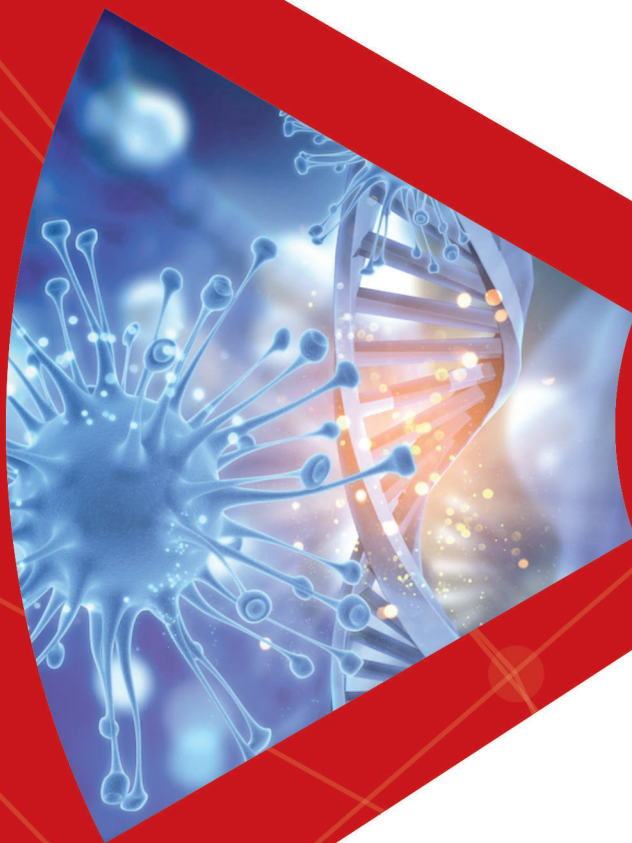


ВЕСТНИК

2/2022

СИБИРСКОГО ИНСТИТУТА
НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ





ШИЛОВ СЕРГЕЙ НИКОЛАЕВИЧ

Доктор медицинских наук, доцент, заместитель главного редактора журнала «Вестник Сибирского института непрерывного медицинского образования».

Стаж научно-педагогической деятельности 19 лет.

- В 1998 г. окончил Новосибирский государственный медицинский институт.
- 1998-1999 гг. – интернатура по специальности «Терапия».
- 1999-2001 гг. – аспирантура, по окончании которой защитил кандидатскую диссертацию.
- 2016-2018 гг. – профессиональная переподготовка с присвоением квалификации «Преподаватель высшей школы».
- В 2011 году защитил докторскую диссертацию на тему «Хроническая сердечная недостаточность при ишемической болезни сердца: клинико-генетические механизмы развития и возможности улучшения ранней диагностики, профилактики и медикаментозной терапии».

Принимал участие в составлении учебных пособий по кардиологии, терапии и патофизиологии для студентов, ординаторов и врачей.

Является автором и соавтором более 250 научных работ, в том числе 75 статей в ведущих российских и зарубежных журналах, двух монографий, 8 патентов на изобретение, одной базы данных. Патент на изобретение «Способ прогнозирования течения хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца» получил номинацию в конкурсе «100 лучших изобретений России–2015».

Является активным участником международных и российских конгрессов, в рамках которых присуждались награды за лучшие фундаментальные и клинические исследования.

Сфера научных интересов: терапия, кардиология, общая патология.

Научные исследования Сергея Николаевича посвящены изучению патологических процессов, лежащих в основе развития хронической сердечной недостаточности, а также клинических исследований в сфере сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза. Особое место в работах занимает изучение молекулярно-генетических механизмов становления и прогрессирования хронической сердечной недостаточности ишемического и неишемического генеза, фармакогенетических аспектов оценки эффективности фармакотерапии при заболеваниях сердца и сосудов. В настоящее время исследования в области генетического прогнозирования сердечно-сосудистых осложнений являются одними из приоритетных в отечественной и зарубежной кардиологии.

Шиловым С.Н. впервые исследованы молекулярно-генетические и нейрогуморальные механизмы поражения миокарда при проведении полихимиотерапии опухолевых заболеваний с оценкой динамики клинических проявлений и структурно-функциональных поражений сердца, предложена новая стратегия персонализированного прогнозирования развития сердечно-сосудистых осложнений при полихимиотерапии антрациклиновыми антибиотиками.

ВЕСТНИК

СИБИРСКОГО ИНСТИТУТА
НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ВЫПУСК 2

НОЯБРЬ 2022 ГОДА

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

**Анатолий Васильевич
Ефремов,**
профессор, член-корреспондент
РАН,
профессор, д-р мед. наук,
президент АНО ДПО «СИНМО»

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

**Сергей Николаевич
Шилов,**
профессор, д-р мед. наук,
профессор АНО ДПО «СИНМО»

ВЫПУСКАЮЩИЕ РЕДАКТОРЫ:

**Елена Львовна
Сорокина,**
кандидат педагогических
наук, доцент, доцент АНО ДПО
«СИНМО»

**Елизавета Викторовна
Быкова,**
ведущий специалист научно-
исследовательского отдела
АНО ДПО «СИНМО», почетный
работник сферы образования
Российской Федерации

ВЕРСТКА:

**Надежда Романовна
Аяпергенова,**
графический дизайнер

ДИЗАЙН:

**Алена Михайловна
Сивцова,**
графический дизайнер

**Надежда Романовна
Аяпергенова,**
графический дизайнер

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Яшанин Анатолий Александрович,
профессор, канд. мед наук, заслуженный врач РФ, профессор АНО ДПО «СИНМО»

Малкова Елена Михайловна,
профессор, д-р мед. наук, профессор АНО ДПО «СИНМО»

Новиков Яков Семенович,
доктор PhD, доцент АНО ДПО «СИНМО»

Казначеев Константин Сергеевич,
канд. мед наук, доцент АНО ДПО «СИНМО»

Гусев Аркадий Федорович,
канд. мед наук, ученый секретарь ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России

Лысаков Павел Валерьевич,
канд. мед наук, врач стоматолог-хирург, терапевт,
ортопед Стоматологической клиники «Dr. Stomato Log»

Мышко Татьяна Дмитриевна,
канд. мед наук, врач-педиатр, нефролог Многопрофильной медицинской клиники
«Претор»

Бондаренко Илья Викторович,
канд. мед наук, доцент АНО ДПО «СИНМО»,
врач ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России

Скрипниченко Юлия Петровна,
канд. мед наук, врач акушер-гинеколог ЖК 2 ГБУЗ «ГКБ им А.К. Ерамишанцева ДЗМ»

Лёвкин Олег Юрьевич,
канд. мед. наук, доцент АНО ДПО «СИНМО», врач-колопроктолог
Центра новых медицинских технологий

Альянов Александр Леонидович,
канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой общей хирургии
и анестезиологии ФГБОУ «ОГУ имени И.С. Тургенева».

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ:

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СИБИРСКИЙ ИНСТИТУТ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ»



АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

«СИБИРСКИЙ ИНСТИТУТ НЕПРЕРЫВНОГО
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ»



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
ПЕРЕПОДГОТОВКА



ПОВЫШЕНИЕ
КВАЛИФИКАЦИИ



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБУЧЕНИЕ

ПРЕИМУЩЕСТВА ОБУЧЕНИЯ В АНО ДПО «СИНМО»



ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ
ПРОГРАММЫ



ПРОФЕССОРСКО-
ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЙ СОСТАВ -
ОПЫТНЫЕ ПРАКТИКУЮЩИЕ
СПЕЦИАЛИСТЫ



БАЛЛЫ НМО ПО ВСЕМ
СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ



ОБУЧЕНИЕ БЕЗ ОТРЫВА
ОТ РАБОТЫ 24/7



СОПРОВОЖДЕНИЕ ПЯТИЛЕТНЕГО
ЦИКЛА ВРАЧА



СТАЖИРОВКИ



ВЫДАННЫЕ ДОКУМЕНТЫ ВНОСЯТСЯ В
ЕДИНУЮ ФЕДЕРАЛЬНУЮ БАЗУ ФИС
ФРДО

■ Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

■ Регистрационный номер
серия ПИ N ФС77-82875 от 04 марта 2022 г.

■ Журнал издается с июля 2022 г.

■ Выходит один раз в три месяца.

■ Печатная версия журнала «Вестник»
зарегистрирована в международном центре ISSN

■ Для печатной версии ISSN 2782-6864

■ При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

■ Рукописи, присланные в журнал «Вестник Сибирского
института непрерывного медицинского образования»
рецензируются.

Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная N1.
Печать RISO.

Усл. печ. л. 6,93. Заказ N0112/22

Тираж 1000 экз. Цена свободная.

Дата выхода: 01.12.2022 г.

Отпечатано в типографии:

ООО «Цифровая типография»

Адрес типографии: 630015, г. Новосибирск,
ул. Комбинатская, д 3А, офис 101

© 2022

МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: ФОКУС НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

4

Шилов Сергей Николаевич, доктор медицинских наук
Березикова Екатерина Николаевна, доктор медицинских наук

г. Новосибирск

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТКИ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19)

8

Березикова Екатерина Николаевна, доктор медицинских наук
Шилов Сергей Николаевич, доктор медицинских наук

г. Новосибирск

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19: НОВЫЙ ВЫЗОВ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

12

Неверова Наталья Владимировна,
г. Оренбург

ОБМЕН ОПЫТОМ

УПРАВЛЯЕМЫЙ СТРЕСС В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

16

Смитнева Анна Сергеевна,
Новиков Яков Семенович, кандидат медицинских наук, доцент

г. Новосибирск

ОБМЕН ОПЫТОМ

МОДИФИЦИРОВАННАЯ ПОСЛОЙНАЯ ТЕХНИКА ВНЕСЕНИЯ И ДВОЙНАЯ НАПРАВЛЕННАЯ ПОЛИМЕРИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОЗИЦИТА КАК МЕРА СНИЖЕНИЯ УСАДОЧНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В МАТЕРИАЛЕ

21

Садковская Светлана Анатольевна,
г. Хабаровск

Лысаков Павел Валерьевич, кандидат медицинских наук
г. Новосибирск

ДИСКУССИЯ

OFF-LABEL ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ГИАЛУРОНИДАЗЫ В КОСМЕТОЛОГИИ. ВОЗМОЖНО ЛИ?

24

Смитнева Анна Сергеевна,
г. Новосибирск,

Выскуп Максим Николаевич,
г. Волгоград

ДИСКУССИЯ

ФРАКТАЛЬНАЯ ТЕОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Мачурина Татьяна Николаевна.
г. Новосибирск

26

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

АЛГОРИТМ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО АМБУЛАТОРНОМУ ЭТАПУ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Новиков Яков Семенович, кандидат медицинских наук, доцент
г. Новосибирск,

Воногель Вячеслав Георгиевич, кандидат медицинских наук, доцент
г. Смоленск

29

СОВЕТЫ ДОКТОРА

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА: ВИДЫ, ПРИЗНАКИ, РОЛЬ СЕМЬИ

Мачурина Татьяна Николаевна.
г. Новосибирск

33

МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БАТАЙСКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Мирошниченко Елена Викторовна,
Натыкач Ирина Анатольевна,
Беспалько Елена Борисовна,
Крапивка Оксана Владимировна

г. Батайск, Ростовская область

37

МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА

АНАЛИЗ ОТРАВЛЕНИЙ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА БАТАЙСКА

Мирошниченко Елена Викторовна,
Натыкач Ирина Анатольевна,
Беспалько Елена Борисовна,
Крапивка Оксана Владимировна

г. Батайск, Ростовская область

39

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Денисов Юрий Дмитриевич,
г. Новосибирск

42



ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: ФОКУС НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Шилов Сергей Николаевич.

г. Новосибирск,

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

доктор медицинских наук, профессор кафедры патологической физиологии и клинической патофизиологии,
newsib54@gmail.com.

Березикова Екатерина Николаевна.

г. Новосибирск,

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

доктор медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики,
berezikova@ngs.ru.

POSTCOVID SYNDROME: FOCUS ON CARDIOVASCULAR MANIFESTATIONS

Sergey N. Shilov.

Novosibirsk,

Novosibirsk State Medical University,

Dr. Sci. (Med.), Professor, Pathological Physiology and clinical Pathophysiology Department

newsib54@gmail.com.

Ekaterina N. Berezikova.

Novosibirsk,

Novosibirsk State Medical University,

Dr. Sci. (Med.), Assistant Professor, Polyclinic Therapy and General Medical Practice Department,

berezikova@ngs.ru.

АННОТАЦИЯ

Воздействие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на здравоохранение и экономику во всем мире, несомненно, стало одной из худших катастроф, пережитых людьми за последние десятилетия. Во всем мире число перенесших COVID-19 в настоящее время превышает сотни миллионов, причем многие сообщают о длительном выздоровлении после острого заболевания – о состоянии, обычно называемом длительным COVID или постковидным синдромом. Постоянные симптомы одышки, боли в груди, усталости, головных болей, мозгового тумана и сердцебиения являются проявлением данного синдрома. В настоящее время, более чем когда-либо прежде, управление кардиометаболическими факторами риска должно стать приоритетом для врачей, поскольку их влияние на усиление тяжести течения COVID-19 и постковидного синдрома было убедительно доказано. Долгосрочное воздействие COVID-19 на здоровье и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний также становится серьезной глобальной проблемой.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, постковидный синдром, сердечно-сосудистые заболевания.

ABSTRACT

The impact of the novel coronavirus disease (COVID-19) on health and economies around the world has undoubtedly been one of the worst disasters people have experienced in decades. Globally, COVID-19 survivors now exceed hundreds of millions, with many reporting prolonged recovery from acute illness, a condition commonly referred to as prolonged COVID or post-COVID syndrome. Persistent symptoms of shortness of breath, chest pain, fatigue, headaches, brain fog, and palpitations are manifestations of this syndrome. Now, more than ever before, the management of cardiometabolic risk factors should be a priority for physicians, as their impact in increasing the severity of COVID-19 and post-COVID syndrome has been convincingly proven. The long-term impact of COVID-19 on health and cardiovascular mortality is also emerging as a major global concern.

Keywords: coronavirus infection, post-covid syndrome, cardiovascular disease.



Термин «длительный COVID» был первоначально описан пациентами в качестве «страдания, которое не прекращается с разрешением острой инфекции» [1]. Хотя не существует общепринятого определения, в декабре 2020 года Национальный институт здравоохранения Соединенного Королевства (Великобритания) определил длительный COVID как сохранение симптомов инфекции SARS-CoV-2 после 4 недель. Это понятие состоит из двух составляющих: продолжающейся симптоматики в течение 4–12 недель и постковидного синдрома, длящегося более 12 недель после острого периода новой коронавирусной инфекции [2]. Всемирная организация здравоохранения предоставила определение случаев длительно сохраняющихся симптомов после острого COVID-19, как термин, используемый для обозначения стойких симптомов инфекции SARS-CoV-2 после 3 месяцев, продолжающихся не менее 2 месяцев и не объяснимые каким-либо другими заболеваниями [3].

Длительный COVID проявляется разнообразным спектром симптомов, охватывающих несколько систем органов, и обычно включает усталость, одышку, недомогание после физической нагрузки, мозговой туман, головные боли, тошноту, рвоту, беспокойство, депрессию, кожную сыпь, боль в суставах и сердцебиение [4–6].

Зарегистрированная распространенность длительного COVID-19 варьировалась как между странами, так и внутри них: в Великобритании – 1,6–71%, [7], Германии – 35–77% [8], Китае – 49–76% [9], Африке – 68% [10], Индии – 22% [11], Италии – 5–51% [12], США – 16–53% [13]. Различия в исследуемых популяциях обусловлены отсутствием единых критериев распространенности в различных исследованиях. Сроки оценки постковидных проявлений также, по-видимому, важны, поскольку частота симптомов может со временем уменьшаться после острого периода инфекции. Различия в подходах к определению длительного COVID-19 могут также влиять на относительные частоты.

Возможные механизмы сердечно-сосудистых осложнений при длительном COVID-19.

Острая фаза.

Роль рецепторов ангиотензинпревращающего фермента 2 в вовлечении SARS-CoV-2 в поражение сердца в настоящее время хорошо известна. Было предложено несколько механизмов, способствующих повреждению миокарда, включая прямое цитотоксическое действие, дисрегуляцию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, эндотелиит, воспаление и дисрегуляторный иммунный ответ с высвобождением цитокинов [4].

Микрососудистое повреждение из-за SARS-CoV-2/

Уровень сердечного тропонина часто повышен у пациентов с COVID-19, что указывает на повреждение миокарда и/или ишемию [14]. В работе Bois M.C. et al. (2021) предлагается концепция микротромбоза, возникающего в связи с COVID-19. В небольшом исследовании из 15 наблюдений авторы отметили,

что посмертные микротромбы встречались чаще (80%), чем острое ишемическое повреждение (13%) и миокардит (33%), что предполагает роль тромбоза в акцентуации повреждения миокарда [15].

Fox S.E. et al. (2021) [16] концептуализировали массив патофизиологических механизмов, лежащих в основе повреждения миокарда. Авторы предположили, что гипоксия и легочное микрососудистое повреждение могут привести к стрессорному повреждению сердца и некрозу кардиомиоцитов. Последнее может быть дополнительно усилено за счет локализованных микрососудистых эффектов, эндотелиита [17], ассоциированного с микротромбозом и нарушенным ренин-ангиотензиновым гомеостазом [18]. Повышение цитокинов [19] (например, интерлейкинов (IL)-1, IL-16, IL-17, IL-22, интерферона (IFN)- γ , фактор некроза опухоли (TNF)- α) также может способствовать повреждению миокарда, вызывая эндотелиальную дисфункцию, активацию тромбоцитов и нейтрофилов и, в конечном итоге, вызывая гиперкоагуляционное состояние.

Подострая и хроническая фазы.

Механизмы развития сердечно-сосудистых осложнений после острого заболевания все еще плохо изучены. Одним из возможных объяснений является хроническая воспалительная реакция, вызванная вирусными частицами в сердце после острой инфекции [20], которая, в свою очередь, может усугубляться секретируемыми хемокинами, которые усугубляют эндотелиальную дисфункцию через нарушение работы эндотелиальной синтазы оксида азота и выработку активных форм кислорода [21]. Последствием таких процессов может быть необратимое повреждение тканей, за которым следует хронический фиброз миокарда, приводящий к нарушению перфузии сердца, увеличению жесткости миокарда, снижению сократимости и потенциальным аритмиям.

Вторым механизмом отсроченного повреждения миокарда является аутоиммунный ответ на сердечные антигены посредством молекулярной мимикрии [22]. Был выявлен ряд аутоантител к гуморальным и тканевым антигенам у пациентов с тяжелой формой COVID-19 [22–25]. Аутоантитела к холинергическим и адренергическим рецепторам также были обнаружены у лиц с COVID-19 [26, 27]. Также была выявлена повышенная экспрессия протромботических факторов (например, фактора VIII, протромбина, ингибитора активатора плазминогена-1) после острого периода инфекции [28].

Сердечно-сосудистые последствия COVID-19 в отдаленном периоде.

Высокая смертность и повреждение миокарда во время острой инфекции COVID-19 вызвали интерес среди исследовательских сообществ к характеристике долгосрочных сердечно-сосудистых последствий инфекции SARS-CoV-2.

В исследовании 73435 (средний возраст 61 год, 88%



мужчин) негоспитализированных пациентов с COVID-19 продемонстрирован высокий риск смерти и сердечно-сосудистых событий в течение 30 дней после острой фазы заболевания [5]. Британское исследование 47 780 госпитализированных пациентов с COVID-19 (средний возраст 65 лет, 55% мужчин) показало, что диагноз COVID-19 был ассоциирован с трехкратным увеличением риска серьезных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в течение 4 месяцев с момента постановки диагноза (по сравнению с негоспитализированными контрольными группами) [29].

Влияние COVID-19 на хронические сердечно-сосудистые заболевания.

До трети пациентов, госпитализированных с COVID-19, имеют в анамнезе хронические сердечно-сосудистые заболевания. Наличие сопутствующих сердечных заболеваний обычно связано с более высокой внутрибольничной смертностью, тромбозмболическим риском и частотой септического шока [30]. Даже в подострый период пациенты с сердечной недостаточностью в анамнезе подвергаются двух-четырекратному риску декомпенсации и смерти [31, 32].

Одной из причин растущей эпидемии случаев декомпенсации сердечной недостаточности после выписки является отмена медикаментозной терапии, направленной на лечение хронической сердечной недостаточности, во время острой фазы COVID-19 [33]. В исследовании TRED-HF ранее продемонстрировали негативное влияние отмены терапии сердечной недостаточности у выздоровевших пациентов с дилатационной кардиомиопатией, что приводило к декомпенсациям и другим неблагоприятным исходам [34]. Поэтому успешное возобновление и оптимизация методов лечения сердечной недостаточности может иметь важное значение для профилактики повторных госпитализаций с сердечной недостаточностью после острого COVID-19 [35].

Общий кардиометаболический профиль COVID-19 и сердечно-сосудистых заболеваний предполагает, что новая коронавирусная инфекция может играть роль в дестабилизации субклинических состояний (например, ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности).

Приоритеты дальнейших исследований.

Текущие приоритеты дальнейших исследований по влиянию новой коронавирусной инфекции на сердечно-сосудистую систему могут включать:

- 1) установление распространенности острых или хронических сердечно-сосудистых осложнений, вызванных SARS-CoV-2;
- 2) выяснение причинно-следственных механизмов, включая роль иммунной системы, ожирения, эндотелиопатии и генетической предрасположенности;
- 3) развитие понимания бремени сердечно-сосудистых симптомов как части постковидного синдрома;
- 4) разработка и совершенствование доступных методов диагностики с высокой специфичностью для COVID-

19-ассоциированных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний;

5) выявление новых терапевтических решений или перепрофилирование старых лекарств, которые могут профилировать развитие COVID-19-ассоциированных сердечно-сосудистых осложнений;

6) оценка роли различных вариантов SARS-CoV-2 на развитие сердечно-сосудистых осложнений;

7) оценка долгосрочного воздействия инфекции SARS-CoV-2 на людей с ранее существовавшими сердечными заболеваниями и будущим риском сердечной недостаточности, ишемических событий и аритмий;

8) оценка влияния вегетативной дисфункции, связанной с COVID-19, на развитие сердечно-сосудистых заболеваний.

Заключение.

Длительный COVID-19 становится серьезной проблемой современного здравоохранения. Наше нынешнее понимание патофизиологических механизмов и вариантов лечения остается недостаточным. Высокое бремя сердечно-сосудистых осложнений в постковидном периоде наряду с поражениями других систем организма подчеркивает необходимость междисциплинарного подхода к исследованию проблемы, который, вероятно, также принесет пользу в понимании механизмов и разработке концепции профилактики развития полиорганных осложнений.

Библиографический список.

1. Long COVID: let patients help define long-lasting COVID symptoms. *Nature*. 2020; 586:170.
2. National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. NICE guideline [NG188]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188> (18 December 2020).
3. World Health Organization. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus. https://www.who.int/publications/i/item/WHO2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1 (6 October 2021).
4. Nalbandian A., Sehgal K., Gupta A. et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med*. 2021; 27:601–615.
5. Al-Aly Z., Xie Y., Bowe B. High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19. *Nature*. 2021; 594:259–264.
6. Phillips S., Williams M.A. Confronting our next national health disaster-longhaul Covid. *N Engl J Med*. 2021; 385:577–579.
7. Evans R.A., McAuley H., Harrison E.M. et al. Physical, cognitive, and mental health impacts of COVID-19 after hospitalisation (PHOSP-COVID): a UK multicentre prospective cohort study. *Lancet Respir Med*. 2021; 9:1275–1287.
8. Augustin M., Schommers P., Stecher M. et al. Post-COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: a longitudinal prospective cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2021; 6:100122.



9. Huang L., Yao Q., Gu X. et al. 1-year outcomes in hospital survivors with COVID-19: a longitudinal cohort study. *Lancet*. 2021;398: 747–758.
10. Dryden M., Vika C. Post acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC)—formally long COVID. https://www.nioh.ac.za/wp-content/uploads/2021/04/NIOH-Webinar-Invitation_COVID-19_Long-Covid-and-the-workplace_22April-2021-Dr-Dryden.pdf [21 April 2021].
11. Naik S., Soneja M., Haldar S. et al. Post COVID-19 sequelae: a prospective observational study from Northern India. *Drug Discov Ther*. 2021; 15:254–260.
12. Venturelli S., Benatti S.V., Casati M. et al. Surviving COVID-19 in Bergamo province: a post-acute outpatient re-evaluation. *Epidemiol Infect*. 2021; 149:e32.
13. Logue J.K., Franko N.M., McCulloch D.J. et al. Sequelae in adults at 6 months after COVID-19 infection. *JAMA Netw Open*. 2021; 4:e210830.
14. Giustino G., Croft L.B., Stefanini G.G. et al. Characterization of myocardial injury in patients with COVID-19. *J Am Coll Cardiol*. 2020; 76:2043–2055.
15. Bois M.C., Boire N.A., Layman A.J. et al. COVID-19-associated nonocclusive fibrin microthrombi in the heart. *Circulation*. 2021; 143:230–243.
16. Fox S.E., Vander Heide R.S. COVID-19: the heart of the matter—pathological changes and a proposed mechanism. *J Cardiovasc Pharmacol Ther*. 2021;26: 217–224.
17. Vrints C.J.M., Krychtiuk K.A., Van Craenenbroeck E.M. et al. Endothelialitis plays a central role in the pathophysiology of severe COVID-19 and its cardiovascular complications. *Acta Cardiol*. 2021; 76: 109–124.
18. Robinson F.A., Mihealsick R.P., Wagener B.M. et al. Role of angiotensin-converting enzyme 2 and pericytes in cardiac complications of COVID-19 infection. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2020; 319:H1059–H1068.
19. Yang L., Xie X., Tu Z. et al. The signal pathways and treatment of cytokine storm in COVID-19. *Signal Transduct Target Ther*. 2021; 6:255.
20. Pollack A., Kontorovich A.R., Fuster V. et al. Viral myocarditis—diagnosis, treatment options, and current controversies. *Nat Rev Cardiol*. 2015; 12:670–680.
21. Kim H.W., de Chantemèle E.B., Weintraub N.L. Perivascular adipocytes in vascular disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2019; 39:2220–2227.
22. Blagova O., Varionchik N., Zaidenov V. et al. Anti-heart antibodies levels and their correlation with clinical symptoms and outcomes in patients with confirmed or suspected diagnosis COVID-19. *Eur J Immunol*. 2021;51: 893–902.
23. Wang E.Y., Mao T., Klein J. et al. Diverse functional autoantibodies in patients with COVID-19. *Nature*. 2021; 595:283–288.
24. Franke C., Ferse C., Kreye J. et al. High frequency of cerebrospinal fluid autoantibodies in COVID-19 patients with neurological symptoms. *Brain Behav Immun*. 2021; 93:415–419.
25. Richter A.G., Shields A.M., Karim A. et al. Establishing the prevalence of common tissue-specific autoantibodies following severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection. *Clin Exp Immunol*. 2021; 205:99–105.
26. Konstantinov K., Von Mikecz A., Buchwald D. et al. Autoantibodies to nuclear envelope antigens in chronic fatigue syndrome. *J Clin Investig*. 1996; 98:1888–1896.
27. Loebel M., Grabowski P., Heidecke H. et al. Antibodies to β adrenergic and muscarinic cholinergic receptors in patients with Chronic Fatigue Syndrome. *Brain Behav Immun*. 2016; 52:32–39.
28. von Meijenfildt F.A., Havervall S., Adelmeijer J. et al. Sustained prothrombotic changes in COVID-19 patients 4 months after hospital discharge. *Blood Adv*. 2021; 5:756–759.
29. Ayoubkhani D., Khunti K., Nafilyan V. et al. Post-COVID syndrome in individuals admitted to hospital with COVID-19: retrospective cohort study. *BMJ*. 2021; 372:n 693.
30. Inciardi R.M., Adamo M., Lupi L. et al. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for COVID-19 and cardiac disease in Northern Italy. *Eur Heart J*. 2020;41: 1821–1829.
31. Alvarez-Garcia J., Lee S., Gupta A. et al. Prognostic impact of prior heart failure in patients hospitalized with COVID-19. *J Am Coll Cardiol*. 2020; 76:2334–2348.
32. Chatrath N., Kaza N., Pabari P.A. et al. The effect of concomitant COVID-19 infection on outcomes in patients hospitalized with heart failure. *ESC Heart Fail*. 2020; 7:4443–4447.
33. Rey J.R., Caro-Codón J., Rosillo S.O. et al. Heart failure in COVID-19 patients: prevalence, incidence and prognostic implications. *Eur J Heart Fail*. 2020; 22:2205–2215.
34. Halliday B.P., Wassall R., Lota A.S. et al. Withdrawal of pharmacological treatment for heart failure in patients with recovered dilated cardiomyopathy (TRED-HF): an open-label, pilot, randomised trial. *Lancet*. 2019; 393:61–73.
35. Arrigo M., Nijst P., Rudiger A. Optimising heart failure therapies in the acute setting. *Card Fail Rev*. 2018; 4:38–42.

