



При проведении проверок больше всего вопросов возникает по хранению лекарственных средств. С 1 сентября вступает в силу приказ МЗ РФ № 260н от 29.04.2025. Изучаем новые правила хранения лекарственных средств

с. 3



Уровень отказов ФАЦ Минздрава России принял масштабы эпидемии. Особенно в отношении провизоров, имеющих большой стаж работы. Почему сложилась такая ситуация и как из нее выходить?

с. 4

БАДЫ

Документы, стандарты и перспективы.....с. 6

ГИПОТОНИЯ

Обсуждаем проблемы пониженного давления.....с. 7

САХАРОСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

Что должен знать работник аптеки?.....с. 8

НА ПРИЕМЕ У ПСИХОЛОГА

Депрессия: как выйти?.....с. 14

Не стоит продолжать династию?

Российские врачи не стремятся, чтобы дети шли по их стопам, показал опрос, проведенный мобильным приложением «Справочник врача». В ходе него 40% респондентов высказались против выбора медицинской профессии. При этом каждый десятый сделал бы все возможное, чтобы ребенок не шел медицину, еще 14,3% пытались бы отговорить от этого решения, а 15,7% отнесли бы к нему отрицательно, но с уважением.

Чуть меньше (38,5%) медицинских специалистов поддержали бы желание продолжить врачебную династию, но предупредили бы о возможных сложностях. По словам опрошенных, сами они не в полной мере осознавали, с чем им придется столкнуться после получения диплома, у многих представления оказались далеки от реальности.

Еще один интересный ответ: 15% респондентов в целом не против выбора врачебной профессии, но попытались бы устроить ребенка на менее рискованную или более денежную медицинскую специальность.

Среди наиболее частых причин нежелания, чтобы дети тоже пошли в медицину, — отсутствие социальных гарантий от государства и несправедливая система оценки труда. Также врачам не нравится необходимость постоянно учиться за свой счет, отсутствие достойных условий для работы и профессионального роста, низкие зарплаты, чрезмерные физические и эмоциональные нагрузки, ненормированный график работы.

Результаты опроса в целом сходны с данными, полученными в исследовании компании SuperJob в 2021 году. Тогда за продолжение медицинской династии высказались 41% врачей, против — 35%, затруднились ответить 14%, еще у 10% дети на момент опроса уже пошли по их стопам. При этом врачи оказались наиболее приверженными профессии и отвергали идею продолжения династии заметно реже, чем учителя, инженеры, специалисты по продажам или бухгалтеры.

В опросе «Справочника врача» участвовали 1885 врачей. В опросе SuperJob — 3000 респондентов разных специальностей.

ПЕРВОСТОЛЬНИК БЕЗ ФАРМОБРАЗОВАНИЯ: БОРОТЬСЯ ИЛИ ПРИНЯТЬ?

Человек, пришедший в аптеку, уверен, что будет общаться с квалифицированным специалистом. Но все чаще за первым столом оказываются люди без фармацевтического образования. Портал «Фарма РФ» провел опрос среди сотрудников аптек, которые поделились своим отношением к данной проблеме. Какие мнения вы готовы поддержать?

Насколько, исходя из вашего опыта, распространена практика работы за первым столом без профильного образования?

очень распространена **56%**
встречается, но не часто **27%**
достаточно редко **9%**



Что необходимо предпринять, чтобы исправить ситуацию?
(можно выбрать несколько ответов)

58% отстранить неспециалистов от управления отраслью
50% увеличить штрафы для работодателей
50% ввести ограничения на рост аптечных сетей
47% ограничить число аптек
30% выдавать лицензии на фармдеятельность не организациям, а специалистам
25% ужесточить проверки аптечных организаций



Стоит ли бороться со сложившейся практикой или можно разрешить работу по отпуску ЛП сотрудникам без образования?

разрешать нельзя **57%**

только работу с нелекарственным ассортиментом **29%**

бороться бесполезно — рано или поздно к этому придет **10%**

свой вариант ответа **4%**

Есть ли в вашей аптеке первостольники без фармацевтического образования?

☒ точно нет **49%**
☒ точно есть **26%**
☒ скорее всего, есть **7%**
☒ скорее всего, нет **6%**



24% увеличить количество бюджетных мест в вузах
22% ввести распределение после окончания вуза
15% увеличить поддержку муниципальных аптек
10% увеличить штрафы для работников
10% ускорить обучение фармспециалистов
6% ничто не поможет, бесполезно
6% бороться с этим ненужно, это вообще не проблема

Фармацевты ЗА инструкции

В нашей стране уже несколько лет идет обсуждение отказа от бумажных инструкций внутри упаковки препаратов.

Сторонники этой меры считают, что это могло бы снизить затраты производителей и сократить количество отходов. А также оптимизировать доступ пациентов и медспециалистов к информации. Для человека без медицинского образования инструкция часто сложна и избыточна, а врач может получить нужные данные в Интернете — на сайте производителя или в инфосистемах здравоохранения.

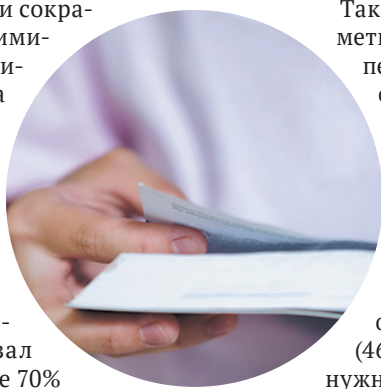
Тем не менее большинство работников аптек выступают против отмены бумажных инструкций, показал опрос в сообществе «Фарма РФ». Более 70% респондентов отметили, что пожилые люди часто не имеют возможности читать инструкцию в Интернете, почти столько же опрошенных подчеркнули, что с доступом к Интернету в целом могут быть про-

блемы. К тому же для государства печатный вариант инструкции — это имеющий юридическую силу документ, а электронные версии не рассматриваются как полноценные.

Также 2/3 опрошенных фармацевтов отметили, что сами они используют именно печатные инструкции, если им требуется информация о препарате.

О том, что отказ от печатных инструкций может иметь место в ближайшее время, заявили 2% фармацевтов, еще 4% считают, что это произойдет только с безрецептурными препаратами, столько же — что инструкции просуществуют еще около 5 лет. Подавляющее большинство (46%) убеждены, что инструкции будут нужны всегда, а 35% — что вид инструкции, вероятно, будет изменен, и она станет более краткой и понятной для пациента.

Опрос проходил с 23 июня по 14 июля 2025 г., в нем приняли участие 257 человек.



Образование не спасает от деменции

Долгое время считалось, что хорошее образование является своего рода защитой от возрастного снижения когнитивных способностей. Однако теперь этот факт под сомнением.

Эксперты из Университета Осло представили результаты крупнейшего международного исследования, в ходе которого были проанализированы данные более 170 тысяч человек старше 50 лет из 33 стран, период наблюдения составил 28 лет. Участники исследования проходили тесты на память, языковые способности, скорость обработки информации, логическое мышление — всего было проведено более 420 тысяч таких тестов. Более 6400 участников в дополнение к этому прошли МРТ-анализ.

Темп снижения когнитивных показателей оказался примерно одинаковым у всех включенных в исследование. Также у всех участников фиксировались схожие изменения в гиппокампе и префронтальной коре. Другими словами, хорошо образованные люди теряли когнитивные способности с той же скоростью, что и малообразованные.

Преимуществом образования оказался изначально больший объем знаний и лучше развитое умение ими оперировать. Это своего рода запас, который действительно дает временное преимущество в зрелом возрасте, но он не является гарантированной защитой от деменции.

Помимо образования, по словам авторов исследования, для поддержания здоровья мозга в зрелом возрасте важны и другие факторы: регулярные интеллектуальные и физические нагрузки, профилактика сосудистых заболеваний и развитые социальные связи.

Результаты исследования опубликованы в журнале Nature Medicine.



Как россияне бросают курить?

Страховая компания «Росгосстрах» и медтех-холдинг «Доктис» провели всероссийское исследование, посвященное методам отказа от курения.

Выяснилось, что 40% опрошенных смогли бросить вредную привычку только благодаря силе воли. В 7% случаев люди использовали никотинсодержащие препараты, в 6% помогли психолог или группа поддержки. Еще 7% респондентов признались, что им пришлось обратиться... к экстрасенсам.

Интересно, что успешно отказаться от курения людям удастся либо с первого раза (39%), либо после десяти и даже более попыток (37%). При этом те, кто решил бросить курить по внутренним причинам, дольше воздерживаются от сигарет, чем те, чья мотивация была продиктована факторами извне. Среди внутренних мотиваторов россияне чаще всего выделяют усталость от курения и проблемы со здоровьем. Среди внешних — то, что курение вышло из моды или в их близком окружении никто не курит. Для каждого десятого опрошенного решающим фактором оказался запрет на курение в общественных местах, а почти для каждого третьего — высокая стоимость сигарет.

Опрос проведен на платформе Яндекс.Взгляд в июле 2025 г. среди 1207 респондентов со всей России, которые ранее курили, но отказались от этой привычки.

К телеконсультации готовы

Исследование аналитического центра ВЦИОМ показывает: 64% россиян допускают обращение за дистанционной консультацией врача по телефону или через Интернет.

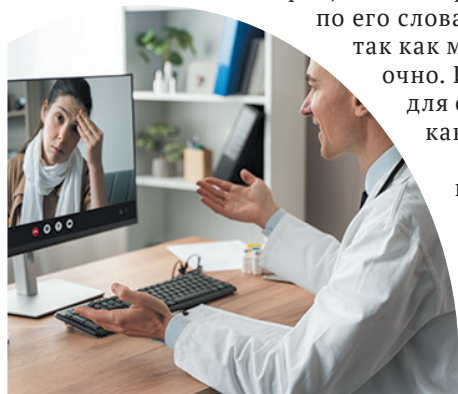
При этом доля пользователей телемедицины за последние 5 лет выросла с 8 до 22%. Правда, все это проценты от числа тех, кто осведомлен о телемедицинских технологиях, но таких людей немало: 18% опрошенных заявили, что хорошо знают о возможностях дистанционных консультаций, 41% — что слышали об этом без подробностей.

Спрос на телеконсультации растет, в том числе, и среди клиентов частных медицинских центров. Так, директор по информационным технологиям сети клиник «Будь Здоров» Алексей Остроушко го-

ворит, что этот рост составляет порядка 30–50% от года к году. Особенно часто, по его словам, пациенты обращаются за таким видом услуг в летнее время, так как многие находятся за городом, без возможности посетить клинику очно. Интересно, что среди основных востребованных специальностей для обращения... гинекологи и гастроэнтерологи, а вовсе не педиатры, как можно было бы ожидать.

Хотя провести лечебные манипуляции с помощью телемедицины не получится, во время нее можно оценить результаты исследований, скорректировать терапию или сориентировать пациента по дальнейшим действиям. Сегодня телемедицинские консультации все чаще включаются в страховые пакеты ДМС наравне с офлайн-обслуживанием, что позволяет экономить время клиентов, а также оптимизировать расходы работодателей.

Опрос ВЦИОМ проведен в мае 2025 г., в нем участвовали 1600 респондентов.



**Сделано
В РОССИИ**

OZON
ФАРМАЦЕВТИКА



Олег Минаков,
генеральный директор
Группы
«Озон Фармацевтика»

«Озон Фармацевтика» наращивает мощности в онкологическом направлении: как мы помогаем создавать стабильное будущее российской медицины

Онкологические заболевания — один из самых острых вызовов современного здравоохранения. В России ежегодно регистрируется более 600 тысяч новых случаев рака, и эта цифра продолжает расти. В таких условиях доступность эффективных и безопасных препаратов становится вопросом не только медицинским, но и социальным. Именно поэтому «Озон Фармацевтика» делает онкологическое направление ключевым элементом своей стратегии.

Востребованность препаратов на фоне роста заболеваемости, высокая социальная значимость и активная государственная поддержка — это фундамент наших проектов «Озон Медика» и «Мабскейл». Эта колонка посвящена проекту «Озон Медика» с современными решениями в области химической фармацевтики, а о биотехнологических продуктах «Мабскейл» мы подробно расскажем в следующих материалах.

Это комбинация прорывных технологий и инновационных препаратов в химической фармацевтике и биотехнологиях. Сегодня онкологические пациенты нуждаются не только в инновационных методах лечения, но и в доступных отечественных аналогах, которые смогут заменить импортные препараты. Еще несколько лет назад около 90% рынка занимали импортные лекарства, сейчас, благодаря таким проектам как «Озон Медика» и «Мабскейл», ситуация стремительно меняется.

На конец 2024 года в портфеле «Озон Фармацевтика» было 26 противоопухолевых препаратов, в среднесрочной перспективе мы планируем расширить линейку до 80+ регистрационных удостоверений, охватив все ключевые виды онкозаболеваний.

«Озон Медика» — это высокотехнологичный комплекс, спроектированный с учетом самых строгих международных стандартов. Площадка станет центром производства высокотоксичных лекарственных форм и сложных молекул, которые будут реализовываться в основном через систему государственных закупок.

Высокотоксичные препараты портфеля «Озон Медика» требуют для производства не просто отдельного оборудования или выделенного участка, а отдельного производственного комплекса. Строительство завода началось в конце 2023 года. Общая площадь главного производственного корпуса «Озон Медика» — 25 тыс. м². Первый этап строительства ГПК включает производственный участок твердых нестерильных лекарственных форм площадью 840 м², 2 тыс. м² складских помещений, лаборатории, медпункт и помещения для персонала. Лицензирование площадки запланировано на 2026 год, а первые коммерческие выпуски на 2027 год.

В рамках проекта «Озон Медика» запланирован запуск трех производственных участков с двумя автономными производственными корпусами и автономными системами воздухо- и водоподготовки. Производственные возможности будут охватывать выпуск твердых нестерильных лекарственных препаратов (твердые желатиновые капсулы, таблетки, покрытые и не покрытые оболочкой), а также твердых и жидких стерильных лекарственных препаратов (лиофилизаты и растворы/концентраты для инъекций во флаконах).

Сегодня за привычным названием «Озон Фармацевтика» стоит известный производитель широкого перечня препаратов, а также компания с уникальными компетенциями. Это позволяет нам выпускать дженерики в действительно промышленном масштабе и при этом работать с особым портфелем препаратов.

Проект «Озон Медика» — это вклад в укрепление лекарственного суверенитета России. Для пациентов это означает сокращение сроков ожидания терапии, снижение стоимости курса лечения и доступ к современным схемам. Для врачей — предсказуемое качество препаратов, расширение терапевтических опций.

Что, где и как размещать

Изучаем новые правила хранения лекарственных средств

В числе законодательных новаций, вступающих в силу с 1 сентября этого года, находится приказ МЗ РФ № 260н от 29.04.2025 «Об утверждении правил хранения лекарственных средств для медицинского применения». Учитывая, что именно по хранению возникает больше всего вопросов при проведении проверок, нововведение вызвало огромный интерес работников аптек.



Наш эксперт — ведущий специалист в области нормативной документации образовательного портала «Провизор-24» Дмитрий Баранов

Курс на профилактику продолжается

На мой взгляд, приказ № 260н вообрал в себя лучшее, что было в предыдущих приказах № 706н и № 646н. Он уточнил многие детали, которые вызывали вопросы у сотрудников аптек. В целом же новый документ поддерживает общую тенденцию, наметившуюся в течение нескольких последних лет: упор на внутренний аудит аптек. Это позволяет реализовывать приоритет профилактической направленности в деятельности контрольно-надзорных органов, отводя им роль не столько «карающего меча», сколько советника и аудитора.

