

СЕЧЕНОВСКИЙ ВЕСТНИК

№ 2(24)
2016

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ



- АКТУАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
- ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ
- ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ
- ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

СЕЧЕНОВСКИЙ ВЕСТНИК

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ
ГБОУ ВПО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ имени И.М. СЕЧЕНОВА МИНЗДРАВА РОССИИ

SCIENTIFIC AND PRACTICAL REVIEWED JOURNAL
SEI HPT THE FIRST SECHENOV MOSCOW STATE MEDICAL UNIVERSITY
OF THE MINISTRY OF HEALTH OF RUSSIA

№ 2(24) 2016 г.

«Сеченовский вестник»

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

Выходит 4 раза в год

Журнал входит в перечень изданий,
рекомендованных ВАК

Учредитель

Государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова Министерства
здравоохранения Российской Федерации
The First Sechenov Moscow State Medical University
of the Ministry of Health of Russian Federation
119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Почтовый адрес редакции

119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Телефон редакции

8 (499) 766-44-28

e-mail: vestnik@mma.ru

Заведующий редакцией: Г.В. Кондрашов

Редактор: Ж.В. Логунова

Корректор: В.В. Прокопенко

Переводчик: канд. полит. наук А.Е. Тарасов

Верстка: Е.В. Комарова

Издатель

Издательство Первого МГМУ имени И.М. Сеченова
119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д. 37, стр. 2

Телефон: 8 (499) 766-44-28

Издается с 2010 г.

Журнал представлен в Федеральной электронной
медицинской библиотеке <http://www.femb.ru>,
входит в библиографическую базу данных РИНЦ

Подписной индекс в каталоге агентства «Пресса России» – 29124

Формат 60×90 1/8. Печ. л. 9.0. Печать цифровая.

Тираж 1 000 экз. Заказ № 160706.

Подготовлено к печати в Издательстве Первого МГМУ
имени И.М. Сеченова: 119034, г. Москва, Зубовский бульвар,
д. 37, стр. 2

Перепечатка и любое воспроизведение материалов и
иллюстраций в электронном виде из журнала «Сеченовский
вестник» допускается только с письменного разрешения
учредителя и издателя

ISSN 2218-7332

Главный редактор

П.В. Глыбочко

Заместитель главного редактора

С.Б. Шевченко

Ответственный секретарь

Ю.В. Несвижский

Редакционная коллегия

Н.И. Брико

Н.А. Геппе

С.В. Грачев

В.Т. Ивашкин

А.И. Ищенко

В.Р. Кучма

П.Ф. Литвицкий

В.И. Подзолков

В.П. Сергиев

В.П. Фисенко

А.Ф. Черноусов

В.И. Чиссов

Редакционный совет

О.И. Адмакин

Е.И. Алексеева

Е.И. Аляев

Е.И. Баранов

Г. Барбали

Ю.Н. Беленков

Л.А. Бокерия

А.И. Вялков

Э.И. Гальперин

С.В. Готье

И.И. Дедов

А.А. Замятнин

М.А. Кинкулькина

И.И. Краснюк

Т.М. Литвинова

Е.Н. Морозов

Н.А. Мухин

Д.А. Напалков

Г.Г. Онищенко

В.И. Покровский

А.В. Решетников

В.А. Решетников

Р. Риеммюллер

Х.Э. Санер

А.А. Свистунов

С.В. Смердин

А.И. Стрижаков

Г.Т. Сухих

А.Л. Сыркин

Й.-М. Танген

С.К. Терновой

В.В. Фомин

И.М. Чиж

Е.В. Ших

Б. Эдвин

Б. Ян

Н.Н. Яхно

Editor-in-Chief

P.V. Glybochko

Deputy Editor-in-Chief

S.B. Shevchenko

Executive Secretary

Yu.V. Nesvizhsky

Editorial Collegium

N.I. Briko (Россия)

N.A. Geppe (Россия)

S.V. Grachev (Россия)

V.T. Ivashkin (Россия)

A.I. Ishenko (Россия)

V.R. Kuchma (Россия)

P.F. Litvitskiy (Россия)

V.I. Podzolkov (Россия)

V.P. Sergiev (Россия)

V.P. Fisenko (Россия)

A.F. Chernousov (Россия)

V.I. Chissov (Россия)

Editorial Board

O.I. Admakin (Россия)

E.I. Alekseeva (Россия)

Yu.G. Alyaev (Россия)

A.A. Baranov (Россия)

G. Barbagli (Италия)

Yu.N. Belenkov (Россия)

L.A. Bokeriya (Россия)

A.I. Vyalkov (Россия)

E.I. Galperin (Россия)

S.V. Gotje (Россия)

I.I. Dedov (Россия)

A.A. Zamyatnin (Россия)

M.A. Kinkulkina (Россия)

I.I. Krasnyuk (Россия)

T.M. Litvinova (Россия)

E.N. Morozov (Россия)

N.A. Mukhin (Россия)

D.A. Napalkov (Россия)

G.G. Onishchenko (Россия)

V.I. Pokrovsky (Россия)

A.V. Reshetnikov (Россия)

V.A. Reshetnikov (Россия)

R. Riemmuller (Австрия)

H.E. Saner (Швейцария)

A.A. Svistunov (Россия)

S.V. Smerdin (Россия)

A.I. Strizhakov (Россия)

G.T. Sukhikh (Россия)

A.L. Syркиn (Россия)

J.-M. Tangen (Норвегия)

S.K. Ternovoi (Россия)

V.V. Fomin (Россия)

I.M. Chihz (Россия)

E.V. Shih (Россия)

B. Edwin (Норвегия)

B. Yan (Китай)

N.N. Yakhno (Россия)

АКТУАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
CURRENT CLINICAL SCIENCE ISSUES

-
- | | | |
|---|-----------|---|
| <i>Витебская А.В., Пятницкая К.В.</i>
ОЖИРЕНИЕ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ
В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ | 4 | <i>Vitebskaya A.V., Pyatnitskaya K.V.</i>
OBESITY COMPLICATIONS IN
PEDIATRIC PRACTICE |
| <i>Салпагарова З.К., Андреев Д.А., Сычев Д.А.,
Быкова А.А., Сыркин А.Л., Сучкова С.А.</i>
ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА
ПО КОНТРОЛЮ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ
ТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ | 8 | <i>Salpagarova Z.K., Andreev D.A., Sichev D.A.,
Bikova A.A., Syrkin S.A., Suchkova S.A.</i>
ANTICOAGULANT THERAPY
CONTROL IN PRIMARY
HEALTHCARE SETTING |
| <i>Умбетова К.Т., Волчкова Е.В.,
Карань Л.С., Чернышов Д.В., Белая О.Ф.,
Богачева Е.А., Дарвина О.В., Пак С.Г.</i>
ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО
ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕПАТИТОМ А
И ЛИХОРАДКОЙ ДЕНГЕ | 13 | <i>Umbetova K.T., Volchkova E.V.,
Karan L.S., Chernishov D.V., Belaia O.F.,
Bogacheva E.A., Darvina O.V., Pak S.G.</i>
CO-INFECTION OF ACUTE
HEPATITIS A AND
DENGUE FEVER: A CASE REPORT |
| <i>Ищенко А.И., Зуев В.М., Джибладзе Т.А.,
Хохлова И.Д., Борцвадзе Ш.Н.,
Федорова Е.В., Блохин Н.Г.</i>
АМБУЛАТОРНЫЙ СКРИНИНГ
СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ
В ПОСТМЕНОПАУЗЕ | 16 | <i>Ischenko A.I., Zuev V.M., Dzhibladze T.A.,
Khokhlova I.D., Bortsvadze Sh.N.,
Fedorova E.V., Blokhin N.G.</i>
POSTMENOPAUSAL ENDOMETRIAL
SCREENING AT PRIMARY
HEALTHCARE |
| <i>Пак С.Г., Волчкова Е.В.,
Несвижский Ю.В., Филина Ю.С.,
Толочко М.В., Богданова Е.А.</i>
ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ
ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ
ГРИБАМИ РОДА CANDIDA, У ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ | 21 | <i>Pak S.G., Volchkova E.V.,
Nesvizhsky Yu.V., Filina Yu.S.,
Tolochko M.V., Bogdanova E.A.</i>
OPTIMIZATION OF ANTI-CANDIDA
THERAPY IN HIV PATIENTS |

ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ
HEALTH MANAGEMENT

-
- | | | |
|---|-----------|--|
| <i>Решетников В.А., Коршевер Н.Г.,
Доровская А.И.</i>
КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД
К ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ
В ОБЛАСТИ УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ | 27 | <i>Reshetnikov V.A., Korshever N.G.,
Dorovskaya A.I.</i>
THE COMPETENCE BUILDING
IN HEALTHCARE MANAGER
TRAINING |
|---|-----------|--|

*Стародубов В.И., Соболева Н.П.,
Алексеенко С.Н., Гуревич К.Г., Савченко Е.Д.*

ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ,
ПОЛУЧАЮЩИХ ВЫСШЕЕ
ОБРАЗОВАНИЕ В ОБЛАСТИ
ПРОФИЛАКТИКИ В МЕДИЦИНСКОЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

33

*Starodubov V.I., Soboleva N.P.,
Alekseenko S.N., Gurevich K.G., Savchenko E.D.*

TRAINING STUDENTS MAJORING IN
DISEASE PREVENTION AT A MEDICAL
UNIVERSITY

Фомина А.В., Гришина О.В.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК
ДИСЦИПЛИНА БАЗОВОЙ ЧАСТИ
ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ
РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ
В ОРДИНАТУРЕ

39

Fomina A.V., Grishina O.V.

PUBLIC HEALTH ISSUES IN
RESIDENCY PROGRAM

*Свистунов А.А., Ягудина Р.И.,
Абдрашитова Г.Т., Бабий В.В., Макарова Е.И.,
Почуприна А.А., Рыбченко Ю.В.,
Толордава Г.А., Угрехелидзе Д.Т.*

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЯХ

42

*Svistunov A.A., Yagudina R.I.,
Abdrashitova G.T., Babiy V.V., Makarova E.I.,
Pochuprina A.A., Rybchenko Yu.V.,
Tolordava G.A., Ugrekheldize D.T.*

PHARMACOECONOMIC ANALYSIS
IN VARIOUS NOSOLOGIES

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ DISEASE PREVENTION

Акимкин В.Г., Зудинова Е.А., Тимофеева Т.В.

МОДЕЛИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ
БЕЗОПАСНОГО ОБРАЩЕНИЯ
С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ
В МЕГАПОЛИСАХ И АНАЛИЗ
ДЕЙСТВУЮЩЕЙ МОДЕЛИ
НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА МОСКВЫ

51

Akimkin V.G., Zudinova E.A., Timofeeva T.V.

MODELLING SAFE MEDICAL
WASTE MANAGEMENT IN LARGE
METROPOLITAN AREAS: THE MOSCOW
EXPERIENCE

Эккерт Н.В., Михайловский В.В.

ОРГАНИЗАЦИЯ «ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ»
КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР
ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

58

Ekkert N.V., Mikhaylovski V.V.

«HEALTH SCHOOLS» AS THE
KEY FACTOR OF EFFICIENT
CARDIOVASCULAR DISEASE
PREVENTION

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ HISTORY OF MEDICINE

Дамулин И.В., Шурупова Р.В., Струценко А.А.

СУДЬБЫ ВРАЧЕЙ И НАЦИЗМ

63

Damulin I.V., Shurupova R.V., Strutsenko A.A.

FATE OF DOCTORS AND NAZISM

УДК 616-056.52

А.В. Витебская,

канд. мед. наук, зав. детским эндокринологическим отделением Университетской детской клинической больницы Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

К.В. Пятницкая,

клинический ординатор кафедры детских болезней лечебного факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

A.V. Vitebskaya,

Candidate of Medical Science, Head of Pediatric Endocrinology Department University Pediatric Hospital, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

K.V. Pyatnitskaya,

Resident of of Pediatric Endocrinology Department, University Pediatric Hospital, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

ОЖИРЕНИЕ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

OBESITY COMPLICATIONS IN PEDIATRIC PRACTICE

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Витебская Алиса Витальевна, канд. мед. наук, зав. детским эндокринологическим отделением Университетской детской клинической больницы Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России
Адрес: 119881, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 19
Телефон: +7 (499) 248-44-33
e-mail: dr.vitebskaya@gmail.com
Статья поступила в редакцию: 15.04.2016 г.
Статья принята к печати: 15.08.2016 г.

CONTACT INFORMATION:

Alisa Vitebskaya, PhD, Head of Children's endocrinology department of The University Children's Hospital, I.M. Sechenov First MSMU
Address: 19, Bolshaya Pirogovskaya str., Moscow, Russia, 119881
Tel.: +7 (499) 248-44-33
e-mail: dr.vitebskaya@gmail.com
The article received: April 15, 2016.
The article approved for publication: August 15, 2016.

Аннотация. Рост распространенности ожирения среди детей и подростков приобретает характер эпидемии. Представлены два клинических случая конституционально-экзогенного ожирения у подростков. В первом случае – пациент с прогрессирующим ожирением, осложненным дислипидемией, сахарным диабетом 2 типа, протеинурией, полинейропатией, артериальной гипертензией, стеатогепатитом и сопутствующими множественными язвами желудка, распространенным геморрагическим гастритом. Во втором – пациент с ожирением, осложненным артериальной гипертензией, добившийся нормализации индекса массы тела при соблюдении рекомендаций по диете и физическим нагрузкам.

Abstract. The obesity prevalence in children and adolescents is epidemic. We report two clinical cases of adolescent constitutional exogenous obesity. A patient with progressing obesity, complicated by dyslipidemia, diabetes mellitus type 2, proteinuria, polyneuropathy, arterial hypertension, steatohepatitis, multiple ulcers of stomach and disseminated hemorrhagic gastritis. Another patient with obesity, complicated with arterial hypertension, succeeded in body mass index normalization following recommendations on diet and physical activity.

Ключевые слова. Ожирение, осложнения, дети, подростки.

Keywords. Obesity, complication, children, adolescents.

ВВЕДЕНИЕ

Рост распространенности ожирения во всем мире приобретает характер эпидемии. Ожирение в детско-подростковом возрасте встречается в практике педиатра все чаще. Причем случаи развития осложнений ожирения у детей и подростков уже не являются казуистическими. Согласно международным и российским клиническим рекомендациям наибо-

лее распространенными осложнениями ожирения являются нарушения жирового обмена (различные варианты дислипидемий), нарушения углеводного обмена (нарушение гликемии натощак, нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет (СД) 2 типа), стеатогепатит (синонимы – жировой гепатоз, неалкогольная жировая болезнь печени), артериальная гипертензия. У таких пациентов также чаще встречаются патология суставов, нарушение

дыхания (апноэ), психологические проблемы, нарушение менструального цикла у девочек [1–3].

Цель работы – продемонстрировать клинические случаи осложненного ожирения у подростков, показать, как влияет комплаентность подростка на течение заболевания.

ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ

Клинический случай 1. Пациент Ф., 15 лет. *Основной диагноз: конституционально-экзогенное ожирение III степени. Осложнения основного заболевания: сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребный, стадия декомпенсации; диабетическая нефропатия, стадия протеинурии; диабетическая полинейропатия; артериальная гипертензия; жировая дегенерация печени. Сопутствующие заболевания: множественные острые язвы желудка; распространенный геморрагический гастрит, хеликобактер ассоциированный; рефлюкс-эзофагит I степени; бульбит; дуоденит; дуодено-гастральный рефлюкс; функциональные нарушения желчевыводящих путей; реактивные изменения поджелудочной железы.*

Родился в результате нормально протекавшей беременности. Роды на 40-й неделе, при рождении рост 55 см, вес 3700 г. Естественное вскармливание до 1,5 лет. Вакцинация по календарю. Аллергические реакции не выявлены. Наследственность по эндокринопатиям отягощена по ожирению, артериальной гипертензии и сахарному диабету 2 типа (у деда и у тети по материнской линии). Питание без ограничений, приемы пищи частые и большие по объему. Физические нагрузки средней интенсивности (проживает в сельской местности, ежедневно помогает взрослым по хозяйству).

Со слов мамы ребенок начал значительно прибавлять в весе с 2007 г. (8 лет). С 2009 г. (10 лет) состоит на диспансерном учете у эндокринолога с диагнозом экзогенно-конституциональное ожирение. Несмотря на это, пациент не соблюдал диету, ежегодно продолжал значительно прибавлять в весе. СД 2 типа диагностирован в декабре 2011 г. (12 лет), когда была выявлена гипергликемия 12 ммоль/л. С 2012 по 2014 г. принимал метформин в стандартной терапевтической дозе – по 850 мг 2 раза в день. В 2012 г. (13 лет) при скрининге осложнений СД и ожирения диагностирована артериальная гипертензия и диабетическая нефропатия, по поводу чего пациент получает эналаприл 20 мг в сутки. В 2014–2015 гг. в рамках клинического исследования получал пероральную комбинированную сахароснижающую терапию метформином и ингибитором дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4) ситаглиптином. В связи со стабильно высокими цифрами гликемии в декабре 2014 г. переведен на интенсифицированную инсулинотерапию (аналоги инсулина – гларгин и аспарт). Учитывая наличие диабетических ос-

ложнений, через несколько месяцев был переведен на помповую инсулинотерапию (помпа Accu-Chek Combo, аналог инсулина аспарт). Суточная потребность в инсулине в среднем 85 ЕД/сут (0,75 ЕД/кг/сут). Однако уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) соответствовал декомпенсации: июнь 2015 г. – 9,1%, сентябрь 2015 г. – 11,5%. Несмотря на адекватно подобранные базальные дозы инсулина, не удалось добиться полной компенсации в связи с тем, что пациент не стремился вести подсчет хлебных единиц и на любой прием пищи вводил единую дозу инсулина, что приводило то к гипер-, то к гипогликемиям с последующими инсулинорезистентными гипергликемиями.

Пациент впервые поступил в детское эндокринологическое отделение в ноябре 2015 г. в возрасте 15 лет. При осмотре: рост – 177 см (коэффициент стандартного отклонения роста (SDS) – +0,38, соответствует норме), масса тела – 120 кг (индекс массы тела (ИМТ) – 38,3 кг/м², SDS ИМТ = +3,66, соответствует ожирению III степени). Тоны сердца звучные, ритмичные, частота сердечных сокращений (ЧСС) – 70 в минуту, артериальное давление (АД) 120/60 мм рт. ст. (на фоне терапии эналаприлом). Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Щитовидная железа плотно-эластичной консистенции, клинически – эутиреоз. Половые органы сформированы по мужскому типу, правильно. Половое развитие – V стадия по шкале Таннера, тестикулы в мошонке, по 25 мл (соответствуют возрасту и стадии полового развития).

При обследовании в отделении уровень HbA1c 12,0%, что подтверждает декомпенсацию заболевания. Проведен скрининг осложнений ожирения и СД. Выявлена дислипидемия IIb по Фредериксену (холестерин – 7,4 ммоль/л, триглицериды – 3,58 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) – 4,27 ммоль/л). По результатам ультразвукового исследования печени выявлены эхографические признаки жирового гепатоза, в биохимическом анализе крови – трансаминазы в норме (аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 22 ЕД/л, аспаратаминотрансфераза (АСТ) – 29 ЕД/л). Подтверждена нефропатия в стадии протеинурии (суточная микроальбуминурия 558 мг/л). Проведена электрокардиография и получена консультация невролога, по результатам выявлена дистальная полинейропатия. При осмотре офтальмологом данные, свидетельствующие о ретинопатии не получены.

В период нахождения в стационаре проводилось ежедневное исследование гликемических профилей (исследование гликемии каждые 3 часа – 9 раз в сутки). Выяснилось, что пациенту не требуется коррекция базальных режимов введения инсулина, так как они были правильно подобраны по месту жительства. Одновременно с коррекцией болюсных доз проводилось обучение пациента подсчету хлеб-

ных единиц, основам самостоятельной коррекции инсулинотерапии в зависимости от исходной гликемии, планируемого приема пищи и физических нагрузок. На фоне проводимых в условиях стационара мероприятий по обучению пациента в «Школе самоконтроля сахарного диабета» удалось достичь целевых показателей гликемии и снижения веса на 9 кг (7% исходной массы тела). Одновременно с этим произошло снижение суточной потребности в инсулине — до 56 ЕД/сут (0,5 ЕД/кг/сут).

В связи с жалобами на боли в животе и выявленными изменениями на УЗИ брюшной полости пациент был проконсультирован гастроэнтерологом. По рекомендации врача проведена эзофагогастроэзофагоскопия, выявлены множественные острые язвы желудка, распространенный геморрагический гастрит, рефлюкс-эзофагит I степени, бульбит, дуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс. При повторной консультации гастроэнтеролога рекомендована противоязвенная и эрадикационная терапия, пациент был переведен в гастроэнтерологическое отделение. На фоне приема антибактериальных, ферментных, антацидных препаратов, ингибиторов протонной помпы прошли боли в животе, обложенность языка, явления диспепсии. Эндоскопическая картина — с положительной динамикой в виде эпителизации эрозивно-язвенных дефектов желудка. Гликемия в период нахождения в гастроэнтерологическом отделении оставалась стабильной.

Клинический случай 2. Пациент П., 16 лет. *Основной диагноз: конституционально-экзогенное ожирение II степени. Осложнение основного заболевания: артериальная гипертензия. Сопутствующие заболевания: остеохондроз грудно-поясничного отдела; функциональные нарушения желчевыводящих путей; билиарный сладж; вторичные изменения поджелудочной железы; хронический гастродуоденит.*

Родился от нормально протекавшей беременности, роды на 40-й неделе, рост 54 см, вес 3750 г. На грудном вскармливании до 9 месяцев. Вакцинация по календарю, аллергоанамнез не отягощен. Наследственность отягощена по ожирению и артериальной гипертензии (артериальная гипертензия и ожирение у обоих родителей). С 5 лет отмечается прибавка в весе прогрессирующего характера (на 7–8 кг в год). В диете не ограничен, употребляет большое количество легкоусвояемых углеводов. Физические нагрузки средней интенсивности (пешие, велосипедные прогулки и т. п.), спортом не занимается. С осени 2014 г. стали беспокоить боли в спине, в ноябре 2014 г. обследован неврологом, диагностирован остеохондроз грудно-поясничного отдела. В январе 2015 г. невролог обратил внимание на прогрессирование ожирения и увеличение грудных желез у мальчика, было рекомендовано обратиться к эндокринологу. При исследовании уровня тирео-

идных гормонов в декабре 2014 г. патологии не выявлено (тиреотропный гормон (ТТГ) — 3,14 мкМЕ/мл, св. Т4 — 1,16 пмоль/л). В 2015 г. было проведено суточное мониторирование АД, по результатам которого диагностирована артериальная гипертензия, терапию не получал.

В апреле 2015 г. впервые находился на госпитализации в детском эндокринологическом отделении Университетской детской клинической больницы (УДКБ МГМУ имени И.М. Сеченова). При осмотре: рост 183 см (SDS = 1,58, соответствует норме), масса тела — 106 кг (ИМТ = 31,65 кг/м², SDS ИМТ = 2,82, соответствует ожирению II степени). Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Обращает на себя внимание незначительное увеличение грудных желез, преимущественно за счет жировой ткани. Щитовидная железа плотно-эластичной консистенции, клинически — эутиреоз. Клинических симптомов нарушений функции надпочечников нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, правильно. Половое развитие — V стадия по шкале Таннера, тестикулы в мошонке, по 25 мл (соответствуют возрасту и стадии полового развития).

При проведении гормонального исследования все показатели в пределах нормы: ТТГ — 2,8 мкМЕ/мл, св. Т4 — 15,3 пмоль/л, инсулиноподобный фактор роста 1 — 401 нг/мл, кортизол — 279 нмоль/мл, пролактин — 132 мкМЕ/мл. Проведен скрининг осложнений ожирения. По результатам биохимического исследования крови и перорального глюкозотолерантного теста нарушений жирового и углеводного обмена не выявлено, трансаминазы в норме, эхографических признаков жирового гепатоза не выявлено.

На фоне соблюдения диеты и посещения занятий ЛФК отмечено снижение массы тела уже в период пребывания в стационаре. Пациент был мотивирован на дальнейшее соблюдение рекомендаций по диете и физическим нагрузкам.

В связи с тем, что данные УЗИ показали изменения желчного пузыря и поджелудочной железы, пациент был проконсультирован гастроэнтерологом. Диагностированы функциональные нарушения желчевыводящих путей, билиарный сладж, вторичные изменения поджелудочной железы, хронический гастродуоденит. По результатам обследования была рекомендована терапия антацидными, ферментными, желчегонными препаратами.

После выписки из стационара пациент продолжил соблюдать гипокалорийную диету, выполнял рекомендации гастроэнтеролога, ежедневно уделял время физическим нагрузкам. В результате всех перечисленных мероприятий отмечено стойкое снижение массы тела — на 19 кг за 6 месяцев.

Пациент был повторно обследован в октябре 2015 г. При осмотре: рост — 185 см (SDS = 1,72,

соответствует норме), масса тела — 87 кг (ИМТ — 25,42 кг/м², SDS ИМТ = +1,67, соответствует избытку массы тела). В гормональном и биохимическом исследованиях нарушений не выявлено, данных за артериальную гипертензию не получено, боли в спине не беспокоят.

ОБСУЖДЕНИЕ

Описанные клинические случаи демонстрируют гетерогенность клинических проявлений и осложнений конституционально-экзогенного ожирения. В обоих случаях ожирение развилось в детском возрасте и носило постоянно прогрессирующий характер. Наследственность пациентов отягощена по ожирению, что является фактором риска развития детского ожирения [1–3]. Оба пациента находились на естественном вскармливании более 9 месяцев, что является фактором, защищающим от ожирения [1–3]. Несмотря на то, что пациенты ведут различный образ жизни, они имеют физические нагрузки средней интенсивности. Оба пациента не придерживались принципов здорового питания. Таким образом, мы можем выделить два основных фактора, повлиявших на развитие ожирения в обоих случаях — отягощенная наследственность и избыточное питание.

Разный наследственный анамнез подростков предопределил различные осложнения ожирения. У первого пациента, как и у его родственников, на фоне ожирения развился СД 2 типа, чуть позднее была диагностирована артериальная гипертензия. В УДКБ МГМУ имени И.М. Сеченова при обследовании были также выявлены дислипидемия и жировой гепатоз. Все перечисленные заболевания являются типичными осложнениями ожирения [1–3]. Выявленные нефропатия и полинейропатия являются осложнениями длительно некомпенсированного СД [2, 4].

У второго пациента, в отличие от первого, наследственность не отягощена по СД. У него на фоне ожирения, как и у его родственников, развилась артериальная гипертензия и появились боли в спине. Хотя остеохондроз, по поводу которого пациент наблюдается у невролога, является самостоятельным заболеванием, тяжесть его клинических проявлений оказалась ассоциирована с ожирением. На фоне снижения веса болевой синдром перестал беспокоить.

У обоих пациентов выявлена сопутствующая гастроэнтерологическая патология, требующая обязательного лечения, так как хронические боли в животе могут быть причиной повышенного аппетита.

Основное различие описанных клинических случаев заключается в отношении пациентов к заболеванию и мотивации к снижению веса. Первый пациент, несмотря на наличие выраженных ос-

ложнений и необходимость постоянно принимать лекарства, не старался прилагать усилия для остановки прогрессирования ожирения. Добиться комплаентности пациента удалось лишь при последней госпитализации. Мы надеемся, что он сохранит приверженность к лечению в дальнейшем, что позволит снизить массу тела и уменьшить степень тяжести осложнений.

Второй пациент, в отличие от первого, после стационарного обследования стал соблюдать диету, в результате добился стойкого снижения веса, на фоне чего осложнения перестали его беспокоить.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременное выявление ожирения у детей и подростков, рациональные диагностические мероприятия и активная интервенция, направленная на модификацию образа жизни, включая диету и физические нагрузки, крайне важны. Необходимо проводить скрининг и профилактику наиболее частых осложнений ожирения: нарушений жирового и углеводного обмена, артериальной гипертензии, жирового гепатоза. Все эти мероприятия позволяют не только останавливать прогрессирование ожирения, но и предотвращать развитие осложнений.

Список литературы

1. Prevention and Treatment of Pediatric Obesity: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline based on expert opinion. *JCEM*. 2008; 93 (12): 4576–4599.
2. Демидов И.И., Петеркова В.А. (ред.) Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями. М.: Практика; 2014: 442.
[Dedov I.I., Peterkova V.A. (eds). Federal clinical guidelines (protocols) on the management of children with endocrine diseases. Moscow: Practice; 2014: 442 (in Russian).]
3. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ожирения у детей и подростков. Российская ассоциация эндокринологов, Российское общество по профилактике неинфекционных заболеваний, Ассоциация детских кардиологов России. М.: Практика; 2015: 136.
[Recommendations for diagnosis, treatment and prevention of obesity in children and adolescents. Russian Association of endocrinologists, Russian Society for the prevention of noncommunicable diseases, the Association of children's cardiologists Russia. Moscow: Practice; 2015: 136 (in Russian).]
4. Дедов И.И., Шестакова М.В. (ред.) Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. *Сахарный диабет*. 2015; 18 (1S): 1–112.
[Dedov I.I., Shestakova M.V. (eds). Algorithms of specialized medical care to patients with diabetes. *Diabetes*. 2015; 18 (1S): 1–112 (in Russian).]

УДК 616.12-008.1-072.7

З.К. Салпагарова,

аспирант кафедры профилактической и неотложной кардиологии Института профессионального образования Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Д.А. Андреев,

д-р мед. наук, проф. кафедры профилактической и неотложной кардиологии Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России

Д.А. Сычев,

д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой клинической фармакологии и терапии Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России

А.А. Быкова,

ассистент, завуч учебной частью кафедры профилактической и неотложной кардиологии Института профессионального образования Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

А.Л. Сыркин,

зав. кафедрой профилактической и неотложной кардиологии Института профессионального образования Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

С.А. Сучкова,

аспирант кафедры профилактической и неотложной кардиологии Института профессионального образования Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Z.K. Salpagarova,

Postgraduate Student at the Department of Preventive and Urgent Cardiology, I.M. Sechenov First MSMU

D.A. Andreev,

Doctor of Medical Science, Professor with the Department of Preventive and Urgent Cardiology, I.M. Sechenov First MSMU

D.A. Sichev,

Head of the Department of Clinical Pharmacology and Therapy, Russian Medical Academy of Post-Graduate Education

A.A. Bikova,

Assistant Professor with the Department of Preventive and Urgent Cardiology, I.M. Sechenov First MSMU

S.A. Syrkin,

Doctor of Medical Science, Professor, Head of the Department of Preventive and Urgent Cardiology, I.M. Sechenov First MSMU

S.A. Suchkova,

Postgraduate Student at the Department of Preventive and Urgent Cardiology, I.M. Sechenov First MSMU

ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПО КОНТРОЛЮ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ANTICOAGULANT THERAPY CONTROL IN PRIMARY HEALTHCARE SETTING

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Салпагарова Зухра Казбековна, аспирант кафедры профилактической и неотложной кардиологии Института профессионального образования Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России
Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубетская, д. 8, стр. 2
Телефон: +7 (499) 248-73-89, +7 (928) 382-99-99
e-mail: zuxrisha@mail.ru
Статья поступила в редакцию: 15.04.2016 г.
Статья принята к печати: 15.08.2016 г.

CONTACT INFORMATION:

Zukhra Salpagarova, Postgraduate Student at the Department of Preventive and Urgent Cardiology, I.M. Sechenov First MSMU
Address: p. 8/2, Trubetskaya str., Moscow, Russia, 119991
Tel.: +7 (499) 248-73-89, +7 (928) 382-99-99
e-mail: zuxrisha@mail.ru
The article received: April 15, 2016.
The article approved for publication: August 15, 2016.

Аннотация. Целью исследования являлось создание кабинета контроля антикоагулянтной терапии. В проспективное контролируемое исследование включались пациенты с «неклапанной» фибрилляцией предсердий, принимающие различные варианты антикоагулянтной терапии; в период с 2013 по 2015 г. включено 300 пациентов. Все больные проходили стационарное лечение, после чего им было рекомендовано обратиться в кабинет контроля антикоагулянтной терапии. Риск тромбоэмболических осложнений оценивался

по шкале CHA₂DS₂VASc, риск развития кровотечений – по HAS-BLED, массивность кровотечений – по шкале TIMI. Больным, принимающим варфарин, рассчитывалось время нахождения МНО в терапевтическом диапазоне. Пациентов, принимающих варфарин, – 49 (16%), ривароксабан – 34 (11%), апиксабан – 81 (28%) и дабигатран – 137 (45%). По результатам исследования, малые кровотечения наблюдались во всех группах, большие – у больных, принимающих варфарина, дабигатрана и ривароксабана, – 2 (4%), 5 (4%) и 1 (3%) соответственно.

Abstract. The aim of the study was to evaluate efficiency anticoagulant therapy control in primary healthcare setting. The prospective, controlled study involved 301 patients with «non-valvular» atrial fibrillation, receiving various anticoagulant drugs in 2013–2015. After discharge the patients were advised to visit anticoagulant therapy control department. The risk of thromboembolic complications and the risk of bleeding were assessed with CHA₂DS₂VASc scale HAS-BLED, respectively. Major bleeding was assessed with TIMI scale. The time in therapeutic range for Warfarin was assessed for the patient taking warfarin. The study involved 301 patients with non-valvular atrial fibrillation taking anticoagulants: warfarin – 49 (16%), rivaroxaban – 34 (11%), apixaban – 81 (28%) and dabigatran – 137 (45%). Minor bleeding was found in all groups. Large bleeding was found in patients receiving warfarin, dabigatran and rivaroxaban.

Ключевые слова. Фибрилляция предсердий, антикоагулянтная терапия, кровотечение.

Keywords. Atrial fibrillation, anticoagulant therapy, bleeding.

ВВЕДЕНИЕ

В кардиологической практике тромбоэмболические осложнения (ТЭО) чаще всего встречаются при фибрилляции предсердий.

В зависимости от этиологии выделяют ревматическую («клапанную») и неревматическую («неклапанную») фибрилляцию предсердий (ФП) [1, 2].

В существующих европейских и национальных рекомендациях определено, что для профилактики и снижения риска тромбоэмболических осложнений следует использовать антикоагулянтную терапию (АКТ) [2, 3].

Учитывая сложности в применении антагонистов витамина К, в последние годы были изучены и внедрены в клиническую практику новые пероральные антикоагулянты (НОАК): дабигатран, ривароксабан, апиксабан. Эти лекарственные средства были одобрены к применению для профилактики инсульта при «неклапанной» ФП, а также для лечения или профилактики венозной тромбоэмболии [5; *Marcucci M. et al.* 2013]. Эффективность и безопасность дабигатрана, ривароксабана и апиксабана доказана в исследованиях RE-LY, ROCKET AF и ARISTOTLE [6]. Для них характерна высокая прогнозируемость терапевтического действия, что позволяет использовать фиксированные дозы и не требует мониторинга уровня коагуляции. Кроме того, НОАК имеют быстрое начало действия, прогнозируемую фармакокинетику и малое число лекарственных взаимодействий.

