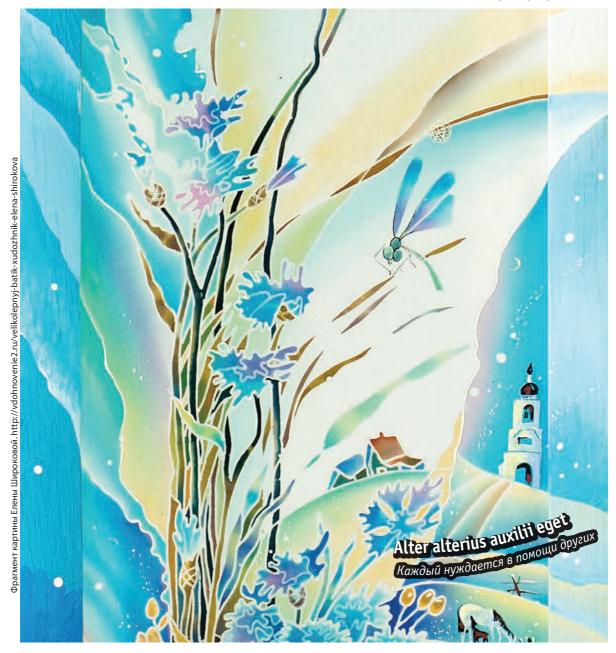
DEMEDIUS DE LA COMPANION DE LA

январь – февраль 2017



КАРУСЕЛЬ ЛОКАЛИЗАЦИИ



ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России

Министерство здравоохранения Нижегородской области

Нижегородское РО Общероссийской ОО «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» Некоммерческое партнерство НП «НАСКИ»

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по НО

ФГУН «Нижегородский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» ГАОУ ДПО «Нижегородский областной центр повышения квалификации специалистов здравоохранения»

Нижегородская профессиональная сестринская ассоциация

Медицинское издательство «Ремедиум Приволжье»

Всероссийское ЗАО «Нижегородская ярмарка»



МЕДИЦИНА ПМЮС



26-я Международная специализированная выставка ХУШ МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ «КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ ОКАЗАНИЯ медицинской помощи»

Основные научно-практические мероприятия:

- НПК лаборантов ПФО.
- НПК эпидемиологов и специалистов по контролю эпидемиологической безопасности ЛПУ.
- НПК организаторов сестринского дела ПФО.
- НПК дерматологов и дерматовенерологов ПФО.
- НПК руководителей ЛПУ и фармацевтического дела.

VII Межрегиональный форум «Неделя детского здоровья-2017»

Информационно-образовательные семинары

Школы здоровья для населения

РОССИЯ, НИЖНИЙ НОВГОРОД, УЛ. СОВНАРКОМОВСКАЯ, Д. 13. НИЖЕГОРОДСКАЯ ЯРМАРКА

КООРДИНАТОР НАУЧНОЙ ПРОГРАММЫ ФОРУМА

Медицинское издательство «Ремедиум Приволжье»: (831) 411-19-83 (85), e-mail: nn_remedium@medalmanac.ru; commerc@medalmanac.ru

www.yarmarka.ru www.medalmanac.ru



21-я международная специализированная выставка Примите участие в международной выставке

ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ.

Казань, 2017



ВЫСТАВОЧНЫЯ ЦЕНТР ОРГАНИЗАТОР:

Выставочный центр «Казанская ярмарка» Тел./факс: (843) 570-51-16, 570-51-11

e-mail: expokazan7@mail.ru, www expokazan.ru, www.volgazdravexpo.ru

18-20 октября

В программе выставки:

- Международный Форум по формированию здорового образа жизни
- Коллегия Министерства здравоохранения Республики Татарстан
- Тематические конференции, семинары, круглые столы по основным направлениям здравоохранения





Журнал о рынке лекарств и медицинской технике

Региональный специализированный информационно-аналитический журнал «Ремедиум Приволжье»

№ 1 (151) январь - февраль, 2017 год

УЧРЕДИТЕЛЬ 000 «ГРУППА РЕМЕДИУМ»

ИЗДАТЕЛЬ ВЫПУСКА РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ

000 «Ремедиум -Приволжье»

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

Главный редактор Лариса Запорожская

директор

Коммерческий Валерия Шишлова

Ответственный Елена Мутовкина

редактор

Рекламный отдел Татьяна Сыромятникова

Татьяна Лукьянова

верстка

Оформление, Андрей Антонов

Корректор Наталия Кулагина

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

ISSN 1993-6384

Адрес журнала «Ремедиум»: 105082, Москва, а/я 8, тел. (495) 780-34-27 (многоканальный) e-mail: remedium@remedium.ru

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 — 4100 экз. Отпечатано в типографии 000 «Юнион Принт» Нижний Новгород, Окский съезд, 2, тел. (831) 439-44-99

Цена свободная. © Ремедиум, 2017





CAABHAA TEMA

М. БОРЗОВА, А. ЧЕРЕДОВА ЛОКАЛИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ

ДЕЛОВЫЕ РИТМЫ NOPTPET PECHOHA

ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛАСТЬ

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ЛЕТСТВА -ЗАЛОГ ПРОЦВЕТАНИЯ РЕГИОНА

с.н. суходолец ОТ ОСНОВАНИЯ ДО ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

ГАУЗ «ООКНД»

НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ: 40 ЛЕТ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА

РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ

ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА ВЫСОКО ОЦЕНИЛА УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРЛОВИЯ

РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ - В ПЯТЕРКЕ ЛУЧШИХ РЕГИОНОВ РОССИИ ПО ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С.А. МЕРКУШКИНА БОЛЬШЕ ЗНАНИЙ - БОЛЬШЕ возможностей

КОНСИЛИУМ

КАРДИОНЕФРОЛОГИЯ

23

о.н. сигитова

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Н.Ю. ЛИНЕВА, Е.Н. СОЛОВЬЯНОВА НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРФОСФАТЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ ХБП

А.В. ШЕРСТНЕВ, А.В. ФЕДОСЕЕВА И ДР. ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ: ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

ОНКО ЛОГИЯ

В.А. АТДУЕВ, Ю.О. ЛЮБАРСКАЯ И ДР. ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

в.а. бачурин МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ надпочечников

ДЕЗИНФЕКЦИЯ И СТЕРИЛИЗАЦИЯ

н.в. саперкин, а.с. благонравова и др. МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА УБОРОК В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ С ПОМОЩЬЮ ЛЮМИНОМЕТРА

А.Х. ШАЙДУЛЛИНА СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ ВЫБОРЕ СРЕДСТВ ДЛЯ ГИГИЕНЫ РУК МЕЛПЕРСОНАЛА

СОБЫТИЯ И КОММЕНТАРИИ

НАУЧНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЙ ГАСТРО-РИНГ (НПК. Н. НОВГОРОД)

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ И РЕКУРРЕНТНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ (НПК. Н. НОВГОРОЛ)

ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ В ПФО: ОБСУЖДЕНИЕ НАСУЩНЫХ ВОПРОСОВ

ВАЖНОСТЬ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ (НПК, ЧЕБОКСАРЫ)

ЛУЧШИЕ КАРДИОХИРУРГИ нижегородской области удостоены ПРЕМИЙ ИМЕНИ БОРИСА КОРОЛЁВА

НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ медицинской помощи

[O6PA3 XN3HN -ЗДОРОВЬЕ!

ЭНЕРГИЯ ВИБРАЦИЙ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ: НА КАКОЙ ЧАСТОТЕ мы вибрируем?

ЯПОНСКАЯ МЕТОДИКА ПРОТИВ ЛЕНИ

[BNN-HOBOCTN]

2, 3, 4, 5

ВАЖНО, ИНТЕРЕСНО, ПОЛЕЗНО

ПРЕДЕЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ ГЛАВВРАЧЕЙ

DEMEGUUM



В Госдуму внесен законопроект, предлагающий установить предельный возраст в 65 лет для должностей руководителей и заместителей руко-

водителей медицинских организаций государственного и муниципального подчинения.

Законопроектом предусмотрено, что лица, занимающие указанные должности и достигшие возраста 65 лет, независимо от срока действия трудовых договоров, переводятся с их письменного согласия на иные должности, соответствующие их квалификации. В то же время, согласно инициативе, учредитель имеет право продлить срок пребывания в должности работника, занимающего должность руководителя государственной или муниципальной медицинской организации, до достижения им возраста 70 лет, если тот представит решение общего собрания работников медорганизации.

Законопроект также предусматривает, что заместителями руководителя медицинской организации заключаются срочные трудовые договоры, срок окончания которых не может превышать срок окончания полномочий руководителя медицинской организации. Если закон будет принят, то вступит в силу с 1 июня 2017 года, говорится в документе.

В ГОСДУМЕ ВИДЯТ ЛОГИКУ В ЗАПРЕТЕ ВЫПУСКНИКАЙ МЕДВУЗОВ РАБОТАТЬ В ЧАСТНЫХ КЛИНИКАХ

В соответствии с разработанным Минздравом нормативным актом, молодым врачам будет запрещено переходить в коммерческие структуры до отработки определенного срока в государственных медицинских учреждениях, сообщила глава министерства Вероника Скворцова, передает «Интерфакс».

«Мы подготовили проект нормативного акта, который позволит молодым врачам уходить в коммерческое здравоохранение лишь после того, как они отработают на государство определенное время. К примеру, в Великобритании этот срок составляет пять лет», - заявила она.

По ее словам, данный срок не будет превышать пяти лет.

Напомним, одним из решений кадровых проблем в государственном здравоохранении стал целевой набор студентов в медвузы - после окончания учебы по договору выпускник обязан отработать в медучреждении региона, направившего и оплатившего его учебу в вузе. Еще в 2011 году, по словам министра здравоохранения, медвузам было разрешено принимать до 50% «целевиков». В то же время уже неоднократно сообщалось о том, что многие «целевики» не хотят отрабатывать свое обучение и, несмотря на договор, «не доезжают» до своих мест работы.

К ЮБИЛЕЮ

Солонининой Анны Владимировны

Поздравляем проректора по последипломному образованию и внебюджетной деятельности Пермской государственной фармацевтической академии, заведующую кафедрой управления и экономики фармации факультета дополнительного профессионального образования и факультета заочного обучения, доктора фармацевтических наук, профессора Анну Владимировну Солонинину с юбилеем! Высокий профессионализм, организаторские способности, опыт и оптимизм, стремление передать свои знания коллегам и ученикам позволили достичь уважения и доверие в научном фармацевтическом сообществе.



Дорогая Анна Владимировна! Желаем крепкого здоровья и благополучия, долгих лет жизни, радости и удачи, дальнейших творческих и жизненных успехов! Коллеги, ученики и читатели

ИЗ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ИСКЛЮЧАТ АНАЛИЗЫ



Комментарий главного внештатного специалиста по профилактической медицине Минздрава России Сергея Бойцова по новому порядку дис-

пансеризации. «Обновленный порядок диспансеризации взрослого населения, в первую очередь, отличается перечнем применяемых методов исследования, а также возрастных диапазонов граждан, которым они проводятся. Во время разработки проекта был учтен международный опыт, а также проанализированы итоги диспансеризации взрослого населения 2013-2016 годов с учетом медико-экономической эффективности.

Новый порядок предусматривает исключение ряда анализов, которые считаются неинформативными. Например, анализы крови и мочи не будут проводиться бессимптомным гражданам. Эти изменения вызваны тем, что данные анализы не

имеют научных доказательств пользы и не проводятся с целью скрининг-обследования населения ни в одной стране мира. Они также отсутствуют в рекомендациях ВОЗ.

При этом, в соответствии с пунктом 15 нового порядка, при выявлении у гражданина в процессе диспансеризации медицинских показаний к проведению осмотров врачами-специалистами, исследований (в том числе анализов крови и мочи) и мероприятий, не входящих в объем диспансеризации, они назначаются и выполняются с учетом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Обращаем внимание, что в случае жалоб пациента или подозрений у врача все необходимые дополнительные анализы и обследования будут проведены».

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ ПО МАРКИРОВКЕ ЛЕКАРСТВ



Премьер-министр РФ Дмитрий Медведев подписал законопроект о внедрении обязательной маркировки упаковок лекарств, позволяющей отследить путь препаратов от производителя до конечного потребителя. Участие в системе электронной маркировки будет добровольным в течение периода апробации, который продлится один год. Любой человек сможет проверить происхождение упаковки с помощью сканера или смартфона.

Результаты эксперимента Минздрав, Минфин и Минпромторг совместно с Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и налоговой службой обязаны подвести до 1 февраля 2018 года.

«Подписан документ, который дает старт механизму маркировки упаковок лекарств специальными кодами. Это часть работы по противодействию обороту фальсифицированной, контрафактной продукции, которую мы ведем. Не буду говорить, как важно, чтобы лекарства были настоящие, а не поддельные, как важно доверять безопасности и качеству лекарственных препаратов, – это вещи абсолютно очевидные. Сегодня мы инициировали создание специальной автоматизированной системы, которая позволит отслеживать все этапы движения этой продукции от производителя до аптеки или больницы. В результате любой человек с помощью специального прибора, сканера в аптеке или же своего смартфона, если у него есть такой и там установлена программа, сможет проверить происхождение упаковки, убедиться, что это именно легальная, а не какая-то поддельная продукция», сообщил Медведев.

РОСЗДРАВНАДЗОР И РОСПОТРЕБНАДЗОР ПРЕДСТАВЯТ ПЛАНЫ ПО РЕФОРМИРОВАНИЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Планы реализации восьми проектов, входящих в приоритетную программу реформированию контрольнонадзорной деятельности, должны быть утверждены к 1 февраля, сообщила пресс-служба Открытого правительства.

К 1 марта свои планы должны утвердить 12 ведомств, участвующих в программе. Остальным контрольнонадзорным органам, не вошедшим в этот список, также необходимо приступить к подготовке соответствующих пас-портов.

Первые практические результаты от реформы госконтроля должны быть получены уже в ближайшие 2 года. Об этом заявил министр РФ по вопросам Открытого правительства Михаил Абызов, выступая на семинаре «Обмен лучшими практиками по вопросам совершенствования контрольнонадзорной деятельности».

Реформа предусматривает переход на рискоориентированный подход с концентрацией проверок там, где выше риски для безопасности граждан, создание системы оценки результативности и эффективности контрольно-надзорной деятельности, усиление профилактики нарушений, систематизацию работы инспекторов, совершенствование кадровой политики, противодействие коррупционным проявлениям.

Михаил Абызов отметил, что в рамках реформирования госконтроля планируется провести структурную оптимизацию самих контрольно-надзорных органов.

Парламентарий уточнил, что речь не идет о слияниях. Этой задачи сейчас нет в повестке дня. Но это не исключает того, что такие решения могут приниматься в будущем. Речь идет о структурной оптимизации каждого конкретного ведомства, о централизации кадровых, бухгалтерских, учетных и аналитических функций, которые на сегодняшний день дублируют друг друга на разных уровнях, объяснил Абызов.

федеральных контрольнонадзорных органов, которые будут реализовывать проект в первую очередь, уже определен. Это МВД, МЧС, ФАС, ФНС, Россельхознадзор, Роспотребнадзор, Росздравнадзор, Ространснадзор, Росприроднадзор, Роструд, Ростехнадзор и ФТС – на их приходится около 90% долю контрольно-надзорных мероприятий. До 1 марта эти ведомства должны будут утвердить паспорта, в которых будут сведены все элементы восьми ключевых проектов программы с учетом особенностей и параметров работы этих ведомств.

http://riaami.



ВЕСНА БЛИЗКО / УМНЫМ БЫТЬ СЕГОДНЯ МОДНО

Модные тенденции весны 2017 года были продемонстрированы в День российской науки на мероприятии, посвященном 10-летию научного журнала «Медицинский альманах».

Редакционная коллегия научного журнала, молодые ученые Нижегородской медицинской академии и издательство «Ремедиум Приволжье» в бизнес-игре «Весна близко» достигли блестящих результатов - победа была достигнута за счет мудрости экспертов – руководителей команд, решительности и находчивости молодых участников.

10-летие журнала отмечают все сотрудники, партнеры и читатели в 2017 году. «От всей души желаем всем нашим авторам, рецензентам, научным руководителям и, конечно же, читателям дальнейшего профессионального развития, творческих удач, здоровья и удо-

вольствия от сотрудничества», - пожелала участникам и всем научным сотрудникам НижГМА Лариса Запорожская, директор издательства «Ремедиум Приволжье».

Весна придет в марте, а участники уже готовы к новому сезону, потому как УМНЫМ быть модно. В новом формате сотрудничества участники осваивали и развивали навыки стратегического и тактического планирования, управления ресурсами, процессами, информацией, а также культуры эффективного сотрудничества.

«Мы уверены, что полученный импульс развития научных связей поможет достичь еще большего продвижения их достижений в медицинском сообществе», - прокомментировал результаты мероприятия Игорь Георгиевич Терентьев, проректор по науке НижГМА.



Комментарии министра на Гайдаровском форуме

Вопросы, поднятые на Гайдаровском форуме, показали общие позиции стратегической настроенности российского здравоохранения и определили основные направления, по которым будет продолжено развитие отечественной медицины в ближайшем будущем. Такой вывод сделала Вероника Скворцова, подводя итоги выступлений на форуме.

ногие из вопросов, сказала она, уже активно проработаны не только субъектами Российской Федерации, но и законодательной властью, Государственной Думой, Советом Федераций и юридическим сообществом. В частности, поднятый на форуме вопрос о пациентах, работающих в теневом секторе экономики, налоги за которых не поступают в бюджет, обсуждается на государственном уровне уже в течение полутора лет. По Конституции Российской Федерации, отметила Скворцова, каждый гражданин страны имеет право на медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях. Однако основная доля денег на медицинскую помощь поступает из фондов ОМС, куда они направляются благодаря налоговым выплатам работодателей за своих сотрудников. Выплату за неработающих пациентов осуществляют субъекты федерации без возможности в дальнейшем получить соответствующие дотации из налогов. Если ранее вопрос об оплате граждан, утаивающих от налоговых органов свои доходы, обсуждался крайне мало, то сейчас почти все субъекты РФ выступили с протестом. К сожалению, отметила Скворцова, решить эту проблему, просто изъяв соответствующие категории людей из системы здравоохранения, невозможно. Государство обязано проводить ранние скрининги здоровья, оказывать людям экстренную и необходимую стационарную помощь. Для решения этого вопроса, добавила она, подготовлены два альтернативных варианта законопроектов, один из них - компенсационный, другой - исходно не допускающий к системе. Какой из этих вариантов следует применить, сказала Скворцова, решит российское гражданское общество, но, скорее всего, в силу вступит

законопроект о компенсационном варианте, при котором регион будет сам отвечать за проверку статуса неработающих граждан. В случае выявления теневых неплательщиков налогов, субъект получит законодательную возможность компенсировать эти средства специальным дополнительным налогом, идущим в бюджет РФ.

НЕРАВНОМЕРНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ ИЗ ФОНДОВ OMC NO PERNOHAM

Причина такого распределения - в подушевых нормативах, пояснила глава Минздрава России. Некоторые регионы выделяют федеральной системе меньшее количество финансовых средств, чем получают, в силу плотности своего населения, другие регионы, особенно такие мегаполисы, как Москва, выделяют больше средств, чем получают затем по линии ОМС. Однако в данном случае основным является принцип равного права граждан на медицинское обслуживание каждый гражданин должен получать медицинскую помощь одинакового качества, независимо от того, где проживает.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГРАЖДАН ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

По словам министра здравоохранения, это одна из важнейших программ ближайшего будущего. В настоящее время, рассказала она, завершен пилотный проект по составлению модели государственного частичного возмещения стоимости лекарств по одному из наиболее значимых направлений заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Стоимость программы уже просчитана, ее финансирование будет осуществляться из средств ОМС, а не из региональных бюджетов. Сложность составляет льготное обеспечение орфанных заболеваний: значительная часть оплаты препаратов для этой категории пациентов возложена на субъекты РФ. В течение последних двух лет, при утверждении федерального бюджета, Минздрав России вносил предложение полностью перевести оплату орфанных препаратов в обязательство федерального бюджета. Пока такое предложение не принято, но есть надежда, что в ближайшем будущем этот вопрос будет решен.

Значительно, с 200 до 410, увеличилось количество клиникостатистических групп, продолжила к в о р ц о в а В связи с этим организована специальная комиссия, которая занимается отслеживанием и перерасчетом каждой клинико-статистической группы. В помощь работе комиссии создана специальная электронная система, позволяющая в режиме онлайн следить за изменением себестоимости каждой группы в зависимости от варьирования стоимости лекарств, медицинских изделий, условий оплаты труда и т. д.

износ медицинского ОБОРУДОВАНИЯ

В.И. Скворцова сообщила, что в конце 2014 года был принят законопроект, согласно которому внутри территориальных структур ОМС будут созданы специальные фонды, средства из которых направятся на образовательные сертификаты, дополнительное профессиональное образование и переоснащение медицинскими приборами, в том числе и тяжелым дорогим оборудованием. Средств, выделенных на переоборудование медучреждений, достаточно, чтобы полностью покрыть необходимые расходы.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Как напомнила Вероника Скворцова, в 2014 году был принят федеральный закон о независимой экспертизе качества медицинских услуг, которая основывается на мнении населения и медицинского сообщества. В связи с этим Минздрав издал три приказа, в которых четко прописаны требования к открытости информации и формат единой анкеты, которая позволяет оценить удовлетворенность как стационарной, так и амбулаторной помощью. Анкетирование населения проводилось в течение 2015 года - за это время анкету заполнили сотни тысяч граждан. В настоящий момент информация анализируется специалистами, и после окончания обработки она будет опубликована в открытом доступе на сайтах государственных структур и пациентских организаций.

Кроме того, с 2015 года был введен клинико-экономический и фармакоэкономический анализы, которые призваны дать ясное представление о необходимости для здравоохранения тех или иных новых технологий, лекарств и медицинских изделий. Методика анализа предложена Всемирной организацией здравоохранения. «Если мы видим новый препарат, который на 50% улучшает исход лечения или обрывает течение заболевания через год или два, - сказала Скворцова, - независимо от стоимости он будет включен в программу. Но если биотехнология такова, что значительно увеличивает стоимость продукта, но при этом разница в эффектах составляет 0,5%, - в ней нет смысла. Это касается и персонифицированных продуктов и таргетной терапии».

О МЕДИЦИНСКОМ МЕНЕДЖМЕНТЕ

Важнейшей темой для России Вероника Скворцова назвала вопрос о медицинском менеджменте.

В прошлом году, сообщила она, было подготовлено 3,5 тысячи специалистов-фармакоэкономистов. Следующий шаг будет связан с оперативным медицинским менеджментом. Кроме того, в 2015 году было принято решение о введении института страховых поверенных. Эта специальность потребует отдельной подготовки, которая займет примерно 500 часов. При этом учащийся должен будет уже иметь диплом средне-специального или высшего медицинского образования. Задачей наступившего года станет отработка компьютерного места такого работника, так как, по сути, страховой поверенный является оператором, имеющим доступ к расписаниям приема участковых врачей, специалистов первичного звена, графикам плановых госпитализаций основных стационаров своего региона и другой необходимой информации. В его обязанности будет входить помощь закрепленному за ним пациенту в выборе необходимой медицинской организации и специалиста. Ресурсы на оплату работы страховых поверенных уже предусмотрены в системе ОМС.

ОПТИМИЗАЦИЯ БЮДЖЕТА

DEWEDUUM

Процессы оптимизации федерального бюджета и его, возможно, 10% сокращение, не может не коснуться бюджета здравоохранения, заметила Скворцова. Однако почти 85% средств на медицинскою помощь приходят из системы ОМС, которая является внесистемным фондом. Таким образом, средства из системы страхования изъяты быть не могут. Из доли федерального бюджета примерно 95 млрд рублей составляют деньги на лекарственное обеспечение под публичное обязательство государства – препараты для льготных категорий граждан, на лечение семи высокозатратных нозологий и т. д. Эта часть также не может быть сокращена. Поэтому, сказала Скворцова, речь может идти только о сокращении статей, в которых уже предусмотрена такая возможность, и по поводу сокращения финансирования здравоохранения можно не волноваться.

ЭКСПЕРТЫ ПРЕДСКАЗАЛИ ФАРМРЫНКУ УМЕРЕННЫЙ РОСТ



На заседании РАФМ, состоявшемся 8 февраля 2016 года, ведущие эксперты аналитических компаний представили основные результаты 2016 года и дали прогноз на текущий 2017 год. «Стабилизация и последующий рост – это то, о чем говорят в последнее время, но наш взгляд в будущее сдержанный и не оптимистичный», - отметил в начале своего выступления глава представительства IMS Николай Демидов. Он

подчеркнул, что сокращение доходов населения и инфляция повлияли на структуру расходов, но в то же время, в 2016 году ситуация на фармацевтическом рынке изменилась в лучшую сторону по сравнению с кризисным 2015 годом. Позитивный тренд прошедшего года отметил генеральный директор аналитической компании DSM Group Сергей Шуляк. «В 2016 году рынок в упаковках демонстрирует положительную динамику впервые за последние 5 лет, - констатировал он. – Если падение рынка в натуральном выражении в прошлые годы составляло в среднем -3%, то по итогам прошедшего года был отмечен прирост продаж (+1%)».

Наибольшее внимание эксперты сфокусировали на изменениях в коммерческом секторе фармацевтического рынка. В качестве ключевых трендов розничного звена Николай Демидов назвал снижение инфляции, позволившее восстановить потребление для всех групп препаратов, рост популярности локальных дженериков и ОТС-препаратов, а также «феномен» зонтичных брендов, для которых в 2016 году отмечалось лидерство по показателям прироста продаж среди других категорий аптечных товаров. Кроме того, изменения произошли в маркетинге аптечных сетей, между которыми существенно возросла борьба за бюджеты.