В новых правилах четко прописано, что они распространяются на все организации, имеющие отношение к обращению лекарственных средств, в том числе и на те, которые имеют лицензию на медицинскую деятельность (не только на организации с фармацевтической лицензией).

Ответственность за соблюдение комплекса мер по обеспечению соблюдения правил возложена на руководителя, который утверждает все требуемые документы, в том числе стандартные операционные про-



Продолжаем совместный проект газеты и образовательного портала «Провизор-24»

цедуры (СОП). Внимание к СОП прослеживается и далее: «определена ответственность работников за нарушение требований, установленных настоящими правилами и стандартными операционными процедурами».

В отношении нарушений «проводится внутренний аудит и разрабатываются корректирующие действия (с указанием сроков для устранения выявленных нарушений и ответственных лиц)».

Более того, внутренний аудит должен проводиться в рамках системы обеспечения качества регулярно. При этом и аудит, и актуализация СОП проводятся «в зависимости от категории риска объекта федерального государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения, к которому относится данный субъект обращения лекарственных средств».

Помещения и зоны

По сравнению с предыдущими нормативами более подробно опи-

саны зоны хранения ЛС с определенными характеристиками. Выделены следующие помещения (зоны):

«а) приемки ЛС с выделенной зоной для очистки тары;

б) основного хранения ЛС;

в) хранения ЛС, требующих специальных условий, установленных производителями ЛС и ЛС, указанных в главе IV настоящих правил;

г) хранения: ■ фальсифицированных, недоброкачественных, контрафактных ЛС;

■ ЛП, в отношении которых в системе МДЛП отсутствуют сведения о нанесении средств идентификации и (или) сведения о вводе в гражданский оборот;

■ ЛП, в отношении которых осуществлена блокировка внесения в систему МДЛП сведений о вводе в гражданский оборот, об обороте или о прекращении оборота;

■ ЛП, применение которых приостановлено по решению уполномоченного федерального органа исполнительной власти;

■ ЛП, гражданский оборот которых прекра-

щен (хранятся отдельно, с ограничением доступа, в соответствующем закрытом помещении и (или) зоне или запирающемся шкафу);

■ ЛП, срок годности которых истек;

■ ЛП, в отношении которых не соблюдены требования, определенные на основании части 5 статьи 67 ФЗ № 61-ФЗ от 12.04.2010 «Об обращении лекарственных средств»;

д) карантинного хранения ЛС (хранятся отдельно, с ограничением доступа в соответствующем закрытом помещении и (или) зоне или запирающемся шкафу);

е) отбора проб (образцов) лекарственных средств;

ж) экспедиции лекарственных средств (отгрузки)».

Стеллаж утрачивает идентичность

Мы помним, что в приказах № 706н и № 646н было требование: «Стеллажи, шкафы, полки, предназначенные для хранения лекарственных средств, должны быть идентифицированы».

В новых правилах идентификации подлежат «помещения и (или) зоны хранения лекарственных средств. При этом допускается использование для организации идентификации компьютеризированных систем. Каждая зона должна иметь возможность четкой валидации с оформлением соответствующих внутренних документов. Именно зона, а не стеллаж или шкаф.

В новых правилах четко прописано, что они распространяются на все организации, имеющие отношение к обращению лекарственных средств, в том числе и на те, которые имеют лицензию на медицинскую деятельность (не только на организации с фармацевтической лицензией)

Новые правила впервые устанавливают четкий предел ограничения срока годности — менее 6 месяцев. Хранение таких препаратов «фиксируется работником, уполномоченным руководителем субъекта обращения лекарственных средств, на бумажном носителе или в электронном виде с архивацией». При этом контроль за своевременной реализацией таких ЛС осуществляется тем же уполномоченным работником с использованием компьютерных технологий, стеллажных карт либо журналов учета. Это единственный момент в приказе № 260н, где упоминаются стеллажные карты.

ПКУ и компания

Хранение препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, всегда вызывало особые сложности в аптечных организациях. Новые правила во многом облегчают решение этих вопросов. Они вводят градацию на основании Перечня лекарственных средств, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ № 459н от 01.09.2023. Препараты, входящие в раздел I перечня, хранятся в соответствии с требованиями постановления Правительства РФ № 809 от 30.04.2022 и приказа МЗ РФ № 1103н от 26.09.2021.

Лекарственные средства, входящие во II–IV разделы перечня (а именно с ними чаще приходится иметь дело), «должны храниться (в зависимости от объема запасов) на разных полках сейфа, металлического шкафа или в разных сейфах, металлических шкафах, деревянных шкафах, или в отдельном помещении, опечатываемых или пломбируемых в конце рабочего дня».

Таким образом, убираются требования к хранению сильнодействующих и ядовитых ЛС, находящихся под международным контролем, в основе нормативов — Перечень препаратов ПКУ.

Еще один важный момент: в нескольких пунктах правил говорится не о лекарственных препаратах, а о веществах и субстанциях. В частности, предусмотрено, что «при хранении взрывчатых фармацевтических лекарственных субстанций (калия перманганат, нитроглицерин, серебра нитрат) необходимо соблюдать особые меры. Это не относится к лекарственным препаратам того же нитроглицерина или калия перманганата».

...В новом приказе снимается ряд требований по отделке помещений, по проведению уборки, по дополнительной защите светочувствительных препаратов. Полностью ознакомьтесь с презентацией вебинара Д. Е. Баранова и прочитайте его ответы на вопросы слушателей портала «Провизор-24» можно по ссылке: https://t.me/provizor_24_news/2749.



«Провизор-24»
сертификация
фармацевтов
и провизоров
дистанционно
provizor24.ru
8-800-775-48-57

Елена
Шитова

Аккредитация или инквизиция?

Как провизоры оказались «без вины виноватыми»



Наш эксперт — ректор Сибирской фармацевтической академии, доктор фармацевтических наук, профессор, академик РАЕН Александр Гришин

Подводные камни разбросаны давно

Ситуация, когда ФАЦ отклоняет документы, представленные на периодическую аккредитацию, была подготовлена целым рядом управленческих решений, которые сейчас приводят к театру абсурда, ведущему к уходу из аптечной сферы опытных провизоров. О причинах нынешней аккредитационной неразберихи я предупреждал Минздрав России неоднократно начиная с 2018 года. Поднимал вопрос о противоречиях принимаемых нормативных актов на страницах издания «ФМ. Фармация и Медицина».

В декабре 2024 года, в преддверии пересмотра приказа № 206н, я направил обращение к заместителю министра здравоохранения РФ и президенту Союза «Национальная фармацевтическая палата» (НФП), где предупреждал о негативных последствиях этих решений и предлагал вариант, как избежать проблем. Однако все осталось так, как осталось.

Квалификационный хаос усилился после внедрения с подачи НФП крайне непродуманных профессиональных стандартов для провизоров, а также принятия приказа Минтруда России № 214н от 09.04.2018. Стандарты хороши, когда с их помощью люди лучше понимают, что и как им нужно делать. Если стандарты все только запутывают,

Уровень отказов Федерального аккредитационного центра (ФАЦ) Минздрава России принял масштабы эпидемии. Особенно в отношении провизоров, имеющих большой стаж работы. Почему сложилась такая ситуация и как из нее выходить?



это ведет к развалу отрасли, что мы сейчас и наблюдаем.

Ключевые причины хаоса российской аптечной практики таковы:

■ Перешло в хронический режим унизительное уравнивание профессиональных компетенций провизоров с высшим образованием и фармацевтов с 22-месячным средним специальным образованием. Более того, фармацевт без интернатуры/ординатуры и даже без профессиональной переподготовки имеет право руководить аптечной организацией. Провизор такого права лишен.

Получается, что государство доверяет человеку, отучившемуся 1 год и 10 месяцев, намного больше, чем выпускнику вуза, отучившемуся 6–7 лет.

Фармацевт, как правило, без проблем проходит периодическую аккредитацию, так как к нему предъявляется минимум формальных требований. Провизору порой приходится пробираться через все круги ада, чтобы доказать свою профессиональную при-

годность. Причем отнюдь не по итогам объективной оценки своих профессиональных компетенций.

■ Несмотря на то что востребованность трудовых функций фармспециалистов за последние 30 лет кардинально изменилась, образовательные программы для провизоров остаются на уровне 80-х годов прошлого века. Сегодня менее 1% аптек вовлечено в производственную деятельность. Препараты по рецепту врача изготавливают единицы, основная масса занимается отпуском готовых лекарственных средств. А доля фармацевтической технологии и фармацевтического анализа в вузовской подготовке продолжает лидировать. Размер последипломного обучения в интернатуре и ординатуре растет год от года. Практиков волнует вопрос: зачем? Более 70% провизоров не видят смысла в этом раздувании образовательного процесса.

Я никоим образом не выступаю за то, чтобы не готовить провизоров-технологов и провизоров-аналитиков. Роль этих специалистов неоспорима! Но тратить массу

учебного времени и колоссальные финансы, чтобы поголовно учить тому, что не пригодится никогда, — это антигосударственная позиция! Провизоров-технологов и провизоров-аналитиков необходимо обучать в тех количествах и в том объеме знаний, которые будут реально востребованы фармацией. Делать это рациональнее в рамках ДПО.

■ Приходится констатировать отсутствие научного, системно-прогностического подхода к формированию нормативной базы по квалификационным требованиям к фармацевтическим работникам.

Как я уже говорил, не решен ключевой вопрос о разделении компетенций сотрудников с высшим и средним фармацевтическим образованием, что по сути своей полный абсурд. И этот абсурд почему-то лоббируется НФП, когда фармацевты руководят специалистами с высшим образованием. Представьте, что врачам командуют медсестры, инженерами — техники, полковниками — лейтенанты. Нигде такого не бывает, кроме фармации.

Кроме того, имеет место непоследовательность в определении квалификационных требований к провизорам в разные периоды времени. Например, чтобы занять должность провизора до 2000 года требовалось только наличие соответствующего диплома. С 2000 по 2010 год эта должность в нормативных документах не упоминалась вообще. Множество фармацевтических работников фактически оказались вне правового поля, в подвешенном состоянии.

С 2010 по 2018 год должность провизора вновь возникла, но в 2018 году была фактически ликвидирована и оставлена только за выпускниками вузов, прошедшими первичную аккредитацию по специальности «фармация».

То есть те, кто работал ранее на должности провизора, вновь оказались вне закона. При подаче документов в ФАЦ они стали «без вины виноватыми». Какой содержательный смысл в подобной нормотворческой свистопляске?

■ Имеет место недостаточность компетенций менеджмента аптечных организаций в отношении непостоянства квалификационных требований.

Нормативная база менялась, а в трудовых книжках работникам продолжали вписывать наименование должностей по старинке, в соответствии с собственными привычными представлениями.

При этом надзорные органы не контролировали эти вопросы, так как подобный контроль не предусмотрен. Если нет нарушений лицензионных требований, то нарушения в кадровой сфере остаются в слепой зоне. Теперь работники с 30-летним стажем вынуждены расхлебывать неточности оформления трудовых книжек. При этом они безупречно занимались фармацевтической деятельностью и у работодателя к ним не было претензий. Даже в Уголовном кодексе есть понятие «срок давности», а периодическая аккредитация этого не предусматривает и становится

непреодолимым препятствием для опытных провизоров по формальному основанию.

■ На фоне квалификационного хаоса наблюдается отсутствие интереса работодателей к привлечению компетентных профессионалов.

В современных условиях менеджменту аптечных организаций нет нужды связываться с наймом сотрудников с высшим образованием. Намного проще набрать людей со средним фармацевтическим образованием или вообще без него. По разным данным, сегодня число непрофессионалов среди аптечных работников доходит до 30%! Они числятся, например, на должности консультанта, которая не под какие регуляторные воздействия не подпадает. Работодателю нужен рост продаж и снижение издержек. Провизоры с их квалификационными сложностями в этой схеме становятся персонами токсичными и нежелательными.

Чиновничий формализм: бессмысленный и беспощадный

Когда появилась система аккредитации, на нее возлагались большие надежды. Предполагалось, что она будет способствовать повышению качества оказания фармацевтической помощи населению. К первичной аккредитации в этом смысле серьезных вопросов практически нет. Но вот периодическая аккредитация в отношении провизоров явно превратилась в циничную инквизицию.

Проблема в том, что ФАЦ акцентируется на чисто формальных признаках, не вдаваясь в содержательную профессиональную деятельность работника. Например, отклоняются документы из-за того, что в трудовой книжке записана должность «заведующий аптекой — провизор». Надо было: «заведующий-провизор аптекой». Стесняюсь спросить, что это меняет

по сути? Дефис поменялся на тире? Порядок слов соответствует русскому языку, а не бюрократическому канцеляриту? Увы, такие основания считаются достаточными для отказа.

Кроме того, ФАЦ, как правило, предпочитает делать акцент на документах Минздрава, зачастую игнорируя требования Трудового кодекса и ряд норм федерального законодательства.

К примеру, статья 12 ТК РФ предусматривает, что если квалификационные требования изменились, то приоритет имеют те требования, которые имели место на момент заключения трудового договора с работником.

Часто наблюдается нарушение положений Федерального закона № 247-ФЗ от 31.07.2020 «Об обязательных требованиях в Российской Федерации», согласно которому в случае действия противоречащих друг другу требований в отношении одного и того же объекта и предмета регулирования, установленных нормативными правовыми актами разной юридической силы, подлежат применению обязательные требования, установленные нормативным правовым актом большей юридической силы. Этим же законом № 247-ФЗ определено, что в случае противоречащих друг другу обязательных требований, установленных нормативными правовыми актами равной юридической силы, лицо считается добросовестно соблюдающим обязательные требования и не подлежит привлечению к ответственности, если оно обеспечило соблюдение одного из таких обязательных требований. Почему в ФАЦ эти нормы оставляют без внимания, я недоумеваю.

Нередко эксперты ФАЦ позволяют себе собственную трактовку нормативных актов, чего вообще не имеют права делать. Например, мне довелось видеть отказы в рассмотрении документов с формулировкой: «вас не могли принять на эту должность». При этом не дается никаких ссылок на нарушение той или иной нормы. Почему не могли? Наличие п. 8 приказа Минздрава России № 66н от 03.08.2012 напрямую предполагает формирование стажа при условии несоответствия квалификационным характеристикам и квалификационным требованиям работника. Работодатель принял такое решение,

значит, мог. Что конкретно он нарушил? Ничем не подкрепленное мнение ФАЦ нередко создает надуманные проблемы фармацевтическим работникам и необоснованно лишает их права на профессиональную деятельность.

Больше всего огорчает, что масса сложностей возникает у золотого фонда провизоров — опытных, имеющих большой стаж, преданных профессии. По сути, нынешняя квалификационная инквизиция перечеркивает их труд и выдвигает с фармрынка. Они имеют большой послужной список, который, увы, не лишен ошибок в оформлении, в том числе по причине свистопляски с должностью провизора. Насколько этично требовать от этих людей пройти профессиональную переподготовку, а затем первичную специализированную аккредитацию? Человек пенсионного или предпенсионного возраста, более 30 лет отдавший отрасли, должен заново учиться и сдавать экзамен только потому, что неправильно поставлен знак препинания в трудовой книжке. Иначе чем издевательство это назвать сложно. Неудивительно, что квалифицированные опытные профессионалы предпочитают перейти на другую работу, не связанную с фармацевтикой, чтобы избежать унижения, и существенной траты денег на оплату профессиональной переподготовки. В подобных случаях даже суд предпочитает отдавать предпочтение анализу содержания дела, а не формальной оценке чистоты записей.

