

Бобруйские Медицинские Известия

№91

апрель 2019 г.



Светя другим, сгораю сам

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ

БОБРУЙСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ «БЕЛОРУССКАЯ АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ»

УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «БОБРУЙСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА»

ПОБЕДИТЕЛИ ВО ВСЕМ



29 марта 2019 года на базе спорткомплекса «Гелиос» города Бобруйска проведены соревнования по мини-футболу среди коллективов учреждений здравоохранения города Бобруйска.

Соревнования по мини-футболу среди команд учреждений здравоохранения проведены по инициативе и при поддержке Бобруйской городской организации Белорусского профсоюза работников здравоохранения и посвящены 115 годовщине профсоюзного движения. В спортивном мероприятии приняли участие коллективы физкультуры медицинских работников, основными представителями были врачи различных специальностей, фельдшера, которые личным примером доказывают необходимость здорового об-



раза жизни.

С первых же минут игры команды включились в зажигательную борьбу, поддерживаемые аплодисментами и криками своих болельщиков.

В начале турнира лидировала команда УЗ «Бобруйская центральная больница», но в упорной борьбе победу одержала команда УЗ «Бобруйский межрайонный онкологический диспансер».

Призовые места распределились следующим образом:

- 1 место заняла команда УЗ «Бобруйский межрайонный онкологический диспансер»;
- 2 место у команды УЗ «Бобруйская центральная больница»;
- 3 место заняла команда УЗ «Бобруйская городская больница СМП им. В.О.Морзона».

Командам-победительницам были вручены кубки и денежные вознаграждения.

Спасибо всем участникам этого вида спорта, подарившим всем присутствующим интересную игру, ставшую спортивной традицией здравоохранения нашего города.

председатель ППО УЗ «Бобруйская центральная больница»,
Наталья Савонова

Е-HEALTH КАК ЭТО?

Серьезные перемены назревают в сфере здравоохранения. Электронное здравоохранение (e-Health) способно не только избавить врачей от огромного объема бумажной работы, но также вывести качество обслуживания пациентов на принципиально новый уровень. Сегодня доступ к передовым открытиям и достижениям медицины и фармакологии имеют только хорошо мотивированные специалисты, которые готовы вкладывать время и деньги в повышение своей квалификации. Развитие электронного здравоохранения в нашем обществе делает новые знания более доступными (в том числе в режиме реального времени) и интерактивными. В каком-то смысле за счет информационных технологий может сформироваться своеобразный коллективный медицинский разум, в том числе искусственный (проект IBM Watson). Существующая возможность собирать данные о здоровье пациентов удаленно и осуществлять дистанционный медицинский мониторинг укрепляют эту тенденцию.

Одним из приоритетных направлений выступает электронное хранение данных о пациентах, а также получение удаленного доступа к ним, которые важны сразу по нескольким причинам:

- нередко пациенту требуется помощь специалистов разного профиля, и удобная передача данных между ними улучшит качество обслуживания;
- в ряде случаев может потребоваться удаленная консультация с узкопрофильным специалистом, и тогда необходимо как можно быстрее передать данные о пациенте;
- электронные данные гораздо лучше защищены от потерь и повреждений;
- поиск электронных данных гораздо оперативнее и удоб-

нее;

- пациент может легко получить онлайн-доступ к собственным медицинским данным, если они хранятся в электронной форме. Потенциально это будет стимулировать развитие частных медицинских учреждений.

Вопрос данных в сфере общественного здравоохранения тесно сопрягается с практическим применением технологий больших данных. В случае доступа к большим объемам цифровых данных о пациентах возникают беспрецедентные возможности для их агрегации с целью проведения исследований, а также повышения качества медицинского обслуживания. С их помощью можно проводить оценку эффективности фармакологических препаратов, анализировать различные варианты лечения пациентов, оценивать условия предоставления медицинских услуг по больницам или регионам и следить за распределением целевых ресурсов. Возможно определять динамику состояния пациентов с каким-либо диагнозом, ее изменение в зависимости от назначенного лечения. Тем не менее объемы больших данных требуют не только наличия приведенной к единому виду информации, но также специальных инструментов для работы с ней.

Таким образом, информатизация — еще одно важное направление развития электронного здравоохранения. Сегодня в сфере здравоохранения существует сложившаяся за многие десятилетия традиция ведения информации в бумажном виде в личных карточках пациентов. Важно не только сохранить «старые» медицинские данные пациента (которые содержат в себе текстовую и графическую информацию, а иногда — аудио- и видеозаписи), но и в случае необходимости мгновенно находить нужные данные, анализировать их и пересылать в другое медицинское учреждение. Для этого информатизация должна охватывать широкий спектр устройств и программного обеспечения, используемого в медицине.

Сегодня во всем мире существует множество проектов электронной медицины, затрагивающих сферу хранения данных и предоставления доступа к ним. Так, 51% жителей Брунея зарегистрированы в национальной информационной системе здравоохранения Brunei Darussalam Healthcare Information and Management System (Bru-HIMS). Система содержит в себе информацию электронных медицинских карт, истории болезни, выписанные рецепты и результаты анализов. В настоящий момент почти все жители Брунея должны пройти регистрацию в данной системе, прежде чем обращаться за помощью в медицинские учреждения.

Однако созданию подобных систем доступа к медицинским данным всегда предшествует огромная работа, которой необходима политическая поддержка, поскольку ключевым вопросом остается безопасность и конфиденциальность подобной информации вкуче с ее целевым использованием.

Следующим направлением идет электронная выписка рецептов (e-Prescribing). Она облегчает работу врачей, выписывающих лекарства пациентам через систему, которая автоматически сравнивает препараты на основании показаний, частоты применения и других харак-



Электронный рецепт в Германии

теристик. Она облегчает работу врачей, выписывающих лекарства пациентам через систему, которая автоматически сравнивает препараты на основании показаний, частоты применения и других харак-

теристик, уточняет вероятность аллергической реакции пациента на лекарство, а также проверяет лекарства на предмет противопоказаний. Некоторые страны только начинают переход к электронным рецептам, в то время как, например, во Франции и Германии выписанные от руки рецепты уже запрещены.