АНО ДПО «Сибирский институт непрерывного медицинского образования» и
ЧУДПО «Институт переквалификации и повышения квалификации специалистов здравоохранения»
приглашают принять участие в

**III Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции
«АКТУАЛЬНЫЕ ВРАЧЕБНЫЕ ПРАКТИКИ. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА»**

(16 декабря 2022 г.)

По вопросам обращаться по тел.: +7 (905) 953-68-86, адрес электронной почты: science@sispp.ru.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТКИ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19)

Березикова Екатерина Николаевна.

г. Новосибирск,

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

доктор медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики,

berezikova@ngs.ru.

Шилов Сергей Николаевич.

г. Новосибирск,

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

доктор медицинских наук, профессор кафедры патологической физиологии и клинической патофизиологии,

newsib54@gmail.com.

CLINICAL CASE OF THE COURSE OF ACUTE PANCREATITIS IN A PATIENT WITH A NEW CORONAVIRUS INFECTION (COVID-19)

Ekaterina N. Berezikova.

Novosibirsk State Medical University,

Dr. Sci. (Med.), Assistant Professor, Polyclinic Therapy and General Medical Practice Department,

berezikova@ngs.ru.

Sergey N. Shilov.

Novosibirsk State Medical University,

Dr. Sci. (Med.), Professor, Pathological Physiology and clinical Pathophysiology Department,

newsib54@gmail.com.

АННОТАЦИЯ

Для пациентов с COVID-19 характерно тяжелое поражение легких с развитием острой дыхательной недостаточности и вовлечением различных органов и систем организма. К группам высокого риска по развитию тяжелых форм новой коронавирусной инфекции с мультиорганным поражением относятся лица пожилого возраста, имеющие сопутствующую патологию со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и др. Представлен клинический случай тяжелого течения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у пациентки в возрасте 81 года, протекавшей с поражением легких и поджелудочной железы на фоне инфаркта миокарда.

Ключевые слова: COVID-19, SARS-CoV-2, коронавирусная инфекция, панкреатит.

ABSTRACT

Patients with COVID-19 are characterized by severe lung damage with the development of acute respiratory failure and the involvement of various organs and body systems. High-risk groups for the development of severe forms of a new coronavirus infection with multiorgan damage include elderly people with concomitant pathologies of the respiratory system, cardiovascular system, etc. A clinical case of a severe course of a new coronavirus infection (COVID-19) in a patient in at the age of 81, which proceeded with damage to the lungs and pancreas against the background of myocardial infarction.

Keywords: COVID-19, SARS-CoV-2, coronavirus infection, pancreatitis

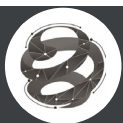
COVID-19, вызываемый вирусом SARS-CoV-2, в острой фазе характеризуется различными проявлениями: от бессимптомного течения до развития тяжелого острого респираторного дистресс-синдрома и полиорганной недостаточности. Поскольку у большинства пациентов наблюдаются респираторные симптомы, существует относительный недостаток знаний о влиянии COVID-19 на желудочно-кишечный тракт. Отмечается определенный дефицит исследований, посвященных патогенезу,

клинических особенностям острого панкреатита, ассоциированного с SARS-CoV-2.

В Городской клинической больнице № 1 г. Новосибирска в 2021 г. находилась на лечении пациентка М.Н.И., 81 год, с клиническим диагнозом:

Основной:

1. I 22.1 Ишемическая болезнь сердца. Повторный Q-негативный нижний инфаркт миокарда от 28.12.2021, ПИКС (Q-позитивный нижний инфаркт миокарда с элевацией



ST 4b типа 15.11.2021 г, осложненный острой сердечной недостаточностью (ОСН) KILLIP IV, пароксизмом желудочковой тахикардии (ЖТ) с успешной госпитальной сердечно-легочной реанимацией (СЛР) от 17.11.2021 г. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий 9ФП). Риск тромбоэмболических осложнений (ТЭО) по CHA2DS2VASC 5 баллов, геморрагический риск по HAS-BLED 3 балла.

Рентгенэндоваскулярные вмешательства:

Коронароангиография (КАГ), чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА) со стентированием стеноза правой коронарной артерии (ПКА) 02.11.2021 г по поводу острого коронарного синдрома (ОКС);

КАГ, ЧТКА со стентированием тромбоза стента ПКА стентом DES 15.11.2021 г.

2. U 071 Новая коронавирусная инфекция, подтвержденная (ПЦР PHK SARS-Cov2 положительная 09.11.2021 г., 25.11.2021 г.), тяжелое течение. Двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония КТ-III (справа 70%, слева 25%), тяжелой степени тяжести.

Осложнения: Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IIA ФК III (NYHA). Бивентрикулярная сердечная недостаточность. Дыхательная недостаточность (ДН) II ст. Кишечное кровотечение. Анемия средней степени тяжести.

Фоновая патология: Хроническая болезнь почек (ХБП) С3б. Образование мочевого пузыря, шейки матки?, хроническая задержка мочи.

Из анамнеза:

Ишемический анамнез от 1995 г., (постинфарктный кардиосклероз от 1995 г.) длительный стаж стенокардии напряжения ФК 2-3. Накануне за 10 дней до госпитализации пациентке было проведено ЧТКА ПКА в рамках ИБС, нестабильной стенокардии. После выписки все препараты принимала согласно рекомендациям. Ангинозные боли не беспокоили, но при этом уже на следующий день после выписки из стационара 06.11.2021 г. пациентку стала беспокоить нарастающая выраженная общая слабость, отмечался подъем температуры до 37,4–38,00 С. Амбулаторно был верифицирован диагноз: Новая коронавирусная инфекция (мазок на COVID, положительный от 09.11.2021); назначена терапия в составе ципрофлоксацина, фавипиравира и апиксабана к базовой гипотензивной и двойной антиагрегантной терапии (ДАТ). В течение 10-ти дней состояние больной прогрессивно ухудшалось, нарастала астения, тошнота, пациентка отказывалась от приема пищи и воды. 15.11.21 г. – по поводу интенсивных ангинозных болей родственники вызвали скорую медицинскую помощь, пациентка была доставлена в стационар с острым инфарктом миокарда давностью 7 часов.

Исходно нормальные показатели маркеров некроза «отреагировали» сразу после проведения КАГ (КФК 98,5 → 1412 У/л (норма 1,0–171 У/л); КФК МВ 27 → 284 (24% от КФК); тропонин был определен только при поступлении – 0,11 нг/мл (0–0,1 нг/мл). По данным коронаровентрикулографии (15.11.2021 г.) был верифицирован тромбоз стента ПКА на

фоне многососудистого поражения: стеноз в проксимальном сегменте передней нисходящей артерии (ПНА) 50%. Хроническая окклюзия в среднем сегменте ПНА. Стеноз в среднем сегменте огибающей артерии (ОА) 40%. Стеноз в проксимальном сегменте ветви тупого края (ВТК) 70%. Инфаркт миокарда осложнился снижением сократительной способности обоих желудочков (ЭХОКГ (15.11.2021 г.) Гипо-, акинез нижней стенки и нижнеперегородочной области, гипокинез задней стенки. МР 1 ст. ТР 1 ст.; фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – 48%, [Simpson]. Сократительная способность правого желудочка снижена – TAPSE 13,5 мм. Давление в легочной артерии – 41 мм рт.ст. Гетерозогенный выпот в полости перикарда, сепарация листков перикарда за правым желудочком до 14,9 мм, на верхушке до 11,4 мм, за правым предсердием до 8,0 мм.

Первые сутки нахождения в стационаре состояние больной оставалось крайне тяжелым: с учетом рецидивирующих ангинозных болей пациентке повторно был проведена КАГ для исключения тромбоза стента. По данным повторной КАГ от 16.11.2021 г. стент проходим. Далее у пациентки развился отек легких, на фоне ФП тахиформы, длительных гемодинамически значимых пароксизмов ЖТ. Проводилась инфузия амиодарона, перлингана, норадреналина, фurosемида. Отек легких был купирован.

17.11.2021 г. – у больной зафиксирован пароксизм ЖТ, проведена сердечно-легочная реанимация в течении 2 мин, ритм восстановлен однократной кардиоверсией, проводилась терапия амиодароном. В течение последующих пяти дней пациентка находилась на вазопрессорной поддержке. Однако, не только гемодинамика определяла тяжесть состояния больной и высокий (8 балл) риск по NEWS. У больной развилась дыхательная недостаточность, частота дыхательных движений (ЧДД) – 24 в минуту, показатели сатурации без кислородной поддержки – 90%, на кислородной поддержке – 95%. При дообследовании по данным компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) от 15.11.2021 г.: КТ картина вирусной пневмонии КТ-3 степени (25% слева, 70 % справа).

Лабораторно отмечались повышенные показатели воспалительных маркеров (СРБ – 123,4 мг (0–5,0 мг/л), ферритин – 497 мкг/л (20,0–250,0 мкг/л), Д-димер – 879,0 нг/мл (0,0–250,0 нг/мл), лейкоциты – 12,1 x 10⁹/л (4,0–9,0 x 10⁹/л), нейтрофилы – 10,95 x 10⁹/л (2,0–7,0 x 10⁹/л), лимфоциты – 0,59 x 10⁹/л (0,8–4,0 x 10⁹/л), тромбоциты – 441 x 10⁹/л (180–320 x 10⁹/л). Были высокими бактериальные компоненты: прокальцитонин 0,42 – нг/мл (не более 0,1 нг/мл); при этом результаты бактериального посева крови указывали на стерильность. (16.11.2021 г.). Помимо провоспалительной активности у больной отмечался выраженный дефицит железа (железо сыворотки – 3,1 мкмоль/л (9,0–44,8 мкмоль/л).

С учетом тяжести состояния, объема поражения легких была назначена терапия: антибактериальная (амоксциллин+клавулановая кислота 1,2 г x 3 раза в сутки



с 15.11.2021 г. до 23.11.2021 г., цефепим 2,0 г х 2 раза в сутки с 24.11.2021 г. до 03.12.2021 г.), барицитиниб (4 мг с 15.11. 2021 г. по 25.11.2021 г.), глюкокортикоидов (дексаметазон 8 мг в/в, с переводом на метилпреднизолон 12 мг с 22.11.2021 г.), продолжен прием фавипиравира, кислородотерапия. Данная терапия проводилась на фоне базового лечения ОИМ и ХСН с применением ДАТ и антикоагулянта (апиксабан 5 мг 2 раза в сутки) в рамках ТЭО риска на фоне ФП и тяжелого течения новой коронавирусной инфекции.

На фоне терапии состояние больной стабилизировалось: сохранялась нормотермия, снизилась тяжесть одышки, повысился уровень сатурации без кислородной поддержки до 96%, стабилизировалась гемодинамика (артериальное давление (АД) 115/60 тор, частота сердечных сокращений (ЧСС) 70 в мин). Параклинически снизился уровень провоспалительной активности (СРБ – 125 → 50,9 → 19 → 4,1 мг/л, ферритин 497 → 510 мкг/л, Д-димер 879,0 → 618 нг/мл, лейкоцитоз сохранялся на фоне терапии глюкокортикоидами (лейкоциты – 12,1 → 14,2 → 11,8 → 13,95 х 10⁹/л), с закономерными показателями лимфопении (лимфоциты – 0,59 → 0,23 х 10⁹/л). По данным КТ ОГК началась консолидация воспалительных изменений (28.11.2021 г.): течение вирусной пневмонии КТ 3, тяжелой степени (слева до 25%, справа до 70%), в динамике уменьшение инфильтративных изменений, нарастание явлений консолидации, появление ателектаза нижней доли правого легкого)). На фоне снижения провоспалительной активности отмечалось нормализация показателей функции почек и печени (креатинин – 124 → 56 ммоль/л, СКФ по СКД-ЕРІ – 39 мл/мин/1,72м²), АЛТ – 79 → 47,4 ммоль/л (0–50 ммоль/л), АСТ – 63 → 34,8 ммоль/л (0–50 ммоль/л)). Пациентка стала активнее двигаться в пределах кровати, но сохранялась выраженная астения, отсутствие аппетита. На фоне отказа от еды параклинически отмечалось снижение белка (общий белок – 56 г/л → 50 (57–83 г/л), альбумин – 26 г/л (35–52 г/л). Обращал на себя внимание незначительно повышенный уровень амилазы – 110,7 Ед/л (28,0–100,0 Ед/л), в связи с чем было проведено дообследование УЗИ органов брюшной полости 28.11.2021 г.: эхопризнаки диффузных изменений паренхимы печени и почек.

Помимо отрицательной динамики нутритивного статуса, у больной снижался уровень гемоглобина: 128 → 105 г/л (120–160 г/л), что потребовало снизить объем дезагрегантной терапии – проведена отмена аспирина, редуцирована дозировка апиксабана до 2,5 мг 2 раза в сутки, а также были добавлены препараты железа.

На 23-е сутки госпитализации состояние больной оценивалось как среднетяжелое. Пациентка осуществляла движения в пределах кровати, делала дыхательную гимнастику, при этом присаживаться могла только при помощи персонала. Одышка беспокоила при небольшой активности, увеличивая ЧДД от 20 в покое до 24 при нагрузке. Сатурация без кислородной поддержки фиксировалась в пределах 94–

96%. Положительная динамика течения вирусной пневмонии отмечалась и по данным КТ ОГК (10.12.21 г. – вирусная пневмония в стадии регресса; релаксация правого купола диафрагмы). Гемодинамика была стабильна (АД 110/60 тор, ЧСС 80 в мин, риск тяжести по NEWS определялся в 4 балла). У пациентки, которая страдала склонностью к запорам, возникли жалобы на частый стул, до 6 раз в день, нормальной окраски, жидкой консистенции. При пальпаторном обследовании живот был болезненным в гипогастриальной области. Данная клиническая ситуация не коррелировала со значимыми изменениями провоспалительной активности (СРБ – 44,6 → 33,4 → 14,8 мг/л, ферритин – 525 → 542 → 557 мкг/л, лейкоциты – 10,4 х 10⁹/л, прокальцитонин – 0,04 нг/мл). Кал на дисбактериоз от 08.12.2021 г. – в пределах нормальных значений.

С учетом данных дообследования (КТ органов брюшной полости (ОБП) с контрастом (10.12.21 г.): объемное образование шейки матки? КТ-признаки нейрогенного мочевого пузыря, формирующегося гидроуретеронефроза. КТ-признаки острого панкреатита. Сложные кисты почек) проводился дифференциальный диагноз между антибиотик-ассоциированной диареей и реактивным панкреатитом. Пациентка была консультирована гастроэнтерологом, даны рекомендации по симптоматическому лечению (ферменты, спазмолитики), в результате чего стул нормализовался через 4 дня. И, с учетом отсутствия клиники, специфических лабораторно-клинических данных (амилаза крови – 40,5 Е/л (28,0–100,0 Ед/л), амилаза мочи – 130,9 Ед/л (<450 Ед/л), данных УЗИ ЖКТ и почек в динамике (13.12.2021 г.) – диффузные изменения паренхимы печени, ткани поджелудочной железы), диагноз острый панкреатит был исключен.

Также пациентка была проконсультирована гинекологом, рекомендовано проведение биопсии шейки матки в рамках верификации онкопатологии.

На 29-е сутки пациентка пожаловалась на сухость во рту, усиление слабости, затрудненное мочеиспускание, появилась макрогематурия. При этом параклинически на фоне незначительного роста провоспалительных показателей, роста уровня Д-димера, отмечалось резкое снижение СКФ на фоне продолжающегося прогрессивного снижения белка (креатинин – 216 мкмоль/л, СКФ – 18 мл/мин, глюкоза – 3,4 ммоль/л, общий белок – 49 г/л, лейкоциты – 6,2 х 10⁹/л, лимфоциты – 0,35 10⁹/л (5,7 %), гемоглобин 109 г/л, СРБ – 14,8 → 25,3 мг/л, ферритин – 602,8 пг/мл, Д-димер – 4604,0 нг/мл, прокальцитонин – 0,08 нг/мл. Пациентка проконсультирована нефрологом и урологом, и, с учетом результатов КТ ОБП, был верифицирован диагноз: острое почечное повреждение обструктивного генеза, ст. 3, восстановление диуреза. Макрогематурия. По результатам проведенной цистоскопии был выявлен хронический цистит. По данным динамических анализов мочи атипичные клетки злокачественной опухоли не найдены, что в свою очередь, в последующем времени было подтверждено и данными биопсии слизистой мочевого



пузыря [23.12.21 г.: фрагменты хронического фолликулярного эрозивного язвенного цистита, обострение воспаления с умеренной дисплазией фрагмента слизистой и тяжелой дисплазией края биоптата.]

В терапии был назначен этамзилат на фоне продолжающегося лечения клопидогрелем и антикоагулянтной терапии низкомолекулярными гепаринами (НМГ) в рамках обоюдно высоких геморрагических и тромбозмобилических рисков.

На 36-е сутки пациентка продолжала жаловаться на нарастающую слабость, а также стала отмечать онемение кожных покровов, что было расценено неврологом как «Нижний вялый парапарез в структуре перенесенной новой коронавирусной инфекции». Слабость пациентки была расценена в рамках гипотонии (АД 90/60-100/60 тор.), анемического синдрома на фоне продолжающегося в результате длительной макрогематурии прогрессивного снижения гемоглобина – 91 г/л, а также неуклонно нарастающей белковой недостаточности (общий белок 49 → 38 г/л) на фоне проводимой нутритивной поддержки, развившейся гипокалиемии (калий 2,63 ммоль/л [3,5 – 5,1 ммоль/л]).

В результате сформировавшихся пролежней крестцовой области 2-3 ст., нарастала активность провоспалительных маркеров крови (СРБ – 23 → 53,9 мг, Ферритин – более 1000 мкг/л, глюкоза – 3,9 ммоль/л, лейкоциты – 10,4 × 10⁹/л, прокальцитонин – 0,14 → 0,03 нг/мл, Д-димер – 1212 нг/мл), пациентка регулярно осматривалась гнойным хирургом, проводилось местное лечение.

На 41-е сутки у пациентки развилось кишечное кровотечение (было отмечено появление свежей крови в стуле, снижение гемоглобина до 83 г/л. При дообследовании: ФГДС [25.12.21 г.] – хронический гастрит, фиброколоноскопия проведена не была по техническим причинам). В лечении с учетом превалирования геморрагических рисков, был отменен клопидогрел, антикоагулянтная терапия продолжена НМГ в профилактической дозировке.

На 44-е сутки пациентка пожаловалась на эпизодические повторяющиеся боли за грудиной длительностью до 15 мин, купируемые нитратами. ЭКГ фиксировала субэндокардиальную ишемию передней стенки на фоне тахикардии. Болевой синдром в грудной клетке не был сопряжен с активностью маркеров некроза.

На 45-е сутки 28.12.21 г. в 19:15 у пациентки случилась остановка кровообращения, асистолия; был проведен перевод в отделение реанимации, успешная сердечно-легочная реанимация, 29.12.21 г. – в 04:20 остановка кровообращения. Сердечно-легочная реанимация 30 минут, без эффекта.

Патологоанатомический диагноз:

ИБС. Острый инфаркт нижней стенки миокарда левого желудочка. Постинфарктный крупноочаговый и диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Стенозирующий коронарный атеросклероз.

Операция: КГ, ЧКВ со стентированием ПКА [16.11.2021 г.]

Сочетанное заболевание: Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован.

Осложнения: Субтотальный панкреонекроз с формированием острых абсцессов. Забрюшинная флегмона в сочетании с острыми абсцессами. Двусторонняя полисегментарная вирусная серозно-геморрагическая пневмония, экссудативно-продуктивная стадия. Выраженное венозное полнокровие и дистрофические изменения внутренних органов.

Обсуждение.

Liu F. et al. [2020] и др. сообщили, что ангиотензинпревращающий фермент 2 (ACE2) экспрессируется в поджелудочной железе здоровых людей, и уровень этой экспрессии немного выше в поджелудочной железе, чем в легких, что указывает на то, что SARS-CoV-2 также может связываться с ACE2 в поджелудочной железе и вызывать ее повреждение. Было отмечено повышение уровня амилазы и липазы у 16,41% и 1,85% пациентов с тяжелой и легкой инфекцией SARS-CoV-2, соответственно, что указывает на некоторую степень повреждения поджелудочной железы при тяжелом течении COVID-19 [1].

Патогенетический механизм этого повреждения не совсем понятен, но SARS-CoV-2 может поражать экзокринную поджелудочную железу точно так же, как SARS затрагивает эндокринную часть данной железы: через связывание рецепторов ACE2 [2]. В недавнем исследовании, опубликованном Wang F. et al. [2020], обнаружено, что повреждение поджелудочной железы при COVID-19 может быть вызвано непосредственно цитопатическим эффектом, опосредованным локальной репликацией SARS-CoV-2. С другой стороны, повреждение поджелудочной железы может быть косвенно обусловлено системными реакциями на дыхательную недостаточность или иммунным ответом, вызванным инфекцией SARS-CoV-2 [3].

На сегодняшний день продолжает накапливаться информация, касающаяся особенностей течения острого панкреатита, ассоциированного с COVID-19, анализ которой позволит расширить представление о клинических вариантах течения новой коронавирусной инфекции и разработать подходы к диагностике и лечению данной патологии.

Библиографический список.

1. Liu F., Long X., Zhang B. et al. ACE2 expression in pancreas may cause pancreatic damage after SARS-CoV-2 infection. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020; 18(9):2128–2130.
2. Wrapp D., Wang N., Corbett K.S. et al. Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation. Science (New York, NY). 2020;367(6483):1260–1263.
3. Wang F., Wang H., Fan J. et al. Pancreatic Injury Patterns in Patients With Coronavirus. Gastroenterology. 2020;159(1):367–370.



ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19: НОВЫЙ ВЫЗОВ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Неверова Наталья Владимировна.

г. Оренбург,

ООО «Клиника промышленной медицины»,

врач-эпидемиолог первой квалификационной категории,

epid@kpm56.ru.

NOSOCOMIAL INFECTION COVID-19: A NEW CHALLENGE FOR THE HEALTHCARE SYSTEM

Neverova Natalia Vladimirovna.

Orenburg,

LLC «Clinic of Industrial Medicine»,

epidemiologist of the first qualification category,

epid@kpm56.ru.

АННОТАЦИЯ

Внутрибольничные инфекции представляют собой серьезную проблему для медицинских работников и организаций во всем мире во время пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Внутрибольничная инфекция COVID-19 напрямую влияет на качество и прогноз жизни пациентов, а также приводит к дополнительным расходам лечебных учреждений. Было доказано, что COVID-19 с большей вероятностью передается через незащищенный контакт с инфицированными пациентами. Кроме того, действующие профилактические меры, как правило, упускают из виду бессимптомных носителей и суперраспространителей. Минимизация последствий внутрибольничной инфекции COVID-19 остается трудной, но неотложной задачей для медицинских работников. Борьба с COVID-19 может дать ценные уроки для будущей профилактики и борьбы с внутрибольничными инфекциями.

Ключевые слова: внутрибольничная инфекция, коронавирусная инфекция, профилактика, надзор.

ABSTRACT

Hospital-acquired infections are a major concern for healthcare professionals and organizations around the world during the novel coronavirus infection (COVID-19) pandemic. Nosocomial COVID-19 infection directly affects the quality and prognosis of patients' lives, and also leads to additional costs for medical institutions. COVID-19 has been shown to be more likely to be transmitted through unprotected contact with infected patients. In addition, current preventive measures tend to overlook asymptomatic carriers and superspreaders. Minimizing the consequences of nosocomial COVID-19 infection remains a difficult but urgent task for healthcare workers. The fight against COVID-19 can provide valuable lessons for the future prevention and control of nosocomial infections.

Keywords: nosocomial infection, coronavirus infection, prevention, control.

Предупреждение вспышек заболеваемости новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) – одна из задач, стоящих перед практическим здравоохранением. Анализ причин, определяющих распространение инфекции и условий возникновения вспышек COVID-19 в ЛПУ необходим для корректировки противоэпидемических мероприятий.

Источник инфекции. Хорошо известно, что пациенты с подтвержденным COVID-19 являются основными источниками инфекции при передаче от человека человеку. Бессимптомные носители и суперраспространители также могут быть потенциальными источниками инфекции. Кроме того, пациенты со сниженным иммунитетом и инфицированные пациенты без или только с начальными неспецифическими симптомами могут явиться распространителями вируса в ЛПУ.

Бессимптомные пациенты – это пациенты без клинических

проявлений, но с положительными результатами ПЦР-теста на новую коронавирусную инфекцию. Однако, Wang et al. выявили, что трансmissивность бессимптомных пациентов была довольно ограниченной из-за отсутствия симптомов, включая кашель и чихание. Следовательно, они вряд ли будут основной движущей силой распространения инфекции [1]. Тем не менее, Li et al. продемонстрировали, что 86% всех пациентов с инфекцией COVID-19 в Китае были бессимптомными на ранней стадии, и они в дальнейшем вызвали 79% зарегистрированных случаев COVID-19 с выраженными симптомами [2]. Некоторые исследования показали, что эта доля может составлять всего 10% [3].

Пациенты, которые имеют способность заражать больше людей, чем в среднем, известны как суперраспространители [4]. Медицинские эксперты утверждают, что суперраспространители могут вызвать новую вспышку [5]. При этом, бессимптомные и с легкими симптомами



пациенты также могут быть суперраспространителями из-за отсутствия мер сдерживания [6].

Также необходимо учитывать, что стационары являются относительно закрытыми учреждениями с высокой плотностью нахождения людей и плохой вентиляцией и, следовательно, с большей вероятностью будут местом передачи инфекции по сравнению с открытой средой [7].

Пути передачи. COVID-19 в основном распространяется воздушно-капельным и контактным путями, но РНК SARS-CoV-2 также может быть обнаружена в образцах фекалий [8]. Хотя были выявлены неонатальные случаи инфекции COVID-19, прямых доказательств передачи инфекции от матери ребенку нет [9].

Liu et al. сообщили, что концентрация РНК SARS-CoV-2 была чрезвычайно высокой в небольших и неветилируемых помещениях и относительно низкой в изолированных и проветриваемых [10]. Размер аэрозольных частиц, содержащих вирус, изменяется в зависимости от силы и давления при выбросе, испарения и воздействия окружающей среды; капли диаметром 5–10 мкм остаются в воздухе в течение короткого времени и оседают в пределах 1 м от источника, в то время как аэрозоли ≤ 5 мкм распространяются в воздухе на большие расстояния [11]. Van doremalen et al. сообщили, что SARS-CoV-2 является жизнеспособным и инфекционным в аэрозолях в течение 3 ч [12]. Также показано, что вирус может быть обнаружен на расстоянии 4 м от пациентов [13].

Факторы, влияющие на распространение внутрибольничной инфекции COVID-19.

Пациенты всех возрастов восприимчивы к COVID-19, особенно старше 55 лет с такими заболеваниями как сахарный диабет, гипертония и сердечно-сосудистые заболевания [14].

Отсутствие мер самозащиты и сдерживания может привести к вспышке новых случаев в ЛПУ. В начале вспышки COVID-19 в 2020 году основными факторами новых случаев заболевания были нехватка средств индивидуальной защиты (СИЗ) и недостаточная осведомленность медицинского персонала о важности средств индивидуальной защиты [15]. Кроме того, медицинские работники неинфекционных отделений стационаров не обладали достаточными знаниями о том, как бороться с инфекционными заболеваниями [16].

Индивидуальная защита медицинского персонала является важной в отношении скорости распространения COVID-19. В двух исследованиях был сделан вывод о том, что случаи заражения персонала ЛПУ были в основном вызваны отсутствием СИЗ в самом начале пандемии [15, 17]. Работа в условиях пандемии с высоким уровнем стресса, возможно, еще больше ослабила иммунитет работников ЛПУ, что увеличивало риск их заражения [15].

Стратегии профилактики и сдерживания внутрибольничной инфекции.

Сортировка пациентов с COVID-19. На ранних стадиях вспышки COVID-19 были разработаны многоуровневые стратегии сортировки пациентов для сокращения контактов между здоровыми и потенциальными источниками инфекции [18]. В частности, в ЛПУ стал проводиться контроль температуры тела на входе.

Пациенты с высокой температурой тела переводятся в специализированные отделения или палаты по выделенным маршрутам, в сопровождении медицинского персонала с достаточной степенью индивидуальной защиты [19]. Другие пациенты без лихорадки допускаются к поступлению в общие отделения, специалисты которых должны проводить скрининг на выявление новых случаев в соответствии с температурой тела пациентов [18].

Для большинства пациентов с подозрением на возможный контакт с больными COVID-19 важна надлежащая самоизоляция, чтобы уменьшить посещения ЛПУ. Существует ряд дополнительных инструментов для снижения посещения пациентами ЛПУ, таких как мобильные приложения, благодаря которым пациенты могут самостоятельно сообщать о своем физическом состоянии и результатах тестов на COVID-19. Кроме того, медицинский персонал может безопасно общаться с пациентами через системы удаленного мониторинга [20].