Следует отметить, что несмотря на широкую эффективность антикоагулянтной терапии существует вероятность кровотечений. Сложности ведения больных перед и после оперативных вмешательств, вероятнее всего, являются причиной неназначения антикоагулянтной терапии, особенно в амбулаторных условиях. По данным европейских исследований, от 2 до 5% населения нуждаются в постоянной антикоагулянтной терапии, из них не более 10%

принимают необходимые лекарственные препараты. В США подобная проблема была решена созданием специализированных антикоагулянтных кабинетов. Первый кабинет открыт в конце 1970-х гг. Работа заключалась в амбулаторном ведении пациентов, принимающих антикоагулянтную терапию. Им проводился контроль уровня коагуляции, необходимая коррекция дозы препарата, инструкция отмены препарата перед оперативными вмешательствами [7].

Цель исследования – создать кабинет контроля антикоагулянтной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное контролируемое исследование включались пациенты с «неклапанной» ФП, принимающие различные варианты антикоагулянтной терапии с 2013 по 2015 г. Все больные проходили стационарное лечение в условиях ГКБ № 7, ГКБ № 4 г. Москвы и УКБ № 1 Первого МГМУ имени И.М. Сеченова. При выписке больным было рекомендовано обратиться в кабинет контроля антикоагулянтной терапии (ККАКТ). На первом приеме с больными проводилась разъяснительная беседа о необходимости АКТ, о ее возможных осложнениях. После первого визита у пациентов имелась возможность контактировать с врачом по телефону или с помощью Интернета, а также прийти на повторный прием ежедневно с 9:00 до 17:00. Больным предлагалось до и после разъяснительной беседы пройти тестирование, включающее вопросы о правильном приеме препарата и возможных побочных действиях.

Врачом оценивался риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂VASc и риск развития кровотечений по HAS-BLED. Тяжесть кровотечений оценивали по шкале TIMI. Контролировались лабораторные показатели (общего анализа крови и креатинина (для расчета скорости клубочковой

филтрации (СКФ) по MDRD). Больным, принимающим варфарин, предлагалось 2 варианта контроля международного нормализованного отношения (МНО). Можно было измерить МНО в условиях ККАКТ с помощью портативного экспресс-коагулометра (CoaguChek XS Plus) с одномоментной коррекцией терапии при необходимости. Или же в рекомендованные сроки (назначалась дата контроля МНО) в условиях поликлиники или коммерческих лабораторий. Полученные результаты сообщались врачу посредством телефонных звонков, смс-сообщений или по электронной почте. Всем больным, принимающим варфарин, рассчитывалось время нахождения МНО в терапевтическом диапазоне (ТТР).

Больным, которым необходимо оперативное вмешательство, проводилась коррекция антикоагулянтной терапии.

Различия между двумя независимыми группами по количественным признакам определялись с помощью t-критерия Стьюдента или U-критерия Манна – Уитни, для сравнения более чем двух независимых групп использовались ANOVA или критерий Краскела – Уоллиса. Сравнение частот встречаемости генотипов или их сочетаний проводилось с использованием двустороннего варианта точного критерия Фишера. Для всех использованных критериев достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С 2013 по 2015 г. в исследование включен 301 пациент с «неклапанной» ФП, принимающий различные варианты антикоагулянтной терапии. Пациентов, принимающих варфарин, – 49 (16%); ривароксабан – 34 (11%); апиксабан – 81 (28%) и

Таблица 1

Сравнительная характеристика пациентов с фибрилляцией предсердий

Показатели	Вариант терапии				P
	варфарин (n = 49)	дабигатран (n = 137)	ривароксабан (n = 34)	апиксабан (n = 81)	
Средний возраст (лет), абс. (%)					
моложе 64	-	5 (4)	26 (76)	25 (31)	0,012
от 65 до 74	24 (49)	116 (84)	8 (24)	52 (64)	0,012
старше 75	25 (51)	16 (12)	0	4 (5)	0,023
Пол муж./жен., абс. (%)	33/16 (67/33)	20/117 (15/85)	21/13 (62/38)	54/27 (67/33)	
ИБС, абс. (%)	49 (100)	78 (57)	19 (56)	18 (22)	0,014
Стенокардия напряжения II–III ФК, абс. (%)	17 (35)	17 (12)	2 (6)	8 (10)	0,021
ИМ в анамнезе, абс. (%)	4 (8)	31 (23)	7 (21)	9 (11)	0,015
Реваскуляризация миокарда в анамнезе, абс. (%); из них:					
ЧКВ	7 (25)	22 (73)	10 (100)	-	0,021
АКШ	21 (75)	8 (27)	-	1 (100)	0,018
Гипертоническая болезнь, абс. (%)	49 (100)	136 (99)	34 (100)	78 (96)	0,015
Сахарный диабет II типа, абс. (%)	8 (16)	34 (25)	21 (62)	26 (32)	0,032
ХСН, абс. (%)	38 (78)	127 (93)	11 (32)	24 (30)	0,021
ОНМК в анамнезе, абс. (%)	27 (55)	54 (39)	8 (23)	8 (10)	0,016
Хроническая болезнь почек, абс. (%)					
1-я стадия	-	37 (27)	27 (79)	-	0,014
2-я стадия	-	47 (34)	7 (21)	42 (52)	0,021
3-я стадия	40 (82)	53 (39)	-	39 (48)	0,015
4-я стадия	7 (14)	-	-	-	0,011
5-я стадия	2 (4)	-	-	-	0,011
Шкала CHA ₂ DS ₂ VASc, абс. (%)					
0–2 балла	-	2 (1)	-	14 (17)	0,016
3–5 баллов	23 (47)	91 (66)	34 (100)	60 (74)	0,012
>5 баллов	26 (53)	44 (32)	-	7 (9)	0,021
Шкала HAS-BLED, абс. (%)					
1–2 балла	-	38 (28)	4 (12)	11 (13)	0,014
>2 баллов	49 (100)	99 (72)	30 (88)	70 (87)	0,016

Таблица 2

Сравнительная характеристика кровотечений по степени тяжести у больных с фибрилляцией предсердий

Кровотечения по степени тяжести	Вариант терапии			
	варфарин (n = 49)	дабигатран (n = 137)	ривароксабан (n = 34)	апиксабан (n = 81)
Малые, абс. (%)	49 (100)	67 (49)	11 (32)	3 (4)
Большие, абс. (%)	2 (4)	5 (4)	1 (3)	-

дабигатран – 137 (45%). Больные, принимающие дабигатран (137 (45%) и апиксабан (81 (28%), были поделены на подгруппы в зависимости от принимаемой дозы. Так, 118 пациентам (86%), принимающим дабигатран, была назначена дозировка 150 мг 2 раза в сутки, 19 (14%) – 110 мг 2 раза в сутки; 77 пациентам (95%), принимающим апиксабан – 5 мг 2 раза в сутки, 4 (5%) – 2,5 мг 2 раза в сутки.

Средний возраст больных составил $54,8 \pm 9,3$ года, абсолютное большинство больных (72%) были в возрасте от 65 до 74 лет. Доля мужчин составила 57%, женщин – 43%.

Анализ распределения пациентов с ФП по шкале HAS-BLED показал, что больше всего было пациентов с оценками 3 балла (41%) и 4 балла (30%).

Анализ распределения пациентов с ФП по шкале CHA₂DS₂VASc показал, что наибольшими были доли пациентов с оценками 3 балла – 20%, 4 балла – 14%, 5 баллов – 35% и 6 баллов – 16%.

Анализ сведений о частоте выявления сопутствующих заболеваний у пациентов с ФП показал, что более чем у половины больных (55%) была ишемическая болезнь сердца (ИБС), в 27% случаев диагностирована стенокардия напряжения II–III функциональных классов (ФК). У 31 пациента в анамнезе был инфаркт миокарда (ИМ), а в 42% случаев выполнялась реваскуляризация миокарда (проведение аортокоронарного шунтирования (АКШ) или использование метода чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

У абсолютного большинства пациентов выявлены гипертоническая болезнь и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – в 91 и 66% случаях, острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) – у 32% больных. Хронические заболевания почек диагностированы у всех пациентов, при этом чаще всего отмечались II и III стадии болезней – в 32 и 44% случаев соответственно.

Всем больным, принимающим варфарин, в течение всего периода наблюдения измерялось МНО (в среднем около 16 измерений в год). Время нахождения МНО в целевом диапазоне от 72 до 84%.

Известно, что до обращения в ККАКТ больным проводилось нерегулярное измерение МНО (от 4 до 15 измерений в год, TTR от 12 до 49%). В большинстве случаев целевого значения МНО достигнуто не было.

В табл. 1 представлены сравнительные данные по всем группам пациентов с «неклапанной» ФП в зависимости от принимаемых лекарственных средств.

Из группы больных, принимающих варфарин, – 9 (18%), отмечается СКФ менее 30 мл/мин/1,73м², у 4 (3%) пациентов из группы дабигатрана зафиксировано повышение печеночных ферментов (АЛТ, АСТ, ГГТ) более чем в 3 раза.

У всех пациентов (100%), которые принимали варфарин, наблюдались малые кровотечения; в группе больных, получавших дабигатран и ривароксабан, малых кровотечений – 49% и 32% соответственно (табл. 2); в группе больных, принимающих апиксабан, – 4%.

В группе больных, принимающих апиксабан, больших кровотечений не наблюдалось. В то время как в группах больных, принимающих варфарин, дабигатран и ривароксабан, значения этого показателя составили 4%, 5% и 3% соответственно.

Большие кровотечения наблюдались в группе больных, принимающих дабигатран, зафиксированы у пациентов, которые использовали дозу 150 мг 2 раза в сутки.

Степень тяжести кровотечений оценивали по шкале TIMI.

Среди малых кровотечений достоверно чаще фиксировались носовые, кровоточивость десен и подкожные гематомы – 88 (68%), 32 (25%) и 10 (7%) соответственно. В 68% случаев носовые кровотечения носили рецидивирующий характер. Кровоточивость десен после консультации стоматолога с выполнением рекомендаций не отмечалась.

Все большие кровотечения являлись желудочно-кишечными, со снижением концентрации гемоглобина на 50 г/л и более (максимально на 74 г/л).

В работе нашего кабинета отмечались случаи перевода больных (24) с варфарина на НОАК (дабигатран).

Проводилась отмена препарата с дальнейшим контролем МНО. При достижении МНО менее 2,0 назначался дабигатран в необходимой дозе.

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя работу кабинета контроля антикоагулянтной терапии можно говорить о том, что в реальной клинической практике больным с высоким риском развития ТЭО чаще назначают дабигатран и варфарин, в то время как пациентам в группе с высоким риском кровотечений рекомендуют апиксабан.

За 1,5 года наблюдения ни одного тромбоэмболического события не зафиксировано, что позволяет говорить о равной эффективности варфарина, дабигатрана, ривароксабана и апиксабана. Полученные данные противоречат крупным клиническим исследованиям. Возможно, это обусловлено тем, что в условиях кабинета контроля антикоагулянтной терапии у больных, принимающих варфарин, лучше контролируется МНО, о чем свидетельствует показатель в TTR – 74% (TTR в исследованиях RE-LY, ROCKET AF и ARISTOTLE – от 55 до 64%).

Несомненно, требуется последующее наблюдение за работой кабинета контроля антикоагулянтной терапии и формирование большей выборки пациентов.

Список литературы

1. Goldhaber S.Z., Bounameaux H. Pulmonary embolism and deep vein thrombosis. *Lancet*. 2012; 379: 1835–1846.
2. Mani H., Lindhoff-Last E. New oral anticoagulants in patients with nonvalvular atrial fibrillation: a review of pharmacokinetics, safety, efficacy, quality of life, and cost effectiveness. *Drug Des. Devel. Ther.* 2014; 8: 789–798.
3. Ansell J., Hirsh J., Hylek E. et al. Pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines (8th ed.). *Chest*. 2008; 12 (6): 160–198.
4. Wan Y., Heneghan C., Perera R. et al. Anticoagulation control and prediction of adverse events in patients with atrial fibrillation: a systematic review. *Circ. Cardiovasc Qual Outcomes*. 12 (2): 84–91.
5. Calvo Romero J.M., Lima Rodriguez E.M. New oral anticoagulants in the treatment of venous thromboembolic disease. *Semergen*. 2013; 39 (3): 146–149.
6. Healey J.S., Eikelboom J., Douketis J. et al. Periprocedural bleeding and thromboembolic events with dabigatran compared with warfarin: results from the Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy (RE-LY) randomized trial. *Circulation*. 2012; 126 (3): 343–348.

УДК 616.36-002.14:578.891-616.98:578.833.25

К.Т. Умбетова,
д-р мед. наук, проф. кафедры инфекционных болезней
Первого МГМУ имени И.М. Сеченова
Минздрава России

Е.В. Волчкова,
д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой инфекционных
болезней Первого МГМУ имени И.М. Сеченова
Минздрава России

Л.С. Карань,
канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник
ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии
Роспотребнадзора»

Д.В. Чернышов,
врач-реаниматолог отделения реанимации,
интенсивной терапии Инфекционной клинической
больницы № 2 г. Москвы

О.Ф. Белая,
врач-реаниматолог, д-р мед. наук, проф., проф.
кафедры инфекционных болезней Первого МГМУ
имени И.М. Сеченова Минздрава России

Е.А. Богачева,
врач-инфекционист 5-го инфекционного отделения
Инфекционной клинической больницы № 2
г. Москвы

О.В. Дарвина,
канд. мед. наук, ассистент кафедры инфекционных
болезней Первого МГМУ имени И.М. Сеченова
Минздрава России

С.Г. Пак,
чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф., почетный зав.
кафедрой инфекционных болезней Первого МГМУ
имени И.М. Сеченова Минздрава России

K.T. Umbetova,
Doctor of Medical Science, professor of infectious diseases
department, The State Education Institution of Higher Pro-
fessional Training The First Sechenov Moscow State Medical
University under Ministry of Health of the Russian Federation

E.V. Volchkova,
Doctor of Medical Science, professor, Head of infectious
diseases department, The State Education Institution of
Higher Professional Training The First Sechenov Moscow
State Medical University under Ministry of Health
of the Russian Federation

L.S. Karan,
Candidate of Medical Science, Leading Researcher, Federal
Budget Institution of Science «Central Research Institute
of Epidemiology» of The Federal Service for Surveillance
on Customers' Rights Protection and Human Well-being

D.V. Chernishov,
Resuscitator at Intensive Care Unit, Moscow Infection
Clinical Hospital № 2, Moscow

O.F. Belaia,
Doctor of Medical Science, Professor with
of the Department of Infectious Diseases, I.M. Sechenov
First MSMU

E.A. Bogacheva,
Infectious disease physician with the 5th Infectious
Diseases Department, Moscow Infection Clinical
Hospital № 2, Moscow

O.V. Darvina,
Candidate of Medical Science, Lecturer with Infectious
Diseases Department, the Department of Infectious
Diseases, I.M. Sechenov First MSMU

S.G. Pak,
Corresponding Member of Russian Academy of Sciences,
Doctor of Medical Science, professor, Honorary head
of Infectious Diseases Department

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕПАТИТОМ А И ЛИХОРАДКОЙ ДЕНГЕ

CO-INFECTION OF ACUTE HEPATITIS A AND DENGUE FEVER: A CASE REPORT

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Умбетова Карина Туракбаевна, д-р мед. наук, проф.
кафедры инфекционных болезней Первого МГМУ
имени И.М. Сеченова Минздрава России
Адрес: 105275, г. Москва, 8-я ул. Соколиной Горы,
д. 15, корп. 1
Телефон: +7 (495) 365-27-77
e-mail: karinasara@inbox.ru
Статья поступила в редакцию: 15.04.2016 г.
Статья принята к печати: 15.08.2016 г.

CONTACT INFORMATION:

Karina Umbetova, Doctor of Medical Science, Professor with the
Department of Infectious Diseases, I.M. Sechenov First MSMU
Address: 15/1, 8 str. Sokolinoi Gori, Moscow, Russia, 105275
Tel.: +7 (495) 365-27-77
e-mail: karinasara@inbox.ru
The article received: April 15, 2016.
The article approved for publication: August 15, 2016.

Аннотация. В статье описывается клинический случай одновременного инфицирования вирусным гепатитом А и лихорадкой денге туриста из России, находившегося в Доминиканской Республике.

Abstract. The paper describes a case of dengue virus and viral hepatitis A co-infection in a Russian male who traveled in Dominican Republic.

Ключевые слова. Лихорадка денге, вирусный гепатит А.

Keywords. Dengue virus, viral hepatitis A.

За последние 30–40 лет в странах Северной и Южной Америки и в регионе Карибского бассейна возросла заболеваемость лихорадкой денге, в связи с этим возросла заболеваемость и среди туристов [1, 2]. В ряде исследований вирус денге был идентифицирован у лихорадящих путешественников в 7–45% случаев [3, 4]. Следует отметить, что регион Карибского бассейна – территория с высоким уровнем заболеваемости вирусным гепатитом А (HAV). Опасность одновременного поражения двумя и более заболеваниями определяется широкой распространенностью инфекционных заболеваний в этом регионе, что значительно может затруднить диагностику и ухудшить прогноз у данных лиц.

Приводим описание истории болезни пациента, заразившегося одновременно лихорадкой денге и вирусным гепатитом А после посещения им Доминиканской Республики.

Больной Г., 47 лет, был доставлен 21 марта 2016 г. в отделение интенсивной терапии ИКБ № 2 с диагнозом «острый вирусный гепатит А», желтушная форма, тяжелое течение. Токсическая нефропатия. Сахарный диабет 2 типа. Ожирение III степени (при росте 184 см и массе тела 110 кг). Жалобы на слабость, дискомфорт в животе. За 30 дней до заболевания больной вернулся из Доминиканской Республики, где находился 14 дней, и в течение этого времени активно употреблял алкоголь.

Заболевание началось остро, с повышения температуры тела до 38 °С, ломоты в крупных суставах, снижения аппетита, тошноты. Принимал азитромицин, ингавирин, нестероидные противовоспалительные препараты – самочувствие не улучшалось, нарастала слабость, сохранялась лихорадка. На 4-й день заболевания потемнела моча, пожелтели склеры. На 6-й день болезни госпитализирован в районную больницу в инфекционное отделение с диагнозом «вирусный гепатит». На 10-й день болезни состояние больного ухудшилось, появились признаки острой печеночной энцефалопатии – неадекватность поведения, эйфория, не критичность к своему состоянию; переведен в отделение интенсивной терапии. При обследовании методом иммуноферментного анализа обнаружены анти-HAV IgM.

При поступлении в отделение интенсивной терапии ИКБ № 2: состояние тяжелое, в сознании, эйфоричен, говорлив, на вопросы не всегда отвечает по существу, не критичен к своему состоянию. Менингеальной и очаговой неврологической сим-

птоматики нет. Не лихорадит. Кожа с желтушным оттенком, гематомы в местах инъекций на верхних конечностях, левом бедре. Параорбитальные гематомы с обеих сторон. Склеры иктеричные с кровоизлияниями. В легких – дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Частота дыхательных движений – 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс – 100 ударов в минуту, артериальное давление – 170/100 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жирового слоя, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 5,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочепуспускание безболезненное, моча темная.

Данные, полученные в ходе инструментально-лабораторных исследований на момент госпитализации, показали: в биохимическом анализе крови – общий белок 64 г/л, мочевины 33 ммоль/л, креатинин 1292 мкмоль/л, общий билирубин 92 мкмоль/л, АЛТ 80 МЕ/л, АСТ 33 МЕ/л, глюкоза 17,4 ммоль/л; в коагулограмме протромбиновый индекс – 64%, МНО=1,56; в общем анализе крови – гемоглобин 97 г/л (анемия), лейкоциты до $12,3 \times 10^9$ /л (лейкоцитоз), п/я 7%, с/я 44%, мон 4%, л 36%; посев мочи на флору выявил рост *Pseudomonas aeruginosa*; при рентгенографии органов грудной клетки диагностированы двухсторонняя очаговая пневмония, неспецифические интерстициальные изменения.

Тяжесть состояния больного была обусловлена почечно-печеночной недостаточностью, ДВС-синдромом. Учитывая выраженную почечную недостаточность, геморрагический синдром на фоне умеренного цитолиза проводили дифференциальный диагноз с геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) и лептоспирозом. В реакции непрямой иммунофлюоресценции антитела к вирусу ГЛПС не обнаружены, реакция микроагглютинации лептоспир отрицательная. Больной получал антибактериальную (цефтриаксон 4 г/сут, левобактом 1 г/сут), инфузионно-корригирующую, дезинтоксикационную, противотечную терапию, продленную вено-венозную гемодиализацию.

На 20-й день болезни самочувствие больного ухудшилось, снизился уровень сознания – 8–9 баллов по шкале Глазго. Зрачки узкие, фотореакция очень вялая. Менингеальной и очаговой неврологической симптоматики, лихорадки не было.

В связи с нарастанием интоксикационного синдрома и прогрессирования отека головного мозга больного интубировали и проводили искусственную вентиляцию легких в режиме SIMV. С целью иммунозаместительной терапии применяли октагам 40 мг внутривенно капельно № 3; была усилена антибактериальная терапия сульперазоном 6 г/сут, циластатином 2 г/сут.

Учитывая острое развитие заболевания, начавшееся с повышения температуры до 38 °С, выраженной артралгии, диспепсии с последующим присоединением геморрагической сыпи, гепатоспленомегалии, почечной недостаточности. Эпидемиологический анамнез (пребывание в Доминиканской Республике) назначено обследование на лихорадку денге, геморрагическую форму. Диагноз вирусный гепатит А вызывал сомнение и для его исключения взят анализ крови на HAV РНК. Получено лабораторное подтверждение: в сыворотке крови и в моче обнаружена РНК вируса денге III типа, а также выявлена HAV РНК.

На фоне проводимой терапии состояние больного характеризовалось положительной динамикой: купировался отек головного мозга, восстановилось сознание и адекватное самостоятельное дыхание; через 10 дней (30-й день болезни) больной переведен на самостоятельное дыхание через трахеостомическую канюлю, на следующий день деканюлирован.

На 32-й день болезни больной в стабильном состоянии переведен в инфекционное отделение для дальнейшего лечения. На 33-й день болезни состоялось желудочно-кишечное кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки, кровопотеря тяжелой степени, больного перевели в АИР, провели эндоскопический гемостаз. Больной три дня находился в хирургическом отделении и снова переведен в инфекционное отделение. Больной получал меронем 6 г, амикацин, дифлюкан 200 мг внутривенно капельно, флюконазол 100 мг перорально.

На 51-й день болезни больной был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии с диагнозом: лихорадка денге, геморрагическая форма, тяжелое течение. Гепатит смешанной этиологии (HAV+алкогольный гепатит), желтушная форма, тяжелое течение. Осложнение: двухсторонняя очаговая пневмония, внебольничная, бактериальная неуточненная. Синдром полиорганной недостаточности. ДВС-синдром. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки с кровопотерей тяжелой сте-

пени (эндоскопический гемостаз). Трахеостомия. Сопутствующий диагноз: сахарный диабет 2 типа, декомпенсация. Инфекция мочевыводящих путей, вызванная *pseudomonas aeruginosa*. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Ожирение III степени.

Описанный клинический случай свидетельствует о том, что пребывание в опасных с точки зрения эпидемиологической ситуации по заболеваемости особо опасными инфекциями странах, например, как Доминиканская Республика, может сопровождаться одновременным инфицированием различными инфекционными заболеваниями. Необходимо проводить своевременное комплексное обследование на целый ряд эндемичных для данной территории возбудителей с целью проведения ранней и адекватной терапии. Это первый случай описания одновременного заражения выходца из России вирусным гепатитом А и лихорадкой денге с развитием острой почечной недостаточности, завезенных из Доминиканской Республики. Клинический случай с тяжелым течением сочетанной инфекции вирусного гепатита А и лихорадки денге с развитием острой печеночной недостаточности описан врачами из Индии [5].

Хотя приведенный нами клинический случай и является единичным, расширение туристского потока в регион Карибского бассейна может увеличить частоту встречаемости подобных случаев в нашей стране.

Список литературы

1. Freedman D.O., Weld L.H., Kozarsky P.E. et al. Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers. *N. Engl. J. Med.* 2006; 354: 119–130.
2. Tsai T.F., Niklasson B. Arboviruses and zoonotic viruses. In: DuPont H.L., Steffen R. (eds.) *Textbook of travel medicine and health*. 2nd ed. Hamilton, Ontario: BC Decker; 2001: 290–312.
3. Jelinek T., Muhlberger N., Harms G. et al. Epidemiology and clinical features of imported dengue fever in Europe: Sentinel surveillance data from TropNetEurop. *Clin. Infect. Dis.* 2002; 35: 1047–1052.
4. Wichmann O., Gascon J., Schunk M. et al. Severe dengue virus infection in travelers: risk factors and laboratory indicators. *J. Infect. Dis.* 2007; 195: 1089–1096.
5. Sunil Taneja, Amritangsu Borakokty, Ajay Duseja, Radha Krishan Dhiman, Yogesh Chawla. Acute liver failure caused by hepatitis A virus with Dengue coinfection. *J. of Clinical and Experimental Hepatology*. 2016; XX (XX): 1–1.

УДК 618.14-006.5

А.И. Ищенко,

д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, директор НОКЦ «Женское здоровье»

В.М. Зуев,

д-р мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Т.А. Джибладзе,

д-р мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

И.Д. Хохлова,

канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Ш.Н. Борцвадзе,

канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Е.В. Федорова,

канд. мед. наук, врач отделения УЗ диагностики Клиники акушерства и гинекологии имени В.Ф. Снегирева УКБ № 2 Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Н.Г. Блохин,

студент лечебного факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

A.I. Ischenko,

Doctor of Medical Science, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, I.M. Sechenov First MSMU; Director, Research and Clinical Center «Woman Health»

V.M. Zuev,

Doctor of Medical Science, Professor with the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, I.M. Sechenov First MSMU

T.A. Dzhibladze,

Doctor of Medical Science, Professor with the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, I.M. Sechenov First MSMU

I.D. Khokhlova,

Candidate of Medical Science, Assistant Professor with the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, I.M. Sechenov First MSMU

Sh.N. Bortsvadze,

Candidate of Medical Science, Assistant with the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, I.M. Sechenov First MSMU

E.V. Fedorova,

Candidate of Medical Science, Ultrasound Physician with V.F. Snegirev Clinic of Obstetrics and Gynecology, University Clinical Hospital № 2, I.M. Sechenov First MSMU

N.G. Blokhin,

Student, I.M. Sechenov First MSMU

АМБУЛАТОРНЫЙ СКРИНИНГ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

POSTMENOPAUSAL ENDOMETRIAL SCREENING AT PRIMARY HEALTHCARE

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Борцвадзе Шорена Нугзаровна, канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России
Адрес: 117437, г. Москва, ул. Академика Арцимовича, д. 5, корп. 1
Телефон: +7 (926) 383-14-99
e-mail: shorena.b@list.ru
Статья поступила в редакцию: 15.04.2016 г.
Статья принята к печати: 15.08.2016 г.

CONTACT INFORMATION:

Shorena Bortsvadze, Candidate of Medical Science, Assistant with the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, I.M. Sechenov First MSMU
Address: 5/1, Akademika Artsimovicha str., Moscow, Russia, 117437
Tel.: +7 (926) 383-14-99
e-mail: shorena.b@list.ru
The article received: April 15, 2016.
The article approved for publication: August 15, 2016.

Аннотация. Поскольку в настоящее время гиперпластические процессы эндометрия занимают одну из лидирующих позиций в структуре гинекологических заболеваний у женщин в постменопаузальном периоде, возрастает необходимость ранней диагностики данной патологии с применением неинвазивных (ультразвуковое исследование органов малого таза) и малоинвазивных (офисная гистероскопия, аспирационная биопсия) методов исследования. В условиях лечебно-диагностического отделения Клиники акушерства и

гинекологии имени В.Ф. Снегирева было проведено комплексное исследование, целью которого явилась оптимизация диагностики патологии эндометрия в амбулаторно-поликлинических условиях у пациенток постменопаузального периода, не имеющих характерных клинических симптомов. По результатам исследования можно сделать вывод, что неинвазивные и малоинвазивные методы диагностики в амбулаторных условиях позволяют выявить ранние признаки патологических изменений слизистой оболочки матки и своевременно разработать дифференцированную лечебную тактику.

Abstract. The increase in the endometrial hyperplasia prevalence in postmenopausal women calls for early diagnostics with non-invasive (pelvic ultrasound tests) and minimally invasive (office hysteroscopy, aspiration biopsy) methods. The Treatment and Diagnostic Department, F.M. Snegirev Clinic of Obstetrics and Gynecology did a complex study to optimize the diagnosis of endometrial pathologies in asymptomatic postmenopausal patients in primary health care setting. The study findings suggest that early diagnostics with non-invasive and minimally invasive methods in primary health care setting can reveal early pathological changes in uterine mucous membrane enabling timely and personalized treatment.

Ключевые слова. Гиперпластические процессы эндометрия, постменопауза, скрининг.

Keywords. Endometrial hyperplasia, postmenopause, screening.

ВВЕДЕНИЕ

Гиперпластические процессы эндометрия в постменопаузальном возрасте являются весьма актуальной проблемой, поскольку составляют 60–70% в структуре гинекологических заболеваний этого возрастного периода [1] и могут быть непосредственными предшественниками рака эндометрия или служить благоприятным фоном для его развития [2].

Поскольку пик заболеваемости раком эндометрия приходится на постменопаузу [3, 4, 5, 6], особое значение приобретает раннее выявление и своевременное лечение гиперпластических процессов слизистой оболочки матки у пациенток этой возрастной группы.

Бессимптомное течение патологии эндометрия на ранних этапах обуславливает возрастание роли неинвазивных и малоинвазивных методов диагностики в амбулаторных условиях, позволяющих выявить признаки патологических изменений слизистой матки на доклиническом этапе.

Целью исследования явилась оптимизация диагностики патологии эндометрия в амбулаторно-поликлинических условиях у пациенток постменопаузального периода, не имеющих характерных клинических симптомов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В условиях лечебно-диагностического отделения Клиники акушерства и гинекологии имени В.Ф. Снегирева проведено комплексное исследование состояния эндометрия в постменопаузе у 592 пациенток в возрасте от 52 до 84 лет. Длительность периода постменопаузы варьировалась от 4 до 36 лет.

В исследовании принимали участие пациентки, обратившиеся в лечебно-диагностическое отделение клиники с жалобами, не характерными для патологии эндометрия. Приливы жара к голове и верхней части туловища, нарушения сна, снижение

работоспособности имели место у 228 (38,5%) пациенток, учащенные позывы к мочеиспусканию у 101 (17%), недержание мочи при напряжении – у 89 (15%), мутные выделения с неприятным запахом – у 67 (11,3%), сухость и трещины в области больших и малых половых губ – у 64 (10,8%), болезненность при половом акте – у 52 (8,8%) пациенток.

Комплексное амбулаторное обследование выполнялось согласно стандартам оказания медицинской помощи (анализ жалоб, сбор анамнеза, физикальный осмотр, гинекологическое исследование и др.) с учетом индивидуальных клинических симптомов и в обязательном порядке включало ультразвуковое исследование органов малого таза с помощью аппарата ультразвуковой диагностики Toshiba Aplio, снабженного трансвагинальным датчиком с частотой импульсных колебаний 5–8 МГц.

Оценку васкуляризации эндометрия проводили, используя цветовое доплеровское картирование в режиме энергетического доплера.

При ультразвуковом исследовании у 121 (20,4%) пациентки были выявлены отклонения значений эхо-структуры и толщины М-эхо от нормативных. В связи с этим в амбулаторных условиях им были проведены офисная гистероскопия и аспирационная биопсия (пайпель-биопсия) эндометрия с последующим цитологическим исследованием.

Облитерация наружного зева и/или нижней трети цервикального канала были обнаружены у 18 (15%) пациенток, поэтому перед проведением офисной гистероскопии в амбулаторных условиях выполнили лазерную реканализацию с помощью углекислотного лазера с длиной волны излучения 10,6 мкм.

Офисную гистероскопию проводили с помощью эндоскопа диаметром 3,3 мм производства компании Karl Storz (Германия).

Оценивали состояние эндоцервикса (окраску, складчатость), форму полости матки, наличие или отсутствие фиброзных сращений, толщину, рельеф и окраску слизистой оболочки.

Преимуществом офисной гистероскопии является возможность ее проведения в амбулаторных условиях, без анестезии и травматизации шейки матки в связи с отсутствием необходимости расширения цервикального канала и наложения пулевых щипцов, а также визуальная оценка состояния полости матки и эндометрия. Эти факторы имеют особое значение у пациенток старшего возраста и соматически отягощенных больных.

Аспирационную биопсию эндометрия проводили пайпель-зондом диаметром 2–4 мм. Полученный материал наносили на предметное стекло с последующим цитологическим исследованием после предварительной фиксации и окрашивания мазков по методу Романовского – Гимзы.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием стандартных методов описательной и вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты показали отсутствие эхографических признаков внутриматочной патологии у 471 (79,6%) пациентки постменопаузального периода, в то время как у остальных 121 (20,4%) выявлены отклонения параметров эхоструктуры и толщины М-эхо от нормативных, свойственных при постменопаузе. Так, у 32 (26,4%) из 121 пациентки обнаружена серометра с расширением передне-заднего размера М-эхо от 5 до 13,5 мм за счет эхонегативного внутриматочного содержимого на фоне тонкого (1,5–2 мм) эндометрия.

Сочетание серометры с внутриматочными синехиями и полипами выявлены у 36 (29,8%) и 20 (16,5%) пациенток соответственно (рис. 1, 2).

Эхографические признаки гиперпластического процесса эндометрия (неоднородность внутренней

структуры полости матки и увеличение передне-заднего размера М-эхо от 5,8 мм до 16,5 мм) обнаружено у 31 (25,6%) пациентки.

Схожая эхографическая картина, дополненная нечеткими, деформированными контурами расширенного М-эхо и активной васкуляризацией эндометрия, позволили заподозрить рак эндометрия у двух (1,7%) пациенток.

Ретроспективный анализ показал, что точность эхографической диагностики патологических процессов эндометрия составила 92,3%, что согласуется с данными Демидова В.Н. [9], показывающими, что трансвагинальная эхография – наиболее информативный неинвазивный метод выявления патологии эндометрия.

Допплерография показала отсутствие зон васкуляризации эндометрия у пациенток с серометрой, наличие единичных сигналов при полипах эндометрия и множественных зон васкуляризации вдоль патологического М-эхо при раке эндометрия.

Приведенные результаты комплексного ультразвукового исследования с использованием цветового доплеровского картирования свидетельствуют о высокой точности и информативности данного метода в диагностике гиперпластических процессов эндометрия [7].