Сергей Шуляк высказал мнение, что в 2016 году произошло изменение ментальности у потребителей, которые почувствовали больше уверенности в завтрашнем дне. Именно поэтому динамика розничного рынка приняла положительную тенденцию, а рост в рублях происходил преимущественно за счет ОТСпрепаратов. Прогноз продаж от аналитических компаний носит умеренный характер. Важной тенденцией современного рынка является переход на дженерики, доля которых растет на фоне снижения долей оригинальных препаратов в стоимостном и натуральном выражении. Другой тренд 2016 года - более высокая динамика продаж отечественных препаратов.

http://www.remedium.ru/

Наука Опыт Аптека Проекты Терапия Декарственная терапия Проекты Інформація Годі Портег регона Информація Прортег регона Информація Стандо Портег регона Информація (Портег регона Информація Портег регона Информація (Портег регона Инфо

М. БОРЗОВА, А. ЧЕРЕДОВА, юридическая фирма «Вегас-Лекс»

Локализация фармацевтических производств

Российская регуляторная система нацелена на развитие отечественной фарминдустрии, в том числе путем локализации производства зарубежных компаний. Однако развернутые регуляторные меры носят не столько мотивационный, сколько стимулирующий характер, т. е. действуют за счет угроз неполучения преимуществ на фармрынке.

окализация производства лекарственных препаратов - это долгосрочная рыночная стратегия, которую компании могут выбирать для целей оптимизации расходов на производство. В России же применяются негативные механизмы стимулирования локализации («третий лишний», возможность снижения цены иностранного препарата на торгах и т. д.), которые не побуждают к развитию. Многие страны создали у себя благоприятные регуляторные и экономические режимы для поощрения локализации производства со стороны иностранных компаний. При этом такие страны применяют широкий набор инструментов: от создания льготных условий для строительства собственных производственных мощностей до предоставления производителям гарантий сбыта товара и принятия мер, способствующих заключению долгосрочных контрактов и созданию совместных предприятий с локальными производителями в целях трансфера технологий и внедрения инноваций в местном производстве.

Однако исторически сложилось, что в Российской Федерации локализация становится для компаний-производителей защитой от рисков, и в первую очередь от риска ухода с рынка в свете применения политики импортозаме-

щения. Это связано с тем, что в России динамично изменяется правовое поле, что существенно усложняет процессы рыночного анализа и стратегического бизнес-планирования. Помимо этого, с экономической точки зрения, производство в России является дорогостоящим, а производственные издержки могут превышать издержки в Восточной Европе, Индии или Китае. Более того, объем рынка определенных препаратов также может делать невыгодным локализацию в РФ. Например, для редких заболеваний может быть достаточно объема производства одного завода, который на глобальном уровне обеспечивает потребности пациентов по всему миру. В то же время для государства процесс локализации предоставляет ряд выгод и преимуществ. К таким выгодам относятся, например, поступления в бюджет от уплаты налогов, создание новых рабочих мест и связанное с локализацией развитие инфраструктуры.

Однако с регуляторной точки зрения в России применяются негативные механизмы стимулирования локализации, в частности, в применении концепции «третий лишний», когда при закупках лекарственных препаратов (ЛП), включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), при соблюдении ряда

условий, из торгов исключаются иностранные товары. Также такие негативные инструменты находят отражение в применении 15%-ной ценовой преференции на торгах для локальных производителей. По сути, такая преференция представляет собой принудительную 15%-ную скидку для иностранных препаратов, при условии участия в закупке как российских, так и иностранных товаров и невозможности применения регулирования «третий лишний».

ТЕОРИЯ ПРОТИВ ПРАКТИКИ

Последние несколько лет вопросы о том, что такое «локальный лекарственный препарат» и кто такой «локальный фармацевтический производитель», являются крайне актуальными при решении вопросов ценообразования, а также при ограничении допуска иностранных препаратов к государственным торгам. Так как в отраслевом законодательстве определение «локальный лекарственный препарат» в настоящий момент отсутствует, правоприменительная практика выработала свои подходы к решению вопроса о том, что считать локальным продуктом в фармацевтическом секторе. В правоприменительной практике Федеральной антимонопольной службы России (ФАС России) и судов определение «локального» статуса товара отождествляется с определением страны происхождения товара и, применяя критерии законодательства Таможенного союза и СНГ, страной происхождения товаров считается та страна, в которой товары были полностью произведены

или подвергнуты достаточной переработке (см. пункт 1 Соглашения ТС и пункт 2.1 Соглашения СНГ). При этом для определения страны происхождения применяется либо критерий «полного цикла производства», либо критерий «достаточности» операций по обработке/переработке для существенного изменения первоначальных характеристик товара.

Таким образом, если при рассмотрении спорных ситуаций в указанный период ФАС России и суды видели, что в Государственном реестре лекарственных средств и регистрационном удостоверении на лекарственный препарат содержатся данные о том, что готовая лекарственная форма производится на территории иностранного государства, а в России осуществляются вторичная упаковка и выпускающий контроль качества, то такие данные не могли служить основанием для признания РФ страной происхождения ЛП.

Параллельно с этим с 2015 года предпринимались попытки для определения и фиксации критериев локального лекарственного препарата на уровне нормативно-правовых актов В частности, 17 июля 2015 года было принято постановление Правительства РФ «О критериях отнесения промышленной продукции к промышленной продукции, не имеющей аналогов, произведенных в РФ» затем, 2 августа 2016 года было принято постановление Правительства РФ № 744, которое внесло изменения в постановление № 719 и кодифицировало критерии определения «локального» ЛП как два вида товаров: лекарственные препараты, сыворотки и вакцины, а также «локальные» фармацевтические субстанции.

Для ЛП, сывороток и вакцин критерием локализации с 1 января 2017 года является производство готовой лекарственной формы в совокупности с операциями по упаковке и выпускающим контролем качества. Для фармацевтических субстанций критерием локализации является синтез молекулы и/или выделение из сырья/источника. При этом примечательно, что дата начала действия критерия специально в соот-

ветствующей графе приложения не указана, более того, до сих пор остается вопрос, ставится ли с 2017 года локальный статус лекарственного препарата в зависимость от наличия полного цикла производства на территории РФ или нет.

В актах отсутствуют положения, однозначно препятствующие признанию локальным препарата, готовая лекарственная форма которого изготовляется в РФ из иностранного сырья. Однако в силу того, что по общему правилу локальный статус препарата подтверждается сертификатом формы СТ-1, существуют риски иного толкования действующих норм со стороны ТПП РФ, государственных заказчиков или контролирующих органов.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ, ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЕ, «ТРЕТИЙ ЛИШНИЙ»?

30 ноября 2015 года Правительство РФ приняло постановление № 1289 «Об ограничениях и условиях допуска происходящих из иностранных государств ЛП, включенных в перечень ЖНВЛП, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд», воплотившее в себе концепцию «третий лишний» в фармацевтическом секторе и добавившее трудностей в системе госзакупок. Практика начала выравниваться только после подписания совместного письма Минэкономразвития России № 6723-ЕЕ/Д28и, Минпромторга России № ЦС-14384/19, Минздрава России № 25-0/10/2-1416, ФАС России № АЦ/15615/16 от 14 марта 2016 года «О позиции Минэкономразвития России, Минпромторга России, Минздрава России и ФАС России по вопросу применения положений постановления № 1289». Совместное письмо внесло ясность в правоприменительную практику, в частности, в отношении применения постановления № 1289 только к монолотам, а также в отношении невозможности применения ограничений к единственной поданной заявке, но появился ряд новых противоречий и несостыковок в применении постановления № 1289 в отношении препаратов, упакованных в РФ. Принятые документы не содержат указания на отсутствие необходимости подтверждения страны происхождения препарата, в отношении которых на территориях государств – членов ЕАЭС осуществляются исключительно первичная упаковка и вторичная (потребительская упаковка) или вторичная (потребительская) упаковка с обеспечением выпускающего контроля качества. Отсюда для участников закупок могут возникать различные последствия, а функционал электронной торговой площадки не позволяет организатору торгов признать заявку на поставку иностранного товара соответствующей документации об аукционе, но позволяет указать на ее последующее отклонение. Отсутствие в Законе о ФКС конкретных норм, позволяющих ограничить допуск участника к закупке ввиду применения постановления № 102, не означает возможность принятия аукционной комиссией решения о несоответствии представленной заявки требованиям Закона о ФКС. Если иных нарушений, являющихся основанием для признания второй части заявки не соответствующей требованиям документации об электронном аукционе, не установлено, отсутствуют и основания для отклонения заявки, предлагающей к поставке иностранный товар, по основаниям, предусмотренным пунктом 1 части 6 статьи 69 Закона о ФКС.

Каким образом будет развиваться практика применения постановления № 1289 и какой подход к толкованию положений «третьего лишнего» в фармацевтическом секторе выберут российские суды, пока остается вопросом. На данный момент существующая нестыковка федерального закона и подзаконного регулирования вносит дисбаланс в практику закупок в госпитальном сегменте. Таким образом, проблема требует системного решения как для рынка лекарственных препаратов, так и для рынка медицинских изделий.

ИНСТРУМЕНТЫ СТИМУЛИРОВАНИЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ

В противовес созданию ограничений доступа на рынок государственных закупок для иностранных лекарственных препаратов, стратегия поддержания производства отечественной продукции создает стимулы для локализации производственных мощностей на территории страны. Прогрессивным шагом в данном

направлении можно считать закрепление в статье 16 Федерального закона от 31 декабря 2014 г. № 488-ФЗ «О промышленной политике в РФ» механизма специального инвестиционного контракта (СПИК), в котором инвестор принимает на себя обязательство своими силами или с привлечением иных лиц создать либо модернизировать и/или освоить производство промышленной продукции на территории РФ. Государство, в свою очередь, обязуется осуществлять заявленные инвестором меры стимулирования деятельности в сфере промышленности, предусмотренные законодательством. Размер вложений в инвестиционный проект, реализуемый в рамках СПИК на федеральном уровне, должен составлять не менее 750 млн руб. (подпункт «а» пункта 4 постановления Правительства РФ от 16 июля 2015 года № 708 «О специальных инвестиционных контрактах для отдельных отраслей промышленности». СПИК заключается на срок, равный сроку выхода инвестиционного проекта на проектную операционную прибыль, увеличенному на 5 лет. Однако срок действия СПИК в любом случае не может превышать 10 лет. В течение всего этого периода инвестор или иное указанное в СПИК лицо становятся получателями стимулирующих мер на федеральном, региональном, муниципальном уровнях, но конкретный перечень применяемых стимулирующих мер законодательно не закреплен и подлежит согласованию в индивидуальном порядке. В результате такой формы сотрудничества инвестор получает возможность организовать новое производство или расширить уже существующее в наиболее благоприятных экономических условиях. К числу таких условий можно отнести, в частности:

- ◆ защиту от негативных регуляторных рисков, которые могут возникнуть вследствие изменения законодательства (за исключением изменений, вносимых в исполнение международных договоров и нормативных актов EAЭС);
- ◆ гарантии неповышения величины совокупной налоговой нагрузки на доходы инвестора в течение срока действия СПИК.

В настоящее время Правительством РФ разрабатываются дальнейшие изменения в постановление № 708, предусматривающие, в частности, заключение СПИК не только в отношении нового инвестиционного проекта, но и в отношении его нового этапа при соблюдении определенных условий. Кроме того, в фармацевтическом секторе обсуждается возможность определения порога инвестиций для отдельных отраслей актом Правительства РФ в связи с тем, что объем инвестиций не всегда является ключевым критерием при принятии решения о стратегической значимости проекта. Например, нижний «порог» инвестиций в секторе обращения медицинских изделий и технических средств реабилитации инвалидов, а также продукции для пожилых и маломобильных групп населения может составить 150 млн руб. В фармацевтическом секторе данный механизм может рассматриваться как способ защиты от регуляторных рисков в свете продолжающейся реформы законодательства. Фармацевтические производители, принимающие принципиальное решение о локализации, могут получить ряд преимуществ за счет реализации инвестиционного проекта именно в рамках СПИК.

СПИК = ЗАКУПКА У ЕДИНСТВЕННОГО ПОСТАВЩИКА?

С 1 сентября 2016 года, помимо общих гарантий создания благоприятных условий для окупаемости инвестиций, перечень преимуществ для инвесторов по СПИК расширяется за счет возможности осуществлять поставку товаров для государственных (муниципальных) нужд на внеконкурсной основе. В соответствии с новой статьей 111.3 Закона о ФКС, Правительству РФ предоставлено право назначить инвестора СПИК или иное лицо, осуществляющее создание или модернизацию и/или освоение производства товара на территории РФ в соответствии со СПИК, единственным поставщиком указанного товара для государственных (муниципальных) нужд, при соответствии определенным критериям; 1) стороной по СПИК должна выступать РФ; 2) предусмотренный объем инвестиций в производство товара должен превышать 3 млрд руб.; 3) организация производства должна осуществляться российским юридическим лицом, а сами производимые товары должны считаться товарами российского происхождения.

Между тем, преференции в государственных закупках не являются безусловными, они имеют строго определенный срок действия и ряд иных ограничений. Так, срок предоставления инвестору права выступать в качестве единственного поставщика ограничивается сроком действия СПИК. Производитель вправе рассчитывать на продление срока осуществления у него закупок как у единственного поставщика только на 1 год и только при выполнении «плана» по экспорту товара (не менее 10% товара). Кроме того, подпунктом «а» пункта 5 части 1 статьи 111.3 Закона о ФКС устанавливаются ограничения на объем товара, который может реализовываться на внеконкурсной основе ежегодно (не более 30% от общего объема продукции). Соблюдение данного предела обеспечивается периодической отчетностью производителя, публикуемой в единой информационной системе, а также возможностью применения к такому производителю штрафа в размере 50% от суммы превышения. Важно также отметить, что новые положения предусматривают Правительством РФ и регулирование предельной цены единицы товара и цены контракта.

С 1 сентября 2016 года в законодательство о закупках вводится дополнительный способ получения преференций. Статьей 111.4 Закона о ФКС закрепляется новый вид государственного контракта, предусматривающий принятие производителем инвестиционных обязательств в размере не менее 1 млрд руб. по созданию или модернизации и/или освоению производства товара на территории субъекта РФ (далее - Государственный контракт). Такой Государственный контракт заключается между инвестором - российским юридическим лицом и органом исполнительной власти субъекта РФ по результатам конкурса на срок, не превышающий 10 лет.

Существенным отличием Государственного контракта от СПИК является размером не ограничен.

ограниченность рынка сбыта продукции на внеконкурсной основе: поставка товаров в качестве единственного поставщика возможна только заказчикам субъекта РФ, а также находящимся на его территории муниципальным образованиям. Впрочем, объем товара, который может быть реализован на внеконкурсной основе, максимальным

Предусматривается ряд исключений из общих правил осуществления закупок для фармацевтических производителей в отношении лекарственных препаратов, включенных в перечень ЖНВЛП и произведенных в рамках Государственного контракта. Прежде всего, не подлежит применению установленный частью 10 статьи 31 Закона о ФКС запрет на превышение предлагаемой поставщиком цены на лекарственные препараты над зарегистрированной предельной отпускной ценой, существует право заказчика отступить от общего правила описания объектов закупки, установленного пунктом 6 части 1 статьи 33 Закона о ФКС. Однако в силу неоднозначности формулировок данных норм участники закупочной деятельности и контролирующие органы могут столкнуться с проблемами толкования нового регулирования.

ПЕРСПЕКТИВЫ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Процессы локализации на территории России имеют ряд особенностей, поэтому инвестиционные решения по развитию фармпроизводств пока не достаточно развиты.

- 1. Практика применения норм, определяющих локальный статус лекарственного препарата, нестабильна и находится в процессе формирования. При этом 2017 год станет переходным и продемонстрирует, каким образом ключевые регуляторы толкуют обновленные положения постановления № 719 и нового регламента Минпромторга России по подтверждению технологических операций, произведенных с лекарственным препаратом на территории РФ.
- 2. Концепция «третий лишний» может по-разному пониматься государственными заказчиками и регуляторными органами в различных регионах. В этой

связи необходимо заранее оценивать правоприменительную практику в соответствующем регионе для прогнозирования возможных рисков.

3. На сегодняшний день меры стимулирования локализации в фармацевтическом секторе, в т. ч. нормы о СПИК и Государственных контрактах, не создают для участников рынка простого и понятного правового поля и в большей степени являются поводом для диалога между фармацевтическими компаниями и государством.

Таким образом, потенциальным инвесторам в процессе стратегического планирования необходимо тщательно и всесторонне оценивать правовые и экономические риски инвестиционного проекта, а также принимать участие в открытом диалоге с уполномоченными органами исполнительной власти по вопросам локализации.

По материалам публикации ж. «Ремедиум» № 11, 2016, стр. б. Полный текст статьи и список литературы вы можете запросить в редакции.



Организаторы

- Ассоциация онкологов России
- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина
- Министерство здравоохранения Республики Башкортостан
- Ассоциация онкологов Приволжского Федерального округа

Президент Съезда

Давыдов Михаил Иванович
Председатель Правления Ассоциации онкологов России,
директор ФГБУ «Российский онкологический научный центр
им. Н.Н.Блохина» Минздрава России,
главный внештатный онколог Минздрава России,
академик РАН, профессор

Основные направления научной программы

- Организационные вопросы в онкологии
- Профилактика, диагностика и лечение опухолей различной локализации

Выставка

В рамках работы Съезда пройдет выставка производителей фармацевтических препаратов, диагностического, терапевтического и лабораторного оборудования, хирургического, инструментария, оборудования для медицинских помещений и операционных, продуктов лечебного питания и др.

Участие коммерческих компаний в выставке и научной программе

Телефон/факс: (495) 660-6004 Телефон: (495) 517-7055 E-mail: commerce@aor2017.ru Макарова Татьяна Владимировна

Организацонная поддержка



Информационная поддержка



Дополнительная информация на сайте www.aor2017.ru





26-27 апреля 2017 года, г. Нижний Новгород



18-Й КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ И НЕИНВАЗИВНОЙ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИИ (РОХМИНЭ)

10-Й ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС «КЛИНИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОЛОГИЯ» III ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ДЕТСКИХ КАРДИОЛОГОВ ФМБА РОССИИ

В мероприятиях традиционно примут участие кардиологи, педиатры, специалисты функциональной диагностики Нижегородской области, Поволжья и других регионов России, а также Белоруссии, Украины, Казахстана, Узбекистана, стран Балтии и Сербии.

В рамках пленарных и секционных заседаний участники смогут узнать о результатах последних исследований в области электрокардиологии, поделиться собственным накопленным опытом.

В программе Конгресса, помимо уже традиционных тематических направлений – внезапная смерть, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца и многих других – будут выделены такие аспекты, как сердечно-легочная реанимация и спортивная медицина, профессиональные заболевания.

Также в программе Конгресса будут обсуждены вопросы по детской кардиологии. По сложившейся традиции дополнительно планируется организация мастер-класса для медицинских сестер функциональной диагностики, врачей и заведующих профильными отделениями.

Оргкомитет планирует продолжить положительный опыт проведения Конкурса работ молодых специалистов и вручение премий РОХМИНЭ уже состоявшимся специалистам.

По результатам работы Конгресса Оргкомитет планирует выдачу сертификатов с баллами непрерывного медицинского образования (НМО).

Оргкомитет:

Тел.: +7 (499) 390-34-38, +7 (926) 848-23-58

факс: +7 (499) 137-34-79

e-mail: rohmine@yandex.ru www.2017.rohmine.org



ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», кафедра клинической маммологии, лучевой

диагностики и лучевой терапии ФПКМР ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава Росии, кафедра лучевой диагностики ФПКВ ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер»

Российская Ассоциация Радиологов Российская Ассоциация Маммологов



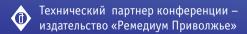
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ВОПРОСОВ, ПЛАНИРУЕМЫХ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ НА КОНФЕРЕНЦИИ:

- Эпидемиология рака молочной железы
- Современная система скрининга рака молочной железы.
- Новейшие цифровые технологии лучевой диагностики заболеваний молочной железы.
- Ультразвуковая диагностика заболеваний молочной железы.
- Интервенционные радиологические технологии в дифференциальной диагностике молочной железы.
- Интервенционные вмешательства с терапевтической целью при непальпируемых образованиях молочной железы.
- Лекарственная терапия доброкачественных заболеваний молочных желез.
- Органосохраняющие методики лечения доброкачественных заболеваний молочной железы. • Профилактика заболеваний молочных желез.

23 марта 2017 г. Нижний Новгород



Тел.: (831) 411-19-83, доб (103), (831) 411-19-85 nn_remedium@medalmanac.ru, www.medalmanac.ru

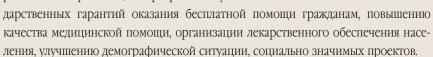
| Портрет региона Оренбургская область

Уважаемые коллеги!

Здравоохранение как отрасль является одной из приоритетных в работе Правительства Оренбургской области.

Если говорить о перспективах нашей деятельности, они, безусловно, находятся в русле задач, решаемых здравоохранением страны в целом. Тем не менее, региональные модели здравоохранения имеют свою специфику и свой опыт решения проблем.

Мы с большим интересом изучаем опыт регионов по реализации программ госу-



Безусловно, обмен опытом регионов необходим. Проблемы системной модернизации отрасли делают задачу еще более актуальной. Большую помощь в этом оказывают публикации журнала «Ремедиум Приволжье».

Благодарю редакцию за серьезную аналитическую работу и активную деятельность по организации информационного обмена между субъектами Приволжского федерального округа.

С уважением, Г.П. Зольникова, заместитель министра здравоохранения Оренбургской области



Столица — г. Оренбург
Население — 2 162 500 человек
Площадь — 124 тыс. кв. км
Административно-территориальный состав —
12 городов областного подчинения,
35 районов

Охрана материнства и детства залог процветания региона

Здравоохранение Оренбургской области демонстрирует уверенные результаты развития. Повышение доступности и качества медицинской помощи подтверждается положительной динамикой демографических показателей – в регионе регистрируется естественный прирост населения, растет продолжительность жизни.

то в полной мере согласуется с задачей, обозначенной в послании Президента РФ Владимира Путина к Федеральному Собранию: «Смысл всей нашей политики – это сбережение людей, умножение человеческого капитала как главного богатства России».

КЛЮЧЕВОЕ СОБЫТИЕ 2016 ГОДА

Важнейшим событием 2016 года для региональной медицины стало открытие современного областного перинатального центра.

Новое учреждение на 170 коек возведено в рамках программы строительства перинатальных центров Российской Федерации. Оренбуржье вошло во второй этап программы, и на этом этапе объект открыт одним из первых. Меньше чем за год на площади в 26,5 тысячи квадратных метров построено семиэтажное здание. Выполнены современные отделочные работы, благоустройство и озеленение территории. Около двух тысяч единиц новейшего оборудования, передовые технологии, подготовка специалистов на федеральных базах, комфортность помещений, продуманные дизайнерские решения, словом, областной перинатальный центр стал значимым объектом, визитной карточкой оренбургского здравоохранения.

DEMECHIUM

Центр соответствует всем требованиям, предъявляемым к учреждениям родовспоможения самого высокого, третьего уровня. В арсенале специалистов – все необходимое для выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела и коррегируемыми врожденными пороками развития, для проведения родов женщин с патологией репродуктивной сферы, а также соматическими заболеваниями – сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми болезнями и др.



Оренбургский перинатальный центр посетили председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев и федеральный министр Вероника Скворцова

Мы предполагаем, что количество женщин, которые будут рожать в этом центре, увеличится до 4,5–5 тысяч. Из отдаленных территорий области они будут прибывать в перинатальный центр заблаговременно, на сроке 37 недель. Это обеспечит безопасное и качественное проведение родов. Это также будет способствовать снижению младенческой смертности – важнейшего критерия эффективности работы



Областной перинатальный центр оснащен современным оборудованием

здравоохранения. Такая задача подчеркнута в послании Президента России к Федеральному Собранию. Возможности для этого в регионе есть.

Поставлена амбициозная задача – работать на уровне мировых стандартов. Планируем развивать неонатальную и фетальную (внутриутробное переливание крови при резус-конфликтной беременности; использовать технологии кровосбережения при кровотечениях. И первые шаги в этом направлении уже делаются.

ВЫСОКАЯ ОЦЕНКА На высоком уровне

декабре Оренбург посетил Председатель Правительства России Дмитрий Медведев. Он провел совещание по охране здоровья матери и ребенка в режиме видеоконференции с субъектами РФ. Совещание прошло с участием заместителя Председателя Правительства РФ Ольги Голодец, здравоохранения Министра Вероники Скворцовой, полномочного представителя Президента РФ в ПФО Михаила Бабича, председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Валерия Рязанского, председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Дмитрия Морозова, губернатора Оренбургской области Юрия Берга, глав регионов и других официальных лиц.

«Нам удалось достичь Целей тысячелетия в области развития по таким важнейшим показателям, как снижение материнской и детской смертности», – отметил глава Правительства России. Он напомнил, что эти Цели тысячелетия были сформулированы Организацией Объединенных Наций в 2000

году. «За последние 25 лет, то есть с 1990 года, показатель материнской смертности в нашей стране снизился более чем на три четверти. За все это время смертность детей в возрасте до 5 лет снизилась практически на две трети. Уровень младенческой смертности по результатам прошлого года составил 6,5 случая на тысячу родившихся живыми. По итогам 10 месяцев прошлого года этот показатель выглядит еще лучше и составляет 5,9. За сухими цифрами стоят тысячи детей и женщин, которым была вовремя оказана сложная, высококвалифицированная медицинская помощь», - подчеркнул Дмитрий Медведев.

