



Первая в 2025 году «Фармнеделя» на портале «Провизор-24» началась с вебинара о совместимости алкогольных напитков и фармацевтических препаратов. Изучаем взаимодействие лекарственных средств с этанолом **с. 3**



Как в зимний период устоять перед инфекциями и укрепить защитные силы своего организма? Использование витаминов, пробиотиков и иммуномодуляторов – это важно. Но поговорим о нюансах комплексного подхода к проблеме **с. 4**

СЕБОРЕЙНЫЙ ДЕРМАТИТ И ПЕРХОТЬ

Что посоветовать покупателю?...**с. 5**

КОВИД И ВОЛОСЫ

Как справиться с проблемой?...**с. 7**

БОЛЬ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ

Чем помочь посетителю с жалобами на боли в работе желчного пузыря...**с. 8**

НА ПРИЕМЕ У ПСИХОЛОГА

Конфликт в рабочем коллективе...**с. 14**

С дресс-кодом или без?

Должны ли работники аптеки соблюдать дресс-код? Положительно на этот вопрос ответили 30% респондентов в ходе опроса, проведенного на сайте «Фарма РФ». Еще 38% высказались за дресс-код, но отметили, что необходим выбор из нескольких вариантов формы, а 30% сказали, что достаточно любой строгой деловой одежды. Против дресс-кода оказались только 3% фармацевтов.

По мнению многих работников аптек, опрятный вид имеет огромное значение, потому что это часть имиджа специалиста. Часть опрошенных считают, что от дресс-кода зависит эффективность продаж. Впрочем, более 30% респондентов высказали мнение, что одежда важна, но не слишком, и профессиональные навыки играют значительно большую роль.

На сегодняшний день дресс-код специалистов аптеки не регламентируется (в отличие от фармпроизводства, где определенная одежда необходима для соблюдения гигиенических норм и безопасности). Тем не менее в конкретных точках или сетях могут быть свои требования — от строгой униформы единого образца до достаточно общих предписаний. За нарушение дресс-кода могут налагаться взыскания — о таких ситуациях заявили 17% опрошенных.

Дресс-код в сфере здравоохранения — это актуальная тема, которая периодически поднимается. Так, в июле прошлого года Минздрав России совместно НИЦ терапии и профилактической медицины подготовил рекомендации по внешнему виду медицинских работников, которые касались не только одежды, но и прически, макияжа, украшений. Интересно, что в них не оказалось традиционных белых халатов. Разработчики рекомендаций предложили ввести свой цвет для разных работников: темно-синий — для руководителей, темно-зеленый — для врачей, светло-зеленый — для среднего звена и т.п. По задумке, это должно помочь пациенту лучше ориентироваться и целенаправленно обращаться к сотрудникам ЛПУ для решения конкретных вопросов. Пока такая система одежды не внедрена, но планируется это сделать.

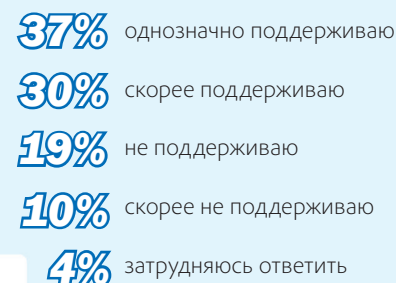
Опрос «Фарма РФ» проведен в сентябре 2024 г., в нем участвовали 226 человек.

НУЖЕН ЛИ КОДЕКС ЭТИКИ ПРОВИЗОРА И ФАРМАЦЕВТА?

Вопрос о создании общероссийского кодекса этики для провизоров и фармацевтов нет-нет да и всплывает снова. В некоторых регионах страны подобные кодексы уже есть, но обсуждение рекомендаций, единых для всех, вызывает острые дискуссии. Мнения высказываются очень разные: начиная с того, что аптека — коммерческое предприятие и ни о какой этике разговора быть не может, и заканчивая тем, что этический кодекс нужен всем специалистам, которые имеют хотя бы какое-то отношение к вопросам здоровья. Портал «Фарма РФ» провел опрос на эту тему. Чью сторону займете вы?



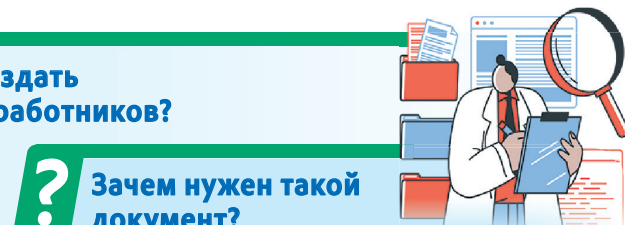
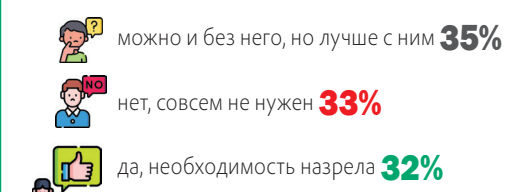
Как вы относитесь к идее создать этический кодекс для фармработников?



Кто должен принять участие в разработке единого кодекса этики? (можно выбрать несколько ответов)



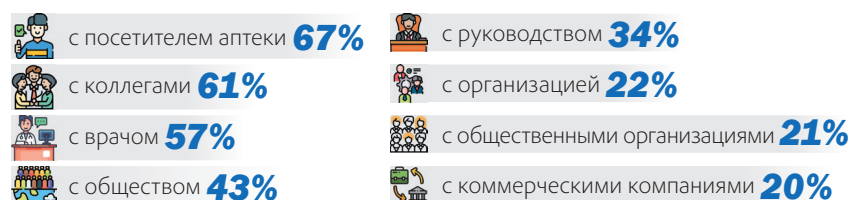
Пригодится ли лично вам в вашей работе кодекс этики?



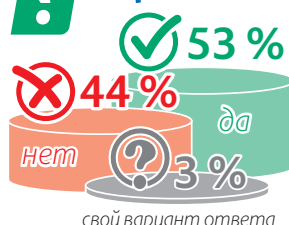
Зачем нужен такой документ? (можно выбрать несколько ответов)



Кодекс этики должен охватывать отношения фармспециалиста... (можно выбрать несколько ответов)



Верите ли вы, что кодекс будет востребован?



Специализации изменят



Минздрав России планирует обновить Номенклатуру специальностей для специалистов с фармацевтическим образованием.

Если приказ будет принят, его действие начнется с 1 сентября этого года и будет продолжаться до сентября 2031-го. Эта мера, по мнению составителей приказа, необходима, чтобы привести в соответствие образование и реальную практику в фармацевтической отрасли.

Для специалистов с высшим фармобразованием планируется ввести четыре специализации: «управление и экономика фармации», «фармацевтическая технология», «фармацевтическая химия и фармакогнозия», «фармация». Сегодня для студентов вузов также существует специализация «клиническая фармакология», которая не упоминается в новом проекте приказа, но нет «фармации».

Для студентов среднеспециальных учебных заведений в этом смысле ничего не изменится. Как и сейчас, в новом приказе для них предусмотрена лишь одна специализация — «фармация».

Сегодня номенклатура фармспециальностей регулируется приказами от 2008 и 2015 гг., которые в случае принятия нового документа утратят силу.

Лекарства на почте — быть или не быть?



Одной из нефинансовых мер поддержки для «Почты России» может стать разрешение на торговлю лекарствами.

О том, что почтовые отделения могут получить такую возможность, упоминается в проекте пакета поправок в законы «О связи» и «О почтовой связи», Налоговый и Жилищный кодексы, а также ряд других нормативно-правовых актов. По задумке инициаторов поправок, конкретный перечень фармацевтических услуг, которые почта сможет оказывать, и список разрешенных к реализации в отделениях препаратов будет устанавливать правительство.



Все проекты изменений пока находятся на стадии разработки, однако новости о самой их возможности уже вызвали реакцию в фармацевтическом сообществе. Так, Российская ассоциация аптечных сетей (РААС) направила обращение председателю правительства Михаилу Мишустину о том, что работа «Почты России» на фармрынке нарушает нормы о лицензировании деятельности в сфере здравоохранения, противоречит нормам о защите конкуренции и влечет негативные последствия для здоровья людей. С другой стороны, депутат Госдумы Александр Петров счел скептицизм представителей отрасли неоправданным. По его мнению, с помощью передвижных аптек, дронов-доставщиков и почты можно существенно улучшить лекарственное снабжение небольших населенных пунктов. Впрочем, фармлицензию для этого все-таки придется получить, считает он.

Витамины в дефиците



Компании «Гемотест» и СБЕР ЕАПТЕКИ провели совместное исследование, призванное ответить на вопрос, каких витаминов чаще всего не хватает россиянам.

Оказалось, что наиболее распространен дефицит витаминов группы В. Так, витамина В₁ было недостаточно почти у четверти людей, чьи анализы были включены в исследование. Более чем у 15% был ниже нормы витамин В₆, у 2,6% — витамин В₁₂. Нехватка витамина Е зафиксирована у 5,5% обследованных, а витамина А — у около 1,5%.

По мнению исследователей, чаще всего причиной дефицита становятся погрешности питания или проблемы со здоровьем, приводящие к недостаточному усвоению витаминов. Дефицит витамина D связывают с проживанием в регионах страны с низкой солнечной активностью — наиболее ярко он выражен на севере, на Урале и в Сибири. Там же наиболее активно покупают препараты витамина D и БАДы с ним в составе. По данным СБЕР ЕАПТЕКИ, наиболее сильно за 2024 год спрос на них вырос в Якутске, Иркутске, Хабаровске, Томске, Чите и Нижневартковске.

Впрочем, эти данные могут быть обусловлены особенностями выборки, а также тем, что жители малосолнечных регионов лучше осведомлены о необходимости приема витамина D, чем другие. На деле дефицит значительно шире: по данным ФИЦ питания и биотехнологии, дефицит и недостаточная обеспеченность витамином D регистрируются у 75–94% (в среднем у 84%) обследованных в России, независимо от возраста, места проживания и времени года.



Как узнать об акции?



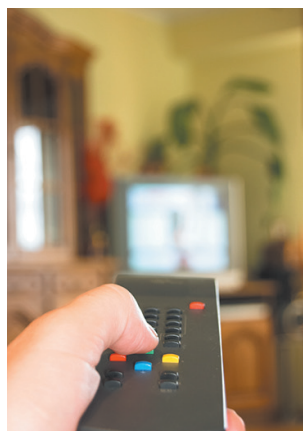
Телевидение оказалось наиболее частым источником информации об акциях в аптеке, показал опрос, проведенный Национальной системой платежных карт.

Именно смотря ТВ, о выгодных предложениях и скидках узнали 43% респондентов. Впрочем, популярность данного канала сильно зависит от возраста — так, покупатели 25–34 лет узнавали об акциях по телевизору реже, всего в 30% случаев.

Второй по популярности канал — сайты и мобильные приложения самих аптек. На третьем месте — рассказы друзей и родственников (сарафанное радио). Каждый пятый респондент сказал, что видел информацию о выгодных предложениях аптек на рекламных баннерах в соцсетях, а также непосредственно в аптечном пункте.

Среди других каналов информации — наружная реклама, почтовые рассылки, публикации на новостных сайтах, советы фармацевтов в аптеке и радио.

В опросе участвовали 400 человек, совершившие покупки в аптеках за последние 3 месяца.



**Сделано
В РОССИИ**

OZON
ФАРМАЦЕВТИКА



Ольга Ларина,
коммерческий директор,
член Совета директоров
Группы «Озон Фармацевтика»

Отечественная фармацевтическая отрасль окружена множеством мифов и стереотипов. Особенно это касается производителей дженериков — лекарственных средств, являющихся аналогами оригинальных препаратов.

Часто можно услышать мнение, что российские дженерики уступают зарубежным аналогам по качеству и эффективности. Однако такие утверждения далеки от истины. Репутация отечественной фармацевтики формировалась под воздействием множества внешних и внутренних факторов: до 2000-х годов многие российские производители действительно не могли соперничать с иностранными компаниями ни по уровню технологий, ни по производственным стандартам; врачи и провизоры сталкивались с агрессивным маркетингом о превосходстве импортных лекарств. Но сегодня российская фармпромышленность способна предложить продукцию, ничем не уступающую международным стандартам. В колонке «Сделано в России» мы расскажем, как отечественные компании производят лекарственные средства.

Современное отечественное фармацевтическое производство — это сложные и высокотехнологичные предприятия, отличающиеся высоким уровнем автоматизации. Отрасль подразумевает особые условия работы, которые регулируются строгими правилами надлежащей производственной практики (GMP). Производственные участки «Озон Фармацевтика», например, сертифицированы в соответствии с требованиями ЕАЭС и европейским GMP. Эти стандарты охватывают все аспекты — от контроля входящего сырья до условий хранения готовой продукции.

Выпуск промышленной серии препарата-дженерика — это многолетний комплекс мероприятий: от начала поиска и подбора сырья до выпуска на рынок препарата надлежащего качества с доказанной эффективностью и безопасностью. При разработке дженерика и далее в процессе его промышленного производства мы используем исходные вещества, которые обязательно соответствуют фармакопейным требованиям.

Производственное оборудование — первый элемент в обеспечении высокого качества. «Озон Фармацевтика» на всех своих площадках — «Озон», «Озон Фарм» и «Мабскейл» — использует машины от ведущих производителей станкостроения. Производственные мощности позволяют нам выпускать большие объемы лекарств стандартно высокого качества. У «Озон Фармацевтики» сегодня более 500 регистрационных удостоверений, компания ежегодно обеспечивает сотнями миллионов упаковок лекарственных средств пациентов с различными заболеваниями.

Все лекарственные формы производятся в помещениях с особыми условиями. Системы управления, искусственный интеллект, высокоточные средства измерения — все это играет колоссальную роль при производстве масштаба «Озон Фармацевтики». Технологическая оснащенность позволяет воспроизводить сложные процессы и вести непрерывный мониторинг за состоянием продукта.

«Озон Фармацевтика» выпускает лекарственные препараты более 20 лет, накопив за это время опыт не только в производстве, но и в проектировании, строительстве и оснащении фармацевтических объектов. Мы создаем современные предприятия, заранее предусматриваем все возможные риски и учитываем особенности будущего производства. Например, наше строящееся предприятие «Озон Медика», которое отвечает за разработку и производство препаратов против онкологических и тяжелых системных аутоиммунных заболеваний, будет выпускать препараты максимальной, пятой категории токсичности. Препараты портфеля «Озон Медика» разделены по участкам с учетом формы выпуска, токсичности и принадлежности к особым группам, требующим выделенного производства.

В будущих колонках мы расскажем о том, как получение Европейского сертификата GMP влияет на производство. Обсудим, как GMP определяет выбор поставщика активной субстанции для лекарств. Кроме того, разберем процессы контроля качества готовой продукции: от лабораторных тестов до процедур выпуска на рынок. Каждый потребитель, каждый врач и сотрудник аптеки может быть уверен в качестве отечественных лекарственных средств.

Доктор, выпить можно?

Алена
Смирнова

Изучаем взаимодействие лекарственных средств с этанолом



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

История на миллионы лет

Любой грамотный специалист по медицине или фармации скажет, что алкоголь — это яд, и будет прав. Однако вопрос заслуживает обсуждения, так как далеко не все жители нашей планеты полностью исключили этанол из своего употребления.

Организм человека приспособлен к обезвреживанию спирта. Ученые считают, что около 10 млн лет назад вследствие изменения климата в пищу стали употреблять продукты, подвергшиеся брожению. То есть содержащие спирт. Это способствовало выживанию тех организмов, у которых имелась мутация, связанная с образованием алкогольдегидрогеназы — основного фермента, преобразующего алкоголь.

Важны еще два фермента: алкогольоксидаза и ацетальдегиддегидрогеназа.