В то же время наиболее информативным малоинвазивным инструментальным методом диагностики внутриматочной патологии в постменопаузе является, согласно нашим данным, офисная гистероскопия, благодаря которой удалось уточнить характер внутриматочной патологии у 118 пациенток из 121 (97,5%). У трех пациенток наблюдалась полная облитерация полости матки фиброзной тканью. Полученные данные совпадают с результатами исследования Korkmazer E. [8, 9], которые оценили чувствительность, специфичность, положительную и отрицательную прогностическую ценность



Рис. 1. УЗ-картина внутриматочных синехий на фоне серометры



Рис. 2. УЗ-картина полипа эндометрия на фоне серометры в постменопаузе

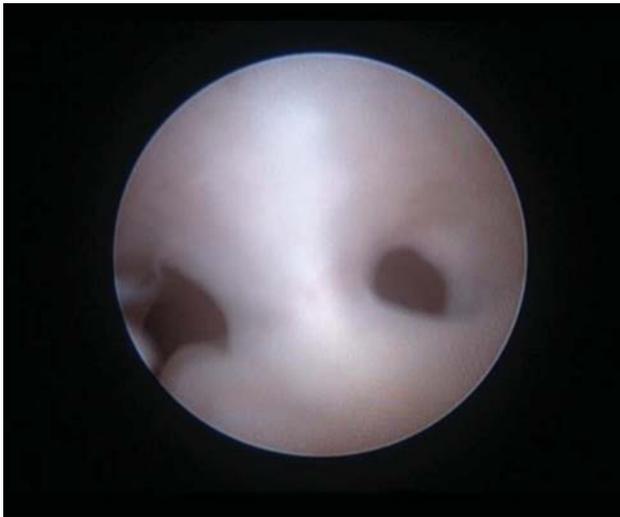


Рис. 3. Гистероскопическая картина внутриматочных синехий

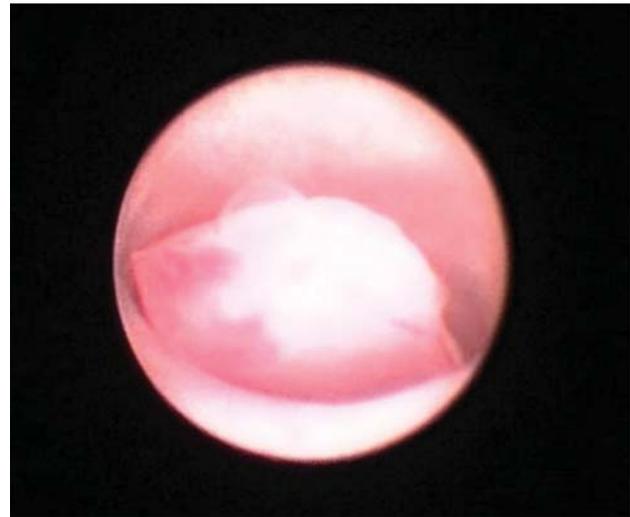


Рис. 4. Гистероскопическая картина полипа эндометрия

гистероскопии у женщин в постменопаузальном периоде как 76,4%, 76,9%, 73,1%, 79,8% соответственно, показав, что гистероскопия является быстрым и точным малоинвазивным методом оценки состояния эндометрия.

При офисной гистероскопии внутриматочные синехии визуализировались в виде единичных или множественных фиброзных тяжей между передней и задней стенками матки на фоне бледного атрофического эндометрия (рис. 3); полипы эндометрия имели вид овальных или округлых образований розового цвета на широком или тонком основании, флотирующих с током жидкости (рис. 4). При гиперплазии эндометрия отмечалось очаговое или диффузное утолщение эндометрия, в ряде случаев с гиперемией и выраженным сосудистым рисунком.

У двух пациенток с раком эндометрия наблюдалось значительное очаговое утолщение слизистой багрово-синюшного цвета и кровоточивость при контакте с офисным гистероскопом.

Данные офисной гистероскопии были подтверждены при помощи цитологического исследования аспирата из полости матки, и в зависимости от выявленных внутриматочных изменений все пациентки (121) были распределены на 6 групп:

- I группа: серометра на фоне атрофии эндометрия – 32 (26,4%);
- II группа: серометра и внутриматочные синехии на фоне атрофии эндометрия – 36 (29,8%);
- III группа: серометра и полипы эндометрия – 20 (16,5%);
- IV группа: гиперплазия эндометрия – 12 (9,9%);
- V группа: полип эндометрия – 19 (15,7%);
- VI группа: рак эндометрия – 2 (1,7%).

Формирование клинических групп позволило осуществить дифференцированный подход к разработке последующей лечебно-диагностической тактики.

Так, пациенткам I и II групп после эвакуации серометры в процессе аспирационной биопсии было рекомендовано амбулаторное наблюдение, включающее ультразвуковое исследование органов малого таза через 6 месяцев.

Пациентки III, IV и V групп были госпитализированы в гинекологическое отделение клиники для отдельного диагностического выскабливания под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием соскобов, две пациентки VI группы были направлены на консультацию онколога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подтвердило актуальность проблемы гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузе у пациенток, не имеющих характерных клинических признаков.

Частое бессимптомное течение патологии эндометрия на ранних этапах обусловило возрастание значения неинвазивных (ультразвуковое исследование органов малого таза) и малоинвазивных (офисная гистероскопия, аспирационная биопсия) методов диагностики в амбулаторных условиях, позволяющих выявить ранние признаки патологических изменений слизистой матки и своевременно разработать дифференцированную лечебную тактику.

Список литературы

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. М.: Медицина; 1989: 78.
[Bohman Ia.V. Manual on gynecological oncology. Moscow: Medicine; 1989: 78 (in Russian).]
2. Липман А.Д., Хохлова И.Д., Побединский Н.М. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2001; 3: 24–28.

- [Lipman A.D., Khokhlova I.D., Pobedinski N.M. Ultrasonic and functional diagnostics. 2001; 3: 24–28 (in Russian).]
3. Ашрафян Л.А. Стандартизованная диагностика рака эндометрия. Дис. д-ра мед. наук. М.; 1989.
[Ashrafian L.A. Standardized diagnosis of endometrial cancer. Dissertation of doctor of med. sciences. Moscow; 1989 (in Russian).]
 4. Ищенко А.А., Ищенко А.И., Клокова М.А., Кочатков А.В. Возможности лапароскопического доступа в лечении рака тела матки у больных с ожирением. *Сеченовский вестник*. 2016; 4 (22): 21.
[Ishchenko A.A., Ishchenko A.I., Klokova M.A., Kochatkov A.V. The possibilities of the laparoscopic approach in the treatment of endometrial cancer in obese patients. *Sechenovskiy vestnik*. 2016; 4 (22): 21 (in Russian).]
 5. Козаченко В.П. Рак матки. М.: Медицина; 1983: 163.
[Kazachenko V.P. Uterine cancer. Moscow: Medicine; 1983: 163 (in Russian).]
 6. Creasman W.T. Endometrial carcinoma. *Med. J.* 2001; 2.
 7. Минько Б.А., Столярова И.В., Таркова А.Б. и др. Новые ультразвуковые технологии в диагностике и мониторинге рака эндометрия. *Мед. журн. «Вопросы онкологии»*. 2009. 55 (1): 19–22.
[Minko B.A., Stoliarova I.V., Tarkova A.B. Novell ultrasound technology in endometrial cancer diagnosis and monitoring. *The Med. J. «Oncology»*. 2009; 55 (1): 19–22 (in Russian).]
 8. Korkmazer E., Solak N., Üstünyurt E. Menopause Review. *Med. J.* 2014; 6 (13): 330–334.
 9. Демидов В.Н., Гус А.И., Митьков В.В., Медведев М.В. (ред.). Ультразвуковая диагностика гиперпластических и опухолевых процессов эндометрия. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. М.: Видар; 1997: 120–130.
[Demidov V.N., Gus A.I., Mitkov V.V., Medvedev M.V. (eds). Ultrasound diagnosis of endometrial hyperplasia and neoplasia. Clinical manual of ultrasound diagnostics. Moscow: Vidar; 1997: 120–130 (in Russian).]

УДК 616.31:616.98:558.828

С.Г. Пак,

чл.-кор. РАМН, проф., д-р мед. наук, почетный зав. кафедрой инфекционных болезней медико-профилактического факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Е.В. Волчкова,

д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой инфекционных болезней Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Ю.В. Невзижский,

д-р мед. наук, проф., декан медико-профилактического факультета, проф. кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Ю.С. Филина,

врач-инфекционист Государственного бюджетного учреждения здравоохранения г. Москвы «Инфекционная клиническая больница № 2 Департамента здравоохранения г. Москвы»

М.В. Толочко,

студентка 3-го курса лечебного факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Е.А. Богданова,

канд. мед. наук, доц. кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

S.G. Pak,

MD, Corresponding Member of the Russian Academy of Medical Sciences, Professor, Head Emerita of the Department of Infectious Diseases of Medico-Preventive Faculty, I.M. Sechenov First MSMU

E.V. Volchkova,

MD, Professor, Head of the Department of infectious diseases, I.M. Sechenov First MSMU

Yu.V. Nesvizhsky,

MD, Professor, Dean of medico-preventive faculty, Professor of the chair of a microbiology, virology and immunology, I.M. Sechenov First MSMU

Yu.S. Filina,

Infectious Disease Specialist with Moscow State Budgetary Institution of Health Care Infectious hospital № 2, Department of Health Care of the City of Moscow

M.V. Tolochko,

Student of the third course, I.M. Sechenov First MSMU

E.A. Bogdanova,

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of a microbiology, virology and immunology, I.M. Sechenov First MSMU

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ГРИБАМИ РОДА CANDIDA, У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ OPTIMIZATION OF ANTI-CANDIDA THERAPY IN HIV PATIENTS

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Филина Юлия Сергеевна, врач-инфекционист Государственного бюджетного учреждения здравоохранения г. Москвы «Инфекционная клиническая больница № 2 Департамента здравоохранения г. Москвы»

Адрес: ул. 8-й Соколиной Горы, д. 15, корп. 5, ПО

Телефон: +7 (926) 919-96-35

e-mail: julia.s.f@mail.ru

Статья поступила в редакцию: 15.04.2016 г.

Статья принята к печати: 15.08.2016 г.

CONTACT INFORMATION:

Yulia Filina, Infectious Disease Specialist with Moscow State Budgetary Institution of Health Care Infectious hospital № 2, Department of Health Care of the City of Moscow

Address: PO, 15/1, 8 str. Sokolnoi Gori, Moscow, Russia, 143400

Tel.: +7 (926) 919-96-35

e-mail: julia.s.f@mail.ru

The article received: April 15, 2016.

The article approved for publication: August 15, 2016.

Аннотация. В представленной статье на основании анализа литературных данных и собственных наблюдений авторами рассмотрена проблема эффективности терапии кандидозной инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов с использованием антимикотических препаратов. Предложены пути ее оптимизации.

Abstract. The present paper summarizes the literature and the facility experience on the effectiveness of anti-Candida therapy in HIV patients and suggests the ways of its optimization.

Ключевые слова. Кандидоз, антимикотики, противогрибковая терапия.

Keywords. Candidiasis, antimycotics, antifungal therapy.

Одно из первых мест в структуре оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов занимают кандидозы различной локализации, которые в 10–13% случаях становятся причиной гибели пациентов данной группы [1, 2]. Поэтому в настоящее время выработка стратегии эффективного лечения и профилактики кандидозов, а также контроль над численностью популяции *Candida spp.* являются актуальной проблемой.

Грибы рода кандида — аэробные одноклеточные микроорганизмы, относящиеся к группе условно-патогенных. На сегодняшний день известно более 200 видов этого гриба. По современным представлениям в нормальных условиях основным «местом обитания» *Candida spp.* в организме человека является кишечник. Так, исследование взрослых здоровых людей показало, что один из наиболее распространенных видов грибка — *C. albicans* присутствует в орофарингеальной зоне у 20–30% из них, тогда как в тонком кишечнике — у 50–54%, в толстом кишечнике — у 55–70% и в фекалиях — у 65–70% [3].

Процесс колонизации грибами *Candida spp.* биотопов организма человека регулируется целой группой факторов, которые в своей совокупности определяют резистентность макроорганизма к антимикотическим препаратам. Ведущее значение среди эндогенных факторов имеет состояние различных звеньев иммунной системы и прежде всего системы мононуклеарных фагоцитов (моноциты/макрофаги) и полиморфноядерных лейкоцитов (нейтрофилы, эозинофилы и базофилы) [5].

В желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) основным звеном противокандидозной защиты являются интраэпителиальные лимфоциты, которые препятствуют дисперсии возбудителя через lamina propria и агрегации в пейеровых бляшках.

Кроме того, важное значение в ограничении роста популяции грибов рода кандида имеет нормальная микрофлора. Населяющие биотопы макроорганизма индигенные бактерии вырабатывают вещества с антимикробной активностью (в частности, перекиси и короткоцепочечные жирные кислоты), которые предотвращают избыточное размножение условно-патогенной флоры, в том числе кандид. Лечение антибактериальными препаратами приводит к быстрой смене количественного и качественного состава микробного сообщества кишечника. Лишаясь конкурентов и антагонистов, грибы рода кандида получают возможность адгезии, ускоренного роста и колонизации слизистой кишечника [6].

Нормальные биохимические, гистохимические и физиологические процессы в ЖКТ, такие как своевременная регенерация эпителиоцитов, поддержание кислотно-ферментативного барьера, полноценная перистальтическая активность также

являются защитными факторами, препятствующими инвазии грибов и контролирующими численность популяции в пределах биотопа [7]. Кислое содержимое желудка также ограничивает инвазию гриба рода кандида [8].

В условиях нарушения естественных механизмов резистентности происходит избыточный рост *Candida spp.*, вследствие чего развивается кандидоз. Это состояние наиболее характерно для иммунокомпromетированных лиц, в частности, у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Термин «кандидоз» подразумевает патологический процесс, основу которого составляет избыточный рост *Candida spp.* первично в ЖКТ и вторично в других системах организма (на слизистой оболочке гениталий, бронхов, в паренхиматозных органах) [5, 9]. Бактерии *Candida spp.* могут вызывать поражение слизистых полости рта, стоматит, гингивит, орофарингит, эзофагит, кандидоз желудка, толстой кишки, кожи, интертриго, паронихии, хронический кандидоз кожи и слизистых, кандидозный вульвовагинит, кандидозный баланопостит, поражение глаз, а также генерализованный кандидоз с вовлечением респираторного тракта, почек, эндокарда, режы головного мозга [4].

Из более 200 видов известных дрожжеподобных грибов рода кандида 20 были описаны как возбудители данной инфекции [3], наиболее частым из которых является *C. albicans* (до 62% случаев). Среди других видов (*C. non-albicans*) доминирующими признаны *C. glabrata* (46,4%), *C. parapsilosis* (24,7%), *C. tropicalis* (13,9%), *C. krusei* (5,5%) [10]. Они многократно усиливают свой патогенный потенциал при условии нарушений в системе антимикробной резистентности хозяина и изменениях в их микроокружении.

В настоящее время разработаны рекомендации по лечению кандидоза различной локализации у ВИЧ-инфицированных пациентов. Так, препаратом выбора при лечении кандидозного стоматита является флуконазол, 100 мг внутрь 1 раз в сутки до достижения клинического эффекта. В качестве альтернативных препаратов предлагается нистатин, 500 000 ЕД внутрь 5 раз в сутки; кетоконазол, 200 мг внутрь 1 раз в сутки. При лечении кандидозного эзофагита препаратом выбора также является флуконазол 400 мг в первые сутки, далее 200 мг в сутки внутрь в течение 2–3 недель. В качестве альтернативных препаратов предлагаются итраконазол, 100–200 мг 2 раза в сутки в течение 2–3 недель; амфотерицин В, 0,3–0,7 мг/кг в сутки внутривенно капельно в течение 5–7 суток; вориконазол, с учетом рекомендуемой насыщающей дозы [11]. Терапия инвазивных форм кандидоза требует назначения резорбируемых антифунгальных средств или внутривенного введения амфотерицина [10].

Как можно видеть, основу лечения кандидоза составляют препараты — производные триазола, имидазола и полиеновые антибиотики. Между тем в действующих рекомендациях [11] отсутствуют четкие указания на преимущества антимикотиков разных групп в зависимости от локализации патологического процесса.

Полиены — антимикотики природного происхождения, которые в зависимости от концентрации могут оказывать как фунгистатическое, так и фунгицидное действие. Наиболее часто используемыми препаратами полиенов являются нистатин и амфотерицин В. Нистатин не токсичен, при местном применении практически не всасывается в кровь, что ограничивает область его применения поверхностными микозами. При внутривенном введении амфотерицин В распределяется в большинстве органов и на 90% связывается с белками плазмы крови. При местном применении не всасывается в системный кровоток. Основным недостатком данного препарата является высокая нефро- и гепатотоксичность.

Триазолы — лекарственные средства как для местного, так и для системного применения. Среди них для лечения кандидозов различной локализации чаще всего используют флуконазол, итраконазол, вориконазол. Флуконазол хорошо всасывается из ЖКТ, его биодоступность — 90%. Проникает через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), что важно при лечении менингита, вызванного грибковой флорой, но он гепатотоксичен. Вориконазол — препарат системного действия, эффективен в отношении штаммов, рефрактерных к лечению флуконазолом, однако он нефро- и гепатотоксичен. Итраконазол применяется как местно, так и системно, способен накапливаться в органах, но плохо проникает через ГЭБ.

Из производных имидазола наиболее употребим кетоконазол, который оказывает как фунгистатическое, так и фунгицидное действие. Хорошо абсорбируется, особенно в ЖКТ. В крови связывается с белками и эритроцитами. При наружном и интравагинальном применении практически не всасывается. Может оказывать нефро- и гепатотоксическое действие.

Анализируя эффективность противокандидозной терапии, Шемяков М.А. и соавт. [12] показали, что флуконазол может угнетать рост *Candida spp.* в кишечнике: до 1/3 пациентов полностью санируются, а у остальных происходит снижение степени контаминации фекалий более чем в 6 раз. В то же время у 2/3 пациентов полной деконтаминации кишечника от дрожжеподобных грибов не происходит. Вероятно, это связано с тем, что около 80% активных метаболитов флуконазола выводятся из макроорганизма с мочой, а в просвете кишечника данный антифунгальный препарат мало накапливается.

Основной проблемой лечения кандидоза является растущее в последнее время число антибиотикорезистентных штаммов *Candida spp.* Большинство исследователей считает, что на сегодняшний день одной из ведущих причин упорного рецидивирующего течения кандидоза является именно селекция в макроорганизме резистентных штаммов *Candida spp.* Это обуславливает трудности подбора противогрибковой терапии [13, 14].

Устойчивость грибов к действию антимикотиков может быть как природной, так и приобретенной, которая формируется в процессе лечения микозов. К механизмам природной устойчивости относится, в первую очередь, отсутствие мишени действия противогрибкового препарата. Механизмы приобретенной устойчивости включают в себя мутации, которые впоследствии приводят к появлению новых штаммов грибов, чувствительность которых к антимикотикам заметно снижается. Данному механизму зачастую способствует длительное лечение.

К причинам антимикотикорезистентности дрожжевых грибов можно отнести формирование биопленки, образование которой происходит в несколько этапов. В условиях снижения защитных механизмов организма первоначально дрожжевые грибы прикрепляются и колонизируются на поверхности слизистой оболочки. Затем происходит их разрастание и распространение, что позволяет грибам формировать микроколонии в базальных слоях слизистых оболочек. Потом идет формирование и рост псевдогиф и обширных гиф, а также продукции белков внеклеточного матрикса, и только после этого происходит диссеминация дрожжевых клеток от биопленки и образование новых сайтов. Биопленка снижает эффективность лечения кандидоза в 100–1 000 раз в зависимости от степени ее зрелости.

Механизмы формирования антимикотикорезистентности грибов в значительной степени зависят от группы применяемых препаратов. Резистентность грибов к полиеновым антибиотикам развивается очень медленно и обусловлена рядом сложных генетических мутаций, которые в конечном итоге приводят к изменению биосинтеза компонентов мембраны. В настоящее время механизмы устойчивости грибов к полиенам изучены недостаточно, однако имеющиеся данные позволяют предполагать, что резистентность связана с уменьшением количества эргостерола в мембране и увеличением количества его аналогов у устойчивых штаммов [15].

Устойчивость *C. albicans* к имидазолам и триазолам связана с накоплением мутаций гена ERG11, кодирующего стерол-14-деметилазу. В результате ген цитохрома перестает связываться с азолами, но остается доступным для естественного субстрата — ланостерола. При этом перекрестная устойчивость развивается ко всем азолам.

Согласно нашим данным, полученным в ходе анализа 84 изолятов *Candida spp.*, выделенных из мазков ротоглотки и образцов фекалий, взятых у ВИЧ-инфицированных пациентов до и после 14-дневного лечения флуконазолом (200 мг в сутки), частота резистентности к данному антимикотическому препарату превышала 90% и не была связана с видовыми различиями. Помимо этого в ходе лечения, соответствующего официальным рекомендациям, у 38% выделенных штаммов минимальная подавляющая концентрация флуконазола возростала [15].

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости критически оценивать шаблонный подход к лечению кандидоза любой локализации препаратами азолового ряда. По мнению авторов, повышение эффективности лечения может быть достигнуто путем гибкого подхода. Представляется перспективным индивидуальный подбор антимикотической терапии в зависимости от локализации патологического процесса и микробиологической характеристики каждого из изолятов *Candida spp.* В случае поверхностных микозов целесообразно применение нистатина, к которому чувствительно большинство штаммов, либо назначение эхинокандинов при неэффективности стандартных схем.

Эхинокандины — это новая и высокоэффективная группа противогрибковых лекарственных средств. В настоящее время в России используют три основных препарата этой группы: каспофунгин, микафунгин и анидулафунгин. К этим препаратам также развивается резистентность, однако она имеет иной механизм, отличный от известного для азолов. Он связан с мутацией гена FKS1, который отвечает за синтез большой субъединицы (1,3)- β -D-глюкансинтазы. Тематические исследования показали, что причиной возникновения устойчивости грибов к эхинокандинам является избыточная экспрессия белков-насосов, а также изменение или избыточная экспрессия генов ERG3 и ERG11 [16].

Особое значение приобретает систематический мониторинг антимикотической чувствительности *Candida spp.* Данные о чувствительности являются полезными при оценке возможных причин неэффективности терапии и безусловно важны для оперативной коррекции схемы медикаментозной терапии. Это особенно важно при планировании лечения в амбулаторных условиях, а также при длительных курсах антибиотикотерапии больших менингитом, остеомиелитом, эндокардитом [17].

Помимо этиотропной терапии целесообразно соблюдать комплексность подхода и назначать средства, направленные на устранение факторов, предрасполагающих к развитию кандидозной инфекции, проводить коррекцию сопутствующих заболеваний:

— при подозрении на кандидоз, развившийся на фоне неспецифического язвенного колита, болезни Крона, хронического воспаления стенки кишки подбирать глюкокортикостероиды с минимальным системным действием;

— лечение язвенной и гастроэзофагальной рефлюксной болезни проводить антисекреторными препаратами производными бензимидазола — ингибиторами протонной помпы, а также блокаторами гистаминовых H₂-рецепторов;

— с целью предотвращения заброса содержимого желудка в пищевод повышать тонус нижнего пищеводного сфинктера и двигательную активность ЖКТ, назначать современные препараты — антагонисты серотониновых 5-HT₄-рецепторов;

— проводить антихеликобактерную терапию омепразолом, амоксициллином, тинидазолом и другими препаратами с большой осторожностью, так как *Helicobacter pylori* часто существует в ассоциации с грибами *Candida spp.*, а последние на фоне антибиотикотерапии резко активизируются;

— проводить лечение, направленное на восстановление эубиоза, т. е. стойкого устранения дефицита нормобиоты кишечника, что является залогом успешной селективной деконтаминации кандид. В настоящее время у пациентов с кандидозом с целью восстановления нормальной микрофлоры традиционно и успешно применяются про- и пребиотики [18]. Необходимость их применения основывается на доказанном факте многократного усиления лактобациллами и бифидобактериями противокандидозного эффекта антимикотиков [19].

Учитывая особую роль бактерий-ассоциантов в развитии кандидоза, необходимо назначать препараты неантибиотического ряда, обеспечивающие эрадикацию таких бактерий. В этом плане могут стать незаменимыми специфические бактериофаги, которые оптимальным образом позволяют осуществить селективную деконтаминацию, проводимую при кандидозе с целью санирующего эффекта, а также для восстановления нормального микробиоценоза [20]. Примером служит стафилококковый бактериофаг, который, уничтожая стафилококк, опосредованно влияет на популяцию кандид. Этот факт лег в основу соответствующего патента на изобретение [21].

Представленные в данной статье рекомендации по лечению кандидоза у ВИЧ-инфицированных пациентов носят общий характер. В каждом конкретном случае предлагаемый терапевтический комплекс должен быть адаптирован с учетом особенностей развития инфекционного процесса, вероятного спектра возбудителей и их чувствительности к антимикотикам, предполагаемой динамики развития заболевания, особенностей клинического статуса пациента и профиля лечебного учреждения.

Список литературы

1. Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Шахгильдян В.И. Вторичные заболевания у больных ВИЧ-инфекцией в России. В: Российская науч.-практ. конф. «Инфекции, вызываемые условно-патогенными микроорганизмами». Москва, 9–10 окт. 2007 г.: сб. материалов. М.; 2007: 32–33.
[Ermak T.N., Kravchenko A.V., Shakhgildyan V.I. Opportunistic infections in HIV patient in Russia. In: Russian scientific and practical conference «The infections caused by opportunistic microorganisms». Moscow, the 9–10 of October 2007: Collection of materials. Moscow, 2007: 32–33 (in Russian).]
2. Шахгильдян В.И., Васильева Т.Е., Перегудова А.Б. и др. Спектр, особенности клинического течения, диагностика оппортунистических и сопутствующих заболеваний у ВИЧ-инфицированных больных инфекционного стационара Москвы. *Терапевтический архив*. 2008; 80: 10–17.
[Shakhgildyan V.I., Vasilyeva T.E., Peregudov A.B. et al. Diagnostics and treatment of opportunistic and comorbid infections HIV patients at an infectious hospital of Moscow. *Therapeutic archive*. 2008; 80: 10–17 (in Russian).]
3. Gazzard B., Kibbler C.C. et al. (eds). Fungal infection of the gastrointestinal tract. Principles and Practice of Clinical Mycology. 1996: 165–177.
4. Аравийский Р.А., Клишко Н.Н., Горшкова Г.И. Диагностика микозов. СПб.: СПбМАПО; 2006: 186.
[Araviyskiy R.A., Klimko N.N., Gorshkova G.I. Mycoses diagnostics. St. Petersburg: SPbMAPO; 2006; 186 (in Russian).]
5. Prescott R.J., Harris M., Banerjee S.S. Fungal infections of small and large intestine. *J. clin. path.* 1992; 45: 806–811.
6. Лессовой В.С., Липницкий А.В., Очкурова О.М. Микозы пищеварительного тракта. *Проблемы мед. микологии*. 2004; 6 (2): 19–23.
[Lessovoy V.S., Lipnitskiy A.V., Ochкурова O.M. Mycoses of the gastrointestinal tract. *Medical problem of mycology*. 2004; 6 (2): 19–23 (in Russian).]
7. Бурова С.А., Лессовой В.С., Липницкий А.В., Очкурова О.М. Кандидоз ротовой полости. *Проблемы мед. микологии*. 2003; 5 (1): 21–26.
[Burova S.A., Lessovoy V.S., Lipnitskiy A.V., Ochкурова O.M. Kandidoz of a mouth. *Med. problems of mycology*. 2003; 5 (1): 21–26 (in Russian).]
8. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология XXI века. *РМЖ*. 2000; 8 (17) (118): 697–703.
[Ivashkin V.T., Lapina T.L. Gastroenterology in the 21st century. *RMZh*. 2000; 8 (17) (118): 697–703 (in Russian).]
9. Mikulska M., del Bono V., Ratto S., Viscoli C. Occurrence, presentation and treatment of candidemia. *Expert Review of Clinical Immunology*. 2012; 8: 755–765.
10. Шеяков М.А. Антибиотик ассоциированная диарея и кандидоз кишечника: возможности лечения и профилактики. *Антибиотики и химиотерапия*. 2004; 49 (10): 26–29.
[Shevyakov M.A. Antibiotic-associated diarrhea and candidiasis of the intestine: treatment and prophylaxis. *Antibiotics and chemotherapy*. 2004; 49 (10): 26–29 (in Russian).]
11. Мазус А.И., Каминский Г.Д., Зимица В.Н. и др. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых. М.; 2014: 33–36.
[Mazus A.I., Kaminsky G.D., Zimin V.N. et al. National clinical guidelines on diagnostics and treatment of HIV infection at adults. Moscow; 2014; 33–36 (in Russian).]
12. Шеяков М.А., Медведева Т.В., Тимошенко Н.А. и др. Диагностика и лечение перианального кандидоза (Тезисы докладов VII Кашкинских чтений). *Проблемы медицинской микологии*. 2004; 6 (2): 131–132.
[Shevyakov M.A. Medvedev T.V., Tymoshenko N.A. et al. Diagnostics and treatment of a perianal candidiasis (Tez. reports 7th Kashkinsky readings). *Medical problems of mycology*. 2004; 6 (2): 131–132 (in Russian).]
13. Pfaller M.A., Andes D.R. Epidemiology and outcomes of Invasive Candidiasis Due to Non-albicans species of Candida in 2,496 patients: Data from the Prospective Antifungal Therapy (PATH) Registry 2004–2008. Published online Jul 3, 2014: 1–3.
14. Толкачева Т.В., Петрова Н.А., Клясова Г.А. Частота выделения и видовой спектр дрожжевых грибов в кишечнике у больных гемобластомами. *Материалы первого всероссийского конгресса по медицинской микологии*. М.; 2003; 1: 30–32.
[Tolkachyova T.V., Petrova N.A., Klyasova G.A. Occurrence and typology of intestinal yeast fungi in hemoblastosis patients. *Materials of the first All-Russian congress on a medical mycology*. Moscow; 2003; 1: 30–32 (in Russian).]
15. Сидоренко С.В., Стречунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. (ред.). Механизмы резистентности микроорганизмов. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. М.; 2002.
[Sidorenko S.V., Strasunskas L.S., Belousov J.B., Kozlov S.N. (eds). Mechanisms of resistance of microorganisms. A practical guide to anti-infective chemotherapy. Moscow; 2002 (in Russian).]
16. Филина Ю.С., Толочко М.В., Волчкова Е.В. Анализ механизмов формирования устойчивости грибов рода Candida к флуконазолу у ВИЧ-инфицированных пациентов. Тезисы на межфакультетской студенческой конференции с международным участием «Интеграция специалистов здравоохранения, клинических психологов и социальных работников: наука и практика». М.; 2015: 85.
[Filina Yu.S., Tolochko M.V., Volchkova E.V. Flukonazol resistant Candida fungi in HIV patient. An abstract at the interfaculty student’s conference with the international participation «Integration of health care professionals, clinical psychologists and social workers: theory and practice». Moscow; 2015: 85 (in Russian).]
17. Веселов А.В., Козлов Р.С. Инвазивный кандидоз: современные аспекты эпидемиологии, диагностики,

- терапии и профилактики у различных категорий пациентов. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2016; 18 (2): 21–23.
[Veselov A.B., Kozlov R.S. Invasive candidiasis: prevalence, diagnostics, therapy and prevention in various patient groups. *Clinical microbiology and antimicrobial chemotherapy*. 2016; 18 (2): 21–23 (in Russian).]
18. Pappas P.G., Rex J.H., Sobel J.D. et al. Guidelines for treatment of Candidiasis. *Clin. Infect. Dis.* 2004; 38: 161–189 (in Russian).]
 19. Митрохин С.Д., Ардатская Е.В., Никушин Е.В. и др. Комплексная диагностика, лечение и профилактика дисбактериоза (дисбиоза) кишечника в клинике внутренних болезней: метод. рекомендации. М.; 1997: 1–5. [Mitrokhin S.D., Ardatskaya E.V., Nikushin E.V. et al. Complex diagnostics, treatment and prevention of intestinal dysbacteriosis (disbioz) in internal illnesses clinic: methodical recommendations. Moscow; 1997: 1–5 (in Russian).]
 20. Лахтин М.В., Алешкин В.А., Лахтин В.М. и др. Поведение патогенных грибов рода *Candida* в присутствии пробиотических лектинов. *Астраханский мед. журнал*. 2011; 2: 73–76.
[Lakhtin M.V., Aleshkin V.A., Lakhtin V.M. et al. Behavior of *Candida* fungi in the presence of probiotic lectins. *Astrakhan med. magazine*. 2011; 2: 73–76 (in Russian).]
 21. Баранов А.А. (ред.). Методы нормализации пищеварения у детей с дисбактериозом: пособие для врачей. М.; 2005: 38–39.
[Baranov A.A. (ed.). The digestion normalization in dysbacteriotic children: a reference book for healthcare professionals. Moscow; 2005: 38–39 (in Russian).]
 22. Алешкин В.А., Афанасьев С.С., Рубальский О.В. и др. Препарат, содержащий стафилококковый бактериофаг, в качестве препарата для лечения кандидоза. Патент на изобретение RU 2377006. Опубликовано: 27.12.2009. Бюл. № 36.
[Aleshkin V.A., Afanasyev S.S., Rubalsky O.B. et al. The staphylococcal bacteriophage drug for candidiasis treatment. The Patent for the invention of RU 2377006. Published: 27.12.2009. Bulletin № 36 (in Russian).]

УДК 614.2-057.17:378.147

В.А. Решетников,

д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Н.Г. Коршевер,

д-р мед. наук, проф. кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) СГМУ имени В.И. Разумовского Минздрава России

А.И. Доровская,

ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) СГМУ имени В.И. Разумовского Минздрава России

V.A. Reshetnikov,

Doctor of Medical Science, Professor, Head of N.A. Semashko Department of Public Health and Healthcare I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

N.G. Korshever,

Doctor of Medical Science, Professor, with the Department of Public Health and Health (with courses of Law and History of Medicine), Razumovsky Saratov State Medical University

A.I. Dorovskaya,

Assistant with the Department of Public Health and Health (with courses of Law and History of Medicine), Razumovsky Saratov State Medical University

КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД К ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

THE COMPETENCE BUILDING IN HEALTHCARE MANAGER TRAINING

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Решетников Владимир Анатольевич, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России
Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2
Тел.: +7 (965) 268-03-50
e-mail: resh1960@mail.ru
Статья поступила в редакцию: 15.04.2016 г.
Статья принята к печати: 15.08.2016 г.

CONTACT INFORMATION:

Vladimir Reshetnikov, Doctor of Medical Science, Professor, Head of N.A. Semashko Department of Public Health and Healthcare I.M. Sechenov First MSU
Address: 8/2, Trubezkaya str., Moscow, Russia, 119991
Tel.: +7 (965) 268-03-50
e-mail: resh1960@mail.ru
The article received: April 15, 2016.
The article approved for publication: August 15, 2016.