Он также отметил важность работы по созданию перинатальных центров и дал хорошую оценку недавно открытому Оренбургскому областному перинатальному центру: «Там есть все, чтобы и женщины, и дети получали самую ЛУЧШУЮ медицинскую помощь. Специалисты, которые там трудятся, имеют очень хорошую подготовку. Оборудование - высокотехнологичное, сложное. Причем значительная часть его – это российское, абсолютно конкурентоспособное оборудование. И все это смонтировано в единую систему и работает для решения самых разных медицинских задач. Условия комфортные. В то же время все сделано абсолютно разумно, нет ничего лишнего».

Губернатор Оренбургской области Юрий Берг выразил глубокую признательность Правительству Российской Федерации за возможность участия в программе строительства в регионах современных центров родовспоможения. Областной перинатальный центр, введенный в строй в Оренбурге, позволит области снизить показатели младенческой и материнской смертности до европейского уровня.

Правительство Российской Федерации задало регионам правильный вектор развития здравоохранения, что, в частности, подтверждают результаты нашей многоплановой работы. Так, по данным Росстата, в Оренбургской области отмечается снижение смертности по всем основным категориям

заболеваний и снижение младенческой и материнской смертностей. Идет процесс естественного прироста населения и увеличивается продолжительность жизни, подчерк-нул губернатор Юрий Берг.

ОТЛАЖЕНА СИСТЕМНАЯ РАБОТА

При поддержке Правительства и Минздрава Российской Федерации в Оренбуржье создана трехуровневая система родовспоможения с четкой маршрутизацией пациенток.

В области 39 учреждений родовспоможения, из них 30 учреждений первого уровня, 5 – второго уровня и 4 – третьего.

Два года назад, при поддержке губернатора Юрия Берга, в области организованы два межрайонных перинатальных центра – в западной и восточной зонах региона, на базе городских больниц Орска и Бузулука. Это существенно укрепило службу родовспоможения, приблизило современные возможности медицины к сельским жителям.

Во всех районных больницах имеются родильные залы с реанимационным оборудованием, наличием персонала с сертификатами специалистов. Ликвидированы проблемы с оснащением и обеспечением лекарственными препаратами.

В области трудятся 513 акушеровгинекологов, 86 неонатологов, 918 акушерок. В арсенале службы – 9 реанимобилей с кювезами. Благодаря продуманной дислокации реанимобилей доставка новорожденных в перинатальные центры осуществляется в течение одного–двух часов из любой точки области.

Укреплена материальная база областной службы родовспоможения – на капитальный ремонт и оснащение современным оборудованием всех родильных учреждений область направила более одного миллиарда рублей.

С 2012 года, с переходом России на критерии ВОЗ по определению жизнеспособности новорожденного, мы учитываем абсолютно каждого младенца, рожденного весом от 500 граммов. В области созданы условия для оказания медицинской помощи и

выхаживания таких крошек. Эта работа на должном уровне ведется в областном перинатальном центре и городском клиническом перинатальном центре Оренбурга.

Забота о здоровье малыша начинается до его рождения. В 2007 году на базе областной клинической больницы № 2 организовано отделение пренатальной диагностики, а через три года создана областная медико-генетическая консультация. С вводом областного перинатального центра она вошла в его структуру и укрепила позиции - получила просторные, удобные площади, современное оборудование. Специалисты имеют хорошую подготовку. Пренатальную диагностику проходят порядка 80% всех беременных женщин области. Неблагоприятные симптомы отсекаются еще на ранних стадиях развития беременности.

Областью затрачено 36 млн рублей на приобретение дорогостоящего ультразвукового оборудования экспертного класса. Еще два высокоточных аппарата приобретено за счет средств от родовых сертификатов. Если в 2013 году мы имели всего один УЗИ-аппарат экспертного класса, то сегодня восемь. Они распределены в диагностических центрах центральной, западной и восточной частей региона. Это существенный рывок. Теперь своевременное выявление пороков развития плода стало еще более вероятным, есть реальная доступность пренатальной диагностики.

ПЕРЕДОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ — Взрослым и детям

В федеральные клиники и центры ежегодно направляются более трех тысяч оренбуржцев. Но это только чет-



В отделении реанимации Центра детской хирургии



В областной медико-генетической консультации

вертая часть от общего числа получающих высокотехнологичное лечение. Остальные лечатся в медицинских организациях, расположенных в области. Всего за год получают ВМП более 14 тысяч оренбуржцев. Дети ежегодно составляют 25–30 процентов таких пациентов.

В клиниках Оренбуржья выполняются операции на сердце и сосудах, восстановительные операции на позвоночнике, проводится высокотехнологичное выхаживание новорожденных (в том числе с экстремально низкой массой тела), эндопротезирование суставов, трансплантация почки, микрохирургические восстановительные операции на кисти. Высокотехнологичное лечение получают пациенты с офтальмологическими, онкологическими заболеваниями и многие другие. Ежегодно более 500 оренбурженок имеют возможность бесплатно получить высокотехнологичное лечение методом ЭКО, позволяющее родить желанного ребенка.

За последние три года объемы ВМП оренбуржцам увеличились почти на 40%. При этом на три четверти рост обеспечен за счет развития передовых технологий в клиниках области.

Произошедшее за последние 4 года почти двукратное увеличение финансирования высокоспециализированной и высокотехнологичной медицинской помощи (с 900 миллионов до 1,6 млрд рублей) дало закономерный результат. Число медицинских организаций области, оказывающих ВМП, возросло с 12 до 16. Расширился перечень методов – сегодня областными специалистами освоено почти 400 различных методов лечения.

Оренбургские медики успешно работают, в частности, в сфере детской хирургии, в том числе в период новорожденности; детской челюстно-лицевой хирургии, выхаживании новорожденных и по другим направлениям. При этом налажено тесное сотрудничество с ведущими клиниками Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Нижнего Новгорода, Челябинска, Самары, Саратова, Чебоксар, Кургана, Уфы.

Ежегодно число детей с врожденной сердечной патологией составляет 10-15 человек на 1000 новорожденных. Часть из них получает консервативное лечение, большинству требуется проведение высокотехнологичной операции в федеральных клиниках. Благодаря сотрудничеству с коллегами федеральных клиник Москвы, Санкт-Петербурга, Челябинска, Красноярска, Пензы в области ликвидированы очереди на проведение необходимых операций детям с



Операция в отделении челюстнолицевой хирургии областной детской клинической больницы

врожденными пороками сердца. Ежегодно в федеральных клиниках получают высокотехнологичное лечение около 250 таких детей. В зависимости от состояния здоровья ребенка, пациенты направляются как планово, так и в экстренном порядке, в сопровождении реаниматолога.

Охрана здоровья оренбуржцев – в числе основных приоритетов региональной власти. На развитие медицины

направляется третья часть областного бюджета. Внедряются новые, в том числе передовые технологии диагностики и лечения, расширяется сеть государственных аптек. Реализуется программа «Земский доктор», а также областная программа по привлечению в сельские районы средних медработников. Существенную роль играет совершенствование материально-технической базы: лечебные учреждения оснащаются современным оборудованием, капитально ремонтируются, открываются новые объекты здравоохранения.

Важнейшей точкой приложения сил областного Правительства и регионального Минздрава является охрана материнства и детства как залога будущего Оренбуржья, его развития и процветания.

Материал предоставлен пресс-службой Минздрава Оренбургской области.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧАМИ В ОБЛАСТИ ПРЕВЫШАЕТ ПОКАЗАТЕЛИ ПО РФ И ПФО

В здравоохранении Оренбургской области трудятся 8066 врачей и 22340 средних медицинских работников.

Обеспеченность врачами в области (40,4 на 10 тыс. населения) превышает среднероссийский показатель (РФ – 37,2), а также показатель по Приволжскому федеральному округу (ПФО – 36,1).

Кроме того, в оказании бесплатной медицинской помощи населению области, в том числе города Оренбурга, в рамках ОМС принимают участие 6 федеральных учреждений здравоохранения и 32 частные медицинские организации, а это 557 врачей, в том числе 144 стоматолога, 20 хирургов, 16 врачей клинической лабораторной диагностики, а также 1048 средних медработников.

Правительством области и региональным Минздравом ведется системная работа по укреплению кадрового потенциала здравоохранения Оренбуржья. Особое внимание уделяется усилению сельского здравоохранения и первичного звена.

По программе «Земский доктор» за четыре года привлечено 514 врачей, решивших связать свою жизнь с сельской медициной, в том числе в текущем году — 75 специалистов. Выплаты земским докторам в размере 1 млн рублей производятся из федерального и областного бюджетов (60 и 40% соответственно).

В рамках реализации областной программы «Медицинские кадры» за два года в сельское здравоохранение прибыли 37 средних медработников. Все они стали получателями единовременных компенсационных выплат из областного бюджета в размере 300 тыс. рублей. В частности, в 2015 году 29 выпускников медицинских колледжей приехали в сельские районы с низкой кадровой обеспеченностью, а в 2016 году по областной программе удалось решить кадровый вопрос в 8-ми ФАПах.

Решению кадрового вопроса способствует обучение студентов Оренбургского государственного медицинского университета по целевому набору. За последние годы приток



целевиков в лечебные учреждения возрос в разы. В 2016 году в практическое здравоохранение влилось 102 молодых специалиста, получивших высшее медицинское образование по целевому набору (в 2010 году — 12 человек).

С 2017 года выпускники ОрГМУ будут направляться в первичное звено здравоохранения участковыми терапевтами и педиатрами, врачами общей практики. Это поможет в укомплектовании амбулаторной службы — важнейшего звена здравоохранения. Мы надеемся, что пополнение участковой службы молодыми кадрами снимет напряженность, повысит доступность амбулаторной помощи.

К мерам, принимаемым на федеральном уровне, и усилиям региональной власти должна прибавиться поддержка муниципалитетов. Их полномочия определены областным законом «О создании органами местного самоуправления Оренбургской области условий для оказания медицинской помощи населению». Этот документ предусматривает участие местных властей в обеспечении дополнительных мер социальной поддержки медицинских работников (в том числе обеспечении их жильем); содействие в укреплении материально-технической базы медицинских учреждений, заинтересованное участие в проведении диспансеризации населения, прививочной работы, обеспечении подъездных путей для своевременного доезда бригад скорой помощи, мобильных ФАПов.

С целью повышения престижа медицинской специальности, ежегодно в День медицинского работника проводится торжественная церемония вручения Губернаторских премий «Достоинство и милосердие» по десяти номинациям. Также проводится ежегодный областной конкурс профессионального мастерства специалистов со средним медицинским образованием.

С.Н. СУХОДОЛЕЦ, главный внештатный специалист-онколог Министерства здравоохранения Оренбургской области

От основания до высоких технологий

В ноябре 2016 года онкологическая служба Оренбургской области отметила свое 70-летие. Пройден нелегкий путь от становления до создания единой системы по оказанию высококвалифицированной специализированной помощи населению, приоритетным направлением которой является раннее выявление онкологических заболеваний, укрепление материально-технической базы учреждений онкологической службы области и районного звена онкологов.

лавным лечебно-диагностическим и организационно-методическим центром, а также научно-исследовательской базой является ГБУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ ООКОД) – головное учреждение третьего уровня, одна из ведущих клиник региона, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь при онкологических заболеваниях жителям Оренбургской области, а также других регионов Российской Федерации и ближнего зарубежья. Ежегодно в стационаре диспансера получают лечение свыше 11 тыс. больных, проводится более 3,5 тыс. сложнейших, в том числе высокотехнологичных операций. Среди них видеоэндохирургия и фотодинамическая терапия. Высокотехнологичную медицинскую помощь жители области получают бесплатно, в 2016 году в ООКОД за счет средств областного бюджета - 819 случаев, и 305 случаев - за счет средств обязательного медицинского страхования.

На базе диспансера размещены кафедры лучевой диагностики, лучевой терапии, онкологии, Оренбургского государственного медицинского университета. Большое внимание уделяется научной работе, клиническим исследованиям, подготовке квалифицированных кадров, повышению квалификации врачей и средних медицинских работников.

Приоритетным направлением в учебно-методическом процессе на кафедре является проведение практических занятий на современном уровне, используя возможности высокотехнологичных методов лучевой диагностики и лечения онкологических больных. В связи с развитием цифровых технологий появилась возможность интегрированного подхода к анализу диагностических изображений, что особенно важно в распо-

знавании онкологической патологии на раннем этапе. Лекционные презентации, созданные в компьютерном формате, способствуют лучшему восприятию материала студентами и ординаторами.

Совместно со специалистами медицинского университета проводятся регулярные выезды сотрудников областного диспансера в районы области - «онкодесанты», что позволяет приблизить высококвалифицированную помощь людям самых отдаленных районов. В ходе выездной работы бригада проводит профосмотры и консультации населения с целью профилактики, раннего выявления онкозаболеваний, формирования онконастороженности и приверженности к здоровому образу жизни; обсуждаются современные возможности лечения онкологических заболеваний, особенности маршрутизаонкологических больных. Совместные приемы пациентов повышают квалификацию специалистов первичного звена районного здравоохранения.

По результатам работы за 2016 год Оренбургский областной клинический онкологический диспансер вошел в реестр лучших учреждений здравоохранения 2016 года, от Правительства Оренбургской области диспансеру вручен золотой знак «Лидер качества сферы здравоохранения Оренбургской области».

Укреплению материально-технической базы онкологической службы Оренбургской области способствовала государственная программа «Развитие здравоохранения Оренбургской области» на 2014—2020 годы. В рамках последней, под патронажем губернатора области Ю.А. Берга и при содействии государственно-частного партнерства, возобновлено строительство Орского онкологического диспансера на 180



онкологической помощью население восточной зоны области и снизит нагрузку на радиотерапевтическую службу головного учреждения – ГБУЗ ООКОД,

Специализированная медицинская помощь при онкологических заболеваниях жителям западного Оренбуржья оказывается в межрайонном онкологическом центре г. Бузулука, онкологическом отделении городской больницы г. Бутуруслана. Отделение химиотерапии открыто в больнице Оренбургского района.

В результате слаженной работы онкологической службы Оренбургской области по лечению больных и общей лечебной сети по раннему выявлению онкологической патологии, несмотря на рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в 2016 году до 471,6 на 100 тыс. населения, что намного выше среднероссийского показателя — 402,6, наметилась тенденция снижения смертности от них с 229,6 в 2015 году до 221,9 на 100 тыс. населения в 2016 году.

Укрепление материальнотехнической базы онкослужбы, наличие подготовленных высококвалифицированных кадров, раннее выявление онкопатологии и своевременно начатое лечение позволяют успешно противостоять прогрессированию злокачественных новообразований, снизить смертность и увеличить продолжительность жизни населения Оренбургской области.

> ГБУЗ ООКОД 460021 г. Оренбург, пр. Гагарина, д. 11. Тел.: (3532) 33-23-93 E-mail: oob06@mail.orb.ru

По материалам ГАУЗ «ООКНД»

DEMEDUUM

Наркологическая служба Оренбургской области: 40 лет на страже здоровья общества



16 декабря 2016 года наркологическая служба Оренбургской области отпраздновала юбилей – 40 лет со дня основания. Пройден долгий путь развития, усовершенствования и накопления опыта. Наркологическая служба области претерпела значительные реорганизационные изменения, достигла определенных результатов в вопросах организации оказания населению специализированной медицинской помощи.

та знаменательная дата была отмечена научно-практической конференцией «Актуальные вопросы практической наркологии», которая состоялась 16 декабря 2016 года на базе отдыха парка-отеля «Нежинка».

В работе конференции приняли участие ведущие ученые в области наркологии, представители органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, главные наркологи регионов, главные врачи учреждений, предоставляющие наркологическую помощь, и их заместители, сотрудники государственных и частных наркологических учреждений, представители научнообразовательных учреждений, реабилитационных центров, общественных и иных организаций, занятых научноисследовательской, педагогической и практической работой в области наркологии и смежных дисциплин, которые поделились опытом и проблемами в области охраны психического здоровья.

Межрегиональный статус мероприятию придало участие специалистов из Москвы, Казани, Уфы, Барнаула, Самары, Чебоксар, Йошкар-Олы, Грозного, Кирова, Альметьевска, Сызрани.

С приветственными словами перед участниками конференции выступили: первый заместитель министра здравоохранения Оренбургской области Криволапов Александр Николаевич; директор НИИ наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России Клименко Татьяна Валентиновна; председатель Комитета по здравоохранению Законодательного собрания Оренбургской области Шукурова Татьяна Олеговна; исполняющий обязанности Ректора ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России; руководитель отдела реализации социальных программ, секретарь трехсторонней комиссии Оренбургского областного Союза Промышленников и Предпринимателей Баймуканова Юлия Гаяровна.

В рамках конференции были рассмотрены и обсуждены современные проблемы, перспективы развития и особенности функционирования наркологических служб. В центре внимания – вопросы профилактики, лечения и реабилитации наркологических заболеваний, внедрения в медицинскую практику телемедицины, интернет-решений.

Как комментирует главный нарколог Минздрава области Владимир Карпец, наркологические заболевания серьезная государственная проблема. Ее решению в Оренбуржье уделяется большое внимание, прежде всего, с учетом социально-экономической значимости вопроса. Сегодня, когда здоровье нации объявлено важным государственным приоритетом и делается акцент на здоровом образе жизни, неизмеримо возрастает роль службы, от успешности которой зависит качество жизни оренбуржцев.

За многолетний добросовестный труд, профессиональное мастерство и личный вклад в развитие здравоохранения региона - сотрудникам диспансера вручили благодарственные письма министра здравоохранения. Много добрых слов было сказано в адрес главного врача диспансера и его коллег.

Свой небольшой юбилей работники наркологического диспансера отметили с долей оптимизма и большими планами на будущее. Несмотря на специфический контингент больных, врачи, средний и младший медицинский персонал стара-



главный врач В.В. Карпец

ются всеми силами помогать пациентам, обеспечивая им надлежащий уход.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ

Следует отметить, что история ГАУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер» неразрывно связана со становлением наркологической службы региона.

Точкой отсчета в деятельности диспансера является 1976 год, когда было принято распоряжение исполкома областного Совета народных депутатов от 16.06.1976 г. № 629р «Об организации наркологического диспансера» и издан приказ областного отдела здравоохранения от 23.06.1976 г. № 264. За годы своего существования лечебное учреждение не раз меняло свое местонахождение. Вначале в его распоряжение передали несколько кабинетов в помещении диспансерного отделения Областной психиатрической больницы № 1, затем – здание бывшей парикмахерской по пр. Сенному, д. 3, которого сегодня уже нет на карте.

Много лет в составе диспансера функционировала только амбулаторная служба. Новый этап в развитии учреждения начался в 1983 году: в январе в его состав вошло отделение № 1 для лечения больных алкоголизмом на 60 коек при кирпичном заводе по ул. Ткачева, д. 2, а в декабре того же года было открыто отделение № 2 для лечения условно осужденных больных алкоголизмом на 60 коек.

В 1985 году представились возможности для создания отделения № 3 на 60 коек для больных алкоголизмом в здании общежития комбикормового завода и отделения № 4 для больных алкоголизмом в совхозе «Чкаловский» Оренбургского района на 55 коек. Другое важное событие – открытие в 1988 году женского наркологического отделения № 5 на 60 коек по ул. Инструментальная, д. 2.

Спустя десятилетие после создания диспансера в г. Оренбурге, в области были организованы межрайонные наркологические диспансеры Бугуруслане, Бузулуке, Медногорске, Орске, Новотроицке. Их открытие в 1986 году было продиктовано выходом в свет постановления Совета Министров РСФСР от 28 июня 1985 г. № 273 «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогоноварения» и приказа МЗ РФ от 6 июля 1985 г. № 556 «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма».

По-настоящему знаковой для наркологического диспансера стала вторая половина 90-х годов, когда началось образование профильных отделений диспансера. Так, в 1995 году открыто отделение неотложной наркологической помощи на 25 коек, в 1997 году реанимационная палата на 6 коек, в 1998 году — центр реабилитации для наркозависимых на 25 коек. В 2000 году на базе 3-го наркологического стационара открыто отделение для проведения судебно-наркологических экспертиз.

История наркологического диспансера - это не только хроника возникновения и развития наркологии в нашей области, но и большая глава в истории медицины Оренбуржья. Со времен, когда был открыт диспансер, многое изменилось: с каждым годом расширялся круг решаемых задач по оказанию специализированной помощи зависимым людям, также менялся облик лечебного учреждения.

Летопись диспансера хранит много событий и имен медицинских работников. В разные годы здесь трудились замечательные высококвалифицированные сотрудники, каждый из которых вложил в развитие диспансера частичку самого себя. Первым главным врачом диспансера была Людмила Ивановна Иванова, старшей медицинской сестрой - Галина Васильевна Юдахина. Позже диспансером руководил Петр Алексеевич Филиппов.

С 27 февраля 1985 года диспансером руководит Владимир Васильевич Карпец, человек активной жизненной позиции, преданный своему делу, живущий общими планами и идеями со своим коллективом.

В ноябре 2012 года в рамках структурных преобразований в состав диспансера вошли межрайонные диспансеры, расположенные в городах Бугуруслан, Бузулук, Новотроицк, Орск. Работа выстраивается по территориальному принципу, когда за каждым учреждением закреплены наркологические кабинеты районных больниц, которые с 1 января 2017 года вошли в состав ГАУЗ «ООКНД».

ПОРТРЕТ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В каждом из пяти городов наркологическая служба представлена стационарными отделениями, амбулаторным звеном, ведется прием детскоподросткового населения, оказывается медицинская реабилитация наркологических больных. Все подразделения взаимодействуют между собой по принципу преемственности.

Учреждение обладает широким спектром современного медицинского и лабораторного оборудования, которое дает возможность применения новейших методик диагностирования и лечения пациентов.

Важнейшим является мониторинг наркоситуации в масштабах области, а также отдельно взятых муниципалитетов, позволяющий в дальнейшем разрабатывать адресные профилактические мероприятия.

Проводится большая работа по профилактике наркомании и алкоголизма среди молодежи, пропаганде здорового образа жизни. В области реализуются медиа-проект «Право на жизнь», а также региональная программа позитивной профилактики наркомании, алкоголизма и табакокурения «Молодое поколение делает свой выбор!»

В наркологическом диспансере трудится дружный коллектив профессионалов, преданных своему делу. Коллектив является активным участником общественной жизни здравоохранения и области в целом. Диспансер входит в число донорских организаций, является участником всех спортивных и творческих состязаний Министерства здравоохранения, одним из организаторов профилактической деятельности и пропаганды здорового образа жизни среди населения.

DEMETUUM

Реализуемые наркологической службой мероприятия антинаркотической, антиалкогольной и антиникотиновой направленности, с учетом межведомственного взаимодействия на основе программно-целевого подхода, позволяют стабилизировать ситуацию, связанную с потреблением психоактивных веществ в области.

Так, в течение последних лет в области отмечается снижение заболеваемости наркологическими заболеваниями (со 118,7 на 10 тыс. населения в 2013 году до 39 на 10 тыс. населения в 2015 году). Уменьшилась на 6% заболеваемость алкогольными психозами. Сократились потери населения от употребления алкоголя (в 2007 году - 638 человек, в 2015 году – 132) и наркотиков (в 2007 году – 93 человека, в 2015 году – 44).

Снижена заболеваемость героиновой наркоманией среди несовершеннолетних. В 2016 году не зарегистрирован ни один ребенок с диагнозом «наркомания» среди несовершеннолетних до 14 лет.

Важно, что учреждение не стоит на месте, а растет и развивается. За годы своего существования наркологическая служба претерпела немало изменений, но всегда ее приоритетным направлением была и остается помощь людям, употребляющим психоактивные вещества, и не только больным, но и членам их семей, родственникам, близким. Стратегическое направление современной наркологии - максимально приблизить к пациентам ее возможности, сделать доступными для жителей области самые современные достижения медицинской науки в борьбе с опасным недугом. (R)

ГАУЗ «ООКНД» 460023, г. Оренбург, ул. Инструментальная, д. 2. Тел.: (3532) 35–53–00, тел./факс: (3532) 35–53–01 e-mail: ond@esoo.ru, oob10@mail.orb.ru www.narko56.ru

| Портрет региона | Республика Мордовия



Столица – г. Саранск
Площадь – 26,2 тыс. кв. км
Население – 856,8 тыс. человек
Административно-территориальный состав –
22 административных района, 7 городов,
1319 сельских населенных пунктов

Вероника Скворцова высоко оценила уровень развития здравоохранения Республики Мордовия

2 декабря 2016 года в рамках рабочей поездки в Мордовию министр здравоохранения России Вероника Скворцова посетила ряд ведущих медицинских учреждений – Региональный сосудистый центр, Республиканскую клиническую больницу, Перинатальный центр, детскую поликлинику № 3.

Республиканской клинической больнице министр оценила удобство и комфорт хорошо спланированного пространства справочного отделения лечебнодиагностического корпуса. В ходе осмотра операционных блоков кардиохирургии, нейрохирургии, травматологии, а также отделений анестезиологии и рентгенологии был отмечен высокий уровень оказываемых здесь медицинских услуг, соответствующий самым современным стандартам. Вероника Скворцова присутствовала на сеансе телемедицины - специалисты Республиканской клинической больницы консультировали СВОИХ коллег Торбеевской межрайонной больницы. Министр поинтересовалась графиком проведения онлайн консультаций рай-ОННЫХ МЕДИКОВ И ВЫСКАЗАЛА МНЕНИЕ, что сеансы телемедицины должны проходить в плановом порядке регулярно, отметив, что в Мордовии созданы уникальные условия для развития этого перспективного направления.