Первый из них «убирает» примерно 10–20% попавшего внутрь алкоголя (с остальным справляется алкогольдегидрогеназа). Однако у лиц, употребляющих этанол хронически, активность алкогольоксидазы увеличивается до 7 раз!

Второй избавляет нашу внутреннюю среду от токсичного ацетальдегида, несущего «ответственность» за выраженность похмельного синдрома. Больше всего

Первая в 2025 году «Фармнеделя» на портале «Провизор-24» началась с вебинара о совместимости алкогольных напитков и фармацевтических препаратов.



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

от проявления похмелья страдают те, у кого генетически обусловлена высокая активность алкогольдегидрогеназы и низкая — ацетальдегиддегидрогеназы.

Впрочем, алкоголь поступает в организм не только извне, его нельзя назвать ксенобиотиком. В результате внутренних процессов брожения образуется спирт, концентрация которого в крови здорового трезвого человека составляет 1,5 мг/л. Сразу скажу, что смертельная концентрация этанола в крови — 5–8 г/л. Такую можно получить, если выпить за час примерно литр водки.

Таблицы с указанием дозировки и концентрации, а также временем выведения из организма легко найти в Интернете.

Лечиться или употреблять?

Статистические данные свидетельствуют, что в среднем один житель России за 2024 год приобрел более 30 упаковок различных лекарственных средств. При этом так же в среднем на одного жителя было приобретено 106 бу-

тылок пива, 11 — водки, 6 — вина, 4 — коньяка. При этом не исключено, что потребителями лекарственных препаратов и алкогольных напитков являются одни и те же люди.

Конечно, можно всем пациентам говорить, что при лечении употреблять такие напитки нельзя, но далеко не всегда взаимодействие спирта и лекарственных препаратов является клинически значимым.

Здесь, как и при любых других фармакологических взаимодействиях, работает «правило светофора»: красная зона — высокая значимость и категорический запрет, желтая — средняя клиническая значимость, зеленая — низкая значимость.

Ожидаемо высокую клиническую значимость имеет взаимодействие спирта с препаратами, влияющими на деятельность центральной нервной системы: снотворными, седативными средствами, антидепрессантами, антигистаминными препаратами первого поколения и т.д.

При приеме антидиабетических препаратов этанол усиливает гипогликемические реакции.

Приведу еще несколько примеров опасного взаимодействия этанола с некоторыми популярными лекарственными средствами:

- анестетики — снижение их эффекта;
- пропранолол — маскировка тахикардии и тремора;

- парацетамол — усиление гепатотоксического действия;

- нитроглицерин — смертельно опасное сочетание, способное привести к резкому падению давления и даже к остановке сердца;

- сульфаниламиды — усиление негативного воздействия этанола.

Отдельного внимания заслуживают антибиотики, в частности:

- левомицетин — дисульфирамоподобная (антабусоподобная) реакция;

- циклосерин — высокий риск судорог;

- изониазид и рифампицин — снижение эффекта препарата, повышение риска возникновения токсического гепатита;

- доксициклин — снижение эффекта препарата;

- эритромицин — задержка алкоголя в желудке и усилен-

ное всасывание в кровь, что приводит к неожиданно высоким концентрациям этанола;

- линезолид — головокружение, высокий риск гипертонического криза;

- метронидазол — дисульфирамоподобная реакция, которая может возникнуть даже при применении препарата в виде вагинального крема.

Важно: Чтобы узнать, в какой зоне (красной, желтой или зеленой) находится тот или иной препарат, взаимодействующий с этанолом, можно найти на портале Drugs.com. Там описаны взаимоотношения 540 лекарственных средств со спиртом. При этом не только указана степень риска, но и описаны конкретные эффекты. К сожалению, портал не российский, отечественных аналогов пока не создано.

Отметим, что алкоголь поступает в организм не только извне, его нельзя назвать ксенобиотиком. В результате внутренних процессов брожения образуется спирт, концентрация которого в крови здорового трезвого человека составляет 1,5 мг/л

Напиток имеет значение

Иногда приходится сталкиваться с распространеными стереотипами о том, например, что водка безопаснее самогона, или что коньяк безопаснее водки. Да, в различных напитках содержатся дополнительные компоненты, в том числе и токсические, включая ацеталь-

дегид и даже метанол. С 1997 года в нашей стране действовал ГОСТ «Водка и спирт этиловый», регламентирующий содержание тех или иных веществ. Сейчас он отменен, вся продукция выпускается по ТУ. Отмечу, что если речь идет о качественных алкогольных напитках (а не суррогатах), то, несмотря на возможное наличие токсических компонентов, главным ядом остается сам этанол в силу несравнимой концентрации.

Справедливости ради надо заметить, что в некоторых алкогольных напитках содержатся и вещества, оказывающие благоприятное воздействие на организм. В частности, в пиве есть кремний, снижающий усвоение алюминия и тем самым способствующий профилактике болезни Альцгеймера. Правда, употребление алкоголя само по себе ведет к деменции. Так что пиво лучше пить безалкогольное.

Пока непонятно, за счет каких компонентов (но явно не за счет спирта!) пиво оказывает радиозащитную активность, выводя прооксиданты. Кроме того, оно подавляет активность некоторых мутагенов, в том числе гетероциклических аминов, снижая риск возникновения рака прямой кишки. В опытах на крысах прием пива увеличивал в 6 раз продолжительность жизни особей с ИБС за счет компенсации дефицита меди, а также снижения холестерина.

Разумеется, я никого не призываю к пивному алкоголизму, несущему колоссальные негативные последствия для организма. Возможно, когда-нибудь предложат позитивные составляющие без этанола. Как это уже произошло, например, с ресвератролом, содержащемся в красном вине.

В заключение хочу привести шутку одного коллеги, врача-онколога. Когда пациент с серьезным диагнозом и соответствующим лечением спрашивает, можно ли выпить рюмочку на праздники, коллега нередко отвечает:

— Рюмочку, конечно, можно. Но водка должна быть безалкогольной!

ПРОВИЗОР
24

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

Крепкий иммунитет



Доцент кафедры клинической фармакологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, кандидат медицинских наук
Юлия Дронова

Причины сбоев

В борьбе с вирусами в организме человека ключевую роль играет иммунная система. Именно она производит антитела, которые противостоят любым чужеродным агентам. Для эффективного иммунного ответа необходимо слаженное взаимодействие различных органов, которые защищают организм, и их быстрая реакция на вторжение.

Существует множество причин, которые могут вызвать сбой в работе иммунной системы. Среди основных факторов, негативно влияющих на иммунитет, можно выделить стрессы, неправильное питание, длительные заболевания, операции, неблагоприятную экологическую обстановку, вредные привычки и недостаток витаминов.

В последнее время стало известно, что состояние кишечной микрофлоры также влияет на работу иммунной системы. Полезные бактерии усиливают ответ организма на вирусы и бактерии, а также снижают вероятность нежелательных аутоиммунных и аллергических реакций.

Нарушение баланса полезных и вредных бактерий может привести к снижению эффективности иммунной системы. Поэтому одним из ключевых аспектов укрепления иммунитета является использование витаминов, пробиотиков и иммуномодуляторов. Также важно обеспечить организм необходимыми питательными веществами. Недостаток питательных веществ может привести к ослаблению иммунной систе-

Как в зимний период устоять перед инфекциями и укрепить защитные силы своего организма? Поговорим о нюансах комплексного подхода к проблеме.



мы. Поэтому рекомендуется не только принимать препараты и биологически активные добавки, но и следить за правильным питанием.

Признаки иммунного сбоя

- » частые ОРВИ;
- » частые обострения хронических инфекций (тонзиллит, гайморит, бронхит, пиелонефрит, аднексит т.д.);
- » частые рецидивы герпетических высыпаний;
- » гнойничковые поражения кожи;
- » боли в суставах и мышцах;
- » продолжительное повышение температуры или отсутствие температурной реакции при острых инфекционных заболеваниях;
- » плохое заживление ран.

Основы противовирусной защиты

Здоровье кишечной микрофлоры

Наша иммунная система во многом зависит от состояния кишечника.

✓ **Совет по диете.** Включите в свой рацион овощи, каши, отру-

би и топинамбур. Пейте напитки из цикория, употребляйте йогурт, кефир, ряженку, творог и другие кисломолочные продукты. Это поможет полезным бактериям активно размножаться и обеспечит правильный ответ на проникновение вирусов и бактерий.

✓ **Совет по приему БАДов и лекарств.** Посетителям аптеки вы можете рекомендовать БАДы для поддержки микрофлоры. Например, комплексы Флоризо, Лактобаланс, Баксет форте и другие.

Полезные жиры

Наши легкие изнутри покрыты специальным веществом — сурфактантом. Он поддерживает альвеолы в форме пузырьков и не дает им слипаться на выдохе. Это ускоряет попадание кислорода из альвеол в кровь. Сурфактант состоит на 90% из жиров, которые нужно регулярно пополнять. Необходимы жиры и для корректной работы иммунной системы.

✓ **Совет по диете.** Включите в свой ежедневный рацион оливковое и сливочное масло, орехи и семечки.

✓ **Совет по прие-**

му БАДов и лекарств. Для поддержки иммунитета вы можете рекомендовать любые комплексы, содержащие омега-кислоты.

Фитонциды

Эфирные масла и фитонциды, содержащиеся в растительных продуктах, обладают противовирусными, противомикробными и иммуномодулирующими свойствами.

✓ **Совет по диете.** Употребляйте больше зелени, чеснока, лука, имбиря и специй.

✓ **Совет по приему БАДов и лекарств.** Людям, настроенным на фитолечение и фитопрофилактику, вы можете рекомендовать БАДы и препараты, содержащие эвкалипт, шалфей, чеснок и многие другие лекарственные растения с бактерицидными свойствами.

Витамины и минералы

Многочисленные исследования показывают, что в России, да и в других странах тоже подавляющее большинство людей страдают от гиповитаминоза — нехватки витаминов. Витамины и минералы не образу-

ются в организме человека, за исключением витамина D и витаминов, синтезируемых бактериями кишечника, поэтому должны постоянно присутствовать в составе пищи. Но даже при самом рациональном питании рацион современного человека сегодня дефицитен по многим витаминам и микроэлементам на 20–30%.

Одним из ключевых аспектов укрепления иммунитета является использование витаминов, пробиотиков и иммуномодуляторов. Также важно обеспечить организм необходимыми питательными веществами. Недостаток питательных веществ может привести к ослаблению иммунной системы. Поэтому рекомендуется не только принимать препараты и биологически активные добавки, но и следить за правильным питанием

При этом как витамины, так и минералы играют важную роль в поддержании здоровья и укреплении иммунной системы. Они помогают организму бороться с инфекциями и ускоряют восстановление после болезни. Наиболее важны из них витамины C и D, а также цинк.

Достаточное количество витамина C снижает риск ОРВИ на 30%, а вероятность осложнений в виде пневмонии — на 80%. Витамин D достоверно снижает риск инфицирования вирусом гриппа в среднем на 22%. Дефицит цинка приводит к нарушению развития клеток

врожденного и адаптивного иммунитета, снижению выработки цитокинов, увеличению риска воспаления. В содружестве витамины D, C и цинк поддерживают целостность межклеточных соединений и предупреждают межклеточный путь проникновения вирусов.

✓ **Совет по диете.** Продуктами, наиболее эффективно укрепляющими иммунитет, признаны сезонные фрукты и овощи. Мобилизации защитных сил организма способствует употребление капусты, редьки, редиса, моркови, болгарского перца, шпината, любых цитрусовых. При этом также важно подучать адекватное количество белка из натуральных молочных продуктов, рыбы, морепродуктов. Морепродукты, кстати, еще и отличный источник цинка.

✓ **Совет по приему БАДов и лекарств.** Современными комплексами, отвечающими потребностям иммунной системы в витаминах, являются Супрадин® Иммуно Тройное действие, Супрадин® Иммуно ПРО, Витрум иммунактив.

Как еще можно укрепить иммунитет?

■ Закаливание.

Люди заболевают не из-за холодного воздуха, а из-за контакта с инфицированными людьми. Но наступление холодов может быть стрессом для организма, а стресс способен нарушить работу иммунной системы. И закаленный человек может после контакта с заболевшим человеком остаться здоровым, а незакаленный — разболеться. Поэтому разумное закаливание без эксцессов типа обливания ледяной водой на морозе может помочь организму лучше адаптироваться к холоду.

■ **Сон.** Исследования показали, что при недостатке сна в организме человека вырабатываются маркеры воспаления. А это может влиять на работу иммунитета. Кроме того, сон позволяет отдохнуть всему организму, включая иммунную систему.

■ **Физическая активность.** Организму в целом и иммунной системе в частности нужна физическая активность. И желательно на свежем воздухе. Она не должна быть изнуряющей, но хотя бы 6–8 тысяч шагов в день делать рекомендуется.

Себорейный дерматит и перхоть: как помочь покупателю?



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

Косметическая проблема или болезнь?

Перхоть — это отслаивающиеся чешуйки на коже головы, распространенное состояние, которое встречается у 40–60% взрослых людей во всем мире. Она может возникнуть по разным причинам и обычно является распространенным симптомом себореи. Себореей называют заболевание, вызванное повышенной активностью сальных желез, чаще всего на волосистых участках головы.

Перхоть бывает разной степени интенсивности — от легкой до более выраженной. Под влиянием различных внешних и внутренних факторов она может прогрессировать со временем.

Очень выраженная перхоть может являться симптомом себорейного дерматита. Так называют хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, для которого характерны высыпания на участках, богатых сальными железами: волосистая часть головы, лицо (особенно лоб, нос и щеки), заушная область, верхняя часть туловища.

Для себорейного дерматита характерно изменение качественного состава и количества кожного сала, нарушение эпидермального барьера и дефектный иммунный ответ на колонизацию кожи грибами *Malassezia* spp. Рост колоний грибка значительно усиливается при снижении иммунитета и стрессе.

С жалобами на перхоть, воспаление и шелушение кожи головы пациенты зачастую обращаются в аптеку. Чем отличается перхоть от себорейного дерматита? Как помочь таким посетителям?



Причины

Причины себорейного дерматита до конца не изучены. Считается, что значимую роль в возникновении себореи играют наследственные факторы. Обильное развитие сальных желез, склонность к повышенному салоотделению зачастую наблюдаются как семейная особенность. Кроме того, бесспорна роль гормональных нарушений в патогенезе себореи, проявляющаяся в нарушении нормального соотношения эстрогенов и андрогенов. Кожа и ее придатки (сальные и потовые железы, волосные фолликулы) являются андрогензависимым органом. В то же время на течение себореи оказывают влияние состояние вегетативной нервной и пищеварительной систем, наличие очагов инфекции и другие факторы.

Симптомы

Симптомы себорейного дерматита включают:

- покраснение и воспаление кожи;
- шелушение и образование жирных чешуек;
- зуд и дискомфорт;
- возможно появление корок и трещин.

При локализации

дерматита на коже волосистой части головы возможно поредение волос, которое носит вторичный характер. При дерматите кожи лица поражение развивается в медиальной области бровей (ближе к центру лица), переносице, нососочных и носогубных складках. Высыпания на лице сопровождаются поражением волосистой части головы.

Диагностика себорейного дерматита основывается на клинических проявлениях и симптомах. Для подтверждения диагноза может потребоваться консультация дерматолога. Врач проведет осмотр кожи и при необходимости возьмет соскоб для лабораторного исследования.

Осложнения

Несвоевременно начатое лечение может привести к возникновению ряда осложнений, а именно:

- себорейное облысение;
- стрептодермия при присоединении вторичной инфекции, если имеются трещины и расчесы, проявляется в виде гнойных корок, местами сливающихся в очаги неправильной формы с участками мокнущих;

■ себорейная эриродермия образуется при слиянии очагов себорейного дерматита, очаги покраснения с шелушением сливаются в участки неправильной формы, возможно повышение температуры до субфебрильной (37,1–38,0°C).