Где искать выход

Неоднократно говорил, что необходимо навести порядок в системе подготовки провизоров.

Всеобщая ординатура для провизоров абсолютно бессмысленна. Не вижу в ее проведении никакого содержания за исключением лоббирования финансовых интересов менеджмента вузов. Для государства в целом и для фармацевтической отрасли это неоправданные затраты времени, сил и денег. Профессиональная переподготовка на много мобильнее, дешевле и эффективнее, чем всеобщая ординатура для провизоров. При этом следует предусмотреть градации учебных программ переподготовки, так как требуемый уровень компетенций сильно отличается. Для руководителя аптечной сети (юридического лица) — один уровень, для заведующего аптекой в рамках аптечной сети — другой, для провизора-технолога — третий и т.д. Надо наконец научиться ценить деньги и время!

Ну и конечно, провизор, получивший ранее допуск к профессиональной деятельности на любом законном основании (сертификат, свидетельство об аккредитации), должен иметь право на прохождение периодической аккредитации без бюрократических заморочек. В частности, по специальности «фармация» с правом работы на должности провизора, кроме ч. 4 ст. 69 Федерального закона № 323-ФЗ. Если требуется аккредитоваться на прочие, ранее не полученные последипломные специальности, то имеет смысл проходить соответствующую профессиональную переподготовку. Существующая же система периодической аккредитации создает критическую социальную напряженность в отрасли. Надеюсь, что голос здравого смысла все же будет услышан лицами, принимающими стратегические решения. И что неравнодушные коллеги выскажутся в комментариях.

Преимущества аккредитации с СИБФАРМА

36-часовые курсы

1450 рублей

144-часовые курсы

4550 рублей

Вы получаете документы в день окончания обучения

Подготовка к аккредитации "под ключ" со скидкой до 40%

Бесплатный телефон для связи: 8-800-100-41-66

Рецепты — только на принтере?

Наталья Фурсова

Фармацевт с 20-летним стажем, находясь на отдыхе в Египте, во время экскурсии случайно расшифровал клинопись XXVI века до н.э.

Этот анекдот хорошо знаком работникам аптек, а сдержанная улыбка, которую он вызывает, прекрасно отражает профессиональный опыт. Плохой почерк врачей давно стал притчей во языцех, а умение разбирать его — одним из важных навыков фармацевта. Впрочем, не факт, что этот навык будет нужен еще долго. В июле депутат Госдумы от партии «Новые люди» Антон Ткачев предложил обязать врачей печатать рецепты на принтере.

Проблемы и правда возникают

Объясняя свою инициативу, депутат сообщил: к нему поступают обращения с жалобами, что из-за неразборчивого врачебного почерка люди сталкиваются с отказами в отпуске препаратов и, как следствие, задержкой в лечении.

Эта проблема действительно существует, причем не только в России. Так, в 2020 году почти анекдотическая история произошла с жительницей столицы Казахстана Астаны. Врач сделал ей назначение, которое не смогли разобрать в четырех аптеках. Комментарии под публикацией, где был выложен горе-рецепт, оказались не менее веселыми: «Кроме цифр 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, ничего не понял», «Что непонятного? 1) влалитстч, 2) шашажт, 3) худчовош, 4) вззвчлоц, 5) вззвчту, 6) уэйтивнчць, 7) дучьбоагу».

Но смех смехом, а пациентка не смогла вовремя начать терапию.

А в Бразилии недавно имела место совсем не забавная история. Фармацевт, неверно прочитав написанное врачом, продала глазные капли вместо средства от рвоты. Лекарство предназначалось 2-месячному ребенку, который из-за этой ошибки попал в отделение интенсивной терапии. Семья подала в суд и получила от аптеки 21 тысячу реалов за моральный ущерб (это чуть больше 300 тысяч рублей). Во время процесса фармацевт задавала вопрос, почему родители не прочли инструкцию перед использованием. Но он, конечно же, риторический — ее не читает не только в Бразилии. Суд этот довод во внимание не принял, заключив, что при сложностях с разбором почерка врача



фармацевт должна была обратиться к старшему аптекаря, а не перекладывать ответственность на клиентов, никогда не обучавшихся фармакологии.

В России ответственность за неверно отпущенное лекарство лежит на аптеке и ее работниках, поэтому наиболее безопасным решением, если рецепт непонятен, кажется отказ от продажи. Но тут встает вопрос о доходе аптеки, лояльности клиента и наконец о помощи больному, состояние которого из-за непринятого вовремя лекарства может ухудшиться. На таком фоне требование выписывать понятные рецепты с напечатанными буквами выглядит вполне логичным. Но свои нюансы тут тоже есть.

Что думают фармацевты?

После выхода новости о депутатской инициативе портал «Фарма РФ» запустил среди фармацевтов опрос, считают ли они необходимым печатать рецепты. На момент подписания нашего номера итоги еще не были подведены. Зато под опросом уже были комментарии, из которых понятно: напечатан рецепт или написан от руки — это далеко не самая большая сложность, с которой приходится сталкиваться работникам аптек.

«Вообще непонятно, почему возник этот вопрос. Сейчас возможны оба варианта, главная проблема в том, что многие врачи безграмотно оформляют рецепты и создают проблемы пациенту и аптекарям!» — пишет один из комментаторов. «Да хоть на печатной машинке, лишь бы врачи уже научились и начали бы их (рецепты) выписывать!» — поддерживает другой.

В ситуации, когда рецепта вовсе нет или он оформлен так, что за отпуск препарата можно получить штраф, почерк врача ожидаемо отходит на второй план. Возможно, проблему стоило бы решать комплексно, например, часть фармацевтов видят выход в более широком распространении электронных рецептов: «Врачи давным-давно разучились выписывать рецепты. Пишут на клочке бумаги по-русски торговое название препарата. Пусть уж у них будут в компьютере образцы. Ошибок хоть не будет. А то что ни рецепт, то надо возвращать переписывать. Гоняем больных людей. Рецепты по программе ДЛЮ для федеральных и региональных льготников стали электронными, и пришел порядок».

Еще один аспект проблемы: требование печатать рецепты открывает возможности для их подделки. «ПКУ + ИИ + принтер цветной, наркозависимых и так много, а теперь им будет дан зеленый свет...» — пишет один из комментаторов на «Фарме РФ».

Возникают к идее обязательной печати рецептов и другие вопросы. Как быть при визите врача на дом, когда печатать негде? Если во время приема сломается принтер, пациенту лучше ждать в коридоре или прийти еще раз? И точно ли распечатка гарантирует отсутствие ошибок — когда вроде и клинопись расшифровывать не надо, но и что отпустить, не до конца понятно?

Их важно будет решить, если к идее вернуться. Пока в Госдуме ее называли «излишней» и в ближайшем времени рассматривать не планируют.

Светлана
Любошиц

БАДы: документы, стандарты и перспективы

До недавнего времени производство и продажа биологически активных добавок оставались так называемой серой зоной, а значит, недобросовестные производители и продавцы не очень-то опасались нарушить закон. Сейчас, после введения маркировки и ужесточения требований, лазеек осталось меньше. Но все равно бдительность проявлять надо.



Ближайшие перспективы

Сейчас производство БАДов и требования к ним регулирует Федеральный закон № 29 «О качестве и безопасности пищевых продуктов». В рамках этого закона БАДы рассматриваются как пищевые продукты и подлежат регулированию в части обеспечения их качества и безопасности. Он определяет биологически активные добавки как природные или идентичные природным биологически активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов.

С 1 сентября 2025 года требования ужесточаются: устанавливается прямой запрет на распространение информации о запрещенных биодобавках, а также на рекламу и дистанционную торговлю БАДами, розничная реализация которых запрещена.

пространяющим информацию о БАДах, запрещенных к продаже.

Минздрав и Роспотребнадзор должны будут определить перечень заболеваний, при которых врачи смогут назначать БАДы пациентам и, соответственно, перечень самих биодобавок (выпустить методические рекомендации по назначению БАДов).

Найди отличия

Чтобы соблюсти закон, надо прежде всего знать, чем БАДы отличаются от лекарственных препаратов и пищевых добавок, говорит врач — клинический фармаколог, доцент кафедры внутренних болезней Кировского ГМУ, кандидат медицинских наук Алсу Падыганова. Отличия следует искать в сопроводительных документах. Все показания и противопоказания к применению лекарственного препарата должны быть подкреплены результатами клинических исследований. Клинические исследования также должны доказать его эффективность

и безопасность. Регистрирует лекарственные препараты Минздрав России, он же выдает регистрационное удостоверение лекарственного средства. Инструкция по применению отражает эффективность и безопасность препарата.

Для БАДов выдается свидетельство о государственной регистрации (СГР). Этим занимается Роспотребнадзор. Он выдает СГР после проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы и испытаний продукции. Требования к БАДам, кроме Федерального закона № 29, регулируются также Техническим регламентом Таможенного союза (ТР ТС) 021/2011 «О безопасности пищевой продукции» и ТР ТС 022/2011 «Пищевая продукция в части ее маркировки». Также применяется ТР ТС 029/2012 «Требования безопасности пищевых добавок, ароматизаторов и технологических вспомогательных средств». Соответствие им говорит о безопасности продукта. Эффективность же надо подтверждать клиническими исследованиями и получением свиде-

тельства о добровольной сертификации. Его выдают ФБУЗ «Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзора, а также некоммерческие организации. Документ удостоверяет:

- соответствие продукции нормативным документам, устанавливающим требования к БАДам;
- возможность отнесения БАДов к более низкой категории риска или классу опасности;
- эффективность и соответствие свойств продукции тому, что заявлено производителем (импортером).

В инструкции к БАД должно быть отмечено, что это БАД к пище, и должны быть указаны дозировки. Производитель, состав и ожидаемый эффект, указанные в инструкции, должны соответствовать тому, что написано на упаковке.

Цель пищевой добавки — улучшение вкусовых качеств продуктов питания и других характеристик (например, удлинение сроков хранения), замечает эксперт. На них выдается лишь декларация о соответствии статусу пищевой добавки.



Недобросовестные производители используют лазейки в законах и продают ряд средств под видом пищевых добавок. Более того, пользуясь неосведомленностью потребителей, могут говорить об эффективности своих продуктов. Особенно часто такое происходит на маркетплейсах. Но декларация о соответствии не гарантирует качество, клиническую эффективность и безопасность продукта.

Обязательное требование

Маркировка БАДов к пище, то есть регистрация в системе «Честный знак» — необходимое требование для всех участников оборота маркированной продукции. Подобный контроль значительно повысил прозрачность рынка биологически активных добавок.

С начала 2025 года благодаря введению обязательной маркировки БАДов была заблокирована продажа 5,3 млн упаковок. Главная причина — нарушения закона и подозрение в фальсификации продукции. Из этого количества 1,7 млн упаковок не допустили к продаже из-за попыток повторно реализовать товар, 1,2 млн упаковок — из-за подозрений в подделке и еще 2 млн — из-за несоответствия требованиям, предъявляемым к производителям.

Маркировка БАДов обязательна для всех участников оборота этой продукции, в том числе для продавцов на маркетплейсах

Стандарты качества и честная дозировка

О добросовестности производителя также говорят указания на сертификат GMP — надлежащей производственной практики. Если для производителей лекарственных препаратов это обязательная опция, то для производителей БАДов дело добровольное, отмечает эксперт. Упоминание о соответствии также стандартам ISO (Международная организация по сертификации) 22000 и 9001,

а также HACCP (Международная система управления безопасностью пищевых продуктов) лишний раз подтверждает добросовестность производителя. Также в России действует ГОСТ Р 51705.1, который устанавливает общие требования к управлению качеством пищевых продуктов на основе принципов HACCP.

Еще одно подтверждение добросовестности производителя — маркировка «Честная дозировка». Это означает, что заявленная на лицевой стороне упаковки дозировка активных ингредиентов полностью соответствует той, что содержится в одной таблетке или капсуле БАД.

Почему это важно? Бывают ситуации, когда заявленное количество активных веществ содержится не в одной таблетке, а в нескольких, обращает внимание на это обстоятельство Алсу Падыганова. Например, 1000 мг вещества содержится в 4 таблетках. Эксперт призывает внимательно читать инструкцию и то, что написано на этикетке.

Таким образом, «Честная дозировка» снижает риск недостатка или чрезмерного употребления активных веществ, что может привести к негативным последствиям для здоровья.

Честной, по словам эксперта, может считаться дозировка, которая не превышает верхний допустимый уровень ежедневного потребления активного вещества. В таком случае потребитель может быть уверен, что получает именно то, что заявлено на этикетке в безопасной дозировке.

Чек-лист при выборе БАД

Покупая БАД, хорошо бы проверить государственную регистрацию на сайте Роспотребнадзора и удостовериться в добросовестности производителя. Об этом говорят:

- маркировка продукции в системе «Честный знак»;
- добровольная сертификация;
- производство по стандартам GMP, ISO, HACCP;
- соответствие состава, указанного в инструкции, данным на этикетке;
- использование биодоступных форм/солей и подходящих форм выпуска;
- учет отечественных регламентов по производству БАДов.

Кто живет долго, но плохо

Алена
Смирнова

Обсуждаем проблемы пониженного давления



Наш эксперт — доктор фармацевтических наук, кандидат медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фармации Марийского государственного университета, член правления Российского научного общества фармакологов Игорь Яковлев

Не убивает, но делает слабее

Когда говорят о проблемах с артериальным давлением, то зачастую «по умолчанию» подразумевают, что оно повышено. Действительно, на первом месте в списке причин смерти значатся последствия артериальной гипертензии — инфаркты и инсульты. По гипертонии разработаны подробные доказательные клинические рекомендации. Но есть и другой тип нарушения — пониженное давление. Эта проблема мало изучена, а клинических рекомендаций по данной тематике нет ни в России, ни за рубежом. Мы даже не можем привести точную статистику вследствие недостатка информации. Симптоматика гипотонии неспецифична, но качество жизни снижает ощутимо. Часто появляются такие жалобы, как:

- снижение работоспособности;
- усталость, начиная с утра;
- метеочувствительность;
- головокружение;
- сонливость;
- слабость;
- быстрая утомляемость;
- головная боль;
- склонность к обморокам;
- холодная чувствительность;
- гипергидроз ладоней и стоп;
- колющие боли в области сердца;
- тревожность;
- эректильная дисфункция.

Клиническая классификация гипотонии была проведена в далеком 1962 году Н. С. Молчановым. Он выделял физиологическое и патологическое снижение давления. Первый вид — вариант нормы, жалобы при нем отсутствуют. Такое бывает при некоторых индивидуальных особенностях, а также на фоне повышенной тренированности у спортсменов и у жителей высокогорья в качестве адаптации. Патологическая гипотония приводит к появлению вышеописанных симптомов.

Критерии и виды

Пониженным давлением считаются цифры 100/60 мм рт.ст. у мужчин и 95/60 у женщин.