Следующим пунктом программы министра здравоохранения России в Саранске стала новая детская поликлиника № 3, которая была открыта в 2014 году и на сегодня обслуживает 18 тысяч детей и подростков в Пролетарском районе города. Специализированная медицинская помощь пациентам здесь оказывается по 26 направлениям.

Вероника Скворцова интересовалась, как организована работа в регистратуре поликлиники, как ведется запись на прием через инфомат и интернет. Министр осмотрела кабинет неотложной помощи, кабинет бесконтактной гидромассажной ванны, бассейн. Гости также посетили отделение восстановительного лечения, где проходят реабилитацию дети со всех рай-



онов Мордовии, имеющие различные хронические заболевания, в том числе ДЦП и двигательные нарушения. За 9 месяцев 2016 года лечение получили 6336 детей с ограниченными возможностями здоровья, из них 120 детей-инвалидов.

Участковый врач-педиатр Ирина Проскурина продемонстрировала, как ведутся электронные амбулаторные карты. Всего в поликлинике 2 педиатрических отделения, в составе которых 22 участка.

В мордовском Республиканском клиническом перинатальном центре состоялась встреча с медицинской общественностью. Во вступительном слове глава Мордовии рассказал об усилиях, которые предпринимаются для создания в республике современной трехуровневой системы здравоохранения. При этом отметил, что организация качественной работы медицинских специалистов первичного звена снимает много проблем, которые могут возникать на следующих этапах. «Большое внимание мы уделяем работе межрайонных медицинских центров, для доставки пациентов в дневные стационары закуплены комфортабельные микроавтобусы. Медицина высшего уровня тоже постоянно совершенствуется, многое достигнуто, но мы не собираемся останавливаться, работа в этом направлении будет продолжена и в дальнейшем. Важным аспектом развития отрасли мы считаем всемерную поддержку работников здравоохранения, это дополнительные выплаты «подъемных» участковым врачам — педиатрам, терапевтам, врачам общей практики, другим специалистам. Кроме того, мордовские медики регулярно проходят стажировку в самых современных российских и зарубежных центрах.

«Мы не пожалеем средств для того, чтобы в Мордовии были самые грамотные и квалифицированные врачи, — особо подчеркнул Владимир Волков. — И наша задача сделать все, чтобы медицинские центры республики стали межрегиональными».

Вероника Скворцова в своем выступлении рассказала о своих впечатлениях о республике, ведь это ее первый визит в Мордовию. Министр отметила, что нынешняя рабочая поездка была очень насыщенной и позволила увидеть очень серьезные позитивные шаги, которые сделаны здравоохранением и республикой в целом за последние годы. Руководитель Минздрава Российской Федерации высоко оценила открытие нового фармакологического производства на базе ПАО «Биохимик». По ее словам, создание уникального фармацевтического научно-производственного центра в содружестве с крупнейшим вузом региона позволит восстановить советский опыт создания производства высококлассных антибиотиков в Мордовии.

«Мы посмотрели работу регионального сосудистого центра, его взаимодействие с первичными сосудистыми отделениями. Это единая сеть, круглосуточно ведутся консультации, все прекрасно организовано. И уже есть ощутимые результаты - за короткий срок Мордовии удалось достигнуть одного из лучших не только в России, но и в мире показателей летальности при ишемических и геморрагических инсультах. Безусловно, большой вес в этом достижении имеет применение расширенного спектра высокотехнологичных медицинских методов», отметила Вероника Скворцова.

Министр здравоохранения России поблагодарила медицинскую обще-

ственность Мордовии за успешную работу и поздравила с достижениями.

«Особые слова благодарности Владимиру Дмитриевичу Волкову. Глава республики лично участвует в каждом мероприятии, занимается каждым проектом в сфере здравоохранения. Он прекрасно разбирается и в современных технологиях, и в информатизации процесса, и в особенностях возведения сложнейших медицинских комплексов. Такое отношение руководителя региона, его команды — залог дальнейшего поступательного развития сферы здравоохранения в Мордовии», — отметила Вероника Скворцова.

В завершение встречи министр здравоохранения РФ и глава Мордовии наградили лучших терапевтов, вошедших в первый «Рейтинг терапевтов России». Медикам объявлена Благодарность главы Республики Мордовия и вручены Почетные дипломы «Лучший терапевт ТОП-500».

Отвечая на вопрос журналистов о впечатлениях от поездки в Мордовию и о состоянии здравоохранения в республике, Вероника Скворцова отметила: «Прежде всего, практически достроена так называемая трехуровневая система здравоохранения. Первичное звено укреплено, не сокращено ни одного ФАПа, более того, построены 43 новых, которые отлично оснащены всем необходимым. Сейчас жители республики, в том числе в районах и сельской местно-СТИ, ИМСЮТ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧИТЬ ВСЮ необходимую медицинскую помощь. Существенно улучшена и переоснащена НОВЫМИ автомобилями «скорая помощь», причем за счет средств как федерального бюджета, так и регионального. Это дает возможность правильно и быстро доставить пациента в медицинское учреждение соответствующего уровня».

Высокой оценки федерального министра заслужила работа целой сети медицинских организаций, оказывающих помощь при экстренных ситуациях: инсультах, инфарктах, интоксикации и т. д. Вероника Скворцова отметила, что деятельность Регионального сосудистого центра на базе Республиканской кли-

нической больницы № 4 в части тесного взаимодействия посредством телемедицины с первичными региональными центрами – движение в правильном направлении.

«В регионе один из самых низких в мире показателей летальности от данных заболеваний. Это говорит о том, что информатизация системы здравоохранения не прошла в Мордовии формально. Посредством современных технологий проводятся телемосты, консультации. При необходимости больного из района республики в кратчайшие сроки переводят в региональное медицинское учреждение или в федеральные центры. Система работает», – подчеркнула Вероника Скворцова.

В Мордовии уже решена задача, которую остальным регионам в рамках исполнения Послания Президента РФ, озвученного им накануне, только предстоит решить в ближайшие годы. Все наши больницы и поликлиники уже подключены к высокоскоростному интернету.

«Расширение спектра технологий оказания медицинской помощи высокого класса должно положительно повлиять на демографические показатели Республики Мордовия. Уже сегодня наблюдается тенденция к снижению смертности, но пока в регионе этот показатель несколько выше среднего по стране. Значит, есть к чему стремиться, работать дальше, совершенствовать все уровни системы республиканского здравоохранения», – заключила Вероника Скворцова.

Развивается информатизация, продолжается внедрение цифровых технологий в медицину. Важно отметить, что в Мордовии уже сейчас все медицинские организации подключены к высокоскоростному интернету, широко внедряется электронный документооборот, электронная запись на прием к врачу, методы телемедицины. Эти достижения проецируются на демографические показатели: материнская смертность в республике — 0, младенческая — 4,8 на тысячу родившихся живыми, снижается общая смертность взрослого населения».

Глава Республики Мордовия Владимир Волков, тем не менее, отметил, что прекрасно знает и о недостатках. Первичное звено будет и дальше совершенствоваться. Каждый фельдшерско-акушерский пункт планируется обеспечить автотранспортом, оснастить дополнительным обору-дованием. Об этом Глава Мордовии говорил на встрече с медиками. Здесь он выдал свою мечту: так поднять медицину, чтобы все приезжали лечиться.

«Реформирование здравоохранения – процесс непростой, но необходимый. Не скрою, я мечтаю о том, чтобы наши центры стали межрегиональными, а о качестве оказания медицинских услуг говорилось только в превосходной степени. Сегодняшний визит можно смело воспринимать как еще один шаг в этом направлении. Мы рассмотрели практически все вопросы, требующие участия федерального центра. Рассчитываем на дальнейшую поддержку Министерства здравоохранения Российской Федерации при реализации наших проектов. Мне хотелось бы сказать большое спасибо Веронике Игоревне и всей команде, которая прибыла в Мордовию, за то внимание, за очень профессиональный и продуктивный подход к нашим вопросам и проблемам», – обозначил Владимир Волков.

Министр здравоохранения впервые побывала в Саранске с рабочим визитом. Так совпало, что поездка случилась на следующий день после Послания Президента Российской Федерации. В этом свете Мордовия рассматривалась Минздравом и как пример медицины и фармацевтики настоящего, и как площадка внедрения технологий будущего.

По материалам официального сайта Минздрава Республики Мордовия.

Республика Мордовия— в пятерке лучших регионов России по эффективности здравоохранения

Мордовия входит в число 5 лучших регионов России по эффективности здравоохранения. Высокой наградой республика отмечена на федеральном уровне, получив Всероссийскую премию «Время жить!» по итогам реализации программ снижения смертности от инсульта.

а последние четыре года смертность от болезней системы кровообращения в Мордовии снизилась на 32 процента. Это тысячи спасенных человеческих жизней!

За три года в рамках республиканской программы развития здравоохранения на строительство и капитальный ремонт было направлено более 2 млрд 200 млн рублей. Закуплено 613 единиц самого современного медицинского оборудования.

Регион завершил формирование трехуровневой системы. За пять лет в эксплуатацию сдано 55 современных медицинских объектов, построено 43 новых здания ФАП, закуплено 50 единиц современного оборудования, 12 новых машин скорой помощи, 9 мобильных лечебно-диагностических комплексов.

Главным достижением системы здравоохранения Владимир Волков назвал увеличение продолжительности жизни. Сейчас она составляет более 72 лет, что выше среднего показателя по стране.

Также в Мордовии один из самых низких уровней младенческой смертности, снижается и убыль населения в целом. В то же время Владимир Волков призвал медиков прислушиваться ко всем жалобам и замечаниям пациентов, давать им возможность самим оценивать работу той или иной больницы, поликлиники, специалиста. «Внимательное отношение и доброе слово врача порой исцеляет лучше любого лекарства», — заметил он.

приоритетные проекты

На заседании Правительства Республики Мордовия утвердили паспорта приоритетных проектов в социально значимых сферах, в том числе в здравоохранении.

В здравоохранении таких проектов четыре, сообщили в пресс-службе республиканского кабинета министров.

Это «Совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов». По информации министра здравоохранения Мордовии Михаила Морозова, в республике создана трехуровневая система оказания медицинской помощи в этом направлении, которая уже позволила значительно улучшить качество, внедрить современные технологии.

Задача номер один сейчас – сохранить положительную динамику по снижению младенческой смертности.

Не менее важным является проект «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий». Здесь также есть определенные успехи, но, тем не менее, к 2019 году предстоит решить несколько первостепенных задач. Так, доля медицинских организаций, внедривших медицинские информационные системы, перешедших на ведение медицинской документации в электронном виде и участвующих в электронном медицинском документообороте должна составить 75%.

Следующий проект – «Внедрение автоматизированной системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя для защиты населения от фальсифицированных

лекарственных препаратов и оперативного выведения из оборота контрафактных и недоброкачественных препаратов».

Еще один приоритетный проект – «Обеспечение доступности оказания первичной медико-санитарной помощи и своевременности оказания экстренной медицинской помощи населению Республики Мордовия, проживающего в муниципальных районах».

«Приоритетом для нас является укрепление первичной медикосанитарной помощи, в том числе на селе, приближение ее к каждому жителю республики», — отметил председатель Правительства РМ Владимир Сушков.

Для этого планируется увеличение количества общеврачебных практик, расширение зоны действия работы

выездных бригад, создание оптимальной маршрутной системы.

В целях повышения доступности медицинских услуг (соответствующая задача поставлена в Послании главы Мордовии Владимира Волкова), потребуется укрепление, дооснащение и реорганизация службы скорой медицинской помощи. Структурные преобразования предусматривают создание единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи.

Доля выездов бригад скорой медицинской помощи до больного менее чем за 20 минут должна достигнуть 95%.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Мордовия в 2017 году получит из федерального бюджета 111 млн 936 тыс. рублей на обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными

препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания для детейинвалидов.

Также регион получит 18 млн рублей на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в 2017 году.

По 1 млн рублей будет выплачено медицинским работникам в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2016 и 2017 годах или переехавшим из другого населенного пункта на работу в сельский населенный пункт или рабочий поселок, или поселок городского типа и заключившим договор с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Федерации.

http://www.vestnik-rm.ru



WWW.REMEDIUM-NN.RU

С.А. МЕРКУШКИНА, директор ГАОУДПО Республики Мордовия «МРЦПКСЗ»

Больше знаний — больше возможностей

25 лет

ГАОУДПО Республики Мордовия «МРЦПКСЗ» – это высокое качество постдипломного образования по 35 специальностям, обеспечивающееся высококвалифицированными преподавателями, современными специализированными аудиториями, новейшим оборудованием и программным обеспечением.

иссия учреждения – предоставление качественных образовательных услуг по широкому спектру специальностей и видам дополнительного профессионального образования в условиях сформированной инфраструктуры при активном участии высококвалифицированных работников учреждения и специалистов медицинских организаций Республики Мордовия.

Одним из основных показателей качества работы Центра является востребованность услуг учреждения в республиканском здравоохранении. Ежегодно обучается около 3 тысяч специалистов из разных медицинских организаций. Для



решения текущих и перспективных задач по повышению качества подготовки специалистов в учреждении создана и внедрена программа «Система учета планирования и организации последипломного обучения специалистов со средним медицинским образованием». Эта программа позволяет не только оперативно решать задачи по организации учебного процесса, но и управлять качеством образования, отслеживая исходный и итоговый уровень знаний слушателей за период прохождения обучения на основе современных информационных технологий. В 2011 году по итогам социологических исследований ГАОУДПО Республики Мордовия «МРЦПКСЗ» стал лауреатом Национального конкурса «Лучшие учебные центры Российской Федерации».

Учреждение в своей структуре имеет следующие подразделения: отдел ком-

плектования, сертификации и аттестации; отдел инновационных технологий; административно-хозяйственную службу; бухгалтерско-экономическую службу. Стабильность функционирования организации обеспечивается работоспособным творческим коллективом. На сегодняшний день в учреждении продолжают преумножать сформированные традиции постдипломномедицинского образования 11 штатных преподавателей, среди которых 2 кандидата медицинских наук, 2 отличника здравоохранения, 2 почетных работника образования Российской Федерации. Свой профессиональный опыт обучающимся высококвалифициропередают ванные специалисты: преподаватели Е.А. Сизганова, Е.С. Скрипникова, Иконникова, Н.И. Ефремова, Янкина, М.Н. Чалдышкина, Н.И. Милешина, Е.А. Кочетовская.

Открывшаяся в 2016 году симуляционная лаборатория способствует повышению конкурентоспособности специалистов за счет внедрения современных технологий обучения и оценки практических навыков, основанных на реалистическом моделировании, имитации клинических ситуаций. Овладение слушателями профессиональных компетенций проводится также в ведущих медицинских организациях республики. В учебном процессе задействовано 283 внешних совместителя из числа ведущих специалистов Министерства здравоохранения РМ, медицинского института и медицинских организаций.



С.А. Меркушкина

Одним из структурных подразделений является отдел инновационных технологий. В компетенции отдела входит: оказание консультативной и методической помощи специалистом со средним медицинским образованием в проведении сестринских исследований; содействие развитию и организации учебно-методических кабинетов в медицинских организациях республики; создание научной базы сестринского дела по исследованиям для практикующих медицинских сестер; содействие внедрению современных технологий оказания сестринской помощи, включая технологии простых медицинских услуг; изучение достижений сестринской практики с помощью информационного мониторинга; планирование и прогнозирование результатов внедрения инновационных сестринских технологий; обеспечение сотрудничества отдела по инновационным технологиям с учебными медицинскими учреждениями, с ассоциацией специалистов со средним медицинским образованием, другими общественными организациями.

Мы участвуем в формировании повседневной профессиональной деятельности и планировании будущего. Только желание, солидарность и коллегиальность позволят добиться серьезного успеха!

ГАОУДПО Республики Мордовия «МРЦПКСЗ» 430005 г. Саранск, ул. Коммунистическая, д. 66 Тел.: (8342) 47–62–63 E-mail: supk@moris.ru



[Консилиум]

КАРДИОНЕФРОЛОГИЯ / ОНКОЛОГИЯ / ДЕЗИНФЕКЦИЯ И СТЕРИЛИЗАЦИЯ

О.Н. СИГИТОВА, д. м. н., профессор, заслуженный врач МЗ РТ, зав. кафедрой ОВП ФГБОУ «Казанский ГМУ», главный специалист-нефролог МЗ РТ, г. Казань

Современные клинические рекомендации по лечению артериальной гипертензии у пациентов с хронической болезнью почек

Артериальная гипертензия (АГ) может быть как причиной, так и следствием хронического заболевания почек. Частота поражения почек у пациентов с первичной АГ или гипертонической болезнью (ГБ) составляет от 17% до 40% и превышает распространенность хронической болезни почек (ХБП) во взрослой популяции (11–19%). Поражение почек при ГБ – гипертонический нефросклероз (ГН), имеет медленно прогрессирующее течение с исходом в терминальную почечную недостаточность.

рогрессирование ХБП при ГН происходит медленно, изменения мочевого осадка не характерны. Альбуминурия (А) может отсутствовать, либо медленно нарастать и, как правило, не превышает уровня А2 (30–300 мг/г или 3–30 мг/ммоль). Поэтому поражение почек длительное время может быть не диагностированным. Однако при этом, по мере снижения СКФ и нарастания альбуминурии, увеличивается частота сердечнососудистых осложнений (ССО) и смертности.

При хронических заболеваниях почек АГ развивается у 60–70% пациентов, частота АГ нарастает по мере прогрессирования ХБП, на терминальной стадии АГ выявляется у 90–95% пациентов. Нефрогенная АГ развивается либо одновременно с заболеванием почек, либо вслед за ним. Протекает с изменениями мочевого осадка, протеинурией, нередко высокого уровня.

Риск ССО и смертности нарастает по мере снижения функции почек, и на III стадии ХБП в сотню раз превышает риск прогрессирования в терминальную стадию.

Ключевую роль в формировании гипертонического нефросклероза при АГ играет гиперактивность ренинангиотензиновой системы, которая сопровождается избыточной продукцией факторов роста, вызывающих профибротическую структурнофункциональную перестройку интерстиция и клубочков. При заболеваниях почек основную роль в формировании нефросклероза играет заболевание почек и гиперактивация ренинангиотензиновой системы.

Сочетание АГ с ХБП прогностически крайне наблагоприятное, поскольку сниженная СКФ является фактором риска прогрессирования не только ХБП, но и сердечно-сосудистой смертности. Доказана связь сниженной рас-



проф. О.Н. Сигитова

четной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) и альбуминурии с общей и сердечно-сосудистой смертностью, прогрессированием ХБП и риском развития острого повреждения почек

Несмотря на возможности кардио-/ ренопротективной терапии, имеющей решающее значение в торможении прогрессирования дисфункции почек и сердца, ее рекомендации в реальной клинической практике либо используются недостаточно эффективно, либо отражают трудности достижения целевых уровней АГ, липидов. Так, по данным регистра

российского диализного общества у 80% больных ХБП, впервые поступавших на диализ, контроль АД на додиализном этапе проводится неудовлетворительно. По данным 28 врачебных практик в США (2010 г.), лечение 6527 больных АГ с комбинацией нескольких факторов риска и/или ассоциированных заболеваний (48,7% - ожирение, 25,3% - сахарный диабет 2-го типа, 60,7% – дислипопротеидемия), только у 55,5% достигался контроль АД, в том числе, у 62,4%, не имевших сахарного диабета, и в 2 раза реже у пациентов с диабетом. Достижение целевого АД у пациентов с ХБП - наиболее сложная задача из всех групп пациентов с АГ, составляет всего около 30%.

Данные проспективных исследований показали, что своевременное лечение АГ улучшает прогноз ХБП и снижает риск ССО. По современным представлениям, определять тактику коррекции АГ и оценивать ее эффективность следует в русле двуединой кардио-/нефропротективной стратегии, в основу которой положены: контроль АГ, сердечно-сосудистая профилактика, коррекция нарушений липидного обмена. Клинические рекомендации по кардио- и нефропротекции у больных с ХБП отражены в итогах РКИ (ACCOMBLISH, EDVANCE, ALTITUDE, CARRESS-HF, ONTARGET, ROADMAP, SHARP и некоторых других), национальных, европейских и международных клинических рекомендациях научных обществ (KDIGO, KDOQI, ESH/ESC).

При ГБ стратификация дополнительного сердечно-сосудистого риска (ССР) осуществляется по SCORE и Фремингемской шкале. Исследования последних лет доказали роль ХБП в качестве независимого фактора риска развития ССЗ, равного ишемической болезни сердца по ССР. В европейских клинических рекомендациях по АГ с 2013 года при оценке риска рекомендуется учитывать ХБП: у пациентов с АГ при 3а стадии ХБП риск оценивается как высокий, при 36 и более поздних стадиях – как очень высокий.

Стратификация ССР при хронических заболеваниях почек имеет особенности, обусловленные наличием А высокого уровня. В клинических исследованиях доказана роль альбуминурии как значимого фактора риска ССЗ и терминальной почечной недостаточности. А считается более значимым фактором риска ССР, чем АГ. Причем повышение риска общей и сердечно-сосудистой смертности наблюдается уже при уровне А от 10 до 29 мг/г, который до недавнего времени считался нормоальбуминурией.

Использование шкал SCORE или Фремингемской для пациентов с пер-

вичной ХБП, по мнению ряда авторов, дает заниженные результаты. Поэтому для таких пациентов предложена система стратификации комбинированного риска терминальной почечной недостаточности и ССР, разработанная экспертной группой KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) [2012], которая базируется на двух основных показателях - уровне СКФ и категории альбуминурии/ протеинурии (таблица 1). Однако отсутствие в данной системе доказанного фактора риска ССР и прогрессирования ХБП, как АГ, снижает ее значимость.

ТАБЛИЦА 1 Комбинированный риск прогрессирования ХБП и развития ССО в зависимости от степени снижения СКФ и выраженности альбуминурии (A)									
				Альбуминурия**					
				A1	A2	А3			
				Оптимальная или незначительно повышенная	Высокая	Очень высокая			
			<30 мг/г <3 мг/ммоль	30-300 мг/г 3-30 мг/ммоль	>300 мг/г >30 мг/моль				
Категории СКФ (мл/мин/1,73м²)	C1	Высокая или оптимальная	≥90	Низкий*	Умеренный	Высокий			
	C2	Незначительно снижена	60-89	Низкий*	Умеренный	Высокий			
	СЗа	Умеренно снижена	45-59	Умеренный	Высокий	Очень высокий			
	C36	Существенно снижена	30-44	Высокий	Очень высокий	Очень высокий			
	C4	Резко снижена	15-29	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий			
	C5	Почечная недостаточность	<15	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий			

Примечание: * - низкий риск — как в общей популяции, в отсутствии признаков повреждения почек категории СКФ С1 или С2 не удовлетворяют критериям ХБП; ** - альбуминурия — определяется как отношение альбумин/креатинин в разовой (предпочтительно утренней) порции мочи, СКФ — рассчитывается по формуле СКD-EPI.

ТАБЛИЦА 2 Терапевтические стратегии у больных артериальной гипертонией и хронической болезнью почек						
Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств				
У всех больных с ХБП следует снижать систолическое АД <140 мм рт. ст.	IIa	В				
Целевое диастолическое АД <90 мм рт. ст. для всех больных, <85 мм рт. ст. при СД	I	Α				
При наличии протеинурии или альбуминурии АЗ оправдана попытка снижения систолического АД <130 мм рт. ст. при условии мониторирования изменений расчетной СКФ	пр	В				
Блокаторы РААС более эффективны в снижении альбуминурии/протеинурии, чем другие антигипертензивные препараты, и показаны пациентам с АГ при наличии повышенной альбуминурии или явной протеинурии	I	A				
Достижение целевого АД обычно требует комбинированной терапии, рекомендуется комбинировать блокаторы РААС с другими антигипертензивными препаратами	I	A				
Комбинация двух блокаторов РААС не рекомендуется несмотря на то, что она может быть более эффективной в снижении выраженной протеинурии	Ш	A				
Антагонисты альдостерона не могут быть рекомендованы при СКФ <30 мл/мин/1,73 м², особенно в комбинации с блокатором РААС, учитывая риск ухудшения функции почек и гиперкалиемии	III	С				

Наличие АГ, степень ее повышения и риск ССО отражаются в диагнозе пациента после указания нозологической формы ХБП, ее стадии и категории альбуминурии/протеинурии.

В данной шкале отсутствуют такие общепризнанные факторы риска ССЗ, как курение, возраст, гиперлипидемия, гиперурикемия, а также заболевания – ИБС, НК, сахарный диабет (СД), ожирение, поскольку их роль в прогрессировании ХБП до настоящего времени остается неясной.

ТЕРАПИЯ

Поскольку пациентов с АГ и ХБП относят к группе высокого/очень высокого сердечно-сосудистого риска, такие пациенты должны получать лечение кардиальной патологии и патологии почек в полном объеме в соответствии с национальными и международными рекомендациями, если нет противопоказаний. Однако врачи «боятся» пациентов с ХБП, назначают заниженные дозы лекарственных препаратов, не решаются на проведение оперативных вмешательств.

Антигипертензивная терапия при первичной и вторичной АГ у пациентов с ХБП различается только в отношении препаратов 1-го выбора: при ХБП, независимо от уровня альбуминурии, - это препараты из групп блокаторов ренинангиотензиновой системы, при первичной АГ (ГБ) с минимальной A (A1) могут быть назначены препараты из других групп, с другим механизмом действия.