Лечение

Лечение себорейного дерматита включает несколько направлений.

Уход за кожей:

- использование мягких очищающих средств, которые не раздражают кожу;
- увлажнение кожи с помощью специальных кремов и лосьонов;
- избегание агрессивных косметических средств и шампуней, содержащих сульфаты.

В основе патологического процесса лежит нарушение работы сальных желез, поэтому важно устранить факторы, влияющие на их деятельность. Важную роль в этом играют питание и состояние желудочно-кишечного тракта. Поэтому больным с себореей рекомендуется сократить употребление сладких, жирных, копченых и острых блюд и принимать ферментные препараты, облегчающие

пищеварение. Также пациентам необходимо проходить профилактическое обследование у гастроэнтеролога и лечить хронические заболевания ЖКТ.

Лечение себорейного дерматита начинается с выявления возможных патогенетических факторов дерматоза и дальнейшей их коррекции, зачастую в виде длительной систематической терапии. В большинстве случаев себорейный дерматит успешно поддается лечению, однако при этом обычно достигается лишь клиническая ремиссия, а не полное выздоровление.

Диагностика себорейного дерматита основывается на клинических проявлениях и симптомах.

Для подтверждения диагноза может потребоваться консультация дерматолога. Врач проведет осмотр кожи и при необходимости возьмет соскоб для лабораторного исследования

В лечении себореи могут использоваться как медикаменты, так и различные методы физиотерапии — дарсонвализация и криомассаж кожи волосистой части головы, лазеропунктура.

Медикаментозное лечение:

Согласно существующим рекомендациям по лечению себорейного дерматита предпочтение следует отдавать топическим препаратам, содержащим:

- противогрибковые компоненты,
- кортикостероиды,
- препараты цинка,

■ кератолитики (салициловая кислота, деготь, мочевины),

■ ингибиторы кальциневрина (пимекролимус).

Аптечный работник может при себорейном дерматите предложить следующие варианты:

- ✓ использование мягких очищающих средств для лица и тела;
- ✓ увлажнение кожи с помощью кремов, не содержащих агрессивные ингредиенты;
- ✓ выбор специальных противогрибковых шампуней для кожи головы.

Если говорить о шампунях, то косметические шампуни от перхоти не убивают грибок, а только останавливают его рост. Поэтому их эффективность в основном невелика. Более мощно действуют широко рекомендуемые в настоящее время средства с кетоконазолом и пиритионом цинка. Однако и в их использовании наметилась проблема. Грибок адаптируется к этим препаратам, развивается резистентность и средства перестают действовать. Поэтому сейчас наиболее эффективно борется с себорейным дерматитом шампунь на основе сертаконазола — Сертаверин.

Широкий спектр действия и практическое отсутствие резистентности делают сертаконазол наиболее перспективным из азольных препаратов. Основным отличием химической структуры сертаконазола являются высокая липофильность и способность проникать в кератинизированные структуры. Поэтому шампунь Сертаверин быстро уменьшает зуд и шелушение кожи головы и оказывает противозудное действие, что подтверждено результатами клинических исследований. Он и убивает грибок, и приостанавливает его рост и размножение.

Шампунь Сертаверин отпускается без рецепта врача и согласно инструкции наносится на пораженные участки кожи на 3–5 минут, затем тщательно смывается теплой водой. Для профилактики при себорейном дерматите и перхоти его используют еженедельно или 1 раз в 2 недели, а для лечения — 2 раза в неделю в течение 2–4 недель.

Влияние высоких дозировок глицина на когнитивные функции при депривации сна



Дарья Жигульская,
эксперт
ООО «НейроДрайв»,
Москва

Глицин — это замечательная аминокислота, которая также является нейромедиатором, обеспечивающим ряд жизненно важных функций в нервной системе, в частности в работе спинного мозга и варолиевого моста, где обнаружено большое количество рецепторов к глицину GlyM (Hernandes M.S., 2009). Интересным является влияние глицина на сон. Показано, что прием этой аминокислоты на ночь в дозировке 3000 мг улучшал субъективные показатели сна и уменьшал дневную сонливость на следующий день (Yamadera W. et al., 2007). Более важное значение, конечно, имеют данные о влиянии глицина на объективные показатели сна. Та же группа исследователей отмечает положительные эффекты глицина на сомнограмме, отслеживаемой с помощью ЭЭГ, а именно более быстрое засыпание и сдвиг фазы глубокого сна в начало процесса.

Большой практический интерес представляют результаты психомоторных тестов после приема глицина при депривации сна по сравнению с приемом плацебо. Так, например, показано, что прием глицина на ночь при предстоящем недосыпе сопровождался увеличением количества правильных ответов и достоверным увеличением скорости реакции на следующий день (Bannai M. et al., 2012).

Важным вопросом является дозировка глицина в контексте достижения противотревожного эффекта и нормализации сна. Дело в том, что NMDA-рецепторы, активируемые основным возбуждающим нейромедиатором нервной системы человека глутаматом, имеют сайт связывания и для глицина.

В рандомизированном двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании оценено влияние глицина в разных дозировках на выполнение заданий, связанных с различными когнитивными функциями, а также на электрическую активность мозга в процессе выполнения этих заданий. Показано, что при депривации сна прием глицина в высокой дозировке на ночь сопровождается более выраженными изменениями электроэнцефалограммы в тета- и альфа-диапазонах. Таким образом, высокие дозировки глицина потенциально могут способствовать более легкому переключению между процессами в коре больших полушарий при выполнении различных задач.



Таким образом, глицин кодирует такой рецептор и участвует в возбуждении нервной системы, а не в ее торможении (Leeson P.D., Iversen L.L., 1994). В целом в клинической и исследовательской практике положительный эффект глицина наблюдают при больших дозировках, от 1000 мг/сут (Жигульская Д. Д., 2020), поэтому очень важно исследовать влияние разных дозировок, что и было сделано в представленной далее работе.

В исследовании были включены 3 группы, участникам которых предлагали выполнять когнитивные задания после 6-часовой депривации сна. Проведение работы одобрено этическим комитетом Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Первая группа принимала накануне исследования перед сном 3000 мг глицина «Глицинон» от NOW Foods (16 человек, возраст 31 ± 2 года), вторая — глицин от другого производителя в дозировке 800 мг (15 человек, возраст 32 ± 2 года), третья — плацебо (14 человек, 35 ± 2 года). Исследование проводили в офисе дистрибьютора биологически активных добавок Muse Media на базе исследовательской лаборатории

компании NeuroDrive, занимающейся разработкой в области нейротехнологий. Когнитивные тесты выполняли утром с 9:00 до 11:00, для каждого человека процесс занимал 1 час. Перед началом работы каждый участник подписывал информированное согласие на участие в исследовании, заполнял анкету о своем самочувствии и качестве сна и прослушивал инструкции.

Задания включали в себя пробы, направленные на различные аспекты когнитивных функций. Участникам исследования предлагали пройти лабиринт на бумаге (пространственная навигация), управлять радиоуправляемым вертолетом (пространственная навигация с моторным компонентом), как можно быстрее реагировать на стимул на экране персонального компьютера (скорость реакции), пройти корректурную пробу (задача на последовательное внимание), таблицы Шульте (проба на рассеивание внимания) и модифицированный тест Струпа с последовательным появлением слов на экране (задача на принятие решения на основе обработки нескольких потоков информации).

Во время выполнения заданий регистрировали ЭЭГ монополярно в 11 отведениях. Для регистрации использовали портативный полиграф BrainScanner (ООО «НейроДрайв», Россия) и электродную систему с хлорсеребряными неполяризуемыми электродами (ООО «МКС», Россия).

Результаты работы показали, что группа, участники которой принимали на ночь глицин, обрабатывали большее количество стимульного материала и соверша-

ли меньшее количество ошибок в тесте Струпа по сравнению с группой плацебо, хотя и достоверно. В случае же электрической активности мозга интерес представляет динамика фронто-медиального тета-ритма, компонента ЭЭГ, который провоцирует задачи на пространственную навигацию и сложный анализ информации (Жигульская Д. Д. и др., 2018). Оказалось, что спектральная амплитуда тета-ритма у группы, принявшей высокодозированный глицин от NOW Foods, была достоверно выше, чем у группы, принявшей плацебо. Достоверных различий между низкодозированным глицином и группой плацебо обнаружено не было. Также было проведено сравнение динамики спектральной амплитуды в диапазоне альфа-ритма, являющегося, как правило, доминантным ритмом у человека, в процессе выполнения заданий. Было обнаружено большее количество достоверных различий (по большому количеству отведений ЭЭГ) у группы, принявшей глицин в высокой дозировке, по сравнению как с группой, принявшей низкодозированный глицин, так и с группой, принявшей плацебо.

Полученные наблюдения позволяют выдвинуть предположение в пользу гипотезы о том, что высокодозированный глицин (2000–3000 мг) может положительно влиять на легкость переключения между когнитивными процессами при выполнении различных когнитивных задач. В таком случае высокие дозировки глицина могли бы иметь высокое практическое значение в профилактике и поддерживающей терапии субдепрессивных состояний, эмоционального выгорания и других состояний, сопровождающихся уменьшением функциональной пластичности головного моз-

га, что, конечно, может являться предметом изучения для дальнейших работ в этой области.

Результаты данного рандомизированного двойного слепого плацебоконтролируемого исследования, одобренного этическим комитетом Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, были представлены на конференции «Вейновские чтения 2025».

ЛИТЕРАТУРА

1. Жигульская Д. Д. Терапевтические свойства глицина в коррекции неврологических расстройств // Дело жизни. 2020. № 4 (59). С. 14–15.
2. Жигульская Д. Д., Толченникова В. В., Ратманова П. О. Фронтально-медиальный тета-ритм: связь с когнитивными аспектами навигации в виртуальной среде // Когнитивные исследования на современном этапе [электронный ресурс]: материалы Всероссийской конференции с международным участием по когнитивной науке (Архангельск, 19–22 ноября 2018 г.) С. 96–98.
3. Bannai M., Kawai N., Ono K., Nakahara K., Murakami N. The effects of glycine on subjective daytime performance in partially sleep-restricted healthy volunteers // Frontiers in Neurology. 2012. Vol. 3. P. 1–8.
4. Hernandez M. S., Troncone L. R.P. Glycine as a neurotransmitter in the forebrain: a short review. Journal of Neural Transmission. 2009. Vol. 116. P. 1551–1560.
5. Leeson P. D., Iversen L. L. The glycine site on the NMDA receptor: structure-activity relationships and therapeutic potential // J Med Chem. 1994. Vol. 37. P. 4053–4067.
6. Yamadera W., Inagawa K., Chiba S., Bannai M., Takahashi M., Nakayama K. Glycine ingestion improves subjective sleep quality in human volunteers, correlating with polysomnographic changes // Sleep and Biological Rhythms. 2007. Vol. 5. P. 126–131.

NOW Глицинон
Глицин 1000 мг
Планета спокойных снов

- Качественная терапия бессонницы без изменения архитектуры сна и циркадных ритмов
- Высокая физиологичность действия и дозировки, обеспечивающая эффект торможения
- Подтвержденные нейропротекторные свойства

Длительность приема 1 месяц

Взрослым от 1 до 3 капсул в день

100 капсул в упаковке

Yamadera W., Inagawa K., Chiba S., Bannai M., Takahashi M., Nakayama K. Glycine ingestion improves subjective sleep quality in human volunteers, correlating with polysomnographic changes // Sleep and Biological Rhythms. 2007. Vol. 5. P. 126–131. Yao W., Chen Z., Zhang N., Ren S., Zhang X., Liu S., Li W. Glycine Exerts Dual Roles in Ischemic Injury Through Multiple Mechanisms // Stroke. 2019. Vol. 50. P. 2212–2220. Gusev E., Skvortsova V., Dambinova S.A., Ryskiy K.S., Alekseyev A., Gerasimov V.S., Kovalenko A.V., Kuzin V.S., Yakovlev E.V. Neuroprotective Effects of Glycine in Therapy of Acute Ischemic Stroke // Cerebrovascular Diseases. 2000. Vol. 10. P. 1–6.

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



Светлана Любошиц

Ковид и волосы

Список последствий коронавирусной эпопеи для нашего здоровья не так давно пополнился еще одной проблемой — интенсивным выпадением волос. По данным китайского исследования, на это жалуются чуть ли не четверть пациентов, проходивших лечение от ковида. Как показывает практика, справиться с подобной проблемой можно, но лечение может оказаться достаточно долгим.

Проблемы с волосами обычно возникают через пару месяцев после выздоровления. Причем алоpecia (в переводе с греческого «облысение») наблюдается даже у тех, кто перенес ковид бессимптомно. Ничего удивительного: воздействию вируса SARS-CoV-2 подвержены практически все органы и системы, включая ногтевые пластинки и волосы. Поэтому поражение волосистой части головы как последствие Covid-19 встречается довольно часто.

Больше всего интенсивное выпадение волос беспокоит, конечно, женщин. Именно они и обращаются к трихологам и дерматологам с подобными жалобами. И специалистам есть что предложить пациентам в качестве лечения.

Жизненный цикл

Постковидная алоpecia чаще всего возникает потому, что сбивается жизненный цикл волос. В норме наши волосы проходят три стадии развития:

Анаген — фаза роста. Длится 2–6 лет. На этой стадии находится примерно 90% волос. В течение указанного периода клетки в волосистой луковице (фолликуле) интенсивно делятся, бла-

годаря чему вырастают новые волосы, а длина «проклюнувшихся» волос увеличивается.

Катаген — фаза перехода к «спячке». Волосистой сосочек, обеспечивающий питание фолликулы, атрофируется, из-за чего волос перестает расти. Длится 1–3 недели.

Телоген — заключительная фаза, то есть фаза покоя. Питательные вещества уже не поступают к волосам. При механическом воздействии, например, при расчесывании, они выпадают. После этого кровь снова начинает поступать к фолликулам, в них начинают формироваться новые волосы.

Из-за воздействия коронавируса волосы застревают в фазе покоя, перестают расти и не переходят в следующую фазу цикла. Выросшие волосы выпадают, но им на смену не приходят новые. Потому алоpecia и получила название телогеновой. Она может быть как тотальной (диффузной), так и очаговой (гнездной). При этом риск очаговой алопеции после ковида увеличился на 12%, тотальной — на 74%. И если обычно человек ежедневно теряет до сотни волос (0,1% от общей численности), то после ковида из-за того, что волосистые фолликулы от фазы роста к фазе

покоя переходят максимум за полгода, волос начинает выпадать в несколько раз больше, объясняет **врач-дерматолог, профессор кафедры дерматовенерологии СПбГПМУ, доктор медицинских наук Денис Заславский**. У многих пациенток из-за этого начинается депрессия, которая может спровоцировать проблемы с сердцем.

Алоpecia наблюдается даже у тех, кто перенес ковид бессимптомно, ведь воздействию вируса SARS-CoV-2 подвержены практически все органы и системы, включая ногтевые пластинки и волосы

Почему они покидают голову?

Эксперт утверждает, что вирус SARS-CoV-2 активирует цитокиновый

каскад с участием интерлейкина-6. Данный цитокин подавляет деление стволовых клеток волосистых фолликулов, блокируя тем самым переход от телогена к анагену. Также сказываются:

■ стресс и хроническая усталость, которые наблюдаются после ковида;

■ нарушение питания тканей и микроциркуляции волосистой кожи головы;

■ влияние высокой температуры (выше 38°C) — из-за этого происходит коагуляция сосудов, образование в них тромбов;

■ снижение уровня гемоглобина — приводит к анемии и железодефицитным состояниям;

■ прием антибиотиков, антикоагулянтов, других лекарственных препаратов.