В патогенезе ведущее значение имеют три фактора:

- расширение артерий;
- расширение венозных сосудов;
- снижение симпатического влияния на сердце.

Рассмотрим некоторые наиболее распространенные варианты гипотонических состояний:

Ортостатическая гипотензия.

Резкое снижение давления (на 20 мм рт.ст. систолическое и на 10 мм рт.ст. диастолическое) при переходе в вертикальное положение тела из горизонтального. Встречается у 24% пожилых людей. Продолжается 1–3 минуты. Очень опасно последствиями. Человек может упасть и получить травму. Рекомендация — не вставать резко.

Постприандиальная гипотензия.

Это снижение давления после приема пищи менее 90 мм рт.ст. или на 20 мм рт.ст. и более (для систолического давления). Особенно часто такое бывает после приема горячей углеводистой пищи в первой половине дня. По некоторым данным, «после сытного обеда» снижением давления страдают 34% пожилых людей.

Нейроциркуляторная гипотензия.

В качестве диагноза этот термин в современной медицине подвергается критике. Но другого термина нет, а патологическое состояние есть. Поэтому предлагаю не отказываться от него в случае признаков ваготонии (потливость, дискинезия ЖКТ, невротические реакции, колющие боли в области сердца и т.д.). Такое состояние более характерно для молодых пациентов.

Лекарственная гипотензия.

Логично, что на первом месте в возникновении этого состояния находятся гипотензивные средства, особенно центрального действия. Но к падению давления могут привести многие препараты, например, бета-блокаторы, антагонисты кальция, диуретики, нитраты, ингибиторы МАО, психотропные препараты, некоторые противоопухолевые средства, опиаты, алкоголь и даже местные анестетики.

Неврологическая гипотензия.

Сюда относится алкогольная и диабетическая полинейропатия.

Соматическая гипотензия.

Она возникает вследствие других заболеваний, как то: стенозы клапанов, нефротический синдром, анемии, гипотиреоз, варикозная болезнь, надпочечниковая и гипофизарная недостаточность. Как и в случае с неврологической гипотензией начинать лечение следует с основного заболевания.

Подростковая гипотензия.

Обусловлена диспропорциями в развитии. По статистике, до 30% детей и подростков хоть раз побывали в обморочном состоянии.

Гипотензия беременных.

Около 12% беременных сталкиваются с этой

проблемой, особенно на фоне ранних токсикозов, гестозов и т.д. Пониженное давление увеличивает риск прерывания беременности, задержки развития плода, нарушения плацентарного кровотока, в родах снижает активность матки и увеличивает риск кровотечений.

Обмороки.

Бывают нейrogenные (связанные с вегетативной нервной системой), кардиогенные, церебральные (транзиторная ишемия мозга), психогенные (истерические).

О чем спросит провизор

Проводя фармацевтическое консультирование у посетителей с пониженным давлением, необходимо уточнить:

- Какое у вас артериальное давление?
- Было ли раньше снижение давления?
- Какие препараты вы принимаете?
- Связано ли снижение давления с приемом препаратов?
- Есть ли среди ваших лекарств недавно назначенные?

Лекарственные решения

Как правило, людям с первичной гипотонией (не возникшей вследствие иных заболеваний) рекомендуют делать акцент на образе жизни: соблюдать питьевой режим, есть пищу с достаточным количеством соли, нормализовать сон, заниматься физическими упражнениями и т.д. Иногда советуют носить компрессионный трикотаж (помним про роль расширенных вен в патогенезе!).

Но есть и фармацевтические препараты, позволяющие повысить качество жизни при пониженном давлении.

Кофеин-бензоат натрия

Кофеин не только компонент любимого

многими напитка, но и рецептурный препарат. Оказывает сильный, но кратковременный эффект.

Никотин

Речь идет не о сигаретах, а о препаратах, помогающих избавиться от табачной зависимости: пластыри, таблетки, жевательные резинки «Никоретте». Они высвобождают норадреналин и ацетилхолин, что приводит к повышению давления. Надо помнить, что у никотиновой кислоты противоположный эффект — сосудорасширяющий, гипотензивный.

Апилак

Препарат на основе пчелиного маточного молочка. Применяется курсами по 10–15 дней в таблетках под язык, либо в свечах ректально.

Пантокрин

Капли и таблетки из молодых рогов оленя. Применяется курсами по 3 недели с перерывом 10 дней в комплексном лечении гипотонии.

Фитопрепараты

Их эффективность подтверждена только эмпирически. Наиболее изучен элеутерококк. Но широко применяются разные растительные средства: женьшень, эхинацея, левзея, лимонник, аралия, алоэ, родиола розовая.

Быстрого эффекта от них ждать не приходится, но с течением времени они хорошо себя проявляют.

Поливитаминовые препараты

Оптимально при гипотонии сочетание витаминов, минералов и аминокислот. Хорошо, если они содержат витамины А, С и группы В (В₁, В₂, В₅, В₆, В₁₂), железо, фосфор, кальций, магний, лецитин, метионин, холин.

Цитруллин малат (стимул)

Аминокислота, используемая в спортив-

ном питании. Однако есть публикации и о ее эффективности при лечении гипотонии.

Акарбоза

Олигосахарид, обладающий сахароснижающим действием. Эффективен при постприандиальной гипотонии, особенно на фоне метаболического синдрома.

Бромкамфора

Рецептурный препарат, применяется дважды в день после еды курсом 10–15 дней. В показаниях значится «лабильность артериального давления».

Аммония глицирризинат

Может способствовать лечению гипотонии, связанной с истощением коры надпочечников.

Флудокортисон

Рецептурный препарат, минералокортикоид. Решение довольно радикальное, но помогает справиться с любыми видами гипотонии.

Мидодрин (гуфрон)

Избирательно влияет на альфа-адренорецепторы, не влияя на деятельность ЦНС и миокарда. Показан при всех видах гипотонии.

Сульбутиамин (энергон)

Синтетический аналог тиамина. Показан при переутомлении, астении, апатии, но не является альтернативой антидепрессантам. Благодаря холинергической и серотонинергической активности особенно подходит пожилым пациентам.

ВАЖНО: препараты, повышающие давление, принимают в первой половине дня.

...Итак, справиться с проявлениями гипотонии помогают не только правильный сон и занятия спортом, но и грамотно подобранные лекарственные препараты. Фармацевты и провизоры должны об этом помнить.



Сахароснижающие препараты: что должен знать работник аптеки?



Наш эксперт — доцент кафедры фармакологии ВГМУ им. Н. Н. Бурденко, кандидат медицинских наук Ольга Черенкова

Лечение диабета является важной задачей современной медицины, поскольку позволяет предотвратить развитие серьезных осложнений, сохранить здоровье и повысить уровень жизни пациентов. Сегодня существует множество классов сахароснижающих лекарств, каждый из которых имеет свои особенности, механизм действия и показания к применению. Рассмотрим наиболее распространенные группы препаратов подробнее.

Бигуаниды

Представитель:
■ метформин.

Принцип и особенности действия:

Это один из старейших и наиболее изученных препаратов против диабета. Часто назначают первым для лечения сахарного диабета 2-го типа. Уменьшает образование глюкозы в печени и ее всасывание в кишечнике. Повышает чувствительность тканей к инсулину. Гипогликемию не вызывает. Один из немногих сахароснижающих препаратов, лечение которым может приводить не к повышению, а к снижению массы тела пациентов. Если повышение веса со временем все же происходит, то оно минимально по сравнению с другими препаратами. Часто применяется в сочетании с другими гипогликемическими препаратами. Иногда приводит к нарушению обмена веществ (лактоацидоз), особенно при приеме препарата на фоне сердечной, почечной и печеночной недостаточности, а так-

же при употреблении алкоголя.

Важная информация для пациента:

Может вызывать металлический вкус во рту, тошноту, отсутствие аппетита, диарею, которые, как правило, отмечаются в начале лечения, а затем уменьшаются или самостоятельно проходят. Для снижения вероятности развития этих эффектов рекомендуется принимать вместе с пищей.

Для контроля возможных побочных явлений рекомендуется регулярно сдавать анализы.

При сочетании с алкоголем усиливается токсическое действие, при алкоголизме противопоказан.

же при употреблении алкоголя.

Важная информация для пациента:

Может вызывать металлический вкус во рту, тошноту, отсутствие аппетита, диарею, которые, как правило, отмечаются в начале лечения, а затем уменьшаются или самостоятельно проходят. Для снижения вероятности развития этих эффектов рекомендуется принимать вместе с пищей.

Для контроля возможных побочных явлений рекомендуется регулярно сдавать анализы.

При сочетании с алкоголем усиливается токсическое действие, при алкоголизме противопоказан.

Производные сульфонилмочевины

Представители:
■ глибенкламид, глимепирид, гликлазид.

Принцип и особенности действия:

Производные сульфонилмочевины стимулируют поджелудочную железу выделять больше инсулина, способствуя снижению уровня глюкозы в крови. Эти препараты хорошо подходят пациентам с нормальным индексом массы тела и умеренной недостаточностью выработки собственного инсулина. Препараты обычно назначают длительно. Применение начинают с небольших доз, которые постепенно увеличивают. Используют по схеме. При нарушении режима дня, если человек в течение суток не имеет возможности или забывает поесть, возможно значительное снижение уровня глюкозы крови, то есть гипогликемия.

Важная информация для пациента:

Регулярно проверяйте уровень глюкозы, возможны эпизоды снижения уровня глюкозы в крови.

При использовании препаратов рекомендуется соблюдать диету. Если человек не ограни-

чивает углеводы, лечение будет малоэффективным, а если отдает предпочтение высококалорийной пище — быстро набирает вес, так как средства этой группы стимулируют аппетит.

В связи с возможным развитием побочных реакций на фоне лечения нежелательно употреблять спиртные напитки, особенно крепкие.

Иногда препараты вызывают нарушения функции печени и работы органов кроветворения, поэтому для контроля за состоянием организма необходимо периодически сдавать общий и биохимический анализы крови.

Глиниды (меглитиниды)

Представитель:
■ репаглинид.

Принцип и особенности действия:

Глиниды быстро снижают уровень сахара в крови путем стимуляции поджелудочной железы вырабатывать дополнительный инсулин сразу после еды. Это делает их идеальными препаратами для контроля уровня глюкозы именно после приема пищи.

Важная информация для пациента:

Быстрое начало действия требует аккуратного дозирования и регулярного питания. При приеме препарата рекомендуется разделить дневной рацион на приблизительно одинаковые части и принимать таблетки в количестве, равном приемам пищи.

Препарат принимают внутрь перед основными приемами пищи, обычно за 15 минут до начала приема пищи 2–4 раза в день.

Может вызывать гипогликемию, нужно внимательно следить за своим состоянием.

Ингибиторы дипептидил-пептидазы-4 (ДПП-4, глиптины)

Представители:
■ ситаглиптин, видаглиптин, саксаглиптин, линаглиптин.

Принцип и особенности действия:

Препараты этой группы продлевают время «жизни» в организме особых веществ, стимулирующих выработку инсулина после еды. Этот эффект осуществляется за счет блокады фермента ДПП-4, что получило отражение в названии класса препаратов. Когда человек не ест, эти средства «не работают», в связи с чем существенно снижается риск резкого понижения уровня глюкозы в крови. Наиболее эффективны в первые годы заболевания. Препараты обычно назначают длительно, часто — в составе комбинированного лечения, так как могут назначаться совместно с сахароснижающими препаратами. В отличие от многих других средств для терапии сахарного диабета хорошо переносятся. Частота нежелательных явлений в ряде клинических исследований была сопоставима с таковой при использовании плацебо. Не вызывают они и прибавку в весе.

Важная информация для пациента:

Необходимо четко соблюдать режим приема и контролировать гликемию. При снижении эффективности обратиться к врачу.

Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (SGLT2-ингибиторы)

Представители:
■ канаглифлозин, дапаглифлозин, эмпаглифлозин.

Принцип и особенности действия:

Эти современные препараты блокируют обратный захват глюкозы почками, выводя излишнюю глюкозу из организма естественным образом с мочой. Они эффективно снижают гликемический контроль, массу тела и артериальное давление.

В последние годы стали применяться не только при сахарном диабете, но и при хронической сердечной недостаточности.

Важная информация для пациента:

В связи с тем, что сахар выводится с мочой, повышается риск инфекций мочевыводящих путей и половых органов.

Возможно появление сухости кожи и зуда.

Препарат может увеличивать объем суточной мочи.

Тиазолидиндионы (глитазоны)

Представитель:
■ пиоглитазон.

Принцип и особенности действия:

Эта группа препаратов увеличивает чувствительность клеток организма к инсулину, улучшает липидный профиль и обладает защитным действием на сосуды сердца и мозга. Однако могут вызывать задержку жидкости и повышение массы тела. В настоящее время в аптеках в виде монопрепаратов не представлены. Пиоглитазон выпускается совместно с аглиптином.

Важная информация для пациента:

Возможны побочные эффекты: отеки ног, прибавка веса, риск переломов костей.

Агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (GLP-1RA, инкретиномиметики)

Представители:
■ эксенатид, лираглутид, семаглутид.

Принцип и особенности действия:

Препараты являются аналогами инкретинных — особых гормонов, которые вырабатываются некоторыми типами клеток тонкой кишки в ответ на прием пищи и стимулируют секрецию инсулина. В отличие от природных молекул, которые вырабатываются в организме каждого человека и «живут» минуты, препараты с инкретиновым дей-

ствием не подвержены разрушению и могут находиться в кровяном русле долго. В течение всего этого времени они стимулируют выработку инсулина после еды. Препараты представляют собой цепочки аминокислот, поэтому при попадании в пищеварительный тракт мгновенно разрушаются пищеварительными ферментами. В связи с этим их вводят только в инъекционной форме подкожно, в область бедра, живота или предплечья. Как правило, инъекции осуществляет сам пациент. Места инъекций могут изменяться. После начала лечения препаратами этой группы нередко приходится изменять в меньшую сторону дозировку уже используемых сахароснижающих средств. Эти препараты оказывают положительное воздействие на обмен веществ, нормализуют массу тела и уменьшают риск сердечно-сосудистых осложнений.

Важная информация для пациента:

Препараты вводятся подкожно, обязательно нужно научиться правильной технике инъекции.

Могут сопровождаться тошнотой, неприятными ощущениями в области желудка, снижением или потерей аппетита.

Способствуют постепенному похудению.

Выбор подходящего препарата зависит от индивидуальных особенностей пациента, стадии заболевания, наличия сопутствующих заболеваний и предпочтений самого больного. Правильно подобранное лекарство позволит сохранить хорошее самочувствие, избежать серьезных осложнений болезни и вести активный образ жизни долгие годы.

Выбор оптимального средства должен осуществляться индивидуально специалистом-эндокринологом или терапевтом. Самостоятельная замена или отмена назначенного врачом препарата недопустима.



Алла
Моисеева

Клещевой боррелиоз



С апреля и практически до середины октября прогулки по лесу, парку и даже прополка сорняков на дачном участке могут обернуться серьезными неприятностями. Речь о клещах, которые облюбовывают нижние ветки деревьев, кустарников, высокую траву. Оказаться на ничем не защищенном участке кожи для них не проблема. А так как эти насекомые — универсальные переносчики инфекционных болезней человека, их укусы чреватые заражением вирусами и бактериями, которые могут воздействовать на нервную систему человека.