Важной задачей терапии является достижение целевого АД, которое позволяет снизить риск ССО. Целевой уровень АГ у пациентов с ХБП и ПУ менее 1 г/сут. в соответствии с последними клиническими рекомендациями ЕОК и ЕАГ (2013), составляет менее 140/90 мм рт. ст. (таблица 2). При поведении любой терапии у таких пациентов следует строго мониторировать скорость клубочковой фильтрации (СКФ), а дозирование лекарственных препаратов следует осуществлять с учетом уровня СКФ. При наличии у пациентов нарушений мозгового кровообращения, ишемической болезни сердца, нарушений ритма антигипертензивные препараты необходимо назначать в соответствии с национальными рекомендациями по контролю АГ.

Лечение АГ с достижением целевого уровня у пациентов с ХБП представляет нелегкую задачу. На его эффективность влияют возраст, величина альбуминурии, стадия ХБП, наличие недостаточности кровообращения, ИБС, сахарного диабета, ожирения. Нарушения липидного и пуринового обмена также могут обуславливать резистентность к антигипертензивным препаратам, повышать риск их побочных действий.

При лечении больных АГ с ХБП сохраняют актуальность немедикаментозные методы: отказ от курения, снижение избыточной массы тела, уменьшение потребления алкоголя, повышение физической активности, снижение потребления поваренной соли менее 5 г/сут. Ограничение соли в диете замедляет прогрессирование ХБП, а малобелковая диета (МБД), по данным субисследования MDRD (Modification of Diet in Renal Disease), способствует удлине-



нию додиализного периода и замедлению снижения СКФ на 3а и последующих стадиях по градации KDIGO, 2012. Рекомендуется отмена лекарственных средств, способных привести к развитию АГ (анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты и другие). Применение кетостерила предохраняет от белковоэнергетической недостаточности.

DEMEDUUM

В настоящее время у больных АГ с диабетической и недиабетической нефропатией рекомендовано достижение целевого уровня систолического АД менее 140 мм рт. ст., а при выраженной протеинурии - менее 130 мм рт. ст. У всех категорий лиц с АГ, за исключением пациентов с сахарным диабетом, рекомендован целевой уровень диастолического АД менее 90 мм рт. ст., а у пациентов с сахарным диабетом - менее 85 мм рт. ст.; установлена безопасность и хорошая переносимость снижения диастолического АД в диапазоне 80-85 мм рт. ст. Не рекомендуется снижение систолического АД до уровня менее 120 мм рт. ст. и диастолического АД до уровня менее 70 мм рт. ст.

Если при АГ без ХБП в качестве антигипертензивной терапии могут применяться препараты из всех основных классов, рекомендованных для лечения АГ, то при ХБП необходимости отдавать предпочтение препаратам, способным снижать риск развития ССО или замедлять прогрессирование ХБП не только за счет эффективного снижения АД, но и дополнительных нефропротективных свойств.

В многочисленных рандомизированных многоцентровых контролируемых исследованиях продемонстрирована способность ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) и блокаторов ангиотензина II 1 типа (АТ1)-рецепторов предупреждать не только ССО, но и прогрессирование поражения почек у лиц с диабетической и недиабетической нефропатией. ИАПФ и БРА, кроме антигипертензивного, обладают антипротеинурическим и нефропротективным действиями. По данным РКИ их благопри-

ятное влияние на скорость прогрессирования ХБП прямо пропорционально их антипротеинурическому действию.

ИАПФ и БРА обладают максимальными нефро- и кардиопротективными эффектами. Показаны при ХБП А2-3. Являются препаратами 1 выбора при сопутствующих заболеваниях: хроническая сердечная недостаточность, гипертрофия и дисфункция левого желудочка сердца, постинфарктный кардиосклероз, сахарный диабет. С 3а стадии требуется осторожность при назначении препаратов с преимущественно почечным путем выведения в связи с риском гиперкалиемии и повышенным риском острого снижения функции почек, поэтому необходим регулярный контроль функции почек и уровня калия или назначение препаратов с двойным путем выведения.

Тиазидные диуретики имеют кардиопротективный эффект, но не обладают нефропротекторным. Дополнительные показания: неосложненная метаболическими нарушениями АГ, хроническая сердечная недо-

DEMECULIA

Хорошим признаком эффективности терапии может считаться снижение протеинурии в 1,5–2 раза от исходного уровня или ее стойкое уменьшение до уровня ниже 0,5 г/сут., однако оно достигается не сразу, а спустя 3–6 месяцев непрерывного лечения, когда и следует оценивать эффект.

Вторичный анализ результатов исследований Atherosclerosis Risk in Communities Study (ARIC) Cardiovascular Health Study (CHS), посвященный риску ССО при ХБП в зависимости от уровня АД, выявил Ј-образную зависимость между ними: риск сосудистых катастроф был достоверно выше при САД как выше 130, так и ниже 120, по сравнению с диапазоном 120-130 мм рт. ст., который был признан авторами оптимальным при ХБП. Поддержание АД не должно приводить к эпизодам гипотензии, чреватым ухудшением коронарного и церебрального кровотока, развитием ишемии почек.

Комбинированная антигипертензивная терапия. Для достижения целевых уровней АД больным АГ с поражением почек, с учетом включения их в категорию пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений уже на старте лечения, рекомендована комбинация из двух антигипертензивных препаратов и более. При САД ≥ 160 и/или ДАД ≥ 100 возможно начинать лечение сразу двумя препаратами, нередко требуется сочетание 3–4 антигипертензивных препаратов.

Наиболее оптимальными считаются комбинации ИАПФ или БРА с диуретиком или антагонистом кальция. Комбинация АКд с препаратом, подавляющим РАС, нивелирует его неблагоприятное действие на почечную гемодинамику. Польза такого сочетания обусловлена более частым достижением целевого АД в группе комбинированной терапии. При недоста-

статочность, отеки, изолированная систолическая АГ, АГ у пожилых, высокий риск инфаркта миокарда и нарушения мозгового кровообращения. Ограничения: с 3а стадии эффективность снижается и отсутствует при СКФ менее 30 мл/мин (не показаны); риск гиперурикемии высокий.

Петлевые мочегонные – кардиопротекторные эффекты сомнительные, нефропротекция не доказана. Показаны при сопутствующей патологии: хроническая сердечная недостаточность, отеки, нарушения функции почек. Ограничения с 3а стадии из-за риска гиперурикемии. Эффективность по мере прогрессирования ХБП снижается, что может потребовать увеличения дозы, однако, при наличии выраженных отеков, остаются препаратами первого выбора.

Блокаторы альдостероновых рецепторов имеют умеренный кардиопротективный эффект и минимальный нефропротективный. Дополнительные показания: хроническая сердечная недостаточность, постинфарктный кардиосклероз, резистентные отеки. Ограничения к назначению – гиперкалиемия. Риск гиперкалиемии снижается при их сочетании с петлевыми диуретиками.

Дигидропиридиновые антагонисты кальция (АКд) обладают максимальным кардиопротективным эффектом и не обладают нефропротективным. Дополнительные показания: изолированная систолическая АГ, АГ у пожилых, стенокардия, атеросклероз периферических и сонных артерий, синдром Рейно, АГ у беременных.

Недигидропиридиновые антагонисты кальция (АКнд) при максимальном кардиопротективном эффекте имеют слабый нефропротективный эффект. Преимущества выбора имеют при сочетании со стенокардией, атеросклерозом сонных артерий, суправентрикулярной тахикардии, нефропатии с выраженной протеинурией.

Антагонисты имидазолиновых реценторов имеют слабый кардиопротективный эффект при отсутствии нефропротективного. Назначаются при ХБП только в комбинации с блокаторами РААС у пациентов с метаболическим синдромом и сахарным диабетом.

Бета-адреноблокаторы (β-АБ) — максимальный кардиопротективный эффект при отсутствии кардиопротекции. Показаны при ХБП в сочетании со стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом, хронической сердечной недостаточностью, тахиаритмии.

Альфа-адреноблокаторы (α-АБ) – дополнительный препарат при сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Оказывают мощный антигипертензивный эффект, но, не обладающие органопротективными свойствами, используются как препараты резерва. При их назначении необходимо исключать ночную гипотензию и ортостатическую гипотензию.

Поскольку антигипертензивная терапия назначается на длительное время, немаловажное значение для выбора препаратов играют факторы, влияющие на приверженность пациентов к лечению: использование пре-

таблица з Терапевтические стратегии у пациентов с ССЗ и ХБП					
Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств			
Пациентов с ХБП следует относить к группе высокого риска ССЗ	I	A			
При лечении ИБС у пациентов с ХБП следует исходить из существующих рекомендаций при отсутствии противопоказаний*	I	A			
Антитромбоцитарная терапия может назначаться пациентам с ХБП с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, если не повышен риск кровотечения*	II	В			
Лечение СН при ХБП следует проводить в том же объеме, что и у пациентов без ХБП*	II	A			
При болях в грудной клетке пациенты с ХБП должны обследоваться так же, как и пациенты без ХБП	I	В			

Примечание: *необходима коррекция дозы препаратов с учетом СКФ.

Комплексное решение проблемы анемии!

MUIITAMAD

мнн: эпоэтин альфа

мнн: железа [III] гидроксид сахарозный комплекс

Эральфон® Эра новой жизни!



Препарат рекомбинантного эритропоэтина человека



- профилактика и лечение анемий у больных с солидными опухолями, анемия у которых стала следствием проведения противоопухолевой терапии
- профилактика и лечение анемий у больных с миеломной болезнью, неходжкинскими лимфомам низкой степени злокачественности, хроническим лимфолейкозом

Ликферр100[®] Настоящее железо!

Эффективное средство для лечения анемии:

- железодефицитные состояния (в т. ч. железодефицитная и острая постгеморрагическая анемия) у больных при необходимости быстрого восполнения железа
- у больных, которые не переносят пероральные препараты железа
- наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), при которых пероральные препараты железа не могут использоваться



Регистрационные удостоверения: ЛСР 006663/08 от 15.08.08; ЛСР 000971/10 от 15.02.10; ЛСР 008793/10 от 26.08.10; ЛСР 008006/10 от 12.08.10

На правах рекламы



точном контроле АД в качестве дополнения к проводимой комбинированной терапии – ИАПФ (или БРА) и диуретик и/или антагонист кальция – могут назначаться агонисты имидазолиновых рецепторов, бета-адреноблокаторы. Следует избегать сочетания АКнд и бета-адреноблокатора, учитывая их однонаправленное влияние на ЧСС и проводимость миокарда.

Ряд РКИ, посвященных различным сочетаниям ИАПФ, БРА и ингибитора ренина, показал, что такая тактика не обладает преимуществом перед монотерапией ИАПФ или БРА в отношении почечных исходов и общей выживаемости и при этом связана со значительным повышением риска побочных эффектов (ONTARGET, NEPHRON-D)

В европейских рекомендациях по АГ 2013 года был изменен почечный раздел. В рубриках «Поражение органовмишеней» и «Ассоциированные клинические состояния» исключены диагностические критерии по креатинину сыворотки, а критерии по СКФ заменены на категорию ХБП. При этом ХБП разделена по рубрикам в зависимости от уровня СКФ: пациенты с ХБП и СКФ 30–60 мл/мин/1,73 м² (3 стадии) относятся к имеющим поражение органов-мишеней, а пациенты с ХБП и СКФ < 30 мл/мин/1,73 м² (ХБП 4–5 стадий) – ассоциированные клинические состояния.

Антигипертензивная терапия у пациентов с АГ при ХБП должна сочетаться с коррекцией нарушений пуринового, липидного, углеводного, фосфорно-кальциевого обмена, анемии. Для своевременного выявления и коррекции данных нарушений должны проводиться регулярные обследования с подбором диеты и назначением кетостерила, при необходимости, — медикаментозной терапии (аллопуринол, статины, эзетимиб и др.) в соответствии с рекомендациями по диагностике и ведению ХБП, лечению анемии, гиперлипидемии, нарушений фосфорно-кальциевого обмена.

Кроме того...

Анемия усиливается при прогрессировании ХБП, так как сморщивание почек приводит к падению синтеза гормона эритропоэтина. До назначения средств, стимулирующих эритропоэз, необходимо провести первичное клинико-лабораторное исследование для выявления иных возможных причин анемии, усугубляющих относительный дефицит эритропоэтина.

Анемия у больных с ХБП - фактор риска прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений (выше в 20-30 раз в сравнении с общей популяцией), необходима коррекция препаратами железа и эритропоэтинстимулирующими средствами (Эральфон). Эральфон гликопротеид, специфически стимулирующий эритропоэз, активирует цитоз и созревание эритроцитов из клеток-предшественников эритроцитарного ряда. Рекомбинантный эпоэтин альфа синтезируется в клетках млекопитающих, в которые встроен ген, кодирующий человеческий эритропоэтин. По своему составу, биологическим и иммунологическим свойствам эпоэтин альфа идентичен природному эритропоэтину человека. Введение эпоэтина альфа приводит к повышению уровней гемоглобина и гематокрита, улучшению кровоснабжения тканей и работы сердца. (R)

Н.Ю. ЛИНЕВА, зав. отделением диализа и гравитационной хирургии крови ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко», главный внештатный специалист по диализу МЗ Нижегородской области, **Е.Н. СОЛОВЬЯНОВА,** к. м. н., доцент кафедры

Новые возможности коррекции гиперфосфатемии у пациентов ХБП

госпитальной терапии НижГМА, главный внештатный нефролог МЗ Нижегородской области

очки играют ведущую роль в регуляции и поддержании физиологического уровня фосфора в организме. Уменьшение выведения фосфора с мочой и повышение его концентрации в крови (гиперфосфатемия) развивается при снижении фильтрационной функции почек до 4 и 5 стадии хронической болезни почек (ХБП), т. е. при скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 30 мл/мин/1,73 м². В настоящее время убедительно доказано, что гиперфосфатемия является серьезным осложнением ХБП, ключевым фактором развития костно-минеральных нарушений (МКН-ХБП), повышения риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности.

Первоочередными методами лечения гиперфосфатемии являются назначение диеты с низким содержанием фосфора и проведение адекватной диализной терапии, однако зачастую эти меры могут оказаться недостаточно эффективными. В целях поддержания контроля над уровнем фосфора в сыворотке крови для большинства пациентов, находящихся на диализе, требуется назначение фосфат-связывающих препаратов (ФСП). Для пациентов с риском развития кальцификации сосудов предпочтительным является назначение не содержащих кальция ФСП.

Однако для большинства ФСП характерна высокая лекарственная нагрузка. Это неизбежно приводит к снижению приверженности терапии, и не позволяет достигать целевых уровней фосфора, рекомендованных международными и российскими клиническими исследованиями. В результате происходит дальнейшее нарастание риска сердечнососудистых осложнений и ухудшение прогноза выживаемости пациентов ХБП на диализе.

В связи с этим в 2015 году России был зарегистрирован новый препарат, первый ФСП на основе железа: полинуклеар-

ный комплекс Fe (III) оксигидроксида, сахарозы и крахмала – Вельфоро® 500.

Клиническая эффективность и безопасность данного препарата изучались в ходе одного из самых крупных многоцентровых международных рандомизированных клинических исследований по изучению ФСП с участием более 1000 пациентов. Среди участников исследования 151 пациент проходили лечение в 22 российских диализных центрах, включая г. Нижний Новгород. Препарат показал высокую фосфат-связывающую активность (260 мг/г действующего вещества, что является самой сильной среди существующих ФСП), которая не зависит от рН желудочно-кишечного тракта.

В результатах исследования было показано, что назначение Fe-содержащего ФСП (Вельфоро® 500) сопровождалось достижением целевых уровней сывороточного фосфора и одновременным повышением приверженности пациентов назначенной терапии. Последнее обусловлено удобной лекарственной формой препарата (жевательная таблетка), простым режимом дозирования (1 таблетка на каждый прием пищи), что

приводило к уменьшению числа принимаемых таблеток в 3 раза.

Важным свойством этого комплекса Fe (III) оксигидроксида является отсутствие межлекарственных взаимодействий с другими препаратами, применяемыми для лечения костно-минеральных нарушений. Оценка безопасности препарата показала отсутствие изменений показателей обмена железа при его назначении пациентам ХБП в течение года. Сравнительное изучение в условиях эксперимента нового препарата с традиционно назначаемыми ФСП продемонстрировало сопоставимую активность по влиянию на процессы кальцификации сосудов.

Таким образом, назначение современных эффективных ФСП наряду с гипофосфатной диетой и адекватной диализной терапией является важнейшим направлением в коррекции фосфорнокальциевых нарушений при ХБП, позволяющим предупредить развитие тяжелых, инвалидизирующих осложнений со стороны минерально-костного обмена и сердечно-сосудистой системы и обеспечить улучшение показателей выживаемости пациентов на диализе.



KAPANOHEOPOAOFMA

Перитонеальный диализ: опыт реализации в Самарской области

еритонеальный диализ является вторым по актуальности методом нефрологической помощи в структуре заместительной почечной терапии (ЗПТ) в мире и на территории РФ. Степень пенетрации данной методики в структуру методов ЗПТ в РФ значительно отстает от общеевропейских и передовых мировых практик. Данная тенденция сохраняется на протяжении многих лет, в первую очередь это было связано с отсутствием регламентирования тарифов и четкого определения технологии данной методики. В 2015 впервые рекомендациями году Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Федерального министерства здравоохранения был определен алгоритм тарификации услуг в рамках федеральной модели КСГ методами ЗПТ.

Программа перитонеального диализа в Самарской области стартовала в 2004

году набором 10 пациентов, в дальнейшем программа развивалась динамично и достигла к 2011 году ста пациентов (на текущий момент 130 пациентов). Провайдерами данного вида услуг были выбраны два государственных многопрофильных учреждения здравоохранения Самарской области: ГБУЗ СОКБ им. М.И. Калинина (переименовано в В.Д. Середавина в 2015 году) и ГКБ № 1 ГО Тольятти. Данные государственные учреждения были определены по ряду объективных причин; наличие в их инфраструктуре необходимых лечебнодиагностических подразделений для осуществления полноценного лечебного процесса и успешный многолетний опыт оказания помощи в рамках программного гемодиализа.

Методика перитонеального диализа является достаточно сложным лечебнологистическим процессом. Основными организационно-лечебными этапами

> оказания данного вида помощи являются:

- 1. Определение метода терапии, максимально под-ходящего для пациента (ПАПД/ САРD, АПД/АРD).
- 2. Ввод пациента в программу ПД; формирование перитонеального доступа, послеоперационная реабилитация пациента, обучение выбранной методике и теоретическая подготовка по основным моментам лечения и возможным осложнениям.
- 3. Перевод пациента на амбулаторный этап.

- 4. Ведение пациента на амбулаторном этапе (определение специфических тестов адекватности диализа, транспортных функций брюшины, ежемесячный контроль гомеостаза, коррекция синдиализных осложнений, лекарственное обеспечение).
- 5. Организация бесперебойного обеспечения лекарственными средствами и расходными материалами.
- 6. Организация медицинского (сестринского, по необходимости врачебного наблюдения) патронажа на дому.
- 7. Отслеживание остатков расходных материалов и лекарственных средств по текущим назначениям, позволяющее контролировать выполнение пациентом определенного врачом режима лечения на удаленном доступе в ежемесячном режиме.
- 8. Интерактивное (в режиме онлайн) решение возникающих осложнений у пациента на амбулаторном этапе.
- 9. Своевременная организация стационарной помощи пациентам при возникновении осложнений, требующих госпитализации.

В период с 2004 по 2009 годы данный вид услуг осуществлялся за счет целевых средств, выделяемых из бюджета Самарской области. В 2009 году ЗПТ методом гемодиализа и перитонеального диализа была переведена в систему ОМС и выделена в отдельный вид медицинских услуг и осуществлялась наравне со стационарной, стационарнозамещающей и амбулаторно-поликлинической помощью. На этапе бюджетирования структура расходов на ЗПТ была рассчитана в соответствии с пятью основными статьями экономических кодов расходования средств и была оформлена в формате КСГ (клиникостатистическая группа). При переходе на ОМС в 2009 году данная структура была принята для тарификации в системе ОМС. В рамках тарифного соглашения были приняты к оплате отдельно выставляемые медицинские услуги:



- 1.28.1. Раствор дианила.
- 2. 28.2. Раствор нутринила.
- 3. 28.3. Раствор экстранила.
- 4. 28.4. Раствор физионила.
- 5.28.5. Аппаратный перитонеальный диализ у взрослых пациентов.

6.28.6. Аппаратный перитонеальный диализ у детей.

Ручной вид услуг включал в себя 340 код ЭКР - ЛС + РМ соответствующей номенклатуры (дианил, нутринил, экстранил, физионил) из расчета одна услуга - один раствор + колпачок. Аппаратный перитонеальный диализ у взрослых пациентов включал в себя набор расходных материалов (комплект магистралей с многоходовой кассетой для АПД, дренажный комплект для АПД, колпачок) и лекарственное средство (раствор для перитонеального диализа с глюкозой 13,6 г/л 5000 мл в количестве 3 шт.); у детей – набор расходных материалов (комплект магистралей с многоходовой кассетой для АПД, дренажный комплект для АПД, колпачок) и лекарственное средство (раствор для перитонеального диализа с глюкозой 13,6 г/л 5000 мл в количестве 2 шт.). Также в структуру КСГ входили коды ЭКР: зарплата, начисления на заработную плату, мягкий инвентарь.

Система утвержденных КСГ (по услугам) позволяла максимально точно выставлять счета на оплату и в соответствии с потребностями пациента отражать назначенные режимы лечения.

Учитывая тот факт, что перитонеальный диализ технологически является комплексной медицинской услугой, в 2011 году рабочей группой специалистов начата разработка КСГ по организации и проведению ЗПТ методами постоянного и аппаратного перитонеального диализа пациентам с хронической почечной недостаточностью в формате комплексной медицинской

Целью разработки данного КСГ являлось включить все необходимые технологические, логистические и медицинские составляющие перитонеального диализа. Была разработана технологическая карта, учитывающая состав услуг, требования к расходным материалам и лекарственным препаратам диализирующим растворам, применяемым при оказании услуги, технические характеристики и комплектацию, требования к объему и качеству оказываемых медицинских услуг и патронажу пациента на дому.

D£M£∏IUM

Внедрение разработанных КСГ повысило качество оказания медицинской помощи пациентам нефрологического профиля. Лечебно-профилактические учреждения получили замкнутый цикл в технологии перитонеального диализа. А возможность использования механизма аутсорсинга части медицинской услуги сторонней медицинской организацией по организации и проведению процедур в домашних условиях, обладающей развитой инфраструктурой (медицинским персоналом, складскими помещениями, автопарком патронажных автомобилей) позволило значительно сократить расходы на сопровождение программ перитонеального диализа и привлекло значительные инвестиции в нефрологическую службу области.



Министерство здравоохранения Нижегородской области ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»

ГБУЗ НО «Городская больница № 33»





VI МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«КОМОРБИДНОСТЬ В КАРДИОНЕФРОЛОГИИ»

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ НАУЧНОЙ ПРОГРАММЫ:

- Острые повреждения почек в практике врача кардиолога и нефролога.
- Острые повреждения почек в практике токсиколога.
- Поражения почек при СД, ожирении, метаболическом синдроме.
- Поражения почек при лекарственных поражениях и интоксикациях.
- Лекарственная безопасность в кардиологии и нефрологии (сердечно-сосудистые препараты – безопасность их применения при ХБП).
- Тактика ведения с ОПН и ХБП до диализа и после.
- Сердечно-сосудистые риски при ХБП.
- Гепаторенальный синдром.
- Дислипидемия при терминальном ХБП.
- Полиорганные поражения при ХБП.
- Антитромботическая терапия при ХБП.
- Перитонеальный диализ актуальность и место в заместительной почечной терапии.
- Принципы диагностики, особенности лечения железодефицита у больных



Организационный и информационный партнер издательство «Ремедиум Приволжье»



Тел.: (831) 411-19-83, доб (103), (831) 411-19-85

nn remedium@medalmanac.ru, www.medalmanac.ru



скии национальныи конгресс «**Человек и лекарство**»

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

- ◆ Институт главных внештатных специалистов Минздрава России;
- ◆ Представление основных научно-практических направлений и перспектив развития ведущих терапевтических школ;
- Обновленные клинические рекомендации научно-практических медицинских обществ России;
- ◆ Трансляционная медицина: внедрение достижений фундаментальных исследований в клиническую практику;
- ◆ Принципы этики и деонтологии в медицинском сообществе. Система этических комитетов:
- Обсуждение современной модели формирования здорового образа жизни;
- Профилактика неинфекционных заболеваний в субъектах Российской Федерации.
 Современное состояние и пути совершенствования;
- Лекарственные взаимодействия в клинической практике;
- Уроки медицины, основанной на доказательствах. Надежды и разочарования;
- Основные тенденции охраны здоровья матери и ребенка;
- Гендерная медицина. Новый подход к лечению заболеваний человека;
- Редкие болезни. Организация медицинской помощи, лекарственного обеспечения и социальной поддержки пациентов;
- Информационные технологии в системе непрерывного медицинского образования.

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Внутренние болезни
- ◆ Гастроэнтерология
- ◆ Гинекология
- Кардиология
- ◆ Клиническая фармакология
- ◆ Педиатрия (антибактериальная терапия)
- ◆ Педиатрия (гастроэнтерология раннего возраста)
- ◆ Педиатрия (догоспитальная помощь)
- ◆ Педиатрия (кардиология)
- Педиатрия (скорая и неотложная помощь)
- Клиническая иммунология и аллергология

Курс обучения – 16 академических часов.

Запись слушателей предварительная, не позднее первого дня работы Школы. По окончании Школы выдается Сертификат с лицензией образовательного учреждения. Слушатели, обучающиеся по направлению Организации, получают Свидетельство на 4–16 кредитов.

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ

Регистрация и заявки участников на сайте www.chelovekilekarstvo.ru.