И конечно, болеющий человек меньше ест, а значит, потребляет меньше питательных веществ, что может спровоцировать дефицит витаминов и минералов.

Что сделает врач?

Доктор осмотрит пациента, проведет тест натяжения волос, сделает трихограмму. Если тест резко положительный, больше 25% фолликулов находятся в телогене — ставится диагноз

Самые пугающие болезни

Медицинская компания ИНВИТРО совместно с СК «Росгосстрах» провела опрос о страхах россиян по поводу здоровья.

Почти все респонденты (97%) заявили, что боятся различных заболеваний: 40% испытывают умеренную тревогу по поводу здоровья, у 57% тревога сильная.

Наиболее пугающими ожидаемо стали онкозаболевания — их назвали 77% участников опроса. Также люди серьезно опасаются вирусных инфекций (вероятно, это последствие пандемии) и сердечно-сосудистых заболеваний. В числе других страхов — деменция, ментальные нарушения и аутоиммунные заболевания.

По мнению респондентов, причинами болезней обычно бывают стресс, недостаток сна, неправильное питание и малоподвижный образ жизни. Для профилактики болезней россияне принимают витамины и БАДы, ведут активный образ жизни, занимаются спортом и стараются придерживаться режима дня. 46% опрошенных заявили, что раз в год проходят медосмотры.



«телогеновая алоpecia». При необходимости врач назначит также ряд других тестов и исследований:

- анализы крови на определение уровня гормонов, витаминов и микроэлементов — для исключения или подтверждения проблем со щитовидной железой и железодефицитных состояний;
- общий и биохимический анализы крови;
- трихоскопию.

Как решается проблема

Лечение направлено на восстановление роста волос. Но, замечает профессор Заславский, доказать ее эффективность в долгосрочной перспективе не представляется возможным. Вероятности спонтанной ремиссии при гнездной алопеции с очагами:

■ в течение полугода — 30%;

■ в течение года — 50%;

■ в течение 5 лет — 60–70%.

При тотальной алопеции полная ремиссия, если заболевание длится более 5 лет, составляет у взрослых менее 10%, у детей — 1%.

В течение 5 лет рецидивы случаются в 80% случаев, в течение 20 лет — в 100% случаев.

Идеальных методов лечения, как признается эксперт, нет. Тем не менее назначаются:

■ системные глюкокортикостероиды (преднизолон под контролем биохимических анализов крови) — с 17 лет;

■ метотрексат — перорально или подкожно в течение 9 месяцев, эффект длится до 18 месяцев, если его нет, препарат отменяется;

■ тофацитиниб — на 3–6 месяцев с 17 лет;

■ циклоспорин — на 2–12 месяцев, при достижении эффекта дозу постепенно снижают до полной отмены;

■ крем клобетазол — под окклюзионную повязку до 2 месяцев с 12 лет;

■ меноксидил — с 8 лет;

■ цинка сульфат — на 3 месяца перорально с 12 лет;

■ триамцинолона ацетонид — внутривенные инъекции в течение 4–6 недель с 12 лет.

Практикуется также внутривенное введение обогащенной тромбоцитами плазмы пациента в кожу волосистой части головы каждые 3 недели. Доктор может также рекомендовать 1% крем пимекролимус или 0,1% мазь такролимус. Средства применяются с 2 лет. В арсенале врачей также патанапрост, колхицин, азатиоприн, изопринозин.

Когда болит в правом подреберье

София Робер

Частота дисфункции желчного пузыря и желчных протоков, по разным данным, колеблется от 12 до 58%. В таких случаях важно восстановить нормальный ток желчи и секрета поджелудочной железы по протокам. Это позволит купировать болевой синдром и предотвратить прогрессирование заболевания. Чем же может помочь фармацевт посетителю аптеки при жалобах на сбой в работе желчного пузыря?



Если все в норме

Желчный пузырь представляет собой полый орган, по форме напоминающий грушу. Он расположен на висцеральной поверхности печени и связан с ней через желчные протоки. Желчный пузырь, желчные протоки и сфинктеры входят в состав билиарного тракта, чьим предназначением является накопление, концентрация и выведение желчи.

Желчь активно участвует в пищеварении: расщепляет крупные молекулы пищи на более мелкие, стимулирует образование гормонов кишечника, способствует производству слизи, воздействует на кишечник как природный антисептик, нейтрализует пепсин (входит в состав желудочного сока), способствует расщеплению жиров, помогает образованию кала.

В норме желчь вырабатывается в печени, через желчные протоки поступает в желчный пузырь, где постепенно накапливается. Затем через сфинктер Одди она поступает в двенадцатиперстную кишку и участвует в процессе переваривания пищи, вводит в курс дела провизор Юлия Бояркова.

Что может пойти не так?

Желчь может застаиваться в желчных протоках. Может подвести и сфинктер Одди. Если в его работе начинаются сбои, нарушается поступление желчи в двенадцатиперстную кишку. Помимо этого, в желчном пузыре может развиваться воспалительный процесс, а также нарушиться сокращение самого желчного пузыря. Во всех указанных случаях есть основания подозревать дискинезию желчевыводящих путей, холецистит, желчнокаменную болезнь.

Постановка диагноза, конечно, прерогатива врача. Фармацевт же ориентируется на характерные для того или иного заболевания жалобы и должен рекомендовать эффективные и в то же время безопасные лекарственные средства, чтобы ни в коем случае не навредить покупателю.

Заподозрить сбой в работе билиарной системы позволяют жалобы клиента аптеки на:

- боль в правом боку или правом подреберье, а также под ложечкой;
- горечь во рту;
- тошноту и рвоту;
- нарушения стула;
- снижение аппетита.

Причин развития подобных неприятностей много. Но одним из главных факторов риска считается стресс. Нарушения такого рода могут спровоцировать и различные новомодные диеты, лишний вес, гормональные сбои, а также гельминты, утверждает эксперт.

Функциональные расстройства

Чаще всего фармацевту приходится иметь дело с функциональными расстройствами — нарушением тонуса или моторики желчного пузыря при отсутствии органических изменений (деформация желчного пузыря, камни, полипы в билиарном тракте).

Подобные расстройства могут развиваться по гипер- или гипокинетическому типу. В первом случае наблюдается слишком быстрый отток желчи, она просто не успевает справиться с возложенными на нее задачами. Во втором случае желчь вовремя не эвакуируется и застаивается в желчном пузыре.

Такие нарушения как раз и вызывают приступы боли в правом подреберье или подложечной области. Покупатель может жаловаться, что боль продолжается около 30 минут, приступы повто-

ряются с разными интервалами. Боль может нарастать, становиться устойчивой. Облегчить состояние не помогают ни дефекация, ни прием антацидов, ни изменение положения тела. Боль также может мешать человеку спать, сопровождаться тошнотой или рвотой.

Что может назначить врач?

Для лечения такого состояния используются несколько групп препаратов:

- противовоспалительные средства — НПВС и кортикостероиды;
- желчегонные препараты — улучшают производство желчи или улучшают ее выведение;
- холелитолитические препараты — разрушают камни в желчном пузыре и не дают им образовываться вновь;
- спазмолитики — расслабляют гладкие мышцы желчевыводящих путей, снимают их спазм, уменьшают боль;
- витамины, аминокислоты;
- сорбенты, антидоты;
- гепатопротекторы;
- ферменты.

Назначение таких средств, особенно рецептурных — зона ответственности врача. Работник же аптеки часто сталкивается с необходимостью проконсультировать покупателя и помочь ему выбрать желчегонное средство или спазмолитик, говорит Юлия Бояркова. Данные препараты точно могут облегчить состояние пациента. Главное — рекомендовать средства с высоким профилем безопасности, чтобы ни в коем случае не навредить человеку.

При запросе на покупку желчегонных препаратов первым и главным вопросом должен быть: «Есть ли у вас камни в желчном пузыре?»

После утвердительного ответа на этот вопрос можно отпускать только холеспазмолитики. Разрешены при желчнокаменной болезни и препараты урсодезохиоловой кислоты. Однако они являются средствами рецептурного отпуска.

Комплексное воздействие

Среди современных препаратов из группы холеспазмолитиков имеются средства, обладающие и желчегонным, и избирательным спазмолитическим действием. Это препараты на основе гимекромона — одестон, одекромон, гимекромон, холикрон. Благодаря избирательному спазмолитическому действию они не снижают перистальтику желудочно-кишечного тракта и артериальное давление, но уменьшают застой желчи, предотвращают кристаллизацию холестерина и тем самым развитие холелитиаза.

Их можно рекомендовать при дискинезии желчевыводящих путей и сфинктера Одди по гиперкинетическому типу, некалькулезном хроническом холецистите, холангите, холелитиазе, а также после оперативных вмешательств на желчном пузыре и желчных путях. Отпускаются они без рецепта врача.

Данные препараты имеют хороший профиль безопасности. Их можно советовать даже в тех случаях, если покупатель не знает своего диагноза и понятия не имеет, есть ли у него камни в желчном пузыре. Подобные средства можно использовать и в профилактических целях.

В числе противопоказаний — возраст младше 7 лет, о чем следует информировать клиента аптеки.

Такие лекарственные препараты рекомендуются

ся при симптомах, когда можно подозревать проблемы с желчным пузырем, жалобах на горечь во рту, боли в правом подреберье, также при запросе по конкретной болезни:

- желчнокаменная болезнь;
- любые состояния после удаления желчного пузыря;
- комплексная терапия при описторхозе (гельминтах).

Допродажа — к растительным препаратам или БАДам при проблемах с печенью и желчным пузырем, магнезии, лечебной минеральной воде, сорбиту.

Растительные средства

Это аллохол, хофитол и овесол. Самой большой популярностью среди них пользуется, пожалуй, аллохол. Это и понятно: он дольше всего находится на фармрынке. В его составе желчь, листья крапивы, сушеный чеснок, активированный уголь. Он показан при холангите и холецистите, но противопоказан при желчнокаменной болезни и возрасте до 12 лет. Аптечный работник должен обязательно предупредить об этом покупателя.

Спазмолитики

Спазмолитики бывают неселективными и селективными. К неселективным безрецептурного отпуска относятся дротаверин и бенциклан. Эти миотропные спазмолитики понижают тонус гладких мышц внутренних органов, снижают их двигательную активность, расширяют кровеносные сосуды. Не влияют на вегетативную нервную систему, не проникают в центральную нервную систему. Позволяют снять спазм и избавиться

от боли. Наибольшим спросом пользуются препараты дротаверина, в частности, но-шпа, замечает эксперт. Но из-за их неселективного воздействия возможны такие побочные эффекты, как головокружение, ощущение сердцебиения, артериальная гипотензия (из-за расслабления кровеносных сосудов), тошнота, запоры (из-за расслабления гладкой мускулатуры ЖКТ).

Селективные спазмолитики не вызывают атонию кишечника. К ним относятся: отилония бромид (безрецептурный препарат), мебеверин и пинаверия бромид (отпускаются по рецепту). Данные средства действуют на протяжении всего ЖКТ и не влияют на перистальтику кишечника. Среди них есть препараты в виде таблеток с пролонгированным высвобождением.

Что касается препаратов мебеверина, у некоторых из них (например, мебеверина) недавно появилась безрецептурная дозировка 135 мг, сообщает Юлия Бояркова. Капсулы в дозировке 200 мг отпускаются только по рецепту.

Когда к врачу?

Фармацевт должен рекомендовать покупателю обратиться к врачу, если боль возникла впервые, тем более когда клиент старше 55 лет, а также при жалобах на:

- потерю веса;
- анемию;
- примесь крови в стуле;
- повышенную температуру;
- наследственную предрасположенность к онкологическим заболеваниям.

Консультация доктора необходима и в том случае, если состояние не улучшилось или ухудшилось после приема соответствующего лекарства.



Марина Шевлина

Почему не получается?

Как избавиться от эректильной дисфункции

Эректильная дисфункция является животрепещущей проблемой современной медицины и требует как терапевтического, так и психотерапевтического лечения.

Под эректильной дисфункцией подразумевают продолжающуюся не менее 3 месяцев стойкую неспособность достижения или удержания эрекции, достаточной для проведения полового акта. Часто мужчин пугает одна единственная неудача, и они начинают считать, что у них серьезные нарушения. Это только усугубляет психологическое состояние. К врачу обычно такие пациенты попадают, когда испробованы все способы самолечения. Уж больно деликатная проблема, порой не очень комфортно признаваться в ее наличии даже доктору.

Между тем стесняться не стоит. Проблема хоть и деликатная, но не такая уж редкая. Эректильную дисфункцию в возрасте 18–40 лет испытывает каждый десятый мужчина, в возрасте 40–70 лет — уже каждый второй. 10–12% из них страдают эректильной дисфункцией тяжелой степени.

От чего зависит сексуальное здоровье мужчины

Факторов, которые влияют на сексуальное здоровье представителей

сильного пола, множество. Но современная наука утверждает, что причина чаще всего кроется в состоянии сердечно-сосудистой системы и вообще сосудов. Эрекция — сосудистый феномен, объясняет **врач-уролог, профессор Института урологии и репродуктивного здоровья Сеченовского университета, доктор медицинских наук Леонид Спивак**. И нарушения эрекции — это первый звонок, что надо навестить доктора и пройти обследование.

Провоцируют процесс атеросклеротические поражения сосудов, гипертоническая болезнь и диабетическая микроангиопатия.

Эрекция зависит от целого ряда сложных нейросекреторных и биохимических процессов, сбой хотя бы на одной его стадии ведет к общей неудаче. Принято выделять три группы факторов, влияющих на эрекцию:

- ✓ Психогенные — примерно 40% всех случаев эректильной дисфункции.
- ✓ Органические — 29%.
- ✓ Смешанные — 25%.
- ✓ 6% приходится на случаи, причины которых до конца не выяснены.

Психологическое состояние играет очень большую роль, ведь именно головной мозг отвечает за выработку гормонов, сперматозоидов и т.д. Если мужчина угнетен, испытывает психологический дискомфорт, боится неудачи, головной мозг не может работать в полную силу, отчего рождаются новые комплексы. Образуется порочный круг, который довольно трудно разорвать.

Проблемы с сосудами приводят к нарушению кровообращения в области малого таза, продолжает профессор Спивак. Если сосуды и артериолы полового члена не получают достаточного объема свежей крови, здоровые клетки эндотелия, выстилающие внутреннюю поверхность кавернозных (пещеристых) тел, заменяются фиброзными.

Повлиять на эрекцию могут и некоторые лекарственные препараты. К ним относятся:

- тиазидные диуретики,
- неселективные бета-адреноблокаторы,
- антидепрессанты,
- антиандрогены,
- психолептики,
- опиоиды.

Симптомы дисфункции

В зависимости от степени тяжести (легкая, средняя, тяжелая) могут развиваться следующие признаки патологии:

- отсутствие спонтанной и утренней эрекции;
- вялая эрекция или ее отсутствие перед половым актом;
- снижение либидо;
- преждевременная эякуляция;
- неспособность к вторичному половому акту;
- невозможность достижения эякуляции;
- нарушения мочеиспускания — неполное, учащенное, затрудненное, прерывистое, а также подтекание мочи.

Как все происходит

Независимо от факторов, которые привели к такого рода нарушениям, молекулярный механизм реализации эрекции остается неизменным. Восстановить эрекцию и усилить нормальные биологические механизмы ее возникновения можно, вызвав расслабление гладких мышц, рассказывает эксперт.