Если говорить об инфекциях, передающихся клещами, то на первый план выходят иксодовый клещевой боррелиоз (болезнь Лайма) и вирусный клещевой энцефалит. О вирусном клещевом энцефалите слышали многие, клещевой боррелиоз известен меньше. Под ним подразумевается целая группа инфекций, которые переносятся иксодовыми клещами. Возбудителями заболевания являются бактерии рода *Borrelia*, в основном *Borrelia burgdorferi*, но также могут быть *Borrelia afzelii* и *Borrelia garinii*. На них приходится около 80% случаев заражения боррелиозом.

Бактерии по форме напоминают спираль и благодаря имеющимся у них жгутикам могут самостоятельно передвигаться в тканях. Оптимальной для их роста и размножения является температура 33–37°C, то есть, попав внутрь нашего организма, они прекрасно себя чувствуют. Причем боррелии могут находиться как в внутриклеточном пространстве, так и в межклеточном. Также они могут образовывать такие устойчивые к внешнему воздействию формы, как цисты, колонии и биопленки.

Особенности заболевания

Особенности течения боррелиоза определяются следующими свойствами боррелий:

- возможность самостоятельного передвижения в тканях;
- изменчивость бактерий;
- генетическое сходство антигенов боррелий с антигенами стенок артериальных сосудов.

Благодаря этому боррелии могут проникать в глаза, мышцы, кожу, сердце, суставы, вызывать различные неврологические нарушения, говорит **врач-невролог, заместитель директора по научной работе, заведующая научно-исследовательским от-**

делом нейроинфекций и органической патологии нервной системы Научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА России, доктор медицинских наук, профессор Елена Скрипченко.

Распространяются боррелии в основном по лимфатическим сосудам, но способны перемещаться и по периферическим нервам. Основной путь заражения — при присасывании клеща. Но инфекция также может передаваться вертикально — от матери плоду и при втирании в поврежденную кожу содержимого кишечника клеща во время его удаления. В отличие от клещевого энцефалита заражение боррелиозом при употреблении зараженных бактериями продуктов происходит в очень редких случаях.

Главная особенность боррелиоза — симптомы могут возникать через месяцы и даже через годы с момента заражения больного.

В клеще поверхностный белок боррелий связывается с белком слюны клеща, что обеспечивает им защиту от фагоцитоза и подавляет Т- и В-клеточный иммунный ответ укушенного клещом. При присасывании насекомого боррелии вместе с его слюной попадают в кожу и начинают делиться. Затем они распространяются по периферическим нервам, ближайшим к месту присасывания клеща. В 45–50% случаев бактерии распространяются по кровеносным сосудам с током крови. Это определяет развитие безэритемных (без покраснения кожи) форм болезни и обеспечивает максимально быстрое распространение инфекции, замечает эксперт.

Дальше боррелии заселяют лимфатические узлы и проникают за их пределы. Лимфатические сосуды и лимфатические узлы вовлекаются в воспалительный процесс, что приводит к образованию мигрирующей эритемы и регионарного лимфаденита.

В 75–85% случаев развивается эритемная форма, которая сопровождается развитием мигрирующей эритемы в месте присасывания клеща.

Безэритемная форма сопровождается фебрильной лихорадкой, поли- или регионарным лимфаденитом. Мигрирующей эритемы, соответственно, нет, но достаточно высок риск прогрессирования болезни, предупреждает профессор Скрипченко.

Стадии, симптомы и синдромы

Инкубационный период боррелиоза может длиться от 2 до 60 дней, но чаще — 10–14 дней. В своем развитии болезнь проходит несколько стадий:

■ Первая — локальная инфекция в коже и регионарных лимфоузлах длится 1–14 дней. Это острое развитие боррелиоза.

■ Вторая стадия — затяжное течение. Может продолжаться от 2 недель до 3 месяцев. Развивается в результате распространения боррелий в структуры нервной системы и внутренних органов (лайм-кардит, лайм-гепатит), суставы (лайм-артрит), глаза и др. Симптомы проявляются через неделю, а то и через месяцы после заражения.

■ Третья стадия — хроническое течение. Симптомы возникают через месяцы и годы после заражения. Проявляется неврологическими синдромами, включая демиелинизирующие заболевания сердца, суставов, кожи и др.

Эксперт перечисляет проявления нефроборрелиоза. При вовлечении периферической нервной системы:

- серозный менингит;
- нейропатия лицевого нерва;

- множественные полирадикулопатии;
- синдром Гийена — Барре;
- полиневропатии.

При вовлечении центральной нервной системы:

- менингит;
- энцефалит;
- миелит;
- энцефалопатия — прогрессирующие когнитивные нарушения;

■ острые нарушения мозгового кровообращения.

Возможен также постлаймский синдром — стойкая неврологическая симптоматика в виде когнитивных нарушений и нейропатического болевого синдрома после повторных курсов антибиотиков.

Следует учесть и возможность изолированного миелита, продолжает эксперт. Очаги обнаруживаются в области шейных сегментов спинного мозга и проявляются спастическим парезом ног.

Хронические нейроинфекции проявляются не только в виде хронических менингитов, но и хроническими энцефалитами, и хроническими васкулитами. Как правило, при позднем боррелиозе врачи видят даже проявления инсультов. Для позднего боррелиоза характерны и формирование аневризм, различные сосудистые патологии, объясняет Елена Скрипченко.

Необходимые исследования

Подозревать боррелиоз следует уже при упоминании самого факта присасывания клеща, считает профессор Скрипченко. Пройти могут дни, месяцы, годы — это не имеет значения. Главное — что клещ был обнаружен и он смог укусить. Кроме того, имеет значение пребывание в эндемичном по заболеванию регионе, а значит, факт присасывания клеща отрицать нельзя. Человек

мог об этом просто забыть или ничего не заметить. Удаление клеща без перчаток тоже имеет значение, как и сезонность инфекции (с ранней весны до поздней осени).

Врач обратит внимание на мигрирующую эритему в анамнезе или обнаруживающуюся при осмотре, увеличение регионарных лимфоузлов, развитие синдромов поражения периферической или центральной нервной системы, одновременное поражение других органов.

Главная особенность боррелиоза — симптомы могут возникать через месяцы и даже через годы с момента заражения больного

Если в период активности клещей у человека диагностируются демиелинизирующее заболевание, рассеянный склероз, в том числе клинически изолированный синдром — необходимо исключить боррелиоз, настаивает эксперт.

Подтвердить подозрения или их опровергнуть помогут:

- МРТ, ЭНМГ (электромиография) — позволяют определить функциональное состояние периферических нервов, мышечных волокон и спинного мозга. Определяется скорость передачи нервного возбуждения;
- электроэнцефалограмма;
- ТМС (транскраниальная магнитная стимуляция) — исследование возбудимости и проводимости двигательных структур нервной системы на различных уровнях;

■ исследование вызванных потенциалов — регистрация электрических потенциалов, возникающих в мозге в ответ на внешние стимулы (например, зрительные, слуховые, соматосенсорные) или выполнение умственных задач — позволяет оценить состояние нервных путей и функционирование нейронов;

■ исследование ликвора — спинномозговой жидкости — о заражении говорят присутствие белка, лактата, цитокинов;

■ ПЦР в режиме реального времени;

■ иммуноферментный анализ — позволяет обнаружить антитела к разным генотипам боррелий с 14-го дня от момента заражения.

Антибиотики и интерфероны

Увы, лечение боррелиоза начинается обычно примерно с 7-го дня заболевания, констатирует Елена Скрипченко. Диагноз поставить не так просто, ведь боррелиоз может маскироваться под множество других заболеваний и синдромов. Отсутствие адресного лечения именно в остром периоде, пропуск стадии локальной инфекции приводят к развитию хронической инфекции. А это уже подразумевает длительный (6–12 месяцев) курс антибиотиков, противовирусных и противомикробных препаратов.

На первой стадии заболевания (в остром периоде) назначают цефалоспорины 3-го поколения. На второй стадии — бициллин-5. При затяжном течении (третья стадия) применяются тетрациклины в сочетании с рекомбинантным интерфероном альфа-2. Курс лечения — 21 день.

Два раза в год проводится противорецидивная терапия. Используются иммуностимуляторы и антигипоксанты.



Светлана Любошиц

Удар по нерву

По статистике, невралгией тройничного нерва в мире страдают около миллиона человек. Женщины сталкиваются с подобными неприятностями в 3 раза чаще, чем мужчины. Обычно все начинается после 50 лет. Причем многие не спешат озадачивать врача своей проблемой, надеясь, что как-то само собой пройдет. И совершенно напрасно. Невралгия тройничного нерва чревата осложнениями, поэтому обследование обязательно, впрочем, как и комплексное лечение по назначению доктора.

Нерв назван тройничным, так как у него три ветви: глазная, нижне- и верхнечелюстная. Соответственно при его воспалении (тригеминальная невралгия) может пострадать любая из перечисленных областей, к тому же нерв огибает почти все лицо. Заболевание не опасно для жизни, но может вызвать развитие других патологий и дискомфортных состояний.

На что жалуетесь?

Чаще всего тройничный нерв воспаляется из-за сдавливания окружающими тканями или опухолью. Постепенно в миелиновой оболочке нерва развиваются нарушения. Нейроны сильно возбуждаются, человек чувствует острую приступообразную или постоянную боль в области лба, висков, жевательных мышц, конъюнктивы или полости рта. Ее можно сравнить с ударом током. Многие говорят о «простреле».

Основным симптомом считается боль в области лица. При любых движениях лицевых мышц болевые ощущения могут возрасти до критических отметок. Громкие звуки, яр-

кий свет, шум только усиливают дискомфорт. И никакие обезболивающие средства не помогают. Ведь тригеминальная невралгия вызывает очень устойчивый болевой синдром.

Боль может ослабевать. Человек вздыхает с облегчением и считает, что все само собой прошло, но приступы повторяются. Кожа около воспаленного нервного пучка часто теряет чувствительность, бывает, снижается мигательный рефлекс, появляется нервный тик. Болезнь может проявляться нарушением чувствительности лица, мимики.

Нередко данные симптомы сопровождаются мигренью, из-за чего нарушается сон, пациент становится раздражительным, у него развивается тревожное состояние, говорит **врач-невролог, руководитель отдела эпилепсии и пароксизмальных заболеваний Федерального центра неврологии и нейротехнологий ФМБА России, профессор кафедры генетики Института нейронаук и нейротехнологий РНИМУ им. Н. И. Пирогова, доктор медицинских Сергей Бурд.**

На фоне болезни могут уплотниться некоторые лицевые мышцы, сформироваться нарушения в работе жевательной мускулатуры, пародонтоз.

Со временем невралгия может спровоцировать осложнения. Это часто влечет за собой развитие вторичного болевого синдрома. Могут также пострадать лицевая и слуховая нервы.

Идем к врачу

Консультацией врача-невролога лучше не пренебрегать. Поставить диагноз обычно не сложно, на него указывает локализация боли и ее односторонность. Невролог пропальпирует лицевые ткани, проверит сохранность мимики. Попробует понять причину развития болезни. Это могут быть операция на лице, новообразования в данной области, повреждения нервных пучков, травма, проблема с зубами. Для подтверждения подозрений на невралгию тройничного нерва и исключения заболеваний, вызывающих схожие симптомы, необходимо инструментальное исследование. Обязательна обзорная МРТ головного мозга, заме-

чает эксперт. Дополнительно он рекомендует провести:

■ Ортопантомографию — панорамный снимок зубов и челюсти, он позволит понять, есть ли проблемы с зубами.

■ МРТ с прицельным исследованием височно-нижнечелюстных суставов — для исключения их дисфункции.

■ УЗИ слюнных желез — для исключения проблем с ними.

Результаты исследований помогают выявить или исключить новообразования, разрушение или сдавливание нервных волокон.

Чтобы убедиться, что нет проблем с мозговым кровообращением, назначают ангиографию сосудов головного мозга. Это дает возможность выявить влияющие на невралгию аневризмы, кровоизлияние или сосудистые патологии.

Врач может также рекомендовать рентгенографию придаточных пазух носа. Чтобы точно понять локализацию воспаления (какой участок нерва поврежден), выполняют электромиографию, которая позволяет определить биоэлектрическую активность мышц и сделать вывод о функциональном состоянии нерва.

Что мешает быть здоровым?

Треть россиян, отвечая на этот вопрос в ходе исследования компании SuperJob, связали плохое самочувствие с нарушением режима питания, сна и отдыха.

Еще почти столько же жалуются на чрезмерную физическую и психологическую усталость. В 26% причиной плохого самочувствия респонденты считают отсутствие физической активности, в 21% — плохую экологическую обстановку.

Многие подчеркивают проблемы, связанные со здоровьем и отношением к своему здоровью. Так, почти четверть респондентов пожаловались на низкое качество медицинского обслуживания, 13% видят корень проблемы в игнорировании профосмотров, а 9% указывают на недолеченные заболевания. Абсолютно здоровыми сочли себя 20% мужчин и 16% женщин.

Опрос проведен 21–30 июля 2025 года, в нем участвовали 1600 человек.

Сначала — лекарства

Среди методов лечения эксперт перечисляет медикаментозную терапию, психотерапию, высокочастотную ритмическую транскраниальную магнитную стимуляцию, гипербарическую оксигенацию, малоинвазивные пункционные и хирургические вмешательства.

препараты (препараты антихолестеразного ряда). Они помогают улучшить связи между нейронами и провести вторичную профилактику повреждения нерва, уменьшить болевой синдром.

Если лекарственная терапия не помогла, пациента следует госпитализировать для хирургического лечения.

Хирургическое вмешательство

Микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва позволяет сохранить его целостность, так как между сосудом и нервными пучками устанавливается защитная прокладка. Манипуляция выполняется через небольшой разрез. Это обеспечивает быстрое восстановление.

Применяются также механическая деструкция периферических ветвей, радиочастотная деструкция, лазерная термокоагуляция и глицериновая ризотомия. Но это «запасные» варианты, когда невозможно выполнить микроваскулярную декомпрессию корешка. Увы, при таких вмешательствах целостность нерва сохранить не удастся.

Блокада тройничного нерва

Ее цель — доставить лекарство сразу в очаг боли, чтобы снизить проводимость импульсов к периферии. Эффективность зависит от твердости руки доктора и точности определения очага боли. Если все верно, боль стихает очень быстро. К данной манипуляции обращаются, если лекарства не помогли, а проведение операции по каким-либо причинам противопоказано.

На фоне болезни могут уплотниться некоторые лицевые мышцы, сформироваться нарушения в работе жевательной мускулатуры, пародонтоз. Со временем невралгия может спровоцировать осложнения. Это часто влечет за собой развитие вторичного болевого синдрома. Могут также пострадать лицевая и слуховая нервы

Из лекарственных препаратов используют лидокаин (лидокаиновые пластыри), баклофен, ботулинический токсин типа А, ипидакрин, кортикостероиды. Если через 4 недели нет должного эффекта, назначается дополнительное обследование, сообщает профессор Бурд. Также он рекомендует противоэпилептические препараты и антидепрессанты. Для восстановления проводимости нерва применяются нейротрофические

Марина
Шевлина

Комары «мигрируют» на север

Лихорадка денге опасна и для россиян



По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется от 100 до 400 млн случаев заболеваний лихорадкой денге. Около 5% из них оборачиваются летальным исходом. И если раньше данная инфекция была характерна для тропических стран, то сейчас комары-возбудители заболевания уже обживают территории Большого Сочи и в Краснодарском крае и могут представлять опасность для местных жителей и отдыхающих.

