете чувствовать себя САМОЗВАНЦЕМ, но к этому не сводится вся ваша жизнь. Задача в том, чтобы научиться быстрее выходить из этого состояния.

Автор: Эбигейл Эбрамс
https://subscribe.ru/



Селамерекс®

севеламера карбонат

Изящество баланса

- Снижает уровень фосфатов в сыворотке крови
- Замедляет прогрессирование кальциноза
- Не влияет на уровень бикарбонатов сыворотки крови
- Снижает уровень ЛПНП



Регистрационный номер препарата: ЛП-002733 от 28.11.2014
Отпускается по рецепту врача. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией

СОТЕКС

Реклама

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