Казалось бы, эрекция возникает при напряжении пениса. Но нет. Чтобы возникло напряжение, гладкие мышцы должны максимально расслабиться. Только при соблюдении этого условия в кавернозные тела приливает артериальная кровь. Когда они наполняются кровью, белочные оболочки полового члена сдвигаются к периферии и сдавливают вены, которые находятся с внешней стороны пениса. Отток крови из полового члена нарушается, за счет чего получается мощный ее приток.

В свою очередь, чтобы гладкомышечные клетки расслабились, из эндотелия сосудов должен высвободиться оксид азота. Как только он появляется в клетке, стимулируется продукция циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ). Благодаря этому из клетки выходит кальций, клетка расслабляется. Как только цГМФ разрушается (для этого требуется фосфодиэстераза), кальций снова попадает в клетку. Клетка сокращается, эрекция прекращается.

Эректильную дисфункцию в 18–40 лет испытывает каждый десятый мужчина, в 40–70 лет — уже каждый второй. 10–12% из них страдают эректильной дисфункцией тяжелой степени

Если сделать так, чтобы цГМФ не разрушался под воздействием соответствующего фермента, эрекция продолжится. Потому в лечении эректильной дисфункции используются ингибиторы фосфодиэстеразы, тормозящие ее действие, тем самым препятствующие возвращению кальция в клетку и не позволяющие разрушаться цГМФ, сообщает Леонид Спивак.

Алгоритм лечения

Конечно, доктор прежде всего проведет осмотр и обследование пациента. Необходимо также выяснить потребности и ожидания больного, говорит профессор Спивак. Все решения принимаются совместно с пациентом.

Обследование

Выявление истинной причины проводится методом исключения. Уролог, чтобы оценить сексуальное здоровье мужчины, предлагает заполнить анкету. Каждый из ответов на пять вопросов оценивается по 5-балльной шкале:

- ✓ 21–25 баллов — все в порядке,
- ✓ 16–20 баллов — легкая эректильная дисфункция,
- ✓ 11–15 баллов — умеренная эректильная дисфункция,
- ✓ 5–10 баллов — выраженная эректильная дисфункция.

Пациенту предстоит сдать анализ крови на содержание тестостерона, пролактина, эстрадиола, холестерина и глюкозы. Оцениваются также неврологические рефлексы. Проводятся УЗИ полового члена и мошонки, щитовидной железы, трансректальное УЗИ предстательной железы, доплерография сосудов полового члена, яичек и предстательной железы. Лечащий врач может направить пациента на консультацию к психологу или психиатру.

Этапная терапия

Сначала даются общие рекомендации по изменению образа жизни, специалист отвечает на вопросы и обучает пациента и его партнера (если он имеется). Затем назначаются следующие препараты:

- эректогенные (ингибиторы фосфодиэстеразы) — обеспечивают максимальный приток крови в половой член (силденафил, тадалафил, варденафил, аванафил и ряд растительных препаратов);
- мужских половых гормонов — андрогены;
- психотропные.

При тяжелой форме эректильной дисфункции применяются интракавернозные инъекции и вакуумные эректоры. При сосудистой форме — интракавернозная или интрауретральная терапия алпростадилем, информирует доктор Спивак.

Если отклика нет, проводятся сеансы ударно-волновой терапии низкой интенсивности. Не помогло и это — устанавливается фаллопротез. Как видите, в арсенале современной медицины много методов лечения. Любому пациенту с нарушением эрекции можно сказать, что неизлечимых вариантов не бывает, констатирует эксперт.

Марина Шевлина

Анорексия

В мире от анорексии умирает намного больше человек, чем от любого другого психического расстройства, так как данная патология приводит к необратимым для здоровья последствиям. Именно поэтому важно вовремя поставить диагноз и начать лечение, которое может продолжаться несколько лет.

Чаще всего анорексией заболевают девушки, на долю мужчин приходится всего 1% пациентов. Это и понятно: девушки больше обращают внимание на свой внешний вид, что становится мощным толчком к развитию расстройств пищевого поведения в будущем.

Группа риска

Расстройством пищевого поведения называется стойкое его нарушение, которое влечет за собой негативные последствия для здоровья и/или психосоциального функционирования. Одно из таких расстройств — нервная анорексия. Человек полностью или частично отказывается от еды, у него нет аппетита, хотя он нуждается в пище. Болезнь сопровождается нарушениями обмена веществ, сбоями в работе нервной, эндокринной, пищеварительной систем.

В группе риска оказываются люди, которые пережили в детстве неблагоприятные ситуации, молодые люди, спортсмены. Также повышенный риск анорексии у тех, кто подвергался жестокому обращению, быстро терял вес, озабочен едой и своим внешним видом. Кроме того, к анорексии склонны гиперответственные личности и пациенты с тревожными расстройствами и эпизодами депрессии в анамнезе, говорит педиатр гастроэнтеролог Морозовской ДГКБ Александра Метелина.

Заподозрить анорексию можно и в тех случаях, если у пациента низкий индекс массы тела, он подвергает себя чрезмерным физическим нагрузкам и демонстрирует ограничительное поведение по отношению к еде.

Задавайте вопросы

Чтобы понять, находится ли человек в группе риска, достаточно попросить его заполнить одну из соответствующих анкет. Существуют опросники SCOFF и ESP, а также тест EAT. В опросниках по 5 вопросов. Два положительных ответа сигнализируют

о необходимости дальнейшего обследования. Низкие баллы, набранные по тесту, не исключают расстройства пищевого поведения, так как минимизация или отрицание симптомов расстройства для таких пациентов обычное явление, предупреждает эксперт.

Отличительные черты

Особенности нервной анорексии:

- постоянное ограничение потребления энергии — приводит к аномально низкому весу;
- сильный страх набрать вес или снова стать толстым;
- поведение, препятствующее набору веса;
- искаженное восприятие веса тела;
- важность формы тела.

Человек встает с мыслями о том, как он выглядит, не слишком ли он толстый, и заиклен на показателях весов. Заканчивая день с теми же цифрами на весах, что и утром, начинает упрекать себя и сожалеть, что не похудел, потому что слишком много съел. Расстаться с подобными страхами ему уже не под силу, замечает Александра Метелина.

Типичный портрет пациента с нервной анорексией:

- индекс массы тела ниже $17,5 \text{ кг/м}^2$ или масса тела менее 85% от идеальной;
- истощение, апатия, слабость проксимальных мышц;
- температура тела меньше 35°C ;
- брадикардия — пульс больше 60 ударов в минуту;
- гипотония — артериальное давление ниже $90 \times 50 \text{ мм рт.ст.}$;
- гипоактивные звуки кишечника.

Таких пациентов выдает сухая шелушащаяся кожа, ломкие, выпадающие в больших количествах волосы, поэтому обычно применяется маскировка: одежда оверсайз, кепка. Эксперт обычно в подобных случаях предлагает пожать друг другу руки. Когда берешь пациента за руку, чувствуешь, насколько у него обез-

вожена кожа, утверждает она.

Для анорексии характерны и такие симптомы, как:

- запоры, диарея, вздутие живота;
- непереносимость холода — человека то и дело бросает то в жар, то в холод;
- сердцебиение;
- головокружения;
- аменорея — через два месяца после начала анорексии.

Необходимо обращать внимание и на особенности поведения. Человек постоянно озабочен едой, всегда выбирает низкокалорийные продукты. Пугается, когда ему предлагают что-то сладкое или к чаю дают сахар. Выражение лица таких пациентов сразу меняется, они панически боятся сладких продуктов, констатирует эксперт. Во время приема пищи подверженные анорексии люди соблюдают определенные ритуалы: нарезают содержимое тарелки на крошечные кусочки, выбирают продукты определенных цветов (чаще всего нейтральных).

Чем это чревато?

Осложнения начинаются достаточно быстро. Пациент испытывает эпизоды гипогликемии, с катастрофической скоростью теряет жидкость. Из-за низкого уровня глюкозы развиваются отеки, человек также испытывает дефицит витаминов и минералов, например магния, кальция. По этой причине у него отмечаются атрофия мышц, остеопороз, железодефицитная анемия.

Тревожное расстройство, депрессия, расстройства импульсного контроля и поведения, дисморфические расстройства, аутоагрессия, членовредительство — эти психические отклонения тоже могут сопровождать нервную анорексию.

Данные отклонения от нормы часто вторичны по отношению к расстройству пищевого поведения. Если не доводить до крайностей, после возвращения массы тела к нормальным показателям они часто исчезают.

Медицинский осмотр

Прежде всего доктор соберет анамнез: рост, вес, включая минимальные и максимальные значения массы тела. Поинтересуется, при каких показателях пациенту было комфортнее. Также врач задаст следующие вопросы:

- Когда начались изменения в пищевом поведении?
- Почему это произошло?
- Бывают ли эпизоды переедания?
- Часто ли пациент вызывает у себя рвоту?

Доктор спросит, употребляет ли пациент слабительные средства, принимает ли диуретики и как часто это делает, есть ли навязчивые мысли о еде и о фигуре.

Имеет значение и семейный анамнез: есть ли родственники, которые постоянно сидят на диетах, худеют, ограничивают себя в еде и озабочены своим внешним видом.

Врач оценивает индекс массы тела, половое созревание, выявляет признаки нутритивной недостаточности, изменения кожи, измеряет температуру тела, частоту сердечных сокращений, артериальное давление, спрашивает о характере стула, нет ли аменореи, выясняет состояние мышц и желудочно-кишечного тракта.

Красные флаги:

- частота сердечных сокращений меньше 50 ударов в минуту;
- систолическое артериальное давление меньше 90 мм рт.ст.;
- температура тела ниже 36°C ;
- учащение сердечных сокращений — больше 40 ударов в минуту у подростков 12–19 лет в течение 3 минут при переходе из положения лежа в положение стоя.

Данные симптомы — основание для срочной госпитализации.

Список лабораторно-инструментальных исследований очень длинный, ведь нарушения происходят практически во всех органах и системах организма. Анализы крови на все, что только можно — биохимический, общий, на электролиты, витамины и минералы, гормоны, инфекции и т.д.,

анализ мочи, ЭКГ, ЭГДС, УЗИ, МРТ — все зависит от состояния пациента и длительности анорексии.

Система маленьких шагов

Основа лечения — немедикаментозная терапия. Психотерапевтическое вмешательство обязательно. Чтобы нормализовать отношение к пище и своему весу, применяется групповая терапия.

Что касается потребления калорий, то в этом вопросе используется система маленьких шагов. Порции и калорийность пищи увеличиваются совсем на чуть-чуть, очень и очень постепенно.

Чаще всего начинают с амбулаторного лечения. Если за неделю нет никаких результатов, придется думать о госпитализации. Также на стационарном лечении врач будет настаивать, если недельная прибавка веса в течение 6 недель после начала лечения была меньше 500 г, сохранились симптомы из группы «красных флагов», уровень глюкозы меньше $3,3 \text{ мг/дл}$, сохранился дефицит магния, фосфора, изменения в ЭКГ.

Пациенту предстоит поэтапное лечение.

✓ **Неспецифический этап** — 7–14 дней. Цель: коррекция жизненно важных функций, ликвидация водно-электролитных нарушений, обеспечение нормальной работы сердца, формирование толерантности к пище.

✓ **Специфический этап** — коррекция дефицита массы тела, психотерапия.

✓ **Реабилитация.** В лечении анорексии участвует команда врачей в составе гастроэнтеролога, психиатра, психотерапевта, при необходимости привлекаются другие специалисты.

В этот период особенно важно следить за приемом пищи. Начинают с 1500 ккал в сутки, постепенно увеличивая этот показатель до 2000 ккал. Эксперт советует довести его до 3000–4000 ккал и удерживать на этом уровне до тех пор, пока пациент не приблизится к нормальной скорости набора веса. При-

меняются лечебные смеси с невысокой осмолярностью, так как гиперкалорийные продукты с высокой осмолярностью могут спровоцировать метаболические расстройства и абдоминальную дисфункцию.

В стационаре пациент принимает пищу под наблюдением медицинского персонала, при амбулаторном лечении — под наблюдением родственников.

Очень важны индивидуальные консультации с психологом, так как ненависть к своему телу не появляется без причин. Если не разрешить внутренние конфликты, лечение окажется неэффективным. Важна также диагностика других психологических проблем — депрессии, травм.

Самое опасное на этапе возобновления питания — отеки и всплеск тревожных и депрессивных расстройств. Могут появиться судороги, аритмия, развиваться гемолитическая анемия, сердечная недостаточность, кома, может наступить смерть. Поэтому обязательно ежедневно оцениваются уровни фосфора, калия, магния и кальция. Продолжается это до полной их стабилизации.

Как обойтись без рецидивов

Риск возвращения анорексии после лечения достаточно высок. На то, чтобы научиться принимать себя, своих близких и свое тело такими, какие они есть, многим требуются годы общения с психологом или с психотерапевтом.

Правильное отношение к пище тоже вырабатывается не сразу. Не стоит оценивать себя только на основе того, много или мало вы едите, насколько правильно питаетесь. Не нужно хвалить себя за отказ от каких-либо продуктов, ругать за хороший аппетит и использовать еду как награду или утешение. Врачи всегда подчеркивают, что лечение от анорексии длится долго, порой годами. При первых же «звоночках» надо срочно обращаться за помощью к специалистам.



После инсульта: жизнь продолжается

Светлана Любошиц



После того, как у человека случился инсульт, встает закономерный вопрос: что дальше? После выписки из стационара пациент будет находиться под наблюдением специалистов поликлиники по месту жительства. Перенесшему инсульт и его лечащему доктору предстоит пройти нелегкий путь восстановления. И здесь очень многое зависит от пациента.

Благодаря современному уровню развития медицины инсульт стал не финалом жизни, а лишь одним из полустанков на долгом пути. Чтобы на этом пути было как можно меньше неприятностей, придется всерьез заняться профилактикой.

Первичная профилактика

Принято выделять первичную, вторичную и третичную профилактику. Первичная направлена на то, чтобы не допустить неприятностей (в нашем случае — инсульта). Вторичная представляет собой комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенном стечении обстоятельств могут привести к развитию или рецидиву заболевания. Третичная подразумевает проведение мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности.

Первичная профилактика инсульта подразумевает, в том числе, и воздействие на сосудистые факторы риска. Но, если врач просто расскажет, что надо делать и какие препараты принимать, большинство пациентов ничего предпринять не будут. Значительно повысить приверженность лечению помогает образовательная беседа с пациентом. Это подтвердили соответствующие исследования, утверждает **врач-невролог клиники нервных болезней им. А. Я. Кожевникова, доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической хирургии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, кандидат медицинских наук Ольга Косивцова**. Если врач просто посоветует отказаться от курения, рекомендации последуют не более 1% пациентов. Если же сообщить, что курение в 4 раза повышает риск сердечно-сосудистых осложнений, продукты никотина трав-

мируют внутреннюю стенку сосудов, липопротеины низкой плотности попадают в травмированный эндотелий и клетки сосудов превратятся в пенные клетки, а это основа для роста атеросклеротической бляшки, число тех, кто решит уменьшить количество выкуриваемых сигарет, значительно возрастет. Так что главное — доходчиво объяснить пациенту, откуда что берется.

Во время первичной профилактики также важно проинформировать человека о первых признаках инсульта. Ведь чем раньше человек будет госпитализирован, тем больше у него будет шансов на восстановление.

В стационаре

В стационаре пациенту с инсультом проводят внутривенный тромболитическую терапию. Во многих стационарах это единственная возможность восстановить кровоток в пораженном сосуде и предотвратить необратимые изменения в тканях мозга. Но пациент должен попасть под капельницу не позже, чем через 4,5 часа после начала инсульта. Иначе усилия врачей могут оказаться напрасными.

С недавних пор в крупных стационарах, оснащенных рентгеноперационной, стала проводиться механическая тромбэкстракция. Хирургическое вмешательство, направленное на удаление тромба из сосуда, возможно уже в течение целых 24 часов с момента развития инсульта. Процедура представляет собой вырезание кровяного сгустка из сосуда.