По одной из версий «денге» с языка суахили переводится как «судорожный припадок», по другой — название лихорадка получила по ассоциации со своеобразной (слегка покачивающейся) походкой больного от искаженного английского «dandy» (франт). Первому упоминанию заболевания уже более 1,5 тысяч лет. Изучается же оно примерно 250 лет — с 1780 года, когда были описаны многочисленные случаи лихорадки в Филадельфии, а чуть позже — в Каире. В 1940-х годах выделен вирус лихорадки денге.

Источник инфекции — больной человек, обезьяны и, возможно, летучие мыши. Передают ее комары *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus*. Вирус может сохраняться в теле комара при температуре не ниже 15°C. В связи с этим заболевание широко распространено в тропиках и субтропиках. Но в последнее время комары адаптировались к более низким температурам и распространились в Южной Европе. Их яйца уже могут пережить даже отрицательные температуры до -10°C.

В России за исключением «ковидных» пандемических лет продолжает расти число завозных случаев, причем география стран происхождения инфекции расширяется. В Москву лихорадка денге завозилась из Таиланда, Мальдивов, Индонезии, Вьетнама, Филиппин, Мексики, Кубы. В связи с появлением комаров-переносчиков инфекции в Краснодарском крае увеличивается риск возникновения локальных случаев на юге России.

Механизм передачи

При укусе комаром зараженного человека или животного возбудитель проникает в кровь насекомого, быстро размножается без вреда для комара. Через 14 дней укусы насекомого становятся заразными. Достаточно одного контакта такого комара со здоровым человеком, чтобы вирус попал в кровь и заболевание начало развиваться.

В организме человека инкубационный период длится 7–15 дней, острый период — 7–12 дней.

По мере развития заболевания наблюдаются два пика повышения температуры тела (лихорадки), в интервалах между ними симптомы ослабевают, говорит аспирантка ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора Александра Лужецкая.

После укуса комара вирус проникает в лимфоузлы и сосуды, где начинает усиленно размножаться. Патогенные частицы распространяются с током крови и лимфы по организму, попадают во внутренние органы, нарушая их работу. Возникает сильная интоксикация.

Формы и степени

Существует три формы лихорадки денге:

■ **Классическая** — чаще при первичном поражении. Температура тела сильно повышается, через 3 дня она нормализуется, после чего вновь повышается. Человек жалуется на боль в мышцах, дискомфорт в позвоночнике, головокружение, бессонницу. На теле возникает

сыпь, которая проходит через 3–7 дней. Сыпь может быть в виде мелких кровоизлияний, напоминать скарлатину или выглядеть как волдыри.

■ **Геморрагическая** — ведущую роль в ее развитии играет иммунологическое усиление инфекции. В подавляющем большинстве случаев эта форма наблюдается у больных, которые уже переносили лихорадку денге, но вызванную другим серотипом вируса. В эндемических по вирусу регионах геморрагическая лихорадка чаще диагностируется у пациентов, заразившихся вирусом второго серотипа, в прошлом перенесших инфекцию, вызванную вирусами других серотипов. После 10-дневного инкубационного периода проявляются интоксикация, заторможенность и характерные высыпания — от нескольких точек до обширного пятна. Возможны носовые кровотечения и внутренние кровоизлияния. В кале и моче обнаруживаются частицы крови. Часто приводит к летальному исходу.

■ **Шоковый синдром денге** — развивается обычно у людей, которые уже болели лихорадкой денге. Высокий риск летального исхода.

Различают также четыре степени тяжести:

✓ Первая степень — лихорадка, симптомы общей интоксикации, кровоизлияния в локтевом сгибе при наложении манжетки или жгута («проба жгута»). Сгущение крови и тромбоцитопения.

✓ Вторая степень — к указанным симптомам добавляются спонтанные кровотечения (внутрикожные, из десен, из ЖКТ). Сгущение крови и тромбоцитопения сильнее выражены.

✓ Третья — к симптомам второй степени добавляются циркуляторная недостаточность (гипоксия), возбуждение.

✓ Четвертая — глубокий шок (артериальное давление на нуле).

Источник инфекции — больной человек, обезьяны и, возможно, летучие мыши. Передают ее комары *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus*. Вирус может сохраняться в теле комара при температуре не ниже 15°C

При легком течении температура может подниматься до 40°C, пациент испытывает сильную головную боль, боль позади глазного яблока. Наблюдаются кровоизлияния в склеры, мышечные и суставные боли, тошнота, рвота, диарея, сыпь, катаральные явления. Летальный исход в очень редких случаях.

При тяжелом течении появляются сильные кровотечения, сильное поражение внутренних органов, шок, увеличение в размерах печени, сильные боли в области живота, постоянная рвота, учащенное дыхание, возбуждение. В рвоте и стуле обнаруживается кровь. У больного сильная жажда, бледная и холодная кожа.

Как отличить от других инфекций

Классическую форму лихорадки денге следует отличать от гриппа и ко-

ри, геморрагическую — от менингита, сепсиса, тропической малярии, лихорадки чикунгунья, продолжает Александра Лужецкая. В этом поможет лабораторная диагностика:

■ Иммуноферментный анализ — обнаружение в сыворотке крови иммуноглобулинов М (появляются с 5-го по 10-й день, обнаруживаются до 90 дней).

■ ПЦР — до 3–4 недель в крови и моче обнаруживается РНК вируса, хотя зафиксированы случаи определения РНК вируса в моче до 8–9 недель. В крови РНК вируса чаще обнаруживается в течение 1–2 недель.

Для подтверждения диагноза достаточно обнаружить иммуноглобулины М в сыворотке крови, взятой позже 5-го дня заболевания, добавляет эксперт. Иммуноглобулины G позволяют отличить первичное заражение от повторного. При первичном инфицировании они появляются в крови с 7-го дня, при повторном — с 1-го.

Применяется также экспресс-тест на антиген NS1. Позитивным тест будет с 1-го до 6-го дня, это может продолжаться до 18-го дня болезни.

Все как всегда

Специфического медикаментозного лечения лихорадки денге пока нет. Нет противовирусных препаратов с доказанной клинической эффективностью для лечения именно данной инфекции, разработанных схем ее терапии. Зато имеются противопоказания к приему НПВП и аспирина. Также существует опасность развития васкулита из-за назначения больших объемов жидкости, сожалеет госпожа Лужецкая.

Тем не менее нужно предупредить дальнейшее развитие патологических процессов и постараться избежать осложнений и формирования остаточных явлений.

Госпитализация пациента при подозрении на лихорадку Денге обязательна. При терапии применяются обезболивающие средства, снотворные и успокаивающие составы, при тяжелом течении — глюкокортикостероиды, для поддержания иммунной системы назначаются поливитаминные комплексы.

Чтобы не было обезвоживания, рекомендованы обильное питье и инфузионная терапия с препаратами глюкозы.

Готовимся к сезону простуд

Мы все еще радуемся теплу, но простудный сезон не за горами. И готовиться к нему необходимо заблаговременно. Это особенно актуально для родителей часто болеющих детей.



Как уменьшить риск развития респираторных инфекций у детей раннего возраста?

Эта весьма непростая задача требует систематического подхода. И начать стоит с общеукрепляющих мер.

Постарайтесь наладить полноценное питание малыша. В его рационе в достаточном количестве должны присутствовать не только белки, жиры и углеводы, но и растительная клетчатка, полиненасыщенные жирные кислоты и другие незаменимые компоненты. Это крайне важно для повышения сопротивляемости организма к неблагоприятным воздействиям, включая инфекции. В питании необходимо придерживаться соответствующих возрастных рекомендаций.

Для полноценной работы всех систем большое значение имеет и регулярная физическая активность — утренняя гимнастика, подвижные игры на свежем воздухе.

Нужно позаботиться о здоровом режиме сна и бодрствования, благоприятном психологическом микроклимате в семье.

Колоссальную роль в поддержании неспецифического иммунитета играет такой проверенный временем метод, как закаливание.

Закаливание как важнейший фактор укрепления иммунитета

Приступать к закаливанию ребенка можно начиная с любого возраста, для грудничка — примерно с 2 недель от рождения. Разумеется, предварительно необходимо обсудить это с врачом — он предложит наиболее приемлемые способы закаливания.

Закаливание способствует повышению устойчивости детского организма к изменениям погоды, укреплению иммунитета, снижению заболеваемости, улучшению общего состо-

яния здоровья, поддержанию хорошей физической формы.

Правила закаливания

Чтобы хорошо подготовить малыша к трудностям осенне-зимнего периода, оптимально начинать закаливание еще в теплое время года. Но если с этим не сложилось, можно приступить к закаливанию практически в любой момент. Главное — постепенно наращивать интенсивность закаливающего воздействия и проводить процедуры регулярно, систематически, без продолжительных перерывов.

Есть и другие правила:

- закаливать можно только когда ребенок полностью здоров (на время болезни делается перерыв, после которого придется начинать процесс заново);

- в ходе выполнения манипуляций ребенок не должен подвергаться выраженному общему переохлаждению или перегреванию;

- необходим индивидуальный подход к каждому ребенку, с учетом его возраста, особенностей организма, процедуры должны вызывать положительные эмоции;

- требуется внимательно наблюдать за реакцией ребенка и при необходимости вносить коррективы.

Существуют определенные противопоказания к проведению закаливания:

- лихорадочные состояния;
- острые расстройства пищеварения;
- повышенная нервная возбудимость;

- пороки сердца в стадии декомпенсации;

- выраженная анемия;

- резкое истощение;

- нарушения сна;

- резко отрицательное отношение ребенка к проводимым процедурам.

В каких-то случаях врач может порекомендовать более щадящие виды воздействия, в других стоит просто выждать время.

Виды закаливания

Самой первой закаливающей процедурой для грудного младенца становятся воздушные ванны. Они начинают проводиться еще в роддоме, когда при пеленании ребенок остается обнаженным на непродолжительное время. Процедура выполняется в хорошо проветриваемом помещении при температуре воздуха 20–22°C для грудных детей и 18–19°C для детей 1–2 лет. Вначале длительность процедуры составляет 1–2 минуты, каждые 5 дней она увеличивается на 2 минуты и доходит до 15 минут для детей 6 месяцев и до 30 минут после 6 месяцев. Для детей 2–3 лет максимальная продолжительность воздушных ванн — 30–40 минут. Они обязательно должны сочетаться с физическими упражнениями.

Прогулки также можно считать разновидностью закаливания воздухом. Летом новорожденных можно выгуливать в тени практически сразу — вначале 20–40 минут, быстро увеличивая время до 6–8 часов в день. Зимой в средней полосе России детей впервые выносят на улицу в возрасте 2–3 недель при температуре воздуха не ниже –5°C на 15–20 минут и постепенно доводят это время до 1,5–2 часов 2 раза в день. В безветренную погоду с ребенком в возрасте от 1 до 3 месяцев можно гулять при –10°C, старше 3 месяцев — при –12°C, старше 6 месяцев — при –15°C. Дети старше 1,5 лет гуляют не менее 2 раз в день по 2,5–3 часа при температуре не ниже –15–16°C.

Закаливание солнцем основано на том, что ультрафиолетовые лучи активно влияют на иммунитет, эндокринную систему. Однако чем меньше ребенок, тем его организм чувствительнее. Малышам нежелательно находиться под прямым солнцем. Им разрешены световоздушные ванны под рассеянными солнечными лучами при температуре воздуха около 22°C для грудных детей и при 20°C для детей

1–3 лет, в безветренную погоду. При этом ребенок должен активно двигаться. В средней полосе России такие ванны лучше принимать с 9 до 12 часов, на юге — с 8 до 10 часов. Первая световоздушная ванна у грудных детей длится 3 минуты, у более старших — 5 минут с постепенным увеличением до 30–40 минут и более.

Восенне-зимний период и ранней весной попадание прямых солнечных лучей на открытое лицо ребенка допустимо и желательно. Летние прямые солнечные ванны проводятся не более 15–20 минут. При температуре воздуха 30°C и выше их проведение противопоказано. К искусственному ультрафиолетовому облучению большинство исследователей сейчас относятся с осторожностью.

Наиболее мощное воздействие на организм оказывает закаливание водой. В первой фазе реакции организма на воздействие водой пониженной температуры происходит спазм сосудов кожи. Во второй — их адаптационное расширение, при этом кожа краснеет, снижается артериальное давление, активизируются иммунные клетки, высвобождаются биологически активные субстанции. В третьей фазе адаптивные возможности организма истощаются, что проявляется сыньюшностью кожи и ознобом. При выполнении водных процедур важно не допускать наступления третьей фазы.

Традиционные водные процедуры включают общие ванны, подмывание и умывание, местное влажное обтирание, общее влажное обтирание, общее обливание. Временные и температурные параметры при этом зависят от возраста ребенка и других индивидуальных характеристик. Более выраженное воздействие оказывают контрастные ножные ванночки, контрастный душ. Большинство специалистов не одобряют применение к детям раннего возраста таких экстремальных методов, как моржевание, баня, обтирание снегом и льдом.

Применения лишь какой-то одной из закаливающих процедур обычно недостаточно. Необходимо по возможности параллельно использовать все доступные закаливающие факторы.

Как еще защитить ребенка от простуд и их последствий?

Для уменьшения восприимчивости ребенка к простудам также очень важно, чтобы он своевременно получал необходимые прививки. Переносимые ребенком тяжелые инфекционные заболевания надолго угнетают его иммунитет.

Так называемый местный иммунитет во многом

зависит от температуры и влажности окружающего воздуха. Нужно следить, чтобы в помещениях не было слишком жарко и сухо. В этом помогают домашние метеостанции, бытовые климатические системы, увлажнители воздуха.

Если ребенок все же заболел, очистить полость носа от слизи, вирусов, бактерий помогает мягкое орошение солевыми растворами. Интенсивное промывание полости носа противопоказано детям раннего возраста.

«Обычный насморк» взрослому не кажется большой бедой. Но маленькие дети, как правило, еще не умеют самостоятельно сморкаться. Из-за этого они часто капризничают, плохо спят, отказываются от еды. Стоит заранее позаботиться о приобретении аспиратора — приспособления, которое позволяет бережно удалить избыток слизи и облегчить ребенку носовое дыхание.

Литература

Праздников В. П. Закаливание детей дошкольного возраста. — М., 1988, с. 220.

Борисова Т. С. Гигиенические аспекты закаливания детей и подростков: учеб.-метод. пособие / Т. С. Борисова, Ж. П. Лабодаева. — Минск: БГМУ, 2017, 44 с.

Ермакова Е. Г. Личная гигиена и закаливание. Средства закаливания // Международный журнал гуманитарных и естественных наук, 2020, № 3–1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnaya-gigiena-i-zakalivaniyesredstva-zakalivaniya>

ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕРЕЖНОЕ УДАЛЕНИЕ СЛИЗИ

АСПИРАТОР НАЗАЛЬНЫЙ
ПАТЕНТ № 178012
РУ РЗН № 2019/9249

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЛИ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

РЕКЛАМА. ООО «РОКСИ»

Диета может заменить лекарства

Елена
Нечаенко

В России впервые за 30 лет удалось на треть снизить смертность от болезней системы кровообращения. А в 2023 году во многом благодаря реализации Федерального проекта по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями этот показатель был самым низким за последние десятилетия: 450 случаев на 100 000 населения. Но что мы сами можем сделать, чтобы еще больше снизить свой личный сердечный риск?