Аннотация. В статье представлены материалы, посвященные установлению значимости компетенций врачебного состава, занимающего различные руководящие должности в медицинских организациях и разработке их соответствующих моделей (профилей сформированности). Авторами проведен экспертный опрос 16 лиц профессорско-преподавательского состава организационных кафедр Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского Минздрава России. На базе компетенций, представленных в государственном образовательном стандарте по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», определены их значимость для заведующих (начальников) структурных подразделений – врачей-специалистов; заместителей руководителя (начальника) и главных врачей (начальников) медицинских организаций, а также необходимые перечни позиций рубрик «знать», «уметь» и «владеть», т. е. разработаны соответствующие профили сформированности компетенций. Обоснованные модели компетенций могут быть использованы как при создании методического обеспечения соответствующей профессиональной подготовки, так и при решении других вопросов повседневной кадровой политики здравоохранения.

Abstract. This article discusses the importance of competence building in managerial health care staff, and the development of appropriate competence building models (competence profiles). The authors did expert interviews of 16 professors of the organizational departments at Razumovsky Saratov State Medical University. We determined importance of the competencies presented in the State educational standard for «Health care organization and public health» programs for the department heads; deputy heads (vice-head) and head physicians (chiefs) of medical organizations, as well as what future graduates need «to know», «be able to» and «to have», i.e. formulated appropriate competence building models. These models can be used both to develop training programs and healthcare personnel policy.

Ключевые слова. Компетенции, руководители, медицинские организации.

Keywords. Competences, managers, medical organizations.

ВВЕДЕНИЕ

Реализация концепции подготовки кадров для управления здравоохранением предполагает осуществление компетентного подхода и взаимосвязи академических знаний и практических умений [5, 6, 7 и др.]. Кроме того, одним из приоритетных признается дифференцированный подход — реализация целевых заказов на подготовку специалистов в соответствии с их должностным предназначением, учитывающий современные требования практического здравоохранения и также направленный на формирование соответствующих профессиональных характеристик — компетенций.

Профессиональная подготовка руководителей здравоохранения осуществляется на основе положений Государственных образовательных стандартов (ГОС), в частности, по федеральному государственному стандарту по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», утвержденному Приказом Минобрнауки России от 26 августа 2014 г. № 1114 для уровня кадров высшей квалификации. В документе определены компетенции — универсальные и профессиональные, которыми должны обладать лица, освоившие программу обучения, а также общие требования к ней. Вместе с тем имеют место и определенные трудности.

Так, во-первых, в данном документе не учитываются характеристики компетенций врачебного состава, занимающего в медицинской организации (МО) различные руководящие должности: заведующий (начальник) структурного подразделения — врач-специалист; заместитель руководителя (начальника) и главный врач (начальник). Во-вторых, не установлены позиции, по которым формируются эти компетенции, т. е. перечни рубрик «знать», «уметь» и «владеть». Именно их конструирование, как правило, вызывает трудности при создании методического обеспечения образовательного процесса, включающего учебные планы, рабочие учебные программы, методические руководства, методические рекомендации по проведению лекций, семинарских и практических занятий, а также фонд оценочных средств.

Цель работы — установить значимость компетенций врачебного состава, занимающего различные руководящие должности в МО, а также разработать их соответствующие модели (профили сформированности).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен экспертный опрос 16 лиц профессорско-преподавательского состава организационных кафедр (организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права; эко-

номики и управления здравоохранением и фармацией) ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Минздрава России. При отборе экспертов были соблюдены как соответствующие количественные, так и качественные характеристики, в том числе следующие критерии: опыт профессиональной деятельности по специальности не менее 10 лет и компетентность. Применялся метод самооценки с определением совокупного индекса — коэффициента компетентности — среднее значение уровня теоретических знаний, практических навыков и способности к прогнозированию (не менее 4 баллов по 5-балльной шкале) [2]. Степень согласованности мнений экспертов, рассчитанная с использованием коэффициента конкордации Кендалла (коэффициента множественной ранговой корреляции), соответствовала высокому значению и была достоверной.

Значимость компетенций и позиций по рубрикам «знать», «уметь» и «владеть» оценивалась по 10-балльной шкале: более 8 баллов — «это совершенно необходимо для успешной работы в конкретной должности»; 6–8 баллов — «необходимо»; 4–6 баллов — «скорее необходимо, чем нет»; 2–4 балла — «скорее нет, чем необходимо»; 0–2 балла — «не имеет никакого значения».

Должности врачебного состава МО указаны в соответствии с положениями Приказа Минздрава РФ от 20 декабря 2012 г. № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

Результаты исследования обработаны с помощью персональной ЭВМ методами вариационной статистики с вычислением непараметрических критериев различия, которые оценивали как статистически значимые при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На первом этапе работы была определена значимость каждой компетенции для каждой из руководящих должностей врачебного состава в МО (табл.).

Из данных, представленных в табл., следует, что уровень значимости большей части рассматриваемых компетенций (7 из 11 позиций: 1–3, 5, 8, 10, 11) у заведующих (начальников) структурных подразделений МО — врачей-специалистов должен быть статистически достоверно ниже, чем у других категорий врачебного состава. В то же время по таким компетенциям, как «готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья...» и «готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих» он преобладает; по готовности к проведению

Таблица

Характеристика значимости компетенций для различных руководящих должностей врачебного состава МО (баллы)

Компетенции	Должность		
	1	2	3
УНИВЕРСАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ			
1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	8,5 * ***	9,46	9,54
2. Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	8,79 * ***	9,16 **	9,5
3. Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование	6,21 * ***	7,79 **	8,07
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ			
Профилактическая деятельность			
4. Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	8,87 * ***	8,14 **	7,79
5. Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	7,29 * ***	8,41 **	8,91
6. Готовность к проведению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков	8,64 * ***	9,29 **	8,57
Психолого-педагогическая деятельность			
7. Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	8,79 * ***	7,41 **	6,93
Организационно-управленческая деятельность			
8. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	7,71 * ***	8,93 **	9,57
9. Готовность к оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	9,14 * ***	9,57 **	8,64
10. Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	8,29 * ***	9,06 **	9,5
11. Готовность к оценке экономических и финансовых показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан	6,57 * ***	8,86 **	9,57

Примечание: 1 – заведующий (начальник) структурного подразделения МО – врач-специалист; 2 – заместитель руководителя (начальника) МО; 3 – главный врач (начальник) МО.

* – различия между 1 и 2 – достоверны; ** – различия между 2 и 3 – достоверны; *** – различия между 1 и 3 – достоверны.

социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков не отличается от уровня главных врачей (начальников) МО, но ниже заместителей руководителя (начальника) МО, а по готовности к оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей – выше главных врачей (начальников) МО, но также ниже их заместителей.

Эксперты считали, что уровень значимости компетенций главных врачей (начальников) МО по 6 позициям из 11 (2, 3, 5, 8, 10, 11) должен быть су-

щественно выше, чем у их заместителей, по готовности к абстрактному мышлению, анализу, синтезу они не различаются, а по четырем позициям (4, 6, 7, 9) приоритет принадлежит заместителям.

На втором этапе работы определялись позиции (характеристики), по которым формируются указанные в ГОС компетенции, т. е. перечни рубрик «знать», «уметь» и «владеть». Были установлены 87 позиций, которые характеризуют сформированность компетенций, необходимых организаторам здравоохранения, по рубрикам: «знать» – 37; «уметь» – 25 и «владеть» – 25. Так, например, организатор здравоохранения должен владеть:

- (1) навыками анализа показателей общественного здоровья;
- (2) навыками анализа показателей деятельности органов управления и организаций здравоохранения;
- (3) методикой планирования деятельности органов управления и организаций здравоохранения (долгосрочное, среднесрочное и краткосрочное);
- (4) навыками организации деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений, включая организацию работы с кадрами;
- (5) навыками организации медицинской профилактики, проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения на уровне субъекта РФ и муниципальных образований;
- (6) навыками оценки (в рамках организации контроля качества оказания медицинской помощи) обоснованности принятия решений по вопросам диагностики, лечения, реабилитации;
- (7) навыками организации медицинской экспертизы в медицинской организации;
- (8) навыками подготовки документов для лицензирования медицинской деятельности и продления действия лицензии;
- (9) методами прогнозирования, выявления, снижения, недопущения рисков в здравоохранении;
- (10) методикой анализа особенностей организационной культуры конкретной медицинской организации;
- (11) методикой анализа финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации;
- (12) методикой проведения маркетинговых исследований на рынке медицинских услуг;
- (13) навыками организации предоставления медицинских услуг на коммерческой основе;
- (14) методикой внедрения рациональной организации труда в работу медицинской организации;
- (15) современными технологиями организации оплаты труда; навыками в построении системы стимулирования и мотивации трудовой деятельности медицинского персонала;
- (16) методикой прогнозирования показателей здоровья населения и моделирования функционирования системы здравоохранения, в наибольшей степени отвечающей грядущим потребностям;
- (17) навыками применения основных положений функционирования системы обязательного медицинского страхования;
- (18) навыками проведения противоэпидемических мероприятий, организации медицинской помощи и защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;
- (19) методикой проведения и внедрения результатов научно-практических исследований по

проблемам общественного здоровья, организации, управления, экономики здравоохранения, социологии медицины;

- (20) методикой самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой, базами данных, содержащих систематические обзоры и биомедицинские исследования;
- (21) методикой проведения обучения медицинского персонала;
- (22) навыками работы с организационно-распорядительными документами медицинской организации;
- (23) методами преодоления социальных конфликтов;
- (24) навыками изложения самостоятельной точки зрения, логического мышления публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, выстраивания взаимоотношений с коллективом;
- (25) навыками информирования пациентов различных возрастных групп и их родственников и близких в соответствии с требованиями правил «информированного согласия», работы с конфиденциальной информацией.

Характеристики значимости позиций рубрики «владеть» для различных должностей руководящего состава в МО отражены на рисунке.

Эксперты считали, что относительно рубрики «владеть» заведующие (начальники) структурных подразделений МО по 23 позициям из 25 должны уступать другим должностным лицам. Только по

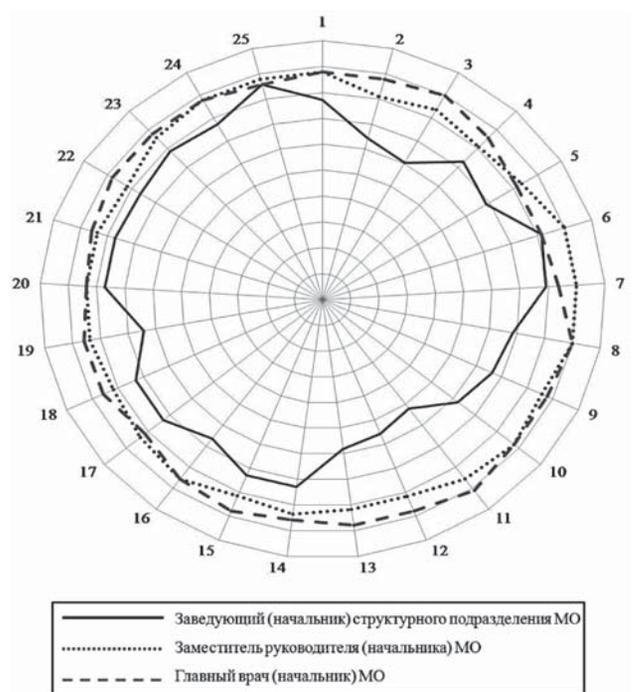


Рис. Значимость позиций рубрики «владеть» для различных должностей руководящего состава в МО

одной позиции различий нет – 25-й. Еще по одной позиции (6-й) не было установлено различий с уровнем только главных врачей (начальников) МО.

Различий между главными врачами (начальниками) МО и их заместителями не было выявлено по четырнадцати позициям (1, 5, 8–10, 14, 16, 17, 19–21, 23–25). По девяти позициям превалировали главные врачи (начальники) МО – 2, 3, 4, 11, 12, 13, 15, 18, 22. По двум позициям главные врачи должны уступать своим заместителям – 6 и 7.

Можно также отметить, что в перечни рассматриваемых рубрик «знать», «уметь» и «владеть» вошли позиции, которые были оценены экспертами как «это совершенно необходимо для успешной работы в конкретной должности», «необходимо» и «скорее необходимо, чем нет». Последняя оценка имела место только в отношении трех позиций для заведующих (начальников) структурных подразделений МО в рубрике «владеть» (3, 11 и 12).

Аналогично перечни позиций, а также профили сформированности (модели) компетенций определены в отношении различных должностей руководящего состава МО и для рубрик «знать» и «уметь».

Отметим также, что в перечни рассматриваемых рубрик «знать», «уметь» и «владеть» вошли позиции, которые были оценены экспертами как «это совершенно необходимо для успешной работы в конкретной должности», «необходимо» и «скорее необходимо, чем нет». Последняя оценка имела место только в отношении трех позиций для заведующих (начальников) структурных подразделений МО в рубрике «владеть» (методиками планирования деятельности органов управления и организаций здравоохранения; анализа финансово-хозяйственной деятельности МО; проведения маркетинговых исследований на рынке медицинских услуг).

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ публикаций показал, что ряд исследований посвящен реализации компетентностного подхода в профессиональной подготовке организаторов здравоохранения. Так, в работе Зиминой Э.В. и Горьковой Т.Ю. [4] обоснована концепция системной подготовки управленческих кадров здравоохранения и предлагается компетентностная модель специалиста, однако при этом рассматривается интеграция экономических и менеджерских знаний только в систему подготовки студентов в медицинских вузах. В работе Богдан Н.Н. [3] предметом исследования, прежде всего, был понятийный аппарат (компетентность и компетенции) и рассматривались только управленческие компетенции, имеющие отношение к влиянию на людей, ответственности за свои решения и деятельность подчиненных, внедрению нового, рациональному

подходу к решению задачи и т. п. В статье Аверинной А.Е. [1] сформированы модели ключевых компетенций руководителей медицинской компании, в качестве которых рассматривались: системное мышление, системный подход к решению проблем; аналитические способности; креативность (инновационные способности); гибкость, способность быстро и адекватно реагировать; способность к обучению; организаторские способности; клиентоориентированность. Автор оценивал данные компетенции по уровням (лидерский – мастерства; сильный – опыта и базовый – развития, освоения) и формировал соответствующие профили. Психология менеджмента с позиций компетентностного подхода рассматривалась в работе Ясько Б.А. [8], где автор выделил компоненты управленческих компетенций и установил их вариативность для уровней топ-менеджмента (главные врачи и их заместители) и линейного (заведующие отделениями) врачей-руководителей.

В то же время эти исследования были выполнены без учета компетенций (и их формирования), представленных в ГОС, в том числе относительно различных руководящих должностей в МО. Эти задачи были решены в настоящем исследовании.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные позволили установить значимость компетенций врачебного состава, занимающего в МО различные руководящие должности и позиции, по которым формируются эти компетенции, т. е. перечни рубрик «знать», «уметь» и «владеть». Обоснованные модели (профили сформированности) компетенций могут быть использованы как при создании методического обеспечения соответствующей профессиональной подготовки, так и при решении других вопросов повседневной кадровой политики здравоохранения.

Список литературы

1. Аверина Е.А. Формирование ключевых компетенций в организациях здравоохранения. *Известия Санкт-Петербургского ун-та экономики и финансов*. 2012; 6. Режим доступа: <http://www.cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-klyuchevyh-kompetentsiy-v-organizatsiyah-zdravooxraneniya#ixzz3Yd1QepWz> (дата обращения: 01.02.2016).
[Averin E.A. Formation of key competencies in health care organizations. *Proceedings of the St. Petersburg Univ. of Economics and Finance*. 2012; 6. Available at: <http://www.cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-klyuchevyh-kompetentsiy-v-organizatsiyah-zdravooxraneniya#ixzz3Yd1QepWz> (accessed February 1, 2016) (in Russian).]
2. Бешелев С.Д., Гурвич Ф.Г. Математико-статистические методы экспертных оценок. М.: Статистика; 1976: 116.

- [Beshelev S.D., Gurvich F.G. Mathematical and statistical methods of expert estimates. Moscow: Statistics; 1976: 116 (in Russian).]
3. Богдан Н.Н. Управленческие компетенции руководителей в сфере здравоохранения. *Медицина и образование в Сибири: электрон. научный журн.* 2012; 5. Режим доступа: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=790 (дата обращения: 01.02.2016).
[Bogdan N.N. Managerial competence in the field of health care managers. *Health and education in Siberia: the Electronic Sci. J.* 2012; 5. Available at: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=790 (accessed February 1, 2016) (in Russian).]
 4. Зими́на Е.И., Горькова Т.Ю. Системный подход к профессиональной подготовке управленческих кадров для здравоохранения. *Социальные аспекты здоровья населения.* 2010; 3: 1–12.
[Zimin E.I. Gorkova T.Y. System approach to professional management training for health. *Social aspects of public health.* 2010; 3: 1–12 (in Russian).]
 5. Протопопов А.А., Еругина М.В., Коршевер Н.Г. и др. Методологические аспекты профессиональной подготовки организаторов здравоохранения. *Саратовский научно-мед. журн.* 2012; 8 (1): 1017–1022.
[Protopopov A.A., Yerugin M.V., Korshever N.G. et al. Methodological aspects of the training of health managers. *Saratov J. of Med. Sci.* 2012; 8 (1): 1017–1022 (in Russian).]
 6. Решетников В.А., Несвижский Ю.В., Касимовская Н.А. Вклад Н.А. Семашко в развитие медицинской профилактики в России (к 140-летию со дня рождения). *Сеченовский вестник.* 2014; 3 (17): 29–33.
[Reshetnikov V.A., Nesvizh Y.N. Kasimovskaya N.A. Contribution of N.A. Semashko to the development of medical prevention in Russia (to the 140th anniversary of his birth). *Sechenovskiy Vestnik.* 2014; 3 (17): 29–33 (in Russian).]
 7. Решетников В.А., Сквирская Г.П., Сырцова Л.Е. и др. Концептуальные подходы к подготовке специалистов в области управления здравоохранением. *Здравоохранение Российской Федерации.* 2013; 6: 9–14.
[Reshetnikov V.A., Skvirskaya G.P., Syrtsova L.E. et al. Conceptual approaches to training in the field of health administration of the Russian Federation. *Health.* 2013; 6: 9–14 (in Russian).]
 8. Ясько Б.А. Психология менеджмента в системе здравоохранения: компетентностный подход – 2011. Режим доступа: <http://www.cyberleninka.ru/article/n/psihologiya-menedzhmenta-v-sisteme-zdravoohraneniya-kompetentnostnyy-podhod#ixzz3YdJaKeDS> (дата обращения: 01.02.2016).
[Jasko B.A. Psychology of management in the healthcare system: the competence approach – 2011. Available at: <http://www.cyberleninka.ru/article/n/psihologiya-menedzhmenta-v-sisteme-zdravoohraneniya-kompetentnostnyy-podhod#ixzz3YdJaKeDS> (accessed February 1, 2016) (in Russian).]

УДК 378.14.014.13

В.И. Стародубов,

*д-р мед. наук, акад. РАМН, проф.,
директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России*

Н.П. Соболева,

*канд. мед. наук, зав. отделением инновационных
технологий профилактики заболеваний ФГБУ
«ЦНИИОИЗ» Минздрава России*

С.Н. Алексеенко,

д-р мед. наук, проф., ректор ГБОУ ВПО «КубГМУ»

К.Г. Гуревич,

*д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой «Здоровый образ
жизни – залог успешного развития» ГБОУ ВПО
МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России*

Е.Д. Савченко,

*канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник
отделения инновационных технологий
профилактики заболеваний ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России*

V.I. Starodubov,

*MD, Academician of the RAMS, Professor, Director of the
Federal Research Institute for Health Organization and In-
formatics, the Ministry of Health of the Russian Federation*

N.P. Soboleva,

*PhD, Head of the Department of Innovative Technologies
for Disease Prevention, the Director of the Federal
Research Institute for Health Organization and Informatics,
the Ministry of Health of the Russian Federation*

S.N. Alekseenko,

MD, Professor, Rector SBI «KubSMU»

K.G. Gurevich,

*MD, Professor, Head of the chair of «Healthy lifestyle
is a guarantee of successful development»
of the A.I. Evdokimov SBI MSMSU, the Ministry
of Health of the Russian Federation*

E.D. Savchenko,

*PhD, Senior Researcher with the Federal Research
Institute for Health Organization and Informatics,
the Ministry of Health of the Russian Federation*

ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

TRAINING STUDENTS MAJORING IN DISEASE PREVENTION AT A MEDICAL UNIVERSITY

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Соболева Надежда Петровна, зав. отделением инно-
вационных технологий профилактики заболеваний
ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Адрес: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11

Телефон: +7 (495) 618-16-14

e-mail: soboleva@mednet.ru

Статья поступила в редакцию: 15.04.2016 г.

Статья принята к печати: 15.08.2016 г.

CONTACT INFORMATION:

Nadezhda Soboleva, PhD, Head of the Department of Innovative
Technologies for Disease Prevention, the Director of the Federal
Research Institute for Health Organization and Informatics,
the Ministry of Health of the Russian Federation

Address: p. 11, Dobrolyubova str., Moscow, Russia, 127254

Tel.: +7 (495) 618-16-14

e-mail: soboleva@mednet.ru

The article received: April 15, 2016.

The article approved for publication: August 15, 2016.

Аннотация. Обсуждается подготовка студентов, получающих высшее образование на специализированной кафедре в области профилактики заболеваний и здорового образа жизни в медицинской образовательной организации.

Abstract. The article discusses the training of students at the department of disease prevention and healthy lifestyle at a medical university.

Ключевые слова. Профилактика, здоровый образ жизни, кафедра профилактики заболеваний.

Keywords. Disease prevention, healthy lifestyle, a chair of disease prevention.

ВВЕДЕНИЕ

Сегодня профилактика заболеваний и пропаганды здорового образа жизни рассматриваются как активные методы укрепления и сохранения здоровья населения. Четко определены стратегия, задачи, сложились организационные формы. Однако ее вклад в сохранение здоровья все еще незначителен — среди населения, в первую очередь, трудоспособного, сохраняется высокий уровень заболеваемости и смертности от предотвратимых причин. Так, в 2013 г. в Российской Федерации показатели смертности от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте у мужчин превышали в среднем в 4,8 раза аналогичные показатели среди женщин (274,1 у мужчин и 57,4 у женщин на 100 тыс. населения).

Существующая организационная система медицинской профилактики, включающая центры, отделения (кабинеты) медицинской профилактики, центры здоровья, врачебно-физкультурные диспансеры не в состоянии обеспечить выполнение качественных профилактических мероприятий в силу недостаточности ресурсного обеспечения (кадров, финансирования).

В то же время важность укрепления и сохранения здоровья настолько велика, что данная проблема стала одной из главных государственных задач и нашла отражение в таких документах, как приоритетный национальный проект «Здоровье», Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, а также в основных положениях Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Для достижения поставленных в программных документах целей необходимы не только усилия федеральных властей, но и здравоохранения в целом.

С проблемой поддержания кадрового потенциала и уровня квалификации в области профилактики сталкиваются не только в России, но и за рубежом. С этих позиций Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2006 г.) определяет конкретные действия в этой области и, в частности, инвестирование в людские ресурсы на благо здравоохранения [1]:

- обеспечение образования и профессиональной подготовки с целью углубления знаний работающих и будущих работников здравоохранения в области профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья;

- вооружение врачей соответствующими знаниями с тем, чтобы они становились важным ресурсом профилактики и борьбы с болезнью как для самих себя, так и для других людей;

- использование существующих людских ресурсов с большей отдачей, например, посредством расширения возможностей в области укрепления

здоровья и профилактики в работе медицинских сестер, стоматологов и фармацевтов.

Ключевым моментом в решении данной стратегии является изменение отношения населения к собственному здоровью [2, 3]. Однако комплексная, ориентированная на действия стратегия профилактики возможна лишь при наличии подготовленных кадров. В то же время, как показывают результаты социологических исследований, уровень профессиональных знаний медицинских работников в области медицинской профилактики заболеваний и формирования здоровья населения остается на низком уровне, в первую очередь, это касается врачей стационара, интернов и ординаторов [4, 5].

Исходя из вышеизложенного, одним из важных условий изменения существующего положения является повышение уровня знаний врачей в области профилактики заболеваний, укрепления и сохранения здоровья. Однако для этого необходимы новые подходы к обучению студентов в высших медицинских образовательных организациях, одним из которых является формирование правильного представления о здоровом образе жизни. При этом необходимо воспитать среди будущих врачей культуру здорового образа жизни, стремление и желание заботиться и о своем здоровье [5, 6].

В учебном процессе медицинских образовательных организаций предусмотрено преподавание вопросов профилактики заболеваний и приобретение навыков формирования здорового образа жизни. В соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта нового поколения выпускники медицинской образовательной организации независимо от полученной специальности должны обладать необходимыми компетенциями в области профилактической деятельности:

- осуществлять мероприятия по формированию здоровья и здорового образа жизни среди населения;

- формировать у пациентов и здоровых граждан мотивацию к сохранению и укреплению здоровья.

Однако в профессиональной подготовке медицинских кадров профилактика заболеваний и здоровый образ жизни не стали главной задачей образовательных организаций.

Несмотря на то, что в настоящее время профилактика стала одной из стратегических задач системы здравоохранения, сегодня подготовка студентов в этом направлении явно недостаточна. Это делает необходимым повышение актуальности подготовки будущих врачей любой специальности профилактике, особенно ее современным формам, что позволит:

- повысить качество оказания медицинской помощи населению;

- грамотно информировать население по вопросам сохранения здоровья;

– обеспечить обучение среднего медицинского персонала в области здорового образа жизни [7, 10].

Целью данной статьи является актуализация проблемы подготовки будущих врачей в области профилактики заболеваний и здорового образа жизни.

Для реализации данной цели были поставлены задачи:

– проанализировать теоретические разработки и практический опыт реализации системы обучения студентов медицинской образовательной организации в области профилактики заболеваний;

– дать оценку основных тенденций в процессе обучения студентов в области профилактики и здорового образа жизни на специализированных кафедрах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методологическую основу исследования составили системный и целевой подход к организации системы обучения студентов медицинских образовательных организаций в области профилактики.

Обучение в области профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни в медицинской образовательной организации рассмотрено на базе двух специализированных кафедр: кафедры «Профилактики заболеваний, укрепления и сохранения здоровья и эпидемиологии» Кубанского государственного медицинского университета (КубГМУ) и кафедры «Здоровый образ жизни – залог успешного развития» Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова (МГМСУ имени А.И. Евдокимова).

Кафедра «Профилактики заболеваний, укрепления и сохранения здоровья и эпидемиологии» КубГМУ создана в 2013 г. за счет средств федерального бюджета со штатной численностью 7,75 единиц (заведующий кафедрой – 1,0, профессор – 0,25, доцент – 1,75, ассистент – 3,25, лаборант – 1,5).

В основе создания кафедры лежит концептуальный подход к обучению студентов в области профилактики:

– Концепция обучения студентов профилактике заболеваний, укреплению и сохранению здоровья;

– Концепция послевузовского профессионального образования в клинической ординатуре по дисциплине «Формирование здорового образа жизни»;

– Концепция здорового образа жизни (сохранение и укрепление здоровья студентов в вузе) [4].

Концептуальный подход позволяет подготовить квалифицированного врача, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций в области пропаганды здорового образа жизни (ЗОЖ) и являющегося пример приверженности ЗОЖ и культуре здоровья.

Среди основных задач:

– сформировать определенный объем базовых медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача;

– знать основные факторы риска, овладеть основными принципами профилактики хронических неинфекционных заболеваний;

– знать особенности сохранения и укрепления здоровья в разные возрастные периоды.

Как показал анализ, в настоящее время при обучении студентов на кафедре университета основными направлениями по дисциплине «Основы здорового образа жизни» для студентов 1-го, 3-го и 4-го курсов лечебного, педиатрического, стоматологического и фармацевтического факультетов:

– основы учения о здоровье и здоровом образе жизни;

– рациональное питание и здоровье;

– физическая активность и ее роль в формировании ЗОЖ;

– психологические основы здоровья; стресс и его влияние на здоровье;

– влияние алкоголя на здоровье;

– психологическое и физиологическое влияние табакокурения, употребления наркотических и токсических веществ на организм человека;

– профилактика простудных и инфекционных заболеваний; инфекции, передающиеся половым путем.

Вопросы формирования здорового образа жизни рассматриваются и на практических занятиях со студентами. Кроме того, в программу дисциплины «Основы здорового образа жизни» для студентов всех факультетов введено занятие на базе Центра здоровья, созданного в университете в 2012 г. На практических занятиях студенты знакомятся с работой центра и обследуются для личного здоровья.

Важной составляющей практического занятия в Центре здоровья является консультирование студентов, направленное на сохранение и укрепление здоровья по вопросам: профилактики факторов риска (табакокурение, употребление алкоголя, избыточная масса тела), коррекции питания, физической активности, режима сна, условиям быта, труда и учебы. Консультирование должно включать разработку индивидуальных программ по ведению здорового образа жизни.

Центр здоровья университета оснащен высокотехнологичным лечебно-диагностическим оборудованием, позволяющим проводить функциональные исследования: измерение параметров психофизиологического и соматического здоровья; экспресс-оценку состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей; суточное мониторирование АД; ангиологическое исследование и расчет лодыжечно-плечевого индекса с использованием доплер-анализатора; комплексную оценку функ-

ций дыхательной системы; биоимпедансометрию для анализа внутренних сред организма (с процентным соотношением воды, мышечной и жировой ткани); определение общего холестерина и глюкозы в крови; измерение внутриглазного давления. Инструментальное оснащение позволяет получить достаточно обширную информацию об объективном статусе обследуемого для реализации полномасштабных мероприятий.

Создание в медицинском университете здоровьесберегающего инфраструктурного подразделения – Центра здоровья является важным шагом и необходимым условием успешной реализации заявленных позиций по формированию ЗОЖ.

Кафедра «Здоровый образ жизни – залог успешного развития» МГМСУ имени А.И. Евдокимова организована в 2003 г. под эгидой ЮНЕСКО со штатной численностью 5,5 единиц (заведующий кафедрой – 1,0; доцент – 1,0; старший преподаватель – 1,5; старший лаборант – 2,0). Функционирование такой кафедры дает возможность университету участвовать в международных образовательных, научных и культурных программах ЮНЕСКО с получением финансирования из бюджета ООН, позволяет интегрироваться в международную систему научно-образовательного сотрудничества.

Основные направления деятельности кафедры «Здоровый образ жизни – залог успешного развития» включают разработку и реализацию программ:

- для студентов по обучению здоровому жизненному стилю (Проводится на всех факультетах университета: лечебном, стоматологическом, психологическом и экономическом, а также для студентов, получающих среднее медицинское образование.);

- для школьников по обучению ЗОЖ, профилактике ВИЧ/СПИД, наркомании, вредных привычек (В рамках этого направления с 2004 по 2012 г. на базе трех экспериментальных московских школ была реализована волонтерская программа по обучению школьников здоровому образу жизни. В качестве волонтеров выступали студенты университета. С 2005 по 2012 г. проводилась летняя школа здоровья для московских школьников по программе «ФРЕШ». Кроме того, на базе одной из общеобразовательных школ г. Москвы кафедрой была организована городская экспериментальная площадка по обучению здоровому жизненному стилю и профилактике вредных привычек. Проект расширен и реализуется в других школах Москвы и Московской области.);

- пропаганды ЗОЖ для среднего медицинского персонала (медсестер, фельдшеров, стоматологических гигиенистов и т. д.).

Также кафедра принимает участие:

- в разработке нормативных документов в области формирования здорового жизненного стиля;

- в охране здоровья женщин в различные возрастные периоды;

- в оценке состояния здоровья и выработке рекомендаций по сохранению и улучшению здоровья для лиц, работающих на предприятиях с вредными условиями труда;

- в анализе, разработке и внедрении новых методов оценки качества образования и новых учебных программ для стоматологов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как видно из представленного анализа направлений, в деятельности кафедр отсутствует единая программа обучения студентов в области профилактики заболеваний и здорового образа жизни. В настоящее время деятельность кафедр носит в основном организационно-методическую направленность. В то время как программы, отражающие конкретные здоровьесберегающие технологии, необходимые как для личного укрепления здоровья студентов, так и в будущей работе с пациентами и населением студентов отсутствуют.

Исходя из наметившихся тенденций в рассмотрении роли профилактики в укреплении здоровья необходимы новые подходы в обучении студентов медицинских вузов для становления их как профессионалов в области охраны здоровья. В связи с этим перед врачом ставится задача приобретения знаний не только по оказанию медицинской помощи, но и в других отраслях науки, таких как психология, социология, профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Это, в свою очередь, приводит к необходимости инноваций и начинать следует с процесса подготовки студентов.

На наш взгляд, сегодня остро встает проблема формирования будущего специалиста-врача, который должен отличаться высокой конкурентоспособностью на современном рынке труда. В связи с этим создание в медицинской образовательной организации кафедры, осуществляющей обучение студентов в области укрепления и сохранения здоровья, определяет новую концепцию развития учебного заведения, повышающую качество образовательного процесса, создающую условия для формирования креативных способностей личности будущего врача.

Основополагающими направлениями деятельности кафедры должны стать:

- теоретические основы здоровья и здорового образа жизни;

- формирование здоровьесберегающих знаний у студентов для работы с будущими пациентами (населением);

- инновационная здоровьесформирующая деятельность в развитии у студентов личностного под-

хода, профессионализма, использования новейших информационных технологий в профилактике.

Первое направление позволяет формировать у студентов ценностно-мотивационную ориентацию на ЗОЖ – «осмысление студентами места здоровья и ЗОЖ в системе ценностей личности, ее валеологической культуры», а также выработку индивидуальной формы оптимального гигиенического поведения в ситуации выбора «здорового стиля жизни».

Второе направление обеспечивает освоение и систематизацию студентами широкого круга знаний, умений и навыков, помогающих сохранить и укрепить здоровье.

В этом случае основное внимание должно уделяться:

- обучению конкретным знаниям в обеспечении здорового образа жизни с целью сохранения здоровья;
- внедрению валеологических образовательных технологий и методов обучения для будущей работы с населением;
- выработке умений формирования личностных концепций здоровья;
- созданию образовательной системы обеспечения психо-медико-социального мониторинга по формированию ЗОЖ.

Для изменения парадигмы медицины на профилактическую ВОЗ был введен термин «укрепление (продвижение) здоровья». Под данным термином понимают социальные, экономические и другие аспекты здоровья, направленные на улучшение жизни человека, так называемое гуманистическое направление в медицине. Продвижение здоровья невозможно без диалога врача и пациента, обеспечивающего необходимость проведения тех или иных профилактических или лечебных процедур. Центральным моментом в продвижении здоровья является пропаганда здорового образа жизни. Понятие «здоровый образ жизни» прежде всего ориентировано на конкретного человека. Поэтому в основе должны лежать не только выявление факторов риска у индивидуума, но и разработка конкретной программы по снижению потенциального вреда здоровью.