Интересный проект в области электронной выписки лекарств был реализован в одной из сингапурских больниц. Главный госпиталь Сингапура, рассчитанный на содержание 1500 человек в стационаре, завершил развертывание информационной системы, позволяющей осуществлять автоматизированную выписку и выдачу необходимых для лечения препаратов. Система получила название Automated RFID Prescription Drug Delivery System (APDS). Система включает в себя несколько составных подсистем, совместная работа которых обеспечивает высокую эффективность проекта. К ним относятся:

- система обработки информации о пациентах и о назначениях врачей;
- система поддержки выписки рецептов;
- контроль автоматической системы дозирования, выбора, упаковки и обозначения препаратов;
- система навигации для ручной работы (для лекарств, которые необходимо забрать, используются LED-технологии для подсветки отсека с необходимым лекарством);
- конвейер, использующий радиочастотную идентификацию RFID, который перемещает, группирует и направляет упакованные лекарства на ленту;
- роботизированная техника, которая складывает препараты в специальные пластиковые пакеты.



Система электронной выдачи лекарств госпиталя Сингапура

За счет внедрения системы APDS главному госпиталю Сингапура удалось заметно упростить процедуру выдачи лекарственных препаратов. По статистике, 80% пациентов смогли забрать назначенные им лекарства уже в течение получаса, а за счет автоматизации было уменьшено влияние человеческого фактора (приводившего, например, к путанице при выдаче препаратов).

Неразрывно с первыми направлениями существуют медицинские ИС, функциональность которых может существенно варьироваться от случая к случаю. В целом же медицинские ИС могут использоваться для выдачи талонов на прием, управления медицинскими данными, управления организационными вопросами работы медицинских учреждений, выписки лекарственных препаратов и т.п.

Телемедицина, под которой подразумевается дистанционное оказание медицинских услуг, также относится к сфере e-Health. К телемедицине относятся такие направления, как консультации в режиме реального времени, телеобучение, трансляция хирургических операций и мобильные телемедицинские комплексы. Все технологии из данной области нацелены

на то, чтобы жители и медицинские сотрудники любого, даже самого удаленного населенного пункта могли получить консультацию крупных специалистов в своей области.

Часто развертывание проектов телемедицины обусловлено географическими особенностями страны. Например, долгое время филиппинские острова Бантаян и Камотес оставались оторванными от крупных городов и, соответственно, качественной медицинской помощи. На этих островах отсутствуют постоянный медицинский персонал и медицинские клиники, поэтому Министерство здравоохранения Филиппин совместно с Национальным центром телемедицины и Министерством науки и технологий разработало устройство RxBox. С его помощью можно проводить электро- и эхокардиограммы, измерять пульс, давление, частоту сердечных сокращений, передавать звукозаписи сердцебиения и работы легких, а также устраивать сеансы телемедицины. Посредством этого устройства и собираемых им данных врачи из Манилы в реальном времени могут не только диагностировать состояние пациента, но также дать соответствующие рекомендации.



Один из вариантов комплектации устройства RxBox

Во многих случаях возникает потребность в дистанционном мониторинге пациентов. Прежде всего это касается инвалидов, лиц пожилого возраста и людей из групп риска. Технологии, работающие в реальном времени, могли бы помочь сохранить жизнь очень многим пациентам. Сегодня существует мало подобных

решений. Причина этого кроется в высокой стоимости разработки и внедрения и долгой окупаемости.

Дистанционный мониторинг пациентов как таковой служит примером межмашинной связи, на нем основаны многие аспекты электронного здравоохранения и перспективы его развития. Многие технологии дистанционного взаимодействия позволяют облегчить работу врачей и, соответственно, снизить общую нагрузку на систему здравоохранения. Например, уже на сегодняшнем этапе развития технологий медицинский персонал может на расстоянии наблюдать за уровнем сахара в крови, измерять артериальное давление и контролировать другие параметры состояния пациентов. Тем не менее данные технологии остаются довольно дорогими с финансовой точки зрения, а их распространение — недостаточно широким для того, чтобы говорить о значимых изменениях в сфере медицины.

Большой интерес представляет использование мобильных технологий в сфере электронной медицины самими врачами. Так, в Сингапуре было представлено мобильное приложение Nurses Pal (дословный перевод - «товарищ медсестер») от компании Singhealth. Приложение разработано специально для медсестер и содержит в себе информацию, способствующую быстрой и верной постановке диагноза и назначению соответствующего лечения. Благодаря этому приложению работа медсестер может существенно ускориться: им не придется тратить время на поиск информации, а также не нужно будет сверяться с планами лечения и общими методическими рекомендациями.

Огромное распространение сегодня получило «потребительское здравоохранение». К этой сфере относятся интернет-порталы, посвященные популярным медицинским темам. Информационные порталы для беременных, сайты для лиц, страдающих диабетом, и многие дру-

гие онлайн-ресурсы формируют данную нишу.

Часто подобные проекты учитывают специфику территорий или государств. Так, Министерством науки и технологий Филиппин был запущен проект, который в режиме онлайн транслирует информацию о заболеваемости лихорадкой денге. На сайте ведется интерактивный мониторинг мест, заселенных переносчиком заболевания — желтолихорадочным комаром. Система учитывает распространение и плотность населения данного насекомого. Интерактивная карта Филиппин разделена на несколько цветных зон. Зеленый цвет обозначает необходимость пристального мониторинга района, желтый сигнализирует о потребности в проведении операций по уничтожению насекомых, а красный свидетельствует о широком распространении разносчиков инфекции.

Большой простор для развития потребительского здравоохранения предоставляют принципы Веб 2.0. Постепенно интерактивные приложения проникают в сферу медицины, изменяя традиционные отношения пациентов с медицинским персоналом. Для получения поддержки или информации люди нередко прибегают к помощи онлайн-сообществ, причем эффект от их помощи можно считать двояким. С одной стороны, человек рискует нарваться на некомпетентную помощь или отложить поход к реальному врачу, когда следовало бы без промедления сделать это. Но с другой — такие сервисы способствуют более внимательному отношению людей к собственному здоровью. Действительно, далеко не факт, что человек обратился бы к врачу, не получи он совет в онлайн-сообществе.