Кроме того, пациенты могут быть заранее опрошены по телефону перед их посещением ЛПУ, чтобы медицинский персонал подготовился к изоляции больного [21].

Специально перестроенные палаты в больницах для пациентов с COVID-19. Клиники должны быть разделены на консультационные кабинеты, специально используемые для приема пациентов с высоким риском COVID-19, и общие консультационные кабинеты для приема пациентов с низким риском или явной причиной лихорадки без COVID-19 [19]. Палаты обеспечивают удобный способ изоляции извне и разделены на две части: одна для изоляции подтвержденных случаев, в которой может принять несколько пациентов, а другая для подозрительных пациентов, где в палате допускается только один человек [22]. Вентиляция изолятора должна достигать 60 л/с, а расстояния между кроватями рекомендуется на уровне не менее 1 метра [23]. Количество изоляторов определяется исходя из эпидемической обстановки и количества поступивших больных.

Важно в стационарах спроектировать и установить соответствующие способы изоляции, такие как физические барьеры или перегородки для пациентов, шторы в общей зоне для изоляции пациентов, а также системы фильтрации воздуха.

Методы лечения высокого риска, которых следует избегать. Согласно способам передачи COVID-19, процедуры лечения, которые генерируют аэрозоли, представляют



высокий риск. Loeb et al. продемонстрировали, что интубация и эксплуатация кислородной маски являются видами деятельности с высоким риском распространения вируса [24]. Выделения пациентов, слюна или кровь могут аэрозолизироваться в окружающую среду во время лечения, особенно в стоматологических отделениях [25]. Кроме того, вирус может быть обнаружен в конъюнктивных мазках пациентов с глазными симптомами [26], что указывает на то, что пациенты, которым проводится офтальмоскопия, а также офтальмологи, имеют высокий риск заражения [27].

Следует усилить дезинфекцию в палатах и помещениях, предназначенных для медицинского персонала. Van doremalen et al. сообщили, что период полураспада SARS-coV-2 в аэрозоле составляет 1,1–1,2 ч. и имеет более длительный период жизнеспособности на поверхностях из нержавеющей стали и пластика, с периодами полураспада 5,6 и 6,8 ч. соответственно, высокая влажность и температура в течение длительного периода времени в больнице могут еще больше продлить период выживания вируса [12]. Коронавирус чувствителен к ультрафиолетовому излучению и теплу, и большинство дезинфицирующих средств (за исключением хлоргексидина) могут эффективно инактивировать вирус [28, 29]. Kampf et al. сообщили, что использование 62–71% этанола, 0,5% перекиси водорода или 0,1% гипохлорита натрия может эффективно инактивировать коронавирус человека в течение 1 мин; однако 0,05–0,2% хлорида бензалкония или 0,02% хлоргексидина менее эффективны [28].

Вирус может находиться на полу, компьютерной мыши, мусорных баках и даже поручнях кровати и может быть обнаружен в 4 м. воздуха, окружающего пациента [13]. Поэтому важно улучшить ежедневную дезинфекцию, особенно на ключевых поверхностях, таких как ручки, переключатели и компьютерные клавиатура и мышь.

Палаты после выписки больных должны быть полностью продезинфицированы. Простыни, шторы, вентиляция, освещение и все поверхности должны быть тщательно очищены. Для медицинских процедур, которые могут генерировать аэрозоли, требуются эффективные меры по изоляции воздуха, включая отдельные помещения, отрицательное давление, частую вентиляцию и очистители воздуха с электроприводом [30].

Средства индивидуальной защиты (СИЗ) медицинских работников.

Маски, защитные очки, защитная одежда и хорошая гигиена рук непосредственно снижают риск внутрибольничной инфекции. Медицинский персонал должен использовать респиратор стандарта FFP2 или FFP3, халат, перчатки, защиту глаз (очки или лицевой щиток) и фартук при сборе диагностических образцов дыхательных путей в закрытых помещениях или непосредственном уходе за пациентами с COVID-19.

Гигиена рук. Передача через руки медицинского

персонала при контакте с загрязненными поверхностями также увеличивает риск экзогенных внутрибольничных инфекций. Очистка и дезинфекция рук являются основными шагами, которые могут остановить передачу патогенов от пациента к медицинскому персоналу. Руки также должны быть строго обработаны перед ношением перчаток, чтобы избежать инфекции, вызванной повреждением перчаток.

Заключение.

COVID-19 может передаваться при непосредственном контакте с кровью, жидкостями организма, тканями пациентов, аэрозолями и поверхностями, загрязненными вирусом. На сегодняшний день внутрибольничные инфекции встречаются в разной степени в разных странах мира COVID-19. В больницах высокая плотность людей, большое количество восприимчивых пациентов, что является факторами, способствующими возникновению внутрибольничных инфекций.

Системы дистанционного визуального медицинского контроля могут помочь в оказании помощи медицинским работникам в удаленной работе без прямого контакта или постоянного контакта с инфицированными пациентами. Эти системы могут играть важную роль в минимизации возникновения и распространения внутрибольничных инфекций.

Повышение выявления легких или бессимптомных пациентов является ключевым моментом в текущей стадии эпидемии. Поддержание безопасной дистанции, меры изоляции, достаточные материальные запасы и передовая телемедицина являются важными мерами по борьбе с эпидемией.

Библиографический список.

1. Wang Y., Kang H., Liu X. et al. Asymptomatic cases with SARS-coV-2 infection. J Med Virol. 2020; 92:1401–1403.
2. Li R., Pei S., Chen B. et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-coV-2). Science. 2020; 368:489–493.
3. Wu Z.Y. contribution of asymptomatic and pre-symptomatic cases of COVID-19 in spreading virus and targeted control strategies. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2020; 41:801–805.
4. Cave E. COVID-19 super-spreaders: Definitional quandaries and implications. Asian Bioeth Rev. 2020; 12(2):235–242.
5. Kimball A., Hatfield K.M., Arons M. et al. Asymptomatic and presymptomatic SARS-coV-2 infections in residents of a long-term care skilled nursing facility-king county, Washington, march 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020; 69:377–381.
6. Al-Tawfiq J.A., Rodriguez-Morales A.J. Super-spreading events and contribution to transmission of MERS, SARS, and SARS-coV-2 (COVID-19). J Hosp Infect. 2020; 105:111–112.
7. Frieden T.R., Lee C.T. Identifying and interrupting superspreading events-implications for control of severe



acute respiratory syndrome coronavirus 2. *Emerg Infect dis.* 2020; 26:1059–1066.

8. Holshue M.L., deBolt C., Lindquist S. et al. First case of 2019 novel coronavirus in the united states. *N Engl J Med.* 2020; 382:929–936.

9. Chen H., Guo J., Wang C. et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: A retrospective review of medical records. *Lancet.* 2020; 395:809–815.

10. Liu Y., Ning Z., Chen Y. et al. Aerodynamic analysis of SARS-coV-2 in two Wuhan hospitals. *Nature.* 2020; 582:557–560.

11. Bahl P., Doolan C., de Silva C. et al. Airborne or droplet precautions for health workers treating COVID-19? *J Infect dis.* 2022; 225(9):1561–1568.

12. van Doremalen N., Bushmaker T., Morris D.H. et al. Aerosol and surface stability of SARS-coV-2 as compared with SARS-coV-1. *N Engl J Med.* 2020; 382:1564–1567.

13. Guo Z.D., Wang Z.Y., Zhang S.F. et al. Aerosol and surface distribution of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in hospital wards, Wuhan, China, 2020. *Emerg Infect dis.* 2020; 26:1583–1591.

14. Chen N., Zhou M., Dong X. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. *Lancet.* 2020; 395:507–513.

15. Sun H., Lu M., Chen S. et al. Nosocomial SARS-coV-2 infection among nurses in Wuhan at a single centre. *J Infect.* 2020;80:e41–e42.

16. Ji H., Liu L., Huang T. et al. Nosocomial infections in psychiatric hospitals during the COVID-19 outbreak. *Eur J Psychiatry.* 2020; 34:177–179.

17. Wang J., Zhou M., Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp Infect.* 2020; 105:100–101.

18. Huang T., Guo Y., Li S. et al. Application and effects of fever screening system in the prevention of nosocomial infection in the only designated hospital of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Shenzhen, China. *Infect control Hosp Epidemiol.* 2020; 41:978–981.

19. Wang Q., Wang X., Lin H. The role of triage in the prevention and control of COVID-19. *Infect control Hosp Epidemiol.* 2020; 41:772–776.

20. Glauser W. Proposed protocol to keep COVID-19 out of hospitals. *CMAJ.* 2020; 192:E264–E265.

21. Borrelli E., Sacconi R., Querques L. et al. Taking the right measures to control COVID-19 in ophthalmology: The experience of a tertiary eye care referral center in Italy. *Eye (Lond).* 2020; 34:1175–1176.

22. Agarwal A., Nagi N., Chatterjee P. et al. Guidance for building a dedicated health facility to contain the spread of the 2019 novel coronavirus outbreak. *Indian J Med Res.* 2020; 151: 177–183.

23. World Health Organization (WHO): Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331495>.

24. Loeb M., McGeer A., Henry B. et al. SARS among critical care nurses, toronto. *Emerg Infect dis.* 2004; 10:251–255.

25. Meng L., Hua F., Bian Z. coronavirus disease 2019 (COVID-19): Emerging and future challenges for dental and oral medicine. *J dent Res.* 2020;99: 481–487.

26. Wu P., Duan F., Luo C. et al. Characteristics of ocular findings of patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei province, China. *JAMA Ophthalmol.* 2020; 138:575–578.

27. Lai T.H.T., Tang E.W.H., Chau S.K.Y. et al. Stepping up infection control measures in ophthalmology during the novel coronavirus outbreak: An experience from Hong Kong. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2020; 258:1049–1055.

28. Kampf G., Todt D., Pfaender S. et al. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect.* 2020; 104:246–251.

29. National Health commission of the People's Republic of China: Protocol on Prevention and control of COVID-19 (Edition 6). http://en.nhc.gov.cn/2020-03/29/c_78467.htm.

30. Wax R.S., Christian M.D. Practical recommendations for critical care and anesthesiology teams caring for novel coronavirus (2019-nCoV) patients. *Can J Anaesth.* 2020; 67:568–576.



ОПУБЛИКУЙТЕ СТАТЬЮ В СБОРНИКЕ «НАУКА И СОЦИУМ»

коды ISBN, УДК, ББК, DOI
Российский индекс научного
цитирования, размещается на сайтах:
elibrary.ru, КиберЛенинка

По вопросам обращаться по тел.: +7 (905) 953-68-86.
Адрес электронной почты: science@sispp.ru.





УПРАВЛЯЕМЫЙ СТРЕСС В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Смитнева Анна Сергеевна.

г. Новосибирск,

ЧУДПО «Институт переподготовки и повышения квалификации специалистов здравоохранения»,

дерматолог, косметолог, основатель клиники красоты и здоровья «Арт- Мед»,

ms.ask81@mail.ru.

Новиков Яков Семенович.

г. Новосибирск,

ЧУДПО «Институт переподготовки и повышения квалификации специалистов здравоохранения»,

канд. мед. наук, доцент,

jakubkrzeminski2020@gmail.com.

MANAGED STRESS IN THE CONTEXT OF MODERN CLINICAL PRACTICE

Smitnieva Anna Sergeevna.

Novosibirsk,

Private institution of additional professional education «Institute of Retraining and advanced training of healthcare professionals»,

dermatologist, cosmetologist, founder of the beauty and health clinic «Art- Med»,

ms.ask81@mail.ru.

Novikov Yakov Semyonovich.

Novosibirsk,

Private Institution of Additional Professional Education «Institute of Retraining and Advanced Training of Healthcare Professionals»,

PhD, Associate Professor,

jakubkrzeminski2020@gmail.com.

АННОТАЦИЯ

Каждый человек находится в состоянии стресса. Это может быть эустресс (компенсированный) и дистресс (декомпенсированный). Пациента в состоянии дистресса лечить трудно, если вообще возможно. Поэтому в каждой клинической специальности должен присутствовать алгоритм диагностики и коррекции стресса. В статье предпринята попытка разработки такого алгоритма.

Ключевые слова: управляемый стресс, алгоритм диагностики и коррекции стресса.

ABSTRACT

Everyone is under stress. It can be eustress (compensated) and distress (decompensated). It is difficult, if at all possible, to treat a patient in a state of distress. Therefore, each clinical specialty should have an algorithm for diagnosing and correcting stress. The article attempts to develop such an algorithm.

Key words: controlled stress, stress diagnostics and correction algorithm.

«Врачевание – единственное занятие, дающее человеку право принимать внутрь другого...» [1]

На плечи врача ложится огромная ответственность! Конечно, в медицине предусмотрено многое, включая стандарты оказания мед. помощи и клинические рекомендации.

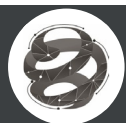
Но, несмотря на «скованность», порой, рекомендациями, аналитическое мышление клинициста будет предполагать комплексный (холистический) подход к терапии (ведению) пациента.

Частью комплексного подхода является учёт стресса, а именно, диагностирование стадии и возможное управление

процессом.

Стресс – это каскад взаимосвязанных друг с другом химических реакций, протекающих в организме человека под действием различных стрессоров. Тактика учета стресса предполагает анализ состояния организма в целом, т.к. процессы, происходящие в организме при хроническом или остром стрессе, затрагивают все уровни (от клеточного, до органного и, соответственно, организменного).

При этом учет состояния организма человека относительно его стрессоустойчивости не является прерогативой какой-либо определенной врачебной специализации. Каждая дисциплина



должна учитывать данный фактор в контексте терапии пациентов.

Примеры стрессиндуцированных состояний: аменорея, язва желудка, аутоиммунные состояния, нарушение барьерной функции кожи, некоторые виды дерматозов (такие как нейродермит, розовый лишай Жибера и т.п.), резкое снижение иммунитета (проявляющееся, например, в виде опоясывающего лишая), метаболические нарушения. [2]

Описанные состояние индуцированы длительным хроническим стрессом, исходом которого стало состояние дистресса (неблагополучное преодоление действия стрессора, истощение ресурсов организма) – дезадаптация. [3]. Т.е. организм длительно находился в состоянии работы на пределе возможностей. Человек это мог и не осознавать, находясь в обычных жизненных ситуациях.

Симптомы-сигналы потенциально возможного дистресса:

- переедание или потеря аппетита,
- увеличение количества выкуренных сигарет и доз спиртных напитков,
- бессонница и апатия,
- повышенная раздражительность и беспокойство,
- отсутствие чувства юмора,
- потеря интереса к сексуальным отношениям,
- забывчивость и трудности при выполнении привычной работы,
- отсутствие потребности общения с подругами и друзьями,
- необоснованная ревность и подозрения.

На фоне дистресса человек может ощущать:

- головную боль,
- необъяснимую усталость,
- боль в области сердца,

- снижение работоспособности,
- повышение артериального давления,
- дрожь и озноб,
- повышенную потливость,
- нехватку воздуха,
- тошноту,
- мышечную боль.

Данные симптомы и ощущения не являются специфическими как по отношению к медицинской специальности, так и по отношению к нозологии. Более того, могут «маскироваться» по определенным недуг. Тем важнее врачу любой специальности иметь ввиду состояние стрессоустойчивости пациента при постановке диагноза и назначении терапии. Т.к. стрессоустойчивость (адаптивный ответ организма, который в норме компенсирует стресс) – междисциплинарный интегральный показатель здоровья человека.

Пренебрежение данным состоянием, к сожалению, может привести к назначению «неполноценной» терапии.

Исходя из всего вышесказанного, существует необходимость разработки алгоритма диагностики стресса и систематизация методов управления стрессоустойчивостью организма человека.

Такой алгоритм должен стать достоянием клинициста любой специальности независимо от места работы. Следует разделить диагностическую и лечебно-коррекционную часть данного алгоритма.

В диагностической части присутствуют данные внешнего осмотра, данные анамнеза, а также данные специфических тестов согласно диагностических шкал.

Предлагаемое (Смитнева А.С., 2022) диагностическое тестирование состояния стрессоустойчивости* (ДТСС)

Критерий	Степень	Оценка
Соблюдение режимов сна и бодрствования	Засыпание до 23-24 часов, сон в течение 6-8 часов (без ночных пробуждений)-более 80% всех ночей в течение 6 и более месяцев	1
	Засыпание до 23-24 часов, сон в течение 6-8 часов (без ночных пробуждений)-50%- 80% всех ночей в течение 6 и более месяцев	2
	Засыпание до 23-24 часов, сон в течение 6-8 часов (без ночных пробуждений)-менее 50% всех ночей в течение 6 и более месяцев	3
Частота смен часовых поясов в месяц	Менее 1 раз в месяц	0
	1-2 раза в месяц	1
	2-4 раза в месяц	2
	4 и более раз в месяц	3
Степень ответственности в занимаемой должности (профессии)	Исполнитель (отработал и забыл)	1
	Инициативный исполнитель (постоянно в процессе)	2
	Или Руководитель среднего звена (начальник отдела, заведующий отделением...)	2
Нормированность графика работы	Нормированный график работы	1
	Ненормированность графика (1-2 раза в неделю)	2
	Ненормированность графика (более 2-х раз в неделю)	3



Режим и качество физ.нагрузки (умеренная, интенсивная)	Умеренная физическая нагрузка 2-3 раза в неделю	1
	Интенсивная физическая нагрузка 2-3 раза в неделю	2
	Интенсивная физическая нагрузка более 3-х раз в неделю	3
	Отсутствие физической нагрузки	4
Прогулки на свежем воздухе	Ежедневно минимум по 30 мин	1
	2-3 раза в неделю минимум по 30 мин	2
	Менее 2-х раз в неделю	3
Уход за больным родственником	Нет	0
	Да	3
Перенесенные операции или травмы в предыдущие 2-3 месяца	Нет	0
	Да	3
Хронические боли (невралгии)	Нет	0
	Да	3
Постоянное напряжение, невозможность расслабиться	Нет	0
	Да	3
Наличие детей	Нет	0
	Да	2
Процесс интенсивного обучения/проектная деятельность/написание научной работы	Нет	0
	Да	3
Концентрация внимания	Легко концентрируюсь	0
	Концентрация или переключение между темами возможна с трудом	2
Смена обстановки (отпуск)	Есть возможность смены обстановки по желанию	0
	На неделю каждые 3-4 месяца	1
	На 2 недели каждые 6 месяцев	2
	На 1 месяц-1 раз в год	3

*данное тестирование исключает форс-мажорные жизненные ситуации и экстремальные жизненные условия, что предполагает экстренную перестройку ресурсов организма в режим повышенной готовности и существование в таком режиме столько, сколько требует ситуация (не без последствий безусловно). Такие состояния подлежат оценкам и возможной коррекции, соответственно их особенностям.

Результаты ДТСС:

I категория – до 12 (включительно) – эустресс

II категория – 13–21 – риск дистресса

III категория – более 21 – дистресс

Интерпретация:

В состоянии эустресса человек компенсирован. Он способен ощущать «внутреннюю легкость», независимую удовлетворенность жизнью.

В состоянии, при котором есть риск дистресса, у человека время от времени может появляться чувство «внутренней

тяжести», неудовлетворенности, «внутреннего дискомфорта» при отсутствии, казалось бы, явных на то причин. Сигналами (симптомами) могут быть начальные признаки нарушения сна (не возможность отключиться от навязчивых мыслей), с тенденцией к увеличению частоты эпизодов; начальные сложности с концентрацией внимания и потеря КПД от выполняемой работы, от единичных эпизодов до тенденции к увеличению частоты.

В состоянии дистресса человек практически перманентно может ощущать чувство «внутренней тяжести» и неудовлетворенности (при этом может не быть внешних объективных на то причин, т.е. жизнь может представлять из себя вполне благополучное течение). Постоянно присутствует необходимости преодолевать себя для выполнения каких-либо задач (работа, бытовые хлопоты, спорт), в том числе тех, от которых ранее получал удовольствие.

Предложения по коррекции состояний.

Требуемым коррекциям, на наш взгляд, подлежат II и III



категории стрессоустойчивости. Принцип коррекции: от простого к сложному.

II категория:

- По возможности наладить (если отсутствовала или была не регулярной) активность (прогулки, умеренные физ.нагрузки) и сон (при нарушении его режима).
- Дополнительный прием препаратов (при отсутствии противопоказаний), к которым можно применить термин стресслимитирующие (они же впоследствии будут выполнять роль стресс-протективных средств): магний, триптофан, ВитД (устранение дефицита актуально независимо от уровня стрессоустойчивости), витамины группы В, мильдоний, адаптогены, Омега 3, антиоксиданты.

III категория:

Любые рекомендации по изменению образа жизни для человека могут быть бесполезными и не выполнимыми, т.к. у него просто на это может не быть сил и энергии. Исходя из этого рекомендации будут начинаться с приема «стресслимитирующих» препаратов (при отсутствии противопоказаний).

- Небензодиазепиновые анксиолитики, обладающие ноотропоподобными свойствами (тетраметилтетраазабициклооктандион, антитела к мозгоспецифическому белку S-100 аффинно очищенные), магний, триптофан, витД, мильдоний, омега3. Также, для начала терапии рекомендованы прогулки на свежем воздухе.

- Далее подключаются витамины группы В, адаптогены, антиоксиданты, умеренная физическая нагрузка [11].

Если у пациентов со II и III категориями стрессоустойчивости присутствует необходимость ранозаживления (репарации) – обоснована будет «помощь» тканям местными средствами (процедурами), повышающими репаративный потенциал. Одной из таких процедур является лазерофорез, оказывающий на ткани двойное воздействие:

- «насыщение» энергией (фотонами), потенцирующее фотохимические процессы,
- повышение пенетрации биологически активных веществ, наносимых на кожу. [12]

Продолжением и количественной верификацией тестирования по диагностическим шкалам служат методы инструментального обследования. В их числе можно назвать следующие.

Исследование микроциркуляции.

Известно, что комплекс стрессреализующих и стресс-лимитирующих эффектов осуществляется через систему микроциркуляции, представляющей собой функциональную подсистему с соответствующими локальными и общесистемными механизмами управления [4, 6]. На уровне микроциркуляции осуществляется также формирование типа механизма адаптации. Микроциркуляция – это зона формирования информационной обратной связи и зона реализации управляющих эффектов [4,5,6]. Это, по сути, сбалансированный механизм, деятельность которого энергетически и информационно обеспечивается через

инфраструктуры микроциркуляции, расположенные по всему организму. Это согласуется с принципом голографической организации процессов жизнедеятельности организма, сформулированным К.В. Судаковым [6]. Согласно этому принципу осуществляется интеграция акцепторов результата действия функциональных систем в виде единого информационного голографического экрана мозга, имеющего основное свойство – опережающее отражение действительности по П.К. Анохину [5]. Соединительнотканное представительство информационного экрана организма, его «вторым эшелон», являются коллоиды межклеточного вещества соединительной ткани, протеингликаны (гиалуроновая кислота и др.), белковые молекулы крови. Именно в соединительной ткани сконцентрированы информационные молекулы клеток тканей, происходит взаимодействие гормонов, простагландинов, витаминов, иммунных комплексов, гликопротеинов и различных биологически активных веществ [4,5,6].

Таким образом, количественные показатели общей микроциркуляции организма могут служить доказательной базой в стресс-диагностике, что позволяет достоверно судить о состоянии регуляции гомеостаза организма. Эти показатели также позволяют судить о динамике состояния гомеостаза организма, а, следовательно, об эффекте лечебного процесса.

Например, такой подход применяется при восстановительном лечении пациентов с дискогенными заболеваниями позвоночника [7]. Для оценки общей микроциркуляции организма у пациентов в данном случае используется метод В.С. Волкова и соавт. с вычислением общего конъюнктивного индекса (ОКИ) – суммы баллов признаков нарушения микроциркуляции. При этом проводится биомикроскопия конъюнктивы, оценка калибра и состояния микрососудов конъюнктивы с помощью таблицы баллов и последующее вычисление конъюнктивного индекса [7].

К инструментальным методам исследования микроциркуляции относится и доплерография. Высокочастотная ультразвуковая доплерография позволяет:

- получить количественные характеристики линейного и объемного кровотока дистального кровотока, измерить индексы сопротивления;
- исследовать реакцию микрососудов на различные функциональные нагрузки (тепловая, холодная, окклюзионные пробы);
- Метод основан на эффекте Доплера. Используется непрерывный УЗ-датчик частотой 20-30 МГц. Глубина исследования зависит от частоты датчика. Датчик с рабочей частотой 25 МГц позволяет оценить гемодинамику на глубине 3,5 мм в сосудах диаметром 0,2 мм и регистрирует скорость кровотока, равную несколько мм/сек [8].

Преимущество метода:

- звуковой контроль установки датчика в зоне локации;
- возможность определения по форме кривой типа сосуда;
- неинвазивность.

Зона интереса – сосуды ногтевого ложа, где капилляры



расположены параллельно коже [8]. Такое обследование пациентов осуществляется с помощью ультразвукового высокочастотного доплерографа ММ-Д-К «Минимакс-Допплер-К».

Исследование микроциркуляции позволяет судить о степени стресса пациента, поступающего на лечение, о динамике адаптационных процессов в ходе лечения и по его завершению.

Среди лечебно-коррекционных факторов управляемого стресса можно привести следующие примеры из восстановительной медицины, реабилитологии.

В реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата используется, в частности, комплекс Red Cord, технология NEURAC. Эта технология нервно-мышечной активации и стимуляции относится к группе методов аппаратной кинезиотерапии. К преимуществам аппаратной кинезиотерапии относится пассивное положение пациента, возможность задавать необходимые характеристики воздействия. Технология NEURAC состоит в активной стимуляции мышечной системы в сочетании с прямым воздействием на нервную систему, также вегетативную. Технология выполняется с помощью комплекса Red Cord, изобретенного в Норвегии в начале нынешнего века. Этот комплекс потолочных подвесов, петель и зажимов различного назначения отличается от традиционных систем подвесов [9]. Пассивное положение больного позволяет с помощью комплекса Red Cord задавать множество характеристик воздействия: положение неустойчивого динамического равновесия, при необходимости производить вибрацию и осуществлять ряд упражнений пациенту во время процедуры. Важно отметить, что нагрузка при этом осуществляется на мышечную и нервную систему, но не на сердечно-сосудистую, даже при вертикальном положении больного, что важно, учитывая пожилой возраст и сопутствующие заболевания ряда больных. Эффект происходит на фоне оптимизации количественных показателей общей микроциркуляции, что свидетельствует о нем с позиций доказательной медицины [9]. Делается акцент на том, что данная технология позволяет прицельно тренировать глубокие окологривочные мышцы, что невозможно при иных методах [9].

Дозирование физических нагрузок в технологии NEURAC отвечает принципам гормезиса, то есть, умеренного стресса, вызывающего адаптацию организма к повреждающему стрессу [3]. Таким образом, происходит преобразование дистресса в эустресс. Проводившиеся исследования общей микроциркуляции организма, являющейся своего рода стрессовым экраном, как отмечалось выше, до и после курса лечения с помощью указанной технологии, позволяют думать об её использовании в контексте управляемого стресса [2,3,7].

В реабилитации при заболеваниях опорно-двигательного аппарата также широко применяется метод лазерофореза. Доставка лекарственного вещества к поврежденным спинномозговым корешкам, к межпозвоночным дискам, в суставные сумки с помощью лазера имеет свои значительные отличия от электро- и фонофореза [7]. Эффекты лазерного

воздействия при этом умножаются на действие доставляемого лекарственного препарата. В случае заболеваний опорно-двигательного аппарата этими препаратами могут быть карипаин (для доставки к дегенеративно-дистрофически измененным межпозвоночным дискам), гидрокортизон (для доставки к спинномозговым корешкам и мягким тканям при радикулитах и плекситах) [7]. При расчете характеристик лазера в целях управления стрессом следует исходить из регенеративных частот (80–150 Гц), как минимальных в контексте изменения термодинамического равновесия [Смитнева А.С., 2022]. Данные частоты также могут быть наиболее актуальны для фореза. Вместе с тем, они являются регенеративными, согласно классике лазерной терапии [10].

На сегодняшний день управляемый стресс является предметом наших клинических исследований. Их результаты будут проанализированы и опубликованы.

Библиографический список.