Наш эксперт — заместитель директора ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» по научной и лечебной работе, главный внештатный диетолог Департамента здравоохранения Москвы Антонина Стародубова



— Смертность от болезней сердца и сосудов пошла вниз. Но ведь это еще не повод успокоиться?

— Конечно же нет. Несмотря на положительную динамику, болезни системы кровообращения по-прежнему лидируют среди причин смертности населения. И только мерами по улучшению диагностики и лечения ситуации кардинально не исправить. Многое зависит и от профилактики — нашего образа жизни. Доказано, что приверженность ЗОЖ может снизить риск ишемической болезни сердца приблизительно на 80%, а фармакологическая профилактика — только на 20–30%. Причем здоровое сбалансированное питание — наиболее важный поведенческий фактор для профилактики преждевременной инвалидизации и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

— Есть ли какие-то факты, исследования, подтверждающие лечебный эффект от изменения питания?

— Безусловно, есть. Например, в Дании в 2004 году был принят закон, вводящий ограничение на содержание добавленных трансжиров в определенных видах пищевой продукции (в кондитерских изделиях прежде всего). После этого сердечно-сосудистая смертность в стране снизилась приблизительно на 14,2 смерти на 100 тысяч человек в год. А ведь это только одно-единственное ограничение. После этого ВОЗ стала активно вводить такие рекомендации повсеместно.

Проект «Северная Карелия», который вскоре распространился на всю Финляндию, также дал впечатляющие результаты. Он содержал много рекомендаций, в том числе диетических. Мужчины, участвующие в нем, стали реже потреблять сливочное масло для приготовления бутербродов, женщины стали есть меньше жареной на сливочном масле пищи, в целом люди стали чаще использовать растительные масла. Замена насыщенных животных жиров на растительные в качестве источников ненасыщенных и по-

линенасыщенных жирных кислот стала одним из ключевых факторов в снижении уровня сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в стране. По мнению авторов проекта, изменение модели питания превысило по эффективности коррекцию всех других факторов, даже курение и гиподинамию.

В Великобритании хороший результат дал проект, направленный на снижение потребления пищевой соли (натрия). Но, конечно, более эффективны не отдельные ограничения, а изменения всей модели питания (паттерна) в целом. Этому требованию в большей степени соответствуют две модели питания — средиземноморская диета и диета DASH.

Не только по-средиземноморски

— Польза от них также доказана?

— Конечно. Эффект средиземноморской диеты подтвержден крупнейшим международным исследованием с высочайшим уровнем доказатель-

ности — PREDIMED, которое продолжается и по сей день и в котором приняли участие миллионы людей из 5 десятков стран. Метаанализ подтвердил, что высокая приверженность такой системе питания позволяет на 5–7% снизить частоту сердечно-сосудистых заболеваний и смертности, а также уменьшает частоту впервые выявленных инфарктов, инсультов, ишемической болезни сердца, сахарного диабета 2-го типа.

К таким же выводам пришло и исследование ATTICA, включившее 29 метаанализов, с участием 12,6 млн человек. Его целью было выяснить, как влияет на риски сердечно-сосудистых болезней сочетание средиземноморской диеты и физически активного образа жизни. Помимо позитивного влияния на людей, уже имеющих те или иные заболевания, средиземноморская диета продемонстрировала и высокую профилактическую значимость. У здоровых людей на этой диете снижился уровень активного воспаления в организме — причина развития множества хронических заболеваний.

— Что такое скандинавская диета? Есть мнение, что жителям северных стран она подходит больше, чем средиземноморская.

— Она действительно была разработана специально для жителей более северных регионов и включает продукты, более доступные и привычные в наших широтах. На фоне приверженности этой модели питания также описано снижение сердечно-сосудистой и общей смертности на 22%, онкологической смертности — на 14%, числа инфарктов миокарда — на 20%, инсультов — на 12%, а сахарного диабета 2-го типа — на 10%.

Несмотря на положительную динамику, болезни системы кровообращения по-прежнему лидируют среди причин смертности населения. И только мерами по улучшению диагностики и лечения ситуацию кардинально не исправить. Многое зависит и от профилактики — нашего образа жизни

Даешь DASH!

— Чем отличается диета DASH от средиземноморской и скандинавской?

— Она была специально разработана для профилактики и лечения артериальной гипертонии. Данная диета помогает снизить уровень общего и «плохого» проатерогенного холестерина и лучше контролировать массу тела при повышении физической активности. В ней сделан акцент на сниженное употребление пищевой соли (натрия) и адекватное содержание белка, пищевых волокон и минеральных веществ в пище (калия, кальция,

магния). В когортных исследованиях было доказано, что DASH-диета помогает на 29% снизить риск развития сердечной недостаточности, на 20% — риск сердечно-сосудистых осложнений, на 21% — ишемической болезни сердца, на 19% — инсульта и на 18% — сахарного диабета. Поэтому в 2019 году она была включена в рекомендации с высоким уровнем доказательности снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний.

— Есть ли диета, которая эффективна для профилактики нейродегенеративных заболеваний, деменции в частности?

— Это MIND-диета, разработанная на основе средиземноморской и DASH диет, она включает 10 групп основных пищевых продуктов, полезных для мозга. Особый упор в ней — на зеленые листовые овощи и овощи с низким гликемическим индексом, а также на рыбу и морепродукты. Ограничиваются 5 групп продуктов, вредных для когнитивной функции. Проспективное наблюдение в течение 10,5 лет за более чем 2800 участниками показало, что у людей, которые питались таким образом, на 16% снижался сердечно-сосудистый риск, на 12% — риск преждевременной смерти и деменции в старости.

— Значит, вегетарианцы и сыроеды до старости сохраняют ясный ум?

— Риск деменции действительно снижается при рационе, богатом листовыми овощами. Обычно и масса тела уменьшается — в среднем на 2,9 кг (но риск поправиться впоследствии остается). Также на веганской диете можно снизить уровень сахара в крови — на 0,6%. Но влияние вегетарианства на сердечно-сосудистый риск неоднозначно, а риск инсульта может даже повышаться. Возможно, это связано с несбалансированным характером питания, потенциальным дефицитом микронутриентов. Выстроить здоровый рацион при строгих ограничениях всех групп пищевых продуктов животного происхождения без помощи диетолога крайне сложно: всегда требуется дополнительная коррекция витаминно-минерального статуса.

Ольга Жукова

Как распознать депрессию и выйти из нее самостоятельно

Депрессия — это не просто ухудшение настроения или снижение жизненного тонуса, а психическое расстройство, которое является серьезной проблемой. При депрессии плохое настроение сохраняется длительное время, и такое тоскливое, угнетенное, подавленное, тревожное или безразличное состояние сопровождается потерей интереса к жизни, ощущением беспомощности, нарушениями сна, потерей аппетита, негативными мыслями и другими неприятными явлениями.



Наш эксперт — клинический психолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт, член Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, писатель Елена Шадрина (Ярославль)



Депрессия существенно ухудшает качество жизни и социальную адаптацию, негативно влияет на физическое здоровье и профессиональную деятельность, поэтому важно своевременно выявить эту проблему и незамедлительно заняться ее решением. Как распознать депрессию, какие методы использовать для лечения депрессии, как выйти из депрессии самостоятельно и в каких случаях необходимо обратиться за профессиональной медицинской помощью?

В современном ритме жизни эмоциональные перегрузки стали практически нормой: многозадачность, тревожные новости, ожидания окружающих, наш внутренний перфекционизм... На этом фоне легко не заметить того, как настроение постепенно скатывается вниз, а привычные удовольствия перестают радовать. Кажется, что это просто усталость, но иногда за такими признаками скрывается гораздо более серьезная проблема.

Каждый человек время от времени испытывает грусть или апатию. Однако если это состояние затягивается на недели, сопровождается потерей интереса к жизни, снижением энергии и негатив-

ными мыслями, возможно, речь идет не просто о «плохом настроении», а о клинической депрессии. Важно понимать, что депрессия — это медицинский диагноз, и его может поставить только врач-психиатр на основании клинических критериев. Чтобы депрессия не перешла в хроническую стадию, важно своевременно распознать ее признаки: осознание проблемы — это первый шаг к восстановлению своего состояния. При подозрении на депрессию стоит обратиться за профессиональной консультацией, и чем раньше вы обратитесь за помощью, тем быстрее и успешнее сможете избавиться от этой проблемы.

Признаки депрессии, которые важно не игнорировать

У разных людей депрессия может проявляться по-разному, но наиболее характерными признаками такого психического расстройства являются нарушения эмоционального и физического состояния и некоторые когнитивные симптомы, которые сигнализируют о проблеме.

Основными нарушениями эмоционального состояния являются:

- подавленность, чувство безысходности, апатия, отчаяние;
 - потеря интереса к привычным занятиям, развлечениям, удовольствиям, хобби;
 - ощущение пустоты, внутреннего онемения;
 - раздражительность или плаксивость без видимой причины;
 - чувство вины.
- Признаками депрессии могут быть также следующие нарушения физического состояния:
- повышенная утомляемость;
 - усталость, даже после отдыха;
 - нарушения сна (бессонница или, наоборот, желание спать постоянно);
 - снижение или увеличение аппетита;
 - мышечная слабость, ощущение «тяжести в теле»;
 - сниженное либидо.
- К когнитивным симптомам, которые являются признаками депрессии, относятся:
- трудности с концентрацией;
 - самокритика;
 - навязчивые негативные мысли;
 - ощущение собственной никчемности или беспомощности.

Если вы наблюдаете у себя несколько из этих признаков в течение двух и более недель,

то не следует их игнорировать и надеяться, что они пройдут сами собой. К этой проблеме стоит отнестись серьезно и обратиться за медицинской оценкой своего состояния.

Для лечения депрессии существуют определенные медицинские методы: медикаментозное лечение, психотерапия. Лечение подбирается индивидуально с учетом особенностей пациента, тяжести его состояния, причин депрессии и наличия сопутствующих заболеваний. Медицинское лечение депрессии проводят специалисты, но при появлении признаков депрессии пациент может оказать себе помощь самостоятельно. Улучшить свое психологическое самочувствие и самостоятельно справиться с депрессивным состоянием помогут следующие советы.

СОВЕТ ПЕРВЫЙ: признайте, что вам тяжело.

Это не слабость, не отсутствие силы воли и не «придуманные проблемы». Депрессия — это реальное состояние, требующее заботы о себе. Само признание трудностей уже снижает внутреннее напряжение.

СОВЕТ ВТОРОЙ: соблюдайте регулярный режим дня и приема пищи.

Питайтесь достаточно: организму нужны силы чтобы синтезировать нейромедиаторы и строительный материал для них. Старайтесь вставать и ложиться спать в одно и то же время. Даже если нет сил на большее, то сделайте хотя бы минимум: нужно умыться, переодеться, выйти на улицу хотя бы на десять минут.

СОВЕТ ТРЕТИЙ: не забывайте про физическую активность.

Зарядка, йога, прогулка — это не про спорт, а про восстановление связи с телом. Даже десять минут движения в день улучшают выработку нейромедиаторов.

СОВЕТ ЧЕТВЕРТЫЙ: ограничьте потребление новостей и соцсетей.

Чрезмерный информационный шум усиливает тревожность и апатию. Оставьте только надежные источники информации и выберите время дня, чтобы читать новости в течение десяти минут, а в остальное время не читайте их. Дайте кортизолу прийти в норму.

СОВЕТ ПЯТЫЙ: ведите дневник своих состояний.

Записывайте свои мысли и чувства — это помогает увидеть закономерности, распознать автоматические негативные мысли и научиться их оспаривать.

СОВЕТ ШЕСТОЙ: поощряйте себя за усилия.

Даже если вы просто вышли из дома или сварили себе суп, то это огромный шаг для человека в депрессии. Подмечайте эти моменты и фиксируйте: «Я справился сегодня с тем, что еще вчера казалось невозможным». Записывайте эти достижения в дневник и ставьте «галочку», когда их выполните. Сделанное дело повышает уровень дофамина.

СОВЕТ СЕДЬМОЙ: разговаривайте о своем состоянии с близкими.

Не обязательно сразу говорить им «у меня депрессия» — достаточно сказать, например, так: «Мне сейчас непросто.

Мне бы помогло, если бы ты просто был рядом / выслушал / пошел со мной погулять». Социальные контакты повышают настроение и помогают справиться с симптомами депрессии.

СОВЕТ ВОСЬМОЙ: ищите смыслы.

Даже в сложные времена человек нуждается в ощущении своей значимости. Маленькие дела, забота о растении, помощь другому — это не «мелочи», а важные элементы внутренней опоры, которые помогают преодолеть негатив и справиться с депрессивным состоянием.

СОВЕТ ДЕВЯТЫЙ: относитесь к себе бережно и уважительно.

Начать можно с малого: признать свои чувства, начать чуть лучше заботиться о своем теле и разуме (ментальном здоровье), позволить себе не быть идеальным...

Когда стоит обратиться за помощью

Важно понимать, что самостоятельно справиться с депрессией получается не всегда. Депрессия — это нарушение психического здоровья, при котором может потребоваться профессиональная медицинская помощь. Помните, что только врач-психиатр может диагностировать депрессию и назначить соответствующее лечение. Золотым стандартом лечения депрессии является назначение антидепрессанта плюс психотерапия — это и будет ваш путь к восстановлению.

Обращаться за профессиональной поддержкой необходимо в следующих случаях:

- если мысли о собственной никчемности становятся навязчивыми;
- если вы начинаете избегать всех контактов и обязанностей;
- если у вас возникают мысли о нежелании жить.

А самое главное, помните: даже если вы чувствуете себя одинокими, вы не одни! Помощь есть, и она придет! Депрессия преодолима, путь к избавлению от депрессии и восстановлению состояния тоже есть, и он начинается с первого шага. Если вы поняли, что не можете справиться с депрессией самостоятельно, не тяните время и сделайте этот шаг: обратитесь за консультацией к специалисту.



Какие блюда приготовить на гриле

София Робер



Наш эксперт — врач-гастроэнтеролог Антонина Драпеко

Это сегодня отведасть, скажем, свинину на углях — особое событие, а многие века подряд это было рутинным способом поужинать. Ну, а как еще, скажите, приготовить еду, если нет ни плиты, ни духовки, ни скороварки? Только на открытом огне: шампуре, вертеле, решетке... Аромат, вид, вкус у этой пищи — потрясающие! Недаром и взрослые, и дети без ума от продуктов, приготовленных на гриле! Правда, диетологи и гастроэнтерологи наш восторг не особо разделяют, хотя, впрочем, и они отмечают, что у продуктов, приготовленных на гриле, есть ряд достоинств.

Аргументы «ЗА»:

Еда, готовящаяся на огне, не требует добавления масла. А зна-

Август и сентябрь — сезон пикников и барбекю. По дачным участкам и в специально отведенных парковых зонах разносятся ароматы, от которых слюнки так и текут. Разве может что-то быть вкуснее блюд, приготовленных на открытом огне?

чит, она менее калорийная и потому более полезная.