В потребительском сегменте уже сегодня формируются команды виртуального здравоохранения. Такие команды состоят из профессиональных врачей, готовых оказать дистанционную консультативную помощь. Одним из примеров подобных команд служат популярные проекты вроде «Здоровые Люди», где профессиональные медики отвечают на вопросы пользователей.



Одним из перспективных направлений также можно назвать управление знаниями в сфере медицины. Ежегодно выходит огромное количество медицинских журналов, статистических данных, практических руководств и т.п. Тем не менее в ряде случаев доступ к ним затруднен. Действительно, нередко у врача нет времени, чтобы изучать различные источники. Создание автоматизированных систем для управления знаниями снизило бы издержки в работе врачей и повысило качество медицинского обслуживания.

Совокупность приведенных выше направлений электронного здравоохранения открывает широкие перспективы для развития персонализированной медицины. Национальный институт здравоохранения США определяет персонализированную медицину как «форму медицины, использующую информацию о генах, белках и окружающей среде для профилактики, диагностики и лечения болезней». Персонализированное здравоохранение способно полностью преобразить медицину, поскольку потенциал для ранней диагностики заболеваний позволит минимизировать негативные последствия и подобрать максимально эффективное лечение. Но для того чтобы по-настоящему персонализировать медицину, нужны огромные вычислительные ресурсы и большой объем данных не только о пациенте, но и об окружающей его среде. Теоретически, персонализированная медицина будет связана с электронной медицинской картой, которая будет содержать в себе информацию о пациенте. Сегодня такие карты существуют, однако не приняты на законодательном уровне единый

унифицированный формат, пригодный для удобного использования. Кроме того, получение данных о внешней среде также затруднено.

С уверенностью можно констатировать, что здравоохранение — одно из самых перспективных направлений для ИТ в целом. Можно также предположить, что со временем образовательная программа e-Health станет доступной в ведущих университетах мира на факультетах, которые связаны с ИТ или медициной.

Развертывание технологий электронного здравоохранения сегодня наблюдается во многих странах мира, включая Беларусь. Интересно сравнить выстраиваемые в Беларуси процессы автоматизации медицинского обслуживания с существующими системами электронного здравоохранения других стран. Наглядным примером является Чехия. Система электронной записи медицинских данных IZIP позволяет хранить и получать доступ по Интернету ко всем медицинским данным каждого пациента. В системе содержатся сведения обо всех обращениях пациента за медицинской помощью, включая регулярные визиты к врачам, стоматологическое обслуживание, результаты лабораторных тестов, хирургические операции и другую информацию, связанную с работой медицинских служб. Кроме того, система позволяет проконсультироваться у другого специалиста, если лечащий врач не может поставить диагноз или подобрать лечение.

Полный перечень медицинских данных, доступных через IZIP, включает в себя следующие группы:

- анамнез;
- результаты приемов в хронологическом порядке;
- результаты лабораторных исследований в хронологическом порядке;
- список выписанных лекарств и медицинских препаратов;
- рентгеновские и другие изоб-

ражения;

- записи о госпитализации;
- история вакцинации;
- информация о полученном лечении, включая хирургическое.

Одно из последствий использования системы IZIP заключается в том, что медицинские данные перестали быть фактической собственностью докторов и лечебных учреждений. Все медицинские данные находятся на защищенных серверах, доступ к которым могут получить сами пациенты посредством Интернета. Пациенты имеют право доступа к своим данным, однако они не могут изменять их. Доступ граждан к медицинским данным позволяет им лучше следить за качеством работы врача и за собственным здоровьем, а также искать нового специалиста в случае недоверия текущему. Таким образом, пациенты становятся полноправными участниками процесса осуществления здравоохранения.

**заведующий сектором АСУ УЗ «Бобруйская центральная больница»
Александр Русакович**

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ

Неоднократно доводилось слышать, что любого белоруса после смерти медики расценивают, как потенциального донора на пересадку органов без заблаговременного уведомления и согласия родственников после его смерти. Большинство белорусов не задумывались о том, что происходит со здоровыми органами пациента после его смерти.

Разберем основные понятия.



Согласие и несогласие.

«В мировой практике трансплантации есть понятие презумпции: презумпция согласия и презумпция несогласия. Презумпция согласия предполагает, что каждый человек по умолчанию (без его осведомления и одобрения) согласен, что его органы после смерти будут использованы для пересадки другим людям т.е. если на момент смерти человека у врачей не будет ранее подписанного им отказа от использования его органов для трансплантации или заявления его родственников – органы будут изъяты. Презумпция согласия действует в России, Австрии, Бельгии, Испании, Чехии, Великобритании, Венгрии, Финляндии, Швеции и других странах, в том числе в Беларуси.

Презумпция несогласия предполагает, что каждый человек по умолчанию не согласен, что его органы могут быть использованы для пересадки, и их можно изъять только в случае получения прижизненного согласия от самого человека либо с согласия родственников после его смерти. Презумпция несогласия закреплена в законодательствах США, Канады, Германии, Франции, Португалии, Украины, Польши.

Очередь и очередность.

Понятно, людей, у которых есть потребность в операции по трансплантации органа очень волнует вопрос, как двигается очередь, не «влезет» ли кто-нибудь раньше положенного. Тем более, лист ожидания длинный. Сегодня в Беларуси трансплантации почки ждут приблизительно 500 человек, печени около 70, поджелудочной железы – 20, и около 40 человек ожидают пересадку сердца. Очередь по каждому органу движется по-разному. В любом случае перед каждой трансплантацией собирается консилиум врачей и медицинские специалисты все вместе принимают решение о том, кому из пациентов выполнять операцию. Длительность нахождения в листе ожидания тоже учитывается, но далеко не в первую очередь.

Как распределяются органы?

Изыятые органы живут очень мало. Больше всего «держится» почка – около 24 часов, потом печень – 12 часов, сердце – до 8. Чем меньше срок, тем лучше. В этом случае становится понятно, что вывезти органы за границу практически невозможно. Процент операций иностранным гражданам минимален, он не превышает 10%, от общего числа выполняемых операций. Причем определенная часть услуг иностранцам – это операции по трансплантации родственных органов. Данная помощь оказывается в строгом соответствии с нормами международного права. Для включения иностранного гражданина в лист ожидания необходимо получить специальное разрешение в Министерстве здравоохранения. Орган, полученный в Беларуси, иностранному гражданину пересаживают только в том случае, если он не подходит ни одному нуждающемуся гражданину РБ. Лимит, выполняемых операций, для иностранных граждан 10%, от общего количества всех проводимых операций.