1. Леви В.Л. Ближе к телу. – Москва: Метафора, 2009. – 224 с.
2. Смитнева А.С. Стресс. Взгляд косметолога. // Вестник СИНМО. – № 1. – 2022.
3. Смитнева А.С. Гормезис как вариант тактики ведения пациентов, находящихся в хроническом стрессе. // Косметика и медицина. – № 3. – 2019. – С. 14–17.
4. Меерсон Ф.З. Адаптационная медицина: механизмы и защитные эффекты адаптации. – Москва: Нурхал Medical LTD, 1993. – 331 с.
5. Анохин П.К. Опережающее отражение действительности // Вопросы философии. – 1962. – № 7. – С. 97–111.
6. Судаков К.В. Информационный феномен жизнедеятельности. – Москва: РМА ПО, 1999. – 380 с.
7. Новиков Я.С. Значение количественного анализа общей микроциркуляции организма в оценке динамики состояния больных с дискогенными заболеваниями позвоночника // Вестник СИНМО. – № 1, – 2022. – С. 15–19.
8. Заболотникова О.Д. Методы исследования микроциркуляции и оценка функции эндотелия при заболеваниях профессионального генеза: Методические рекомендации. [Электронный ресурс]. URL: minimax.ru
9. Меньшенина Ю.В. Реабилитация пациентов после эндопротезирования суставов в амбулаторных условиях. – Екатеринбург, 2018.
10. Москвин С.В. Основы лазерной терапии. // Серия «Эффективная лазерная терапия». – Т. 1. – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2016. – 896 с.
11. Смитнева А.С. Стрессоустойчивость пациента, как фактор, влияющий на эффективность процедуры // KOSMETIK international. – № 4. – 2019.
12. Смитнева А.С. Шевченко Н.А. Использование высокоэнергетического лазера с целью лазерофореза. Доказательство возможного. // Метаморфозы. – 2020. – № 32. – С. 16–21. – EDN DWXATU.



МОДИФИЦИРОВАННАЯ ПОСЛОЙНАЯ ТЕХНИКА ВНЕСЕНИЯ И ДВОЙНАЯ НАПРАВЛЕННАЯ ПОЛИМЕРИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОЗИТА КАК МЕРА СНИЖЕНИЯ УСАДОЧНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В МАТЕРИАЛЕ

Садковская Светлана Анатольевна.

г. Хабаровск,

Стоматологическая поликлиника №25 «Ден-Тал-Из»,

врач-стоматолог-терапевт,

bratswed@mail.ru.

Лысаков Павел Валерьевич.

г. Новосибирск,

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»,

канд. мед. наук, ассистент кафедры стоматологии детского возраста,

veritas-2015@yandex.kz.

MODIFIED LAYER-BY-LAYER APPLICATION TECHNIQUE AND DOUBLE DIRECTIONAL POLYMERIZATION OF MODERN DENTAL COMPOSITE AS A MEASURE TO REDUCE SHRINKAGE STRESS IN THE MATERIAL

Sadkovskaya Svetlana Anatolyevna.

Khabarovsk,

Dental polyclinic № 25 «Den-Tal-Iz»,

dentist-therapist,

bratswed@mail.ru.

Lysakov Pavel Valeryevich.

Novosibirsk,

Novosibirsk State Medical University,

Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Pediatric Dentistry,

veritas-2015@yandex.kz.

АННОТАЦИЯ

В данной работе с целью улучшения сцепления композита и тканей зуба была исследована модифицированная техника наложения композиционного материала и его двойная направленная полимеризация. Было показано, что качество адгезии зависит не только от толщины наносимого нанокомпозита, но и от методики нанесения композита на поверхность зуба и распределения его на адгезированной поверхности. Модифицированная техника наложения композиционного материала, и его двойная направленная полимеризация позволяют снизить полимеризационный стресс на границе «пломба-зуб», улучшить герметичность сцепления композита и тканей зуба, а также уменьшить время, требуемое для восстановления зуба.

Ключевые слова: модифицированная техника наложения композиционного материала, двойная направленная полимеризация, улучшение сцепления композита и тканей зуба, методики нанесения композита.

ABSTRACT

In this work, in order to improve the adhesion of the composite and tooth tissues, a modified technique of applying a composite material and its double directional polymerization was investigated. It was shown that the quality of adhesion depends not only on the thickness of the applied nanocomposite, but also on the technique of applying the composite to the tooth surface and its distribution on the adhered surface. The modified technique of applying the composite material and its double directional polymerization can reduce polymerization stress at the «seal-tooth» boundary, improve the tightness of adhesion of the composite and tooth tissues, and also reduce the time required for tooth restoration.

Keywords: modified technique of applying composite material, double directional polymerization, improved adhesion of composite and tooth tissues, composite application techniques.



В настоящее время при создании композиционных реставраций послеоперационная боль продолжает оставаться одной из актуальных проблем стоматологии. По данным некоторых исследователей частота случаев послеоперационной боли достигает от 10% до 40%. Данное явление может быть результатом воздействия механической нагрузки на зуб, возникающей в процессе полимеризационной усадки композиционного материала.

Для улучшения адгезии композиционных материалов и минимизации негативного эффекта усадки предложено использовать полимеризационные лампы с мягким стартом, что позволяет достичь постепенного отверждения реставрационного материала и уменьшить нагрузку на ткани зуба. Как показывают исследования, полимеризация в режиме мягкого старта значительно улучшает припасовку реставрации.

Другая возможность повлиять на последствия полимеризационной усадки основывается на том, что композиты дают усадку по направлению к стенкам полости при полимеризации материала сквозь твердые ткани зуба. Другие авторы в своих исследованиях опровергают это мнение, утверждая, что масса композиционного материала, внесенная в полость зуба, не способна различать направление источника света и связывают качество адгезии с формой полости и свойствами сцепляющих агентов.

На сегодняшний день существуют общепринятые правила внесения композита в полость зуба и его полимеризации: необходимо вносить композит горизонтально или косо тонкими слоями (от 1,5 до 2 мм); необходимо использовать низкомолекулярный (жидкотекучий) композит в качестве первого (адаптивного) слоя как дробителя полимеризационной усадки; полимеризацию композита следует проводить посредством изменения позиции источника света для управления направлением вектора усадки.

В данной работе с целью улучшения сцепления композита и тканей зуба была исследована модифицированная техника наложения композиционного материала и его двойная направленная полимеризация. Модифицированная техника наложения композиционного материала заключается в том, что сначала низкомолекулярный композиционный материал после адгезивных процедур в тканях зуба наносится на поверхность дентина тонким слоем (до 1 мм) специальной кисточкой до дентинно-эмалевого соединения после чего на не отвержденный светом слой жидкотекучего композита наносится слой дентинного оттенка нанокомпозита вертикально и косо, притирается аккуратно к стенкам полости зуба. Полимеризация производится двумя светодиодными приборами (один из которых располагается в проекции композита со стороны твердых тканей зуба, другой – против поверхности композита). После восстановления всех вертикальных стенок и полимеризации накладываются эмалевые оттенки композита горизонтально и косо с

последующей двойной направленной полимеризацией композита. Нанесение низкомолекулярного (жидкотекучего) композита тонким слоем и его одновременное световое отверждение с большой порцией обычного композита позволяет достоверно увеличить уровень адгезии на 11,3% и сократить время лечения.

Материалом исследования явились 40 экстрагированных некариозных человеческих премоляров, находившихся в 0,5% растворе хлорамина при 40С и использовавшихся в течение месяца после экстракции. В каждом зубе были препарированы полости I класса по Блеку. Все образцы были разделены на две группы – основная и контрольная по 20 зубов в каждой. В качестве традиционного композиционного материала использовался Filtek Ultimate, в качестве первого адаптивного слоя применялся композиционный материал Filtek Ultimate flow. Адгезивные процедуры проводились однокомпонентной адгезивной системой Single Bond Universal. Полимеризацию проводили светодиодной лампой в течение 30 с каждого инкремента. При тотальном травлении твердых тканей зуба использовалась ортофосфорная кислота в концентрации 37,5%, поверхность эмали при этом травили 30 с, поверхность дентина 15 с.

В основной группе образцов на адгезированную поверхность наносили силиконовой кисточкой сначала жидкотекучий композит, после чего высокоэстетичный нанокомпозит (толщиной от 2 до 2,5 мм), затем следовала одновременная двойная направленная полимеризация (со стороны тканей зуба и со стороны композита).

В группе контроля реставрация проводилась послойно традиционным методом: после адгезивных процедур наносили низкомолекулярный композит, засвечивали 20 с, а затем вносили послойно традиционный нанокомпозит, толщина порции композита не превышала при этом 1,0–1,5 мм.

Через сутки после реставрации зубы распиливались алмазной пилой, а полученные в результате образцы испытывали на прочность на разрыв между дентином и композитом. Полученные шлифы предварительно перед испытанием исследовали методом сканирующей электронной микроскопии и оценивали степень герметичности между тканями зуба и композиционным материалом, путем окрашивания красителем.

При оценке полученных результатов было выявлено, что адгезия в области стенок и дна полости в контрольной группе отличалась более низкими, по сравнению с основной группой образцов, показателями (наличие более интенсивного окрашивания), а максимальный предел прочности на разрыв составлял 24,1 МПа. Лучшие показатели силы сцепления (герметичности) и прочности (25,7 МПа) связи композиционного материала и тканей зуба выявлены в основной группе образцов, где применялась модифицированная техника наложения композиционного материала и его двойная направленная полимеризация.



Таким образом, в данном исследовании было показано, что качество адгезии зависит не только от толщины наносимого нанокомпозита, но и от методики нанесения композита на поверхность зуба и распределения его на адгезированной поверхности. Модифицированная техника наложения композиционного материала, и его двойная направленная полимеризация позволяют снизить полимеризационный стресс на границе «пломба-зуб», улучшить герметичность сцепления композита и тканей зуба, а также уменьшить время, требуемое для восстановления зуба.

Библиографический список.

1. Биденко Н.В. Стеклоиономерные материалы. – Минск: Книга плюс, 2003. – 144 с.
2. Донский Г.И., Паламарчук Ю.Н. Композиционные материалы и цементы, обладающие специфической адгезией. – Донецк: Дон. – 1996. – 52 с.
3. Йоффе Е. Восстановление дефекта второго класса, уменьшая неблагоприятную роль полимеризационной усадки // Новое в стоматологии. – 1996. – N 6. – С. 26–28.
4. Казанцев Н.Л., Виноградова Т.Ф., Киктенко А.И. Влияние 60-секундного кислотного травления на ультраструктуру эмали постоянных зубов у детей // Новое в стоматологии. – 1993. – N 2. – С. 7–11.
5. Макеева И.М., Жохова Н.С. Техника протравливания тканей зуба и применение адгезивных систем четвертого поколения // Новое в стоматологии. – 1996. – N 1. – С. 3–7.
6. Мороз Б.Т., Дворникова Т.С. Современные пломбировочные материалы и особенности их применения в клинической практике. – СПб.: МЕДИ издательство, 2005. – С.17–38.
7. Николишин А.К. Восстановление (реставрация) и пломбирование зубов современными материалами и технологиями. Подбор цвета зуба и прозрачности эмали. – Полтава, 2001. – С. 79–82, 176.
8. Mount G.J. Современный рынок стеклоиономерных цемента / G.J. Mount // Новое в стоматологии. – 2003. – N 2. – С. 73–76.
9. Pashley D. H. The effect of acid etching on the pulpodentin complex // Oper. Dent. – 1992. – Vol. 17. – P. 229–242.

17 ОКТЯБРЯ - ДЕНЬ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

17 октября в России отмечается День участкового терапевта. Этот профессиональный праздник отмечают врачи, с которыми сталкивается в своей жизни каждый человек, причём, начиная с раннего возраста.

Врачи-терапевты фактически являются начальным и одновременно главным звеном в области оказания первичной медицинской помощи.

Специфика работы определяет широкий спектр задач, выполняемых терапевтами, из чего следует, что терапевт является специалистом широкого профиля. От него требуются глубокие знания в различных областях медицины. Без таких знаний невозможна успешная и своевременная диагностика заболевания, его лечение и профилактика рецидивов, а также определение необходимости консультации врача-специалиста.

Работа терапевта подразумевает ведение амбулаторного приёма в поликлинике и осуществление посещения пациентов на дому по их вызовам. За каждым из терапевтов закреплён определённый территориальный участок, по адресам которого врач ведёт приём и осуществляет вызовы. Отсюда за терапевтом закрепилось слово «участковый».

Широкий спектр заболеваний, лечением которых занимается терапевт, подразумевает постоянное совершенствование его знаний как в области методов лечения и диагностики, так и в области фармакологии. Терапевт должен быть знаком со всеми новыми разработками медикаментов для лечения тех или иных заболеваний. При необходимости он направляет пациента на сдачу анализов и дополнительные диагностические процедуры. Только после системного анализа собранных данных и диагностики заболевания терапевт приступает к консервативному лечению, подбирая необходимые лекарственные препараты, направляя больного на лечебные процедуры и т.д.



OFF-LABLE ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ГИАЛУРОНИДАЗЫ В КОСМЕТОЛОГИИ. ВОЗМОЖНО ЛИ?

Смитнева Анна Сергеевна.

г. Новосибирск,

АНО ДПО «Сибирский институт непрерывного медицинского образования»,

куратор и преподаватель профиля «Косметология»,

руководитель клинического направления ГК А1 Эстетик,

основатель клиники «Арт-Мед» дерматолог, косметолог

Выскуп Максим Николаевич.

г. Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет,

руководитель курса косметологии;

ГАУЗ «Медицинский центр», главный врач, врач-косметолог

OFF-LABLE INDICATIONS FOR THE USE OF HYALURONIDASE IN COSMETOLOGY. IS IT POSSIBLE TO?

Smitneva Anna Sergeevna.

Novosibirsk city,

ANO DPO «Siberian Institute of Continuous Medical Education»,

curator and teacher of the "Cosmetology" profile,

head of the clinical direction of the GK A1 Estetik, founder of the Art-Med clinic, dermatologist, cosmetologist

Vyskub Maxim Nikolaevich.

Volgograd,

Volgograd State Medical University, head of the cosmetology course.

GAUZ «Medical Center», chief physician, cosmetologist

АННОТАЦИЯ

Существует объективная необходимость в определении применения, в рамках правового поля, гиалуронидазы в коррекции таких нежелательных явлений введения имплантов на основе гиалуроновой кислоты (ГК) как: миграция введенного наполнителя, нарушение методики введения имплантов на основе ГК, фиброз.

Ключевые слова: гиалуроновая кислота, гиалуронидаза

ABSTRACT

There is an objective need to determine the use, within the legal field, of hyaluronidase in the correction of such undesirable phenomena of the introduction of implants based on hyaluronic acid (HA) as: migration of the injected filler, violation of the method of introducing implants based on HA, fibrosis.

Key words: hyaluronic acid, hyaluronidase

На сегодняшний день в косметологии имеются ряд методов, обосновать применение которых затруднительно с правовой точки зрения.

Одним из таких методов является инъекционное введение гиалуронидазы в очаг поражения (коим является «участок» покровных тканей, подвергшийся гистологическим изменениям вследствие введения в него имплантата на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты).

На данный момент в инструкции к применению гиалуронидазы существуют следующие показания: в дерматовенерологии и косметологии – лечение

- ограниченной склеродермии,
- неинфекционной ониходистрофии,
- келоидных, гипертрофических рубцов после пиодермии,

травм, ожогов, операций, вульгарных угрей II–IV ст. с рубцовыми деформациями (постакне);

- ожоговые, травматические, послеоперационные рубцы
- гематома мягких тканей поверхностной локализации;

Существует необходимость определить вариант применения, в рамках правового поля, гиалуронидазы в коррекции таких нежелательных явлений введения имплантов на основе гиалуроновой кислоты (ГК) как:

- миграция введенного наполнителя,
- нарушение методики введения имплантов на основе ГК, фиброз.

Возможными жалобы при таких НЯ, как гиперкоррекция или нарушение методики введения имплантов на основе ГК являются: неудовлетворительный визуальный эффект, а



также наличие пальпируемого образования, отека и/или неприятных ощущений в зоне лица, куда не проводилась процедура. Гиперкоррекцией считается обнаружение в проекции пальпируемого образования крупного включения препарата, достоверно увеличивающего общую толщину кожи в сравнении с аналогичным контралатеральным участком, с наличием жалоб на неудовлетворительный визуальный эффект.

По данным УЗИ узелки невоспалительного генеза представляют собой участки локального фиброза в месте введения дермального филлера (в том числе и на основе ГК), либо являются следствием ошибок процедуры его введения: слишком поверхностное или внутримышечное введение, избыточное количество введенного препарата или его излишняя плотность [1].

Одним из возможных вариантов коррекции данных явлений может быть корректное применение инъекционной формы фермента-гиалуронидазы.

Корректность определяется:

- описанием клинической картины,
- подтверждением (при необходимости и возможности) УЗИ,
- постановка диагноза по МКБ,
- логичной связкой клинической картины и показаний для использования препарата (гиалуронидазы) с целью обоснования использования.

Исходя из показаний к препарату (гиалуронидазе) и вариантов НЯ, в коррекции которых физиологически обосновано применение данного фермента, внесены нижеизложенные предложения.

I. Возможные определения для описания потенциально корректируемого участка:

1.1. При гиперкоррекции/миграции препарата/фиброзе/

нарушении методики введения препарата на основе ГК:

1.1.1. Осмотр: ассиметричное увеличение толщины участка мягких тканей в области _____ справа/слева. Эффект Тиндаля есть/нет. Признаков активного воспаления нет.

1.1.2. Пальпаторно: ограниченное подкожное уплотнение в области _____ (указать область) справа/слева, спаяно/не спаяно с окружающими тканями. Предположительно рубцовые изменения.

1.2. При гематоме:

1.2.1. Осмотр: в области _____ отмечается ограниченное скопления крови в подкожном пространстве без повреждения структуры кожных покровов.

Данные изменения структуры покровных тканей не являются угрожающими соматическому здоровью, но при этом нельзя обесценивать их вклад в психоэмоциональное состояние пациента.

II. Возможные диагнозы по МКБ:

При гиперкоррекции/миграции препарата/фиброзе/нарушении методики введения препарата на основе ГК: L90.5 Рубцовые состояния и фиброз кожи.

При гематоме: T81.0 Кровотечение и гематома, осложняющие процедуру, не классифицированные в других рубриках.

III. Рекомендовано п/к введение гиалуронидазы в дозировке ____, исходя из показаний к использованию гиалуронидазы, а именно, лечение рубцовых деформаций/гематомы мягких тканей поверхностной локализации.

Библиографический список.

1. Поткин С.Б. Оптимизация методов высокочастотного ультразвукового исследования кожи и мягких тканей после контурной инъекционной пластики: дис. ...канд.мед.наук. – М., 2022. – 136 с.

29 ОКТЯБРЯ - ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ С ИНСУЛЬТОМ

Инсульт – это состояние, при котором в результате прекращения поступления крови в головной мозг из-за закупорки артерии или излития крови через разрыв стенки сосуда происходит повреждение или гибель нервных клеток; это быстро развивающееся нарушение мозгового кровообращения, с одновременным повреждением ткани мозга и расстройством его функций.

Факторы, которые могут спровоцировать инсульт, – повышенное артериальное давление, сахарный диабет, повышенный уровень холестерина, ожирение, отсутствие физической активности, курение и избыточное употребление алкоголя.

Этот недуг и по сей день остается одной из главных причин смерти и инвалидности как в мире, так и в России.

Одним из важнейших способов профилактики инсульта является полноценное питание с учетом всех макро- и микронутриентов. Зачастую риск инсульта можно значительно сократить, отладив рацион – как минимум, исключить «мусорную» еду и рафинированные продукты, уменьшить потребление сладостей.

Главная задача мероприятий и всей кампании, проводимых в рамках Дня борьбы с инсультом, – повышение осведомленности мирового сообщества, и прежде всего молодежи, о проблеме инсульта, важности правильного и своевременного оказания первой помощи (именно вовремя оказанная первая помощь во многих случаях помогает не только сохранить жизнь, но и предотвратить инвалидность) и, конечно же, о профилактических мерах.

КАК ПОДКЛЮЧИТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ К ЕДИНОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С 1 сентября 2021 года все клиники независимо от организационно-правовой формы должны отвечать новому лицензионному требованию – размещать в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ) сведения о медорганизации (постановление Правительства от 01.06.2021 № 852н).

Положение о ЕГИСЗ, утвержденное постановлением Правительства от 05.05.2018 № 555, регламентирует состав и сроки размещения информации медорганизациями в системе.

ЕГИСЗ – это система, которая объединяет медицинские учреждения, органы управления здравоохранением, страховые компании и территориальные фонды ОМС в единую сеть. Это необходимо для обеспечения информационной поддержки работы всех участников системы здравоохранения: от пациента до региональных и федеральных ведомств.

Как подключить медицинскую информационную систему (далее – МИС) к ЕГИСЗ.

Для подключения к ЕГИСЗ никакого специального или дополнительного программного обеспечения приобретать не требуется. Проверяют подключение медорганизации к системе ЕГИСЗ сотрудники, назначенные приказом.

Шаг 1. Приказом назначьте сотрудников, ответственных за передачу информации в ЕГИСЗ по каждому из регистров. Например, внесение сведений о медработниках в федеральный регистр медицинских работников (далее – ФРМР) возложите на специалиста отдела кадров, внесение сведений о медорганизации – на одного из заместителей главного врача, внесение информации об электронной регистратуре – на старшего администратора. В небольших медорганизациях возможно делегирование полномочий одному должностному лицу.

Ответственные сотрудники должны обновлять информацию в реестрах в течение трех дней после изменения сведений.

Дополните должностные инструкции ответственных сотрудников обязанностями по передаче данных в ЕГИСЗ.

Шаг 2. Для получения доступа к ФРМР и федеральный регистр медицинских организаций (далее – ФРМО) проверьте наличие медорганизации в справочнике нормативно справочной информации (далее – НСИ) «Реестр медицинских организаций Российской Федерации» (рисунок 1). Его формируют на основании данных ФРМО. На сайте справочника укажите ИНН, ОГРН или наименование медорганизации.

НСИ						
Реестр медицинских организаций Российской Федерации						
Уникальный идентификатор	OID	OID(неактуальный)	Полное наименование	Сокращенное наименование	Уникальный идентификатор родительской организации	Наименование субъекта системы здравоохранения
1078	1.2.643.5.1.13.13.12.2.77.7799	1.2.643.5.1.13.3.25.77.36	ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ ИМЕНИ Н.Н. БЛОХИНА" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	ФГБУ "НМИЦ ОНКОЛОГИИ ИМ. Н.Н. БЛОХИНА" МИНЗДРАВА РОССИИ	2	Медицинская организация
1083	1.2.643.5.1.13.13.12.2.22.1748	1.2.643.5.1.13.3.25.22.208	Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Алтайский краевой онкологический диспансер"	КГБУЗ "АКОД"	2	Медицинская организация
1724	1.2.643.5.1.13.13.12.2.77.7798	1.2.643.5.1.13.3.25.77.31	Федеральное государственное бюджетное научное учреждение "Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова"	ФГБНУ "НИИ МТ"	2	Медицинская организация
1730	1.2.643.5.1.13.13.12.2.73.7369	1.2.643.5.1.13.3.25.73.14	Государственное учреждение здравоохранения "Ульяновский областной медицинский"	ГУЗ "УОМЦ"	2	Медицинская организация

Рисунок 1. Внешний вид страницы Реестра медицинских организаций Российской Федерации

Шаг 3. Если клиника отсутствует в указанном справочнике, подайте заявку (рисунок 2) на добавление медорганизации в ФРМО в службу технической поддержки ЕГИСЗ по адресу электронной почты egisz@rt-eu.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ФОРМА ЗАЯВКИ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДОСТУПА К ФРМО ЧЕРЕЗ СТП ЕГИСЗ

Заявка на предоставление доступа к Федеральному реестру медицинских организаций

Прошу предоставить пользователю(-ям) права роли {Наименование роли} в {промышленной/тестовой} версии Федерального реестра медицинских организаций ЕГИСЗ. Сведения о пользователе(-ях) приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Сведения о пользователе(-ях)

№ п/п	СНИЛС	Фамилия	Имя	Отчество	Адрес электронной почты ⁷	Субъект РФ	Полное наименование организации	ИНН организации	Наименование роли, которую необходимо присвоить ⁸ : - Работник организации (ФРМО), - Работник МЗ (ФРМО), - Работник РЗН (ФРМО), - Работник ОУЗ (ФРМО), - Работник ФОИВ (ФРМО)
1.									Выберите элемент.

{Наименование должности
уполномоченного лица}

_____/ {И.О. Фамилия}
МП

Рисунок 2. Форма заявки на предоставление доступа к ФРМО

Заявку на добавление организации в ФРМО подготовьте в двух форматах:

- сканированная копия заявки на бумажном носителе в формате .pdf или .jpg;
- документ в формате .doc или .xlsx (редактируемый). Заявку на бумажном носителе заполните, подпишите и заверьте печатью.

Отсканируйте заверенную заявку и сохраните в формате .pdf или .jpg. Отправьте отсканированную заявку и редактируемую заявку в формате .doc или .xlsx в службу технической поддержки ЕГИСЗ на адрес электронной почты egisz@rt-eu.ru.

Если заявка подписана уполномоченным сотрудником на основании доверенности, то вместе с заявкой отправьте сканированную копию доверенности.

Шаг 4. Зарегистрируйте медорганизацию на Едином портале государственных услуг (ЕПГУ) и подтвердите учетную запись клиники на ЕПГУ до 3-го уровня.

Шаг 5. После подтверждения учетной записи на ЕПГУ пройдите первичную авторизацию. Перейдите на сайт авторизации Единой системы идентификации, аутентификации и авторизации пользователей Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (рисунок 3).

В верхнем поле следует указать логин пользователя (СНИЛС); в нижнем – пароль от учетной записи на ЕПГУ. Затем нажать кнопку «Войти».

В случае прохождения Вами первичной авторизации на экране отображается стартовая страница ЕГИСЗ с сообщением «Нет прав доступа к системе» (рисунок 4).

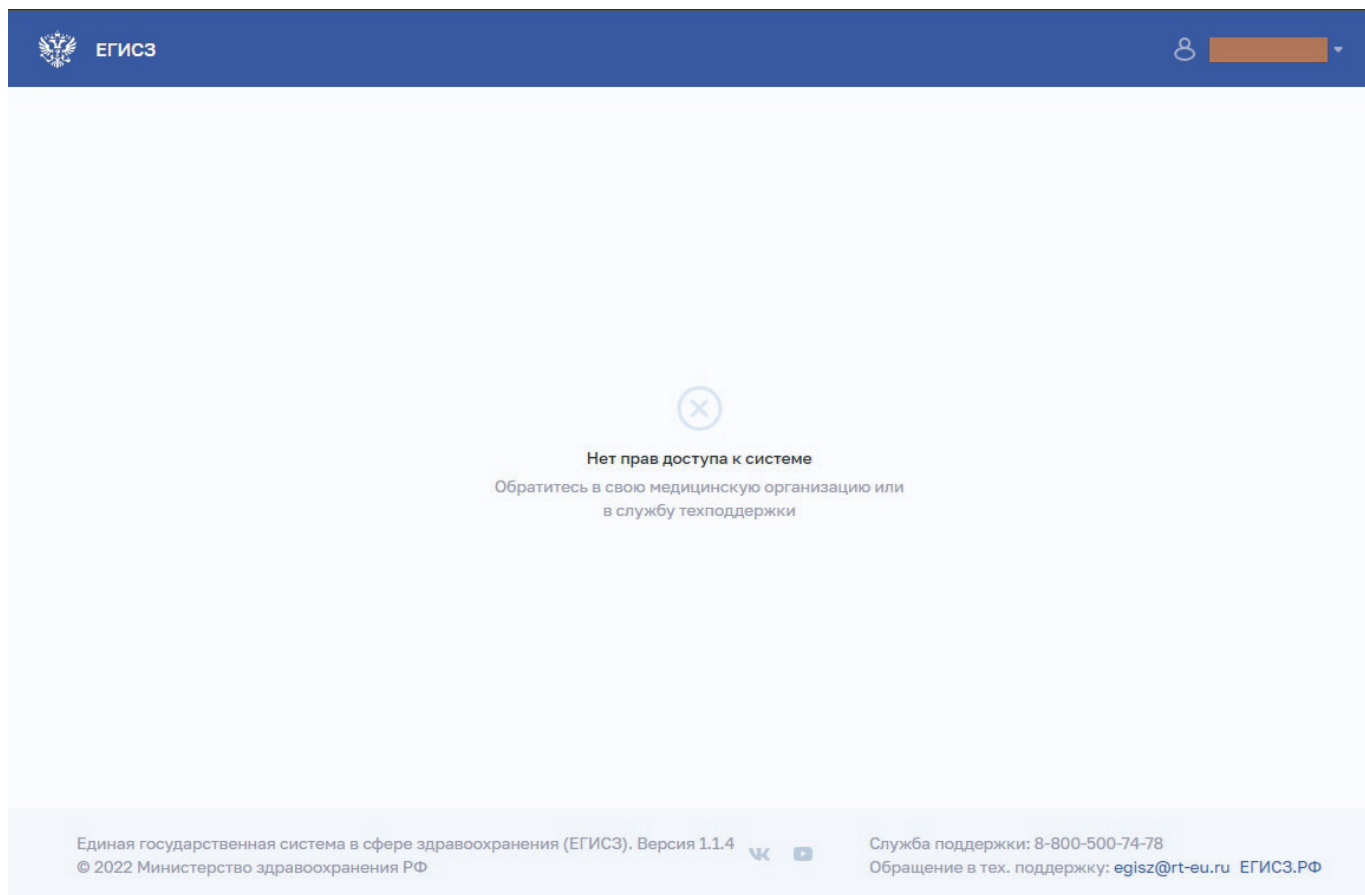


Рисунок 4. Стартовая страница ФРМО и ФРМР до предоставления доступа при первичной авторизации

Обращаем внимание пользователей, что на данном этапе доступ к ФРМО/ФРМР еще отсутствует. Первичную авторизацию должны пройти все пользователи, перечисленные в заявке на предоставление доступа.