Как бы то ни было, но в ядре инсульта нейроны все равно погибают, оживить их не получится, говорит эксперт. Но в прилегающей к нему зоне нейроны еще борются за свое существование. Если восстановить там кровоснабжение, состояние пациента значительно улучшится. На это и будут направлены усилия врачей.

Вторичная профилактика

Вторичная профилактика ишемического инсульта предполагает прежде всего модификацию образа жизни, антитромботическую и антиагрегантную терапию, прием антигипертензивных лекарственных средств, хирургическое лечение стеноза артерий. Важно объяснить пациенту, что лекарства надо принимать постоянно и регулярно.

Антиагрегантная терапия

Незначительные дозы антиагрегантных препаратов (того же аспирина) в такой же степени уменьшают риск повторного инсульта, что и высокие дозы. Потому сейчас назначаются низкие дозы антиагрегантов.

В качестве монотерапии используются обычно аспирин и клопидогрел. Но при высоком риске рецидива лучше с самого начала назначать двойную антиагрегантную терапию. В такой схеме лечения свою эффективность, например, доказала комбинация аспирина + дигипиридамола, информирует Ольга Косивцова. Если тромболитическая терапия в стационаре не проводилась, препараты назначают с первого дня после инсульта, если тромболитическая проводилась — со второго дня после инсульта.

Исследования показали, что риск желудочно-кишечных осложнений при этом остается низким. Оптимальная суточная доза дигипиридамола может колебаться от 300 до 600 мг.

Гипотензивная терапия

В острейший период инсульта снижать артериальное давление не рекомендуется. При повышенном артериальном давлении улучшается кровоснабжение вещества головного мозга, соответственно снижается сте-

пень его повреждения, объясняет доктор Косивцова. К нормальным показателям надо стремиться с 3–7-го дня, но снижать давление следует очень аккуратно. Если человек привык к систолическому давлению 150 мм рт. ст., при 120 мм рт. ст. он будет чувствовать себя намного хуже и не будет регулярно принимать лекарства. Потому приучать организм к нормальному артериальному давлению необходимо постепенно.

Для поддержания нормальных показателей назначаются ингибиторы АПФ или сартаны, для снижения уровня общего холестерина — ЛПНП и для уменьшения воспаления — статины.

Но миелиновая оболочка вещества головного мозга состоит из липопротеинов и белка. Так как статины снижают уровень липопротеинов, не повышается ли риск болезни Альцгеймера? Исследования опровергли подобные опасения, сообщает эксперт.

Лекарственное взаимодействие

К 40 годам многие из нас уже имеют хотя бы одно хроническое заболевание, после 65 лет число хронических недугов возрастает минимум до трех. Об этом должен помнить лечащий врач пациента, перенесшего инсульт. Обычно такие больные принимают сразу несколько лекарств. По этой причине возникает проблема лекарственного взаимодействия.

Эксперт советует:

- тщательно изучать список назначений, это позволит отказаться от некоторых лекарств;
- не спешить с началом лечения или с изменением дозы, некоторые проблемы решаются без назначения новых препаратов;
- по возможности консолидировать лечение — например, ингибитор АПФ назначается и для снижения давле-

ния, и для защиты почек, и при сердечной недостаточности.

С некоторыми симптомами можно справиться без лекарств. Скажем, человек мало двигается и у него появились на ногах отеки. Можно порекомендовать бинтовать ноги, носить компрессионное белье, лежать со слегка поднятыми ногами и показывать упражнения, улучшающие венозный отток крови. Если возник рефлюкс, надо поднять головной конец кровати.

Самая большая ошибка

Самая большая ошибка родственников — речевая изоляция пациента, утверждает доктор Косивцова. Если после инсульта нарушена речь, человек произносит звуки невнятно, окружающие перестают его понимать. И, чтобы близкий им человек не нервничал, стараются поменьше к нему обращаться, сводят общение с ним к минимуму. Но речь может восстанавливаться. Нужно обязательно делать с больным логопедические упражнения. Кстати, ни один комплекс таких упражнений пока не показал свои преимущества. Пользу принесут любые подобные упражнения. Главное — заниматься регулярно и последовательно.

Депрессивные и когнитивные расстройства

Депрессивные расстройства после инсульта развиваются у 80% пациентов. Рука об руку с инсультом идет и деменция, замечает **врач-невролог, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова, доктор медицинских наук Павел Камчатнов**. Причем когнитивные нарушения проявляются не сразу. Первое время они могут маскироваться под эмоциональные

расстройства. Если пациент осознает свое состояние, естественной реакцией на тяжелое заболевание, ограничивающее его способности и возможности, будет тревога или депрессия. Как только уйдет первая стрессовая реакция, когнитивные нарушения проявятся сильнее.

Основные атрофические процессы протекают в первые месяцы после инсульта. Именно в этот период необходимо более активное лечение. Врачи общей практики могут назначать антидепрессанты — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Другие препараты того же класса могут вызывать заторможенность. Назначать их следует в адекватной дозировке и обязательно предупреждать, что эффект проявится не раньше, чем через 3 месяца.

Улучшить когнитивные функции помогут препараты холина альфосцерата. Они замещают дефицит ацетилхолина. Их тоже придется принимать минимум 3–4 месяца.

По словам профессора Камчатнова, каждому пациенту следует разработать индивидуальную программу реабилитации. Врачи должны понимать, с кем и над чем надо работать.

Рассчитать риски

Первый месяц после ишемического инсульта самый «опасный»: в этот период сохраняется очень высокий риск рецидива. Для его расчета используется шкала стратификации инсульта. Возраст до 65 лет оценивается в 0 баллов, 65–75 лет — в 1 балл, старше 75 — в 2 балла. Наличие артериальной гипертензии добавляет 1 балл, столько же — сахарный диабет, инфаркт миокарда, другие сердечно-сосудистые заболевания, уже перенесенный инсульт или транзиторная ишемическая атака. Чем больше сумма баллов, тем выше риск.

Забота о первых зубках: рекомендации для родителей и специалистов

Появление первых зубов у ребенка — важный этап в его развитии, который сопровождается не только радостью, но и определенными трудностями, как для малыша, так и для его родителей. В этот период особенно важно уделить внимание формированию правильных гигиенических привычек, которые заложат основу для здоровья полости рта в будущем. Как помочь ребенку адаптироваться к новым ощущениям и приучить его к регулярному уходу за зубами? Рассмотрим ключевые аспекты, основанные на современных научных данных и рекомендациях специалистов.



Зубные щетки-прорезыватели: первый шаг к гигиене полости рта

Для малышей, у которых только начинают прорезываться зубы, оптимальным решением являются специальные прорезыватели. Они не только помогают облегчить дискомфорт, связанный с прорезыванием, но и способствуют формированию первых навыков ухода за полостью рта. Современные прорезыватели изготавливаются из безопасных материалов, таких как силикон или полимеры, которые не травмируют нежные десны ребенка.

Согласно данным Научного центра здоровья детей РАМН, использование силиконовых щеток на палец с 6-месячного возраста позволяет не только мягко массировать десны, но и стимулировать кровообращение, что способствует более быстрому и менее болезненному прорезыванию зубов. Аксессуары в виде зубных щеток со специальными мягкими рельефными головками помогают ребенку научиться правильно держать щетку в руке и привыкнуть к ощущению щетки во рту, что облегчит переход к регулярной чистке зубов в дальнейшем.

Критерии выбора зубных щеток-прорезывателей

При выборе первых зубных щеток и массажеров для детей важно учитывать несколько ключевых факторов:

1. Безопасность материалов. Прорезыватели должны быть изготовлены из нетоксичных материалов, не содержащих бисфенол-А (BPA) и других вредных веществ. Силикон и современные полимеры, такие как термопласт, являются оптимальными вариантами, так как они мягкие, гипоаллергенные и легко очищаются.

2. Баланс мягких и жестких элементов. На начальном этапе прорезывания зубов рекомендуется использовать мягкие аксессуары, которые не травмируют десны. По мере роста зубов можно переходить к более жестким вариантам, которые более эффективны для снятия зуда при прорезывании премоляров и моляров.

3. Эргономика. Ручка щетки должна быть удобной для маленьких рук, а головка — компактной, чтобы обеспечить эффективную чистку без дискомфорта.

Когда начинать чистить зубы регулярно?

Согласно рекомендациям стоматологов, регулярная чистка зубов должна начинаться с момента появления первого зуба, что обычно происходит в возрасте 6–8 месяцев. Исследования, проведенные в рамках центра в 2021 году, показывают, что раннее начало гигиены полости рта значительно снижает риск развития кариеса в будущем. Так, у детей, которые начали чистить зубы с появлением первых молочных зубов, вероятность развития кариеса к 3 годам была на 40% ниже, чем у тех, кто начал позже.

Важно помнить, что на начальном этапе чистка зубов должна быть короткой и проводиться в игровой форме. Это поможет ребенку воспринимать процедуру как часть ежедневного ритуала, а не как принуждение. Использование песенок, стишков или игрушек может сделать процесс более увлекательным.

Дети, которые посещают стоматолога с раннего возраста, реже сталкиваются с серьезными заболеваниями полости рта. Важно, чтобы первый визит к врачу был связан с положительными эмоциями, что поможет сформировать у ребенка доверительное отношение к стоматологам

Техника чистки зубов у детей

Правильная техника чистки зубов играет ключевую роль в профилактике стоматологических заболеваний. Для детей рекомендуется следующая последовательность:

1. Верхняя челюсть: чистка начинается с дальних моляров, используются круговые

и продольные движения, с акцентом на поверхности зубов и линии десен.

2. Нижняя челюсть: аналогичные движения выполняются на нижних зубах.

3. Ополаскивание: после чистки необходимо прополоскать рот водой или детским ополаскивателем для удаления остатков пасты. Нужно объяснить ребенку, что, несмотря на приятный вкус, зубную пасту не следует глотать.

Исследования, проведенные в Московском государственном медицинском стоматологическом университете (МГМСУ), подчеркивают важность регулярной смены зубных щеток каждые 3–4 месяца. Изношенная щетина не только менее эффективна, но и может стать источником бактерий.

Роль питания и профилактических осмотров

Помимо регулярной гигиены большое значение для здоровья зубов

имеет правильное питание. Ограничение потребления сахара, сладостей и газированных напитков, а также включение в рацион продуктов, богатых кальцием и фосфором (молочные продукты, рыба, орехи), способствует укреплению эмали и предотвращает развитие кариеса. Важно, что наиболее эффективная гигиена полости рта проводится непосредственно после еды и на ночь. В случаях, когда невозможно отказаться от употребления сладостей, рекомендуется современная чистка зубов, а при отсутствии возможностей — хотя бы тщательное ополаскивание теплой питьевой водой.

Регулярные профилактические осмотры у стоматолога также играют важную роль. Дети, которые посещают стоматолога с раннего возраста, реже сталкиваются с серьезными заболеваниями полости рта. Важно, чтобы первый визит к врачу был связан с положительными эмоциями, что помо-

жет сформировать у ребенка доверительное отношение к стоматологам.

Заключение

Приучение ребенка к регулярному уходу за зубами — важный этап в формировании полезных гигиенических привычек. Использование современных средств гигиены, таких как силиконовые щетки на палец и зубные щетки-прорезыватели, а также соблюдение рекомендаций специалистов помогут сделать этот процесс максимально комфортным и эффективным. Раннее начало гигиены полости рта, правильное питание и регулярные визиты к стоматологу — это залог здоровой улыбки на долгие годы.

Следуя этим рекомендациям, родители могут не только облегчить период прорезывания, но и привить ребенку привычку заботиться о здоровье зубов с раннего возраста.

0+

КОГДА РЕЖУТСЯ ЗУБКИ

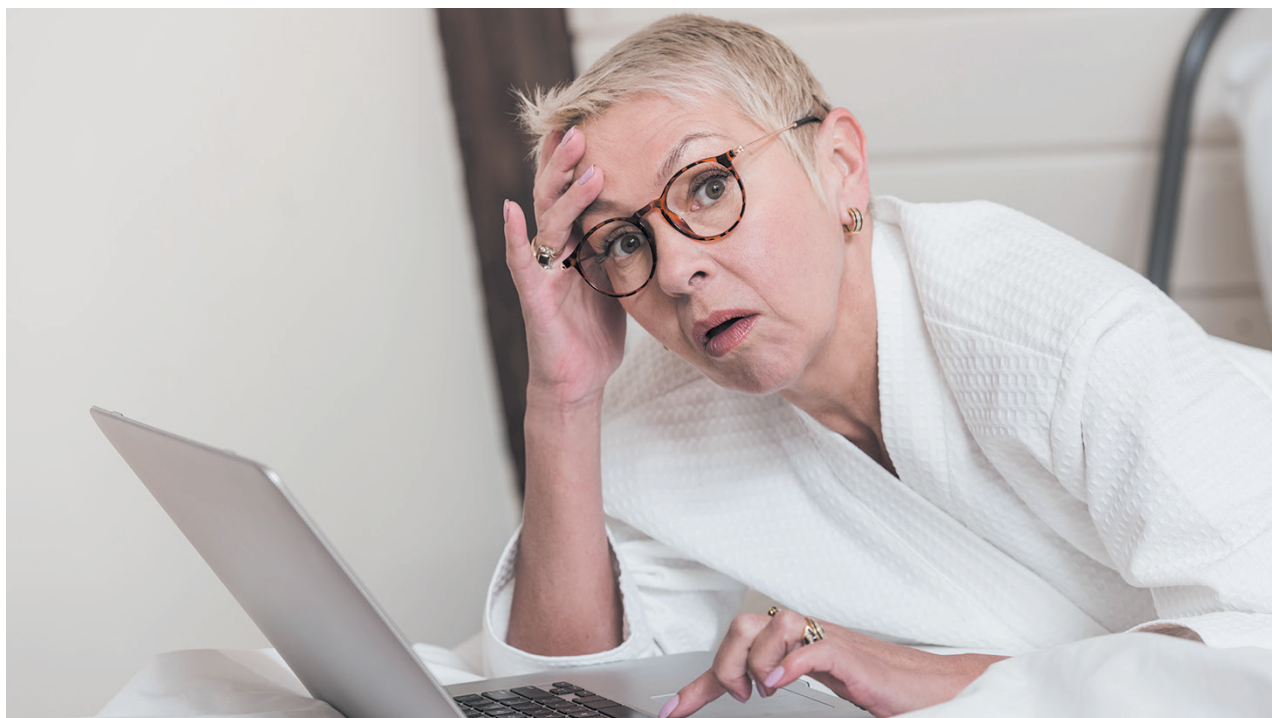
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ

РЕКЛАМА. ООО «РОКСИ»

Полина Гольдина

Чтобы стать ягодкой опять

Заметное снижение продукции эстрогенов в женском организме после 45 лет может вызвать самые разные отклонения от нормы. В этом же возрасте значительно повышаются риски сердечно-сосудистых заболеваний и когнитивных нарушений. Но если действовать с опережением, многих неприятностей удастся избежать, то хотя бы отсрочить их появление на пару-тройку десятков лет.



Что может опечалить женщину в возрасте 45+? Она может быть удручена тем, что сейчас у нее все немного не так, как раньше: темные круги под глазами, морщинки на лбу, животик выпирает. Да, в 45 лет начинает меняться гормональный фон и появляется повод для эмоциональных расстройств. Можно, конечно, огорчаться, а можно, не закидываясь на неизбежных переменах, начать действовать, чтобы как можно дольше оставаться энергичной и здоровой — как физически, так и ментально.