Приблизительная схема работы по изъятию органа и пересадки.

Рассмотрим на примере одного органа, сердца. Когда становится

известно, что поступает сердце, и возможность использовать орган для пересадки, специалистами подбирается реципиент (человек принимающий орган). Специальная бригада выезжает на место, где предполагается забор органа. Параллельно происходит сообщение реципиенту, что тот должен прибыть на операцию. Это работа в режиме онлайн. Люди, которые ожидают орган, находятся на круглосуточной связи со специалистами, и ни при каких обстоятельствах не выключали свои телефоны, потому, что позвонить могут в любое время суток.

Сам орган не стоит ни копейки, ни в одной цивилизованной стране мира. Стоит услуга по выполнению операции по пересадке: руки сотрудников, лекарственные средства, амортизация оборудования. Для граждан РБ операции по пересадке органов проводится абсолютно бесплатно.

Откуда берут трупные органы.

Это обычный очень открытый процесс. В Беларуси он происходит так же, как в Германии, Великобритании, Испании, США, где хотите. В лечебных учреждениях РБ, это миссия возлагается на врачей анестезиологов – реаниматологов, работающих в отделениях анестезиологии и реанимации. Когда доктор, видит, что пациент умер, и имеет качественные органы, после соблюдения всех необходимых юридических процедур, в известность ставится Генеральная прокуратура и орган изымается, и он очень простой с технической точки зрения. В ситуации, когда человек при жизни не отказался от дачи своих органов в дар, в случае смерти, другому человеку или у человека отсутствуют родственники или они находятся вне возможности общения с врачом, считается, что человек согласен. А в Бельгии например, и разрешения не спросят.

Кто подлежит трупному донорству.

1. Мужчины, женщины, дети (с 7 дней)
2. Возрастной ценз. От семи дней рождения до 60 лет для дачи всех органов, и до 70 лет для дачи печени.
3. Категория заболеваний
 - пациенты с тяжелой черепно-мозговой травмой (например, травмы, ДТП)
 - пациенты с нарушением мозгового кровообращения (например, инсульт головного мозга)
 - пациенты с постгипоксической энцефалопатией (например, состояние после перенесенной сердечно-легочной, мозговой реанимации)

Пациенты подлежащие трупному донорству, это пациенты, которым после проведения многочисленных тестов, лабораторных анализов, диагностических приемов констатируется смерть головного мозга в присутствии врачебного консилиума.

Отношение религии к донорству.

Христианство. Представители этой религии, без разницы, католики, православные или баптисты, относятся к донорству положительно. В пример приводят Иисуса Христа, который пожертвовал своей плотью и кровью ради спасения человечества

Ислам. Представители этой религии, одним из основных качеств настоящего мусульманина является благосклонность. Поэтому нужно безвозмездно дарить нуждающимся все, что пойдет во благо, в том числе и кровь. Для исламистов донорство является благом.

Синтоизм. Эта религия исповедуется в Японии, где самый высокий уровень родственного донорства. Трупное донорство в Японии имеется, но не так развито, как родственное.

Иудаизм. Поощряет донорство крови и костного мозга, так как это не вредит здоровью, а зачастую продлевает жизнь.

Свидетели Иеговы. Донорство органов объявлено делом совести верующего. Запрет на переливание крови и ее компонентов соблюдается строго.

Не нужно бояться, что у вас когда-нибудь заберут орган, когда случится трагедия (всякое может случиться в жизни), это вам будет уже безразлично. В сфере трансплантации органов Беларусь опережает ближайших соседей и коллег из стран СНГ. По уровню органного донорства страна входит в топ – 20 самых развитых стран мира. В Беларуси же сегодня при жизни человек не может отдать свой орган-не предусмотрено законодательством.

главный внештатный специалист по трансплантаткоординации

Наталья Агустинович

ГРИПП У БЕРЕМЕННЫХ: ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ

Грипп – острое инфекционное заболевание дыхательных путей, вызываемое РНК-содержащим вирусом гриппа типа А, В и С. Эпидемиологически значимы для человека 2 подтипа вируса гриппа А – H3N2 и H1N1 и вирус гриппа В. В силу гормональных и физио-

логических изменений в иммунной системе беременной женщины известно, что, кроме повышенной восприимчивости беременных к вирусу гриппа, у них чаще регистрируются тяжелые и осложненные формы инфекции. По данным метаанализов, учитывающих только лабораторно подтвержденные случаи заболевания гриппом в период последней пандемии, установлено, что беременные, больные гриппом, требуют госпитализации в 4 раза чаще, чем небеременные; наиболее тяжело протекает грипп у пациенток в III триместре беременности; >8% госпитализированных беременных (преимущественно в III триместре заболевания) требуют проведения интенсивной терапии; показатель летальности от гриппа среди пациенток в III триместре беременности максимален и достигает 16,9%; преждевременные роды у беременных с гриппом наблюдаются в 3 раза чаще; перинатальная смертность в 5 раз выше. Прямого тератогенного воздействия гриппа на плод не доказано. Заболевание матери гриппом в I триместре беременности повышает риск врожденных пороков развития плода (от 1 до 10%), самопроизвольного прерывания беременности (до 68,5%), а если беременность продолжается, очень вероятно развитие маловодия и задержки развития плода. После гриппа, перенесенного во II триместре (по сравнению с III), чаще развиваются симптомы задержки развития плода, преэклампсия (25%), невынашивание беременности (показатель в 8 раз больше, чем у женщин, не заболевших гриппом, и в 5 раз выше, чем после других острых респираторных вирусных инфекций). Многие авторы описывают повышение частоты врожденной патологии, в том числе врожденных пороков развития после гриппозных эпидемий в следствие гипертермии у матери. Описаны крайне тяжелые формы гриппа у беременных с высоким уровнем летальности, наблюдаемые во время пандемии начала XX столетия. Летальность от гриппа у беременных возрастает пропорционально сроку гестации. По данным CDC с апреля по август 2009г. летальность среди беременных с гриппом H1N1pdm09- 3,8% (30/788). Распределение женщин, погибших от пандемического гриппа, в зависимости от триместра беременности: -I триместр- 7,1%; - II триместр – 26,8%; -III триместр- 64,3%. В России этот показатель составил 0,22–0,3% от всех беременных. Большинство смертельных случаев наблюдается в III триместре гестации как наиболее критичном периоде беременности для женщины в плане трудно предсказуемого исхода гриппа. Значимые факторы риска летальности беременных при гриппе: отсутствие профилактики гриппа; позднее начало этиотропной терапии; экстрагенитальные заболевания; родоразрешение или спонтанные роды в разгар заболевания.