Шаг 6. На ЕПГУ заведите учетные записи на каждого работника, ответственного за передачу информации в ЕГИСЗ, по номеру СНИЛС.

Подготовьте заявку на предоставление пользователю доступа к ФРМО/ФРМР (рисунок 5) или доступа к ФРМР (рисунок 6), если доступ к ФРМО уже есть.

Заявку на добавление организации в ФРМР или ФРМО/ФРМР подготовьте в двух форматах:

- сканированная копия заявки на бумажном носителе в формате .pdf или .jpg;
- документ в формате .doc или .xlsx (редактируемый).

Заявку на бумажном носителе заполните, подпишите и заверьте печатью.

Отсканируйте заверенную заявку и сохраните в формате .pdf или .jpg. Отправьте отсканированную заявку и редактируемую заявку в формате .doc или .xlsx в службу технической поддержки ЕГИСЗ на адрес электронной почты egisz@rt-eu.ru.

Если заявка подписана уполномоченным сотрудником на основании доверенности, то вместе с заявкой отправьте сканированную копию доверенности.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. ФОРМА ЗАЯВКИ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДОСТУПА ОДНОВРЕМЕННО К ФРМО И ФРМР ЧЕРЕЗ СТП ЕГИСЗ

Заявка на предоставление доступа к Федеральному реестру медицинских организаций и Федеральному регистру медицинских работников

Прошу предоставить пользователю(-ям) права роли {Наименование роли(-ей)} в {промышленной/тестовой} версиях Федерального реестра медицинских организаций и Федерального регистра медицинских работников ЕГИСЗ. Сведения о пользователе(-ях) приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Сведения о пользователе(-ях)

№ п/п	СНИЛС	Фамилия	Имя	Отчество	Адрес электронной почты ¹²	Субъект РФ	Полное наименование организации	ИНН организации	Наименование роли, которую необходимо присвоить ¹³ : – Работник организации (ФРМО/ФРМР), – Работник МЗ (ФРМО/ФРМР), – Работник РЗН (ФРМО/ФРМР), – Работник ОУЗ (ФРМО/ФРМР), – Работник ФОИВ (ФРМО/ФРМР), – Работник МЗ (кадровый департамент)
1.									Выберите элемент.

{Наименование должности
уполномоченного лица}

_____/ {И.О. Фамилия}

Рисунок 5. Форма заявки на предоставление доступа одновременно к ФРМО/ФРМР

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. ФОРМА ЗАЯВКИ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДОСТУПА К ФРМР ЧЕРЕЗ СТП ЕГИСЗ

Заявка на предоставление доступа к Федеральному регистру медицинских работников

Прошу предоставить пользователю(-ям) права роли {Наименование роли} в {промышленной/тестовой} версии Федерального регистра медицинских работников ЕГИСЗ. Сведения о пользователе(-ях) приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Сведения о пользователе(-ях)

№ п/п	СНИЛС	Фамилия	Имя	Отчество	Адрес электронной почты ⁹	Субъект РФ	Полное наименование организации	ИНН организации	Наименование роли, которую необходимо присвоить ¹⁰ : – Работник организации (ФРМР), – Работник МЗ (ФРМР), – Работник РЗН (ФРМР), – Работник ОУЗ (ФРМР), – Работник ФОИВ (ФРМР), – Работник МЗ (кадровый департамент)
1.									Выберите элемент.

{Наименование должности
уполномоченного лица}

_____/ {И.О. Фамилия}

МП

Рисунок 6. Форма заявки на предоставление доступа к ФРМР

Шаг 7. Ожидайте ответное письмо службы технической поддержки ЕГИСЗ о выполнении заявки и предоставлении доступа к ФРМО/ФРМР в течение 2–14 дней. Письмо вы получите на адрес электронной почты, с которого отправляли заявку.

После того как получите письмо, проверьте доступ в ЕГИСЗ. Перейдите на сайт авторизации ИА ЕГИСЗ (рисунок 7). Введите логин пользователя (СНИЛС) и пароль от учетной записи на ЕПГУ. Вы перейдете на стартовую страницу ЕГИСЗ и увидите информацию о доступных подсистемах согласно заявленной роли.

ЕГИСЗ ФРМО ФРМР Анализ

Голубева В.А.

Главная / ФРМО

Федеральный реестр медицинских организаций

Экспорт в Excel

Сокращенное наименование Полное наименование OID

Расширенный фильтр Очистить Применить

Всего: 0 Колонки

Данные отсутствуют

Единая государственная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Версия 2.0.0
© 2022 Министерство здравоохранения РФ

Служба поддержки: 8-800-500-74-78
Обращение в тех. поддержку: egisz@rt-eu.ru

Рисунок 7. Стартовая страница ФРМО и ФРМР после предоставления доступа

На базе Института функционирует отдел Сопровождения по НМО и аккредитации, который предлагает следующие консультации:

- ✓ по требованиям действующего законодательства в сфере здравоохранения;
- ✓ по portalу Непрерывного Медицинского и Фармацевтического Образования Минздрава России (НМФО);
- ✓ по регистрации на портале НМФО для физических лиц (создание личного кабинета специалиста) и медицинских организаций (создание личного кабинета работодателя);
- по формированию и отправке документов в ФАЦ для прохождения аккредитации специалистов здравоохранения;
- ✓ по первичной специализированной и периодической аккредитации.

Мы возьмем на себя все заботы о вашем личном кабинете на портале НМФО:

1. Поможем в создании и ведении личного кабинета на портале НМФО;
2. Направим инструкции, поможем в овладении знаниями работы на портале;
3. Подскажем оптимальные варианты по набору баллов (ЗЕТ) в рамках одной или нескольких специальностей;
4. Окажем полное сопровождение личного кабинета на 1 год под ключ - 50 ЗЕТ/ на 5 лет под ключ - 250 ЗЕТ.

Периодическая аккредитация без отказов:

1. Проверим комплектность документов и их соответствие требованиям ФАЦ;
2. Дадим рекомендации и консультации по всем вопросам периодической аккредитации для успешного прохождения;
3. Сформируем и отправим полный пакет документов, по всем техническим требованиям ФАЦ;
4. Сопроводим до успешного прохождения периодической аккредитации.

Первичная специализированная аккредитация:

1. Предоставим площадку для проведения процедуры аккредитации;
2. Консультации по первичной специализированной аккредитации.

Мы подарим время и легкость в сложных вопросах подготовки к аккредитации медицинских работников.

Ждем Вас в нашем Институте!

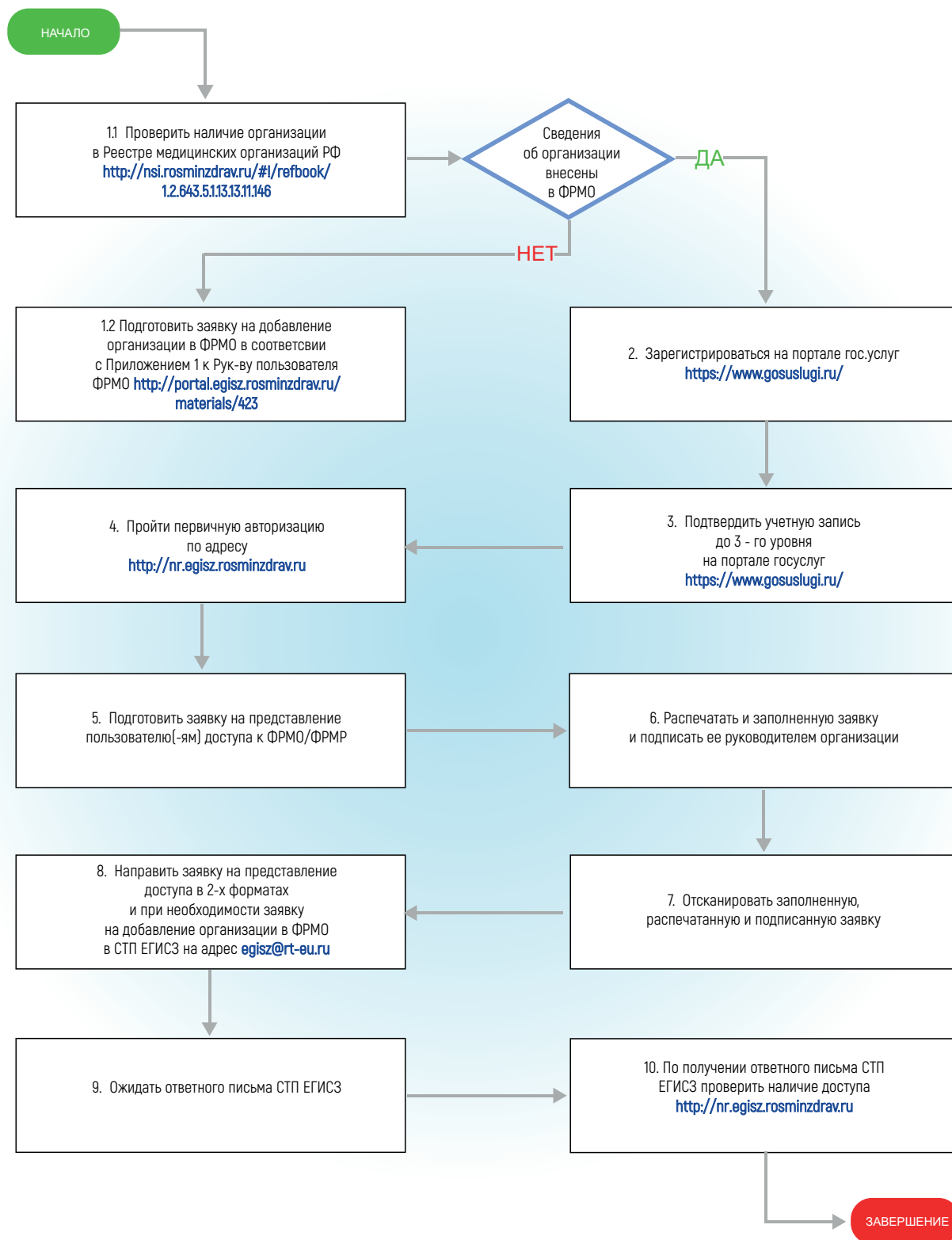


Рисунок 8. Схема получения доступа к ФРМО/ФРМР

Как заполнять заявки на добавление в реестры.

Все поля заявки должны быть заполнены. В заявке на получение доступа укажите следующую информацию:

1. СНИЛС пользователя.
2. Фамилию пользователя.
3. Имя пользователя.
4. Отчество пользователя при наличии.
5. Уникальный (неповторяющийся) адрес электронной почты пользователя, привязанный к его личному кабинету на ЕПГУ.

6. Субъект РФ – место нахождения организации, к сведениям о которой требуется предоставить доступ. Для ролей «Работник ФОИВ (ФРМО)», «Работник ФОИВ (ФРМР)», «Работник МЗ (ФРМО)» и «Работник МЗ (ФРМР)» укажите значение «РФ».

Для всех остальных ролей укажите субъект РФ, в котором зарегистрирована организация, к сведениям о которой нужно предоставить доступ;

7. Полное наименование организации, к сведениям о которой требуется предоставить доступ.

Для ролей «Работник ОУЗ (ФРМО)» и «Работник ОУЗ (ФРМР)» укажите значение «все организации, подведомственные {наименование ОУЗ субъекта РФ}».

Для ролей «Работник ФОИВ (ФРМО)» и «Работник ФОИВ (ФРМР)» укажите значение «все организации, подведомственные {наименование ФОИВ}».

Для ролей «Работник МЗ (ФРМО)» и «Работник МЗ (ФРМР)» укажите значение «все организации РФ»;

8. Краткое наименование организации, к сведениям о которой требуется предоставить доступ.

Для ролей «Работник ОУЗ (ФРМО)» и «Работник ОУЗ (ФРМР)» укажите значение «все организации, подведомственные {наименование ОУЗ субъекта РФ}».

Для ролей «Работник ФОИВ (ФРМО)» и «Работник ФОИВ (ФРМР)» укажите значение «все организации, подведомственные {наименование ФОИВ}».

Для ролей «Работник МЗ (ФРМО)» и «Работник МЗ (ФРМР)» укажите значение «все организации РФ»;

9. Наименование подсистемы, к которой необходим доступ, – ФРМО или ФРМР или к обеим подсистемам сразу;

10. Наименование роли согласно матрице прав и ролей пользователей ФРМО/ФРМР. Для выбора роли нажмите на ячейку таблицы, раскройте список нажатием на кнопку «стрелка вниз» («▼») и выберите необходимое значение.

Если вы предоставляете доступ к ФРМО/ФРМР нескольким сотрудникам, то в табличную часть заявки добавьте строки (1 пользователь = 1 строка табличной формы заявки).

Если вы предоставляете доступ одному сотруднику одновременно к ФРМО и ФРМР, то уровень доступа для каждой роли должен быть одинаковым. Например, «Работник МО (ФРМО)» и «Работник МО (ФРМР)».

Все заявки обязательно заверяют подписью и печатью медорганизации или индивидуального предпринимателя (при наличии печати).

Заявку может подписать:

- ✓ руководитель организации;
- ✓ заместитель руководителя организации;
- ✓ уполномоченное лицо, действующее на основании доверенности, оформленной в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ;
- ✓ индивидуальный предприниматель.

Куда обращаться при возникновении вопросов по подключению к ЕГИСЗ.

При возникновении вопросов используйте следующие ресурсы:

- ✓ на сайте центра поддержки подсистем есть ответы на часто задаваемые вопросы;
- ✓ руководство пользователя и порядок работы в ФРМО;
- ✓ руководство пользователя и порядок работы в ФРМР;
- ✓ телефон технической поддержки Госуслуг: 8 (800) 100-70-10;
- ✓ инструкцию по подтверждению учетной записи на ЕПГУ.

Руководство, инструкции, сопровождение услуги вы можете запросить у специалиста по телефону: 8 (969) 228-96-06

Материал из Справочной системы «Главный врач» <https://vip.1glv.ru>

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВРАЧЕЙ И ПУТИ ИХ ИЗМЕНЕНИЯ

ПРИГЛАШАЕМ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ
ПРОЙТИ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ

Программы профессиональной переподготовки направлены на получение компетенции, необходимой для выполнения нового вида профессиональной деятельности, приобретение новой квалификации. Успешно освоившим соответствующую программу выдается диплом о профессиональной переподготовке установленного образца и бонус – сертификат на программу повышения квалификации на 36 ак.ч. для наполнения образовательной части портфолио для аккредитации.

Сфера			
№ п/п	Наименование программы	Объем, ак.час	Цена*, руб. Дистанционное/ очно-заочное, с применением ДОТ и практической подготовкой
	Акушерство и гинекология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Акушерство и гинекология (перерыв в стаже работы)		
1	Акушерство и гинекология	576	32 000 /60000
	Аллергология и иммунология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая врачебная практика (семейная медицина), Педиатрия, Терапия		
2	Аллергология и иммунология	576	32 000 /60000
	Анестезиология-реаниматология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Неонатология, Нефрология		
3	Анестезиология-реаниматология	576	32 000 /60000
	Бактериология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Вирусология, Инфекционные болезни, Клиническая лабораторная диагностика, Лабораторная микология, Эпидемиология		
4	Бактериология	576	32 000 /60000
	Вирусология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Бактериология, Инфекционные болезни, Клиническая лабораторная диагностика, Эпидемиология		
5	Вирусология	520	32 000 /60000
	Водолазная медицина при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая врачебная практика (семейная медицина), Терапия		
6	Водолазная медицина	576	32 000,00
	Гастроэнтерология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая врачебная практика (семейная медицина), Педиатрия", Терапия		
7	Гастроэнтерология	576	32 000 /60000
	Гематология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая врачебная практика (семейная медицина), Педиатрия", Терапия		
8	Гематология	520	32 000 /60000
	Гериатрия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая врачебная практика (семейная медицина), Терапия		
9	Гериатрия	576	32 000
	Гигиена питания при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая гигиена		
10	Гигиена питания	576	32 000

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

	Гигиена труда при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая гигиена		
11	Гигиена труда	576	32 000
	Гигиеническое воспитание при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая гигиена		
12	Гигиеническое воспитание	576	32 000
	Дезинфектология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Эпидемиология		
13	Дезинфектология	576	32 000
	Дерматовенерология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Дерматовенерология (перерыв в стаже работы)		
14	Дерматовенерология	576	32 000 /60000
	Детская кардиология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Кардиология, Педиатрия		
15	Детская кардиология	576	32 000
	Детская онкология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Гематология, Детская хирургия, Онкология, Педиатрия		
16	Детская онкология	576	32 000
	Детская урология-андрология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Детская хирургия, Урология		
17	Детская урология-андрология	576	32 000 /60000
	Детская хирургия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Детская хирургия (перерыв в стаже работы)		
18	Детская хирургия	576	32 000 /60000
	Детская эндокринология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Педиатрия, Эндокринология		
19	Детская эндокринология	576	32 000
	Диетология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая врачебная практика (семейная медицина), Педиатрия, Терапия, Гастроэнтерология, Эндокринология		
20	Диетология	576	32 000
	Инфекционные болезни при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая врачебная практика (семейная медицина), Педиатрия, Терапия, Фтизиатрия		
21	Инфекционные болезни	576	32 000 /60000
	Кардиология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая врачебная практика (семейная медицина), Терапия		
22	Кардиология	576	32 000 /60000
	Клиническая лабораторная диагностика при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей укрупненных групп специальностей "Клиническая медицина" или "Науки о здоровье и профилактическая медицина"		
23	Клиническая лабораторная диагностика	576	32 000 /60000
24	Клиническая лабораторная диагностика (для биологов)	576	32 000 /60000
	Клиническая психология		

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

	при наличии высшего профессионального (психологического) образования без предъявления требований к стажу работы		
25	Клиническая психология	576	32 000
26	Клиническая психология	1 080	60 000
	Клиническая фармакология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая врачебная практика (семейная медицина), Педиатрия, Терапия		
27	Клиническая фармакология	520	30 000
	Колопроктология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Детская хирургия, Хирургия		
28	Колопроктология	576	32 000
	Косметология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Дерматовенерология		
29	Косметология *	576	45 000/120000
	Лабораторная генетика при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Генетика, Клиническая лабораторная диагностика		
30	Лабораторная генетика	576	32 000 /60000
	Лечебная физкультура и спортивная медицина при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Авиационная и космическая медицина, Акушерство и гинекология, Анестезиология-реаниматология, Детская кардиология, Детская онкология, Детская урология-андрология, Детская хирургия, Детская эндокринология, Гастроэнтерология, Гематология, Гериатрия, Кардиология, Колопроктология, Мануальная терапия, Нефрология, Неврология, Неонатология, Нейрохирургия, Общая врачебная практика (семейная медицина), Онкология, Педиатрия, Пластическая хирургия, Профпатология, Пульмонология, Ревматология, Рефлексотерапия, Сердечно-сосудистая хирургия, Скорая медицинская помощь, Терапия, Торакальная хирургия, Травматология и ортопедия, Хирургия, Детская онкология, Урология, Физиотерапия, Фтизиатрия, Хирургия, Челюстно-лицевая хирургия, Эндокринология		
31	Лечебная физкультура и спортивная медицина	576	32 000
	Мануальная терапия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Лечебная физкультура и спортивная медицина, Неврология, Педиатрия, Ревматология, Рефлексотерапия, Терапия, Травматология и ортопедия, Челюстно-лицевая хирургия		
32	Мануальная терапия	576	32 000
	Медико-социальная экспертиза при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Детская хирургия, Неврология, Общая врачебная практика (семейная медицина), Онкология, Оториноларингология, Офтальмология, Педиатрия, Психиатрия, Терапия, Травматология и ортопедия, Фтизиатрия, Хирургия, Эндокринология		
33	Медико-социальная экспертиза	576	32 000
	Медицинская микробиология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: по одной из специальностей укрупненных групп специальностей "Клиническая медицина" или "Науки о здоровье и профилактическая медицина", профессиональной переподготовки по одной из специальностей "Бактериология", "Вирусология", "Лабораторная микология", "Паразитология" при наличии подготовки в соответствии с квалификационными требованиями		
34	Медицинская микробиология	576	32 000
	Неврология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Неврология (перерыв в стаже работы)		

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

35	Неврология	576	32 000 /60000
	Неонатология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Анестезиология-реаниматология, Педиатрия		
36	Неонатология	576	32 000
	Нефрология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Анестезиология-реаниматология, Детская хирургия, Детская урология-андрология, Общая врачебная практика (семейная медицина), Педиатрия, Терапия, Урология, Хирургия		
37	Нефрология	576	32 000 /60000
	Общая врачебная практика (семейная медицина) при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Педиатрия, Терапия		
38	Общая врачебная практика (семейная медицина)	576	32 000 /60000
	Общая гигиена при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая гигиена (перерыв в стаже работы)		
39	Общая гигиена	576	32 000
	Онкология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Акушерство и гинекология, Терапия, Хирургия		
40	Онкология	576	32 000 /60000
	Организация здравоохранения и общественное здоровье при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей укрупненных групп специальностей "Клиническая медицина" или "Науки о здоровье и профилактическая медицина"		
41	Менеджмент в здравоохранении	252	18 000
42	Менеджмент в здравоохранении	520	30 000
43	Организация здравоохранения и общественное здоровье	576	32 000
	Ортодонтия при наличии подготовки в ординатуре: Ортодонтия (перерыв в стаже работы)		
44	Ортодонтия	520	30 000
	Остеопатия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Акушерство и гинекология, Аллергология-иммунология, Анестезиология-реаниматология, Гериатрия, Гастроэнтерология, Гематология, Дерматовенерология, Детская кардиология, Детская онкология, Детская урология-андрология, Детская хирургия, Детская эндокринология, Диетология, Инфекционные болезни, Кардиология, Лечебная физкультура и спортивная медицина, Мануальная терапия, Неврология, Нейрохирургия, Неонатология, Нефрология, Общая врачебная практика (семейная медицина), Онкология, Оториноларингология, Офтальмология, Педиатрия, Пластическая хирургия, Профпатология, Психиатрия, Психиатрия-наркология, Психотерапия, Пульмонология, Ревматология, Рефлексотерапия, Сердечно-сосудистая хирургия, Скорая медицинская помощь, Терапия, Торакальная хирургия, Травматология и ортопедия, Трансфузиология, Урология, Фтизиатрия, Хирургия, Челюстно-лицевая хирургия, Эндокринология, Эндоскопия		
45	Остеопатия	3 504	196 000
	Оториноларингология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Оториноларингология (перерыв в стаже работы)		
46	Оториноларингология	576	32 000 /60000
	Офтальмология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Офтальмология (перерыв в стаже работы)		
47	Офтальмология	576	32 000 /60000
	Паразитология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Инфекционные болезни, Эпидемиология		

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

48	Паразитология	576	32 000 /60000
	Патологическая анатомия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Детская онкология, Детская урология-андрология, Детская хирургия, Колопроктология, Нейрохирургия, Онкология, Пластическая хирургия, Сердечно-сосудистая хирургия, Судебно-медицинская экспертиза, Торакальная хирургия, Травматология и ортопедия, Урология, Хирургия, Челюстно-лицевая хирургия		
49	Патологическая анатомия	576	32 000
	Педиатрия при наличии подготовки в ординатуре: "Общая врачебная практика (семейная медицина)		
50	Педиатрия	576	32 000 /60000
	Профпатология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая врачебная практика (семейная медицина), Терапия		
51	Профпатология	576	32 000 /60000
	Психиатрия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Психиатрия (перерыв в стаже работы)		
52	Психиатрия	576	32 000 /60000
	Психиатрия-наркология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Психиатрия		
53	Психиатрия-наркология	576	32 000 /60000
	Психология при наличии высшего профессионального образования		
54	Практическая клиническая психология	1 044	40 000
	Психотерапия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Психиатрия		
55	Психотерапия	576	32 000
	Пульмонология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая врачебная практика (семейная медицина), Педиатрия, Терапия, Фтизиатрия		
56	Пульмонология	576	32 000 /60000
	Радиационная гигиена при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая гигиена		
57	Радиационная гигиена	576	32 000
	Радиология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Кардиология, Неврология, Онкология, Рентгенология		
58	Радиология	576	32 000
	Радиотерапия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Детская онкология, Онкология		
59	Радиотерапия	576	32 000
	Ревматология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Общая врачебная практика (семейная медицина), Педиатрия, Терапия		
60	Ревматология	576	32 000
	Рентгенология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Авиационная и космическая медицина, Акушерство и гинекология, Анестезиология-реаниматология, Водолазная медицина, Дерматовенерология, Детская хирургия, Детская онкология, Детская урология-андрология, Детская эндокринология, Гастроэнтерология, Гематология, Гериатрия, Инфекционные болезни, Кардиология, Колопроктология,		

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

	Лечебная физкультура и спортивная медицина, Нефрология, Неврология, Неонатология, Нейрохирургия, Общая врачебная практика (семейная медицина), Онкология, Оториноларингология, Офтальмология, Педиатрия, Пластическая хирургия, Профпатология, Пульмонология, Ревматология, Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение, Сердечно-сосудистая хирургия, Скорая медицинская помощь, Торакальная хирургия, Терапия, Травматология и ортопедия, Урология, Фтизиатрия, Хирургия, Челюстно-лицевая хирургия, Эндокринология		
61	Рентгенология	576	32 000 /60000
62	Рентгенология	990	55 000
	Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Акушерство и гинекология, Детская хирургия, Детская онкология, Кардиология, Неврология, Нейрохирургия, Онкология, Рентгенология, Сердечно-сосудистая хирургия, Хирургия, Урология		
63	Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение	576	32 000
	Рефлексотерапия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Анестезиология-реаниматология, Акушерство и гинекология, Детская кардиология, Детская онкология, Детская урология-андрология, Детская хирургия, Детская эндокринология, Гастроэнтерология, Гематология, Гериатрия, Кардиология, Колопроктология, Лечебная физкультура и спортивная медицина, Мануальная терапия, Неврология, Нефрология, Нейрохирургия, Общая врачебная практика (семейная медицина), Онкология, Оториноларингология, Офтальмология, Педиатрия, Пластическая хирургия, Профпатология, Пульмонология, Ревматология, Сердечно-сосудистая хирургия, Скорая медицинская помощь, Торакальная хирургия, Терапия, Травматология и ортопедия, Урология, Физиотерапия, Фтизиатрия, Хирургия, Челюстно-лицевая хирургия, Эндокринология		
64	Рефлексотерапия	576	32 000
	Сексология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Психиатрия		
65	Сексология	576	32 000
	Сердечно-сосудистая хирургия при наличии подготовки в ординатуре: Сердечно-сосудистая хирургия (перерыв в стаже работы)		
66	Сердечно-сосудистая хирургия	520	30 000
	Скорая медицинская помощь при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Анестезиология-реаниматология, Общая врачебная практика (семейная медицина), Терапия, Педиатрия, Хирургия		
67	Скорая медицинская помощь	576	32 000 /60000
	Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы При наличии специалитета по специальности "Медико-профилактическое дело" для руководителей медицинских организаций по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и заместителей руководителей медицинских организаций по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, врачей-методистов, врачей-статистиков, а также лиц, включенных в резерв кадров на замещение должности руководителя медицинских организаций по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека		
68	Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы	576	32 000
	Стоматология детская при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Стоматология общей практики, Стоматология		
69	Стоматология детская	576	32 000
	Стоматология общей практики		