К преподаванию в медицинском вузе профилактического направления «здоровый образ жизни» должны предъявляться исключительно высокие требования. Идеи ценности здоровья у будущих врачей должны доминировать или быть постоянным «фоном» при работе с населением.

Третье направление работы кафедры способствует получению знаний студентами в формирующей деятельности, имеющей отношение к своему здоровью и будущей работе с населением через разработку:

- программ адаптации студентов с учетом индивидуальных особенностей;

- школы укрепления здоровья;
- медико-психологического сопровождения;
- принципов формирования здорового образа жизни у студентов;
- организации здоровьесформирующего стиля жизни.

Что касается названия кафедры по обучению студентов в области сохранения и укрепления здоровья, на наш взгляд, более всеобъемлющим названием является «Кафедра здоровьесбережения и профилактики заболеваний».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Система обучения студентов на специализированной кафедре в области укрепления и сохранения здоровья позволяет осуществить ключевые направления профилактики, предусмотренные государственной программой «Развитие здравоохранения»:

- совершенствование медико-гигиенического образования и воспитания;
- создание эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками;
- создание системы мотивирования граждан к внедрению ЗОЖ и участию в профилактических мероприятиях.

Список литературы

1. Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона и режима питания, физической активности и здоровья: консультативная встреча стран Европейского регион. *Европейское региональное бюро ВОЗ*. Копенгаген; 2006: 36.
[WHO Global strategy on diet, physical activity and health: consulting meeting of Euro region's countries. *WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen; 2006: 36 (in Russian).]
2. Восприятие населением вопросов личного здоровья: отношение к здоровью, осознание факторов риска, заболеваемости и смертности. *Обобщенный анализ вторичных данных и результатов личных интервью с населением Российской Федерации*. М.; 2011: 49.
[Public perception of personal health: health concernst, risk factors awareness, mortality and morbidity. *General analysis of secondary data and Russian population interviews results*. Moscow; 2011: 49 (in Russian).]
3. Белов В.Б. Уровень образования и самооценки здоровья населением. *Проблемы соц. гигиены, здравоохранения. Истории медицины*. 2003; 1: 14–19.
[Belov V.B. Population educational and health self-assessment level. *Social hygiene and healthcare problems. History of healthcare*. 2003: 14–19 (in Russian).]
4. Алексеенко С.Н. Система обучения в области профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни в медицинском вузе. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2013: 48.

- [*Alekseenko S.N.* Education system of disease prevention and healthy life-style forming in healthcare university: Dissertation thesis for the degree of Doctor of Med. Sci. Moscow; 2013: 48 (in Russian).]
5. *Мухин Н.А.* Курс внутренних болезней – основа подготовки врача-специалиста. *Сеченовский вестник*. 2010; 1: 18–21.
[*Mukhin N.A.* Internal diseases course – basis for medical specialist training. *Sechenovskiy vestnik (med. magazine)*. 2010; 1: 18–21 (in Russian).]
 6. *Меньш Е.А.* Формирование ценностного отношения студентов к здоровью в процессе межкультурной коммуникации. *Вестник Тюменского государственного университета*. 2009; 5: 97–105.
[*Mensh E.A.* Forming students' attitude towards health as value in the process of intercultural communication. *Tumen' State University magazine*. 2009. 5: 97–105 (in Russian).]
 7. *Калинина А.М., Оганов Р.Г., Кукушкин С.К., Тებлоев К.И.* Обучение врачей первичного звена эффективному профилактическому консультированию в рамках реализации концепции непрерывного медицинского образования. *Профилактическая медицина*. 2011; 2: 3–6.
[*Kalinina A.M., Oganov R.G., Kukushkin S.K., Tebloev K.I.* Primary health care Doctors' education for efficient prevention consulting in the frame of conception realization of the unstoppable medical education. *Prevention health care*. 2011; 2: 3–6 (in Russian).]
 8. *Бойцов С.А., Оганов Р.Г., Масленникова Г.Д., Калинина А.М., Ипатов П.В.* Комплексная программа профилактики неинфекционных заболеваний. *Новости медицинской профилактики. Информационный сборник*. Ярославль; 2012; 42: 17.
[*Boytsov S.A., Oganov R.G., Maslennikova G.D., Kalinina A.M., Ipatov P.V.* The complex program of non-communicable diseases prevention. *Health care prevention news. Info collection*. Yaroslavl; 2012; 42: 17 (in Russian).]
 9. *Гусева С.Л.* Профилактика как основа развития первичной медико-санитарной помощи. *Известия Самарского научного центра Российской академии наук*. 2010; 12 (1): 1815–1820.
[*Guseva S.L.* Prevention as the basis for primary health care development. *Izvestiya (magazine) of Samara's Scientific Center of Russian Academy of Science*. 2010; 12 (1): 1815–1820 (in Russian).]
 10. *Стародубов В.И., Алексеенко С.Н., Соболева Н.П.* Подготовка студентов медицинских вузов в области профилактики как приоритетная проблема здравоохранения. *Кубанский научный медицинский вестник*. Краснодар; 2011; 6 (129): 8–14.
[*Starodubov V.I., Alekseenko S.N., Soboleva N.P.* Training medical university students in prevention as a priority issue of healthcare. *Cuban' scientific med. j.* Krasnodar; 2011; 6 (129): 8–14 (in Russian).]
 11. *Ющук Н.Д., Маев И.В., Гуревич К.Г.* Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний. М.; 2012: 649.
[*Yushuk N.D., Maev I.V., Gurevich K.G.* Healthy life-style and disease prevention. Moscow; 2012: 649 (in Russian).]

УДК 614.2

А.В. Фомина,

д-р фармацевт. наук, проф., зав. кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Российского университета дружбы народов

О.В. Гришина,

канд. мед. наук, доц., зав. кафедрой трансфузиологии, Института повышения квалификации ФМБА России

A.V. Fomina,

Doctor of Pharmaceutical Science, Professor, Head of the Department of Public Health and Hygiene, Peoples' Friendship University of Russia

O.V. Grishina,

Candidate of Medical Science, Head of the Department of Transfusiology, The Institute of Advanced Training, FMBA of Russia

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК ДИСЦИПЛИНА БАЗОВОЙ ЧАСТИ ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В ОРДИНАТУРЕ

PUBLIC HEALTH ISSUES IN RESIDENCY PROGRAM

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Фомина Анна Владимировна, д-р фармацевт. наук, проф., зав. кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Российского университета дружбы народов
Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6
Телефон: +7 (495) 434-52-77
e-mail: fomina_av@pfur.ru
Статья поступила в редакцию: 15.04.2016 г.
Статья принята к печати: 15.08.2016 г.

CONTACT INFORMATION:

Anna Fomina, Doctor of Pharmaceutical Science, Professor, Head of the Department of Public Health and Hygiene, Peoples' Friendship University of Russia
Address: 6, Mikluho-Maklaya str., Moscow, Russia, 117198
Tel.: +7 (495) 434-52-77
e-mail: fomina_av@pfur.ru
The article received: April 15, 2016.
The article approved for publication: August 15, 2016.

Аннотация. В статье проанализированы стандарты получения высшего образования по программам ординатуры, определено место дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в структуре учебных программ как компоненты базовой части. Рассмотрены компетенции подготовки врача в ординатуре в области общественного здоровья и здравоохранения по специальностям «Хирургия», «Терапия», «Трансфузиология». Предложено тематическое построение дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение».

Abstract. The article discusses the standards of residency programs at a medical university, and in particular, the role and place of «Public health» in the base part of curriculum. The article analyzes the competences in the field of public health and health care in the residency programs in «Surgery», «Therapy» and «Transfusiology». The article proposes the list of topics within «Public health» program.

Ключевые слова. Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение», стандарты образования, профессиональные компетенции.

Keywords. The discipline «Public health», standards of education, professional competence.

С вступлением в силу в 2013 г. Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» термин «высшее профессиональное образование» стал включать в себя обучение по программам ординатуры, отнесенное до этого к послевузовскому профессиональному образованию [1]. В настоящее время практически по всем специальностям ординатуры разработаны и приняты Федеральные государственные образовательные стандарты высшего образова-

ния (ФГОС ВО), которые определяют совокупность требований, обязательных при реализации основных профессиональных образовательных программ высшего образования – программ подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по соответствующим специальностям.

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение», в соответствии с ФГОС ВО, реализуется в рамках раздела «Блок 1. Дисциплины (модули). Базовая часть» программ ординатуры, при этом

объем, содержание и порядок реализации определяется организацией самостоятельно [2].

Если общий объем раздела «Блок 1. Дисциплины (модули)» принять за 45 зачетных единиц (зач. ед.), при рекомендованных ФГОС ВО 42–48, на базовую часть приходится в среднем 37 зач. ед. (33–39 зач. ед. по ФГОС ВО). Значительный объем учебного времени приходится на дисциплину специальности (21 зач. ед.), что составляет 57% от дисциплин раздела «Блок 1. Дисциплины (модули). Базовая часть». На преподавание общественного здоровья и здравоохранения может приходиться до 2 зач. ед. или 5,5% объема учебного времени дисциплин раздела «Блок 1. Дисциплины (модули). Базовая часть».

Кроме того, в структуру дисциплин раздела «Блок 1. Дисциплины (модули). Вариативная часть», на которые приходится около 8 зач. ед., также могут быть включены дисциплины (в том числе и по выбору ординатора), раскрывающие основные вопросы организации специализированной медицинской помощи, медицинской этики и деонтологии, а также другие, формирующие компетенции, направленные на подготовку ординатора по основным вопросам, способствующим формированию практических навыков в области профилактики, организации и проведения диспансерного наблюдения, организации медицинской помощи по отдельным специальностям.

Например, рассматривая ФГОС ВО по специальности 31.08.67 «Хирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) [3], профессиональные компетенции (ПК), определяющие подготовку врача-хирурга по вопросам общественного здоровья и здравоохранения, следующие.

В области профилактической деятельности:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4).

В области организационно-управленческой деятельности:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).

Аналогичным образом при рассмотрении ФГОС ВО по специальности 31.08.49 «Терапия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) [4] в качестве компетенций, определяющих подготовку врача-терапевта по вопросам общественного здоровья и здравоохранения, можно выделить идентичные ПК как в области профилактической деятельности, так и в области организационно-управленческой деятельности.

Анализ других ФГОС ВО направления 31.00.00 «Клиническая ординатура», в том числе по узким специальностям (например, ФГОС ВО по специальности 31.08.04 «Трансфузиология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) [5]), показал, что требования к подготовке в ординатуре и освоению компетенций, определяющих подготовку врачей по вопросам общественного здоровья и здравоохранения, совпадают.

Несколько иная трактовка компетенций выявлена в стандартах ФГОС ВО направления 32.00.00 «Науки о здоровье и профилактическая медицина», например, в ФГОС ВО по специальности 32.08.07 «Общая гигиена» [6]. Компетенции, определяющие подготовку врача по общей гигиене в области организационно-управленческой деятельности, сформулированы следующим образом:

- готовность к использованию основ экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности (ПК-5);

- готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере (ПК-6);

- готовность к организации и управлению деятельностью организаций и (или) их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (ПК-7).

Дополнительные возможности для овладения компетенциями в сфере организации здравоохранения может дать введение факультативных дисциплин, которые не включаются в общий объем программ ординатуры (на основании Приказа Минобрнауки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»).

При формировании рабочего учебного плана ординатуры можно предложить освоение дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в одном из полугодий второго года обучения, с выделением 24 часов на проведение практических занятий (семинаров) и 48 часов – на самостоятельное изучение. В качестве формы итогового контроля по дисциплине предусмотрен зачет. Тематическое

построение дисциплины может формироваться в зависимости от специальности ординатуры, в которой ведется подготовка врача-специалиста, основные тематические разделы могут быть следующие:

– модуль 1 – «Теоретические и методические основы дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение», государственная политика в области охраны здоровья населения»;

– модуль 2 – «Общественное здоровье, понятие, изучение, оценка показателей и факторов, определяющих здоровье населения»;

– модуль 3 – «Основы медицинской статистики и организации медико-социального исследования. Статистический анализ»;

– модуль 4 – «Организация лечебно-профилактической помощи населению и функционирование основных подсистем здравоохранения»;

– модуль 5 – «Современные проблемы сохранения здоровья, профилактики заболеваний, здоровья семьи и медицинской этики»;

– модуль 6 – «Основы экономики здравоохранения и медицинского страхования. Управление здравоохранением и медицинскими кадрами».

Таким образом, дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение» является обязательной компонентой раздела «Блок 1. Дисциплины (модули)» всех программ ординатуры как направления 31.00.00 «Клиническая медицина», так и направления 32.00.00 «Науки о земле и профилактическая медицина». Объемы и программа подготовки определяются вузом самостоятельно; в качестве рекомендации можно предложить объем изучения дисциплины до 2 зач. ед. при распределении учебных часов на аудиторные занятия – 24 часа (практические занятия (семинары) и самостоятельную работу – 48 часов). Дополнительные возможности, позволяющие более полно раскрыть отдельные модули дисциплины и сформировать соответствующие профессиональные компетенции, может дать включение отдельных дисциплин (блоков) в вариативную часть программы, в том числе по выбору обучающегося, а также в факультативные дисциплины программы ординатуры.

Список литературы

1. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями). Режим доступа: <http://base.garant.ru/70291362/#ixzz3ncWP7Fhx> (дата обращения: 09.10.2015).
[Federal law of December 29, 2012 № 273-FZ «On Education in the Russian Federation» (as amended). Available at: <http://base.garant.ru/70291362/#ixzz3ncWP7Fhx> (accessed October 9, 2015) (in Russian).]
2. Косарев И.И., Емелин И.А. Об образовании и воспитании. *Сеченовский вестник*. 2014; 4 (18): 85–88.
3. Приказ Министерства образования и науки РФ от 26.08.2014 № 1110 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 «Хирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)». Режим доступа: <http://base.garant.ru/70779436/#ixzz3ncXsk32r> (дата обращения: 09.10.2015).
[Ministry of Education and Science of the Russian Federation of 08.26.2014 № 1110 «On approval of the federal state educational standard of higher education in the specialty 31.08.67 Surgery (level of training of highly qualified personnel)». Available at: <http://base.garant.ru/70779436/#ixzz3ncXsk32r> (accessed October 9, 2015) (in Russian).]
4. Приказ Министерства образования и науки РФ от 25.08.2014 № 1092 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.49 «Терапия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_170816/ (дата обращения: 09.10.2015).
[Ministry of Education and Science of the Russian Federation of 08.25.2014 № 1092 «On approval of the federal state educational standard of higher education in the specialty 31.08.49 Therapy (level of training of highly qualified personnel)». Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_170816/ (accessed October 9, 2015) (in Russian).]
5. Приказ Министерства образования и науки РФ от 25.08.2014 № 1046 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.04 «Трансфузиология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)». Режим доступа: <http://base.garant.ru/70784636/#ixzz3ncYpnh2c> (дата обращения: 09.10.2015).
[Ministry of Education and Science of the Russian Federation of 08.25.2014 № 1046 «On approval of the federal state educational standard of higher education in the specialty 31.08.04 Transfusiology (level of training of highly qualified personnel)». Available at: <http://base.garant.ru/70784636/#ixzz3ncYpnh2c> (accessed October 9, 2015) (in Russian).]
6. Приказ Министерства образования и науки РФ от 27.09.2014 № 1135 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 32.08.07 «Общая гигиена» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)». Режим доступа: <http://base.garant.ru/70784644/#ixzz3ncZHDSGD> (дата обращения: 09.10.2015).
[Ministry of Education and Science of the Russian Federation of 09.27.2014 № 1135 «On approval of the federal state educational standard of higher education in the specialty 32.08.07 Hygiene (level of training of highly qualified personnel)». Available at: <http://base.garant.ru/70784644/#ixzz3ncZHDSGD> (accessed October 9, 2015) (in Russian).]

УДК 615.1

А.А. Свистунов,
д-р мед. наук, проф., первый проректор – проректор по инновационной политике и международной деятельности Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Р.И. Ягудина,
д-р фармацевт. наук, проф., зав. лабораторией фармакоэкономических исследований НИИ фармации Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Г.Т. Абдрашитова,
аспирант лаборатории фармакоэкономических исследований НИИ фармации Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

В.В. Бабий,
аспирант кафедры организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Е.И. Макарова,
аспирант кафедры организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

А.А. Почуприна,
аспирант ФГБУ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения» Минздрава России

Ю.В. Рыбченко,
аспирант кафедры организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Г.А. Толордава,
аспирант кафедры организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Д.Т. Угрехелидзе,
аспирант кафедры организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

A.A. Svistunov,
MD, Professor, First Vice-Rector – Vice-Rector for Innovation Policy and International Activities, I.M. Sechenov First MSMU

R.I. Yagudina,
Doctor of Pharmaceutical Science, Professor, Head of the Laboratory for Pharmacoeconomic studies, Pharmacy Research Institute

G.T. Abdrashitova,
Postgraduate Student at the Laboratory of Pharmacoeconomic Studies, Pharmacy Research Institute, I.M. Sechenov First MSMU

V.V. Babiy,
Postgraduate Student at the Department of Organization of Medicinal Provision and Pharmacoeconomics, I.M. Sechenov First MSMU

E.I. Makarova,
Postgraduate Student at the Department of Organization of Medicinal Provision and Pharmacoeconomics, I.M. Sechenov First MSMU

A.A. Pochuprina,
Postgraduate Student at the FSBI «Scientific Center of Medical Expertise», Ministry of Health of the Russian Federation

Yu.V. Rybchenko,
Postgraduate Student at the Department of Organization of Medicinal Provision and Pharmacoeconomics, I.M. Sechenov First MSMU

G.A. Tolordava,
Postgraduate Student at the Department of Organization of Medicinal Provision and Pharmacoeconomics, I.M. Sechenov First MSMU

D.T. Ugrekheldze,
Postgraduate Student at the Department of Organization of Medicinal Provision and Pharmacoeconomics, I.M. Sechenov First MSMU

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЯХ PHARMACOECONOMIC ANALYSIS IN VARIOUS NOSOLOGIES

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:
Абдрашитова Гузель Тафкиловна, аспирант лаборатории фармакоэкономических исследований НИИ фармации Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России
Адрес: 117418, г. Москва, Нахимовский проспект, д. 45
Телефон: +7 (964) 572-74-32
e-mail: guzel_mirkasim@mail.ru
Статья поступила в редакцию: 15.04.2016 г.
Статья принята к печати: 15.08.2016 г.

CONTACT INFORMATION:
Guzel Abdrashitova, Postgraduate Student at the Laboratory of Pharmacoeconomic Studies, Pharmacy Research Institute, I.M. Sechenov First MSMU
Address: p. 45, Nakhimovsky prospect, Moscow, Russia, 117418
Tel.: +7 (964) 572-74-32
e-mail: guzel_mirkasim@mail.ru
The article received: April 15, 2016.
The article approved for publication: August 15, 2016.

Аннотация. Данная статья посвящена описанию основных методов фармакоэкономического анализа в соответствии с современными требованиями. Особое внимание уделено разбору примеров адаптации общих методов фармакоэкономического анализа применительно к отдельным нозологиям. В рамках данной работы было показано, что для получения корректных результатов каждое фармакоэкономическое исследование требует индивидуального подхода, которое предполагает учет особенностей каждого заболевания, а также особенностей влияния заболевания на жизнь больного, его близких и общества.

Abstract. This article describes pharmacoeconomic analysis methods of which follow the modern requirements to this type of health technology assessment. Special attention is paid to the adaptation of pharmacoeconomic analysis methods to a specific nosology. The present paper demonstrates that each pharmacoeconomic study requires an individual approach, which takes into account both a specific disease peculiarities and the burden it poses on the patient, the community and the society.

Ключевые слова. Фармакоэкономика, анализ эффективности, анализ затрат, методы фармакоэкономического анализа.

Keywords. Pharmacoeconomics, cost-effectiveness analysis, cost analysis, methods of pharmacoeconomic analysis.

Фармакоэкономический (ФЭК) анализ стал важной составляющей при принятии управленческих решений в области здравоохранения во многих странах мира. Системы здравоохранения стоят перед задачей обеспечения населения высокоэффективными медицинскими технологиями, однако зачастую реализовать это проблематично из-за ограниченных возможностей соответствующих бюджетов. Решение этой задачи требует оптимизации использования доступных ресурсов и их перераспределения внутри систем здравоохранения. В свою очередь ФЭК анализ позволяет выявить наиболее рациональные медицинские технологии с клинической и экономической точки зрения.

В фокусе фармакоэкономических исследований (ФЭКИ) находятся такие важные параметры, как эффективность и безопасность лечения, увеличение продолжительности жизни и ее качества, данные о которых получены на основе доказательной медицины. Предметом исследования выступают экономические параметры, которые наравне с эффективностью и безопасностью также необходимо учитывать при проведении ФЭК анализа определенного метода лечения.

Первые попытки использования подходов ФЭК анализа в мире были обнаружены еще в XVII в., когда W. Petty была определена стоимость одной человеческой жизни в 60–90 английских фунтов стерлингов [1]. Однако первая публикация, посвященная ФЭИ, относится к 60-м гг. XX в. Вот уже как 20 лет существует Международное общество фармакоэкономических исследований (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research – ISPOR), которое объединяет специалистов в области фармакоэкономики из разных стран мира, в том числе и из Российской Федерации (РФ). В Советском Союзе ФЭК анализ впервые был использован в работе, посвященной изучению экономической эффективности ликвидации полиомиелита (И.Д. Богатырев, М.П. Ройтман, И.Г. Минакова) [1].

Следующий шаг в развитии фармакоэкономики в РФ произошел в 90-х гг. прошлого века, когда

отечественные исследователи получили доступ к опыту и методическим разработкам западных коллег. Уже в 1995 г. в международных изданиях были опубликованы первые результаты ФЭКИ. В 1999 г. состоялась первая конференция, посвященная фармакоэкономике, которая дала значимый толчок развитию этой науки в нашей стране. С тех пор проблемам ФЭК анализа медицинских технологий все чаще стали посвящать целые симпозиумы, научные конференции, публиковать статьи в ведущих медицинских периодических изданиях, а также защищать диссертации на соискание ученой степени кандидата или ученой степени доктора наук. А с 2006 г. в нашей стране стал проводиться ежегодный международный конгресс «Развитие фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии в Российской Федерации».

С 2006 г. необходимость ФЭКИ впервые была закреплена законодательно в нормативном документе Министерства здравоохранения и социального развития РФ – Приказе от 15 февраля 2006 г. № 93 «Об организации работы по формированию Перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи», согласно которому одним из оснований для включения лекарственных средств (ЛС) в льготные перечни должны были быть результаты ФЭКИ. Однако данный приказ не отражал правила представления этих результатов. Ситуация изменилась с принятием Постановления Правительства РФ от 28 августа 2014 г. № 871 «Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи», согласно которому был определен порядок формирования перечней и была предложена интегральная шкала показателей, включающая также клинико-экономическую

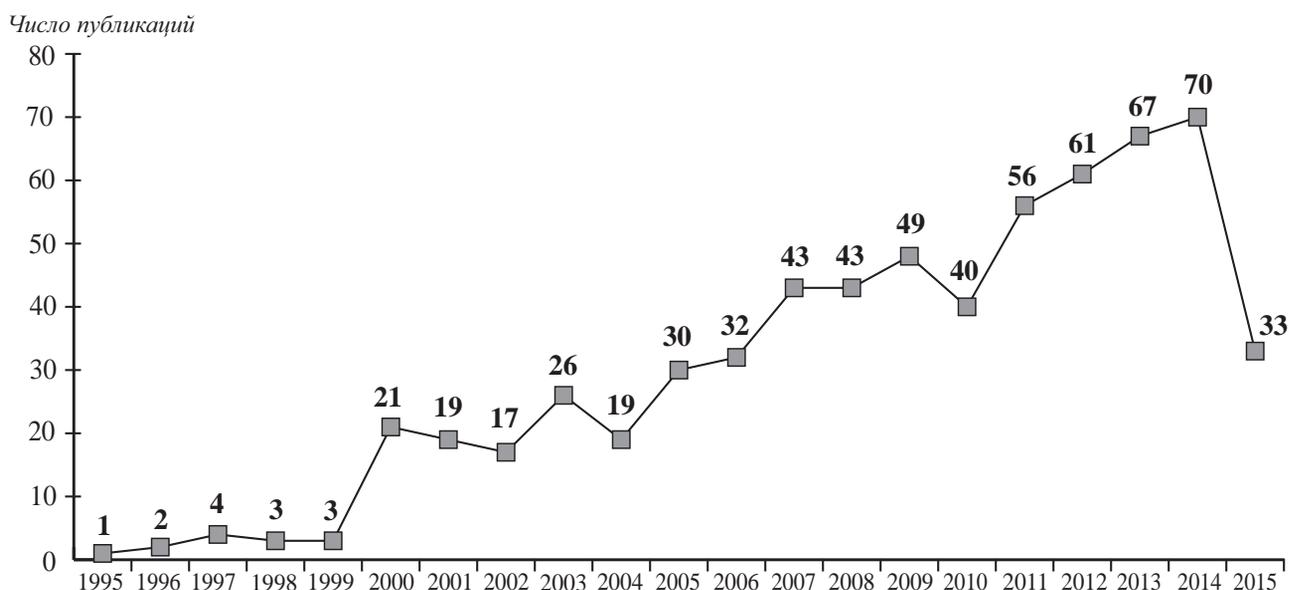


Рис. Динамика публикаций ФЭКИ с 1995 по 2015 г.

(фармакоэкономическую) оценку. Интересно, что с 2015 г. такая же шкала используется при формировании перечня лечебного питания для детей-инвалидов после принятия соответствующего Постановления Правительства РФ от 9 апреля 2015 г. № 333 «Об утверждении Правил формирования перечня специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов».

Нельзя не отметить, что интерес к фармакоэкономике наблюдался еще и до законодательного подтверждения значимости данных исследований при принятии решений в области лекарственного обеспечения, о чем свидетельствовал неуклонный рост публикаций, посвященных различным ФЭКИ.

В последние годы во всем мире наблюдается общая тенденция роста числа ФЭКИ в различных нозологиях. Для выявления соответствующей тенденции нами был проведен анализ структуры и динамики публикаций ФЭКИ в РФ. Для решения задачи информационного поиска обратились к электронной базе данных Центральной научной медицинской библиотеки Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России. Поиск осуществлялся по ключевым словам «фармакоэконом*», «фармакоэпидемиолог*» и «клинико-эконом*» с соответствующими окончаниями.

В ходе анализа была оценена динамика публикаций, затрагивающих методологию и нормативное регулирование ФЭКИ, описывающих результаты проведенных в РФ исследований, а также публикаций, переведенных с иностранных языков. Временной интервал – с 1995 по 2015 г. включительно (т. е. более 20 лет). За данный период опубликованы более 600 работ, их распределение по годам представлено на рис. 1.

Как видно из рис., с 2000 г. наблюдался неуклонный рост числа публикаций. Это объясняется тем, что, как упоминалось ранее, первая конференция, посвященная фармакоэкономике, в 1999 г. дала значимый толчок развитию фармакоэкономики в РФ. А резкий спад числа публикаций в 2015 г. вызван задержкой поступления их в библиотеку и тем, что они не сразу были включены в интерактивные базы данных. Рассматривая динамику публикаций в целом, можно сделать вывод о ежегодном росте количества публикаций.

МЕТОДЫ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Следует отметить, что при проведении ФЭКИ важным является правильный выбор метода ФЭК анализа. На первом этапе ФЭКИ выполняется *анализ эффективности*. С его помощью осуществляется выбор критерия (показателя), который мог бы отражать как можно более точно и полно эффективность, безопасность и полезность изучаемой медицинской технологии. Выбор правильного критерия эффективности позволяет на последующих этапах ФЭК анализа проводить всестороннюю оценку влияния технологии на общее бремя заболевания. В ФЭК анализе существуют определенные требования к критериям эффективности: они должны быть достоверными (без искажений отражать последствия, возникающие при применении медицинской технологии), чувствительными к возможным изменениям, общепринятыми и, по возможности, должны отражать отдаленные во времени результаты. В целом критерии эффективности, используемые в ФЭК анализе, могут быть разделены на:

– суррогатные точки – показатели, которые отражают прямые и опосредованные клинические эффекты (изменение биохимических показателей, снижение числа госпитализаций и т. п.);

– конечные точки – показатели, которые отражают изменение показателей здоровья на уровне групп больных (смертность, выживаемость, продолжительность жизни, инвалидизация, качество жизни и т. п.).

Выбор критериев эффективности (точек эффективности) производится в соответствии с целями исследования, особенностями анализируемой популяции, особенностями заболевания (есть или нет опасность для жизни), особенностями лечения (паллиативная или терапевтическая помощь), финансовыми и временными возможностями и др.

Следующим этапом ФЭКИ является *анализ затрат*. Полнота и правильность учтенных затрат оказывают непосредственное влияние на результат ФЭКИ. Существуют несколько видов затрат: прямые, непрямые и неосязаемые.

Прямые затраты – это затраты, напрямую связанные с заболеванием или терапией, которые несет система здравоохранения, пациент и общество в ходе предоставления медицинской помощи. Прямые затраты в свою очередь бывают медицинскими и немедицинскими.

Под прямыми медицинскими затратами понимают расходы на лабораторно-диагностические услуги, лекарственную терапию, затраты, связанные с проведением медицинских манипуляций, консультации врачей. Этот вид затрат наиболее часто учитывается в ФЭК анализе, так как затраты на фармакотерапию и медицинские услуги считаются наиболее приоритетными для системы здравоохранения.

Прямые немедицинские затраты включают затраты на питание пациента, его пребывание на больничной койке (т. е. стоимость койко-дня), а также услуги социальных служб и работу немедицинского персонала. Оценка этого вида затрат часто не проводится из-за малой информативности применительно к конкретному исследованию.

Непрямые затраты – это расходы (в денежном выражении), которые несет общество вследствие утраты больным трудоспособности (потеря внутреннего валового продукта), а также социальные расходы (выплаты по больничным листам и пр.). Тогда как неосязаемые затраты, которые невозможно выразить в стоимостных показателях, отражают страдания пациента и его близких, связанные с болью, снижением социальной и физической активности [2].

Важнейшим этапом проведения ФЭКИ является правильный выбор ФЭК метода. Одним из основных ФЭК методов является *анализ «затраты – эффективность»* (cost-effectiveness analysis –

CEA). Анализ «затраты – эффективность» – это метод, при котором проводят сравнительную оценку результатов и затрат при двух и более вмешательствах, эффективность которых различна, а результаты измеряются в одних и тех же единицах. В этом анализе используются результаты проведенного ранее анализа эффективности с целью определения стоимости единицы эффективности, представляемой сравниваемыми ЛС. Результатом данного анализа является коэффициент «затраты – эффективность» (cost-effectiveness ratio – CER), который представляет собой отношение стоимости лечения к показателю эффективности, достигаемому в результате терапии. В качестве показателя эффективности может быть принят любой из критериев, описывающих состояние здоровья пациента [3–5]. Следует отметить, что частным случаем анализа «затраты – эффективность» является анализ «затраты – полезность», когда в качестве критерия эффективности ЛС используется показатель полезности (отражает влияние ЛС на качество жизни пациентов). Коэффициент, демонстрирующий результаты данного анализа, представляет собой отношение затрат на лечение к эффективности, выраженной в единицах полезности (добавленные годы качественной жизни (quality-adjusted life year – QALY)).

Анализ «готовности платить» (willingness-to-pay analysis) – универсальный инструмент принятия решений в здравоохранении. Особенностью данного метода является представление результатов применения той или иной медицинской технологии в денежном выражении. Порог «готовности платить» отражает дополнительную сумму в денежных единицах, которую общество готово потратить на достижение определенного терапевтического эффекта и качества жизни для данной категории больных [6].

Следующим одним из основных методов фармакоэкономики и обязательным методом ФЭК анализа при подаче предложения для включения препарата в государственные перечни в РФ является *анализ «влияния на бюджет»*. Результаты данного анализа, имея денежное выражение, оказываются наиболее убедительными среди всех ФЭК показателей для лиц, принимающих решение. В этом анализе учитываются такие факторы, как временной горизонт и особенности модели пациентов. При базовом сценарии анализ «влияния на бюджет» определяет суммарные экономические эффекты исследуемой технологии. Данный вид ФЭК анализа позволяет сравнить суммарные экономические эффекты для нескольких сравниваемых технологий, показывая наименее затратные технологии здравоохранения. С помощью данного анализа можно создавать достаточно точные модели, описывающие бюджеты той или иной программы здравоохранения или же

лечения конкретных нозологий с функцией их прогнозирования и оптимизации. Анализ «влияния на бюджет», в отличие от анализа «затраты – эффективность», учитывает не только характеристики пациентов с позиции распространения на них использованных данных по эффективности оцениваемой технологии здравоохранения, но и численность пациентов рассматриваемой группы. При этом, хотя результаты анализа «влияния на бюджет» могут быть представлены в расчете на одного пациента, наибольшей ценностью для лиц, принимающих решение, обладают результаты анализа «влияния на бюджет», проведенного для всей популяции пациентов. В этом случае проведенная оценка фактически отражает реальный бюджет, необходимый для внедрения изучаемой технологии здравоохранения [7].

При проведении ФЭКИ необходимо учитывать некоторую неопределенность данных об эффективности лечения, сложность точного расчета затрат и вариабельность других факторов. В связи с этим на последнем этапе проведения ФЭКИ выполняется *анализ чувствительности*, который дает оценку стабильности и адекватности полученных в ходе исследования результатов. Данный метод позволяет оценить устойчивость результата к изменениям входных параметров, а также оценить способность технологии оставаться выгодной при различных изменениях, влияющих на ее ФЭК свойства факторов.

ПРИМЕРЫ АДАПТАЦИИ МЕТОДОВ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Выбор конкретного метода анализа из множества существующих определяется целью и задачами исследования. При этом использование единых методов ФЭК анализа не тождественно единообразному подходу к оценке технологий здравоохранения, которые применяются при терапии различных заболеваний. При проведении ФЭКИ должны учитываться как особенности изучаемых предметов исследования, так и каждой отдельной болезни.

Обращаясь к особенностям проведения ФЭКИ в области *хронической болезни почек (ХБП)*, в первую очередь важно учитывать клинические и терапевтические аспекты заболевания, к которым относятся характерная картина развития стадий заболевания, наиболее значимые осложнения и подходы к терапии данной нозологии. Сложность патогенеза ХБП и вовлеченность в него множества функциональных систем организма приводит к тому, что терапия ХБП носит комплексный характер, что в свою очередь предлагает широкий выбор предметов ФЭК анализа при ХБП – видов терапии. Так, ФЭК анализу могут быть подвергнуты альтернативные схемы лечения определенных стадий ХБП, включая различные ЛС и их комбинации.