Возможности медикаментозной терапии у беременных с гриппом

В связи с тем, что беременные являются группой повышенного риска по развитию угрожающих жизни осложнений, в качестве этиотропной терапии им показано назначение противовирусных препаратов. В соответствии с рекомендациями ВОЗ лечение беременных следует начинать как можно раньше (в течение первых 48 ч заболевания), не дожидаясь результатов лабораторных тестов. Существует две группы противогриппозных препаратов, обладающих доказанной клинической эффективностью: блокаторы М2-каналов-амантадин, ремантадин; и ингибиторы вирусной нейраминидазы -занамивир, озельтамивир. На сегодняшний день группа адамантанов не применяется в клинической практике вследствие природной и приобретенной резистентности у большинства циркулирующих вариантов вирусов гриппа. Выявлена природная резистентность: вируса гриппа В, АН1N1pdm09; приобретенная резистентность характерна для преобладающего в настоящее время гриппа АН3N2.

Наиболее эффективными препаратами, рекомендованными ВОЗ для лечения беременных, являются ингибиторы нейраминидазы: занамивир (реленза), озельтамивир (тамифлю, флуостоп). Использование занамивира возможно на ранних сроках беременности, однако должно быть ограниче-



но на поздних сроках из-за имеющихся нарушений экскурсии диафрагмы и трудностей осуществления адекватной ингаляции лекарственных средств. Доказано, что назначение ингибиторов нейраминидазы (независимо от времени инициации терапии) ассоциировано с уменьшением летальности по сравнению с отсутствием терапии.

«Иммунномодуляторы» (инфлюцид, анаферон, виферон, арбидол, кагоцел и другие представители) убедительное доказательной базы по клинической эффективности при терапии гриппа нет.

Возможности вакцинопрофилактики во время беременности

Как показывает всемирная практика наиболее эффективным методом профилактики гриппа является вакцинация гриппозными вакцинами. Доказано, что в организме беременной женщины на вакцину развивается протективный иммунный ответ на 21 день. Титр противогриппозных антител сохраняется высоким и на 42 день после вакцинации, на момент родов и через 3 месяца после родоразрешения. 95% образцов пуповинной крови от 88 новорожденных имели протективный титр противогриппозных антител. Вакцинация во время беременности ассоциирована с меньшей частотой преждевременных родов и новорожденных с малым весом. Вакцинация матери защищает ребенка от гриппа в первые месяцы жизни. Дети младше 6 месяцев жизни имеют высокую частоту заболеваемости гриппом вследствие функциональной незрелости иммунной системы и до 5 месяцев жизни в 5 раз чаще госпитализируются из-за лабораторно-подтвержденного гриппа по сравнению с детьми 6-23 месяцев жизни. Ни одна из вакцин не лицензирована для детей до 6 месяцев жизни. Противогриппозные IgG матери пассивно проникают трансплacentарно к плоду до его рождения, а также вместе с секреторными IgA могут передаваться при грудном вскармливании. Исследование в США показало 2002-2009 .гг. груд-

ные дети госпитализируются на 50% меньше вследствие гриппа, если их матери иммунизированы от гриппа во время беременности. Великобритания, 2013-2014 г.г. противогриппозная вакцинация беременных уменьшает заболеваемость гриппом у рожденных ими детей до 6 месяцев на 71% и госпитализации, связанные с гриппом, на 64%. Многочисленные исследования по безопасности противогриппозной вакцинации беременных не показывают каких-либо негативных влияний на организм матери и плода.

Вакцины, используемые для противогриппозной вакцинации в Республике Беларусь в 2016-2017 г.:

Гриппол плюс. В противопоказаниях I триместр беременности нет. Наиболее безопасна вакцинация II и III триместрах беременности. **Ваксигрипп.** Вакцинация может начинаться со II триместра беременности. По медицинским показаниям при наличии повышенного риска развития послегриппозных осложнений, использование данной вакцины рекомендуется вне зависимости от срока беременности.

Инфлювак. Может использоваться на любом сроке беременности. Для II и III триместра доступен больший объем данных по безопасности по сравнению с I триместром.

Доклинические исследования показали, что вакцины не обладают эмбриотоксическим и тератогенным действием. Имеющиеся данные об использовании вакцины у беременных не указывают на возможность отрицательного воздействия вакцинации на плод и организм женщины.

Вакцинация может осуществляться на любом сроке беременности. Оптимально провести вакцинацию сразу после выпуска очередной вакцины для текущего сезона гриппа, однако у не вакцинированных заранее лиц она может проводиться даже во время эпидемического подъема заболеваемости гриппом. Вакцинация является единственным методом профилактики гриппа с доказанной эффективностью, полностью безопасна для матери и плода и должна рекомендоваться всем женщинам, беременность / ранний послеродовой период у которых приходится на сезон подъема заболеваемости гриппом.

**врач акушер-гинеколог УЗ «Бобруйский родильный дом»
Елена Окрут**

ХОРОШЕЕ ПОДСПОРЬЕ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА

Сердце - самый важный орган в организме человека, который работает 24 часа в сутки! Оценить работу сердца и обеспечить правильную диагностику заболеваний помогает применение метода записи электрокардиограммы.

Планируется, что к 2020 году в Беларуси терапевтов полностью заменят врачи общей практики. Для врача общей практики планируется переоснащение кабинета и оборудование рабочего места электрокардиографом.