MOCKBA

Центр международной торговли Москвы, Краснопресненская набережная, д. 12

http://www.chelovekilekarstvo.ru

КОНТАКТЫ:

Общие вопросы: info@chelovekilekarstvo.ru

Тезисы: tesis@ chelovekilekarstvo.ru

Научная программа, школы, конкурсы, договоры: trud@chelovekilekarstvo.ru Выставка: stend@chelovekilekarstvo.ru

109029, г. Москва, ул. Нижегородская, 32, стр. 4, оф. 202,

Тел./факс: +7 (499) 584 4516



В.А. АТДУЕВ, Ю.О. ЛЮБАРСКАЯ, Д.С. ЛЕДЯЕВ, ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия»

линии метастатического Терапия первой предстательной железы

Рак предстательной железы (РПЖ) - одна из самых актуальных медицинских проблем во всем мире. Это связано, в первую очередь, с высокой заболеваемостью. Около 15% среди всех новообразований, регистрируемых в развитых странах, приходится на долю РПЖ. В 2006 году в Европе заболеваемость РПЖ составила 24% среди всех новообразований у мужчин и явилась причиной смерти у 11% мужчин. В Российской Федерации (РФ) заболеваемость РПЖ также неуклонно возрастает, в 2012 году зарегистрировано 27046 новых случаев.

о темпам прироста заболеваемости РПЖ занимает первое место, среднегодовой прирост в 2012 году составил 9,83%. Локализованный РПЖ диагностировали у 44,8% больных, местно-распространенный - у 34,9% пациентов, а лимфогенно-диссеминированный и метастатический РПЖ, при котором уже невозможно проведение радикальверифицировали НОГО лечения, у 18,5% больных.

РПЖ представляет собой серьезную проблему для здравоохранения, особенно в развитых странах, в которых выше пропорция пожилых мужчин в общей популяции. В целом, за последние 10 лет 5-летняя выживаемость при РПЖ увеличивалась с 73,4% в 1999-2001 годах до 83,4% в 2005-2007 годах. С ожидаемым vвеличением продолжительности жизни и встречаемости РПЖ также значительно возрастут экономические затраты на лечение данной группы больных. В связи с этим актуальность приобретает оптимизация методов лечения РПЖ и, в особенности, самого затратного – метастатического (мРПЖ).

Гормональная терапия (андрогенная депривация) является основным методом лечения местно распространенного и диссеминированного РПЖ, она эффективна более чем в 90% случаев. Андрогенная депривация достигается кастрацией (химической или хирургической). Наиболее дешевым и быстрым методом достижения кастрационного уровня тестостерона является билатеральная орхидэктомия. ществами хирургической кастрации являются дешевизна, независимость от степени финансирования лечения, надежность. В то же время, хирургическая кастрация имеет и отрицательные последствия: психологическая и физическая травма и необратимость действия, соответственно, невозможность проведения интермиттирующего режима лечения.

Учитывая отрицательные эффекты хирургической кастрации, широкое распространение получили методы медикаментозной кастрации аналогами или антагонистами лютеинизирующего гонадотропин-рилизинг гормона (ЛГРГ).

При начале терапии аналогами ЛГРГ возможен первоначальный подъем уровня тестостерона, который обычно можно предотвратить одновременным приемом антиандрогенов (бикалутамид, флутамид и т. п.). Профилактика «вспышек» особенно важна у пациентов с симптомами или в случаях, когда клиническая «вспышка» может привести к тяжелым осложнениям (перелом позвоночника, компрессия спинного мозга, задержка мочи). Прием антиандрогенов обычно продолжают в течение 4 недель. В дальнейшем лечение проводится в монорежиме аналогами ЛГРГ (гозерелин, диферелин, лейпрорелин).

В ходе многих исследований, сравнивающих максимальную андрогенную блокаду (МАБ) и монотерапию, были получены противоречивые данные. В наиболее крупном рандомизированном контролируемом исследовании, включавшем 1286 пациентов с РПЖ стадии М1, не было выявлено различий между хирургической кастрацией в комбинации с флутамидом и только хирургической кастрацией. В систематическом обзоре обнаружено, что использование МАБ с антиандрогенами дает преимущество в выживаемости менее 5%, по сравнению с монотерапией (хирургической



проф. В.А. Атдуев

кастрацией или аналогами ЛГРГ), в течение 5 лет. В настоящее время проведение МАБ не рекомендуется. Также не рекомендуется монотерапия мРПЖ антиандрогенами, так как выживаемость больных хуже, чем при монотерапии кастрацией. Повышение дозы антиандрогенов с целью достижения эффекта, сопоставимого с кастрацией, вызывает увеличение количества и степени тяжести побочных эффектов (диарея, гепатотоксичность, кардиотоксичность, инфаркт миокарда, стенокардия, тромбоэмболия, ожирение, дислипидэмия, сахарный диабет, остеопороз), которые резко снижают качество жизни и выживаемость пациентов.

Длительная кастрация стимулирует апоптоз клеток РПЖ. По истечении определенного периода времени (в среднем 24 месяца), опухоль неизбежно прогрессирует, что вызывает развитие кастрационно-резистентного РПЖ. В экспериментальных данных показано, что андрогеннезависимая прогрессия может развиваться вскоре после кастрации, совпадая с прекращением дифференцировки стволовых клеток под влиянием андрогенов. Поэтому высказано предположение, что при прекращении ГТ до прогрессирования андрогеннезависимых клеток любой последующий рост опухоли будет поддерживаться только пролиферацией андрогензависимых стволовых клеток. Следовательно,

стволовые клетки будут вновь оставаться чувствительными к снижению уровня андрогенов. Таким образом, интермиттирующая андрогенная блокада (ИАБ) позволяет отсрочить развитие андрогеннезависимого клона. Другие возможные преимущества ИАБ включают сохранение качества жизни в периоды между циклами терапии и снижение стоимости лечения. В проведенных исследованиях авторы пришли к выводу, что ИАБ достаточно эффективна и безопасна. Анализ включал результаты 7 рандомизированных контролируемых исследований, из которых только в 3 вошли пациенты с РПЖ стадии М1. В одно исследование были включены пациенты с рецидивом РПЖ после ЛТ. Наиболее важным выводом стало отсутствие достоверного различия в общей выживаемости между интермиттирующей и непрерывной ГТ. Преимущества интермиттирующей ГТ для общего качества жизни оказались минимальными, однако частота некоторых осложнений на фоне интермиттирующей ГТ была ниже. К другим возможным преимуществам ИАБ относятся

сохранение костной ткани и/или протективный эффект в отношении метаболического синдрома. Также ИАБ позволяет значительно уменьшить расходы на лечение. Оптимальный порог, при котором необходимо прекращать или возобновлять ГТ, был установлен эмпирическим путем. Индукционный цикл должен продолжаться от 6 до 9 месяцев, иначе восстановление уровня тестостерона маловероятно. Лечение следует приостанавливать, только если пациент полностью соответствует всем следующим критериям:

- ◆ пациент хорошо информирован и имеет высокую комплаентность;
- отсутствует клиническое прогрессирование;
- получен биохимический ответ, определяемый по уровню ПСА < 4 нг/мл при метастатическом РПЖ или < 0,5 нг/мл при рецидиве РПЖ.

После прекращения лечения необходимо тщательное наблюдение каждые 3–6 месяцев (чем выше стадия, тем чаще необходимо проводить обследование). Измерение уровня ПСА следует проводить в одной лаборатории. Лечение воз-

Кр<u>оме того...</u>

Золадекс® является синтетическим аналогом природного гонадотропинрилизинг гормона (ГнРГ). При постоянном применении препарат Золадекс® ингибирует выделение гипофизом лютеинизирующего гормона (ЛГ), что ведет к снижению концентрации тестостерона в сыворотке крови у мужчин. Данный эффект обратим после отмены терапии.

Примерно к 21 дню после введения первой капсулы концентрация тестостерона снижается до кастрационных уровней и продолжает оставаться сни-

женной при постоянном лечении, проводимом каждые 28 дней в случае препарата Золадекс® 3,6 мг или каждые 3 месяца в случае препарата Золадекс® 10,8 мг. Такое снижение концентрации тестостерона на фоне применения препарата Золадекс® 3,6 мг у большинства больных приводит к регрессии опухоли предстательной железы и к симптоматическому улучшению. Золадекс 3,6 мг/10,8 мг (Гозерелин) зарегистрирован в России в 1996 году, один из самых назначаемых в своем классе препарат.

Более 20 ЛЕТ в России*



Золадекс озвения

золаденс (гозерелин). Свидетельство о регистрации П № 013307/01. Сокращенная информация по применению. Показания. Золаденс 3.6 мг и 10.8 мг рак горастательной железы, знудметримо, фибромы матки. Золаденс 3.6 мг рак молочной железы, дивистримо, фибромы матки. Золаденс 3.6 мг рак молочной железы, дивистримо, фибромы матки. Золаденс 3.6 мг рак молочной железы, дивистримо, дивис

На страже МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ

"Регистрационное удостоверение П-8-242 №006193 от 16.06.1995 Перед назначением необходимо ознакомиться с инструкцией. Дальнейшая информация предоставляется по требованию: **ООО -АстраЗенека Фармасьютикалэ».** Россия, 125284, **г. Москав, Бетовая ул.**, д. З., стр. 1. Тел.: +7 (495) 799 56 99, факс: +7 (495) 799 56 98 Информанция, для специалистов эловарохранения



2. Три последовательных повыше-

ния уровня ПСА с интервалом > 1 неде-

3. Рост ПСА, клиническое или радиологическое прогрессирование заболевания, несмотря на проводимую ГТ.

DEMECULIA

При КРРПЖ назначаются гормонотерапия 2 линии антиандрогенами нового поколения (абиратерон, энзалутамид), химиотерапия 1 линии (доцетаксел) и 2 линии (кабазитаксел), вакцинотерапия, таргетная терапия, лечение радиоактивными препаратами (альфарадин), аналогами соматостатина, антиандрогены 1 поколения, бисфосфонаты, симптоматическая терапия. Выбор того или иного вида лечения зависит от соматического статуса пациента, прогноза заболевания, переносимости и доступности препарата.

Таким образом, возможности терапии больных метастатическим РПЖ в настоящее время существенно расширились за счет появления новых инновационных лекарственных препаратов и новых схем и комбинаций их назначения. Тем не менее, всегда следует принимать во внимание гетерогенность популяции больных РПЖ, что диктует необходимость индивидуализировать терапевтический подход у каждого пациента.

обновляется, если у пациента развивается клиническое прогрессирование или растет уровень ПСА выше заранее определенного, эмпирически установленного порогового уровня (обычно 4 нг/мл при стадии М0 или 10-20 нг/мл при стадии М1). В этом случае проводится курс теми же препаратами длительностью не менее 3-6 месяцев. Последующие циклы лечения следует проводить по той же схеме до появления первых признаков КР РПЖ.

По-прежнему не известно, какие пациенты лучше всего подходят для ИАБ, однако наиболее важным фактором считается качество ответа после первого цикла ГТ, т. е. биохимический ответ. В настоящее время ИАБ широко предлагается пациентам с РПЖ в различных клинических ситуациях после стандартного индукционного периода. ИАБ необходимо считать стандартом лечения при рецидиве РПЖ после ЛТ (если требуется ГТ). Она может применяться при мРПЖ, даже если преимущество не так выражено, как при менее распространенном раке.

Все больные с впервые выявленным мРПЖ могут быть условно разделены на 2 подгруппы, в зависимости от степени распространенности опухолевого процесса:

- ♦ низкая распространенность процесса (незначительный объем поражения): отсутствие висцеральных метастазов и минимальное поражение костей (< 4 метастазов в костях);
- ♦ высокая распространенность процесса (значительный объем поражения): наличие висцеральных метастазов и/или множественные (> 4) метастазы в костях, из них как минимум один метастаз вне костей таза или позвоночника).

Для пациентов с низкой распространенностью процесса, а также для пациентов с высокой распространенностью опухолевого процесса, но имеющих противопоказания к химиотерапии, стандартной терапией первой линии является проведение гормонотерапии методом кастрации (хирургической либо медикаментозной). Больным с высокой степенью распространенности процесса в качестве первой линии рекомендуется проведение комбинированной химиогормонотерапии (при отсутствии противопоказаний) - доцетаксел 75 мг/м² в/в кап. каждые 21 день (до 6 курсов) в комбинации с андрогенной депривацией (до прогрессирования). Гормонотерапия в комбинации с химиотерапией является новым подходом к лечению первично диагностированного гормоночувствительного мРПЖ (RUSSCO 2016, ESMO 2015, EAU 2016).

Однако с течением времени у большинства пациентов развивается резистентность к ГТ первой линии, проявляющаяся увеличением количества и размеров опухолевых очагов, нарастанием уровня ПСА. Среднее время до прогрессирования заболевания после проведенной первой линии терапии у больных мРПЖ составляет около 2 лет. Пациенты, у которых наблюдается прогрессирование опухолевого процесса на фоне сохраняющегося кастрационного уровня тестостерона, переходят в стадию называемого кастрационнорезистентного РПЖ (КРРПЖ), Распространенный КРРПЖ является не только неблагоприятным прогностически заболеванием, но также существенно ухудшает качество жизни больных.

Согласно современной концепции, критериями КРРПЖ являются:

1. Кастрационный уровень тестостерона в сыворотке крови (тестостерон < 50 нг/дл, либо < 1,7 нмоль/л).

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН КАФЕДРА РЕАБИЛИТОЛОГИИ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ГБОУ ДПО «КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» ПРИВОЛЖСКИЙ ФИЛИАЛ ФГБНУ «РОССИЙСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ИМ. Н.Н. БЛОХИНА» НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ «РУСМЕДИКАЛ ГРУПП» 11 ΜΑЯ 2017 20∂α, 2. ΚΑЗΑΗЬ

VI РЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ВОЗВРАЩАЯ К ПОЛНОЦЕННОЙ ЖИЗНИ: ОНКОЛОГИЯ» В РАМКАХ І МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО КОНГРЕССА «ПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ РОССИИ – 2017»

Приглашаем к участию практикующих врачей: кардиологов, ревматологов, неврологов, физиотерапевтов, педиатров, гастроэнтерологов, травматологов, специалистов ЛФК, спортивной медицины, заведующих отделениями, главных врачей, врачей смежных специальностей, представителей благотворительных общественных организаций и реабилитационных учреждений.

Основные секции научной программы:

- Онкореабилитация.
- Ревмореабилитация.
- Нейрореабилитация.
- Реабилитация детей и подростков.
- Терапия. Маломобильный пациент.
- Реабилитация в гастроэнтерологии.

Оргкомитет:

Тел.: +7 (903) 562-33-11, +7 (495) 580-09-96 Ядыкина Елизавета Алексеевна E-mail: med@rusmg.ru

В.А. БАЧУРИН, врач-рентгенолог, главный врач ЛДЦ «МИБС Нижний Новгород»

MPT в диагностике заболеваний надпочечников

еподдельный интерес ряда медицинских специалистов, таких как терапевты, эндокринологи, онкохирурги и специалисты лучевой диагностики, к заболеваниям надпочечников, обусловлен, прежде всего, их распространенностью, разнообразием и часто схожестью клинической картины, а также сложностью диагностики.

Актуальность проблемы своевременной диагностики опухолей надпочечников возрастает в связи с разработкой видеоэндоскопических, хирургических методов лечения, подавления гиперфункции надпочечников, облучения гипофиза, применения рентгено-эндоваскулярной деструкции надпочечников.

Широкое внедрение современных методов лучевой диагностики приводит к необходимости разработки новых адаптированных программ, последовательности комплексной лучевой диагностики прежде всего для дооперационной морфологической верификации, дифференциации добро- и злокачественных опухолей надпочечников с последующей разработкой тактики лечения.

МРТ выступает как высокотехнологичный, точный метод, позволяющий с высокой степенью дифференцировки диагностировать как первичные, так и вторичные опухолевые поражения надпочечников.

Феохромоцитома (параганглиома, ганглионейрома) – опухоль, происходя-

щая из хромаффинных клеток мозгового вещества надпочечников или эктопической вненадпочечниковой ткани. Страдают преимущественно пациенты молодого возраста с пароксизмальными головными болями, сердцебиением, потом и тремором. Симптоматика может носить эпизодический и пароксизмальный характер.

Основными характеристиками на МРТ будут являться яркий гиперинтенсивный сигнал на Т2 ВИ, неоднородность структуры за счет участков кровоизлияний и некроза. При введении контрастного вещества образование активно его накаливает, как в раннюю фазу, так и при отсроченном исследовании.

В правом надпочечнике определяется округлое образование кистозносолидной структуры (рис. 1).

После введения контрастного вещества определяется выраженное повышение интенсивности сигнала от солидного компонента опухоли и отсутствие его накопления в кистозном компоненте образования (рис. 2).

Рак надпочечника (адренокортикальная карцинома) — злокачественная опухоль, происходящая из клеток кортикального слоя надпочечников. Основными характеристиками на МРТ являются неровность контуров образования, имеющего изоинтенсивный сигнал ткани печени по Т2 и Т1 ВИ. Сигнал на Т1 ВИ часто неоднородный за счет участков некроза. Образование активно накапливает контрастное вещество.

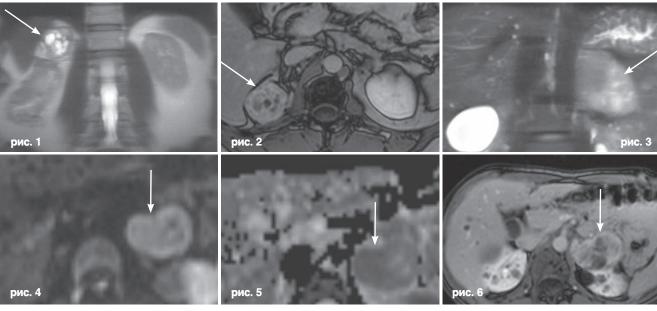
В левом надпочечнике определяется округлое солидное образование, имеющее неоднородную структуру и бугристые контуры (рис. 3).

На томограмме, с использованием специальной программы DWI, определяется повышение интенсивности сигнала от выявленного образования, при повышении фактора диффузии. На ИКД-карте сигнал низкий (значение ИКД) (рис. 4, 5).

При контрастном усилении определяется выраженное неоднородное повышение интенсивности сигнала от выявленного образования левого надпочечника. Участки некроза контраст не накапливают (рис. 6).

Высокая разрешающая способность в корково-медуллярной дифференциации надпочечников, мультипланарное определение опухоли в окружающих тканях, а также возможность высказать предположение о структуре опухоли, позволяют считать МРТ высокоинформативным методом, чувствительность которого достигает 95–97%.

Безусловно, для установления диагноза при выявлении изменений в надпочечниках по результатам МРТ, требуется комплексная оценка полученных данных в сочетании с клиникой, данными анамнеза и результатами лабораторных исследований.

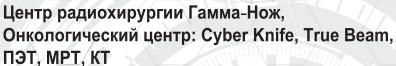






Лидер в области лучевой диагностики и современной радиохирургии





Центры МРТ- диагностики в Нижнем Новгороде:

• ул. Нестерова, 34 А (в з∂ании МЛПУ ГБ №5) тел.: 8 (831) 280 81 31 • Московское шоссе, 144 А *(в здании МЛПУ ГБ №*39) тел.: 8 (831) 279 37 22

• ул. Героя Смирнова, 71 (в здании МЛПУ ГБ №40) тел.: 8 (831) 269 00 85

Мониторинг качества уборок в медицинских организациях с помощью люминометра

ероприятия по неспецифической профилактике являются неотъемлемой частью мер по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Профилактическая дезинфекция объединяет в себе несколько направлений и, в частности, организацию и проведение текущих и генеральных уборок. Они направлены, как известно, на прерывание путей и механизмов передачи возбудителей ИСМП, поэтому обеспечение эффективности уборок и динамическая оценка их качества и тщательности чрезвичайно важны.

Профилактическая дезинфекция может осуществляться в нескольких формах, а именно: плановой, по эпидемиологическим и санитарно-гигиеническим показаниям. Но в организационном плане практика проведения уборок в настоящее время несколько изменилась, эволюционируя следующим образом: дезинфекция силами младшего (среднего) медицинского персонала; сочетание профилактической дезинфекции и клининга по типу аутсорсинга (привлечение внешнего ресурса для выполнения функции); комбинированная с клинингом дезинфекция по типу инсорсинга, т. е. путем создания собственных автономных структурных единиц (за счет внутренних ресурсов) для проведения профессиональной уборки.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЭКСПРЕСС-МЕТОДИК Мониторинга чистоты

Классические микробиологические методы являются объективным способом изучения состояния внешней среды медицинской организации и позволяют культивировать бактерии на питательных средах, осуществлять внутривидовое типирование и определять свойства выделенного штамма. Традиционные бактериологические тесты характеризуются высокой валидностью и воспроизводимостью, наличием автоматизированных систем, а также относительно высокой стоимостью и временными затратами. В настоящее время для комплексной оценки и контроля эффективности и качества дезинфекции в мире все чаще используются экспресс-методики, основанные на использовании портативных приборов люминометров и флуоресцентной маркировки. При выборе конкретной методики, согласно принципам медицины, основанной на доказательствах, необходимо изучить диагностическую ценность скринингового метода с использованием общепринятых для этого параметров.

Не умаляя достоинства «золотого стандарта», применяемого при контроле качества дезинфекции и уборок, необходимо отметить, что зачастую в рутинной практике требуется достаточно длительное время для получения результатов исследования (за исключением автоматических анализаторов и аппаратов масс-спектрометрии, хотя и в этом случае длительность проведения анализа может быть несколько часов). Традиционные методы внутривидового типирования довольно сложные, и их использование, безусловно, возможно только в специально оборудованных лабораториях. Как и при использовании любой микробиологической технике, ускоренной или классической, присутствие человеческого фактора может создавать риск случайных и систематических ошибок, которые искажают результат анализа. Важна и его себестоимость, складывающаяся из обслуживания, ремонта и амортизации оборудования, стоимости и необходимости в расходных материалах, а также стоимости их хранения, связанной со специальными условиями. Кроме того, нужно учитывать и косвенное влияние трудоемкости на себестоимость проведения анализа. Следовательно, ускоренные способы мониторинга чистоты с применением люминометра могут значительно сократить время ожидания предварительных результатов, а также сэкономить материальные и финансовые ресурсы.



Н.В. Саперкин

ПРИНЦИП ДЕЙСТВИЯ ЛЮМИНОМЕТРА

Люминометры представляют собой устройства, комплектуемые специально созданными пробирками, для определения общей биологической чистоты поверхностей путем количественного определения АТФ на основе явления биолюминесценции. Под влиянием фермента люциферазы присутствующая в пробе АТФ ускоряет окисление кислородом особого пептида люциферина, т. е. выделяются кванты света (рис.).

Данная химическая реакция сопровождается эмиссией света, фотоны которого улавливаются датчиком прибора, а общее количество АТФ, как микробного, так и немикробного происхождения, выражается в относительных световых единицах (RLU, от англ. relative light units). Количество света, образующегося в реакции биолюминесценции, прямо пропорционально количеству АТФ в образце. Реакция происходит немедленно, что позволяет получать результаты в реальном времени, повышая оперативность получения информации (Clark DP):

люциферин + O_2 + $AT\Phi \rightarrow окислен$ ный люциферин + CO_2 + H_2O + $AM\Phi$ + $P_2O_7^{4-}$ + ho

В целом, в медицинской науке методики с применением люциферазы достаточно востребованы: иммунопреципитация для выявления антител при аутоиммунных и инфекционных болезнях, изучение иммунного ответа

при лихорадке Эбола и патогенеза герпесвирусной инфекции, исследование цитотоксичности и др. При детекции возможного биологического загрязнения, в целом, факт обнаружения АТФ на какой-либо поверхности после ее мытья рассматривается как дополнительный индикатор ненадлежащей текущей или генеральной уборки.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЮМИНОМЕТРОВ

С целью мониторирования выполнения уборок в мире используется торговые марки нескольких производителей. За рубежом люминометры широко используются в различных сферах народного хозяйства, а также в системе здравоохранения. В России они нашли пока активное применение прежде всего на предприятиях пищевой промышленности (мясокомбинаты, молочные заводы и т. п.), что стало особенно актуально в связи с внедрением принципов НАССР.

Учитывая опыт других стран, можно говорить о целесообразности использования технологий, основанных на биолюминесценции, в общей программе клининга (профилактической дезинфекции) в качестве одного из способов обнаружения субстанций происхождения. органического Необходимо отметить, что люминометры часто применяют вместе со специальными пробирками, которые представляют собой самостоятельное изделие, сконструированное для измерения АТФ с помощью соответствующего прибора. Тест-пробирки содержат необходимые реагенты, корпус выполнен из пластика, являются средствами одноразового использования. Такие системы по обнаружению АТФ позволяют оценивать количество органического вещества, которое остается на поверхностях внешней среды и медицинском инструментарии. Заметим, что за рубежом выпускаются различные модификации подобных.