Отдельно необходимо отметить терапию терминальной стадии ХБП, которая носит заместительный характер и включает в себя не только фармакотерапию, но и высокотехнологичную медицинскую помощь – заместительную почечную терапию (ЗПТ): диализ и трансплантацию почки. В зависимости от выбранного предмета исследования будут различаться и критерии эффективности, используемые в ФЭК анализе. Следует отметить, что ЗПТ как предмет ФЭК анализа также накладывает ряд специфических аспектов на методологию проведения анализа затрат. ЗПТ относится к высокотехнологической медицинской помощи и с точки зрения затрат является комплексной медицинской услугой: так, анализ затрат на трансплантацию почки должен включать в себя не только расходы на собственно оперативное вмешательство, но и на последующую иммуносупрессивную фармакотерапию.

Анализ затрат диализной помощи – как гемодиализа (ГД), так и перитонеального диализа (ПД), представляет собой еще более сложную задачу, так как требует учета расходов не только на собственно проведение процедуры диализа, сопутствующую фармакотерапию, коррекцию побочных эффектов (прямые медицинские затраты), но и на логистические процессы, связанные с транспортировкой (прямые немедицинские затраты). При этом отдельно необходимо отметить, что структура стоимости услуги процедуры ГД и ПД существенно отличается: если главной статьёй расходов при ПД является стоимость растворов для ПД, то при формировании стоимости услуги ГД значимыми статьями расходов становятся амортизация дорогостоящего оборудования (аппарата «искусственной почки») и оплата труда медицинского персонала. Логистические затраты включают в себя доставку пациентов к диализным центрам и обратно в случае ГД и доставку растворов для ПД пациентам в случае ПД. Очевидно, что затраты на указанные логистические процессы будут сильно отличаться в зависимости от плотности населения и транспортной доступности. Таким образом, ФЭК анализ ХБП и, в частности, диализной помощи является одной из немногих областей ФЭК анализа, где географические и логистические факторы имеют выраженное влияние на конечный результат [8].

В случае проведения ФЭК анализа технологий здравоохранения, которые применяются в *терапии ВИЧ-инфицированных больных*, следует отталкиваться от современной цели лечения (антиретровирусной терапии – АРТ), которая заключается в увеличении продолжительности и улучшении качества жизни больных с ВИЧ-инфекцией, предотвращении развития СПИД. Достижение указанной цели зависит от успешности реализации ряда задач: вирусологическая задача – остановить размножение

ВИЧ в организме больного; иммунологическая – восстановление структуры и функций иммунной системы; клиническая задача – остановить и предотвратить развитие заболеваний, развивающихся при прогрессировании ВИЧ-инфекции; эпидемиологическая задача – предотвращение новых случаев заражения.

Исходя из существующих задач становится возможным выделить перечень критериев эффективности, которые возможно использовать при проведении анализа эффективности и последующего анализа «затраты – эффективность»: вирусологические (уровень РНК-ВИЧ), иммунологические (уровень CD4+ Т-лимфоцитов), клинические (число случаев развития СПИД, оппортунистических инфекций и др.) и эпидемиологические (число новых случаев заражения от представителей анализируемой группы). Если в основу ФЭКИ закладывается моделирование, то необходимо помнить о том, что на данный момент ВИЧ-инфекция является неизлечимым заболеванием, поэтому модели должны разрабатываться по принципу «моделей Маркова», т. е. горизонт моделирования должен быть максимально длительным – время ожидаемой продолжительности жизни, а также обязательно необходимо учитывать прогрессирование заболевания. Моделирование прогрессирования ВИЧ-инфекции может осуществляться, к примеру, на основании изменения уровня CD4+ Т-лимфоцитов. При этом переход на каждую новую ступень (снижение уровня CD4+) связан с увеличением вероятности и числа случаев развития осложнений и, как следствие, увеличением затрат. Принимая во внимание необходимость регулярного приема АРТ больным (менее 95% доз), следует учитывать влияние приверженности больного к АРТ на результаты лечения. Дело в том, что на приверженность к лечению, а следовательно, и на эффективность схем АРТ, могут оказывать влияние число принимаемых таблеток и уровень маргинализации представителей анализируемой группы ВИЧ-инфицированных. Особенностью анализа затрат является то, что большая часть прямых медицинских затрат связана с антиретровирусной терапией. При этом переход на вторую и последующие линии терапии связан со значительным увеличением затрат на АРТ. Если стоимость второй линии терапии может превышать стоимость первой линии в несколько раз, то стоимость линий резерва – в десятки раз, что требует рассмотрения и учета возможных дальнейших затрат, связанных с развитием резистентности. Кроме того, высокая социальная опасность ВИЧ-инфекции и острая необходимость в остановке роста числа случаев передачи ВИЧ требует учета, наравне с прямыми затратами, не прямых затрат. Потеря трудовых ресурсов, преждевременная смертность, повышенная заболеваемость среди инфицированных ВИЧ и другие

факторы обуславливают более 75% экономического бремени ВИЧ-инфекции.

Детский церебральный паралич (ДЦП) является одним из наиболее распространенных и социально значимых неврологических заболеваний, влияющих как на различные аспекты физического и психоречевого развития детей с самого рождения, так и на этапы их личностного становления и адаптации в обществе. В последние годы отмечается тенденция роста числа детей-инвалидов в России. Следует отметить, что ДЦП занимает первое место в структуре детской неврологической инвалидности. Учитывая пожизненное течение данного заболевания, оно приобретает огромное как медицинское, так и социально-экономическое значение. При проведении ФЭК анализа медицинских технологий, используемых при терапии ДЦП, необходимо учитывать прямые затраты (стоимость фармакотерапии, затраты на коррекцию побочных эффектов антиспастических препаратов, затраты на стационарную и амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, затраты на санаторно-курортную медицинскую помощь, на проведение этапного гипсования и ортопедические операции) и не прямые затраты (пенсии по инвалидности, пособия по уходу за детьми-инвалидами) [9].

При проведении анализа эффективности допустимо использование суррогатных точек: снижение частоты хирургических вмешательств, снижение спастичности, выраженное в баллах по модифицированной шкале Эшворта (Modified Ashworth Scale), изменение показателей больших моторных функций по шкале классификации больших моторных функций (Gross Motor Function Measurement Scale), также успешность терапии может быть выражена по шкале достижения цели (Goal Attainment Scale). Следует отметить, что для проведения корректного ФЭК анализа необходимо определить критерии включения клинических исследований в анализ эффективности. Для данной нозологии такими критериями являются: одинаковые дозы антиспастических ЛС, отсутствие контрактур в исследуемых мышцах, одинаковый уровень спастичности на начало исследования по неврологическим шкалам, сопоставимые возрастные группы пациентов, равная длительность терапии. Особенно важно учитывать эффективность терапии, опираясь на данные для одних и тех же групп мышц [10].

Еще одно социально значимое заболевание – *артериальная гипертензия (АГ)*, которая является ведущим фактором риска развития других сердечно-сосудистых заболеваний, а именно: сердечной недостаточности (СН), инфаркта миокарда (ИМ), инсульта (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака), ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности и ХБП.

Ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС) – система, которая регулирует артериальное давление (АД) и гомеостаз, а также играет главную роль в возникновении АГ и развитии ее осложнений. Было актуальным проведение ФЭК анализа ЛС двух антигипертензивных групп: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), влияющих на РААС у пациентов с АГ. Особенностью данного ФЭКИ было сравнение широкого спектра похожих препаратов. Для сравнения ЛП были выбраны 8 международных непатентованных наименований из двух антигипертензивных групп: фозиноприл, лизиноприл, рамиприл и периндоприл из группы ИАПФ и лозартан, ватласартан, телмисартан и кандесартан из группы БРА. Следует отметить, что все ЛС обладают похожей эффективностью и применяются для снижения АД. В процессе информационного поиска было найдено 113 публикаций, из которых после скрининга для подробного анализа были включены 22 публикации. На основе анализа этих исследований для каждого ЛС из двух антигипертензивных групп – ИАПФ и БРА – были выбраны суррогатные точки:

- критерия эффективности – достижения целевого уровня артериального давления;
- нежелательных событий – развитие ИМ, инсульта и СН;
- побочных эффектов – гипотензия, кашель и ангионевротический отек [11].

Приведем еще один пример ФЭКИ – ФЭК анализ лечения *системной красной волчанки (СКВ) – хронического аутоиммунного заболевания*, высокая активность которого приводит к развитию поражений различных тканей и органов, а также способствует ранней инвалидизации больных. При проведении ФЭКИ у пациентов с данным заболеванием в ходе анализа затрат необходимо учитывать стоимость лечения назначенной терапии, отдельно оценить затраты, связанные с применением глюкокортикостероидных ЛС, так как различные схемы терапии способны сокращать дозу глюкокортикостероидов на прием, что снижает риск развития наиболее часто наблюдающихся нежелательных явлений при их приеме, и, соответственно, приводит к сокращению затрат. Следует отметить, что значительную долю затрат на пациентов с СКВ составляет стоимость лечения осложнений, возникающих вследствие высокой активности заболевания. Наступление таких тяжелых поражений, как лопус-нефрит, нейролопус приводит к увеличению затрат на лечение пациентов с СКВ в 2–3 раза. В связи с этим лечение осложнений также должно быть учтено при анализе затрат в ходе ФЭК анализа [12].

Определенными особенностями при проведении ФЭКИ обладает и такое распространенное заболевание, как *бронхиальная астма (БА)*, которое

поражает людей всех возрастов независимо от социального статуса. Следует отметить, что почти все косвенные расходы и не менее трети прямых затрат на лечение заболевания связаны с компенсацией возникших обострений и плохим контролем БА. Краеугольным камнем в решении этой проблемы является ненадлежащее использование ингаляционных устройств. Правильное применение ингалятора зависит как от техники выполнения маневра, так и от конструкции самого устройства, что нередко взаимосвязано и обеспечивает пациенту необходимый терапевтический эффект. Наличие большого ассортимента ЛС, а также способов их доставки при ограниченных финансовых ресурсах системы здравоохранения является основанием для оценки затрат и эффективности различных видов лечения БА. В связи с этим был проведен ФЭК анализ устройств доставки ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих β_2 -агонистов, применяемых в лечении БА у взрослых и детей. В ходе выполнения оценки были определены следующие критерии эффективности: улучшение показателей функции легочного дыхания и снижение числа обострений БА, за счет правильного выполнения техники ингаляций и предпочтений пациентов в выборе устройства. Считалось, что одна критическая ошибка равна одному обострению. Проведенные ФЭКИ показали взаимосвязь между затратами на лечение БА и удобной конструкцией устройств, выполнением пациентами надлежащей техники ингаляций и эффективностью терапии ЛС [13].

На примере ФЭКИ лечения *фенилкетонурии* (редкое наследственное заболевание, связанное с нарушением метаболизма аминокислот в организме) можно рассмотреть особенности ФЭК анализа, связанные с основной фармакотерапией данного заболевания. В настоящее время ведущим методом лечения фенилкетонурии является диетотерапия специализированными продуктами лечебного питания (смеси аминокислот без фенилаланина). С 2015 г. постановлением Правительства РФ от 9 апреля 2015 г. № 333 утверждены правила формирования перечня лечебного питания, обязательным условием которых является наличие ФЭКИ. Для проведения анализа следует определить критерии эффективности, такие как нормальное умственное развитие, отсутствие судорог и наиболее весомый критерий – QALY. Выбор данных критериев эффективности обусловлен спецификой заболевания и возможными серьезными осложнениями в результате несвоевременного лечения или перерывов в диетотерапии. Важно отметить, что эффективность лечения зависит не только от раннего назначения терапии, но и от восприятия ребенком лечебной смеси, а также контроля соблюдения диеты со стороны родителей.

Отличительной особенностью анализа затрат является расчет стоимости диетотерапии, которая зависит от массы тела и возраста ребенка. К тому же для полноты исследования требуется анализировать временной горизонт исследования — 18 лет, так как диетотерапия рекомендована лечению до наступления совершеннолетия. В течение данного времени изменяется масса тела ребенка и нормы потребления белка, что приводит к необходимости корректировки дозы лечебной смеси и должно учитываться в расчетах затрат на диетотерапию при проведении ФЭКИ [14].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, согласно современной методологии выбор конкретных методов фармакоэкономического анализа должен осуществляться с учетом целого комплекса факторов. Существующий на сегодняшний день выбор методов фармакоэкономического анализа не означает единообразный подход для оценки разных заболеваний. Результат фармакоэкономического анализа напрямую зависит от особенностей изучаемых предметов исследования и каждой отдельной группы болезней. Подобный индивидуальный подход к каждому ФЭКИ необходим для получения точных и достоверных результатов, которые затем могут быть использованы в процессе принятия решений при организации медицинской помощи населению.

Список литературы

1. Багирова В.Л., Колганова Н.А., Раздобарин К.А. Актуальность фармакоэкономических исследований для оптимизации рынка лекарственных препаратов. *Рос. биомед. журн. Medline.ru*. 2005; 6: 500–507. [Bagirova V.L., Kolganova N.A., Razdobarin K.A. Relevance of pharmacoeconomic studies for pharmaceutical market optimization. *Russian Biomed. J. Medline.ru*. 2005; 6: 500–507 (in Russian).]
2. Хабриев Р.У., Куликов А.Ю., Аринина Е.Е. Методологические основы фармакоэкономического анализа. М.: Медицина, 2011; 128. [Khabriev R.U., Kulikov A.Yu., Arinina E.E. Methodological basis of pharmacoeconomic analysis. Moscow: Medicine; 2011; 128 (in Russian).]
3. Ягудина Р.И., Серпик В.Г. О возможностях совмещения анализа «влияния на бюджет» и анализа «затраты — эффективность» — создание «3D» фармакоэкономической модели. *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2014; 2 (3): 4–8. [Yagudina R.I., Serpik V.G. On the possibility to combine budget impact analysis and cost-effectiveness analysis — development of «3D» pharmacoeconomic model. *Pharmacoeconomics: theory and practice*. 2014; 2 (3): 9–13 (in Russian).]
4. Ягудина Р.И., Бабий В.В. Методологические основы анализа эффективности медицинских технологий при проведении фармакоэкономических исследований. *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2015; 3 (1): 7–11. [Yagudina R.I., Babiy V.V. Methodological basics of health technologies effectiveness analysis in pharmacoeconomic studies. *Pharmacoeconomics: theory and practice*. 2015; 3 (1): 12–16 (in Russian).]
5. Ягудина Р.И., Серпик В.Г., Сороковиков И.В. Методологические основы анализа «затраты-эффективность». *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2014; 2 (2): 23–26. [Yagudina R.I., Serpik V.G., Sorokovikov I.V. Methodological basics of analysis of «cost-effectiveness». *Pharmacoeconomics: theory and practice*. 2014; 2 (2): 28–31 (in Russian).]
6. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Угрехелидзе Д.Т. Определение порога «готовности платить» при одобрении медицинских технологий в условиях российского здравоохранения, рассчитанного на основе паритета покупательной способности. *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2015; 3 (3): 5–9. [Yagudina R.I., Kulikov A.Yu., Ugrehelidze D.T. Assessing willingness-to-pay threshold for health technologies in the Russian Federation on the basis of purchasing power parity. *Pharmacoeconomics: theory and practice*. 2015; 3 (3): 10–14 (in Russian).]
7. Ягудина Р.И., Серпик В.Г., Угрехелидзе Д.Т. Методологические основы анализа «влияния на бюджет». *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2015; 3 (4): 5–8. [Yagudina R.I., Serpik V.G., Ugrehelidze D.T. Methodological basis for budget impact analysis. *Pharmacoeconomics: theory and practice*. 2015; 3 (4): 9–12 (in Russian).]
8. Абдрашитова Г.Т., Ягудина Р.И., Серпик В.Г. Фармакоэкономический анализ оказания медицинской помощи больным с хронической болезнью почек, нуждающимся в проведении заместительной почечной терапии методами перитонеального диализа и гемодиализа в условиях Российского здравоохранения. *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2015; 3 (3): 103–110. [Abdrashitova G.T., Yagudina R.I., Serpik V.G. Pharmacoeconomic analysis of medical care for chronic renal disease patients in need of renal replacement therapy via peritoneal dialysis and hemodialysis in the Russian healthcare environment. *Pharmacoeconomics: theory and practice*. 2015; 3 (3): 111–117 (in Russian).]
9. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Королева Н.И., Угрехелидзе Д.Т. Фармакоэкономика спастических форм детского церебрального паралича. *Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения*. 2015; 3: 60–64. [Yagudina R.I., Kulikov A.Yu., Koroleva N.I., Ugrehelidze D.T. Pharmacoeconomics of spastic forms of cerebral palsy. *Bul. of Scientific Centre for Expert Evaluation of Med. Products*. 2015; 3: 60–64 (in Russian).]
10. Угрехелидзе Д.Т., Куликов А.Ю. Фармакоэкономический анализ различных видов терапии спастических

- форм детского церебрального паралича. *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2015; 3 (3): 62–69.
[Ugrekheldze D.T., Kulikov A.Yu. Pharmacoeconomic analysis of different types of treatment for spastic forms of cerebral palsy. *Pharmacoeconomics: theory and practice*. 2015; 3 (3): 71–78 (in Russian).]
11. Толордава Г.А., Аринина Е.Е., Куликов А.Ю. Фармакоэкономический анализ лекарственного средства фозиноприл у больных с артериальной гипертензией. *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2016; 4 (1): 70–78.
[Tolordava G.A., Arinina E.E., Kulikov A.Yu. Pharmacoeconomic analysis of Fosinopril in patients with arterial hypertension. *Pharmacoeconomics: theory and practice*. 2016; 4 (1): 80–87 (in Russian).]
12. Куликов А.Ю., Комаров И.А., Почуприна А.А. Фармакоэкономическая оценка таргетной терапии у пациентов с системной красной волчанкой. *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2015; 3 (3): 91–96.
[Kulikov A.Yu., Komarov I.A., Pochuprina A.A. Pharmacoeconomic evaluation of targeted therapy in patients with systemic lupus erythematosus. *Pharmacoeconomics: theory and practice*. 2015; 3 (3): 98–102 (in Russian).]
13. Куликов А.Ю., Макарова Е.И., Белевский А.С. Фармакоэкономические аспекты эффективного лечения бронхиальной астмы при использовании устройства Изихейлер. *Практическая пульмонология*. 2015; 2: 57–60.
[Kulikov A.Yu., Makarova E.I., Belevsky A.S. Pharmacoeconomic aspects of effective treatment of asthma Iziheyler. *Practical pulmonology*. 2015; 2: 57–60 (in Russian).]
14. Рыбченко Ю.В. и др. Фармакоэкономический анализ применения специализированных продуктов лечебного питания линейки «МДмил ФКУ» у детей с рождения в сравнении с диетотерапией, начатой на более поздних сроках. *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2016; 1: 31–40.
[Rybchenko Yu.V. et al. Pharmacoeconomic analysis of use of specialized health food line «MDMIL PKU» in children from birth compared with diet therapy, started in later periods. *Pharmacoeconomics: theory and practice*. 2016; 4 (1): 44–52 (in Russian).]

УДК 615.4:358.567.1

В.Г. Акимкин,

чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой дезинфектологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, ведущий научный сотрудник ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, заместитель директора по научной работе ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора

Е.А. Зудинова,

директор АНО ДПО Учебно-методический центр «ТТ-ЭКСПЕРТ»

Т.В. Тимофеева,

д-р мед. наук, генеральный директор ООО «ТТ-Стандарт»

V.G. Akimkin,

Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Science, Professor, Head of Desinfectology Department, I.M. Sechenov First MSMU; Leading Researcher with Scientific and Research Institute for Epidemiology; Deputy Director for Science, Scientific and Research Institute for Disinfectology

E.A. Zudinova,

Director, Autonomous Noncommercial Organization of Additional Professional Education Training Center TT-EXPERT

T.V. Timofeeva,

Doctor of Medical Science, LLC TT-Standart, Director

МОДЕЛИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ БЕЗОПАСНОГО ОБРАЩЕНИЯ С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ В МЕГАПОЛИСАХ И АНАЛИЗ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ МОДЕЛИ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА МОСКВЫ

MODELLING SAFE MEDICAL WASTE MANAGEMENT IN LARGE METROPOLITAN AREAS: THE MOSCOW EXPERIENCE

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Акимкин Василий Геннадьевич, чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой дезинфектологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, ведущий научный сотрудник ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, заместитель директора по научной работе ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора
Адрес: 117246, г. Москва, Научный пр., д. 18
Телефон: +7 (495) 332-01-50
e-mail: vgakimkin@yandex.ru
Статья поступила в редакцию: 15.04.2016 г.
Статья принята к печати: 15.08.2016 г.

CONTACT INFORMATION:

Vasily Akimkin, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Science, Head of Desinfectology Department, I.M. Sechenov First MSMU; Leading Researcher with Scientific and Research Institute for Epidemiology; Deputy Director for Science, Scientific and Research Institute for Disinfectology
Address: 18, Nauchnyi proezd, Moscow, Russia, 117246
Tel.: +7 (495) 332-01-50
e-mail: vgakimkin@yandex.ru
The article received: April 15, 2016.
The article approved for publication: August 15, 2016.

Аннотация. С ростом объемов образования медицинских отходов, опасных в эпидемиологическом отношении и, как следствие, усилением влияния на санитарно-эпидемиологическое и экологическое благополучие мегаполисов, возрастает актуальность выработки оптимальных решений при обращении с ними. В статье представлена инновационная система сбора, хранения, транспортирования и обеззараживания/обезвреживания медицинских отходов в части решений, направленных на обеспечение безопасности персонала, пациентов и населения, разработанная для Московского региона.

Abstract. The increasing level of medical waste generation jeopardizes sanitary-epidemiological and ecological well-being of metropolitan areas and urges new approaches. The article presents an innovative medical waste management system for the Moscow region, that ensures the safety of staff, patients and the general public.

Ключевые слова. Медицинские отходы, физический метод обеззараживания, система управления отходами.

Keywords. Medical wastes, physical disinfection method, waste management system.

ВВЕДЕНИЕ

Деятельность лечебно-профилактических организаций государственной системы здравоохранения Российской Федерации в настоящее время осуществляется на фоне неблагоприятной эпидемиологической обстановки: продолжается рост уровня заболеваемости населения такими нозологическими формами инфекционной патологии, как хронические формы вирусных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекция, туберкулез, паразитарные болезни и др. Прирост заболеваемости наиболее выражен в крупных городах и городах-миллионниках [1, 2, 3]. В связи с этим проблема обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения мегаполисов приобретает особую актуальность. Одной из важных составляющих ее является организация безопасной системы обращения с медицинскими отходами (МО), опасными в эпидемиологическом отношении [4]. При этом методологический подход к созданию системы обращения с МО в современных условиях должен, в первую очередь, базироваться на принципе эпидемиологической безопасности.

Целью настоящего исследования явилось проведение сравнительного анализа объемов накопления МО классов Б и В, а также изучение функционирования системы безопасного обращения с медицинскими отходами в г. Москве (на примере медицинских организаций государственной системы здравоохранения Департамента здравоохранения г. Москвы).

Актуальность темы исследования определяется существенным ростом объемов образования медицинских отходов за последние годы, а также введением в действие новой редакции СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами в медицинских организациях», где аппаратное обеззараживание с применением физического метода закреплено в качестве приоритетного по сравнению с повсеместно распространенным в Российской Федерации химическим методом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для исследования в настоящей работе служили накопленные за последние 10 лет данные мониторинга:

а) объемов образования медицинских отходов в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Департамента здравоохранения г. Москвы, оказывающих как стационарную, так и амбулаторно-поликлиническую помощь населению;

б) создания и эксплуатации различных видов участков для обеззараживания медицинских отходов (УОМО).

Методология исследования основывалась на определении основных принципов, принимаемых в расчет при создании УОМО в медицинской организации, а также приоритетов при выборе главной составляющей системы по безопасному обращению с медицинскими отходами.

Интенсивный рост объемов образования МО в РФ в настоящее время превысил все предварительные прогнозы. В мегаполисах и городах-миллионниках зафиксировано увеличение объемов накопления МО до 18–50% по сравнению с данными 2005 г. [5]. Для изучения динамики объемов накопления эпидемиологически опасных отходов всех классов в медицинских организациях государственной системы здравоохранения были выбраны медучреждения такого крупного мегаполиса, как г. Москва. Исследование показало, что общий прирост объема отходов этих классов за последние 10 лет составил 52,5%, что практически вдвое превышает показатели второго по величине мегаполиса РФ – Санкт-Петербурга (24%) и сопоставимо с показателями другого города-миллионника – Казани (42,8%) (рис. 1) [6].

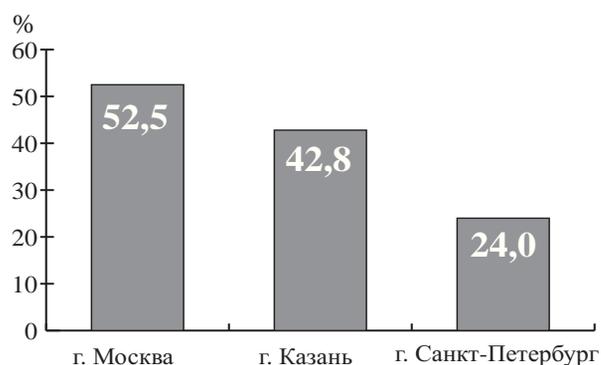
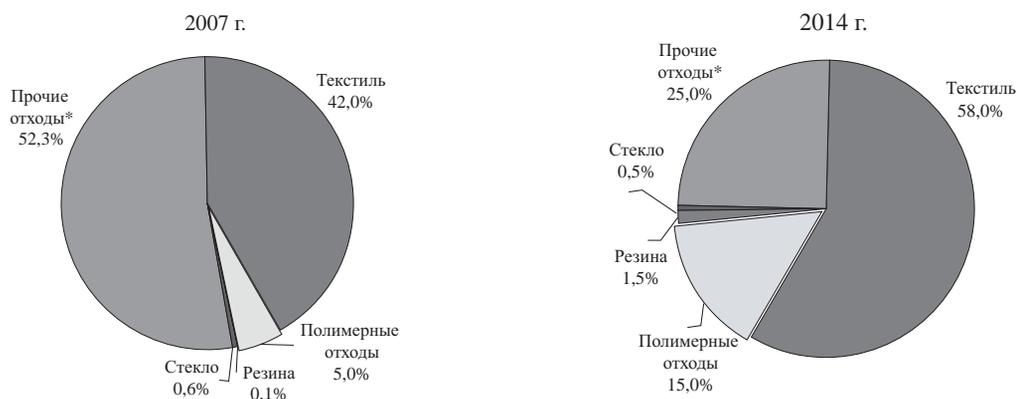


Рис. 1. Динамика роста совокупного объема образования медицинских отходов классов Б и В в мегаполисах и крупных городах РФ (%)

Одной из основополагающих причин такого роста принято считать переход к высокотехнологичным методам диагностики и лечения основных заболеваний, увеличение количества проводимых хирургических и инвазивных манипуляций с применением инструментария и расходных материалов однократного применения, включая одноразовые изделия медицинского назначения из нетканых материалов, а также в связи с повышением уровня рождаемости и, как следствие, увеличение объема акушерско-гинекологической помощи.

Модернизация отечественного здравоохранения привела и к изменению компонентного состава МО: основной фракцией, постепенно вытесняю-



* Металл, бумага, картон, гипс, биологические отходы, пищевые отходы.

Рис. 2. Изменение компонентного состава медицинских отходов в лечебных учреждениях государственной системы здравоохранения г. Москвы

шей остальные, стали полимерные и композитные материалы, изделия из латекса, медицинские изделия из нетканых материалов, в том числе с сорбирующими свойствами. На рис. 2 приведены данные изменений компонентного состава медицинских отходов в г. Москве за 6 лет [6].

Вместе с тем следует отметить, что действующие до настоящего времени нормативы образования отходов с учетом лишь профильности медицинской организации по виду оказания помощи населению сегодня требуют пересмотра: необходимо утвердить новые нормативы образования МО для медучреждений, разработанные с учетом их функционального предназначения и спектра оказываемых услуг в соответствии с действующей номенклатурой медицинских организаций [7, 8, 9].

Таким образом, в крупных городах, особенно с населением свыше 1 млн человек, проблема управления опасными в эпидемиологическом отношении отходами стала чрезвычайно актуальной и основополагающей в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Методологический подход к внедрению инновационной системы обращения с медицинскими отходами, основанной на аппаратных методах обеззараживания, был разработан для государственной системы здравоохранения г. Москвы. Начиная с 2006 г. по настоящее время, в подведомственных Департаменту здравоохранения медучреждениях в рамках Городских целевых программ по совершенствованию внутрибольничной системы обращения с отходами лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы, опасными в эпидемиологическом отношении [10, 11, 12], проводится целенаправленный комплекс мероприятий по совершенствованию сбора, хранения, транспортирования и обезвреживания МО в соответствии с СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитар-

но-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» в условиях перехода от химического метода дезинфекции МО к физическому [13].

Введение аппаратных методов обработки отходов в целях их гарантированно безопасного обеззараживания требует создания в медицинских организациях новых структурных подразделений — участков для обеззараживания медицинских отходов. Понятие участка для обеззараживания медицинских отходов как структурного подразделения медицинской организации появилось лишь в последней редакции СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами». При этом в данном нормативном документе выделяются два типа участков: расположенный на территории медучреждения для нужд по обеззараживанию медицинских отходов самой организации (децентрализованный вариант размещения) и участок, расположенный за пределами территории медучреждения, куда поступают МО от двух и более организаций (централизованный вариант размещения).

СанПиН 2.1.7.2790-10 также определил, что только после аппаратных способов обеззараживания с применением физических методов и изменения внешнего вида отходов, исключающего возможность их повторного применения, отходы классов Б и В могут накапливаться, временно храниться, транспортироваться, уничтожаться, захораниваться совместно с отходами класса А.

Для государственной системы здравоохранения Московского региона (г. Москва и присоединенные к ней территории Московской области) изначально планировалось создание смешанной системы: открытие в ряде медицинских организаций децентрализованных участков, предназначенных только для нужд данного учреждения, а также

определенное количество централизованных участков, способных обеспечить обеззараживание МО как учреждения, на территории которого он расположен, так и поступающих сюда отходов из отдаленно размещенных организаций. При этом УОМО, независимо от их вида, должны быть оснащены установками с использованием наиболее прогрессивных, экономически эффективных и экологически безопасных технологий гарантированного обеззараживания МО, позволяющие предотвратить распространение инфекционного начала и обеспечить невозможность вторичного использования отдельных компонентов отходов, что может служить причиной инфицирования как персонала медицинских организаций, так и населения.

В процессе практической реализации программы для медицинских организаций государственной системы здравоохранения г. Москвы были созданы три типа УОМО:

Децентрализованный участок для обеззараживания МО (ДУОМО): для крупных многопрофильных стационаров, образующих значительное количество отходов, а также инфекционных стационаров и других медицинских организаций, в которых образуются отходы класса В, скоропомощных стационаров, родильных домов, стационаров хирургического профиля, кожно-венерологических диспансеров и других медицинских организаций, образующих значительные объемы эпидемиологически опасных отходов.

Централизованный участок для обеззараживания МО (ЦУОМО): для небольших лечебных учреждений и организаций, оказывающих населению амбулаторно-поликлиническую помощь, а также медицинских организаций, в которых экономически нецелесообразно создавать децентрализованные УОМО. К таковым, в первую очередь, были отнесены медицинские организации, образующие до 50 литров отходов в смену, подстанции скорой помощи, амбулатории, поликлиники, диспансеры, размещенные в жилом фонде и пр. Также для тех организаций, на площадях или территориях которых невозможно создание УОМО (памятники архитектуры, отсутствие необходимых площадей и пр.).

Передвижной участок для обеззараживания МО (ПУОМО): для медицинских учреждений, из которых организация вывоза медицинских отходов специализированным транспортом затруднена или нерентабельна. Примерами могут служить удаленные структурные подразделения организаций на присоединенных территориях Москвы – Троицкого и Новомосковского административных округов.

За время действия программы внедрения инновационного подхода к обращению с МО достигнуты следующие результаты.

– Все медицинские учреждения, образующие отходы класса В (медицинские организации фти-

зиатрического профиля, инфекционные больницы) оснащены УОМО децентрализованного типа. Это позволило значительно уменьшить риски распространения инфекционного начала при нарушении требований к транспортировке МО или несанкционированном размещении на полигонах химически обеззараженных отходов этого класса опасности. Создание ДУОМО также позволило полностью отказаться от сжигания на специализированном заводе, размещенном в черте города или иных предприятиях высокотемпературного сжигания отходов, в том числе твердых бытовых отходов (ТБО).

– Более 38% всех отходов классов Б и В обеззараживаются аппаратным способом, после чего на контейнерных площадках медицинских организаций они совмещаются и вывозятся в одном потоке с ТБО. Последнее позволило отказаться от дорогостоящего спецтранспорта, составляющего существенную часть в ценообразовании обезвреживания 1 кг отходов. Проведенный анализ деятельности всех медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения г. Москвы, дал возможность составить перечень учреждений, в которых экономически целесообразно и практически возможно создание ДУОМО из числа небольших стационаров, учреждений амбулаторно-поликлинического звена и др. Оснащение их установками для обеззараживания МО позволит обеспечить обеззараживание до 60% всего объема образующихся в городе опасных в эпидемиологическом отношении отходов к 2020 г. Выявлены учреждения, в которых невозможно или нецелесообразно по тем или иным причинам размещение УОМО (памятники архитектуры, жилой фонд, образование небольшого объема МО в сутки и пр.). Были также определены точки логистически оправданной локализации централизованных участков для обеззараживания медицинских отходов (ЦУОМО), на которые планируется доставка необеззараженных МО специализированным транспортом в таре, отвечающей требованиям санитарных норм и правил.

Все вышеперечисленные мероприятия позволяют оптимально обеспечить эпидемиологическую безопасность таких звеньев системы, как обеззараживание и транспортирование МО, а также исключить риски, связанные с несанкционированным захоронением, возможностью повторного использования или случайного инфицирования работников, участвующих в обеспечении сбора, хранения и конечной утилизации этого вида отходов производства и потребления.