Важно, чтобы каждый врач, использующий данный метод, мог быстро и правильно ^азарегистрировать ЭКГ в 12 общепринятых отведениях (стандартные, однополюсные, грудные) и при необходимости использовать дополнительные отведения (по Небу; V 7 , V 8 , V 9); ^бпроанализировать элементы ЭКГ; ^ввыявить отклонения от нормы - ЭКГ-синдромы, прежде всего, требующей неотложных мероприятий; ^гсформулировать электрокардиографическое заключение.

Однако, не зная основ электрокардиографической топографии, правильных позиций наложения электродов и особенностей проведения электрокардиографического обследования сердца, ставятся под сомнения все полученные результаты и их информативность в помощи врача.

Последовательность процедуры снятия электрокардиограммы должна соблюдаться строго! Только так результаты исследования будут максимально правдивы и достоверны. Различают несколько этапов:

1. Подготовка. Важно подготовить свободный доступ к голеням, туловищу, рукам. При наличии обильного грудного волосяного покрова места крепления электродов важно обязательно побрить.

2. Наложение электродов. Для правильного снятия ЭКГ каждый электрод устанавливают в определенной точке на теле (о важности соблюдения этого правила я остановлюсь позже). Для лучшей визуализации сигнала на кожу наносят гель либо применяют влажные салфетки, смоченные в физ.растворе.

3. Запись электрокардиограммы. Расположение электродов. Точки наложения электродов для снятия ЭКГ.

Электрокардиографически регистрируются:

3 стандартных отведения:

I – левая рука (+) и правая рука (-),
 II – левая нога (+) и правая рука (-),
 III – левая нога (+) и левая рука (-);
 3 усиленных однополюсных отведения от конечностей:

aVR – усиленное отведение от правой руки,
 aVL – усиленное отведение от левой руки,
 aVF – усиленное отведение от ле-

вой.

6 грудных отведений, где электроды располагаются:

V1 (красный) – в четвертом межреберье по правому краю грудины,

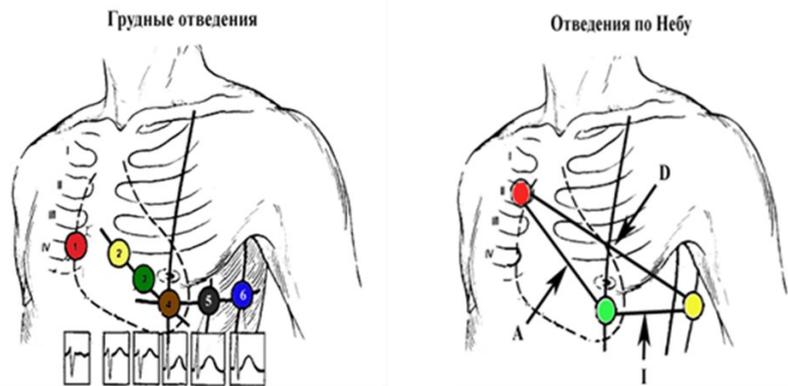
V2 (желтый) – в четвертом межреберье по левому краю грудины,

V3 (зеленый) – примерно на уровне пятого ребра по левой окологрудинной линии, между четвертым и вторым электродами,

V4 (коричневый) – в пятом межреберье по левой средне-ключичной линии,

V5 (черный) – на горизонтальной линии V4 по левой передней подмышечной линии,

V6 (синий) – на горизонтальной линии V4- V5 по левой средней подмышечной линии.



3 дополнительных грудных отведения (прицельная диагностика очаговых изменений миокарда в заднебазальных отделах ЛЖ):

V7 – на уровне V4- V6 по левой заднеподмышечной линии ,

V8 – на уровне V4- V6 по левой лопаточной линии,

V9 – на уровне V4- V6 по левой околопозвоночной линии.

3 двухполюсных отведения по Небу (дополнительная диагностика очаговых изменений миокарда задней, переднебоковой и верхних отделов передней стенки ЛЖ):

D – Dorsalis, I – Inferior, A – Anterior.

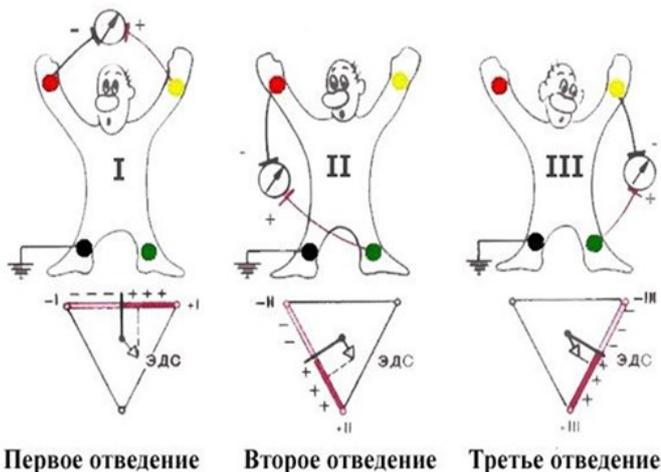
В отведениях по Небу электроды располагаются:

Красный стандартный – во втором межреберье по правому краю грудины,

Зеленый стандартный – в пятом межреберье по левой средне-ключичной линии,

Желтый стандартный – на горизонтальной линии с зеленым электродом по задней.

Стандартные отведения



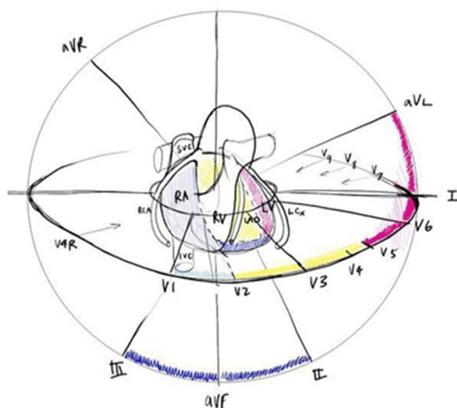
Таким образом шесть отведений от конечностей регистрируют электрические потенциалы во фронтальной плоскости тела. Напротив, шесть грудных отведений записывают потенциалы в горизонтальной плоскости.

Теперь, если обобщить всё это и спроектировать на анатомическое строение сердца, то можно переходить к следующему разделу, который объединяет эти понятия.

Электрокардиографическая топография (ЭКГ топография).