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

	при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Стоматология, Стоматология общей практики (перерыв в стаже работы)		
70	Стоматология общей практики	576	32 000
	Стоматология ортопедическая при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Стоматология общей практики, Стоматология		
71	Стоматология ортопедическая	576	32 000
	Стоматология терапевтическая при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Стоматология общей практики, Стоматология		
72	Стоматология терапевтическая	576	32 000
	Стоматология хирургическая при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Стоматология общей практики, Стоматология		
73	Стоматология хирургическая	576	32 000
	Судебно-медицинская экспертиза при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Акушерство и гинекология, Детская онкология, Детская урология-андрология, Детская хирургия, Колопроктология, Нейрохирургия, Онкология, Оториноларингология, Пластическая хирургия, Патологическая анатомия, Сердечно-сосудистая хирургия, Торакальная хирургия, Травматология и ортопедия, Урология, Хирургия, Челюстно-лицевая хирургия		
74	Судебно-медицинская экспертиза	576	32 000
	Судебно-психиатрическая экспертиза при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Психиатрия		
75	Судебно-психиатрическая экспертиза	576	32 000
	Сурдология-оториноларингология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Оториноларингология		
76	Сурдология-оториноларингология	576	32 000
	Терапия при наличии подготовки в ординатуре: Общая врачебная практика (семейная медицина)		
77	Терапия	576	32 000 /60000
	Травматология и ортопедия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Травматология и ортопедия (перерыв в стаже работы)		
78	Травматология и ортопедия	576	32 000 /60000
	Трансфузиология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Акушерство и гинекология, Анестезиология-реаниматология, Детская онкология, Детская хирургия, Гематология, Общая врачебная практика (семейная медицина), Онкология, Педиатрия, Терапия, Хирургия		
79	Трансфузиология	576	32 000 /60000
	Ультразвуковая диагностика при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Авиационная и космическая медицина, Акушерство и гинекология, Анестезиология-реаниматология, Водолазная медицина, Дерматовенерология, Детская хирургия, Детская онкология, Детская урология-андрология, Детская эндокринология, Гастроэнтерология, Гематология, Гериатрия, Инфекционные болезни, Рентгенология, Кардиология, Колопроктология, Нефрология, Неврология, Неонатология, Нейрохирургия, Общая врачебная практика (семейная медицина), Онкология, Оториноларингология, Офтальмология, Педиатрия, Пластическая хирургия, Профпатология, Пульмонология, Ревматология, Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение, Сердечно-сосудистая хирургия, Скорая медицинская помощь, Торакальная хирургия, Терапия, Травматология и ортопедия, Урология, Фтизиатрия, Хирургия, Челюстно-лицевая хирургия, Эндокринология		
80	Ультразвуковая диагностика	576	32 000 /60000

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

	Управление и экономика фармации при наличии специалитета по специальности "Фармация", при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Фармацевтическая технология, Фармацевтическая химия и фармакогнозия Для руководителей аптечных организаций		
81	Управление и экономика фармации	576	32 000
	Управление сестринской деятельностью при наличии подготовки в интернатуре: Управление сестринской деятельностью (перерыв в стаже работы)		
82	Управление сестринской деятельностью	576	32 000
	Урология при наличии подготовки в ординатуре: Урология (перерыв в стаже работы)		
83	Урология	576	32 000
	Фармацевтическая технология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Фармацевтическая технология (перерыв в стаже работы)		
84	Фармацевтическая технология	576	32 000
	Фармацевтическая химия и фармакогнозия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Фармацевтическая химия и фармакогнозия (перерыв в стаже работы)		
85	Фармацевтическая химия и фармакогнозия	576	32 000
	Фармация При наличии специалитета по специальности «Фармация» (перерыв в стаже работы)		
86	Фармация	520	30 000
	Физиотерапия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Авиационная и космическая медицина, Акушерство и гинекология, Анестезиология-реаниматология, Водолазная медицина, Гематология, Гериатрия, Дерматовенерология, Детская кардиология, Детская онкология, Детская урология-андрология, Детская хирургия, Детская эндокринология, Гастроэнтерология, Инфекционные болезни, Кардиология, Колопроктология, Лечебная физкультура и спортивная медицина, Мануальная терапия, Нефрология, Неврология, Неонатология, Нейрохирургия, Общая врачебная практика (семейная медицина), Онкология, Ортодонтия, Оториноларингология, Офтальмология, Педиатрия, Пластическая хирургия, Профпатология, Психиатрия, Пульмонология, Ревматология, Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение, Рефлексотерапия, Сердечно-сосудистая хирургия, Скорая медицинская помощь, Стоматология общей практики, Стоматология хирургическая, Стоматология терапевтическая, Стоматология детская, Стоматология ортопедическая, Торакальная хирургия, Терапия, Травматология и ортопедия, Урология, Фтизиатрия, Хирургия, Челюстно-лицевая хирургия, Эндокринология		
87	Физиотерапия	576	32 000
	Физическая и реабилитационная медицина (подготовка в ординатуре в настоящее время не проводится) при наличии подготовки в ординатуре: Физическая и реабилитационная медицина в соответствии с квалификационными требованиями по одной из специальностей: "Акушерство и гинекология", "Анестезиология-реаниматология", "Гастроэнтерология", "Гематология", "Гериатрия", "Детская кардиология", "Детская онкология", "Детская хирургия", "Детская урология-андрология", "Детская эндокринология", "Диетология", "Кардиология", "Колопроктология", "Лечебная физкультура и спортивная медицина", "Мануальная терапия", "Неврология", "Нейрохирургия", "Неонатология", "Нефрология", "Общая врачебная практика (семейная медицина)", "Онкология", "Остеопатия", "Оториноларингология", "Офтальмология", "Педиатрия", "Пластическая хирургия", "Профпатология", "Психиатрия", "Психотерапия", "Пульмонология", "Ревматология", "Рефлексотерапия", "Сердечно-		

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

	сосудистая хирургия", "Терапия", "Торакальная хирургия", "Травматология и ортопедия", "Урология", "Физиотерапия", "Фтизиатрия", "Хирургия", "Челюстно-лицевая хирургия", "Эндокринология"		
88	Физическая и реабилитационная медицина	1 008	50 000
89	Эрготерапия	520	30 000
	Фтизиатрия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Инфекционные болезни, Неврология, Общая врачебная практика (семейная медицина), Педиатрия, Пульмонология, Терапия, Торакальная хирургия, Травматология и ортопедия, Урология, Хирургия		
90	Фтизиатрия	576	32 000
	Функциональная диагностика при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Авиационная и космическая медицина, Акушерство и гинекология, Анестезиология-реаниматология, Водолазная медицина, Дерматовенерология, Детская кардиология, Детская онкология, Детская хирургия, Детская урология-андрология, Детская эндокринология, Гастроэнтерология, Гематология, Гериатрия, Инфекционные болезни, Кардиология, Колопроктология, Лечебная физкультура и спортивная медицина, Нефрология, Неврология, Неонатология, Нейрохирургия, Общая врачебная практика (семейная медицина), Онкология, Ортодонтия, Оториноларингология, Офтальмология, Педиатрия, Пластическая хирургия, Профпатология, Пульмонология, Ревматология, Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение, Сердечно-сосудистая хирургия, Скорая медицинская помощь, Стоматология общей практики, Стоматология хирургическая, Стоматология терапевтическая, Стоматология детская, Стоматология ортопедическая, Терапия, Торакальная хирургия, Травматология и ортопедия, Урология, Фтизиатрия, Хирургия, Челюстно-лицевая хирургия, Эндокринология		
91	Функциональная диагностика	576	32 000 /60000
	Хирургия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Хирургия (перерыв в стаже работы)		
92	Хирургия	576	32 000 /60000
	Эндокринология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Эндокринология (перерыв в стаже работы)		
93	Эндокринология	576	32 000
	Эндоскопия при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Акушерство и гинекология, Анестезиология-реаниматология, Гастроэнтерология, Детская онкология, Детская хирургия, Детская урология-андрология, Колопроктология, Нейрохирургия, Онкология, Оториноларингология, Общая врачебная практика (семейная медицина), Педиатрия, Пульмонология, Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение, Сердечно-сосудистая хирургия, Терапия, Торакальная хирургия, Травматология и ортопедия, Урология, Хирургия, Челюстно-лицевая хирургия		
94	Эндоскопия	576	32 000 /60000
	Эпидемиология при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре: Эпидемиология (перерыв в стаже работы)		
95	Эпидемиология	576	32 000

Предлагаем слушателям практическую подготовку в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в РФ, имеющих лицензию на медицинскую деятельность и (или) фармацевтическую деятельность, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг), соответствующих видам работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и предусмотренных образовательной программой.

ФРАКТАЛЬНАЯ ТЕОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Мачурина Татьяна Николаевна.

г. Новосибирск,

ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина»,

медицинский психолог, патопсихолог,

tama86@yandex.ru.

FRACTAL THEORY OF THE FORMATION OF MENTAL DISORDERS

Machurina Tatyana Nikolaevna

Novosibirsk city,

PIU «Central Clinical Hospital» RZD-Medicine «,

medical psychologist, pathopsychologist.

АННОТАЦИЯ

Данная статья посвящена рассмотрению фрактальной модели формирования психических расстройств.

Ключевые слова: фракталы, множество, динамическая система, теория, модель, свойство, признак, шизофрения, невроз навязчивых состояний, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), аутизм, расстройство аутистического спектра, психоаналитическая психотерапия, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, АВА-терапия.

Напомним, что на математическом языке фракталом называется множество, обладающее свойством самоподобия. Иными словами, фрактал – есть некое целое, обладающее той же формой, что и один или более элементов (в качестве иллюстрации, например, можно представить мозаику, геометрический узор, витраж в готическом соборе и т.д.).

Множество фракталов имеют природное происхождение: морозный узор на окне, горные рельефы, деревья и т. д.).

Фрактал – понятие не только математическое. Важно отметить, что человек, как природная динамическая система,

ABSTRACT

This article is devoted to the fractal model of the formation of mental disorders.

Keywords: fractals, set, dynamic system, theory, model, property, trait, schizophrenia, obsessive-compulsive disorder (OCD), autism, autism spectrum disorder, psychoanalytic psychotherapy, cognitive behavioral psychotherapy, ABA therapy

также обладает фрактальными свойствами: от строения сосудистой системы и лёгких до нервной системы и высшей нервной деятельности (что представляется наиболее интересным в контексте данной статьи).

Каким образом фракталы проявляют себя в процессе работы нервной системы? С.В. Росман и В.П. Волков в своей статье, посвящённой фрактальной теории деятельности нервной системы, говорят следующее: «Итак, афферентная информация создаёт базовый фрактал, в котором заключается вся информация о свойствах внешней среды и

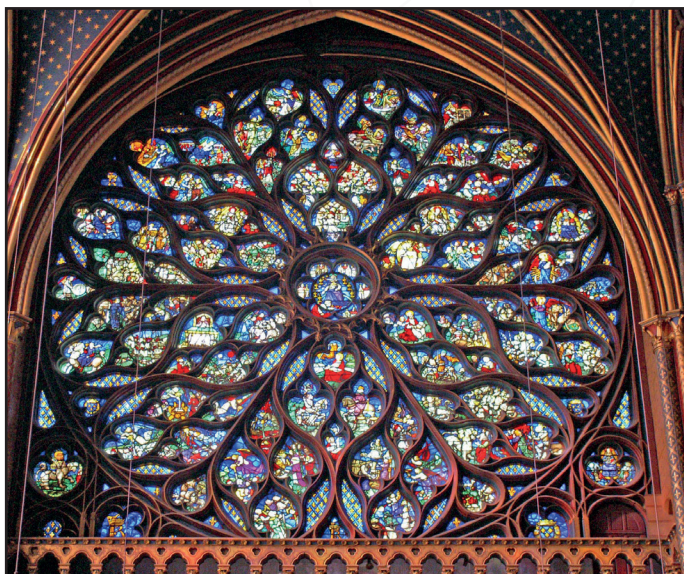


Рисунок 1. Фракталы в архитектуре



Рисунок 2. Фракталы в природе

внутренних средах организма, контролируемых миллиардами рецепторов, разбросанных по всему телу и содержащихся в органах чувств. Малейшие изменения состояния этих рецепторов в каком-либо органе вызывает изменение формы фрактала, в результате чего возбуждаются уже другие нейронные ассоциации в ЦНС, в результате чего на периферию передаётся изменённый эфферентный сигнал. Однако, что же происходит дальше с этим эфферентным сигналом? Приходя к органу, он создаёт в нём такой же фрактал с помощью тех нейронных структур, которые в нём имеются – общеизвестно, что в каждом органе имеются нервные ганглии и сеть нервных волокон. Этот фрактал, в свою очередь, создаёт нейрофизиологическую неравномерность условий работы клеток, изменяя свойства их стенок и условий транспорта электролитов и питательных веществ. Таким образом может осуществляться управление внутренними органами со стороны ЦНС» [5].

Допустим, что психическая деятельность как высшая нервная деятельность по своей природе фрактальна, то есть обладает признаком фрактала – это множество, обладающее свойством самоподобия. Действительно, психика человека детерминирована, подчинена определённой модели, определённой форме или структуре, состоящей из одной или множества частей, подобных целому. Это может быть модель интерпсихическая, возникающая в процессе взаимодействия субъекта с социумом, проявляющаяся в виде воспитания и социализации; или модель может быть интрапсихической, то есть, возникающей внутри индивида и обуславливающей его личность и поведение [2].

Важно отметить, что восприятие окружающей действительности, по видимому, также обладает свойством фракталов; именно благодаря этому восприятие становится целостным, складывается в единую картину мира. Но что происходит, если нарушаются сами процессы восприятия, обработки и классификации информации, получаемой из окружающей действительности? Интересное предположение высказывают в данном отношении В.Д. Балин и М.В. Петров. В своей статье, посвящённой фрактальной модели мира и её нарушении у больных шизофренией, они пишут: «По нашим представлениям, у больных шизофренией нарушен процесс выявления инвариантных свойств среды, что приводит к нарушению процесса классификации поступающей информации. Затруднен процесс перехода от частных явлений к более общим. Синтезатор «требует» обобщенной и иерархизованной информации для построения картины мира, но процесс классификации нарушен. Тогда синтезатор, исходя из того, что окружающая среда построена по фрактальному принципу и что изменение масштаба отображения среды не меняет его сути, отдает команду сканеру увеличить частоту сканирования (изменить масштаб), чтобы получить недостающую информацию о среде другим способом. Но ситуация повторяется вновь, поскольку процесс получения

инвариантов в модулях нарушен, и психика попадает в замкнутый круг. Система идет «вразнос» [1].

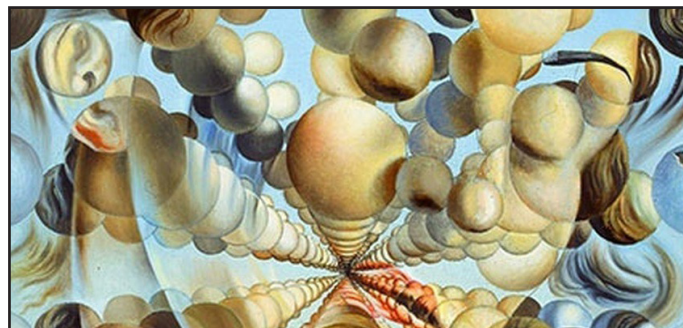


Рисунок 3. «Распад» элементов фрактала при шизофрении

Таким образом, по мнению авторов, происходит нарушение процесса восприятия окружающей действительности, модель мира распадается, расщепляется на разрозненные элементы. Можно допустить, что фрактальная природа психики обуславливает тенденцию к заполнению выпавших из единой цельной картины частей иными элементами; данная особенность может объяснить алогичность, сумбурность и разноплановость мышления больных шизофренией. В данном случае можно наблюдать сходство работы расстроенной психики с иным психологическим феноменом – цензурой, активно изучаемой в рамках одного из классических направлений психотерапии – психоанализе. Напомним, что в классическом психоаналитическом представлении под цензурой понимается психологическое образование, обладающее свойством фильтра: целью его функционирования является ограничение поступления агрессивно-тревожных импульсов из сферы бессознательного в сознание. В результате подобной «работы» происходит формирование наиболее безопасного фрактала, как внутреннего, так и внешнего. Стоит отметить, что при определённых условиях «работа» данного психологического образования нарушается и происходит процесс «заброса» тревожных элементов из бессознательного, что приводит к развитию неврозов, фобий и иных расстройств. Итак, суть психотерапии в данном случае и заключается в заполнении недостающих фрагментов для восстановления истинной картины ситуации и естественного эмоционального реагирования на неё.

Заметим, что в случае развития невроза навязчивых состояний или обсессивно-компульсивного расстройства (далее – ОКР) у субъекта происходит не расщепление цельной картины, но формирование патологически повторяющейся модели поведения (мыслей, действий, поступков), которая способствует снижению уровня тревожности и возникновению чувства удовлетворённости. При этом тревожность исчезает не полностью, но лишь уменьшается на непродолжительное время; затем вновь требуется повторение схемы действий в целях самоуспокоения. Таким образом, формируется фрактальная модель поведения при ОКР.

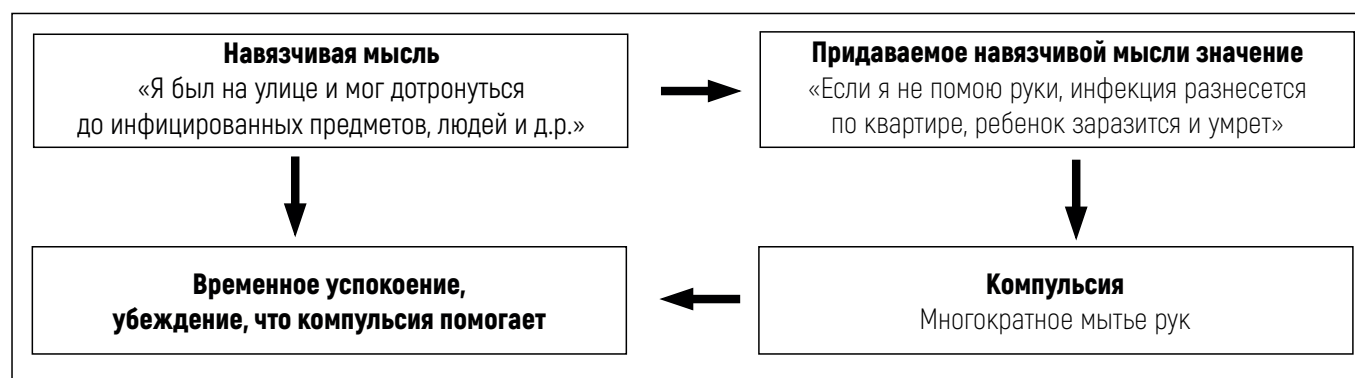


Рисунок 4. Механизм развития ОКР

Формирование неврозов происходит длительное время: в результате хронических психологических переживаний, продолжительного дистресса происходит формирование невротической модели поведения или патологического фрактала, иллюстрирующего реальность страдающего неврозом субъекта как полную опасностей. В результате невротическая модель поведения закрепляется, превращаясь в «узор» или фрактал личности.

Целью психотерапии в случае невроза навязчивых состояний является переформирование, реструктурирование ситуации и построение новой, гармоничной и здоровой, фрактальной модели поведения. Классическим методом коррекции в данном случае выступает когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

Интересным представляется формирование фрактальной модели аутизма. Кажется очевидным, что при расстройстве аутистического спектра не происходит распада или расщепления психического фрактала (или картины мира) как это свойственно при таком заболевании, как шизофрения. В данном случае, вероятно, имеет место быть врожденно измененная фрактальная модель мира, элементы которой «собраны» по специфической схеме, в которой изначально нет места общепринятым «компонентам». Подобное объяснение может быть уместным в свете знаний о существенном нарушении у больных аутизмом коммуникативного компонента (речь идет, прежде всего, о вербальной коммуникации и экспрессивной речи). Таким образом, в случае расстройства аутистического спектра фрактальное множество не распадается (как в случае шизофрении); по-видимому, оно изменено изначально, оно

изначально другое, специальное.

Примечательно, что наиболее эффективный в настоящее время метод терапии аутизма – АВА-терапия – успешно формирует навык невербальной коммуникации, но не способствует ни созданию новой картины мира, ни восстановлению элементов единой модели (фрактала), что может говорить в пользу неврологической (органической) природы аутизма в большей степени, нежели психологической (психиатрической).

Библиографический список.

1. Балин В.Д., Петров М.В. Фрактальная модель построения картины мира и её нарушения у больных шизофренией. // Вестник СПбГУ. – Сер. 16. – 2016. – Вып. 2.
2. Выготский Л.С. Психология. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.
3. Каменецкий Д.А. Неврология и психотерапия. – М.: Наука, 2005.
4. Мандельброт Б. Фрактальная геометрия природы / пер. с англ. – М.: Институт компьютерных исследований, 2002.
5. Росман С.В., Волков В.П. Фрактальная теория деятельности центральной нервной системы и морфогенез внутренних органов // Universum: Медицина и фармакология: электрон. Научн. журн. – 2015. – N 1 [14]. [Электронный ресурс] – URL: <http://7universum.com/ru/med/archive/item/1866>.
6. Снесарев П.Е. Теоретические основы патологической анатомии психических болезней. – М.: Медгиз, 1950.

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас опубликовать свои материалы в следующем номере журнала
**«ВЕСТНИК СИБИРСКОГО ИНСТИТУТА
 НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия. Регистрационный номер ПИ N ФС77-82875 от 04 марта 2022 г. Издание является официальным научным журналом открытого доступа и призвано содействовать расширению коммуникаций между специалистами, занимающимися медицинскими исследованиями.

По всем вопросам обращаться по тел.: +7 (905) 953-68-86; адрес электронной почты: science@sispp.ru.



АЛГОРИТМ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО АМБУЛАТОРНОМУ ЭТАПУ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Новиков Яков Семенович.

г. Новосибирск,

ЧУДПО «Институт переподготовки и повышения квалификации специалистов здравоохранения»,

канд. мед. наук, доцент,

jakubkrzeminski2020@gmail.com.

Воногель Вячеслав Георгиевич.

г. Смоленск,

ООО «Центр восстановительной медицины»,

директор, канд. мед. наук, доцент,

nanomedical@bk.ru.

ALGORITHM OF PRACTICAL CLASSES ON THE OUTPATIENT STAGE OF MEDICAL REHABILITATION

Novikov Yakov Semyonovich.

Novosibirsk,

Private Institution of Additional Professional Education «Institute of Retraining and Advanced Training of Healthcare Professionals»,

PhD, Associate Professor,

jakubkrzeminski2020@gmail.com.

Vonogel Vyacheslav Georgievich.

Smolensk,

LLC «Center for Restorative Medicine»,

Director, PhD, Associate Professor,

nanomedical@bk.ru.

АННОТАЦИЯ

В статье предлагается алгоритм практических занятий по переподготовке и повышению квалификации для специалистов-реабилитологов по амбулаторному этапу медицинской реабилитации с учетом принятых стандартов и новых технологий восстановительной медицины на примере патологий опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, амбулаторный этап, практические занятия, алгоритм.

ABSTRACT

The article proposes an algorithm of practical training on retraining and advanced training for rehabilitation specialists at the outpatient stage of medical rehabilitation, taking into account accepted standards and new technologies of restorative medicine on the example of pathologies of the musculoskeletal system.

Keywords: medical rehabilitation, outpatient stage, practical training, algorithm.

Амбулаторный этап медицинской реабилитации является, наряду с остальными, весьма ответственным и значимым. Данный этап имеет свои отличительные особенности, которые необходимо учитывать специалистам – реабилитологам. Данные особенности подчеркивает и определяет в новом свете появление в XXI веке инновационных технологий – в частности, аппаратной кинезиотерапии, робототехники, компьютерных технологий и других, а также новых концепций восстановительной медицины. В связи с этим на сегодняшний день амбулаторный этап медицинской реабилитации выглядит, как создающий максимальный комфорт для пациента и облегчающий многие моменты для лечащего специалиста [1, 2, 3, 4, 5]. Данную ситуацию обуславливает и бурное развитие

телемедицины, появившейся в лечебно-диагностическом арсенале еще в конце прошлого века.

При различных видах обучения реабилитологии, от переподготовки до тематического планового повышения квалификации, важнейшую роль играют практические занятия. Во время их проведения врачам и среднему медперсоналу дается то главное, что составляет их деятельность реабилитолога, – непосредственная работа с пациентом [2]. Именно на практических занятиях преподается не только суть определенных методов и технологий, не только их выполнение, но основное в клиническом подходе: лечение не болезни, а конкретного больного, перенесшего то



или иное заболевание или вмешательство. Это необходимо неукоснительно учитывать при составлении индивидуального плана реабилитации [1, 2, 5]. В соответствии с появлением новых подходов и технологий, со стандартами Минздрава, начиная от профстандарта «Специалист по медицинской реабилитации» (Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 3 сентября 2018 г. N 572н) практические занятия по амбулаторному этапу реабилитации должны проводиться по определенному алгоритму. В данной статье предлагается вариант подобного алгоритма на примере реабилитации при патологиях опорно-двигательного аппарата (ОДА) [1, 2, 4].

По нашему мнению, алгоритм может состоять в следующем:

1. В начале практических занятий даются в кратком режиме теоретические основы того, что будет являться предметом занятия.

1.1. Анатомия и физиология. Например, данные по строению позвоночника, где отдельное внимание уделяется роли глубоких околопозвоночных мышц, которые препятствуют образованию протрузий и грыж межпозвоноковых дисков, соотношению роли крупных и мелких мышц в формировании двигательной функции, нервно-мышечным связям, кровообращению и микроциркуляции [1, 4]. Данные о строении и функции суставов, составляющих их тканей и составных частей, их роли в функционировании суставов.

2. Технология NEURAC. Эта технология нервно-мышечной активации и стимуляции относится к группе методов аппаратной кинезиотерапии. Её использование в амбулаторном периоде реабилитации целесообразно и желательно. Перед ознакомлением слушателей с данной технологией следует отметить преимущества аппаратной кинезиотерапии как таковой. К ним относится пассивное положение пациента, возможность задавать необходимые характеристики воздействия. Вследствие этого процесс лечения ускоряется и оптимизируется. Далее говорится о сути технологии NEURAC. Она состоит в активной стимуляции мышечной системы в сочетании с прямым воздействием на нервную систему, также вегетативную. Технология выполняется с помощью комплекса Red Cord, изобретенного в Норвегии в начале нынешнего века. Этот комплекс потолочных подвесов, петель и зажимов различного назначения отличается от традиционных систем подвесов [4]. Пассивное положение больного позволяет с помощью комплекса Red Cord задавать множество характеристик воздействия: положение неустойчивого динамического равновесия, при необходимости производить вибрацию и осуществлять ряд упражнений пациенту во время процедуры. Важно отметить, что нагрузка при этом осуществляется на мышечную и нервную систему, но не на сердечно-сосудистую, даже при вертикальном положении больного, что важно, учитывая пожилой возраст и сопутствующие заболевания ряда больных. Эффект происходит на фоне оптимизации количественных показателей общей микроциркуляции, что свидетельствует о нем с позиций доказательной медицины

[4]. Делается акцент на том, что данная технология позволяет прицельно тренировать глубокие околопозвоночные мышцы, что невозможно при иных методах [4].

При обучении практическим навыкам преподаватель демонстрирует, а слушатель повторяет под контролем преподавателя следующие действия:

2.1. Подвес пациента в горизонтальном положении и работу на отделах позвоночника: шейном, грудном, пояснично-крестцовом.

2.2. Работа в вертикальном положении пациента, в том числе при постановке пациента на подушки баланса.

2.3. Упражнения пациента в вертикальном и горизонтальном положении.

2.4. Задания на дом пациенту необходимых упражнений для работы с различными отделами позвоночника.

Применение технологии NEURAC при заболеваниях ОДА, в частности, при дискогенных заболеваниях позвоночника, позволяет воздействовать не на симптомы заболевания (боль, двигательные нарушения и т.д.), а на его причину, таким образом, являясь этиотропным лечением. Например, тренировка и укрепление глубоких околопозвоночных мышц позволяет препятствовать прогрессированию протрузий и грыж.

3. Лечебная физкультура. Этот метод традиционно является неотъемлемой частью комплекса реабилитационных мероприятий, также в амбулаторном периоде [1, 2, 3]. ЛФК выполняет инструктор по назначению и под контролем врача, либо сам врач. Практические занятия со слушателями проводятся по следующим разделам:

3.1. Специальные упражнения для позвоночника в положении лежа, в том числе с большим тренировочным мячом.

3.2. Упражнения на тренировочных тренажерах для различных отделов опорно-двигательного аппарата.

В ходе занятий слушатели проводят упражнения ЛФК с пациентами после демонстрации упражнений инструктором или преподавателем.

4. Лечебный массаж. В комплексе реабилитации при заболеваниях опорно-двигательного аппарата лечебный массаж практически всегда входит в программу лечения [1, 2, 3]. В процессе практических занятий слушатели обучаются методикам массажа, присутствуют при работе массажиста и проводят сами заданные приемы массажа. Отдельным разделом является вакуумный массаж, где слушатели знакомятся с оборудованием и после соответствующего инструктажа выполняют действия вакуумного массажа. Вместе с тем, на занятиях по лечебному массажу демонстрируются мази и гели, используемые при массаже, а также самостоятельно, как, например, эфирные масла, используемые для кожных аппликаций после лечения для активизации кровообращения, оптимизации микроциркуляции, стимуляции мышечной активности. Показывается способ применения действующих веществ [1,



2], нанесение мазей и гелей, что повторяют слушатели.

5. Мануальная терапия. Поскольку этот вид лечения требует длительной специальной переподготовки и проводится квалифицированным специалистом [2, 3], слушатели по разделу реабилитологии знакомятся с показаниями и противопоказаниями, эффектами лечения, присутствуют на сеансах мануальной терапии, проводимых сертифицированным специалистом.