Слабое звено

Близкие и друзья могут заметить, что после 45 лет у их мамы, сестры, подруги вроде бы изменился характер. Она стала более придирчивой, у нее как-то слишком часто стало меняться настроение, она уже не такая хохотунья, какой была раньше. Сама женщина отмечает, что спать она стала хуже, ее кожа начала терять эластичность, а артериальное давление — пошаливать, какая-то информация уже не запоминается и приходится ее записывать, хотя раньше дама прекрасно обходилась без блокнотов и напоминаний в телефоне.

Кстати, субъективное снижение когни-

тивных способностей (уже не так, как раньше, но в пределах нормы) — одна из самых частых жалоб женщин, переживающих переходный период к менопаузе. Подобные проблемы беспокоят 44–62% представительниц прекрасного пола, перешагнувших 45-летний рубеж, сообщает **врач-невролог, заведующий научно-исследовательской лабораторией неврологии и нейрореабилитации, профессор кафедры неврологии с клиникой ИМО НМИЦ им. В. А. Алмазова, доктор медицинских наук Станислав Янишевский.**

Это связано со снижением уровня эстрогенов при переходе к менопаузе. Данный параметр (уровень эстрогенов) влияет на такие структуры головного мозга, как миндалевидное тело, гиппокамп, префронтальная кора, таламус. А ведь именно в указанных зонах происходят изменения, ведущие к деменции.

Исследования также показали, что из-за уменьшения содержания эстрогенов у женщин к 65 годам снижается объем серого и белого вещества головного мозга, отмечает также более высокое, чем у мужчин отложение бета-амилоида, что тоже увеличивает риск деменции.

Если ничего не предпринимать, подобные явления могут привести к альцгеймеровскому типу развития когнитивных нарушений.

Мозговой туман

Сочетание когнитивных изменений в период менопаузы называют «мозговым туманом». Тяжесть симптомов у разных женщин значительно отличается, но чаще всего они проявляются в легкой степени. К таким признакам относятся:

- трудности с запоминанием слов, имен, историй и чисел;
- трудности с поддержанием хода мыслей;
- забывчивость — забыла, зачем пришла в комнату;
- трудности при переключении с одного задания на другое.

К таким же расстройствам из-за нарушения микроциркуляции крови могут привести факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, замечает эксперт. И вот тут доктору придется разбираться, какого рода эти расстройства — субъективные или объективные. В последнем случае надо будет бороться с факторами риска, снижать их проявления.

И здесь доктора поджидают определенные трудности. Определить только по жалобам,

страдает ли пациентка от астении, крайне сложно. Патологические симптомы, которые увидит невролог, могут быть признаками как астении, так и прямого повреждения нервной системы. Стоит учитывать также, в какой период жизни доктор осматривает пациента. Профессор Янишевский приводит пример с боевым летчиком. Если проводить тесты сразу после полета, где пилот выполнял фигуры высшего пилотажа, невролог найдет множество симптомов, которые характерны для тяжело больного человека. И, по идее, летчика надо бы списывать. Но на следующий день он отдохнет и легко пройдет осмотр и тесты.

Так что следует отличать переутомление от патологии. Симптомы переутомления:

- постоянное чувство усталости и расстройство сна;
- головные боли;
- дисфункция ЖКТ;
- тахикардия, в том числе в состоянии покоя;
- чувство общей слабости;
- нарушение концентрации внимания.

Важно выявить их как можно раньше, иначе симптомы будут прогрессировать. Не через год-два, но через 10–15 лет легкие когнитивные нарушения перейдут в тяжелые или выраженные до уровня деменции. Если не устранить источник

или не модифицировать механизм развития, любая клиническая ситуация разовьется в худшую сторону, считает Станислав Янишевский.

Есть и еще одна опасность. Потеря навыков приводит к ухудшению качества жизни. Осознание этого может усугубить депрессию или тревожное расстройство.

Приходите вовремя

Можно ли помочь? Ответ однозначный: да. Но не в 70 и не в 65 лет. Решать вопрос коррекции подобных отклонений следует в 45–50 лет. В подобных случаях часто ставят диагноз «хроническая ишемия мозга» и на этом успокаиваются. Эксперт же советует обнаруженные нарушения обязательно классифицировать, чтобы понять их степень тяжести. Легкие отклонения при адекватном и своевременном лечении обратимы.

Стадии и степень поражения:

■ 45–50 лет — у пациентки уже проявляются факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний или имеются проблемы с сердцем, но осложнений еще нет. Пациентка приходит и сама рассказывает, что ее беспокоит. Когнитивные нарушения обратимы, грубые поражения головного мозга отсутствуют.

■ 55+ лет — имеются микро- и макропоражения головного мозга. Когнитивные нарушения частично обратимы.

Субъективное снижение когнитивных способностей (уже не так, как раньше, но в пределах нормы) — одна из самых частых жалоб женщин, переживающих переходный период к менопаузе

У пациенток в возрасте 45–59 лет микрокровоотечения и лакунарные инфаркты в головном мозге обнаруживаются соответственно в 17 и 11% случаев. В будущем это может вызвать цереброваскулярную болезнь и когнитивные нарушения. Так что начинать лечиться надо достаточно рано.

Особая группа пациенток — женщины с плохо поддающейся лечению артериальной гипертензией, сообщает Станислав Янишевский. Эффективная терапия заболеваний снижает риск деменции, но немалого. На микроциркуляторные расстройства в головном мозге у пациенток с артериальной гипертензией лучше всего воздействуют сартаны и блокаторы кальциевых каналов, информирует профессор Янишевский. Терапия ингибиторами АПФ и бета-блокаторами имеет меньше шансов в будущем предотвратить развитие когнитивных нарушений, которые возникают из-за недостаточного контроля над артериальным давлением.

Принципы лечения

С пациенткой всегда надо обсуждать, что достижение целевых уровней артериального давления, холестерина, липопротеинов низкой плотности, глюкозы — это профилактика болезни Альцгеймера, уверен эксперт. Если отрегулировать указанные факторы риска, болезнь развивается в 90–100 лет, если не отрегулировать — уже в 70–75 лет.

Но обязательно следует предупредить женщину, что даже успешное лечение артериальной гипертензии не снижает до нуля вероятность развития повреждений головного мозга. Идеальных препаратов для лечения даже легких когнитивных нарушений нет. Следует также учесть, что блокаторы кальциевых каналов не приносят суперпользы. От миметиков ожидается польза в целом. Пирролидоновые препараты (пиррацетам, этирацетам, анирацетам, оксирацетам, прамирацетам, дупрацетам, ролзирацетам) могут вызвать перевозбуждение нервной системы, поэтому долго принимать их вряд ли стоит, считает Станислав Янишевский.

Для лечения когнитивных нарушений он рекомендует применять:

- пиррацетам;
- препараты, содержащие гамма-аминомасляную кислоту;
- глутаматергические препараты;
- антиоксиданты;
- мембранопротекторы;
- нейропептиды и их аналоги;
- блокаторы кальциевых каналов.

Конфликт в рабочем коллективе: причины, последствия и пути восстановления отношений

Ольга Жукова



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

Понимание возможных причин конфликтов помогает эффективно управлять конфликтной ситуацией и предупреждать негативные последствия конфликтов. Почему возникают конфликты в трудовом коллективе, чем они опасны и как восстановить нормальные отношения между сотрудниками, если конфликт уже произошел?

Конфликт в трудовом коллективе — явление, обусловленное различием характеров, интересов и ожиданий сотрудников. Причины конфликтов могут быть различными, однако их последствия часто оказывают негативное влияние как на психологическое состояние участников, так и на общую продуктивность команды.

В трудах эволюционных психологов отмечается, что конфликты часто представляют собой видимое противостояние интересов нескольких сторон. Это противостояние обусловлено тем, что участники конфликта делятся на две противоположные группы — условно говоря «мы» и «они». Участники в группе «мы» считают себя хранителями определенных ценностей и защитниками убеждений, позволяющих им чувствовать себя в безопасности, и воспринимают группу «они» как чужаков, которые представляют явную или предполагаемую угрозу этим ценностям и убеждениям. Для успеш-

Конфликты в трудовых коллективах происходят довольно часто, поэтому их можно считать частью рабочего процесса. Конфликтные ситуации возникают из-за накопившихся разногласий между сотрудниками или между руководителем и подчиненными. Конфликты мешают рабочему процессу, вызывают негативные эмоции у всех сотрудников, портят психологический климат в коллективе и сопровождаются нарушением субординации, трудовой дисциплины и норм поведения.

ного разрешения конфликта важно понимать, действительно ли эти «чужаки» так опасны и являются ли они чужими в полном смысле этого слова.

На возникновение конфликта влияют три основные группы факторов:

- ✓ **Биологические факторы:** уровень стресса, особенности нервной системы участников конфликта, усталость.

- ✓ **Психологические факторы:** особенности мышления, эмоции, мотивация, уровень эмоционального интеллекта, уровень развития навыков общения.

- ✓ **Социальные факторы:** особенности корпоративной культуры, система коммуникаций, структура организации.

Одним из классических примеров является ситуация, когда новый сотрудник сталкивается с недоверием и сопротивлением со стороны устоявшегося коллектива. Например, если он предлагает инновационные методы работы, которые противоречат привычной системе, это может восприниматься коллегами как угроза их профессиональному статусу. Восприятие действий коллег часто зависит от предвзятых интерпретаций их намерений, что усугубляет ситуацию и осложняет примирение сторон.

Причины конфликтов

Причины возникновения конфликтов в трудовом коллективе могут быть разные, но основными из них являются следующие факторы:

- **Разные ценности и ожидания сотрудников.** Люди обладают разными взглядами на профессиональную этику, стиль работы и стратегию выполнения задач. У них разный уровень эмоционального

интереса, и у каждого сотрудника свой темперамент и свои личные убеждения. Разногласия по этим вопросам могут привести к напряженности и противостоянию.

- **Конкуренция за ресурсы.** Ограниченные финансовые и кадровые ресурсы могут стать причиной борьбы за них внутри коллектива.

- **Коммуникационные барьеры.** Недостаток четкой и прозрачной коммуникации приводит к недопониманию и неверной интерпретации намерений коллег.

- **Несправедливость в распределении обязанностей.** Чувство несправедливости может вызвать недовольство и сопротивление со стороны сотрудников.

- **Отсутствие у сотрудников четких ролей и обязанностей.** Неопределенность в зонах ответственности может привести к дублированию функций сотрудников или, наоборот, к ситуации с неравномерным распределением обязанностей, когда одни сотрудники перегружены работой, а другие работают с неполной нагрузкой.

- **Непрофессиональная обратная связь.** Отсутствие правильно подобранной под мотивацию сотрудника критики и похвалы может вызывать ощущение недооцененности и провоцировать недовольство.

- **Различие в стилях управления.** Руководители с разными подходами к управлению могут создавать дополнительное напряжение в коллективе.

Возможные последствия конфликта

Конфликты на рабочем месте могут иметь как краткосрочные, так и долгосрочные негативные последствия, в том числе:

- **Снижение продуктивности.** Постоянное напряжение и конфликты между коллегами мешают выполнению рабочих задач, приводят к отвлеченности и потере мотивации.

- **Рост стресса и выгорания.** Ожидание конфликтных ситуаций вызывает хроническое напряжение, что может привести к профессиональному выгоранию.

- **Ухудшение психологического климата.** Конфликтная атмосфера влияет на эмоциональное состояние сотрудников, снижает удовлетворенность работой и может привести к текучести кадров.

- **Формирование группировок.** В затяжных конфликтах часто образуются противоборствующие группы, что усугубляет разобщенность коллектива.

- **Повышенная текучесть кадров.** Негативный рабочий климат способствует уходу квалифицированных сотрудников, что увеличивает затраты на адаптацию новых кадров.

- **Репутационные риски для компании.** Внутренние конфликты могут выйти за пределы организации, нанося ущерб ее имиджу среди клиентов и партнеров.

Как восстановить отношения после конфликта

Восстановление рабочих отношений после конфликта требует осознанного подхода, включающего как анализ своих установок, так и стратегические поведенческие шаги. В этом помогут следующие советы.

СОВЕТ ПЕРВЫЙ: проанализировать и осознать причины конфликта.

Важно проанализировать ситуацию, выявить



истинные причины недовольства сотрудников и понять, какие именно факторы вызвали негативные эмоции и привели к конфликту.

СОВЕТ ВТОРОЙ: пересмотреть восприятие создавшейся ситуации.

Следует задуматься, не является ли конфликт следствием ошибочных предположений о намерениях коллег. Важно рассмотреть альтернативные объяснения их поведения. Это может быть очень сложно, так как в большинстве случаев конфликт — это следствие уверенности в том, что стороны находятся в уязвимом положении, поэтому иногда стоит пригласить стороннего специалиста — медиатора или конфликтолога, чтобы он помог разобраться с ситуацией.

СОВЕТ ТРЕТИЙ: общаться открыто, с уважением и эмпатией.

Диалог, основанный на уважительном выражении своих чувств, помогает снизить уровень напряженности. Например, вместо «ты постоянно меня перебиваешь!» лучше сказать «мне важно закончить свою мысль, прежде чем мы перейдем к обсуждению твоих идей».

СОВЕТ ЧЕТВЕРТЫЙ: искать компромиссы.

В конфликтной ситуации важно найти такое решение, которое будет устраивать обе стороны. Иногда это требует изменения рабочих процессов или перераспределения обязанностей.

СОВЕТ ПЯТЫЙ: развивать навыки эмоциональной регуляции.

Саморефлексия и работа с эмоциями помогают избежать импульсивных решений. Использование техник релаксации, дыхательных упражнений и самонаблюдения способствует снижению уровня стресса и улучшению самоконтроля.

СОВЕТ ШЕСТОЙ: создать в компании механизм разрешения конфликтов.

Компании могут внедрять политики по предотвращению и урегулированию конфликтных ситуаций, например, разработку четких должностных инструкций, внедрение процедур обратной связи и механизмов рассмотрения анонимных жалоб.

Конфликты в рабочем коллективе неизбежны, но их исход зависит от способности участников конфликта осознавать и при необходимости пересматривать собственные убеждения, контролировать свои эмоции и вести конструктивный диалог. Развитие навыков саморегуляции, активного слушания и взаимопонимания позволяет не только разрешить текущие споры, но и предотвратить их возникновение в будущем. Руководители также могут способствовать формированию благоприятного рабочего климата, внедряя программы тренировок по управлению конфликтами и эмоциональному интеллекту, что позволит сотрудникам более эффективно справляться с межличностными сложностями. Создание четких механизмов разрешения конфликтов и развитие культуры взаимоуважения значительно снижает уровень напряженности в коллективе, уменьшает вероятность возникновения конфликтов и способствует продуктивной совместной работе сотрудников.

Такой жир нам не нужен

Полина Гольдина

Каждые 60 секунд в мире умирает один пациент, имеющий проблемы с сердечно-сосудистой системой. Одна из основных причин неприятностей — нарушения липидного обмена. Данная патология сопутствует и некоторым неврологическим заболеваниям, например деменции. Потому важно вовремя выявить подобные сбои, назначить правильное лечение и убедить пациента в необходимости изменить образ жизни.



Сердечно-сосудистые заболевания, инфаркт миокарда и инсульты по-прежнему остаются определяющими причинами смертности. Больше всего рискуют мужчины и женщины старше 40 и 55 лет. Среди факторов риска также ранняя менопауза, курение, сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертония, абдоминальное ожирение, а также дислипидемия и гипертриглицеридемия. Последние две патологии не являются самостоятельным заболеванием, но они связаны с высоким сердечно-сосудистым риском. Снизить его — задача не только врача, но и пациента. Изменить возраст, конечно, невозможно, но в наших силах повлиять на такие факторы риска, как нарушения липидного обмена, ожирение, гиподинамия и т.д.