Условно, принято, что первых два грудных электрода (V1, V2) стоят на границе правого и левого желудочков, то есть на перегородке. Поэтому,

именно они демонстрируют, как электрофизиологические характеристики левого желудочка (перегородочный и задний-высокий инфаркты), так и деальтерность правого (гипертрофия и блокада правой ножки пучка Гиса).



Отведения от конечностей, "смотрят" сердце в вертикальной плоскости, соответственно показывают, лишь нижнюю и боковую стенки.

Глядя на картинку, боковую стенку "показывают": I и aVL отведения.

Нижнюю стенку: III, aVF и II (обратите внимание!!!! нижнюю, а не заднюю)

Грудные отведения "показывают" сердце в горизонтальной плоскости, своеобразным полукругом.

Первые четыре отведения демонстрируют переднюю стенку, а последние два-боковую.

V1-V2 - перегородка;

V3-V4 - собственно, передняя стенка;

V4 - принято называть верхушкой.

V5-V6 - боковая стенка.

Дополнительные грудные отведения:

V7-V9 - заднебазальные отделы ЛЖ (!!!)

Дополнительные ПРАВЫЕ грудные отведения:

V3R и V4R - правый желудочек.

главный внештатный специалист по функциональной диагностике

Оксана Василенко

ВСЕ ОБ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения XXI век - эпоха аллергии. По статистическим данным, аллергией страдает каждый пятый житель нашей планеты. При этом чаще болеют жители цивилизованных стран, а точнее городские жители. В силу современного образа жизни, стремления к «стерильности», иммунная система человека перестраивается на развитие аллергических реакций.

Одним из наиболее распространенных аллергических заболеваний является аллергический ринит. В европейских странах распространенность данной патологии в популяции достигает 40%. При этом высокий уровень заболеваемости отмечается в странах с теплым климатом, а в северных широтах уровень заболеваемости ниже. В Республике Беларусь заболеваемости аллергическим ринитом около 10%, что соответствует уровню средневропейских значений. От момента появления первых симптомов заболевания до установления окончательного диагноза и назначения лечения может пройти около 4-х лет.



Длительный контакт с малыми дозами аллергена сопровождается формированием хронического воспаления слизистой оболочки носа персистирующего характера. В дальнейшем происходит ремоделирование слизистой оболочки дыхательных путей. При отсутствии соответствующего лечения аллергического ринита и наличии провокации аллергеном у 18-30% пациентов возникает бронхиальная астма с соответствующими медицинскими, социальными и другими проблемами.

Основным этиологическим фактором развития аллергического ринита являются аэроаллергены.

Аэроаллергены подразделяют на внешние - пыльцевые (пыльца деревьев, злаковых и сорных трав), плесневые грибы (alternaria, cladosporium) и внутрижилищные - бытовые (клещи домашней пыли), эпидермальные (домашние животные и т.д.), плесневые грибы (penicillium, aspergillus), инсектные аллергены (тараканов). Выделяют профессиональные аллергены: пыль растительного происхождения



(мучная, хлопковая и др.), пыль животноводческого производства, химические вещества и соединения.

Кроме аллергенов, в этиологии аллергического ринита определенную роль играют неспецифические раздражители (триггеры), которые вызывают повышенную неспецифическую назальную гиперреактивность, проявляющуюся ринореей и чиханием, и могут спровоцировать обострение заболевания. Такими факторами являются: холодное воздействие, резкие запахи (парфюм, бытовая химия, выхлопные газы автомобилей), табачный дым, стрессовые ситуации, вирусные инфекции.

Аллергическая реакция в организме протекает в две фазы – ранняя, характеризуется острым началом и быстрым регрессом симптомов аллергического ринита (обусловлена действием гистамина и отеком тканей). Поздняя фаза развивается спустя 6-8 часов после контакта с аллергеном и сопровождается существенным нарастанием симптомов (обусловлена инфильтрацией тканей эозинофилами и базофилами, продукцией лейкотриенов). Инфильтрация слизистой оболочки носа во время поздней фазы аллергического воспаления лежит в основе повышения чувствительности слизистой оболочки к последующим воздействиям аллергена. В результате этого повторные воздействия аллергена становятся клинически более выраженными. По этому же механизму формируется и неспецифическая гиперреактивность слизистой оболочки носа на триггеры, что еще более усугубляет течение болезни.

Диагностика аллергического ринита включает: сбор аллергологического анамнеза, лабораторно-инструментальное обследование, аллергологическое обследование. Правильно собранный аллергологический анамнез составляет 75% диагноза аллергического ринита.

Выделяют интермиттирующий аллергический ринит – проявления беспокоят пациента менее 4-х дней

в неделю или менее 4-х месяцев в году и персистирующий аллергический ринит – присутствие симптомов более 4-х дней в неделю и более 4-х месяцев в году. По тяжести аллергический ринит бывает легкого, среднего и тяжелого течения.

Имеется три основных направления в лечении аллергического ринита: элиминация аллергена (гипоаллергенный быт), медикаментозная терапия, аллерген-специфическая иммунотерапия.

Для проведения мероприятий по гипоаллергенному быту первоначально необходимо идентифицировать причинно-значимые аллергены. Клиническое улучшение развивается не сразу, а через 2-4 недели.

Медикаментозная терапия включает различные группы препаратов: стабилизаторы мембран тучных клеток, антигистаминные, глюкокортикостероиды, сосудосуживающие препараты (деконгестанты), М-холиноблокаторы, антилейкотриеновые препараты. Используются си-



стемные и топические формы препаратов. Несмотря на то, что наиболее часто и широко в качестве препаратов первой линии пациенты используют системные антигистаминные препараты, препаратами выбора при аллергическом рините являются топические интраназальные глюкокортикостероиды. Для всех препаратов есть свои особенности назначения. Например, топические антигистаминные препараты не назначаются при использовании контактных линз. Для некоторых препаратов характерно быстрое начало действия, а другие назначаются заранее.

Эффективным методом лечения аллергического ринита является аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ). Синонимы: специфическая иммунотерапия (СИТ), аллергенспецифическая гипосенсибилизирующая терапия, специфическая вакцинация аллергенами. Метод АСИТ разработан еще в 1911 году. Сущность метода заключается во введении причинно-значимых аллергенов в постепенно возрастающих дозах. При АСИТ постепенно снижается аллергическая реакция на конкретный аллерген, что позволяет ослабить симптомы аллергии, предупредить прогрессирование заболевания, предотвратить развитие бронхиальной астмы.