На сегодняшний день в системе государственного здравоохранения г. Москвы создано более 250 ДУОМО, к 2017 г. планируется увеличение общего числа УОМО данного типа до 300–320 единиц, что позволит обеззараживать физическими ме-

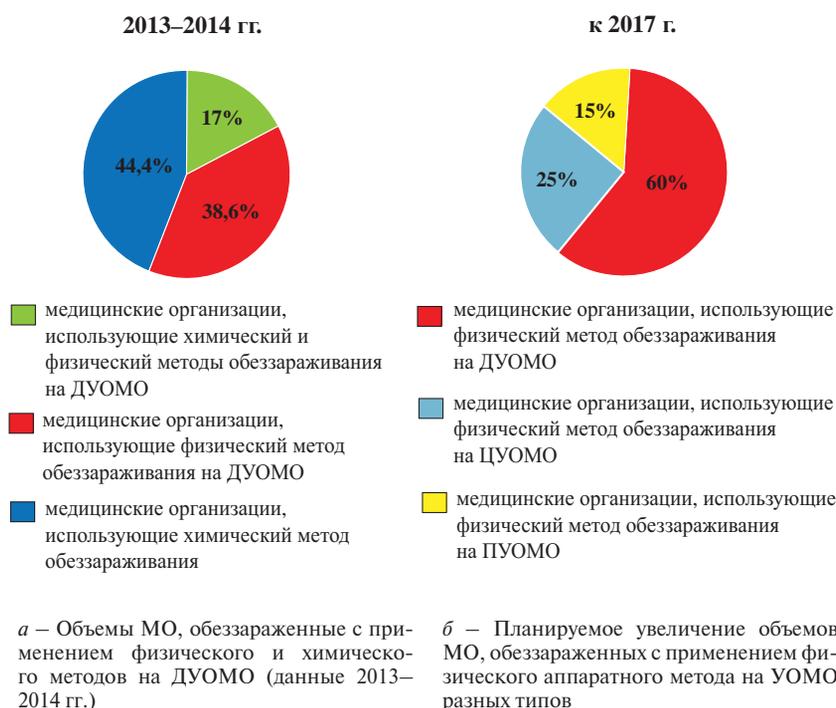


Рис. 3. Распределение медицинских организаций, использующих химический и физический методы обеззараживания медицинских отходов классов Б и В на УОМО разных типов

тодами около 60% всех образующихся МО. На долю пяти ЦУОМО будет приходиться до 20–25% общего объема образуемых МО. Оставшиеся 10–15% планируется обеззараживать с помощью передвижных УОМО (рис. 3; *а, б*).

Из всех вышеперечисленных способов обеззараживания МО на ДУОМО, а также на борту ПУОМО полностью исключают перемещение/транспортирование необеззараженных МО, так как после аппаратного обеззараживания последние приравниваются к ТБО. В общей сложности это составит до 85% всех опасных в эпидемиологическом отношении МО.

Именно такое процентное соотношение среди УОМО централизованных, децентрализованных и передвижных типов участков способны обеспечить устойчивую и безопасную систему эффективного эпидемиологического благополучия в мегаполисе. Перемещение необеззараженных МО по магистралям крупных городов даже специализированным транспортом, полностью соответствующим всем действующим требованиям, предъявляемым к такому виду транспорта, является небезопасным из-за перегруженности автомагистралей и высокой вероятности аварийных ситуаций, способных привести к попаданию опасных МО на проезжую часть и прилегающие территории, что может создать опасность инфицирования не только ликвидаторов последствий аварии, но и населения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Таким образом, для мегаполисов и крупных городов целесообразно создание *смешанной системы* безопасного управления медицинскими отходами с преобладанием в ней децентрализованных УОМО. При этом необходимо учитывать ряд особенностей. Для городов-миллионников, с высокой плотностью застройки и высокой плотностью проживания населения, сложными транспортными потоками, не позволяющими рассчитывать на быстрое и безопасное в эпидемиологическом и экологическом отношении поступление необеззараженных МО к местам конечной утилизации/обезвреживания (полигоны, предприятия высокотемпературного сжигания), приоритетным представляется принцип эпидемиологической безопасности населения. Для городов с населением от 300 тыс. до полумиллиона человек, а также областей с компактным распределением населенных пунктов (плечо транспортирования МО до 100 км) можно исходить из принципа экономической целесообразности: создание нескольких высокопроизводительных ЦУОМО, которые обеспечат обеззараживание более чем 90% всех образующихся отходов класса Б. Для отходов класса В необходимо предусмотреть возможность децентрализованного обеззараживания на местах образования с помощью специализированного оборудования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение инновационной системы обеззараживания медицинских отходов в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, основанной на полном отказе от химического метода дезинфекции и переходе на аппаратный метод обеззараживания, позволит реализовать главную цель программы по совершенствованию системы обращения с медицинскими отходами – обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в городе. Вышеперечисленные мероприятия позволяют оптимально обеспечить эпидемиологическую безопасность таких звеньев системы, как обеззараживание и транспортирование МО, а также исключить риски, связанные с несанкционирован-

ным захоронением, возможностью повторного использования или случайного инфицирования работников, участвующих в обеспечении сбора, хранения и конечной утилизации этого вида отходов производства и потребления.

Список литературы

1. Акашкина Л.В., Акимкин В.Г., Балакаева А.В. и др. Опыт реализации мероприятий по совершенствованию системы обращения с отходами лечебно-профилактических учреждений в Юго-Восточном административном округе г. Москвы (в рамках пилотного проекта в 2006–2007 гг.). АНО УМЦ «ТТ-ЭКСПЕРТ». Москва; 2012: 79. Рус. – Деп. в ВИНТИ от 25.05.2012. № 241-В2012. [Akashkina L.V., Akimkin V.G., Balakayeva A.V. et al. The waste management system improvement in Moscow South-Eastern Administrative District (in the framework of 2006–2007 pilot project). ANO of APE TC TT-EXPERT. Moscow; 2012: 79. Eng. – Dep. VINITI 25.05.2012. Number 241 – V2012 (in Russian).]
2. Щербо А.П., Мироненко О.В. Гигиена управления больничными отходами. СПб.: МАПО: Фирма КОСТА; 2008: 324. [Scherbo A.P., Mironenko O.V. Medical waste management. St. Petersburg: MAPS: Company COSTA; 2008: 324 (in Russian).]
3. Стэцюра И.С. Профилактика ИСМП в ЛПУ г. Москвы. *Hi+Med. Высокие технологии в медицине*. 2014; Май; 4. Режим доступа: http://www.himedtech.ru/articles/?SECTION_ID=181&ELEMENT_ID=1705 (дата обращения: 15.03.2016). [Stetsyura I.S. Nosomial infections prevention Moscow health facilities. *Hi+Med. High technologies in medicine*. 2014. May; 4. Available at: http://www.himedtech.ru/articles/?SECTION_ID=181&ELEMENT_ID=1705 (accessed March 15, 2016) (in Russian).]
4. Русаков Н.В., Акимкин В.Г. (ред.). Медицинские отходы. Опыт безопасного обращения в Российской Федерации. М.: Научный мир; 2013: 286. [Rusakov N.V., Akimkin V.G. (eds). Safe medical waste management in the Russian Federation. M.: Science World; 2013: 286 (in Russian).]
5. Акимкин В.Г., Тимофеева Т.В., Мамонтова Л.С. и др. Современные тенденции в динамике объемов образования медицинских отходов в крупных городах РФ. *Дезинфекционное дело*. 2015; 1: 17–25. [Akimkin V.G., Timofeeva T.V., Mamontova L.S. et al. The trends in medical waste amount and volume in metropolitan areas in the Russian Federation. *Disinfection case*. 2015; 1: 17–25 (in Russian).]
6. Акимкин В.Г., Тимофеева Т.В., Мамонтова Л.С., Зудина Е.А. Современные особенности динамики объемов образования медицинских отходов в крупных городах Российской Федерации. *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*. 2014; 5: 4–10. [Akimkin V.G., Timofeeva T.V., Mamontova L.S., Zudinova E.A. The dynamics of medical waste amount and volume in metropolitan areas in the Russian Federation. *Epidemiology and Infectious Diseases. Topical issues*. 2014; 5: 4–10 (in Russian).]
7. Номенклатура медицинских организаций. Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2013 г. № 529н. [The list of health care organizations. Annex to the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated August 6, 2013. № 529n (in Russian).]
8. Акимкин В.Г., Зудина Е.А., Тимофеева Т.В. и др. Определение нормативов образования медицинских отходов как важная составляющая обеспечения санитарно-гигиенического и эпидемиологического благополучия в регионах РФ. *Медицинский алфавит 23/2014. Эпидемиология и гигиена*. 2014; 4: 33–42. [Akimkin V.G., Zudinova E.A., Timofeeva T.V. et al. Medical waste generation standards as an important component of the sanitary-hygienic and epidemiological wellbeing in the regions of the Russian Federation. *Medical alphabet 23/2014. Epidemiology and Hygiene*. 2014; 4: 33–42 (in Russian).]
9. Акимкин В.Г., Зудина Е.А., Игонина Е.П. и др. Нормативы образования медицинских отходов, их практическое значение в учетной политике количества и объема отходов классов А, Б и В в медицинских организациях мегаполисов (на примере Москвы). *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. 2014; 6 (76): 62–67. [Akimkin V.G., Zudinova E.A., Igonina E.P. et al. The standards of medical waste generation and their practical value for the policies of A, B and C class waste amount and volume accounting in the medical facilities in metropolitan areas (the example of Moscow). *Epidemiology and vaccinal*. 2014; 6 (76): 62–67 (in Russian).]
10. Распоряжение Правительства Москвы от 30 мая 2006 г. № 916-РП «О проведении эксперимента по внедрению комплекса мероприятий по обращению с медицинскими отходами лечебно-профилактических учреждений, находящихся на территории Юго-Восточного административного округа города Москвы». *Вестник Мэра и Правительства Москвы*. 2006; 28 июня; 36. [The order of the Moscow Government dated 30 may 2006 № 916-RP «About carrying out experiment on implementation of complex of measures on handling of medical waste from medical institutions located on the territory of South-Eastern administrative district of Moscow». *Vestnik of Mayor and Government of Moscow*. 2006; June 28; 36 (in Russian).]
11. Постановление Правительства Москвы от 23.12.2008 г. № 1191-ПП «Об утверждении «Городской целевой программы по совершенствованию внутрибольничной системы обращения с отходами лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы, опасными в эпидемиологическом

отношении, на 2009–2011 гг.». Режим доступа: https://www.mos.ru/documents/index.php?id_4=112313 (дата обращения: 24.08.2016).

[The Moscow Government resolution dated 23.12.2008 № 1191-ПП «On approval of the city target program on improvement of in hospital dangerous waste management system in the medical institutions of the Health Department of the City of Moscow, 2009–2011». Available at: https://www.mos.ru/documents/index.php?id_4=112313 (accessed August 24, 2016) (in Russian).]

12. Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 г. № 461-ПП «Об утверждении Государственной программы города Москвы на среднесрочный период (2012–2020 гг.) “Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)”». *Вестник Мэра и Правительства Москвы*. 2011; 18 октября; 59.

[The Moscow Government resolution dated 04.10.2011, № 461-ПП «On approval of the State programme of Moscow for the medium term (2012–2020) «Development of health of the city of Moscow (Capital health)»». *Vestnik of Mayor and Government of Moscow*. 2011; October 18; 59 (in Russian).]

13. Зудинова Е.А., Игонина Е.П., Тимофеева Т.В. и др. Методологические и эпидемиологические основы функционирования системы обращения с медицинскими отходами, оптимальной для мегаполисов РФ (на примере города Москвы). *Поликлиника*. 2014; 6: 48–53. [Zudinova E.A., Igonina E.P., Timofeeva T.V. et al. Methodological and epidemiological basics of medical waste management system operation, optimal for the metropolitan areas in the Russian Federation (the example of the city of Moscow. *Polyclinic*. 2014; 6: 48–53 (in Russian).]

УДК 616-12

Н.В. Эккерт,

д-р мед. наук, проф. кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

В.В. Михайловский,

ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

N.V. Ekkert,

Doctor of Medical Science, Professor with N.A. Semashko Department of Public Health and Health Care, the Faculty of Preventive Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

V.V. Mikhaylovski,

Assistant with N.A. Semashko Department of Public Health and Health Care, the Faculty of Preventive Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

ОРГАНИЗАЦИЯ «ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ» КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ «HEALTH SCHOOLS» AS THE KEY FACTOR OF EFFICIENT CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Эккерт Наталья Владимировна, д-р мед. наук, проф. кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России
Адрес: 119991, Москва, ул. Трубетцкая, д. 8, стр. 2
Телефон: +7 (499) 248-30-33
e-mail: natekk@mail.ru
Статья поступила в редакцию: 15.04.2016 г.
Статья принята к печати: 15.08.2016 г.

CONTACT INFORMATION:

Natalia Ekkert, Doctor of Medical Science, Professor with N.A. Semashko Department of Public Health and Health Care, the Faculty of Preventive Medicine, I.M. Sechenov First MSMU
Address: 8/2, Trubetskaya str., Moscow, Russia, 119991
Tel.: +7 (499) 248-30-33
e-mail: natekk@mail.ru
The article received: April 15, 2016.
The article approved for publication: August 15, 2016.

Аннотация. В Российской Федерации в структуре причин смертности взрослого населения на долю болезней системы кровообращения приходится около 57%. Целью исследования явилось изучение эффективности проводимой профилактики заболеваний системы кровообращения на базе «Школ здоровья» г. Тулы и Тульской области. При проведении исследования были применены статистический, социологический и аналитический методы. Анализ изучения основных факторов риска у пациентов, посещавших «Школы здоровья» для больных с артериальной гипертензией Центров здоровья г. Тулы и Тульской области в 2014 г., продемонстрировал, что приоритетными факторами риска развития артериальной гипертензии являлись повышенный индекс массы тела, повышенный уровень общего холестерина и низкая физическая активность пациентов. Результаты исследования продемонстрировали, что программы обучения пациентов с артериальной гипертензией в «Школах здоровья» позволяют не только информировать граждан о заболевании, об основных факторах риска развития и прогрессирования артериальной гипертензии, о современных медикаментозных и немедикаментозных методах лечения данного заболевания, но и способствуют улучшению качества жизни пациентов, повышению эффективности проводимой профилактики, снижению прогрессирования заболевания и риска возникновения серьезных осложнений гипертонической болезни (инсульта, инфаркта миокарда и др.), которые могут привести к инвалидности и смертности больных.

Abstract. In the Russian Federation, cardiovascular diseases (CVD) accounts for about 57% of adult mortality. The aim of the study was to evaluate the CVD prevention effectiveness in the patients attending «Schools of Health» at Health Centers in Tula and the Tula region. The study analyzed the major risk factors in arterial hypertension (AH) patients in «Schools of Health» in 2014. The study findings suggest that the priority AH risk factors were increased body mass index, elevated total cholesterol level and low physical activity. The study demonstrated that education programs for AH patients at «Schools of Health» in Tula and the Tula region can not only inform the raise public awareness about the disease, the AH key risk factors, a modern drug and non-drug AH therapy, but also improve patients' quality of life, prevent AH progression and reduce the risk of serious complications (e.g., stroke, myocardial infarction, etc.) which may result in disability and mortality in patients.

Ключевые слова. Болезни системы кровообращения, артериальная гипертензия, профилактика, Центр здоровья, «Школа здоровья».

Keywords. Cardiovascular diseases, hypertension, prevention, Health Center, School of Health.

В Российской Федерации в последние годы в структуре причин смертности взрослого населения удельный вес болезней системы кровообращения (БСК) составляет около 57% (в сравнении — на долю онкологических заболеваний приходится более 14% всех смертельных исходов). Одной из основных причин — недостаточно эффективная профилактическая работа в отношении заболеваний системы кровообращения, низкая грамотность населения в вопросах профилактики БСК, недооценка пациентами, страдающими различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, риска развития серьезных осложнений (инфаркта миокарда, инсульта и др.) [1, 2].

По данным годовой формы федерального статистического наблюдения № 7-А (собес) «Сведения о деятельности главного бюро медико-социальной экспертизы» ФКУ ГБ МСЭ по Тульской области за 2015 г. в г. Туле и Тульской области в структуре причин смертности населения без учета удельного веса воздействия внешних причин первое место занимали болезни системы кровообращения (45,9%).

В течение последних четырех лет на территории Тульской области отмечается снижение показателей смертности населения от БСК с 1059,8 в 2011 г. до 738,8 в 2014 г. на 100 тыс. населения.

По предварительным данным, за 11 месяцев 2015 г. в Тульской области число умерших от БСК составило 9 974 человека, что на 216 случаев меньше по сравнению с данными о числе умерших в 2014 г. (10 190 человек); показатель смертности в 2015 г. составил 722,5 по сравнению с 734,4 на 100 тыс. населения в 2014 г. Удельный вес умерших от БСК в общей структуре умерших лиц трудоспособного возраста в 2015 г. составил 14,6%, лиц старше трудоспособного возраста — 85,4%.

Учитывая высокие показатели заболеваемости, инвалидности и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний в г. Туле и Тульской области, необходимо уделять особое внимание повышению эффективности профилактических мероприятий в отношении БСК.

В рамках реализации Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 17 июля 2001 г. № 540, а также согласно Приказу Минздрава России от 24 января 2003 г. № 4 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в Российской Федерации» утверждено Положение о «Школе здоровья» для больных с артериальной гипертонией (АГ), регистрационные формы учета и контроля пациентов с АГ.

«Школа здоровья» для больных с артериальной гипертонией (далее — «Школа») является организационной формой профилактического группового

консультирования (гигиенического обучения и воспитания — по МКБ-10 (класс XXI, Z70-76), а также медицинской профилактической услугой, оказываемой пациентам с АГ в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях. При этом под «медицинской профилактической услугой» подразумевают мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих определенную стоимость и направленных на профилактику данного заболевания, его своевременное лечение, оздоровление пациента.

Применяемые в «Школах» средства и методы индивидуального и группового профилактического консультирования направлены на повышение уровня знаний пациентов с артериальной гипертонией, их информированности и практических навыков, позволяющих не только эффективно лечить заболевание под контролем врача, но также проводить профилактику возможных осложнений основного заболевания, что будет способствовать повышению качества жизни пациентов [3].

Необходимо отметить, что «Школа» для больных с АГ включена в отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» (Приказ Минздрава России от 16 июля 2001 г. № 268). В соответствии с этим классификатором «Школа здоровья» для пациентов с АГ имела шифр 04.015.01, где 04 — медицинские услуги по профилактике; 015 — кардиология; 01 — вид услуги — Школа для больных с артериальной гипертонией. Необходимо отметить, что в последующие годы данный Приказ утратил силу на основании Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2012 г. № 411 «О признании утратившим силу Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 июля 2001 года № 268 «О введении в действие Отраслевого классификатора "Сложные и комплексные медицинские услуги"».

«Школы» организуются в поликлиниках, кардиологических диспансерах, Центрах медицинской профилактики, санаториях-профилакториях, курортно-оздоровительных центрах и в других медицинских организациях.

Цель организации данных «Школ» для больных с АГ — оптимизация, совершенствование и расширение охвата, доступности и улучшения качества медицинской профилактической помощи населению, в частности — пациентам с артериальной гипертонией [4].

Цель обучения — информировать пациентов о артериальной гипертонии и основных факторах риска развития данного заболевания, сформировать у них ответственность за сохранение своего здоровья и более сознательное отношение к оздоровлению, что должно способствовать большей заинтересованности в лечении и выполнении рекомендаций врача [3, 5].

Существуют различные схемы организации «Школ» для пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от конкретных условий и возможностей медицинских организаций:

- обучение пациентов в «Школе» по всем занятиям курса проводит участковый (или семейный) врач вместе с медсестрой;

- обучение организует специалист кабинета (отделения) медицинской профилактики медицинской организации с привлечением различных специалистов в зависимости от темы занятия (например, 1-е и 7-е занятия проводит врач-кардиолог или участковый врач, 2-е и 3-е занятия – врач-диетолог, 5-е занятие – врач-пульмонолог, 6-е занятие – психолог и т. д.) [6].

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (в ред. Приказов Минздравсоцразвития России от 08.06.2010 г. № 430н, от 19.04.2011 № 328н, от 26.09.2011 № 1074н), а также с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» были созданы и функционируют Центры здоровья (ЦЗ). В 2015 г. вступил в силу Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 сентября 2015 г. № 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».

Структура Центров здоровья утверждается руководителями медучреждения, в составе которых они организованы. В организационно-функциональную структуру Центров рекомендовано включать: кабинет медицинской профилактики; кабинет (зал) лечебной физкультуры (ЛФК); учебные классы (аудитории) «Школ здоровья» («Школ пациентов») и др.

Особо следует отметить принятие 21 ноября 2011 г. Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который стал основой нормативно-правовой базы профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и формирования у населения России здорового образа жизни (ЗОЖ). В данном законе особое внимание уделено следующим аспектам:

- отмечено, что забота о сохранении своего здоровья является обязанностью граждан (статья 27);

- конкретизировано содержание понятий профилактики ХНИЗ и формирования здорового

образа жизни (статья 30) («Профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни»; «Формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, включая занятия физической культурой и спортом».);

- отмечена необходимость включения в первичную медико-санитарную помощь мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни населения (статья 33);

- конкретизированы понятия диспансеризации, профилактического медицинского осмотра и диспансерного наблюдения (статья 46);

- отмечено, что все медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, обязаны обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление, проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения (статья 79) [7].

Все вышеперечисленные документы составляют нормативно-правовую основу профилактики заболеваний системы кровообращения у населения Российской Федерации.

В настоящее время в г. Туле и Тульской области функционируют 6 Центров здоровья и 86 «Школ здоровья» для больных с АГ.

Анализ отчетной формы отраслевого статистического наблюдения № 68 «Сведения о деятельности Центра здоровья» продемонстрировал, что в «Школе здоровья» для больных с артериальной гипертензией, функционирующей на базе поликлиники для взрослых № 2 ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина», за 2014 г. всего было облучено 13 014 пациентов (в том числе 4 426 мужчин

(34,0%) и 8 588 женщин (66,0%). То есть большинство пациентов, посетивших такие школы, были женского пола. Среди мужчин 2 179 (49,2%) пациентов были в возрасте до 59 лет, 2 247 пациентов (50,8%) – в возрасте 60 лет и старше. Среди женщин большинство пациенток, 5 959 (69,4%) были в возрасте 55 лет и старше, 2 629 (30,6%) – в возрасте до 54 лет.

Распределение пациентов по длительности течения артериальной гипертензии показало, что у 4 306 (33,0%) пациентов продолжительность заболевания составила более 11 лет, у 4 474 (34,3%) – до 10 лет, у 3 199 (24,5%) – до 5 лет, у 1 057 (8,2%) – до 1 года.

При изучении основных факторов риска у больных артериальной гипертензией было установлено, что у 6 656 пациентов имеется повышенный индекс массы тела, у 6 242 пациентов было выявлено содержание общего холестерина в крови выше нормы, согласно данным опроса была выявлена низкая физическая активность у 6 242 пациентов, 2 964 пациента курили.

Анализ основных факторов риска у пациентов, посещавших «Школы здоровья» в 2014 г., продемонстрировал, что приоритетными факторами риска развития артериальной гипертензии являются повышенный индекс массы тела, высокий уровень общего холестерина и низкая физическая активность пациентов (рис.).

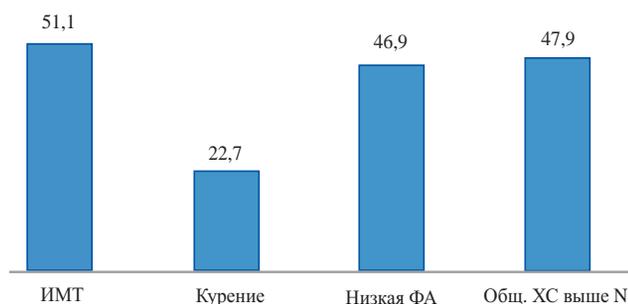


Рис. Частота выявления факторов риска у пациентов с артериальной гипертензией, посещавших «Школы здоровья» (на 100 пациентов) за январь – декабрь 2014 г.

За январь – декабрь 2014 г. 542 пациента из числа посещавших «Школы» оформляли листок нетрудоспособности, 734 пациента были госпитализированы для продолжения лечения в стационаре, что могло быть обусловлено необходимостью индивидуальной коррекции гипотензивной терапии или наличием сопутствующей патологии, отягощающей течение основного заболевания.

Необходимо отметить, что среди пациентов с АГ, посещавших «Школы» в 2014 г., не было зарегистрировано ни одного случая летального исхода.

Следовательно программы обучения пациентов с гипертонической болезнью в «Школах здоровья»

г. Тулы и Тульской области позволяют не только информировать граждан о данном заболевании, об основных факторах риска развития и прогрессирования АГ, о современных медикаментозных и немедикаментозных методах лечения данного заболевания, но также способствуют формированию у населения мотивации к ведению здорового образа жизни, отказу от вредных привычек (курение, несбалансированное питание и др.), ответственному отношению и контролю за состоянием своего здоровья. Кроме того, деятельность «Школ» для пациентов с АГ оказывает позитивное влияние на качество их жизни, способствует повышению эффективности проводимой вторичной и третичной профилактики, снижению прогрессирования сердечно-сосудистой патологии и риска возникновения серьезных осложнений гипертонической болезни (инсульта, инфаркта миокарда и др.), которые могут привести к инвалидности и летальному исходу [8].

Не вызывает сомнения тот факт, что использование комплексного подхода и интеграция всех стратегий профилактики являются наиболее рациональным и экономически целесообразным подходом к снижению показателей заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности населения от болезней системы кровообращения, увеличению продолжительности жизни и улучшению демографической ситуации не только в г. Туле и Тульской области, но и в других регионах Российской Федерации.

Список литературы

1. Сборник материалов XII Всероссийского конгресса «Артериальная гипертензия 2016: итоги и перспективы» (РФ, г. Москва, 23–25 марта 2016 г.). М.; 2016: 65. [The reports at XII Russian Congress «Arterial hypertension 2016: results and prospects» (Russia, Moscow, March 23–25, 2016). Moscow; 2016; 65 (in Russian).]
2. Чазова И.Е. Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертензией. *Кардиология*. 2014; 10: 4–12. [Chazova I.E. Prevalence of cardiovascular risk factors in arterial hypertension patients population in Russia. *Cardiology*. 2014; 10: 4–12 (in Russian).]
3. Лазуткина А.Ю. Прогностическая значимость факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и поражений органов-мишеней для возникновения резистентной артериальной гипертензии. *Терапевтический архив: Научно-практ. журн.* 2015; 4: 19–23. [Lazutkina A.Yu. Prognostic value of risk factors for cardiovascular diseases and target organ damages for the development of resistant hypertension. *Therapeutic archive: Scientific-practical J.* 2015; 4: 19–23 (in Russian).]

4. Крошин С.М., Иванова Е.С., Овчаренко М.И., Шалагин Ю.Д. Координация деятельности службы медицинской профилактики и Центров здоровья (опыт Московской области). *Главный врач*. 2012; 5: 38–41.
[*Croshnin S.M., Ivanova E.S., Ovcharenko M.I., Shalagin Y.D.* Coordination of medical prevention service and Health Centers activities (experience of the Moscow region). *Chief Med. Officer*. 2012; 5: 38–41 (in Russian).]
5. Шилов А.М., Мельник М.В., Осия А.О., Дулаева М.С. Коррекция факторов риска у пациентов с избыточной массой тела, сочетающейся с артериальной гипертензией. *Сеченовский вестник*. 2010; 2 (2): 34–42.
[*Shilov A.M., Melnik M.V., Hosea A.O., Dulaeva M.S.* Correction of risk factors in obese patients with arterial hypertension. *Sechenovsky Vestnik*. 2010; 2 (2): 34–42 (in Russian).]
6. Оганов Р.Г. (ред.). Школа здоровья. Артериальная гипертензия. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008: 192.
[*Oganov R.G.* (ed.). *School of health. Hypertension. A guide for physicians*. Moscow: GEOTAR-Media; 2008: 192 (in Russian).]
7. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
[Federal law of 21.11.2011 № 323-FZ (ed. from 03.07.2016) «About bases of health protection of citizens in the Russian Federation» (in Russian).]
8. Кучеренко В.З. (ред.). Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению: учебное пособие. М.: Медицина; 2010: 464.
[*Kucherenko V.Z.* (ed.). *Selected lectures on public health and healthcare: the textbook*. Moscow: Medicine; 2010: 464 (in Russian).]

УДК 930.85

И.В. Дамулин,

д-р мед. наук, проф. кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Р.В. Шурупова,

д-р социол. наук, канд. пед. наук, проф., доц. кафедры теории и технологии обучения в высшей школе Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

А.А. Струценко,

канд. мед. наук, доц. кафедры нервных болезней и нейрохирургии Медицинского института Российского университета дружбы народов

I.V. Damulin,

Doctor of Medical Science, Professor, the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

R.V. Shurupova,

Doctor of Social Science, Associate Professor, Department of Theory and Technology of Higher School Training, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

A.A. Strutsenko,

Candidate of Medical Science, Associate Professor, the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Medical Institute, Russian Peoples' Friendship University

СУДЬБЫ ВРАЧЕЙ И НАЦИЗМ FATE OF DOCTORS AND NAZISM

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Дамулин Игорь Владимирович, д-р мед. наук, проф. кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России
Адрес: 119021, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1
Телефон: +7 (499) 248-63-73
e-mail: damulin@mmascience.ru
Статья поступила в редакцию: 15.04.2016 г.
Статья принята к печати: 15.08.2016 г.

CONTACT INFORMATION:

Igor Damulin, Doctor of Medical Science, Professor, the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, I.M. Sechenov First MSMU
Address: p. 1, 11, Rossolimo str., Moscow, Russia, 119021
Tel.: +7 (499) 248-63-73
e-mail: damulin@mmascience.ru
The article received: April 15, 2016.
The article approved for publication: August 15, 2016.

Аннотация. В статье рассматривается судьба врачей, оставивших свой след в виде эпонимических названий в области нейронаук, которые жили в Германии во времена нацистского режима и активно с ним боролись, а также тех, кто активно сотрудничал с нацистами. Память о людях, которые боролись с нацистским режимом должна остаться как в научной медицинской литературе, так и в обычной медицинской практике, в том числе в виде эпонимов. И в то же время, если использование того или иного эпонимического названия заболевания или синдрома связано с нарушением этических норм первооткрывателем, применение подобных названий представляется аморальным, а само название следует принудительно «забыть», вычеркнув его не просто из практической деятельности и из медицинской литературы, но и из памяти. Подчеркивается важность этической стороны в деятельности медиков.

Abstract. This article discusses the importance of competence building in managerial health care staff, and the development of appropriate competence building models (competence profiles). The authors did expert interviews of 16 professors of the organizational departments at Razumovsky Saratov State Medical University. We determined importance of the competencies presented in the State educational standard for «Health care organization and public health» programs for the department heads; deputy heads (vice-head) and head physicians (chiefs) of medical organizations, as well as what future graduates need «to know», «be able to» and «to have», i.e. formulated appropriate competence building models. These models can be used both to develop training programs and healthcare personnel policy.

Ключевые слова. Эпонимы, борьба с нацизмом, врачи, связанные с нацистами, эвтаназия, геноцид, этика в нейронауках, медицинские эксперименты на людях.

Keywords. Eponyms, the struggle against Nazism, Nazi doctors, euthanasia, genocide, ethic in neuroscience, medical experimentations on humans.

Судьбы врачей, живших в нацистской Германии, были разными. Не все из них сотрудничали с нацистами – кто-то просто жил, ведя врачебную практику, кто-то оказывал пассивное сопротивление,

отказываясь участвовать в осуществлении бесчеловечных программ нацистов, но были и настоящие герои. Таких людей было мало, и действовали они, как правило, в одиночку [1]. Разумеется, у каждого

из них были свои мотивы, что, несомненно, определяло их действия, но им удалось в этих тяжелейших условиях помогать людям, спасать их жизни, поддерживать своих друзей и коллег или просто отказываться участвовать в программе насильственной стерилизации и эвтаназии [1].

Формы протеста были разными, судьбы этих людей сложились по-разному — кто-то остался жив и продолжал плодотворно работать после войны, кто-то погиб в концлагере или в гестапо. К сожалению, до настоящего времени имена многих врачей, которые не просто отказались сотрудничать с нацистским режимом, а активно боролись против него, остаются неизвестными. Это касается как немецких врачей, так и врачей из оккупированных нацистами стран. Так, мало кто знает, что около ста датских врачей отказались выполнять исследования по разработанному в нацистской Германии медицинским программам на территории оккупированной Голландии, сочтя их негуманными [2]. За это они были арестованы и сосланы в концентрационные лагеря.

По закону, принятому в нацистской Германии, как считается, всего было стерилизовано от 200 тыс. до 400 тыс. человек — больных шизофренией, врожденной эпилепсией, биполярным нарушением, болезнью Гентингтона, значительными церебральными мальформациями, врожденными слепотой и выраженными нарушениями слуха, хроническим алкоголизмом, пресенильной и сенильной деменцией, энцефалитами, полиомиелитом, «резистентными к терапии параличами», рассеянным склерозом и болезнью Паркинсона [1, 3]. Для того чтобы навсегда избавить общество от «беспольных едоков», с 1939 по 1945 г. были подвергнуты эвтаназии 275 тыс. человек [1]. Но дело было не только в экономической составляющей эвтаназии, позволявшей сократить траты на больных и освободить место для раненых солдат, пребывавших с фронтов. Более важным было осуществление политики «расовой чистоты», проводившейся нацистами. Хотя 350 врачей были признаны военными преступниками, на самом деле — это лишь вершина айсберга, таких врачей было намного больше [1]. Остракизм и клевета в адрес своих еврейских коллег, пропаганда вульгарного нацистского расизма было для них не исключением, а правилом. Большинство врачей просто тихо поддерживали нацистскую расовую политику, соглашаясь *de facto* со словами немецкого психоаналитика К. Юнга, который на заре нацистского режима саркастически высказался о том, что сопротивляться нацистам все равно что «бороться с лавиной» [1].

Однако сопротивление среди врачей существовало и носило разные формы. Это была и помощь врачам-евреям в получении иностранных паспортов и «арийских сертификатов», и помощь сопротивлению в концентрационных лагерях, и передача информации за границу о том, что творилось в Гер-

мании, и открытая критика нацистского режима и расовой теории. И даже студенты-медики боролись против этого режима. Примером может служить организация «Белая роза» в Университете Мюнхена, четверо из пяти членов которой были казнены нацистами [1].

Открыто выступали против нацистского режима и его политики такие известные специалисты в области нейронаук, как *супруги Оскар* (Oskar Vogt, 1870–1959) и *Сесиль Фогт* (Cécile Vogt, 1875–1962) [1]. Встретившись в Париже, в госпитале Сальпетриер (фр. *hôpital de la Salpêtrière*), они поженились в 1899 г. Их исследования были связаны с изучением цитоархитектоники коры больших полушарий головного мозга, экстрапирамидных заболеваний (болезнь Гентингтона). О. Фогт был привлечен к изучению мозга В.И. Ленина в 1924 г. в Москве [1, 4]. В течение нескольких лет супруги-ученые совмещали работу в Институте мозга в Москве с работой в Институте изучения мозга имени Кайзера Вильгельма в Берлине [4].