Оцениваем риск

Для оценки сердечно-сосудистого риска раньше применялась шкала SCORE1. Главный ее недостаток — подсчитывался только риск смертельных сердечно-сосудистых событий. Причем подсчет начинался лишь после 45 лет, и учитывался только уровень общего холестерина. Кардиологи совсем недавно поняли, что этого мало и профилакти-

ку сердечно-сосудистых заболеваний надо начинать с 40 лет. Потому появилась новая шкала сердечно-сосудистого риска — SCORE2.

Учет факторов риска теперь начинается с 40 лет, подсчитывается не только уровень общего холестерина, но и уровень липопротеинов высокой, низкой, очень низкой и промежуточной плотности. Если шкала SCORE1 прогнозировала риск только смертельных сердечно-сосудистых событий, то SCORE2 предсказывает вероятность вообще сердечно-сосудистых событий, в том числе и не смертельных, говорит **врач-кардиолог, заведующая кафедрой терапии и полиморбидной патологии им. академика М. С. Вовси РМАНПО, доктор медицинских наук Ольга Остроумова**. Благодаря этому можно понять, кому пора проводить активную профилактику, даже если еще ничего не случилось и человек вроде бы не жалуется на сердце.

К пациентам низкого и умеренного сердечно-сосудистого риска относятся люди младше 50 лет, если риск меньше 2,5%, 50–60 лет — если риск меньше 5%, с 70 лет — если риск меньше 7,5%.

Высоким считается риск:

■ 2,5–7,5% — возраст до 50 лет;

■ 5–10% — возраст 50–69 лет;

■ 7,5–15% — возраст с 70 лет.

Очень высокий риск:

■ не меньше 7,5% — до 50 лет;

■ не меньше 10% — 50–69 лет;

■ не меньше 15% — с 70 лет.

Липидный профиль

Для оценки сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE2 с 40 лет рекомендуется оценивать липидный профиль, то есть липидный спектр крови. В него входят: холестерин, триглицериды, липопротеины низкой и очень низкой плотности, липопротеины высокой плотности.

Триглицериды, или жиры, являются одним из основных источников энергии для нашего организма. Превышение нормы увеличивает сердечно-сосудистый риск и риск развития острого панкреатита. Триглицериды поступают вместе с пищей, всасываются в кишечнике и, перемещаясь вместе с кровью, откладываются в жировой ткани про запас. Между приемами пищи они перерабатываются, обеспечивая организм энергией.

В крови триглицериды переносятся с белком в виде комплекса, кото-

рый называется липопротеином. В него входят несколько типов липопротеинов:

■ липопротеины очень низкой плотности (ХС ЛПОНП);

■ липопротеины низкой плотности (ХС ЛПНП);

■ липопротеины высокой плотности (ХС ЛПВП).

Большая часть триглицеридов переносится в организме ЛПОНП.

Доктор Остроумова называет оптимальные значения липидных параметров в зависимости от категории риска по шкале SCORE2:

■ Низкий риск — меньше 3 ммоль/л ХС ЛПНП, больше 1 ммоль/л для мужчин и больше 1,2 ммоль/л для женщин ХС ЛПВП, ХС не-ЛПВП не определяют, меньше 5 ммоль/л триглицеридов.

■ Умеренный риск — меньше 2 ммоль/л ХС ЛПНП, ХС не-ЛПВП не определяют, меньше 5 ммоль/л триглицеридов.

■ Высокий риск — меньше 1,8 ммоль/л ХС ЛПНП, меньше 2,6 ммоль/л ХС не-ЛПВП, меньше 3 ммоль/л триглицеридов.

■ Очень высокий риск — меньше 1,4 ммоль/л ХС ЛПНП, меньше 2,2 ммоль/л ХС не-ЛПВП, меньше 3 ммоль/л триглицеридов.

Как видите, чем выше риск, тем меньше

Кто за что отвечает?

Нарушениями липидного обмена, казалось бы, должны заниматься в первую очередь кардиологи и терапевты. Но часто данная патология приводит к неврологическим осложнениям, замечает **врач-невролог, заведующая лабораторией нейрогериатрии и когнитивных нарушений РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кандидат медицинских наук Элен Мхитарян**. По данным ВОЗ, 7-е место по уровню смертности в мире занимает деменция. В ней большую роль играет поражение сосудов, в частности из-за нарушения липидного обмена. Коррекция только этого фактора риска может предупредить до 45% случаев развития деменции. Кардиологи и неврологи должны идти рука об руку, так как при неврологических осложнениях большое значение имеет атеросклероз сонных артерий.

в крови должно быть липопротеинов и триглицеридов. При уровне триглицеридов 1,7–4 ммоль/л повышается риск инфаркта миокарда и новых случаев сахарного диабета, а при уровне триглицеридов выше 4 ммоль/л — также острого и хронического панкреатита. Достижение и удержание их целевых уровней является ключевым фактором, влияющим на прогноз и улучшающим сердечно-сосудистые исходы у пациентов как с сердечно-сосудистыми заболеваниями, так и с сахарным диабетом, сообщает Ольга Остроумова.

При уровне триглицеридов 1,7–4 ммоль/л повышается риск инфаркта миокарда и новых случаев сахарного диабета, а при уровне триглицеридов выше 4 ммоль/л — также острого и хронического панкреатита

Методы коррекции

Цели лечения дислипидемии:

■ максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертельных исходов;

■ коррекция всех модифицируемых факторов риска — курения, избыточной массы тела, ожирения, гипергликемии, артериальной гипертензии.

Различаются медикаментозные и немедикаментозные методы коррекции. Немедикаментозные подразумевают модификацию образа жизни (физическая активность, снижение веса и диета).

Медикаментозная терапия включает в себя назначение статинов, фенофибрат, омега-3-ПНЖК лекарственных препаратов.

Статинам нет равных в снижении уровня ХС ЛПНП, отмечает эксперт. Фенофибрат — самый мощный препарат по воздействию на триглицериды, заодно он помогает снизить уровень ХС ЛПНП и повысить уровень ХС ЛПВП.

Лекарственный препарат (не БАД!) омега-3-ПНЖК уменьшает синтез триглицеридов в печени и занимает достойное место и в российских, и в американских клинических рекомендациях по лечению нарушений липидного обмена, подчеркивает Ольга Остроумова.

Российские эксперты для коррекции дислипидемии предлагают следующую схему:

■ если на фоне терапии статинами уровень триглицеридов выше 2,3 ммоль/л, следует рассмотреть назначение фенофибрат, если не поможет — лекарственного препарата омега-3-ПНЖК;

■ если на фоне терапии статинами уровень триглицеридов 1,7–2,3 ммоль/л — на первый план выходит лекарственный препарат омега-3-ПНЖК;

■ если на фоне терапии статинами уровень триглицеридов больше 5 ммоль/л — одновременно назначаются фенофибрат и лекарственный препарат омега-3-ПНЖК.

По сравнению с повышением дозы статина комбинированная терапия низкой дозой статина и лекарственным препаратом омега-3-ПНЖК более эффективна. Эксперт настоятельно рекомендует комбинировать препараты с различными механизмами действия. У пациентов с метаболическим синдромом и сахарным диабетом оптимальной будет фиксированная комбинация розувастатин + фенофибрат.

Ведущая рубрики Алена Смирнова

Трудности - это подарок судьбы

Объединяя пути

Я родился в городе Николаев Украинской ССР. Мама — фармацевт, папа — военный. Похоже, сама судьба распорядилась, чтобы я стал военным провизором.

Когда мне было 2 года, отца перевели в г. Выборг Ленинградской области. Мы жили в военном городке, и я, как все местные мальчишки, мечтал стать офицером. Но врачебная комиссия вынесла вердикт «не годен»: острота зрения подвела. Пришлось переходить к плану «Б» и идти по стопам матери. Так я поступил в Пермский фармацевтический институт (ныне ПГФА). Однако учеба меня не особенно вдохновляла: не видел себя в будущем сотрудником аптеки.

Но тут пришла удача. После 3-го курса я перевелся на военно-медицинский факультет при Томском медицинском институте (врачебная комиссия оказалась добрее) и сразу понял, что вот это мое! Казалось бы, тоже про аптеку, но это совершенно другая тематика. Нас учили организовывать лекарственное обеспечение в военное время и руководствоваться принципом Н. И. Пирогова: «Медикаментов надо не много, но в больших количествах». В гражданских аптеках на оборот — широкий ассортимент, но по чуть-чуть.

Складская работа с риском для жизни

По окончании вуза меня направили в Латвию на медицинский склад Прибалтийского военного округа в г. Даугавпилс. Территориально Прибалтийский округ был небольшим, но очень насыщенный, работы невпроворот, в том числе и физической. Технического персонала не хватало, часто приходилось самим грузить контейнеры, вагоны и другой транспорт. Пожалуй, самым ценным опытом того времени, помимо чисто

профессионального, я называю искреннее чувство коллективизма, способность объединять усилия под общую задачу.

В 1985 году мне предложили поехать в Афганистан. Я, конечно же, согласился. Нас же готовили как специалистов для военного времени, кому же, как ни нам работать в горячих точках? В Афганистане тоже был военный медицинский склад. Мы не только принимали грузы, но и сами доставляли до получателя, которым мог быть медицинский склад следующего этапа или госпиталь. Обычно наша группа состояла из двух КамАЗов и входила в автоколонну из 50–70 машин. Двигались по горным дорогам, часто в экстремальных условиях: обстрелы, попытки сбить встречными автомобилями и т.д. Но мы советские люди, мы все преодолели! Приоритетом в этих условиях было сбережение подчиненных (водителей — солдат срочной службы) и понимание, что лекарства, которые мы везем, спасут кому-то жизнь. Думаю, что это помогло полностью сохранить личный состав склада и всем вернуться домой.

Отслужив в Афганистане 2 года, я вернулся в Даугавпилс. В 1990 году меня перевели в г. Гвардейск Калининградской области на должность заместителя начальника Управления госпитальной базы. Это несколько десятков законсервированных госпиталей, которые в течение нескольких дней могут развернуться для работы по назначению. В мои обязанности входила организация содержания запасов медицинского и другого имущества в постоянной готовности к развертыванию.

От аптеки до академии

Впервые я попал на работу в аптеку спустя почти десятилетие профессиональной деятель-

ности, когда в 1992 году меня направили в г. Гатчину Ленинградской области на должность начальника аптеки военного авиационного госпиталя. Это был совершенно иной опыт, связанный с обеспечением не только готовыми лекарственными средствами, но и изготавливаемыми в аптеке, где производились все лекарственные формы экстремальных препаратов, начиная от порошков и заканчивая стерильными растворами. К тому моменту я уже научился решать любые вопросы и отвечать на любые вызовы. Справился. А спустя 3 года мне предложили перевестись в Военно-медицинскую академию на должность офицера отдела медицинского снабжения. Это был еще больший вызов, многозадачный.

В академии решается триединая задача: учебная, научная и клиническая. Представлены все направления медицинской деятельности, и обеспечение (медоборудованием, препаратами и т.д.) должно этому соответствовать. Для меня самой непривычной и сложной задачей стала организация взаимодействия фармацевтических и клинических подразделений. Фармацевтические и медицинские специалисты зачастую по-разному смотрят на один и те же вопросы, каждый — с высоты своей профессиональной позиции. Ситуация осложнялась тем, что мне в то время было 35 лет, а моими партнерами являлись «зубры» и «корифеи» науки и практики — настоящие медицинские светила с мировыми именами. Нет, они ни в коем случае не смотрели свысока. Но у них были свои устоявшиеся взгляды, зачастую не совпадавшие с моими. Требовалось искать общий язык, выстраивать отношения.

Работая с этими, не побоюсь пафоса, великими людьми, я убедился, что для принятия эффективных решений не нужно агрессивно продавливать

свое мнение или, наоборот, беспрекословно принимать чужое. Важно сближать позиции, искать общее, а оно всегда есть. Это открывает дорогу к эволюционному развитию и позволяет избежать революций с неизбежными жертвами.

И снова новое!

В 2000 году было принято решение сформировать Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств при ВМА. Мне предложили его возглавить. Задача была настолько сложной, что я не смог отказаться. Прошел профессиональную подготовку по фармацевтической химии и фармакогнозии и приступил к действиям. В академии в то время имелась маленькая контрольно-аналитическая лаборатория. Предстояло масштабировать ее на порядок, чтобы обеспечить контроль качества для всех медицинских и фармацевтических организаций Министерства обороны в Северо-Западном регионе. Пришлось заниматься практически всем, включая подготовку помещений, укомплектование оборудованием, набор персонала, выстраивание процессов и т.д. В качестве эксперта я выезжал для проведения лицензирования фармацевтических организаций не только в города Ленинградской области, но и в другие регионы.

А через два года — очередной крутой поворот! В 2002 году меня назначили начальником фармацевтического центра академии. Но вначале его требовалось организовать. Центр задумывался как объединяющая сила для многочисленных фармацевтических подразделений академии (несколько аптек, склад, лаборатории и т.д.). Цель состояла в том, чтобы каждое подразделение не просто выполняло свой функционал, а работало на общую зада-



Евгений Маренич

■ военный провизор, полковник медицинской службы запаса
■ заведующий аптекой Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова
■ заслуженный работник здравоохранения РФ

чу. Образно говоря, чтобы не только пуговицы были пришиты крепко, но и костюмчик сидел.

Без отрыва от работы я получил второе высшее образование в Академии госслужбы в Петербурге по специальности «государственное и муниципальное управление». Учеба позволила мне выработать новые подходы к пониманию процессов. Любая ситуация — это картинка из паззлов, которую необходимо сначала проанализировать, а затем исправить, добавив или убрав определенные фрагменты. Центр успешно работает по сей день.

Фармация — мать здравоохранения

В 2010 году я уволился из рядов Вооруженных сил. Год занимался формированием аптеки новой клиники МЧС в Петербурге. Но работать там не пришлось: меня пригласили обратно в любимую ВМА. На сей раз, чтобы возглавить так называемую Первую аптеку — старейшую в Петербурге и вторую в России госпитальную аптеку.

Первым медицинским учреждением нашего города была именно аптека, а именно гарнизонная аптека, основанная в 1704 году на территории еще строящейся Петропавловской крепости. Не амбулатория, не кабинет лекаря, а именно аптека. Города по сути не было, а первое учреждение здравоохранения уже работало! Кстати, в Москве история аналогич-

ная. Там еще при Иване Грозном в Кремле напротив Чудова монастыря была основана аптека. На ее базе вырос Аптекарский приказ — прообраз современного Министерства здравоохранения. Кстати, Аптекарский приказ размещался на Красной площади, где сейчас находится Исторический музей. То есть первой медицинской организацией в нашей стране была аптека, а больницы, клиники и т.п. появились позднее.

Всегда рассказываю об этом курсантам-первокурсникам, когда они на базе аптеки изучают «Введение в специальность». У них сразу загораются глаза: лучшего доказательства престижа профессии и быть не может.

Наша аптека является базой проведения производственной практики для курсантов. Нередко приходят на экскурсию студенты СПбФУ и другие посетители. Для повышения профессиональной самооценки мы организовали музей и галерею с репродукциями картин на тему «Аптека и аптекари», снимаем фильмы про знаменитых коллег. Например, Лукас Кранх Старший был не только живописцем, но и владельцем аптеки. А знаменитые писатели Агата Кристи, О. Генри, Теодор Фонтане — фармацевты. Подобных фактов у нас целая коллекция.

В общем, когда любишь свое дело и творчески подходишь к нему, достижение успеха становится неотвратимым.

«ФМ. Фармация и Медицина»
«FM. Pharmacy and medicine»
№ 2, февраль 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 № 435

Тираж 30 000 экз.

Номер подписан в печать 24.02.2025

Дата выхода в свет 26.02.2025

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