При выполнении профилактической дезинфекции в медицинских организациях, уборки проводят несколько раз в день в местах общего пользования (холл, коридоры, лифты, палаты, туалеты). В этих точках они подлежат комплексному рутинному контролю, в т. ч. с использованием экспресс-методов. В стерилизационных отделениях скрикачества моющедезинфицирующих обработок требует наличия v таких тестов порога чувствительности, равного 2 мг белка на м². В пищеблоках медицинских организаций использование методов количественного объективного контроля способствует тщательному соблюдению и улучшению стандартов гигиены, при этом экспрессдиагностика (напр., выявление АТФ) В О Л Я е своевременно выявить территории риска распространения ИСМП.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА

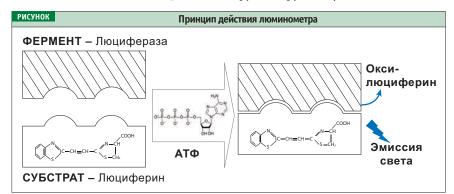
В рамках контроля качества проведения уборки обычно обследуют поверхности, до которых пациенты, посетители и медицинский персонал дотрагиваются чаще всего, т. е. с максимальной возможностью распространения возбудителей инфекции. Для контроля тщательности уборки также необходимо обследовать и так называемые поверхности низкого риска, но с меньшей кратностью. В рекомендациях производителя указано на необходимость тестирования таких объектов, как: места общественного пользования (дверные ручки, поручни, стулья в комнате ожида-

ния и пр.), палаты (кнопка вызова, откидные столики, телефон, вентили кранов на раковине и пр.), отделения реанимации (штатив для внутривенных инъекций, шнуры мониторов, кнопки вызова и пр.). Например, по результатам исследований одного из приборов, проведенных в медицинских организациях в США, пороговым уровнем отрицательного результата (то есть «тест пройден») является 25 RLU, а положительного результата («тест не пройден») – 50 RLU. Указанные значения являются ориентировочными и могут быть скорректированы пользователем в конкретной медицинской организации.

DEMETIIUM

Хотя отсчетные шкалы разных люминометров могут варьировать более чем в 10 раз и имеются колебания в чувствительности коммерчески доступных систем, принято считать, что, как правило, очень низкие показания связаны с малым количеством аэробных колоний на поверхности исследуемого объекта. Очень высокие значения могут указывать либо на присутствие живой микрофлоры, остатков органических веществ, в том числе убитых бактерий, либо на их сочетание (Goodman EA). Из потребительских свойств современных аппаратов можно отметить предусмотренный в приборе русифицированный интерфейс, наличие компьютерного программного обеспечения для создания базы данных, анализа результатов и формирования отчетов.

Важно заметить, что в настоящее время формируется доказательная база, на основе которой можно судить о преимуществах и ограничениях применения устройств по детекции АТФ в рамках мониторинга качества и полноты профилактической дезинфекции и клининга в медицинских организациях. Например, качество текущих уборок в палатах крупного стационара контролировали путем взятия смывов (АТФ-тесты) с последующей люминометрией (всего исследовано 820 поверхностей). Указанная методика позволила авторам выявить достоверное снижение количества нестандартных проб (Branch-Elliman W). В срав-







Чистота и гигиена в учреждениях здравоохранения



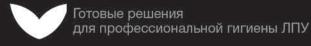
Метод предварительной подготовки для ЛПУ

- Предотвращение перекрестного загрязнения
- Гигиеничность уборочных мероприятий
- Максимальная производительность
- Экономия бюджетных средств на закуп ДС и МС

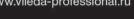


Решение для точечной дезинфекции





Телефон горячей линии: 8 800 3333 600 www.vileda-professional.ru



FREUDENBERG

нительном эпидемиологическом исследовании продемонстрирован диагностический потенциал методов определения АТФ и использования флуоресцентных меток при сопоставлении с «золотым стандартом», т. е. культивированием аэробных бактерий (Luick L). Отметим, что в реанимационном отделении с помощью АТФ-биолюминесценции оценивали эффективность нового протокола уборок с использованием инвентаря из ультрамикрофибры (Мооге G).

Интересны исследования по оценке качества уборок в университетской клинике на 1300 коек, где тесты на АТФ использовались вместе с классическими микробиологическими исследованиями. применяли оценочный Авторы критерий для поверхностей, равный 500 RLU для признаков «тест пройден / тест не пройден». После внедрения усовершенствованного протокола профилактической дезинфекции и последующего повышения качества уборок в данном учреждении выбрали более строгий критерий, который рекомендовано учитывать при люминометрии (Lewis T). Количественное определение уровня чистоты с помощью люминомера проводилось и в помещениях операционного блока (Bruno-Murtha LA). В этом исследовании авторы сопоставляли величину биолюминесценции в единицах RLU с количеством колоний. Также заслуживают внимания сообщения ряда авторов (Alfa MS) о наличии выраженной гетерогенности и некоторой противоречивости результатов измерения уровня АТФ на поверхностях изделий медицинского назначения, что согласуется с данными, полученными в описанном выше исследовании.

Результаты собственных сравнительных исследований, проведенных в НИИ профилактической медицины НижГМА, на модели референс-штамма Е. coli 1257 показали, что при обследовании контаминированных поверхностей значения RLU колеблются в зависимости от степени контаминации, причем диапазон колебаний не всегда зависит от вида использованного лабораторного образца. Величина биолюминесценции не коррелировала с количеством КОЕ на

чашках Петри, но зависела от концентрации бактериальных клеток в суспензии. С учетом полученных нами предварительных данных на тест-штаммах микроорганизма, можно говорить об ориентировочных интервалах показаний люминометра, которые соответствуют количеству выросших колоний. Например, концентрация микробных клеток 1,5 × 105 может быть сопоставима с величиной биологической нагрузки 400-500 RLU и более, содержание от 1 до 150 клеток – 0-100 RLU. Безусловно, необходимы дальнейшие работы по оценке потенциальной и фактической эффективности люминометров при проведении мониторинга больничной гигиены, а также определению параметров их диагностической ценности. При обработке тест-поверхностей, на которые наносились клинические штаммы, в анализе «до – после» выявлены следующие параметры взаимосвязи показателей люминометра и количества КОЕ при традиционном высеве. В зависимости от использованной бактериальной культуры коэффициент корреляции колебался от 0,17 до 0,59, при этом коэффициент линейной регрессии составлял 0,30-4,30, а коэффициент детерминации 10-40%. Эти данные согласуются с результатами других авторов, но в то же время требуют дальнейшего исследования.

выводы

DEWEGUUM

Таким образом, с учетом имеющихся данных необходимо отметить следующее:

- ◆ в настоящее время принцип действия приборов, основанных на обнаружении АТФ и измерении биолюминесценции, детально изучен и описан, что делает возможным их широкое использование в науке и практике;
- ◆ рынок устройств, функционирующих по описанному выше механизму, представлен в мире торговыми марками нескольких производителей, что позволяет сравнивать их технологические, эксплуатационные, потребительские характеристики;
- ◆ с целью мониторирования биологической чистоты и оценки качества уборок, АТФ-люминометры активно применяются в России, и ряде европейских стран, Японии и США на многих эпидемиологически значимых объектах (предприятия по приготовлению и реализации пищевых продуктов, общественного питания);
- ◆ на основании зарубежных данных и результатов собственных пилотных исследований представляется необходимым дальнейшее изучение чувствительности и воспроизводимости показаний люминометра при оценке степени загрязнения объектов больничной среды.



Исполнительный директор – Ковалишена Ольга Васильевна, e-mail: info_nasci@mail.ru Организационный партнер – Издательство «Ремедиум Приволжье», e-mail: medalmanac@medalmanac.ru А.Х. ШАЙДУЛЛИНА, врач-эпидемиолог, главный специалист ООО «Торговый Дом «Дельрус Дез», г. Казань

Современные аспекты при выборе средств для гигиены рук медперсонала

Известно, что одним из основных факторов распространения ИСМП в ЛПУ являются руки персонала и в современной научной литературе гигиена рук рассматривается как одна из самых важных мер, позволяющая прервать пути передачи ИСМП.

ногие медицинские работники знают важность эффективного обеззараживания рук, ее роль в профилактике ИСМП, особенно в современных условиях роста микроорганизмов, устойчивых к антибиотикам и дезинфицирующим средствам. Тем не менее, есть данные, что медработники соблюдают гигиену рук в среднем меньше, чем в 40% случаев. Причин этому много: прежде всего, это неподходящие кожные аптисептики, также значительную роль играет загруженность персонала и недостаток времени.

Стандартом медицинской помощи при обработке рук в настоящее время считают спирты. Спирты нетоксичны, быстро высыхают на коже, проявляют бактерицидную, а также туберкулоцидную активность при времени не менее 5 мин. Вирулицидное действие на слаборезистентные вирусы присуще всем спиртам, но гибель устойчивых вирусов обеспечивает только этиловый спирт. В настоящее время нет данных о том, что к антисептикам на основе спиртов формируется устойчивость бактерий. Поэтому, при появлении в стационаре штаммов бактерий, устойчивых к антибиотикам или дезинфицирующим средствам, выбирают и используют антисептики на основе спиртов.

Эффективные концентрации спиртов в кожных антисептиках следующие (по массе): изопропилового спирта – не менее 60%; этилового спирта – не менее 70%. Если концентрации спиртов ниже, то эффективность антисептика недостаточна и использовать его не следует.

При выборе антисептиков для гигиенической обработки рук и обработки рук хирургов учитывают:

- ◆ оптимальную концентрацию спирта и других ДВ;
- ◆ достаточный уровень антимикробной активности;
 - ♦ наличие добавок, смягчающих

высушивающее действие спиртов (глицерин и др.);

- ♦ безопасность, нетоксичность;
- ◆ отсутствие неприятного, резкого запаха, яркого цвета, приемлемая вязкость:
- ◆ наличие документации на средство (свидетельство о госрегистрации, сертификат соответствия, инструкция по применению).

Компания «Дельрус Дез» разработала и производит продукты, полностью соответствующие современным требованиям:

- ◆ «ДЕЛЬСЕПТ» кожный антисептик для хирургической и гигиенической обработки рук. Кроме спиртов, как действующего вещества, содержит уникальную композицию ухаживающих за кожей рук компонентов (глицерин, Д-пантенол, масло персиковых косточек, вытяжка морских водорослей);
- ◆ «ДЕЛЬСЕПТ-ОП» также на основе спиртов, может использоваться не только для хирургической и гигиенической обработки рук, но и для дезинфекции операционного и инъекционного полей, локтевых сгибов доноров.

При выборе средств для гигиенического мытья рук предпочтение следует отдавать жидкому мылу в одноразовых дозаторах и учитывать следующие параметры: рН мыла 5,5–6,0 (соответствие рН кожи); отсутствие красителей, ароматизаторов, консервантов; наличие предохраняющих от повреждений кожу и увлажняющих компонентов; хорошее пенообразование и легкая смываемость водой комнатной температуры; сбалансированная консистенция, предотвращающая избыточную текучесть мыла.

Всем этим характеристикам соответствует **мыло «DELSAN»**, которое с успехом применяется в ЛПУ РТ и РФ уже более 5 лет.

Существует миф, что мытье рук с мылом лучше переносится кожей. На самом деле спиртовые антисептики

намного лучше, особенно при наличии дополнительных ухаживающих компонентов. Интересны наблюдения (Rotter M., 1983.) об активности 60% изопропанола при обработке влажной и хорошо высушенной кожи рук. При равных условиях на влажной коже через 1 мин после обработки количество бактерий снижалось на 3,7 lg, на сухой – на 4,2 lg. Поэтому при отсутствии видимых загрязнений гигиеническую обработку рук кожными антисептиками проводят без предварительного мытья водой и мылом

Сушка рук – важная часть процесса обработки. Самый оптимальный метод сушки – использование одноразовых бумажных полотенец. Электросушилки, используемые в общественных местах, не рекомендуются к использованию в ЛПУ, т. к. пересушивают кожу рук, увеличивают микробную обсемененность воздуха. Текстильные полотенца многократного применения не рекомендуются из-за риска реинфицирования.

При выборе средств для ухода за кожей рук медицинского персонала следует отдавать предпочтение средствам (кремы, бальзамы, лосьоны), предназначенным специально для медицинских работников и обеспечивающим увлажнение кожи, заживление мелких повреждений, питание, эластичность кожи и др., без парфюмерных отдушек и красителей. Полностью соответствует этим характеристикам крем «ДЕЛЬ-АКВА», разработанный компанией «Дельрус-Дез».

При использовании кожных антисептиков, жидкого мыла целесообразно применение дозаторов, в первую очередь бесконтактных. Полная автоматизация работы, возможность настройки процедуры дозирования, точная подача заданного количества средства обеспечивают высокий уровень обработки рук персонала, значительно сокращая вероятность распространения ИСМП, снижают общий расход воды, мыла и кожных антисептиков.



Торговый Дом «Дельрус-Дез» 420061, г. Казань, ул. Сеченова, д.17. Тел./факс: 8 (843) 273-78-83, 273-78-93, 273-15-17 e-mail: cdd_delrus@mail.ru. www.delrus-dez.ru

<u>DEWEGNAM</u>





ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОМПАНИИ:

РАЗРАБОТКА И ПРОИЗВОДСТВО СОВРЕМЕННЫХ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ,

таких как «ФЛОРИДЕЗ», «АСТЕРА», «ОКТАВА», «ОКТАВА-СЕПТИК», «ДЕЛЬСАН-ДЕЗ», «ДЕЛЬСАН-ОКСИ», «ДЕЛЬ-САН-ПРОФИ СПРЕЙ», «ДЕЛЬСАН-ПРОФИ САЛФЕТКИ», анти-бактериальное мыло «ДЕЛЬСАН», профессиональный крем для ухода за кожей рук «ДЕЛЬ-АКВА», кожные антисептики «ДЕЛЬСЕПТ», «ДЕЛЬСЕПТ-ОП». Все средства прошли испы-тания в ФБУН НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора РФ и получили регистрационные удостоверения.

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ПОСТАВОК:

- средств дезинфекции, расходных материалов для стерилизации, включая химические и биологические индикаторы контроля стерилизации, упаковку; • оборудование для дезинфекции и стерилизации изделий
- хранения и утилизации медицинских отходов; профессиональное уборочное оборудование, моющие

ĎĔŴĔŨſĬĨĬŴ



События

и комментарии

Люди, которые заняты возвращением здоровья другим людям, выказывая удивительное единение мастерства и человечности, стоят превыше всех великих на этой земле.

Вольтер |

Региональная научно-практическая конференция

«Научно-познавательный ГАСТРО-РИНГ

с разборами клинических случаев актуальных заболеваний ЖКТ»



В медицинской науке, и в частности в гастроэнтерологии, еще много нерешенных и спорных проблем, требующих изучения современными методами доказательной медицины.

1 декабря 2016 года в Нижнем Новгороде состоялась ежегодная научно-практическая Региональная конференция «Научно-познавательный ГАСТРО-РИНГ с разборами клинических случаев актуальных заболеваний желудочно-кишечного тракта». Насыщенная научная программа, посвященная некоторым воспалительным и функциональным заболеваниям кишечника, заболеваниям верхних отделов ЖКТ, заболеваниям печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, смежным патологиям, станет побудительным мотивом к их дальнейшему углубленному изучению.

Доклад на тему «Трудности ведения коморбидного пациента. Как разорвать порочный круг» М.А. Курышевой, доцента кафедры внутренних болезней



НижГМА, секретаря Нижегородского отделения РГА открыл научную программу мероприятия. Недооценка коморбидности может быть одной из причин неэффективной терапии, формирования «порочного круга» в патогенезе заболеваний. Эффективная и безопасная фармакотерапия коморбидной патологии уменьшает прогрессирование основного заболевания. Ранняя диагностика и лечение заболеваний пищевода у терапевтических больных с использованием ингибиторов протонной помпы (ИПП) позволит снизить тяжесть синдрома взаимного отягощения, улучшить качество жизни и прогноз. Настоящие рекомендации не могут быть догмой, а служат ориентиром для выбора персонифицированной терапии больного с коморбидной патологией.

Заседание продолжила директор регионального гастроэнтерологического центра НОКБ им. Н.А. Семашко, главный внештатный специалист-гастроэнтеролог ПФО профессор О.П. Алексеева с докладом «НПВСассоциированное поражение желудочно-кишечного тракта у кардиологического пациента». Могут ли кардиологи обойтись без аспирина и клопидогреля? Прием антиагрегантов и НПВП. Что можно ожидать? Как оценить риск поражения ЖКТ при приеме НПВП? Достаточна ли эффективность ИПП



для лечения НПВП-аспирин-индуцированных язв? Ответы на эти вопросы подробно были представлены в данном программном сообщении.

втором заседании Ольга Поликарповна представила вниманию аудитории доклады на тему «Оптимизация базисной терапии язвенного колита. Демонстрация клинического случая» и «СРК - многофакторное расстройство со сложной патофизиологией. Всегда ли нужна комбинированная терапия?». Актуальность последнего объясняется междисциплинарностью проблемы, причины которой - неизвестность этиологии, трудности диагностики (набор клинических симптомов, необходимость тщательного обследования), низкое качество жизни, эффективность лечения составляет 40%. С расшифровкой многих механизмов СРК патогенеза связано расширение лечебных мероприятий.

Заведующая кафедрой гастроэнтерологии Российской медицинской акаде-

45

мии последипломного образования профессор И.Д. Лоранская рассказала о нерешенных вопросах дивертикулярной болезни.

«Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы. Современные подходы к диагностике и лечению» – тема сообщения профессора О.Н. Минушкина, главного гастроэнтеролога ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, зав. кафедрой гастроэнтерологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ (Москва).

Проблемы современной гепатологии подробно отразились в докладах



Ю.А. Белькина, ассистента кафедры терапии ФПКВ ИПО ФГБОУ ВО НижГМА «Гепатопротекторы в практике врача»; М.А. Курышевой, доцента внутренних болезней кафедры НижГМА «Пациентка с рецидивирующей билиарной болью. Этапы диагностики и подходы к терапии»; Ю.В. Коковиной, к. м. н., кафедра пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «СПбГМУ им. И.И. Мечникова», врача-гастроэнтеролога Городской поликлиники № 40 (Санкт-Петербург) «Применение комбинированных гепатопротекторов у пациентов с диффузными изменениями печени и измененным липидным спектром. Клинические примеры»; Е.Н. Колодей, зав. отделе нием гастроэнтерологии им. Н.А. Семашко, главного внештатного специалиста-гастроэнтеролога МЗ Нижегородской области «Первичный склерозирующий холангит у больного с язвенным колитом. Разбор клинического случая»; О.Л. Соболевской, доцента кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО НижГМА «Больные с хрони-



ческими заболеваниями печени. Связь патогенеза и терапии на клинических примерах».

Работа научно-образовательного гастро-ринга прошла в полном объеме, научная программа охватила обсуждения целого ряда проблем с акцентом на трудности диагностики и лечения представленных случаев. Ежегодное проведение конференции вызывает неподдельный интерес со стороны медицинской общественности, тем самым еще раз доказывая, что аналогичные мероприятия следует проводить регулярно. Ведь именно здесь практикующие врачи могут делиться не только своими знаниями, но и практическими навыками.





Министерство здравоохранения Нижегородской области
ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России
Нижегородское отделение Российской гастроэнтерологической ассоциации
Гастроэнтерологический центр ПФО РФ на базе Нижегородской областной
клинической больницы им. Н.А. Семашко



ХІ МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ ПФО И РФ

Современная гастроэнтерология: что нужно знать практическому врачу?

Основные вопросы научной программы:

- Кислотозависимые заболевания. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. ГЭРБ.
 Современные аспекты диагностики и лечения. Что нужно знать врачу, когда он назначает аспирин и НПВС.
- Заболевания печени и желчевыводящих путей. Вирусные и невирусные заболевания печени. Вирусные
 гепатиты В и С. Алкогольная и неалкогольная жировая болезнь печени. Фиброз печени краеугольный камень
 хронических заболеваний печени. Цирроз печени и его осложнения.
- Панкреатология: современные аспекты диагностики и лечения хронического панкреатита и его осложнений.
- Заболевания кишечника: синдром раздраженного кишечника, воспалительные заболевания кишечника диагностика и алгоритм ведения больных. Запоры в клинической практике.
- Превентивная гастроэнтерология: канцеропревенция рак желудка и пищевода, гепатоцеллюлярная карцинома, рак поджелудочной железы, колоректальный рак.
- Все о пре- и пробиотиках: механизмы действия, возможности применения в широкой клинической практике.
- Проблемы питания в современной гастроэнтерологии. Когда нужна нутритивная поддержка?

Регистрация открыта на сайте www.remedium-nn.ru

Конференция транслируется онлайн в регионах ПФО



Организационный и информационный партнер - издательство «Ремедиум Приволжье»

Тел.: (831) 411-19-83, доб (103), (831) 411-19-85 nn_remedium@medalmanac.ru, www.medalmanac.ru Межрегиональная научно-практическая конференция организаторов и специалистов сестринского дела ПФО и Школа-семинар госпитальных эпидемиологов

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

Современный научно обоснованный подход к профилактике и контролю инфекций четко демонстрирует, что ни один тип учреждения здравоохранения ни в одной стране не может претендовать на то, чтобы быть свободным от риска возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (по данным ВОЗ).

21 декабря 2016 года в Н. Новгороде состоялась Межрегиональная научнопрактическая конференция организаторов и специалистов сестринского дела и Школа-семинар госпитальных эпидемиологов «Направления оптимизации деятельности по обеспечению качества и безопасности медицинской помощи».

В рамках конференции прошли совместные и отдельные заседания для медицинских сестер и госпитальных эпидемиологов, Школа НАСКИ по мониторингу инвазивных процедур: катетеризация сосудов, мастер-класс по защите рук медицинского персонала на тему «Стерильные хирургические перчатки» (модератор: К.С. Чегуров, Москва), а также «Уход, ориентированный на пациента» и «Профилактика ИСПМ в работе медицинской сестры» (модератор: Т.Д. Антюшко, Москва).

Научная программа открылась докладом профессора кафедры эпидемиологии и заместителя директора по науке НИИ профилактической медицины ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России, исполнительного директора «НАСКИ», главного внештатного специалистаэпидемиолога ПФО О.В. Ковалишеной на тему «Эпидемиологическое обеспечение медицинской организации». Эпидемиологическая безопасность неотъемлемая составляющая качества и безопасности медицинской помощи. Ее критерии - это наличие и качественное применение в практике тех технологий, которые обеспечивают полное выявление, адекватную терапию, эффективную борьбу и профилактику ИСМП. В докладе была представлена структура обеспечения эпидбезопасности, аудит как основополагающий метод функционирования системы контроля качества и безопасности, принципы эффективного аудита, основные разделы предложений по совершенствованию качества и безопасности медицинской деятельности, клинические алгоритмы медицинских организаций и пр.

Ассистент кафедры эпидемиологии ФБГОУ ВО НижГМА Д.В. Квашнина представила вниманию аудитории доклад «Катетер-ассоциированные инфекции кровотока: состояние проблемы, технологии эпидемиологического надзора и контроля». В сообщении подробно рассматривались проблемные вопросы, связанные с КАИК, среди которых: различная терминология; отсутствие соответствующего раздела классификации по МКБ-10; разные стандартные определения случая КАИК; неразрешенные вопросы диагностики; проблема учета случаев.



О современных методах исследования крови для диагностики ИСМП сообщила главный внештатный бактериолог г. Н. Новгорода Е.М. Мирошниченко.

Заместитель директора по практическому обучению ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж» О.А. Монова представила «Вопросы применения ГОСТ Р 56819-2015. Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней».

Научная программа не оставила без внимания вопросы сестринского образования. Опытом научного подхода к преподаванию сестринского дела поделилась преподаватель социальных дисциплин ФАНО ФГБПОУ «Медицинский



колледж» М.А. Шарочева (Москва). Об организации образовательного процесса с использованием элементов электронного обучения рассказала председатель ЦМК, преподаватель КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж» И.А. Гилева.

«Болевые и спорные «точки» санитарного законодательства. Проблемы выполнения требований и пути их преодоления» были изложены в докладе врачадезинфектолога высшей категории, эпидемиолога-эксперта И.В. Рудейко (Санкт-Петербург). Докладчик подробно остановилась на «болевых точках», связанных с некоторыми невыполнимыми, сложно выполнимыми и не разъясненными требованиями.

Сообщение на тему «Одноразовое операционное белье – нормы и требования» представила вниманию аудитории директор департамента медицинских изделий Л.В. Чернова (Москва). «Современное оборудование и технологии для стерилизации и дезинфекции медицинских изделий» – тема доклада А.А. Мячина (Москва).

Только сотрудничество по внедрению аудита качества различных процессов деятельности, перспективных технологий и методов, обмен опытом позволяют решать межведомственную задачу обеспечения безопасности и качества медицинской помощи; представление докладов и обсуждение спорных вопросов на ежегодной конференции в Н. Новгороде позволят участникам, эпидемиологам и руководителям сестринской службы выработать и подтвердить единое мнение в приоритетном решении целого ряда задач.

РЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«Длительно и часто болеющие дети: междисциплинарные проблемы и решения»

Часто болеющие дети (ЧБД) — это не нозологическая форма и не диагноз, а условная группа, включающая детей, подверженных частым респираторным инфекциям. В последние годы в структуре возбудителей острых инфекций наметился рост смешанных вирусных, бактериальных и внутриклеточных ассоциаций, что следует учитывать при проведении эффективной терапии. Разработка эффективных профилактических и лечебных мероприятий для

детей представляет не только медицинскую, но и социальную проблему.

8 декабря 2016 года в Н. Новгороде пропла Региональная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы профилактики и лечения острых и рекуррентных респираторных инфекций у часто болеющих детей».

Научная программа заседания открылась докладом заведующей кафедрой инфекционных болезней НижГМА профессора О.В. Корочкиной на тему «Рациональная этиотропная терапия ОРВИ и гриппа». В РФ ежегодно более 37 млн человек болеют гриппом и ОРВИ. Особенности эпидсезона 2015–2016 годов характеризуются большим числом осложнений гриппа, в т. ч. с летальным исходом; абсолютным доминированием вируса A(H1N1) 2009 (около 93% всех случаев заболевания); превышением числа случаев внебольничных пневмоний. Сегодня в распоряжении врача имеется большое количество препаратов для лечения гриппа и ОРВИ, но для максимально эффективной терапии необходимо: разграничить грипп и ОРВИ, знать механизм действия препаратов, использовать их строго по показаниям в соответствии с фазой болезни.