6. Физиотерапия. Практическое обучение этому разделу зависит от вида программы: переподготовки или повышения квалификации [2]. В первом случае слушатель должен обучаться всем видам физиотерапевтического лечения, оговоренных профстандартом. Во втором случае практическое обучение идет по избранным видам физиотерапии.

Примером может служить лазерофорез, активно применяемый в реабилитологии. Как любой форез, этот вид лечения сочетает в себе как лечебное действие лекарства, так и фактора, переносящего данное лекарство. Например, лазерофорез с гидрокортизоном сочетает противовоспалительное действие гидрокортизона с местным и системным действием терапевтического лазера, обезболивающим, регенеративным, антиинфламаторным. Лазерофорез с карипаином, препаратом, содержащим гиалуроновую кислоту, составляющую основу межпозвоночных дисков, сопровождается действием лазера, обладающего указанными выше свойствами. Лазерофорез осуществляется аппаратами, обладающими соответствующими характеристиками, мощностью, частотами, длинами волн, а также терминалами и насадками. Одним из примеров может служить аппарат лазерной терапии «Узор 3М» (Россия) [5].

Таким образом, преподавание физиотерапии на практическом занятии по реабилитологии имеет свои особенности, которые нельзя не учитывать в учебном процессе.

7. Телемедицина. В практике восстановительной медицины телемедицинские консультации имеют большое значение. Особенно это проявилось в период пандемии covid-19. Телемедицина может быть серьезным подспорьем для оказания помощи там, где нет центров реабилитологии и специалистов-реабилитологов, особенно в райцентрах и сельской местности. Такие консультации помогают в следующих случаях:

7.1. При первичных консультациях пациентов, подлежащих реабилитации.

7.2. При согласовании и коррекции индивидуальных планов реабилитации и абилитации.

7.3. При контроле над динамикой реабилитации.

7.4. При согласовании дополнительных консультаций, присоединения к мультидисциплинарной бригаде тех или иных специалистов.

7.5. При необходимости домашнего режима или режима

самоизоляции для пациента.

7.6. При коррекции объема и вида реабилитационных мероприятий.

Во время практического занятия у слушателей могут возникать вопросы, связанные с ведением больных на амбулаторном этапе реабилитации. Ряд вопросов может решаться также с применением возможностей телемедицины. Современный уровень информационных технологий позволяет использовать эти возможности даже в самых отдаленных местах проживания пациентов [6].

8. В планировании реабилитационного лечения, как и любого другого, для достижения значительного и стойкого эффекта необходимо учитывать состояние гомеостаза организма пациента. В первую очередь это касается стрессоустойчивости [7, 8]. Каждый человек находится в состоянии хронического стресса, при этом физиологической основой лечения является коррекция декомпенсированного стресса (дистресс) в компенсированный (эустресс) с мобилизацией механизмов адаптации. Вступает в действие фактор управляемого стресса, что достигается медикаментозной адаптогенной коррекцией, умеренными дозированными физическими нагрузками и аппаратной терапией с характеристиками нетеплового эффекта на основе гормезиса – стимулирующего (благоприятного) эффекта умеренного стресса, который позволяет организму в целом и тканям в частности справиться с последующим более жестким стрессом [7, 8]. Это справедливо для всех этапов реабилитации, включая амбулаторный.

В процессе практических занятий необходимо донести до слушателей это положение при работе с пациентами: тестировании стрессорного состояния, расчете физических нагрузок (например, в технологии NEURAC), характеристик аппаратной терапии (например, лазерофореза).

9. Амбулаторный этап реабилитации является, как все прочие, мультидисциплинарным. Если на стационарном этапе действует мультидисциплинарная бригада специалистов, то амбулаторный этап предполагает взаимодействие реабилитационного центра с другими лечебными учреждениями. Практически оно выглядит так:

9.1. Необходимость дополнительных методов обследования в случае их отсутствия в центре реабилитации. Например, МРТ при дискогенных заболеваниях позвоночника, ЭНМГ, ЭЭГ, ЭКГ и другие [5].

9.2. Необходимость консультации специалиста по профилю реабилитируемого пациента. Например, при назначении любой физиотерапии женщинам нужна консультация гинеколога на предмет отсутствия патологии, в первую очередь, онкологической. Для оценки динамики при реабилитации после оперативного вмешательства эндопротезирования сустава или удаления и протезирования межпозвоночных дисков нужна консультация травматолога-ортопеда с соответствующим инструментальным обследованием [4, 5, 6].



В процессе практических занятий слушатель должен уяснить необходимость, целесообразность и удобство подобного взаимодействия.

Следует также сказать, что перечисленные выше методы, как и любые другие, входящие в реабилитационный процесс, в совокупности составляют технологию, то есть, последовательное применение методов в различном сочетании применительно к конкретному пациенту и его состоянию [1,2,4,6]. Это необходимо довести до слушателей и закрепить в их понимании.

В заключении нельзя не отметить целесообразность указания на занятии связи практических навыков с новыми научно-практическими концепциями восстановительной медицины. Речь идет о клинической лимфологии, эндозологии [3]. Эти концепции, выдвинутые и обоснованные в XXI веке (Левин Ю.М., 2006), получают все более широкое применение в науке и практике восстановительной медицины [3]. Их практический эффект очевиден из целого ряда фундаментальных исследований, из клинической практики. Применение данных концепций на амбулаторном этапе реабилитации, как и на всех прочих этапах, убедительно доказало свою эффективность. Они используются и применяются в организации, планировании и осуществлении процесса медицинской реабилитации [3]. В силу этого в настоящее время данные инновационные концепции неотделимы от повседневной работы реабилитолога.

Библиографический список.

1. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Реабилитация в травматологии и ортопедии. 3-е издание, переработанное и дополненное, – Москва, 2021.
2. Королев А.А, Соболевская Ю.А., Рудакова С.М., Кукелев Ю.В., Камаева А.В., Шипулина Г.В., Мартынюк М.Д. Медицинская реабилитация. // Под редакцией С.С. Алексанина. – Санкт-Петербург, 2014.
3. Левин Ю.М. Новый уровень лечебной и оздоровительной медицины. // Фундаментальные исследования. – 2006. – N 10. – С. 49–55.
4. Меньшенина Ю.В. Реабилитация пациентов после эндопротезирования суставов в амбулаторных условиях. – Екатеринбург, 2018.
5. Новиков Я.С. Значение количественного анализа общей микроциркуляции организма в оценке динамики состояния больных с дискогенными заболеваниями позвоночника. // Вестник Сибирского института непрерывного медицинского образования. – Июль 2022. – С. 17–20.
6. Новиков Я.С., Воногель В.Г. Современные принципы восстановительной медицины. // Наука и социум: материалы научно-практических конференций АНО ДПО «СИППИРС» (март – май 2022) / отв. ред. Е.Л. Сорокина – Новосибирск: Изд-во АНО ДПО «СИППИРС», 2022. – С. 140–152.
7. Смитнева А.С. Гормезис как вариант тактики ведения пациентов, находящихся в хроническом стрессе. // Косметика и медицина – N3. – 2019. – С. 14–17.
8. Смитнева А.С. Стрессоустойчивость пациента, как фактор, влияющий на эффективность процедуры. // Kosmetik international – N 4. – 2019. – С. 2–9.

2 НОЯБРЯ - ДЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О СТРЕССЕ

Стресс – явление, представляющее собой реакцию человеческого организма на воздействие различного рода внешних факторов (физических, психических, эмоциональных). Но стресс – это не просто реакция. Речь идёт о внешнем воздействии нестандартного характера, когда факторы эти либо слишком интенсивны и количество их велико, либо от обратного – недостаточны их количество и интенсивность. То есть, по сути – это неспецифическая адаптация, сопровождающаяся ускоренными и усиленными мобилизационными процессами в нервной системе человека.

Стресс может быть как положительным, так и отрицательным. Чаще всего речь идёт о втором виде стресса, именуемом дистрессом. В отличие от первого, который может представлять собой неожиданные и очень эмоционально яркие и положительные факторы и способствовать мобилизации сил человека, дистресс несёт за собой апатию, уныние, истощение сил, депрессию, подрывая здоровье человека. Длительный стресс становится причиной возникновения или обострения многих заболеваний.

Специалисты обращают внимание на то, что готовность к стрессовым нагрузкам у людей разная и зависит это от многих факторов. В первую очередь, стрессоустойчивость обеспечивается благодаря здоровому образу жизни. Специалисты по стресс-менеджменту рекомендуют отдавать предпочтение отдыху на природе и свежем воздухе, правильно выстраивать своё рабочее время и жизненный ритм, давать организму достаточное время для отдыха и сна, отдавать предпочтение здоровой, разнообразной пище и сбалансированному питанию.

Необходимо помнить и о том, что избежать стрессовых нагрузок полностью просто невозможно! Именно поэтому к ним нужно быть готовыми, умея «держат удар» повседневных забот и окружающей действительности, тем более, что существуют выработанные технологии управления стрессовой нагрузкой.



ПЕРФЕКЦИОНИЗМ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА: ВИДЫ, ПРИЗНАКИ, РОЛЬ СЕМЬИ

Мачурина Татьяна Николаевна.

г. Новосибирск,

ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина»,

медицинский психолог, патопсихолог,

tama86@yandex.ru.

PERFECTIONISM IN THE PRACTICE OF A CLINICAL PSYCHOLOGIST: TYPES, SIGNS, ROLE OF THE FAMILY

Machurina Tatyana Nikolaevna

Novosibirsk city,

PIU «Central Clinical Hospital «RZD-Medicine»,

medical psychologist, pathopsychologist

АННОТАЦИЯ

Данная статья посвящена рассмотрению невротических форм перфекционизма, его признакам и особенностям влияния на личностное становление и поведение субъекта в социуме. В своей работе автор раскрывает механизмы формирования невротического перфекционизма, приводит случай из практики, расскрывает вопрос о мерах профилактики развития невротического перфекционизма.

Ключевые слова: перфекционизм, невротический перфекционизм, семья, стиль воспитания, депрессия, тревожность, тревожное расстройство, личность, когнитивные искажения, когнитивные схемы.

Перфекционизм или «синдром отличника», как его иногда называют, может быть адаптивным механизмом личностной самореализации, позволяющей субъекту преодолевать препятствия и успешно добиваться поставленной цели. Однако, при определённых условиях, перфекционизм может стать дезадаптивным или невротическим личностным формированием, существенно усложняющим жизнь как самому человеку, так и окружающим его людям.

В настоящее время на смену одностороннему представлению о перфекционизме как о стремлении ставить перед собой заведомо недостижимые цели пришла новая модель, заключающая в себе многофакторный подход к данной проблематике. С.В. Воликова приводит пример британской шестифакторной модели перфекционизма, включающей не только высокие личностные ориентиры, но и постоянные сомнения в своих поступках и решениях, сосредоточенность на ошибках, высокие ожидания родителей, педантичная приверженность к порядку, гиперответственность [1].

Канадские исследователи выделяют следующие формы перфекционизма [1]:

1. «Я-адресованный» перфекционизм выражается в строжайших рамках поведения и завышенных стандартах,

ABSTRACT

This article is devoted to the consideration of neurotic forms of perfectionism, its signs and features of influence on the personal formation and behavior of the subject in society. In his work, the author reveals the mechanisms of the formation of neurotic perfectionism, gives a case from practice, tells the question of measures to prevent the development of neurotic perfectionism.

Key words: perfectionism, neurotic perfectionism, family, parenting style, depression, anxiety, anxiety disorder, personality, cognitive distortions, cognitive schemas.

постоянной самооценке и самооценивании, беспрерывное и претенциозное стремление к совершенству, неспособность прощать себя за ошибки, концентрация на неудаче.

2. «Социально-предписываемый» перфекционизм заключается в стремлении субъекта соответствовать ожиданиям его окружения. Воспринимая требования значимых других как чрезмерно строгие и трудновыполнимые, человек чувствует себя не в состоянии им соответствовать.

3. Перфекционизм, адресованный другим людям, предполагает предъявление субъектом постоянных высоких требований к окружающим его людям. Человек всё время стремится «переделать» своё окружение, пытается навязывать другим нереалистичные стандарты, требует от близких людей соответствия его представлениям об идеале, что нередко приводит к нарушению доверия и конфликтам с окружающими. Важно отметить, что даже если окружающие люди пытаются соответствовать предъявляемым им требованиям, перфекционист всё равно останется недовольным и не прекратит своих «наравоучений».

4. Перфекционизм, адресованный миру в целом, заключается в предъявлении субъектом требований не только к своей собственной семье или рабочему коллективу, но и



ко всему миру в целом. Такой человек с трудом уживается с несовершенством этого мира, искренне не понимает, почему мир не может быть идеальным, ведь всё в нём должно быть правильным, честным и справедливым. Перфекционист уверен, что подобного идеала не только можно, но и должно достичь.

В нашей стране научные исследования перфекционизма как отдельного психологического феномена началось примерно в 90-ых годах XX века в лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ. В результате длительной систематической работы А.Б.Холмогоровой и Н.Г.Гаранян была предложена отечественная модель невротического (патологического) перфекционизма:

1. «Нарциссический» перфекционизм, который можно определить как «доминирование мотивации достижения совершенства и получения одобрения и восхищения, в ущерб всем другим мотивам, превращение достижения и признания в главный смысл жизни» [5].

2. «Обсессивно-компульсивный» перфекционизм определяется следующим образом: «идеализированный образ Я не вытесняет в такой степени все другие мотивы и содержательные интересы», наряду с потребностью в совершенстве, сохраняется заинтересованность не только в результате, но и в самой деятельности» [5].

А.Б. Холмогоровой был выделен ещё один тип перфекционизма – физический перфекционизм – отражающий стремление субъекта к физическому (телесному) идеалу [8].

В чём заключается глобальное отличие между здоровым (адаптивным) уровнем перфекционизма и невротическим (дезадаптивным)?

Субъект, обладающий здоровым перфекционизмом, наделён лидерскими качествами и стремится к успеху, но способен критически оценивать свои способности и в силу последнего имеет адекватный уровень притязаний. Он ставит перед собой высокие цели и сложные задачи, но такие, с которыми он способен справиться. Такой человек уверен в себе и уравновешен, способен получать удовольствие от процесса работы, оценивает положительный опыт даже в случае неудачи, может видеть ситуацию с разных ракурсов. Здоровый перфекционист способен не концентрироваться исключительно на неудаче; он делает выводы и ищет новые пути решения проблемной ситуации. Таким образом, в данном случае мотивацией достижения выступает получение удовольствия от самореализации.

В случае с невротическим перфекционизмом мотивацией выступает страх отвержения или лишения любви в случае, если человек окажется «неидеальным». В подобном случае субъект стремится одержать победу любой ценой. Человек с невротическим уровнем перфекционизма концентрирует внимание исключительно на неудаче, его восприятие окружающего сужено, а суждения

предвзяты и субъективны. Представления невротического перфекциониста ограничиваются непоправимостью неуспеха, а не истинным стремлением к достижению цели. Он не способен посмотреть на проблемы с разных точек зрения, ему свойственна катастрофизация и иные когнитивные искажения. Таким образом, достижение заветного, подчас фантастического, результата превращается в сверхценную идею, полностью поглощающую человека. Важно подчеркнуть, что, поставив перед собой грандиозные задачи, невротический перфекционист стремится доказать окружающим свою ценность, значимость, заслужить любовь и уважение. Таких людей отличает повышенный уровень тревожности, доходящий в некоторых случаях до тревожного расстройства. Невротический перфекционист не способен получить истинное эстетическое удовольствие от созерцания прекрасной картины, размышляя лишь о том, что сам он никогда не сможет написать подобного полотна. Невротический перфекционизм часто коррелирует с депрессиями и обсессивно-компульсивными расстройствами (ОКР), социальными фобиями и нарушениями пищевого поведения [2, 3, 4].

Каковы же основные факторы, приводящие к развитию невротического перфекционизма?

А.Б. Холмогорова и С.В. Воликова говорят о влиянии роли семьи и стиля семейного воспитания в развитии личностных невротозов [6,7]. Среди множества факторов можно выделить дисфункциональные когнитивные схемы [6], формируемые взрослыми у детей в процессе их воспитания и развития. Примером может служить воспитание по типу «всё или ничего»: систематическое и бескомпромиссное внушение ребёнку, что если он не сможет закончить школу с золотой медалью или победить в соревновании, или лучше всех выступить с прочтением стихов и т. д., то он никогда и ничего не сможет добиться в жизни. Воспитание по принципу «всё или ничего», формирующее поляризованное мышление, приводит к развитию у ребёнка когнитивных искажений: он не умеет проигрывать, не может учиться на собственных ошибках, искать новые решения, преодолевать трудности. Даже единичная незначительная ситуация неуспеха превращается в его глазах в гибель всего мира. Родительские установки на свободное владение двумя иностранными языками до школы, исключительно первые призовые места в конкурсах и соревнованиях, отличную учёбу в физико-математическом лицее часто являются не признаком заботы о будущем ребёнка, но стремлением к собственной самореализации, желанием доказать свою уникальность собственным родителям или близкому окружению через искусственно создаваемую уникальность собственного ребёнка. Важную роль в формировании невротического перфекционизма играет и авторитарный стиль родительского воспитания, заключающийся в бескомпромиссности и жёсткости требований, предъявляемых к ребёнку, а при любом неповиновении – навязывании ему чувства вины,



манипулировании его привязанностью и зависимостью от родителей.

Случай из практики.

На приём к автору пришла мама с четырнадцатилетней дочерью. Мама девочки, как и бабушка, в прошлом – балерины. Девочка также занимается балетом. Причиной обращения послужила обеспокоенность мамы относительно того, что дочь мало ест и в последнее время сильно похудела. Девочка предъявляет жалобы на утомляемость, плаксивость, постоянно «грустные мысли». Исходя из анамнеза, предоставленного матерью, беременность протекала без патологий, девочка родилась в срок, самостоятельно, без вспоможения. Росла и развивалась нормально, в сад пошла с 3-х лет. У невролога не наблюдалась. Хронических заболеваний не имеет. Была общительным, жизнерадостным, спокойным ребёнком. Со слов мамы, девочка «всегда была малоежкой». С рождения воспитывалась мамой, отца не знала (произошёл развод до рождения ребёнка по причине увлечённости балетной карьерой, которую мама описывает как «очень тяжёлую», «вымученную», «с высокой долей конкуренции», доставшуюся «потом и кровью»). По словам мамы, «всегда стремилась воспитать в дочери волю, тягу к конкуренции и победе, стремление быть первой, и никогда – второй». По словам мамы девочки, она сама воспитывалась в семье без отца. Отношения с собственной матерью (бабушкой девочки) характеризует как «прохладные, отстранённые» по причине «излишней требовательности, гиперопеки». Отношения с дочерью характеризует как «тёплые, доверительные».

Согласно осмотру, девочка астенического телосложения. Держится скованно, тревожна. Апатична, истощаема. При ответах на вопросы ищет одобрения матери. Отмечается сильная эмоциональная привязанность к матери. Критика к своему состоянию сохранена, подтверждает, что сознательно начала ограничивать себя в приеме пищи, так как не хочет «набирать вес». Жалуется на то, что «стало тяжело заниматься балетом», «не хватает сил на учёбу», «сложно сосредоточить внимание», «стала более рассеянной». Отношения с мамой характеризует как «теплые»; при этом говорит о «сильной опеке со стороны мамы». Друзей практически не имеет, так как в «классе никто не интересуется балетом, а в балетном классе все девочки – конкурентки». Также отмечает, что «для балета масса тела – критически важна».

В ходе дальнейшего общения было выявлено, что мама девочки придерживалась идей строгого контроля веса, постоянно вела беседы на эту тему с бабушкой и подругами (коллегами по балету) в присутствии дочери, также в её присутствии критиковала и высмеивала людей, чьи физические пропорции не соответствовали её представлениям о совершенстве. В семье всегда был скудный набор питания, одобряемый мамой. Девочку с детства окружали журналы и пособия о том, какой должна быть «идеальная фигура», её окружали люди, для которых,

как и для мамы, худоба являлась сверхценной идеей.

Таким образом, девочке давались косвенные указания на то, какой она должна быть и чем заниматься, чтобы нравиться маме и получать от неё любовь (быть худой, заниматься балетом). Следует отметить, что сама девочка критически относилась к своему состоянию, однако страх обидеть маму мешал высказать своё мнение. Важно подчеркнуть, что мама была искренне удивлена тому, что её ребёнок боится сказать ей о своих переживаниях.

В результате нескольких встреч с психологом ситуация была решена: мама и дочь сумели выстроить границы в общении, сохранив самые тёплые и доверительные взаимоотношения. Мама узнала о собственных интересах и стремлениях дочери и смогла принять то, что дочь не планирует связывать своё будущее с балетом. Рацион питания ребёнка стал более разнообразным, её вес стал соответствовать возрастной норме, ушли эмоциональная лабильность и апатия, появились новые друзья и собственные интересы: девочка увлеклась робототехникой.

Как видно из приведённого примера, невротический перфекционизм, в нашем случае усугубляемый особенностями профессии, может передаваться в качестве деструктивной когнитивной схемы поведения из поколения в поколение. В приведённом случае в психологической помощи нуждалась мама ребёнка, которая сама воспитывалась в семье без отца авторитарной матерью и, восприняв невротический стиль поведения и мышления, косвенно сообщала его собственному ребёнку. Соответственно, ей была предложена индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия, являющаяся на сегодняшний день эталонным методом терапии личностных и тревожных расстройств.

Перечислим некоторые моменты, на которые нужно обратить внимание в целях профилактики развития невротического перфекционизма:

1. Идеальных людей не существует, как не существует общего и единого для всех понятия идеала. Следовательно, каждый человек с самого рождения – неидеален. И в этом наше преимущество, ведь так мы приобретаем исключительное право на индивидуальность.
2. Ребёнок – отдельная и уникальная личность, но не продолжение личности его родителя, не его собственность. Каждый ребёнок получает свою жизнь для того, чтобы жить самому и реализовывать свой жизненный путь, но не выступать в роли реализации родительских мечтаний или исправлении их собственных жизненных ошибок.
3. Ребёнок не должен продолжать дело своих родителей, если в силу некоторых причин не может или не хочет этого делать.
4. Каждый человек обладает в силу собственной биологии набором индивидуальных особенностей, которые могут не соответствовать предъявляемым к нему социумом требованиям.



5. Наличие разнообразных увлечений вовсе не предполагает и не требует достижения мировой славы по каждому из них; напротив, эффективнее сконцентрировать внимание на том занятии или предмете, который удаётся ребёнку лучше всего, исходя из его индивидуальных особенностей и предпочтений.
6. Необходимо учить ребёнка принимать проигрыш, правильно реагировать на ошибки, конструктивную критику и справедливые замечания в его адрес (нужно это делать собственным примером, а не на словах).
7. Важно понимать, что, если у ребёнка что-либо получается не так хорошо, быстро и легко, как у сверстника, одноклассника, сына коллеги и т. д., это не делает его менее способным, умным или талантливым. Это не означает, что он ленив или просто не мотивирован. Каждый из нас может быть менее успешен в одной области и более успешен – в другой. Это лишний раз подчёркивает лишь то, что у каждого есть индивидуальные особенности, что необходимо учитывать.
8. Не следует устраивать конкуренцию между детьми по принципу «выше, дальше, сильнее».
9. Цель любого воспитания – вырастить нравственно и психологически здоровую личность, способную любить и трудиться. Воспитать психологически здоровую личность может только психологически здоровая личность, именно поэтому необходимо критически оценивать собственное эмоциональное состояние, не допускать, чтобы оно сказывалось негативным образом на эмоциональном благополучии ребёнка, который формирует собственную когнитивную модель мира, наблюдая и участвуя у родителей, тонко реагируя на их чувства и переживания.

Библиографический список.

1. Воликова С.В. Современные исследования детского перфекционизма // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012 – Т 22, N 2 – С. 97.
2. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия, тревога // МПЖ, 2001, N 4. – С.18–48.
3. Гаранян Н.Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств: Автореф. дисс.... докт. психол. наук. М.: МГУ, 2010. С. 42
4. Гаранян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Терапия психических расстройств. – 2006. – N 1. – С. 23–31.
5. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Нарциссизм, перфекционизм и депрессия // Московский психотерапевтический журнал. – 2004. – N 1. – С. 18–35.
6. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах (на примере тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств) // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – N 4. – С. 49–61.
7. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Семейный контекст расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т 14. – N 2. – С. 11–20.
8. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. М.: МНИИ психиатрии МЗ РФ, 2006. С.54.

20 НОЯБРЯ - ДЕНЬ ПЕДИАТРА

Значение педиатра в жизни людей трудно переоценить. Забота о здоровье ребёнка становится одной из основных в жизни родителей после появления на свет малыша. Хороший детский врач для родителей становится надёжной опорой на долгие годы. Забота о будущем семьи, общества и государства – так можно охарактеризовать в глобальном масштабе труд и специфику работы детских врачей.

Несмотря на постоянное развитие медицины, в том числе и педиатрии, на Земле остаётся ещё много очагов, где уровень детской смертности, вызванный инфекционными заболеваниями, низким уровнем культуры родителей, недоеданием и антисанитарными условиями остаётся высоким. Дети, так же, как и пожилые люди относятся к наименее защищённой категории граждан. Это требует от государств особого внимания.

Российские врачи внесли огромный вклад в развитие педиатрии. Российская школа педиатрии знаменита такими именами, как С.Ф. Хотовицкий, Н.А. Тольский, Н.Ф. Филатов, Н.П. Гундобин, Г.Н. Сперанский, Н.С. Корсаков, В.И. Молчанов, Ю.Ф. Домбровская, А.А. Баранов, Л.М. Рошаль и многие другие.

Традиционно День педиатра отмечается благотворительными акциями, медицинскими симпозиумами, конференциями. Обмен опытом и медицинское просвещение в области педиатрии становятся основными темами подобных мероприятий.



АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БАТАЙСКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Мирошниченко Елена Викторовна.

г. Батайск (Ростовская область),
филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РО» в г. Ростове-на-Дону,
заведующий отделом гигиены и эпидемиологии, врач по гигиене труда

Натыкач Ирина Анатольевна.

г. Батайск (Ростовская область),
филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РО» в г. Ростове-на-Дону,
заведующий санитарно-гигиенической лабораторией

Беспалько Елена Борисовна.

г. Батайск (Ростовская область),
филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РО» в г. Ростове-на-Дону,
врач по общей гигиене

Крапивка Оксана Владимировна.

г. Батайск (Ростовская область),
филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РО» в г. Ростове-на-Дону,
помощник врача по гигиене детей и подростков

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF THE POPULATION OF THE CITY OF BATAYSK WITH MALIGNANT NEOPLASMS

Miroshnichenko Elena Viktorovna.

Bataysk (Rostov region),
branch of the FBUZ «Center for Hygiene and Epidemiology in the Regional District» in Rostov-on-Don,
manager department of hygiene and epidemiology, occupational health doctor

Natykach Irina Anatolyevna.

Bataysk (Rostov region),
branch of the FBUZ «Center for Hygiene and Epidemiology in the RO» in Rostov-on-Don,
head of the sanitary-hygienic laboratory

Bespalko Elena Borisovna.

Bataysk (Rostov region),
branch of the FBUZ «Center for Hygiene and Epidemiology in the Regional District» in Rostov-on-Don,
general hygienist

Krapivka Oksana Vladimirovna.

Bataysk (Rostov region),
branch of the FBUZ «Center for Hygiene and Epidemiology in the Regional District» in Rostov-on-Don,
assistant doctor for hygiene of children and adolescents

АННОТАЦИЯ

В работе представлен анализ злокачественных новообразований за период 2017-2021 гг. Динамика онкопатологических процессов свидетельствует, что в 2021 году в сравнении с 2017 годом по г. Батайску смертность уменьшилась на 1,06 %, контингент (число больных, состоящих на учете на конец отчетного года) уменьшилась на 8,4 %, первичная заболеваемость уменьшилась на 11,41 %.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, онкопатологические процессы, Батайск.

К числу наиболее информативных показателей здоровья на популяционном уровне при ведении социально-гигиенического мониторинга относится заболеваемость злокачественными новообразованиями, что обусловлено, в частности, ее широкой распространенностью; высокой социальной и экономической

ABSTRACT

The paper presents an analysis of malignant neoplasms for the period 2017-2021. The dynamics of oncopathological processes indicates that in 2021, compared to 2017, in Bataysk, mortality decreased by 1.06%, the contingent (number of patients registered at the end of the reporting year) decreased by 8.4%, primary morbidity decreased by 11.41%.

Key words: malignant neoplasms, oncopathological processes, Bataysk

значимостью; тяжестью клинического течения и приоритетностью среди причин смертности, а также наличием многочисленных научных данных об этиологической роли популяционных и индивидуальных факторов риска.

Злокачественные новообразования являются второй



остройшей проблемой современной медицины. Специалисты называют злокачественные новообразования «убийцей № 2», отмечая тем самым, что во многих странах мира злокачественные новообразования занимают второе место (после заболеваний системы кровообращения) среди причин смерти. Прежде всего, этим, а также высокими экономическими потерями вследствие преждевременной смертности и инвалидизации объясняется социально-гигиеническое значение таких заболеваний. Кроме того, злокачественные новообразования характерны фатальной обреченностью для больных при многих локализациях.