Эпонимическое название синдром Фогт было дано экстрапирамидному заболеванию у детей, проявляющемуся двусторонним атетозом [1, 4]. Супруги Фогт открыто критиковали нацистский режим и его политику «расовой чистоты» [1, 4]. Они работали в Берлине, в одном из престижных неврологических центров во всем мире — Институте изучения мозга имени Кайзера Вильгельма, вплоть до 1937 г. [1]. Идя на большой риск, они скрывали от нацистов своих друзей, евреев по национальности [1]. Подобная неприкрытая антинацистская позиция этих ученых была бы невозможна, если бы они не находили финансовую и политическую поддержку у богатой и влиятельной семьи Круппов, а также у Фонда Рокфеллера [1, 4]. Рассказывают, что О. Фогт спустил вниз по лестнице Геббельса, который приехал в Институт изучения мозга имени Кайзера Вильгельма, чтобы сжечь несколько работ, написанных учеными-евреями [5]. Даже когда О. Фогт был смещен с поста директора этого института в 1937 г., семья Круппов выделила ему деньги для создания собственного института по изучению мозга в Неуштадте, где супруги Фогт и проработали до конца своей жизни [1, 4]. Во время войны семья Фогт скрывала нескольких беженцев-евреев, среди которых был и последний главный редактор весьма уважаемой немецкой газеты *Die Frankfurter Zeitung* [4, 5].

Судьба семьи Фогт похожа на судьбу другого протестантской семье, — *Готфрида Эвальда* (Gottfried Ewald, 1888–1963), которому личное знакомство с Германом Герингом придавало определенное чувство защищенности [1]. Позднее Г. Эвальд был в группе психиатров, которые одно время хотели объявить Гитлера душевнобольным [1].

После войны Фогт направил письмо в Нюрнбергский трибунал с предложением подвергнуть изучению мозг нацистских преступников, приговоренных к смерти [1, 4]. Впрочем, никаких последствий это письмо не имело.

Супруги Фогт были не одиноки в своем неприятии нацизма — на аналогичной позиции стояли Александр Митчерлих, Хаакон Сэтре, также как и другие, включая Вальтера Шпильмейера, Жюля Тинеля и Иоганна Помпе.

Александр Митчерлих (Alexander Mitscherlich, 1908–1982) — немецкий психоаналитик, много занимавшийся психосоматической медициной. Когда нацисты пришли к власти, он открыл свой книжный магазин (до этого он изучал философию и историю искусств). В 1932 г. был внесен нацистами в «черный список» за хранение запрещенной литературы. А. Митчерлих был членом антинацистского кружка, руководимого Эрнстом Никишем (Ernst Niekisch). В 1935 г. он эмигрировал в Цюрих, где изучал медицину, однако в 1937 г. вернулся в Германию, чтобы спасти Э. Никиша, но был арестован гестапо и провел в тюрьме в Нюрнберге 8 месяцев. В дальнейшем он обучался медицине в Гейдельберге и вел частную практику. После окончания войны возглавил кафедру неврологии в университете в Гейдельберге. Увлечшись идеями психоанализа З. Фрейда, он параллельно работал в психоаналитической клинике в Гейдельберге, а в 1959 г. основал психоаналитический институт имени Зигмунда Фрейда во Франкфурте. В 1946–1947 гг. был главой Нюрнбергского трибунала по медицинским вопросам [1]. Совместно со своим студентом Фредом Мильке (Fred Mielke) в 1947 г. опубликовал обширную работу «Наука без гуманности», в штыки встреченную немецкой общественностью. Позднее А. Митчерлих писал, что постоянно чувствовал себя жертвой клеветы. Он не только подвергся остракизму со стороны немецкой медицинской общественности, но также пережил три судебных процесса, которые были инспирированы врачами, упомянутыми в его докладе как сотрудничавшими с нацистами. Даже опубликовав пять работ, все равно продолжал задаваться вопросом — «Как такое могло у нас случиться?». Заслуги А. Митчерлиха были по достоинству оценены лишь в конце 60-х гг. прошлого века.

Хаакон Сэтре (Haakon Sæthre, 1891–1945) — норвежский невролог и психиатр, медицинское образование получил в Осло в 1918 г. [1]. В дальнейшем был назначен главой психиатрического отделения в городском госпитале Осло. Большие организаторские способности Х. Сэтре были по достоинству оценены — и в 1938 г. он был избран президентом Скандинавского психиатрического конгресса, а также представлял Норвегию на нескольких международных конференциях. Сфера научных интересов

была связана с нейропсихиатрической патологией и генетикой. В 1931 г. он выпустил две обзорные статьи, где было описано заболевание, известное в настоящее время как акроцефалосиндактилия III типа или синдром Сэтре — Хотцена. Также он изучал крауниостеноз, спинную сухотку, рассеянный склероз.

После оккупации Норвегии нацистами Х. Сэтре активно участвовал в движении Сопротивления, помогал евреям перебраться в нейтральную Швецию, укрывал их у себя в госпитале. В феврале 1945 г. — за три месяца до освобождения Норвегии — он был арестован нацистами в своем госпитале и буквально на следующий день расстрелян. Тело его кремировали, а пепел развеяли над морем [1].

Вальтер Шпильмейер (Walther Spielmeier, 1879–1935) являлся выдающимся нейроморфологом, внесшим огромный вклад в понимание патоморфологической основы неврологических заболеваний [1]. Сначала он хотел стать священником, однако потом передумал, выбрав медицину. Его первые работы были посвящены гистохимическим изменениям при психозах. Уже в 1906 г. В. Шпильмейера пригласили читать лекции в Университет Фрейбурга. Его работы были посвящены нарушениям жирового метаболизма, приводящим к жировой инфильтрации макулы и нервной ткани у детей, позднее названным болезнью Шпильмейера — Фогта — Баттена. Это заболевание является нейрональным цероид-липофусцинозом 3 типа, отличным от поздней детской и взрослой форм [5]. Благодаря тому, что Шпильмейер имел высокую профессиональную репутацию, его пригласили в качестве директора в новый Немецкий исследовательский институт психиатрии в Мюнхене. В годы Первой мировой войны он опубликовал несколько весьма интересных работ по повреждениям периферических нервов. Воззрения В. Шпильмейера отличаются от представлений супругов-ученых Фогт: он считал, что определенные невральные структуры (в частности, СА1 область гиппокампа) обладают повышенной чувствительностью к повреждающим воздействиям [1]. В 1922 г. он пишет руководство по гистопатологии нервной системы, а 1928 г. становится руководителем гистопатологического отдела в новом Институте изучения мозга имени Кайзера Вильгельма, открытым Фондом Рокфеллера. В Мюнхене он остается вплоть до конца жизни, умерев от осложнений туберкулеза в 1935 г. [1].

Будучи перфекционистом, В. Шпильмейер крайне негативно относился к псевдонаучным учениям. Он не боялся высказывать свое мнение о нацистском режиме, что было довольно опасно для него самого [1]. Он пытался предотвратить увольнение врачей, евреев по национальности: К. Нюбергера (K. Neuberger), директора научного подотдела гистопатологического отдела Немецкого научно-го института, располагавшегося около Мюнхена,

и Ф. Плаута (F. Plaut), пионера современной нейроиммунологии. Однако, несмотря на его усилия и помощь М. Планка (M. Planck), и К. Ньюбергер, и Ф. Плаут были уволены в 1935 г. по так называемому «Закону о восстановлении профессиональной гражданской службы» (иными словами, закону о расовой чистоте). Им удалось эмигрировать: К. Ньюбергер — в США (там он получил заслуженное признание, а в 1966 г. был награжден за свои заслуги Золотой медалью Крепелина), Ф. Плауту — в Великобританию (к сожалению, он так и не нашел себя и в 1940 г. закончил жизнь самоубийством) [1].

Жюль Тинель (Jules Tinel, 1879–1952) — родился во Франции, в семье, пять поколений которой были врачами. В юности его крайне интересовала религия, учиться он поступил в католическую школу. В дальнейшем его заинтересовала медицина, после окончания института он проходил стажировку в Париже под руководством Ж.Ж. Дежерина (J.J. Dejerine), который и привил Ж. Тинелю интерес к неврологии и нейропатоморфологии [1]. В 1910 г. Ж. Тинель опубликовал статью, посвященную регенерации центральной нервной системы. В 1914 г. служил помощником врача в пехотном полку, но в 1915 г. переехал в Манс (Франция) для работы в неврологическом центре [1]. Именно там в 1915 г. он и описал феномен, позднее названный его именем — симптом Тинеля, — парестезию в дистальных отделах конечности, вызванную перкуссией пораженного нерва [4–6]. Строго говоря, этот феномен был описан на 2 года раньше немецким физиологом П. Хофманом (P. Hoffmann). Однако так сложилось, что назван он по фамилии Ж. Тинеля [6]. Этот феномен не связывали с карпальным туннельным синдромом вплоть до 1950 г., когда американский сосудистый хирург Г. Фален (G.S. Phalen) описал его диагностическое значение при данной патологии [1, 6]. Симптом Тинеля используется и при компрессии других нервов [6]. На клеточном уровне в основе возникновения симптома Тинеля лежит патологически повышенная чувствительность мембран нерва [6].

После Первой мировой войны Ж. Тинель стал руководителем неврологического отделения в госпитале Анри Русселя (*Henri Rousselle Hospital*), где и опубликовал несколько работ по вирусным энцефалитам, сенильной деменции и сосудистой головной боли, а также в 1936 г. большую работу по физиологии вегетативной нервной системы [1]. В начале Второй мировой войны Ж. Тинель активно участвовал в Сопротивлении, помогал летчикам союзников, сбитым над Францией, вернуться домой, а его сын Жак сопровождал их до Испании [1, 4, 5]. После одного из таких переходов и Жак, и семья Тинеля были арестованы, а существовавшая линия по переправке летчиков в Испанию уничтожена нацистами. После нескольких месяцев заключения

Ж. Тинель и его семья были выпущены на свободу за исключением Жака, которого перевели в концентрационный лагерь Дора, где он погиб в 1943 г. [1, 4, 5]. После окончания войны Ж. Тинель перенес несколько инсультов, в результате которых потерял речь, однако даже в этом состоянии он продолжал проводить свои научные исследования вплоть до своей смерти от остановки сердца.

Иоганн Кассианус Помпе (Johannes Cassianus Pompe, 1901–1945) — датский патоморфолог, известный своим описанием болезни, позднее названной его именем — болезнь Помпе — аутосомно-рецессивного заболевания, связанного с отложением гликогена, тип II [1]. Эта статья была опубликована в Германии и во Франции в 1932 и 1933 гг., где описывался случай смерти 7-месячной девочки, которая, как считалось, умерла от пневмонии. И.К. Помпе показал, что в основе заболевания лежал врожденный дефект синтеза гликогена, который и привел к развитию кардиомегалии. В 1936 г. И.К. Помпе переехал в Амстердам. Молекулярный дефект, лежащий в основе этого заболевания, был открыт лишь в 1960 г., а в настоящее время для его лечения используется рекомбинантная терапия. Дружелюбный, остроумный, он полностью посвятил себя работе. Будучи католиком, И.К. Помпе отличался религиозностью. Во время Второй мировой войны он участвовал в Сопротивлении, в его лаборатории хранился радиопередатчик. Он был арестован и заключен нацистами в тюрьму в феврале 1945 г. [1]. Буквально за месяц до прихода союзников в качестве мести за взрыв стратегически важной немецкой железной дороги в апреле 1945 г. он в числе других заключенных был расстрелян нацистами.

Разумеется, перечисленные фамилии не ограничивают круг врачей, оставивших свой след в медицине не только в виде эпонимов, но также и тем, что боролись против нацизма. Это и французский биолог Кристин Бонневи (Kristine Bonnevie), и американский психиатр Франц Йозеф Кальман (Franz Josef Kallmann), и немецкий психиатр и психолог Эрнст Кречмер (Ernst Kretschmer), и голландский офтальмолог и генетик Петрус Ваарденбург (Petrus Waardenburg), и ряд других медиков [5]. Они не ходили в атаку, не взрывали мосты и железные дороги, но помогали другим исходя из своей жизненной позиции. Память об этих людях должна остаться как пример и напоминание о том, что даже в самые темные времена истории этические нормы, существующие во врачебной профессии, должны оставаться незыблемыми. Какой-либо компромисс здесь просто невозможен. И ведь дело не в формально когда-то произнесенной клятве Гиппократова. Поступки и в конечном итоге судьбы этих людей, имевших твердую жизненную позицию, должны послужить примером для следующих поколений медиков, людей, кто не просто в силу своей профессии, а своих

убеждений целью жизни поставил помощь другим людям. Поэтому и существующие эпонимические названия, связанные с их именами, должны оставаться как в научной медицинской литературе, так и в обычной медицинской практике. При этом, используя эти эпонимы, надо знать, кто были эти люди, и в чем их заслуга — не только в области нейронаук, но и, что более важно, в жизни, ибо в том переменчивом мире, в котором мы живем, вовсе нет гарантии невозврата — в других условиях, в другой стране — того, что уже однажды было пережито...

Но были и другие врачи — активно поддерживавшие нацизм. К сожалению, в современной практике остаются медицинские термины-эпонимы, которые содержат имена людей, участвовавших в преступлениях нацистов. Необходимо их исключить не только из лексикона врача, но и из специальной литературы.

Как же могло произойти, что именно специалисты в области нейронаук участвовали, и участвовали нередко с энтузиазмом, в столь бесчеловечных проектах? Причин для этого много и у каждого они свои. Кто-то хотел быстрого карьерного роста, кто-то получить признание научного сообщества, кто-то — дополнительное субсидирование. Но основное все же не это. Причина кроется во вседозволенности, позволяющей «во благо государства» сбросить всякие оковы, «снять маску» — и заниматься «чистой наукой». В связи с этим весьма символично выглядит то, что среди немецких врачей был самый высокий процент членов нацистской партии (45%) и членов штурмовых отрядов (SA) (26%) [7]. Среди членов СС, отнюдь не благотворительной организации, занимавшейся распределением гуманитарной помощи, врачей было в 7 раз больше, чем в целом по Германии (соответственно, 7% и менее 1%) [7, 8]. Причем после Второй мировой войны нередко эти люди оставались безнаказанными, их не судил Нюрнбергский трибунал [2]. Так, по меньшей мере из 350 немецких врачей, участвовавших в бесчеловечных экспериментах, Нюрнбергский трибунал приговорил лишь 23 [3].

В области нейронаук до сих пор активно используются некоторые эпонимические названия, происхождение которых связано с немецкими врачами, бывшими нацистами или активно сотрудничавшими с нацистами.

В 1921 г. немецкие морфологи Юлиус Галлерворден и Хьюго Шпатц впервые показали, что избыточное отложение железа в базальных ганглиях (в области бледного шара и ретикулярной части черного вещества) лежит в основе развития мышечной ригидности (пантотенаткиназа-ассоциированная нейродегенерация). Под эпонимическим названием это заболевание до сих пор остается как болезнь Галлервордена — Шпатца [5, 9], хотя в редких случа-

ях используется и другое название — болезнь Марты — Альмы, что связано с именами сестер, головной мозг которых был исследован [9].

Юлиус Галлерворден (Julius Hallervorden, 1882—1965) — с 1 января 1938 г. работал профессором и руководителем нейропатологического отдела в Институте изучения мозга имени Кайзера Вильгельма в Берлине. К слову, на этом посту до 1933 г. работал Макс Бильшовский (Max Bielschowsky), уволенный по так называемому «Закону о восстановлении профессиональной гражданской службы» (иными словами, закону о расовой чистоте). Галлерворден был одним из тех врачей, кто активно сотрудничал с нацистами [4, 10]. Сам он охотно признавал, что в период нахождения нацистов у власти в Германии он «изучал» головной мозг людей, ставших жертвами эвтаназии [4, 5, 9]. Предполагается, что он участвовал в убийстве более чем 60 детей и подростков в Бранденбурге 28 октября 1940 г. [5]. Имеются данные, что он рапортовал о том, что сам проводил изъятие головного мозга у жертв эвтаназии. При этом Галлерворден лично осматривал еще живых людей, выбирая среди них тех, кто должен был умереть [4, 10]. Известна его сказанная после войны полная цинизма фраза: «Главное, я получал препараты головного мозга. А откуда они и как они попадают ко мне — это не мое дело» [5]. Коллекция Галлервордена состояла из 697 препаратов головного мозга, изъятых им самим, и 2 097, которые были собраны им в различных центрах, где проводилась программа эвтаназии [3]. После войны значительная часть этой «драгоценной» коллекции изучалась в Институте неврологии имени Эдингера. Причем в 12 работах, опубликованных Галлерворденом после Второй мировой войны, использовались данные, полученные им при эвтаназиях, проводившихся еще во время войны [4, 9]. В 1948 г. он был восстановлен в должности руководителя отделения и продолжал работать нейроморфологом в Институте по исследованию мозга имени Макса Планка, будучи одновременно председателем Германского нейропатологического общества, вплоть до своей отставки [4, 9]. Следует заметить, что под давлением общественности в послевоенное время ряд немецких университетов, включая престижный Институт по исследованию головного мозга имени Макса Планка, удалил все останки жертв нацистов из своих коллекций (включая и «коллекцию» жертв эвтаназии Галлервордена), кремировав их [7].

Хьюго Шпатц (Hugo Spatz, 1888—1969) — известный немецкий психиатр, изучал медицину в Мюнхене и Гейдельберге, работал совместно с Францем Нисслем и Вальтером Шпилмейером в анатомическом отделении, где ранее работал «отец немецкой психиатрии» Эмиль Крепелин [5]. В 1937 г. он был назначен директором Института изучения мозга имени Кайзера Вильгельма в Берлине, сменив

О. Фогта, уволенного с этой должности нацистами [5]. Вместе с Галлерворденом Шпатц участвовал в выполнении «высокопродуктивного научного исследования», основанного на убийствах детей в рамках проекта эвтаназии [4, 5]. Под контролем и руководством Шпатца Институт изучения мозга работал в тесном контакте с институтом в Бранденбург-Гордене, откуда и получал сотни препаратов головного мозга психически больных людей всех возрастных групп [5]. Ближе к концу войны он перевез большую часть своей «патоморфологической коллекции» в Мюнхен [5]. Шпатц был арестован как директор Института изучения мозга имени Кайзера Вильгельма американской военной полицией, однако он никогда не находился в заключении и даже был приглашен в американский Аэромедицинский центр в Гейдельберге, где продолжал свои исследования [5]. Шпатцу, несмотря на то, что он участвовал в преступлениях против человечности, после войны предложили работу в физиологической лаборатории в институте в Гессене. Именно здесь им были проведены исследования гипоталамуса и шишковидной железы. В дальнейшем он перешел в Институт по исследованию мозга имени Макса Планка, где продолжил свои исследования головного мозга приматов [5].

Учитывая все вышеизложенное, термин «болезнь Галлервордена – Шпатца» ни в научной, ни в практической деятельности предлагается не использовать, вместо него применять термины «болезнь Марты – Альмы», «нейродегенерация с накоплением в головном мозге железа» либо «нейроаксональная дистрофия» [5, 9].

В 1937 г. Л. Ван Богарт, Г.И. Шерер и Э. Эпштейн привели описание двух пациентов с генерализованным холестеринозом, вовлекающим легкие, сухожилия и центральную нервную систему. Однако авторы не могли объяснить появление ксантом при нормальном уровне холестерина в крови. Заболевание проявлялось диффузным поражением преимущественно центральной нервной системы в виде задержки психического развития, поведенческих расстройств, деменции, пирамидной симптоматики (вплоть до выраженного пара- или тетрапареза), мозжечковой атаксии, бульбарных нарушений, эпилептических припадков – в сочетании с ксантомой сухожилий (особенно ахиллова сухожилия) и ювенильной катарактой [11–13]. И лишь спустя 30 лет был показан дефект синтеза желчных кислот, приводящий в конечном итоге к накоплению холестерина различными тканями, а в дальнейшем и генетический дефект этого редкого аутосомно-рецессивного заболевания [14].

Одним из врачей, в честь которых синдром получил свое название, был известный немецкий врач-нейропатоморфолог, чьи работы в области морфологии и биологии злокачественных глиом хо-

рошо известны – *Ганс Иоахим Шерер* (Hans Joachim Scherer, 1906–1945). Он считается первым, кто провёл грань между первичными и вторичными глиобластомами и описал процесс прорастания этого типа опухолей в ткань мозга [3, 5]. Однако мало кто знает об участии Шерера в нацистском проекте эвтаназии [4, 5]. Во время Второй мировой войны он работал в Неврологическом институте в Бреслау, Силезия. Именно там Шерер был непосредственно вовлечен в патоморфологический анализ около 300 препаратов головного мозга польских и немецких детей, подвергшихся программе эвтаназии в детской психиатрической клинике около Лобена [3, 4]. Причем делал он это не по принуждению, а добровольно, будучи одним из активных сторонников этой бесчеловечной программы [5].

Эпоним «синдром Ван Богарта – Шерера – Эпштейна» ни в научной, ни в практической деятельности предлагается не использовать, а вместо него применять термин «церебротендинозный ксантоматоз» [3–5], тем более что этот термин является общеупотребительным.

В 1925 г. *Виллибальд Оскар Шольц* (Willibald Oscar Scholz, 1889–1971) описал трех детей с прогрессирующей лейкодистрофией, клинические и патоморфологические данные которых были сходны с метахроматической лейкодистрофией, однако в силу методологических проблем проведенного исследования метахромазии он не выявил. Несмотря на это, учитывая тесное сотрудничество Шольца с М. Бильшовским (M. Bielschowsky) и Р. Хеннебергом (R. Henneberg), одна из форм метахроматической дистрофии получила эпонимическое название – болезнь Шольца – Бильшовского – Хеннеберга [3]. Шольц защитил диссертацию в Йене в 1914 г. и в дальнейшем работал главным специалистом в психиатрической и неврологической клинике в Лейпциге. Затем работал в Немецком исследовательском институте психиатрии в Мюнхене, а после смерти В. Шпильмейера оставался директором этого института вплоть до 1961 г. Этот институт активно участвовал в осуществлении «Программы умерщвления „Т4“», в стенах этого заведения жертвами эвтаназии стали по меньшей мере 194 человека, головной мозг которых был изучен, а на основании полученных данных было опубликовано не менее 11 статей.

Предлагается термин «болезнь Шольца – Бильшовского – Хеннеберга» ни в научной, ни в практической деятельности не использовать, а вместо него применять термин «болезнь Бильшовского – Хеннеберга», тем более что вклад В. Шольца в изучение данного заболевания не столь значителен.

То, что в 30–40-е гг. прошлого века медики сотрудничали с нацистским режимом, не было характерным явлением только для Германии. Активные последователи евгеники и эвтаназии были и в других

странах. Так, ряд довольно известных врачей различных специальностей из разных стран, не являясь членами нацистской партии, поддерживали евгенику и эвтаназию, и также, кстати, оставили свой след в медицине, в том числе в виде эпонимов. Среди них следует отметить французского педиатра Эжена Шарля Апера (Eugene Charles Apert), швейцарского интерниста и кардиолога Вильгельма Гиса (Wilhelm His), англо-американского невролога, ирландца по происхождению Роберта Фостера Кеннеди (Robert Foster Kennedy) и американского генетика Мэдж Терлоу Маклин (Madge Thurlow Macklin) [5]. Этот список можно продолжить. И повернись история по-другому, эти люди и их последователи с энтузиазмом изучали бы чисто научные феномены – не обращая внимания на этическую сторону вопроса. Поэтому вопрос, сохранять или нет эпонимические названия, в которых отражены фамилии людей, запятнавших себя сотрудничеством с нацистами, весьма активно дискутируется [4]. Однако история может повториться (сгоревшие заживо в Одессе и другие зверства, свидетелями которых мы становимся уже сейчас, – не что иное, как человеконенавистничество), и вряд ли стоит хоть в малейшей степени способствовать этому, даже в таком, казалось бы, «небольшом» вопросе, как сохранять или нет медицинские эпонимы, ассоциирующиеся с экспериментами нацистов.

Список литературы

1. *Zeidman L.A.* Neuroscience in Nazi Europe Part II: Resistance against the Third Reich. *Can. J. of Neurol. Sci.* 2011; 38: 826–838.
2. *Kater M.H.* Some ramifications of good and evil medicine in Nazi Germany and beyond. *Can. J. of Neurol. Sci.* 2011; 38: 808–809.
3. *Zeidman L.A.* Neuroscience in Nazi Europe Part I: Eugenics, human experimentation, and mass murder. *Can. J. Neurol. Sci.* 2011; 38: 696–703.
4. *Kondziella D.* Thirty neurological eponyms associated with the Nazi Era. *Eur. Neurol.* 2009; 62: 56–64.
5. *Strous R.D., Edelman M.C.* Eponyms and the Nazi era: time to remember and time for change. *Israel Med. Association J.* 2007; 9: 207–214.
6. *Urbano F.L.* Tinel's sign and Phalen's maneuver: Physical signs of carpal Tunnel syndrome. *Hospital Physician.* 2000; July: 39–44.
7. *Pross C.* Breaking through the postwar coverup of Nazi doctors in Germany. *J. Med. Ethics.* 1991; 17 (Suppl.): 13–16.
8. *Colaizzi A.* A long shadow: Nazi doctors, moral vulnerability and contemporary medical culture. *J. Med. Ethics.* 2012; 38: 435–438.
9. *Pearce J.M.S.* Neurodegeneration with brain iron accumulation: a cautionary tale. *Eur. Neurol.* 2006; 56: 66–68.
10. *Shevell M.* Hallervorden and History. *New Engl. J. Med.* 2003; 348: 3–4.
11. *De Stefano N., Dotti M.T., Mortilla M., Federico A.* Magnetic resonance imaging and spectroscopic changes in brains of patients with cerebrotendinousxanthomatosis. *Brain.* 2001; 124 (1): 121–131.
12. *Dotti M.T., Lutjohann D., von Bergmann K., Federico A.* Normalisation of serum cholestanol concentration in a patient with cerebrotendinousxanthomatosis by combined treatment with chenodeoxycholic acid, simvastatin and LDH apheresis. *Neurol. Sci.* 2004; 25: 185–191.
13. *Moghadasian M.H., Salen G., Frohlich J.J., Scudamore C.H.* Cerebrotendinousxanthomatosis. A rare disease with diverse manifestations. *Arch. Neurol.* 2002; 59: 527–529.
14. *Verrips A., Hoefsloot L.H., Steenbergen G.C.H., Theelen J.P., Wevers R.A., Gabreels F.J.M., van Engelen B.G., van den Heuvel L.P.* Clinical and molecular genetic characteristics of patients with cerebrotendinousxanthomatosis. *Brain.* 2000; 123 (5): 908–919.

Требования к рукописям, предоставляемым для публикации в журнале «СЕЧЕНОВСКИЙ ВЕСТНИК»

В научно-практическом журнале «Сеченовский вестник» публикуются теоретические и обзорные статьи, отражающие важнейшие достижения медицинской и фармацевтической науки, результаты оригинальных клинических и экспериментальных исследований, информация о работе научных форумов, мемориальные и иные материалы.

- Материалы предоставляются в печатном и электронном виде в формате .doc или .rtf. Текст статей печатается на одной стороне листа А4 шрифтом Times New Roman 12 кеглем с 1,5 интервалом между строками и абзацным отступом (5 пунктов), выравниванием по ширине. Поля: 20 мм со всех сторон.
- Объем текстовой части статьи не должен превышать 15 страниц (не более 1 авторского листа). Число иллюстраций (таблиц, рисунков, фото) – не более 5. Не допускается дублирование информации в тексте и иллюстрациях.
- Объем кратких и иных сообщений должен быть не более 3 страниц и содержать не более 1 иллюстрации.
- Все страницы нумеруются. Аббревиатуры следует расшифровывать по мере их появления в основном тексте и не вводить в название статьи и резюме.
- Таблицы и иллюстрации должны быть встроены в текст и отмечены соответствующим номером. В подписях к микрофотографиям указываются увеличение объектива и окуляра, метод окраски и импрегнации.
- Формулы должны быть созданы с использованием компонента Microsoft Equation или в виде четких картинок.

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ ТИТУЛЬНОЙ ЧАСТИ:

УДК 618.14-006.6

А.И. Ищенко,

д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 1 Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, директор НОКЦ «Женское здоровье»

A.I. Ishchenko,

First MSMU I.M. Sechenov, head of the chair of obstetrics and gynecology № 1, MD, prof., SCC Women's Health, Director

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

THE POSSIBILITIES OF THE LAPAROSCOPIC APPROACH IN THE TREATMENT OF ENDOMETRIAL CANCER OF PATIENTS WITH OBESITY

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Анатолий Иванович Ищенко, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 1 Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, директор НОКЦ «Женское здоровье»

Адрес: 117463, г. Москва, Новоясеневский пр., д. 32

Телефон: + 7 495 622-96-53

e-mail: chushkov@mmascience.ru

Статья поступила в редакцию: 24.12.2015

Статья принята к печати: 26.12.2015

CONTACT INFORMATION:

Anatoly Ishchenko, First MSMU I.M. Sechenov, head of the chair of obstetrics and gynecology № 1, MD, prof., SCC Women's Health, Director

Address: p. 32, Novoyasenevsky ave., Moscow, Russia, 117463

Tel.: + 7 495 622-96-53

e-mail: chushkov@mmascience.ru

The article received: December 24, 2015.

The article approved for publication: December 26, 2015.

Аннотация. В статье прослеживаются основные особенности и возможности лапароскопического доступа в лечении рака тела матки у больных с ожирением.

Abstract. The article traces the main features and possibilities of laparoscopic approach in the treatment of endometrial cancer in patients with obesity.

Ключевые слова. Гинекология, лапароскопия, реабилитация.

Keywords. Gynecology, laparoscopy, rehabilitation.

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ ТИТУЛЬНОЙ ЧАСТИ СТАТЬИ:

1. УДК, присваиваемый автором на основании ключевых слов.
2. Сведения об авторах (Ф.И.О., ученая степень и звание (акад., чл.-кор., проф., канд., д-р мед. наук, доц.), должность, студент /студентка, основное место работы/учебы без аббревиатур). Сведения об авторах должны быть оформлены на русском и английском языках.
3. Название статьи на русском и английском языках, напечатанное заглавными буквами без разрядки с выделением полужирным шрифтом.
4. Контактная информация, содержащая сведения об одном авторе, с которым редакция и заинтересованные лица могут вести переписку. Она должна быть оформлена на русском и английском языках (см. пример оформления титульной части) и содержать следующую информацию: фамилия, имя, отчество; ученая степень и звание; основное место работы и должность; полный почтовый (с индексом) и электронный адреса автора, номера телефона и факса.
5. Аннотация на русском и английском языках (каждая – 200–250 слов).
6. Ключевые слова на русском и английском языках (не более 5).

Текст статьи должен включать: введение; актуальность; обоснование; цель работы; материал и методику исследования; результаты исследования; обсуждение; заключение.

Экспериментальные и клинические оригинальные статьи должны содержать описание методов статистического анализа и критериев проверки гипотез. Теоретические и обзорные статьи могут иметь подразделы в соответствии с замыслом авторов.

Список литературы – не более 15 источников для оригинальных статей и не более 50 для обзорных работ. Список литературы формируется в порядке упоминания источников в тексте, номера ссылок в тексте выделяются квадратными скобками.

Русскоязычные источники в списке литературы следует дублировать на английском языке. Продублированный источник заключают в квадратные скобки (см. пример оформления списка литературы).

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ СПИСКА ЛИТЕРАТУРЫ:

Петрова П.П. Название статьи // Название журнала. 1994; 26(1): 15-24.

[Petrova P.P. Название статьи (на англ. языке) // Название журнала (на англ. языке). 1994; 26(1): 15-24.]

Петров П.П. Название книги. М. Наука. 1990. 230 с.

[Petrov P.P. Название статьи (на англ. языке). M. Science. 1990. 230 p.]

Если источник имеет до 4 авторов, в списке литературы указываются все фамилии, более 4 авторов — только первые три фамилии, далее указывается «и др.».

На отдельной странице помещают **сведения о всех авторах**: полный почтовый (с индексом) и электронный адреса автора, номера телефона и факса.

Материалы принимаются в редакцию вместе с сопроводительным письмом – направлением от организации, в которой выполнялось исследование. Статья должна быть подписана всеми авторами. Первая страница рукописи должна иметь визу руководителя подразделения.

Необходимо предоставить источники финансирования создания рукописи и предшествующего ей исследования: организации-работодатели, коммерческая заинтересованность тех или иных юридических и/или физических лиц, объекты патентного или других видов прав (кроме авторского).

Авторы несут полную ответственность за достоверность и научное содержание предоставляемых в редакцию материалов, в том числе наличия в них информации, нарушающей нормы международного авторского, патентного или иных видов прав каких-либо физических или юридических лиц. Кроме того, подписи авторов гарантируют, что экспериментальные и клинические исследования были выполнены в соответствии с международными этическими нормами научных исследований.

Статьи подвергаются научному рецензированию, по результатам которого принимается решение о целесообразности опубликования работы. Отклоненные статьи не возвращаются и повторно не рассматриваются. Не допускается параллельное представление статей в иные журналы или направление в журнал уже опубликованных работ.

Редакция имеет право на научное и литературное редактирование статьи и/или возвращение статьи автору для исправления выявленных дефектов. Датой поступления статьи в журнал считается день получения редакцией окончательного варианта текста.

Редакция не рассматривает статьи, не отвечающие изложенным требованиям, описание результатов незаконченных исследований без определенных выводов и работы описательного характера.

Журнал издается в печатном виде. Электронная версия выпуска публикуется на сайте учредителя (www.mma.ru). В случае представления авторского перевода материалов на английский язык, они могут быть опубликованы в электронной версии.

Контактная информация:

тел.: (499) 766-42-31, Прокопенко Вера Владимировна

e-mail: vestnik@mma.ru



ИЗДАТЕЛЬСТВО **Первого МГМУ имени И.М. Сеченова** **на высоком уровне и в срок выполнит:**

- ПЕЧАТЬ АВТОРЕФЕРАТОВ,
МОНОГРАФИЙ, ДИССЕРТАЦИЙ
И ДИПЛОМНЫХ РАБОТ
- ПЕЧАТЬ ПРЕЗЕНТАЦИЙ, БРОШЮР,
КАТАЛОГОВ, БУКЛЕТОВ, ВИЗИТОК
- СРОЧНОЕ ЦВЕТНОЕ И Ч/Б
КОПИРОВАНИЕ (А3, А4)
- БРОШЮРОВКУ И ПЕРЕПЛЕТНЫЕ
РАБОТЫ
- МОМЕНТАЛЬНОЕ СКАНИРОВАНИЕ
ЛЮБЫХ ДОКУМЕНТОВ
- СОЗДАНИЕ ОРИГИНАЛ-МАКЕТОВ,
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РЕДАКТИРОВАНИЕ,
КОРРЕКТУРУ НАУЧНЫХ ТЕКСТОВ ЛЮБОГО
УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ



Издательство Первого МГМУ имени И.М. Сеченова

Москва, Зубовский бульвар, д. 37, стр. 2.
Тел.: (499) 766-42-06 e-mail: izdatelstvo@mma.ru

Дополнительная контактная информация находится на сайте www.mma.ru в разделе «Издательство».