Пища на гриле доходит до готовности в считанные минуты, а это не только экономия времени, но и гарантия того, что витамины и другие полезные вещества не успеют испариться и в основном останутся в продуктах в целости и сохранности.

Наконец, это просто вкусно, красиво, да и пахнет волшебю. А, как известно, хороший внешний вид блюда способствует выделению желудочного сока, ферментов, тем самым улучшает пищеварение.

Аргументы «ПРОТИВ»:

Гриль дает температуру в несколько раз выше, чем газовая конфорка или духовка. И без надлежащего опыта слишком велика вероятность сжечь мясо спалить до угляй, а внутри оставить не прожаренным. А употреблять сыроватое мясо — это риск пищевых отравлений и заражения гельминтами. Можно, конечно, поджаривать на гриле сосиски

или колбасу — они-то готовятся в два счета. Но надо учесть, что при сильном нагревании часто используемые в этих продуктах в качестве консервантов нитриты превращаются в канцерогенные нитрозамины.

Именно жир, капающий с решетки или шампура на раскаленные угли, дает мясу такой аппетитный привкус ароматного дыма, за который мы и любим еду на гриле. Но этот же дым содержит в себе вредные вещества, вызывающие рак, — полициклические ароматические углеводороды и гетероциклические амины. А вкусная черная корочка на пище с гриля — не что иное, как вредный продукт гликирования. Поэтому самое вкусное врачи советуют с еды, увы, считать.

Вывод: Наиболее полезные блюда на гриле — вегетарианские: овощи и фрукты. А также сыр или рыба, но не жирных сортов. Но если очень хочется чего-то мясного на угольях, можно постараться снизить потенциальный вред этого деликатеса.

Итак:

■ Лучше для приготовления в гриле брать постное мясо (можно также срезать весь видимый жир). Другой вариант — предварительно запечь кусочки в духовке, а потом недолго подержать их на гриле, чтобы немного запеклись.

■ Под решеткой или шампурами нужно разместить поддон, куда будет капать жир, не попадая на угли или нагревательные элементы гриля. Также можно решетку застелить фольгой, и только на нее затем класть мясо и рыбу.

■ Есть мясные (как и рыбные) блюда, приготовленные на гриле, следует вместе с большим количеством свежей зелени и сырых овощей. Дары природы богаты витаминами и биофлавоноидами, являющимися антиоксидантами, нейтрализующими канцерогены. А клетчатка, которой изобилуют овощи и зелень, способствует выведению токсинов. Шашлык

обязательно требуется запивать. Лучше водой (не сладким компотом или соком). Небольшое количество красного вина (1–2 бокала) тоже подойдет. Богатое антиоксидантом ресвератролом, оно поможет справиться с канцерогенами, а вот большие дозы любого алкоголя, наоборот, лишь усилят отравление. И не забываем про тщательное пережевывание.

■ Помнить про чувство меры. Питаться едой, приготовленной на открытом огне, постоянно, изо дня в день, не стоит, да и жареное, а особенно, красное мясо есть надо реже. Ведь регулярное его употребление повышает риск онкологии, особенно рака кишечника.

Именно жир, капающий с решетки или шампура на раскаленные угли, дает мясу такой аппетитный привкус ароматного дыма. Но этот же дым содержит в себе вредные вещества, вызывающие рак. А вкусная черная корочка на пище с гриля — не что иное, как вредный продукт гликирования

Рецепты

Овощи гриль

Что нужно: помидоры, баклажаны, цуккини, сладкий перец, сыр моцарелла, лимон, оливковое масло, черный молотый перец, руккола.

Перцы разрезать вдоль, удалив сердцевину. Баклажан и цуккини нарезать кружками. Сбрызнуть все овощи оливковым маслом и посыпать специями. Обжарить овощи на сильном огне с двух сторон. Рукколу сбрызнуть лимонным соком и выложить на тарелку. Сверху разложить обжаренные овощи и сыр. Сбрызнуть маслом и посыпать перцем.

Яблоки и тыква гриль с карри

Что нужно: кислые яблоки, подсолнечное масло, карри, тыква.

Нарезать яблоки на половинки, удалить семена. Тыкву нарезать пластинками толщиной 1 см. Сложить в миску, посыпать порошком карри, добавить 2–3 ст. л. растительного масла, перемешать и оставить в холоде на 2 часа. Жарить на решетке, на немного уже остывших углях, 7–8 мин, время от времени переворачивая.

Острые куриные крылышки гриль

Что нужно: крылышки куриные, сахар, соевый соус, соус табаско.

Смешать в кастрюле 2 стакана соевого соуса и 3 ст. л. сахара, поставить на средний огонь и готовить, пока объем жидкости не уменьшится на треть. Снять с огня, дать остыть и добавить по вкусу соус табаско. Положить в кастрюлю крылышки. Оставить в холоде на 2–3 часа. Затем, стряхнув излишки маринада, уложить крылышки на решетку. Готовить на сильно разогретых углях 5–6 мин, перевернув в ходе приготовления 1 раз.

Ананас гриль

Что нужно: 2 ст. л. меда, 1 большой ананас, имбирь (корень), 4 ст. л. воды.

Ананас разрезать на 8 продольных частей. Корень имбиря очистить и натереть на терке. В горячую воду добавить мед, тщательно перемешать, положить тертый имбирь, дать настояться 5–10 мин. Дольки ананаса обжарить на гриле, поливая соусом, по 3–4 мин с каждой стороны.

Сыр на барбекю

Что нужно: 200 г твердого сыра, горсть миндаля, 4 отварные картофелины, 1 ч.л. молотой паприки, соль, оливковое масло — 2 ст. л.

Сыр разрезать на 4 ломтика. Картофель нарезать кружками, сложить в миску. Добавить миндаль, влить масло, всыпать паприку, посолить по вкусу, перемешать. Выложить четверть смеси в центр подходящего по размеру квадрата из фольги. Поднять края фольги наверх в виде чаши. Сверху положить ломтик сыра. Не закрывая чашу, поставить ее на барбекю, прямо на угли. Готовить, пока сыр не начнет плавиться — 3–4 мин.

Ведущая рубрики Алена Смирнова

Работа — самое любимое хобби

Когда папа знает все

Мое детство прошло в Подмоскowie, в г. Истра, где посчастливилось учиться в школе № 1 им. Чехова. Это была базовая школа союзного значения, «кузница абитуриентов» для МГУ. К нашим учителям привозили способных детей из столицы для подготовки к поступлению в вузы. Мне повезло со школой, но еще больше — с родителями. Мама работала педагогом, а отец водителем автобуса и при этом обладал энциклопедическими знаниями. Мне казалось, что папа знает все. Еще в начальной школе он объяснял мне диалектику, прививал интерес к науке как способу познания мира. Уже тогда для меня самым интересным стал вопрос, как устроена жизнь. Эта загадка волнует меня по сей день. Мало познать математические уравнения и физические законы. Важно узнать, как это все вместе взаимодействует и приводит к поистине чудесному результату — человеческой жизни.

Как я уже говорила, школа являлась базой МГУ, где были и есть кафедры, изучающие то, что мне интересно. Однако научные направления исследований лабораторий при кафедрах объективно ограничены объектами или методами исследования и сосредоточены на какой-то одной проблеме. Мне же хотелось широкого, комплексного, всеобъемлющего подхода. Его могла дать только медицина, а медицинского факультета в МГУ на тот момент не было. Поэтому я поступила во 2-й Московский ордена Ленина государственный медицинский институт им. Н. И. Пирогова.

Когда учеба — счастье необыкновенное

Мне очень повезло с выбором и вуза, и медико-биологического факультета. На нашем



Елена КАРЕВА

- доктор медицинских наук
- профессор кафедры молекулярной фармакологии и радиобиологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова
- профессор кафедры фармакологии ПМГМУ им. И. М. Сеченова
- член редакционной коллегии и научный редактор журнала «Экспериментальная и клиническая фармакология»
- член диссертационного совета при РНИМУ им. Н. И. Пирогова,
- автор более 300 научных и научно-методических трудов

курсе было 120 человек, в группах — всего по 7 студентов. Преподавательского внимания хватало каждому, и невозможно было на занятиях отвлечься на что-то, не имеющее отношения к процессу познания. И конечно, наши лекторы — это созвездие блестящих ученых. В такой атмосфере все мои однокурсники жили учебой и получали от этого огромное наслаждение.

Ярких моментов было множество. Например, во время выездной летней практики мы на природе изучали водную и воздушную фауну, бегали с сачками, как восторженные дуремары. Поймал 25 особей насекомых — получи зачет, не поймал — лови дальше.

Конечно, в таких условиях очень хотелось заниматься наукой. Меня увлекали генетика, иммунология, а с 4-го курса — фармакология. Более того, мне посчастливилось участвовать в самом настоящем эксперименте в рамках научно-исследовательской работы для нужд космической отрасли. В те времена (1982 г.) еще не было орбитальных тренажеров для космонав-

тов, и после приземления требовалось восстанавливать мышечную массу. Анаболические стероиды, применявшиеся для этой цели, провоцировали массу нежелательных эффектов. Поэтому огромный интерес вызвали фитопрепараты, синтезированные узбекскими учеными. На базе кафедры молекулярной фармакологии проводились доклинические испытания этих препаратов на лабораторных крысах. Это было потрясающе интересно! А главное — к нам, студентам, относились, как к сотрудникам, как к своим. Это не просто работа, это семья. Что может быть лучше?

Кстати, тогда я впервые заработала деньги по хозяйственному и смогла с зарплаты купить маме французские духи. Кто застал советское время, тот поймет, насколько это было значимо.

Больше чем фармакология

Сейчас, с высоты пережитого опыта, я всегда говорю своим студентам: идите в научные кружки.

Кружок ни к чему не обязывает. Не понравится — в любой момент расстанется без ущерба для себя. Но, во-первых, кружок дает возможность попробовать что-то новое. И оно вполне может стать путем в профессию. Во-вторых, и это, пожалуй, самое главное, кружок погружает в особую атмосферу научной деятельности.

На нашей кафедре молекулярной фармакологии и радиобиологии МБФ тон задавал Павел Васильевич Сергеев, чье имя присвоено кафедре. Это был человек, бескорыстно открывавший перспективы другим людям. Более того, он показывал, как правильно выстраивать отношения. В частности, он был очень требователен к себе и другим. Мог ругаться, мог, что называется, шкуру спустить за нерадивость. Но при этом сотрудники чувствовали себя за ним как за каменной стеной, поскольку интересы кафедры, интересы дела были для него превыше всего. Мы сплотились в коллектив единомышленников, где один за всех и все за одного. Где каждый выкладывается на 100%. Это очень дорогого стоит. Я стараюсь следовать примеру П. В. Сергеева. Мои студенты и аспиранты для меня словно родные дети. Да, я могу снять стружку, но только лично, наедине. И только если есть за что. А в иных ситуациях буду всецело поддерживать.

Тыл для фундаментальности

На родной кафедре я прошла классический путь научного сотрудника и преподавателя: стажер-исследователь, аспирант, ассистент, старший преподаватель, доцент, профессор. Кандидатскую диссертацию защитила в 1990 году, докторскую — в 2003-м. Занималась различной тематикой, включая половые стероиды, антибактериальные, противовирусные, противоопухолевые и антигистаминные препараты,



Артур Варданян

АПТЕЧНЫЙ СЛОВАРЬ

Можжевельное зелье

Во времена первого царя из династии Романовых Михаила Федоровича лекарство было одно: так называемое зелье — что-то таинственное и действенное, способное вылечить любую хворь. Продавали через зеленые лавки, коих было множество.

Отличным таким зельем была водка, изготавливаемая из можжевельника.

Царским указом была введена ягодная повинность для государственных крестьян. Этой повинностью для начала обложили крестьян ярославских, костромских и тверских. Они заготавливали ягоды можжевельника. Собранные ягоды везли в Москву, в Аптекарский приказ. Из них гнали можжевельный спирт и можжевельное масло.

Водку применяли при лихорадке, простуде, водянке, туберкулезе, при слабом пищеварении, болях при месячных, изгоняли глистов... Масло можжевельное — от головной боли, ревматизме и болей в суставах.

Со временем повинность наложили на заготовку и других ягод и растений. Зеленые лавки стали сколачивать капиталы и постепенно стали превращаться в аптеки.

Можно сказать, можжевельник — прародитель аптечной службы в России.

нестероидные противовоспалительные средства и др.

Моя работа — это самое любимое хобби. Очень благодарна своему мужу, который поддерживал меня морально и материально. Не секрет, что развал СССР привел науку, особенно фундаментальную, в состояние бедности на границе с нищетой. Стало цениться только то, что приносит быстрые деньги. Врачи и преподаватели оказались приравнены к обслуживающему персоналу. Наука стала очень дорогим удовольствием, требующим крепкого защищенного тыла. Если раньше в аспирантуру было сложно попасть, очереди стояли, то сейчас финансовый вопрос отталкивает многих талантливых студентов от научной карьеры.

Полагаю, отношение к фундаментальной науке следует коренным образом менять. Важно вспомнить традиции, которыми славилась русская и советская научная школа. Тем более что сейчас есть все условия для судьбоносных открытий на сты-

ке дисциплин, в рамках коллабораций между кафедрами и научными учреждениями. Мы активно сотрудничаем с коллегами из других институтов. Под моим научным руководством защитили кандидатские диссертации 17 аспирантов, в том числе с кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, с которой наша кафедра давно и плодотворно сотрудничает, и т.д. Все, что нужно для работы на самом высоком уровне, у нас есть: руки, мозги, инструментарий, прекрасная клиника, база, блестящие профессионалы и золотые руководители. Так что если человек хочет реализовать себя в науке, у него сегодня есть все возможности. Ну, а материально — как повезет. Это как с артистами: единицы собирают стадионы и зарабатывают миллионы, а основная масса получает скромные заработки. Но артист, как и научный сотрудник, — это состояние души. И уж если суждено вступить на путь науки, то варианты решений найдутся.

«ФМ. Фармация и Медицина»
«FM. Pharmacy and medicine»
№ 8, август 2025.

Газета зарегистрирована в Роскомнадзоре,
реестровая запись ПИ № ФС 77-73614
от 05.10.2018

Периодичность издания — 1 раз в месяц

Распространяется бесплатно

Учредитель и издатель
ООО ИД «Стриж Медиа»

Адрес редакции и издателя:
125124 Россия, г. Москва, 5-я улица
Ямского Поля, д. 7, стр. 2, 2 эт., офис 2203

Генеральный директор
Т.Г. Олеринская

Главный редактор Т.Е. Кукушева

Редактор Н.И. Фурсова

Дизайн-макет О.М. Пеленкова

Контакты: +7-495-252-75-31,
tkukusheva@strizhmedia.ru

Отпечатано в АО «Прайм Принт Москва»
141700, Московская область,
г. Долгопрудный, Лихачевский пр-д, д. 5В

Заказ № 1965

Тираж 30 000 экз.

Номер подписан в печать 25.08.2025

Дата выхода в свет 27.08.2025

Фотографии в номере — фотобанк Freepik.

Сайт: <https://phmlife.ru/>

Перепечатка материалов,
опубликованных в газете
«ФМ. Фармация и Медицина»,
возможна только
с разрешения редакции.

Стратегический партнер —
маркетинговая компания
DSM GROUP

© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018

ISSN 2658-6355



2 50 0 8



9 772658 635002