Вторая половина XX века характеризуется активным ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями населения большинства территорий земного шара, и этот факт связывают с качественным изменением состояния внешней среды. Согласно общепринятой в настоящее время концепции, среди факторов возникновения и развития злокачественных новообразований наиболее неблагоприятным является образ жизни (45 %), загрязнение внешней среды (19 %), генетический риск (26 %).

Главным учреждением по проблеме «Злокачественные новообразования» является Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена. В числе его сотрудников более 40 докторов и 100 кандидатов наук. Институт является лидером в разработке органосохраняющего, комбинированного и комплексного лечения злокачественных новообразований. Он осуществляет методическое руководство работой краевых и областных онкологических диспансеров. По линии академии медицинских наук (АМН) ведущим является Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина Российской академии медицинских наук (РАМН). Это одно из крупнейших медицинских учреждений мира в котором работает около 3000 человек, из них более 700 – научные сотрудники. В состав центра входят четыре института: НИИ клинической онкологии, НИИ детской онкологии и гематологии, НИИ канцерогенеза, НИИ экспериментальной диагностики и терапии опухолей. На базе центра работают 5 кафедр онкологии. Ведется обширное научное сотрудничество с международными организациями в области онкологии.

В Санкт-Петербурге работает НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова и его сотрудники представляют все области клинической и экспериментальной онкологии.

Другим крупнейшим онкологическим учреждением России является Ростовский НИИ онкологии.

Заболеваемость населения города Батайска злокачественными новообразованиями (368,00 на 100 тыс. населения) в течение последних 5-ти лет уменьшилась на 11,41 % и в 2021 году превышает среднеобластной показатель (310,70 на 100 тыс. населения).

Смертность населения города Батайска от злокачественных новообразований (143,59 на 100 тыс. населения) в течение последних 5-ти лет уменьшилась на 1,06 % и в 2021 году не превышала среднеобластной показатель (119,65 на 100 тыс. населения).

Структура заболеваемости.

1 место – рак молочной железы – (13,4 %); 2 место – другие

новообразования кожи (без меланомы) – (13,0 %); 3 место – рак легких, трахеи, бронхов – (9,8%); 4 место – рак прямой кишки, РСС, ануса – (7,8 %); 5 место – рак ободочной кишки – (6,8 %).

Среди детского населения (0–14 лет) г. Батайска в 2017 году зарегистрировано 6 случаев злокачественных новообразований (26,05 на 100 тыс. детского населения).

Среди детского населения (0–14 лет) г. Батайска в 2018 году зарегистрировано 3 случая злокачественных новообразований (12,47 на 100 тыс. детского населения).

Среди детского населения (0–14 лет) г. Батайска в 2019 году зарегистрировано 2 случая злокачественных новообразований (8,08 на 100 тыс. детского населения).

Среди детского населения (0–14 лет) г. Батайска в 2020 году зарегистрировано 3 случая злокачественных новообразований (12,20 на 100 тыс. детского населения).

Среди детского населения (0–14 лет) г. Батайска в 2021 году зарегистрировано 5 случаев злокачественных новообразований (21,7 на 100 тыс. детского населения).

Нацпроектом «Здравоохранение» предусмотрена серьезная модернизация системы онкологической помощи, в результате чего она станет еще доступнее. В рамках реализации нацпроекта в Ростовской области уже разработана и внедряется региональная программа «Борьба с онкологическими заболеваниями». Одна из ее главных целей – снижение смертности от новообразований.

Надо отметить, что смертность от онкологических заболеваний в Ростовской области в общей структуре смертности находится на втором месте. И одна из задач, которая стоит перед донскими медиками на ближайшие несколько лет, – снизить смертность от новообразований, в том числе от злокачественных, к 2024 году до 167,9 случаев на 100 тысяч населения. За каждым – человеческая жизнь. К слову, борьба с онкологическими заболеваниями на Дону была приоритетной задолго до появления 204-го майского Указа Президента РФ. Реализовывалась целевая программа «Онкология», позже был нацпроект «Здоровье», и вот теперь – «Здравоохранение». И результаты уже впечатляют. Выросла и пятилетняя выживаемость пациентов с онкологией в Ростовской области. А к 2024 году она должна составить 57,8 %, увеличившись почти на 3 % [с 2017 года]. По мнению специалистов, важным показателем является и выявление рака на ранней стадии. В 2017 году выявляемость на первой и второй стадиях составила 56,3 %, но к 2024 году необходимо достичь 63 %.

Чтобы добиться еще лучших показателей, запланированы конкретные шаги. Они направлены, прежде всего, на повышение качества и доступности оказания онкологической помощи.

Библиографический список.

1. Аналитические материалы по г. Батайску филиала ФБУЗ «ЦГиЗ в РО» в г. Ростове-на-Дону за 2019–2021 гг.
2. Быковская Т. «Главное – сохранить жизнь»: В Ростовской области заподозрить, а в отдельных случаях обнаружить рак на ранней стадии может уже участковый врач // Комсомольская правда. URL: <https://www.rostov.kp.ru/daily/27041/4107150/> (дата обращения: 11.10.2022)
3. Клинические рекомендации по онкологии / под ред. проф. В.Г. Лалетина и проф. А.В. Щербатых. – Иркутск: Иркут. гос. мед. ун-т, 2009 – 149 с.



АНАЛИЗ ОТРАВЛЕНИЙ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА БАТАЙСКА

Мирошниченко Елена Викторовна.

г. Батайск (Ростовская область),

филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РО» в г. Ростове-на-Дону,

заведующий отделом гигиены и эпидемиологии, врач по гигиене труда

Натыкач Ирина Анатольевна.

г. Батайск (Ростовская область),

филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РО» в г. Ростове-на-Дону,

заведующий санитарно-гигиенической лабораторией

Беспалько Елена Борисовна.

г. Батайск (Ростовская область),

филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РО» в г. Ростове-на-Дону,

врач по общей гигиене

Крапивка Оксана Владимировна.

г. Батайск (Ростовская область),

филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РО» в г. Ростове-на-Дону,

помощник врача по гигиене детей и подростков

ANALYSIS OF POISONING OF CHEMICAL ETIOLOGY IN THE TERRITORY OF THE CITY OF BATAYSK

Miroshnichenko Elena Viktorovna.

Bataysk (Rostov region),

branch of the FBUZ «Center for Hygiene and Epidemiology in the Regional District» in Rostov-on-Don,

manager department of hygiene and epidemiology, occupational health doctor

Natykach Irina Anatolyevna.

Bataysk (Rostov region),

branch of the FBUZ «Center for Hygiene and Epidemiology in the RO» in Rostov-on-Don,

head of the sanitary-hygienic laboratory

Bespalko Elena Borisovna.

Bataysk (Rostov region),

branch of the FBUZ «Center for Hygiene and Epidemiology in the Regional District» in Rostov-on-Don,

general hygienist

Krapivka Oksana Vladimirovna.

Bataysk (Rostov region),

branch of the FBUZ «Center for Hygiene and Epidemiology in the Regional District» in Rostov-on-Don,

assistant doctor for hygiene of children and adolescents

АННОТАЦИЯ

Проведен анализ острых отравлений химической этиологии на территории города Батайска за 2019-2022 год.

Ключевые слова: отравления химической этиологии, Батайск.

ABSTRACT

An analysis of acute poisoning of chemical etiology in the city of Bataysk for 2019-2022 was carried out.

Key words: poisoning of chemical etiology, Bataysk.

Современный этап развития человеческого общества характеризуется бурным развитием техники, промышленности, огромными достижениями науки, что создает новые блага для общества, улучшая условия трудовой деятельности и отдыха людей. Однако развитие техники в ряде случаев

увеличивает опасность неблагоприятных воздействий на человека. Пропорционально урбанизации населения и росту потребления химических средств в домашнем хозяйстве возрастает частота острых отравлений.

Отравления являются постоянной проблемой клинической



медицины, поскольку в окружающей человека среде всегда существуют химические вещества, обладающие токсическими свойствами. Однако особую актуальность эта проблема приобрела с развитием химии, особенно химических веществ, широко применяемых для промышленных, сельскохозяйственных, бытовых, медицинских и других целей. Многие из них при неправильном использовании и хранении становятся причиной острых и хронических отравлений.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в 2010 году от отравлений погибло 187,7 тыс. человек, из них 17,5% дети.

В Ростовской области в рамках социально-гигиенического мониторинга с 2008 года ведется анализ острых отравлений химической этиологии по данным персонифицированного учета экстренных извещений о случае острого отравления химической этиологии (форма №58-1/у) в автоматизированной системе АС «СГМ» с формированием статистической отчетной формы №12–15 «Сведения о результатах токсикологического мониторинга». Работа осуществляется в соответствии с Постановлением главного государственного санитарного врача по Ростовской области от 28.12.2015 г. №11 «О ведении специального учета и регистрации острых отравлений химической этиологии».

В городе Батайске организована работа по предоставлению экстренных извещений на острые отравления (форма №58-1/у), медицинскими учреждениями в филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» в городе Ростове-на-Дону, включая в себя персонифицированный сбор данных об острых отравлениях среди населения.

За 2021 год в городе Батайске было зарегистрировано 44 случая острых отравлений химической этиологии (далее по тексту – ООХЭ) (бытовые, производственные, техногенные); летальных исходов не зарегистрировано.

В 2021 году в сравнении с 2019 годом показатель ООХЭ уменьшился на 45,8% и составил 34,3 на 100 тыс. населения (в 2020 году – 47,6 на 100 тыс. населения).

В структуре острых отравлений химической этиологии в 2021 году в г. Батайске на первом месте отравления другими мониторируемыми видами – 26 случаев (59,09% от общего числа случаев), из них токсическое действие органических растворителей – 1 случай, токсическое действие других газов, дымов и паров – 3 случая, токсическое действие пестицидов – 1 случай; токсическое действие других и неуточненных веществ – 21 случай; на втором месте отравления лекарственными препаратами – 18 случаев (40,9% от общего числа отравлений среди детей).

В 2021 году в городе Батайске в сравнении с 2019 годом отмечено снижение удельного веса ООХЭ среди взрослого населения на 7,6% и среди детского населения на 1,6% и увеличение удельного веса ООХЭ среди подросткового населения на 87,6%.

Среди острых отравлений химической этиологии

отравления, связанные со случайными обстоятельствами приема, – 40,9% от общего числа случаев; преднамеренный прием – 31,8% от общего числа случаев и неопределенное (другое) – 27,2% от общего числа случаев.

В 2021 году зарегистрировано 14 случаев острых отравлений химической этиологии, связанных с преднамеренным приемом химических веществ, из которых первое место занимает прием с целью суицида – 11 случаев, второе место занимает с целью одурманивания – 2 случая, третье место занимает наркотический прием – 1 случай.

В 2021 году зарегистрировано 18 случаев острых отравлений химической этиологии, связанных со случайным приемом химических веществ, из которых на первом месте ошибочный прием – 11 случаев, на втором месте неопределенные обстоятельства – 7 случаев.

В 2021 году зарегистрировано 12 случаев отравлений химической этиологии с неопределенным обстоятельством приема. Случаев с летальным исходом не зарегистрировано.

Анализируя социальное положение пострадавших, выявлено, что наибольшее число случаев отравлений зарегистрировано среди безработных – 21 случай (47,7% от общего числа случаев); на втором и третьем местах школьники и неорганизованные дети – по 7 случаев (по 15,9% от общего числа случаев); на четвертом месте пенсионеры – 5 случаев (11,3% от общего числа случаев); на пятом месте – дети, посещающие ДДУ и работающее население – по 2 случая (по 4,5% от общего числа случаев).

В 2021 году в городе Батайске зарегистрировано среди мужчин – 24 случая (54,5% от общего числа случаев), среди женщин – 20 случаев (45,4% от общего числа случаев). Случаи с летальным исходом не зарегистрированы.

В 2021 году наибольшее число острых отравлений химической этиологии зарегистрировано среди лиц 26–39 лет – 10 случаев (22,7% от общего числа случаев); на втором месте дети от 0 до 6 лет – 9 случаев (20,4% от общего числа случаев), на третьем месте дети от 7 до 17 лет – 8 случаев (18,1% от общего числа случаев), на четвертом месте среди лиц 60 лет и старше – 5 случаев (по 11,3% от общего числа случаев), на пятом, шестом и седьмом местах среди лиц 18–25 лет, 40–49 лет и 50–59 лет – по 4 случая (по 9,09% от общего числа случаев).

В 81,8% (36 случаев) зарегистрированных случаев отравлений место приобретения химического вещества неизвестно; 18,1% (8 случаев) – аптека.

В 2021 году преобладали индивидуальные случаи острых отравлений – 42 (95,4% от общего числа случаев). Зарегистрировано 2 случая (4,5% от общего числа случаев) семейных отравлений. Случаев массовых отравлений в 2021 году не зарегистрировано.

В 2021 году зарегистрировано 15 случаев острых отравлений среди детей (0–14 лет) (34,09% от общего числа случаев). Случаев отравлений с летальным исходом среди



детей города Батайска в 2021 году не зарегистрировано.

В структуре причин отравлений среди детей (0–14 лет) г. Батайска преобладают отравления другими мониторируемыми видами – 9 случаев (60,0% от общего числа отравлений среди детей); на втором месте отравления лекарственными препаратами – 6 случаев (40,0% от общего числа отравлений среди детей). В большинстве случаев отравления детей происходили в результате недосмотра родителей при ошибочном приеме лекарственных препаратов.

В 2021 году было зарегистрировано 2 случая отравлений другими мониторируемыми видами среди подростков (15–17 лет) (4,54% от общего числа случаев), без летального исхода.

В 2021 году случаев отравлений спиртосодержащей продукцией не зарегистрировано. В 2020 году был зарегистрирован 1 случай отравлений спиртосодержащей продукцией, что составило 1,6 на 100 тыс. населения. В 2019 году было зарегистрировано 4 случая отравлений спиртосодержащей продукцией, что составило 4,9 на 100 тыс. населения. Причинами острых отравлений в 2019–2020 гг. являются: токсическое действие этилового спирта, этанола, спиртов неуточненного характера, в т.ч. суррогатов алкоголя.

Случаев отравлений наркотическими веществами в 2020 году не зарегистрировано. В 2019 и 2021 годах зарегистрировано по 1 случаю острого отравления наркотическими веществами (1,2% от общего числа случаев – в 2019 г. и 2,27% от общего числа случаев – в 2021 г.) среди взрослого населения.

Острые воздействия, более 98% которых ныне происходят в бытовых условиях, являются важной составляющей химической нагрузки урбанизированной окружающей среды на человека и причинами группы неинфекционных заболеваний – острых химических отравлений.

За период 2019–2021 гг. в городе Батайске отмечается уменьшение показателя острых отравлений химической этиологии. В структуре причин ведущие места занимают отравления другими мониторируемыми видами. В 2021 году в сравнении с 2019 годом показатель ООХЭ уменьшился на 45,8%.

В 2021 году в городе Батайске в сравнении с 2019 годом отмечено снижение удельного веса ООХЭ среди взрослого населения на 7,6% и среди детского населения на 1,6% и увеличение удельного веса ООХЭ среди подросткового населения на 87,6%.

Большая часть пострадавших относится к группе лиц трудоспособного возраста. Острые отравления химической этиологии в городе Батайске не перестают оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой.

Библиографический список.

1. Онищенко Г.Г. Химическая безопасность РФ и проблемы охраны здоровья населения (3-й съезд токсикологов России 2008 г.).
2. Аналитические материалы по г. Батайску филиала ФБУЗ «ЦГиЗ в РО» в г. Ростове-на-Дону за 2019–2021 гг.

1 ДЕКАБРЯ - ДЕНЬ НЕВРОЛОГА

Неврология среди медицинских специальностей занимает особое место, а связано это с тем, что нервная система человека участвует во всех процессах жизнедеятельности. Не секрет, что целый спектр заболеваний человека может быть обусловлен неврологическими причинами. Нарушения в работе центральной и периферической нервной системы могут приводить к сбоям в работе многих органов и нарушению физических функций. Диагностика, выявление и лечение подобных нарушений и становится основной заботой врачей неврологов (или невропатологов).

История неврологии берёт своё начало в трудах древних учёных. Постепенно от описания симптомов неврологических заболеваний древние исследователи начинают переходить к описанию методов их диагностики и лечения. Среди имён таких учёных неизменно называют Гипократа и Ибн Сину.

Интенсивное развитие неврологии пришлось на 19 век. Именно тогда началось изучение нервных клеток и волокон, а также принципов работы нервных импульсов. Были сделаны описания проводящих путей головного и спинного мозга. В 1860 году под Парижем открывается первое неврологическое отделение, во главе которого встаёт Жан-Мартен Шарко. В следующем десятилетии из-под его пера выйдет уже целый курс лекций и книга о нервных расстройствах и заболеваниях.

Развитие российской неврологии связано с именами таких учёных и врачей, как А.Я. Кожевников, И.П. Павлов, В.К. Рот, С.С. Корсаков, Г.И. Россолимо, В.М. Бехтерев и др. Например, Кожевников считается основателем русской школы неврологии. Благодаря ему в России появилась первая в мире неврологическая клиника, создано Московское общество невропатологов и психиатров, а также начал издаваться «Журнал невропатологии и психиатрии». Кожевников стал автором первого в России учебника для студентов по неврологическим заболеваниям и психиатрии.

Развитие неврологии продолжается и в наше время. Появляются новые лекарственные средства, методы лечения, новая диагностическая и лечебная медицинская аппаратура, а самое главное, продолжается исследование самой нервной системы человека.

Говоря о профилактике, неврологи рекомендуют беречь свою нервную систему, заботиться о ней, стараясь вести здоровый образ жизни, отказаться от вредных привычек, чаще бывать на воздухе, совершать пешие прогулки, употреблять здоровую разнообразную пищу, заниматься спортом и умеренными физическими нагрузками. Неврологи, так же, как и другие врачи напоминают, что предупредить заболевание легче и правильнее, чем лечить его.



ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Денисов Юрий Дмитриевич.

г. Новосибирск,

ЧУДПО Институт переподготовки и повышения квалификации специалистов здравоохранения,

старший преподаватель

FEATURES OF TRAINING MEDIUM STAFF

Denisov Yuri Dmitrievich.

Novosibirsk city,

CHUDPO Institute for Retraining and Advanced Training of Health Specialists, Senior Lecturer

АННОТАЦИЯ

Проанализирована эффективность форм и методов обучения среднего медицинского персонала в рамках повышения квалификации и первичной профессиональной подготовки в медицинских училищах и колледжах.

Ключевые слова: средний медицинский персонал, формы обучения, очное индивидуальное обучение, дистанционное обучение, обучение в полевых условиях.

На сегодняшний день проблема нехватки сестринских кадров носит глобальный характер. В целях устранения этой проблемы необходимо проводить преобразования в области кадрового обеспечения здравоохранения. Качеством медицинских кадров, во многом определяется результативность и эффективность деятельности всей системы здравоохранения. В Концепции кадровой политики в здравоохранении РФ обозначены нерешенные проблемы в области управления кадровыми ресурсами и определена необходимость разработки критериев оценки кадрового потенциала.

Для повышения роли среднего профессионального медицинского образования в деятельности современных служб здравоохранения необходимо повысить качество образовательной среды; совершенствовать программное и методическое обеспечение, а также формы и методы учебной и вне учебной деятельности студентов; способствовать совершенствованию творческой, научно-исследовательской деятельности и активности преподавателей и студентов.

Особое значение в современных условиях приобретает профессиональная подготовка будущих медицинских сестер и других средних медицинских работников в базовых медицинских училищах и колледжах. Качество образовательного процесса в среднем медицинском образовании определяется качеством учебных (образовательных) программ. С этой целью был введен новый Федеральный государственный образовательный стандарт среднего (полного) общего образования, где теперь расширены требования к выпускникам в части получения знаний и навыков.

Общие проблемы обучения.

Обучение среднего медицинского персонала должно опираться на личностные особенности обучаемых, быть осмысленным и

ABSTRACT

The effectiveness of the forms and methods of teaching paramedical personnel in the framework of advanced training and primary professional training in medical schools and colleges was analyzed.

Key words: nurses, forms of education, face-to-face individual education, distance learning, field training.

заинтересованным, с применением практических занятий, а также иных приемов закрепления и контроля знаний и приобретаемых навыков. Необходимо, чтобы технологии обучения должны быть максимально разнообразны и четко просматривалась осознаваемая перспектива результатов обучения. Поэтому более эффективным является очное индивидуальное обучение с опытными и грамотными педагогами по разным дисциплинам, которые являются к тому же и воспитателями также разного возраста обучаемых.

Все остальные формы обучения являются вынужденными и менее эффективными. Очное, заочное обучение и, набирающее силу компьютерное дистанционное, которое пока не может конкурировать с очным обучением медицинского работника практическим навыкам. Однако, как показывает практика, на сегодняшний день дистанционное обучение набирает свои обороты. Особенно, это касается переподготовки и повышения квалификации.

Также не может конкурировать с традиционным экзаменом модная система всевозможных видов тестового контроля, имеющая, впрочем, некоторые преимущества. Тесты для контроля знаний обычно содержат элементы подсказки, при всей изощренности в их разработке. Статистическая оценка числа правильных ответов на множество тестовых заданий также характеризует не столько понимание предмета, сколько запоминание того или иного объема изучаемого материала. При этом, бесспорное преимущество тестового контроля – его «обезличенность», едва ли перекрывает содержательные недостатки самого метода.

Проблема контроля качества любого вида обучения.

Обучение – это в первую очередь запоминание. То есть



обучаемый либо запомнил, чему его обучали, либо не запомнил.

Конечно, очень многое зависит от самообразования и от возраста обучаемых. Как показывает практика некоторые сотрудники, отработав в медицине по 15–20 лет так и не запомнили правила проведения сердечно-легочной реанимации. А все потому, что в повседневной практике с этим ни разу не встречались. Поэтому для решения данной проблемы необходима отработка практических навыков. Что касается сердечно-легочной реанимации, то отработка на специальных тренажерах просто жизненно необходима.

Особенности обучения среднего медицинского персонала при оказании первой медицинской помощи в военно-полевых условиях.

В настоящее время очень актуальна проблема обучения среднего медицинского персонала при оказании первой медицинской помощи в военно-полевых условиях.

Как показывает практика, медицинские работники при занятиях часто задают вопрос: «Чем отличается оказание медицинской помощи при мирных условиях и военных?». В данном случае важно, что остановка кровотечения, например, у бойцов и гражданских лиц ничем не отличается. Ведь военные такие же люди, как и гражданские. Другое дело, в каких условиях оказывается медицинская помощь. Здесь нужна еще и психологическая подготовка, и главное, как в экстренных ситуациях себя вести; что необходимо предпринять, чтобы осуществить грамотную транспортировку раненых до госпиталя с наименьшими потерями среди раненого и личного состава.

Это и есть главная задача военного медика: не только внедрять свои знания, умения и навыки в практике, но и попросту думать головой и не растеряться в экстремальной ситуации. Поэтому необходимо внедрять в обучение медицинского персонала тактическую медицину с практической отработкой в полевых условиях не на словах, а на деле.

Конечно, видео уроки, вебинары, лекции решают и эту задачу. Но более эффективно все-таки проведение очных практических занятий и еще лучше в полевых условиях. Именно для закрепления материала, практических умений, знаний и навыков.

Обучение среднего персонала медицинского учреждения.

Повышение квалификации для сотрудников медицинского учреждения не просто возможность продолжать работать по своей специальности, но и шанс освоить новое направление медицинской деятельности, тем самым создать базу для карьерного роста. Оплата за обучение персонала медицинского учреждения производится за счет бюджетных средств, если речь идет о государственном медучреждении. Если же местом работы является частная организация, то существует вероятность, что работник будет оплачивать курсы сам. Работник также оплачивает курсы сам, если у него возникает желание пройти их досрочно. Медицинская сестра, как представитель среднего медицинского персонала медицинского учреждения, проходит обучение раз в пять лет. По специальности «Сестринское дело» существует множество программ по различным направлениям, их специфика зависит от целей курса. В любом случае, каждая программа,

будь то «Сестринское дело в терапии» или «Реабилитационное сестринское дело», включает обучение технологиям сестринского ухода и проведению лечебно-диагностических процедур.

Дистанционное обучение работников здравоохранения.

Сложности прохождения обучения персонала медицинского учреждения связаны с затратами временных ресурсов. Обычно учебный процесс включает лекции, конференции, подготовку домашних заданий, на которые работнику нужно выделить время. Кроме того, имеют место и денежные затраты. Чтобы процесс повышения квалификации прошел наименее затратно, многие медицинские организации допускают прохождение сотрудниками курсов дистанционно. В этом случае обучение персонала медицинского учреждения может проходить в любом месте, где есть интернет, – таким образом, работник сам выбирает, где ему заниматься и в какое время должно проходить обучение. Документ, удостоверяющий прохождение курсов, сотрудник получает по почте.

Выделяют следующие разновидности курсов по повышению квалификации медицинских работников:

Краткосрочные. Обучение происходит по группам в рамках конкретной специальности, где медики осваивают последние новшества, делятся личным опытом и пр. По итогам занятий слушатели сдают экзамен, зачет, а также предоставляют письменную работу: реферат, доклад или отчет о проделанной работе. Их продолжительность в среднем составляет 72 часа.

Тематические и проблемные семинары. Они проходят в форме научных конференций: медики выступают перед коллегами, освещая основные проблемы, с которыми они столкнулись на практике и предлагают методы их решения. Медики делятся личным опытом и соображениями, стараются помочь в решении актуальных проблем в сфере здравоохранения. Средняя продолжительность таких курсов составляет 72–100 часов.

Длительные. Как правило, подобные курсы организуются при вузах. На них они углубленно исследуют последние изменения в медицинской среде, определяют актуальные проблемы, изучают новые технологии и пр. По окончании таких курсов слушателям предстоит сдать экзамен или пройти тестирование, а также выполнить письменную работу. Их продолжительность превышает 100 часов.

В заключении хочется сказать, что в настоящее время просто необходимо ввести дополнительные занятия по тактической медицине. Проводить не только теорию, но и практические занятия с обязательной отработкой практических навыков, в идеале, в полевых условиях. А именно, оказание первой медицинской помощи при травмах и ранениях, остановке кровотечений и затем транспортировки и эвакуации раненых.

Библиографический список.

1. Хай Г.А. Информатика для медиков: Учебное пособие. – Киров: Сообщество студентов Кировской ГМА. – 2009. – 223 с. [Электронный ресурс] – URL: <http://vmede.org/index.php>
2. Обучение медицинского персонала // Интернет журнал. – 30 ноября 2017. [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.dirklinik.ru/article/77-obuchenie-meditsinskogo-personala>

АНО ДПО «СИНМО» ПРЕДЛАГАЕТ:

- Обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации, разработанным в соответствии с требованиями профессиональных стандартов и аккредитованным на портале НМО.
- Профессиональную переподготовку по специальностям согласно приказу «Об утверждении квалификационных требований 83н от 10.02.2016г. и N 707н от 08.10.15 г».
- Повышение квалификации по всем специальностям (более 2000 программ) аккредитовано на портале Непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России, что обеспечивает непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации.
- Профессиональное обучение.
- Стажировки на базе современных медицинских центров.
- Выездное обучение на территории заказчика.
- Сопровождение медицинских работников в системе непрерывного образования (непрерывного профессионального развития), в том числе с использованием интерактивных образовательных технологий.
- Помощь в разработке нормативно-правовых актов по вопросам аккредитации медицинских работников, критериях оценки портфолио врачей, а также о бальной системе непрерывного медицинского образования.
- Внедрение новых современных технологий, оборудования.
- Разработку индивидуальных учебно-методических материалов.
- Сопровождение научно-исследовательской деятельности медицинских организаций.

ПРЕИМУЩЕСТВА ОБУЧЕНИЯ В АНО ДПО «СИНМО»:

- Более 3000 программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки.
- Собственная образовательная платформа с круглосуточным доступом и сопровождением тьютора.
- Консультации слушателей экспертами.
- Доступные цены на рынке образовательных услуг.
- Профессиональные научно-педагогические кадры (высококвалифицированные преподаватели с многолетним стажем работы, кандидаты и доктора наук – 67%).
- Вариативность форм обучения (дистанционная, очно-дистанционная, очная).
- Практические занятия, стажировки организованы на базе современных медицинских центров.
- Персональный тьютор сопровождает слушателя на всех этапах обучения.
- Методическое сопровождение слушателей и медицинских организаций.
- Организатор Всероссийских научно-практических конференций (с международным участием) «Наука и социум» (сборник включён в национальные библиографические базы данных: eLibrary (РИНЦ) и CYBERLENINKA, присвоены коды DOI),
- Более 200 опубликованных сборников научных трудов.
- Более 80000 слушателей из 85 регионов Российской Федерации и стран зарубежья.
- Реализовано более 2000 государственных контрактов.