Вакцинация и вакцинотерапия часто болеющих детей – актуальная проблема современной педиатрии, которую представила в своем сообщении А.А. Тарасова, профессор кафедры факультетской и поликлинической педиатрии НижГМА.

О неспецифической профилактике ОРЗ у детей в организованных коллективах рассказала Е.А. Азова, профессор кафедры педиатрии и неонатологии ФПКВ НижГМА. Важным моментом профилактики ОРВИ и гриппа в организованных коллективах являются грамотно спланированные, своевременно и в полном объеме проведенные организацион-

ные, профилактические и противоэпидемические мероприятия. В докладе были изложены преимущества гомеопатии и в каких случаях можно рекомендовать гомеопатические препараты.

Есть ли место пробиотикам при острых респираторных инфекциях? На этот вопрос ответила старший научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» доцент А.А. Плоскирева (Москва). Докладчик изложила правила выбора пробиотического лекарственного средства, обозначив, что: 1. выбор препарата должен основываться на знаниях клинических свойств пробиотических штаммов, входящих в состав лекарственного средства. При этом преимуществом обладают комбинированные формы препаратов, для которых характерно комплексное действие. 2. Наличие в составе не только современных пробиотиков, но и факторов, потенцирующих рост микроорганизмов. 3. Лекарственная форма препарата должна гарантировать сохранение активности бактерий при контакте с агрессивными средами организма и обеспечивать высокую биодоступность компонентов.

«Лекарственные препараты растительного происхождения в лечении затяжного кашля у часто болеющих детей» – тема выступления доцента кафедры общей и клинической фармакологии НижГМА Т.М. Конышкиной. Благодаря комплексному действию, хорошей переносимости и редкости побочных эффектов, фитопрепараты в настоящий момент начинают занимать ведущие место в лечении заболеваний верхних дыхательных путей. Новым достижением фитотехнологий XXI века стало точное дозирование компонентов растительного происхождения,



DEMECUUN

что оказалось возможным благодаря разработанным технологиям экстракции, сублимационной сушки, микрокапсулирования и фитосом-фитониринга.

«Вирусные диареи детей. y Рациональная терапия» явились темой доклада заведующего кафедрой детских болезней ФГБОУ ВО НижГМА профессора В.Н. Копейкина. Актуальность данной проблемы сегодня связана с: высокой заболеваемостью, существенной долей внутрибольничных инфекций, изменением этиологической структуры, значительными экономическими потерями, наличием летальных исходов, риском формирования хронических гастроэнтерологических заболеваний. Копейкин обозначил, что антибиотики и химиопрепараты не показаны при любой форме бактерионосительства - независимо от возраста детей и этиологии болезни.

Профессор кафедры педиатрии и неонатологии НижГМА С.А. Чекалова представила вниманию аудитории проблему тревожных расстройств в практике врачапедиатра. В докладе были изложены критерии, их особенности у часто и длительно болеющих детей и подходы к терапии.

В рамках научной программы конференции было представлено множество интересных докладов, накопление и обмен опытом поможет практикующим врачам пополнить копилку знаний, что будет служить руководством в дальнейшей работе, поскольку лечение часто болеющих детей должно быть направлено на обеспечение пациенту оптимального качества жизни и восстановления нарушенного здоровья.

Педиатрия и детская хирургия в ПФО: обсуждение насущных вопросов

5-6 декабря 2016 года в Казани прошло крупное мероприятие – XIII Российская конференция «Педиатрия и детская хирургия в Приволжском федеральном округе», VII Конференция педиатров-нефрологов ПФО, V Конференция детских гастроэнтерологов Приволжского федерального округа, IV Конференция неонатологов ПФО. В обсуждении современных методов диагностики и лечения приняли участие ведущие корифеи науки.

Врамках конференции состоялись симпозиумы, лекции, мастерклассы и выступления ведущих педиатров России и зарубежных специалистов (Швейцария, Германия, Чехия, Израиль, Турция, Литва, Беларусь). В работе секций конференции приняли участие более 1000 педиатров и детских хирургов, специалистов по организации здравоохранения, врачей различных специальностей.

Модератором мероприятия выступил ректор КГМУ, профессор А.С. Созинов.

В состав Президиума вошли: ректор КГМА, профессор Р.Ш. Хасанов; главный детский хирург Департамента здравоохранения г. Москвы, профессор А.Ю. Разумовский; заведующий кафедрой детских инфекционных болезней КГМУ, профессор В.А. Анохин; министр здравоохранения РТ А.Ю. Вафин; профессор М.Р. Рокицкий; государственный советник РТ М.Ш. Шаймиев; президент Национальной медицинской палаты, директор «Московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии», профессор Л.М. Рошаль; президент Всероссийской общественной организации «Ассоциация детских кардиологов России», профессор М.А. Школьникова; заместитель председателя Государственного Совета РТ Р.А. Ратникова.

В рамках пленарного заседания в связи с 85-летним юбилеем в адрес профессора, доктора медицинских наук М.Р. Рокицкого прозвучало много теплых поздравлений и состоялось награждение Михаила Рафаиловича званием «Почетный работник здравоохранения Республики Татарстан» и Благодарственным письмом Министерства здравоохранения РТ.

В своем приветственном слове министр здравоохранения РТ А.Ю. Вафин отметил, что масштабность исследова-

ний и потенциал практических знаний в области педиатрии позволяют проводить в столице Татарстана такие научные форумы. «Стратегия педиатрической отрасли направлена на снижение детской и младенческой смертности, улучшение состояния здоровья и качества жизни детского населения. За последние годы уровень младенческой смертности снизился на 6,3%. В этом огромная заслуга детских врачей. В Казани отмечается естественный прирост, динамика которого обусловлена снижением общей смертности. Мы развиваем диагностический кластер, внедряем современные методы лечения и реабилитации, совершенствуем технологии диспансеризации и маршрутизации. Однако остается такая проблема как дефицит квалифицированных

кадров. В рамках мероприятия освещены не только перспективы диагностики и лечения, но и вопросы сохранения здоровья ребенка. Это принципиально важная составляющая работы педиатра».

Научную часть мероприятия открыл профессор А.Ю. Разумовский с докладом «От резекции легких при БДЛ до реконструктивных операций на трахее и бронхах». Далее выступила профессор М.А. Школьникова с докладом «Сердечнососудистые заболевания детского возраста и их значение для здоровья населения». Мария Александровна отметила, что Россия характеризуется самой высокой смертностью от сердечно-сосудистых



заболеваний среди развитых стран. Лечение, своевременная диагностика и профилактика заболеваний сердца в детском и юношеском возрастах имеют первостепенное значение для улучшения здоровья всего населения.

О современных проблемах подростковой педиатрии рассказал профессор С.В. Мальцев. Среди особенностей негативных изменений здоровья детей было бозначено значительное снижение числа абсолютно здоровых детей. Так, среди учащихся их число не превышает 10-12%. Другая причина - стремительный рост числа функциональных нарушений и хронических заболеваний. Также изменение структуры хронической патологии. Вдвое увеличилась доля болезней органов пищеварения, в 4 раза опорнодвигательного аппарата (сколиоз, остеохондроз, осложненные формы плоскостопия), втрое - болезни почек и мочевыводящих путей. И увеличение числа школьников, имеющих несколько диа-ГНОЗОВ.

Большое внимание в работе форума было уделено аллергическим заболеваниям у детей. Были рассмотрены особенности респираторных инфекций у детей с аллергией, возможности эффективного контроля пищевой аллергии, лечение атопического дерматита, даны практические рекомендации для работы участкового врача.

Школа невролога и педиатра была посвящена диагностике и лечению вегетативных нарушений у детей.

Во время работы школы детского уролога-андролога специалисты обсудили возможности эндовидеохирургии и миниинвазивных технологий.

http://pmarchive.ru/

Важность непрерывного медицинского образования в современном здравоохранении

15-16 декабря 2016 года в Чебоксарах в Национальной библиотеке Чувашской Республики прошла XXVIII Межрегиональная научно-практическая конференция Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ). Конференция была приурочена к 135-летию со дня рождения знаменитого отечественного врача и ученого В.Ф. Зеленина и памяти выдающегося врача-терапевта, основателя научной терапевтической школы в Чувашии, заслуженного врача Российской Федерации, доктора медицинский наук, профессора В.Н. Саперова. С 1974 по 2015 годы Владимир Николаевич возглавлял Чувашское республиканское научное общество терапевтов, которое стало под его руководством доступной площадкой обмена последними достижениями медицинской науки и обмена опытом между врачами различных терапевтических специальностей.

Организаторами мероприятия выступили: Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ), Министерство здравоохранения РФ, Комитет по социальной политике Совета Федерации, Общество врачей России, Министерство здравоохранения Чувашской Республики, Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова (ЧГУ), Чувашское региональное отделение РНМОТ, РОО «Амбулаторный врач» и Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи при участии Международного общества внутренней медицины (ISIM) и Европейской федерации внутренней медицины (EFIM).

В работе конференции приняли участие более 800 специалистов из



Чувашской Республики, Мордовии, Удмуртии, республики Марий Эл, Татарстана, Нижегородской области и Москвы. Делегация РНМОТ была представлена президентом научного общества, акад. РАН А.И. Мартыновым, ученым секретарем В.А. Кокориным, членами президиума, профессорами А.Л. Верткиным, И.Г. Гордеевым и Л.Б. Лазебником.

Открыл работу конференции президент РНМОТ, акад. А.И. Мартынов. Собравшихся также приветствовали: председатель Чувашского регионального отделения РНМОТ, главный гастроэнтеролог Минздрава Чувашии, д. м. н. Л.В. Тарасова, начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению министерства здравоохра-



нения Чувашской Республики, д. м. н. Е.А. Гурьянова, декан медицинского факультета Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, проф. В.Н. Диомидова и председатель Медицинской ассоциации Чувашской Республики, главный врач Городской стоматологической поликлиники В.Н. Викторов.

В ходе церемонии открытия конференции было проведено торжественное награждение наиболее отличившихся врачей-специалистов Чувашской Республики. Почетные грамоты РНМОТ были вручены: председателю Чувашского регионального отделения Российского научного общества терапевтов, заведующей гастроэнтерологическим отделением БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ Чувашской Республики, заведующей кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н.



Ульянова», главному гастроэнтерологу МЗ Чувашской Республики, д. м. н. Тарасовой; главному врачу «Чебоксарской районной больницы» МЗ Чувашской Республики, главному внештатному специалисту терапевтупульмонологу МЗ Чувашской Республики, к. м. н., доценту кафедры факультетской терапии ФГОУ ВО «ЧГУ им, И.Н. Ульянова» В.В. Дубову; заместителю главного врача по лечебной работе БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ Чувашской Республики, к. м. н., председателю Чувашского регионального общества кардиологов Т.Ю. Винокур; заведующей терапевтическим отделением «Городская больница № 2» МЗ Чувашской Республики, к. м. н. Е.Ю. Геранюшкиной; заведующей терапевтическим отделением Урмарской районной больницы, районному терапевту Т.Г. Алексеевой; врачутерапевту Республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн Н.С. Сидоровой; заведующей пульмонологическим отделением БУ «Центральная городская больница» Г.А. Александровой; врачу общей практики бюджетного учреждения Чувашской Республики «Городской клинический центр» Н.А. Казаковой; врачу-терапевту БУ «Чебоксарская районная больница» Чувашской Республики Г.Г. Семеновой; врачу-терапевту терапевтического отделения БУ Чувашской Республики «Городская клиническая больница № 1» С.И. Игнатьевой и врачукардиологу кардиологического отделе-Чувашской Республики БУ «Городская клиническая больница № 1» Т.С. Матвеевой.

Программу пленарного заседания составили доклады: «Роль Российского

научного медицинского общества терапевтов в непрерывном медицинском образовании» (А.И. Мартынов), «Ранняя диагностика инфаркта миокарда» (В.А. Кокорин), «Поликлиника-2016: учимся жить и выживать в новых условиях» (А.Л. Верткин), «Развитие терапевтической службы в Чувашии» (В.В. Дубов) и «Итоги реализации мероприятий по снижению смертности от заболеваний органов пищеварения в Чувашской Республике» (Л.В. Тарасова).

Работа конференции проходила одновременно в 3 залах и включала, помимо пленарного заседания, 12 симпозиумов по наиболее актуальным вопросам внутренней медицины, сессию «Амбулаторный прием», школу молодого тера-



певта по функциональной диагностике и выездное заседание президиума РНМОТ совместно с региональными отделениями РНМОТ Приволжского федерального округа. Всего прозвучало 58 докладов и сообщений. Основными направлениями научной программы были: диагностика, лечение и профилактика сердечнососудистых заболеваний, различные аспекты работы врачей амбулаторного звена, патология соединительной ткани, желудочно-кишечного тракта и печени, заболевания опорно-двигательной системы, вопросы мониторинга безопасности медицинской продукции, алгоритмы диагностики и лечения в амбулаторной практике.

Программу мероприятия дополнила выставка производителей лекарственных средств, медицинских изданий и оборудования.

В рамках конференции прошли встречи делегации руководства РНМОТ с министром здравоохранения Чувашской Республики, д. м. н. А.В. Самойловой, ректором Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова



А.Ю. Александровым и посещение Центра аккредитации и симуляционного обучения медицинского факультета Чувашского госуниверситета.

Конференция получила высокую оценку всех участников и вызвала большой интерес во врачебном сообществе Чувашской Республики и Приволжского федерального округа. Зарегистрированные участники, успешно прошедшие тестирование по программе мероприятия, получили свидетельства Министерства здравоохранения РФ о прохождении обучения в рамках реализации новой модели непрерывного медицинского образования в размере 12 зачетных единиц (баллов).

Оргкомитет

Лучшие кардиохирурги Нижегородской области удостоены премий имени Бориса Королёва

В Нижегородском кремле состоялось награждение лауреатов медицинской премии Нижегородской области имени Бориса Королёва. Премий «за достижение значительных результатов во врачебной деятельности, существенный вклад в развитие здравоохранения» удостоены три специалиста:

- ◆ заведующий отделением анестезиологии-реанимации, врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ НО «Специали-зированная кардиохирургическая клиническая больница» Виктор Бобер;
- врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии для пациентов с острым коронарным синдромом ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5 Нижегородского района Нижнего Новгорода» Дмитрий Волков;
- ◆ заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии, врач челюстно-лицевой хирург ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39 Кана-винского района Нижнего Новгорода» Нина Ямуркова.

«Борис Королёв – личность легендарная не только для нашей области, но для страны, – отметил губернатор региона Валерий Шанцев. Семьдесят лет он отдал врачебной и учебной деятельности, создал нижегородскую школу кардиохирургов, анестезиологовреаниматологов. Большинство из практикующих кардиохирургов в области – его ученики или ученики его учеников». Ректор НижГМА, профессор Борис Шахов отметил, что сегодня в области выполняются практически все известные высокотехнологичные операции, ведется активная подготовка к трансплантации сердца: «Уже в конце 2016 года планируется выполнить несколько операций по имплантации саморастворяющихся стентов. С внедрением этих операций мы выходим на европейский уровень лечения».

http://www.nn.ru/

[Образ жизни]

здоровье

Энергия — это сила любви к намеченной цели.

Энергия вибраций здоровья и болезни: на какой частоте мы вибрируем?

Ничто в мире не находится в состоянии покоя – все вибрирует, движется, излучает энергию. Мы состоим из энергии, вибрирующих частиц. Наше физическое тело, которое кажется нам таким плотным и упругим, – вибрирующая на определенной частоте энергия. Мы излучаем разные вибрации – будь то страх или радость. Как же отрегулировать этот процесс? Что влияет на наши вибрации, и как их повысить?

НА КАКОЙ ЧАСТОТЕ МЫ ВИБРИРУЕМ?

Здоровый организм вибрирует на частоте более высокой, чем больной. Когда человек заболевает, часть его начинает вибрировать на более низких частотах. То есть для выздоровления тела нам необходимо, во-первых, поднять уровень вибраций сначала в больном месте, во-вторых, поднять уровень вибраций во всем организме.

Что же такое энергии низких вибраций и энергии высоких вибраций?

Ежедневно мы задействуем ту или иную частоту энергии. Нам не надо ее как-то измерять, есть элементарные критерии, по которым вы можете сами определить, какие энергии в вашей жизни на данный момент доминируют.

Критерии энергии высоких вибраций (здоровья и хорошего самочувствия):

- светлые мысли;
- радость;
- настрой на позитив;
- вы исходите из безусловной любви в отношении ко всему;
- вы исходите из изобилия в отношении разных сфер вашей жизни;
 - вы настроены на удачу.

Критерии энергии низких вибраций (болезни):

- негативные эмоции: злость, страх, гнев, сожаление;
- видение во всем темной, плохой стороны, пессимистический настрой;
- вы исходите в ваших решениях из страха или других отрицательных чувств и эмоций:
- вы исходите из недостатка в отношении разных сфер вашей жизни;
 - вы все время ожидаете провала.

Если вы настроены преимущественно на энергии низких вибраций, они проявятся в вашей жизни и принесут еще больше таких же энергий (если вы боитесь провала, ждите — он уже на пороге, боитесь, что урежут зарплату — ждите, это тоже не за горами).

Что же делать, если вы понимаете, что настроены в данный момент на энергии низких вибраций, тогда как для успеха в жизни и здоровья в целом вам надо быть настроенным на более высокие вибрации? Как перенастроиться на другую, более высоковибрационную волну?

Сделать это можно моментально, потому что энергия все время перестраивается, перенастраивается, и вы можете настроить ее на нужную вам волну.



Самый простой способ поднять частоту вибраций – позитивные мысли. Мысли полностью формируют не только события нашей жизни, но и в целом наше состояние – и физическое и духовное. Если вы настроены на позитив и мыслите позитивно, ваша частота вибраций повышается.

Далее можно задействовать **чувства:** не идти на поводу у своих эмоций, а выбирать те эмоции и чувства, которые повысят частоту ваших вибраций. Ведь вы сами выбираете каждое событие своей жизни!

Можно поднимать частоту вибраций через специальные энергетические практики. Все практики настроены на повышение частотного диапазона человека, будь то йога, цигун или что-то иное. Все очень просто, меж тем как положительный эффект распространяется прямо пропорционально вашим вибрациям: становятся чище вибрации окружающего вас пространства, торсионные поля, энергии денег проще и легче войти в вашу жизнь.

Человек ответственен за ту энергию, которую он проецирует в мир и в собственное состояние. То есть, вибрации его мыслей, эмоций, настроений и действий отражаются как на качестве его собственной жизни, так и на всем, что его окружает. В наше время все большее значение приобретает ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ человека.

Люди все отчетливее стали разделяться на две группы: на тех, кто служит себе, и тех, кто служит другим – на людей с позитивной энергией и тех, кто к таковым не относится. Не смотрите телевизор, поскольку это один из самых мощных инструментов манипуляций, управления и пропаганды негативной энергии. Страхи не только истощают позитивную энергию человека, но и позволяют находиться под контролем тех, кто их навязывает. Каждая информационная программа нацелена на понижение нашей энергии.

Если посмотреть исследования в области киматики, то можно ясно увидеть, как звук (представляющий собой вибрацию) влияет на энергетическую вибрацию человека — это одна из причин, почему монахи распевают мантры.

КАК ПОВЫСИТЬ ВИБРАЦИИ

- Медитируйте многие говорят, что у них нет времени на медитации, но находят время, чтобы смотреть телевизор.
- Выбирайтесь на природу просто на прогулку или для того, чтобы разбить сад или цветник!
- Играйте со своими домашними животными они дают нам уроки безусловной любви.
- Смотрите, как играют дети постарайтесь вспомнить очарование первого ощущения и невинность детства.
- Делайте физические упражнения, а затем идите гулять на природу это сразу принесет вам двойную пользу!
- Простите себя и других никто из нас не совершенен; есть те, кто обидел нас, и те, кому сделали больно мы. Простите их, но не забудьте простить себя тоже.
- Выражайте благодарность будьте благодарны за окружающую вас красоту, даже если это маленькое дерево в центре большого города. Будьте благодарны за еду, которую вы собираетесь съесть, и за все остальное, что благословенно вошло в вашу жизнь, в том числе за что-то негативное, оказавшее-

ся уроком жизни, важным для вашего духовного роста.

- Встретьтесь лицом к лицу с вашими страхами и рассмотрите их как возможность духовного развития боязнь чего-то всегда выявляет негативные эмоции. Есть причины, по которым эти страхи продолжают приходить в нашу жизнь. Как только мы лицом к лицу сталкиваемся с каким-то своим страхом, он исчезает, так как это был еще один из уроков нашей жизни.
- Покупайте органические продукты питания и выражайте благодарность перед едой.
- Делайте то, что вызывает у вас смех, или будьте с людьми, которые побуждают вас смеяться смех является очень высокой вибрационной энергией, даже если мы смеемся над собой!
- Попросите своих духовных наставников и ангелов-хранителей о помощи и направлении ваши духовные наставники и ангелы-хранители с нетерпением ждут вашего призыва о помощи, так что просите у них руководства, помощи, защиты и направления каждый день!

http://subscribe.ru/

ЯПОНСКАЯ МЕТОДИКА ПРОТИВ ЛЕНИ

«С понедельника начну новую жизнь, буду ходить в тренажерный зал, заниматься йогой, делать самомассаж, бегать...» – каждый из нас периодически ставит себе какие-то цели и не достигает их, переносит на следующий месяц, на несколько месяцев, на год.

Иногда мы рьяно начинаем выполнять задуманное, но позанимавшись, бросаем это на долгое время. Почему так происходит? Потому что либо нагрузка большая, либо надоедает, а привычка еще не выработана.

Методика «кайдзен», или Принцип одной минуты

Существует японская методика «кайдзен», в которую заложен принцип «одной минуты». Суть этой методики состоит в том, что человек занимается определенным делом ровно одну минуту, но изо дня в день и в одно и то же время. Одна минута времени — это совсем мало, а значит легко выполнимо для любого человека. Лень не встанет на вашем пути. Те же самые действия, которые вы не хотели выполнять в течение получаса, придумывая отговорки или оправдания, вы с легкостью выполните за минуту.

Попрыгать на скакалке, покачать пресс, сделать гимнастику для глаз, позаниматься йогой, почитать книжку на иностранном языке — когда время ограничено одной минутой, занятия не кажутся вам трудно выполнимыми, а наоборот, приносят радость и удовлетворение. А делая маленькие шаги, вы совершенствуетесь и достигаете больших результатов.

Немаловажно то, что вы побеждаете неуверенность в своих силах, освобождаетесь от чувства вины и беспомощности, ощущаете успех и победу. Вдохновляясь чувством успеха, вы постепенно увеличиваете минутные занятия на пятиминутные и так далее. Потом незаметно подойдете и к получасовым занятиям. Прогресс налицо!

Кайдзен зародился в Японии. Само слово является составным и включает в себя два — «кай» (перемена) и «дзен» (мудрость). Автором этой концепции менеджмента является Масааки Имаи. Он считает, что кайдзен — это настоящая философия, которая может быть одинаково успешно применима и в бизнесе, и в личной жизни.



Людям западной культуры японская методика может показаться неэффективной, так как на Западе устоялось мнение, что без больших усилий хороших результатов не добиться. Но масштабные программы, отнимающие много сил, могут сломить человека и остаться безрезультатными. А принцип «кайдзен» подойдет всем и может быть применим для многих сфер жизни. Японцы, например, используют стратегию постепенного и постоянного улучшения в сфере менеджмента.

Осталось только определиться с вашими потребностями и начать применение методики «кайдзен» на практике.

www.adme.ru

4-7 АПРЕЛЯ





II Медицинский Форум

НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

•Выставка











+7(347)246 42 44, 246-42-72



med@bvkexpo.ru



www.nzrb.bvkexpo.ru





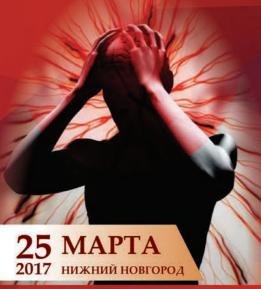




Министерство здравоохранения Нижегородской области ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия», кафедра скорой и неотложной медицинской помощи ФПКВ НижГМА МЗ РФ ГБУЗ НО «Городская больница № 33», Нижегородский центр головной боли

Региональная научно-практическая конференция

«ГОЛОВНАЯ БОЛЬ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА»



вопросы для обсуждения:

- Новые методы лечения головной боли (ботулинотерапия, физиотерапевтическое лечение, БОС-терапия).
- Первичные головные боли: эпизодическая головная боль напряжения, хроническая головная боль напряжения, мигрень, кластерная головная боль.
- Вторичные формы головной боли: медикаментозно индуцированная головная боль, цервикогенная головная боль, посттравматическая головная боль и др.
- Лицевые головные боли, тригеминальные невралгии, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.
- Когнитивные нарушения, нарушения сна, коморбидные состояния при головной боли.
- Нейростоматология.
- Хронические мигрени.



Автоматизированный перитонеальный диализ. Новый стандарт в лечении тХПН





Циклер sleep • safe®

Четкое управление терапией

- Цветной сенсорный экран
- Русскоязычный интерфейс
- Карта памяти, которая хранит информацию о проводимых процедурах в течение 6 месяцев

Полная автоматизация

- Автоматическое соединение пакетов
- Автоматическое определение объема залива и слива
- Автоматическое подогревание и поддержание заданной температуры раствора в процессе залива

Высокая степень безопасности

- Функция распознавания штрих-кода растворов исключает ошибки при подключении
- Контроль профиля глюкозы
- Контроль объема заливаемого раствора, позволяющий избежать чувства дискомфорта у пациента
- Автоматическое обнаружение воздуха при заливе и его быстрая эвакуация