Таким образом, своевременная диагностика и адекватно проведенное лечение аллергического ринита позволяет пациентам долго сохранять жизненную активность.

врач-аллерголог
УЗ «Бобруйская городская поликлиника № 1»,
Наталья Бежиташвили

НОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ ИЗ РАЗДЕЛА БЕЗОПАСНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХИНОЛОНОВ И ФТОРХИНОЛОНОВ

Европейское медицинское агентство (ЕМА) провело обзор и анализ серьезных, инвалидизирующих и потенциально необратимых нежелательных реакций, связанных с применением хинолоновых и фторхинолоновых антибиотиков, выпускаемых в пероральной, инъекционной и ингаляционной лекарственных формах. В обзоре были учтены мнения пациентов, медицинских работников и ученых, представленных на открытых слушаниях ЕМА по фторхинолоновым и хинолоновым антибиотикам в июне 2018 года.

Кроме того, ЕМА подтвердило, что применение остальных фторхинолоновых антибиотиков необходимо ограничить. ЕМА обязало дополнить инструкцию по медицинскому применению и листок-вкладыш для пациентов информацией о серьезных потенциально необратимых нежелательных реакциях, которые могут возникнуть, а также о необходимости прекращения приема фторхинолонов при появлении первых признаков нежелательных реакций, включая поражение сухожилий, мышц, суставов, периферической и центральной нервной системы.

Фторхинолоны не следует применять:

для лечения инфекций, которые не являются тяжелыми и могут пройти без антибактериальной терапии (например, инфекционный фарингит);

для лечения не бактериальных инфекций, например, не бактериального (хронического) простатита;

для предотвращения диареи путешественника или рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей (инфекции, которые не распространяются за пределы мочевого пузыря);

для лечения легких и средней степени тяжести бактериальных инфекций, за исключением случаев, когда другие антибактериальные лекарственные средства, рекомендованные для лечения этих инфекций, не могут быть использованы.

Очень важно избегать применения фторхинолонов и хинолонов у пациентов, в анамнезе которых имеются серьезные нежелательные реакции при приеме вышеуказанных лекарственных средств. С особой осторожностью следует применять у пожилых людей, пациентов с заболеваниями почек; пациентов после трансплантации органов, так как у данных пациентов повышенный риск повреждения сухожилий. У пациентов, получающих терапию системными кортикостероидами, также повышенный риск развития серьезных нежелательных реакций при применении фторхинолонов, в связи с чем, необходимо избегать совместного применения данных препаратов.

Рекомендации ЕМА по запрету и ограничению применения хинолоновых и фторхинолоновых антибиотиков направлены в Европейскую Комиссию, которая вынесет окончательное решение, применимое во всех государствах-членах Европейского Союза.

Информация для специалистов

Прием фторхинолонов связан с риском развитием длительных (до нескольких месяцев или лет), серьезных, инвалидизирующих, потенциально необратимых нежелательных реакций, затрагивающих различные, иногда несколько, систем организма человека.

Серьезные нежелательные реакции включают тендинит, разрыв сухожилия, артралгии, боли в конечностях, нарушение походки, невропатии, ассоциированные с парестезией, депрессию, усталость, нарушение памяти, сна, слуха, зрения, вкуса и обоняния.

Повреждение сухожилий (особенно ахиллова сухожилия) может проявиться в течение 48 часов после начала приема фторхинолонов, а также в течение нескольких месяцев после прекращения применения.

Пожилые пациенты, пациенты с почечной недостаточностью, перенесшие трансплантацию паренхиматозного органа, или получающие терапию кортикостероидами, имеют более высокий риск повреждения сухожилий. Следует избегать одновременного приема фторхинолонов и кортикостероидов.

Следует прекратить прием фторхинолонов при появлении первых признаков воспаления сухожилий или боли, а также в случае появления симптомов невропатии, таких как боль, жжение, покалывание, онемение или слабость, чтобы предотвратить развитие потенциально необратимых состояний.

Фторхинолоны не должны использоваться у пациентов, в анамнезе которых были серьезные нежелательные реакции, связанные с применением хинолонов или фторхинолонов.

При рассмотрении вопроса о назначении фторхиноло-



нов, необходимо ознакомиться с актуальной инструкцией по медицинскому применению, в связи с тем, что показания по применению фторхинолонов были ограничены.

Соотношение польза/риск применения фторхинолонов будет постоянно контролироваться, а также будет исследоваться их использование, и оцениваться эффективность новых мер с целью снижения ненадлежащего применения фторхинолонов.

Фторхинолоны и хинолоны — группа лекарственных средств, обладающих выраженной противомикробной активностью, широко применяющихся в медицинской практике в качестве антибактериальных лекарственных средств широкого спектра действия с активностью в отношении как грамотрицательных, так и грамположительных бактерий. Фторхинолоны имеют большую ценность при определенных инфекциях, в том числе в ряде опасных для жизни инфекционных заболеваниях, когда альтернативные антибактериальные лекарственные средства недостаточно эффективны.

В обзор были включены следующие фторхинолоны и хинолоны: ciprofloxacin, levofloxacin, lomefloxacin, moxifloxacin, nalidixic acid, norfloxacin, ofloxacin, pefloxacin, piperidic acid.

Обзор касался лекарственных средств только для системного применения, выпускаемых в пероральной, инъекционной и ингаляционной лекарственных формах.

В инструкцию по медицинскому применению вносятся существенные изменения. Из раздела «Показания» к применению всех хинолонов и фторхинолонов удаляются следующие показания:

Фарингиты

Тонзиллиты

Ларингиты

Острый бронхит

Профилактика диареи путешественников:

профилактика инфекционного гастроэнтерита (диареи путешественника);

предотвращение диареи путешественников.

Предоперационная подготовка при лечении хронического холестеатомного отита и хронического отита, распространяющегося на кость

Септицемия

Селективная деконтаминация желудочно-кишечного тракта у пациентов с ослабленной иммунной системой

Предотвращение обострений рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей у женщин:

профилактика частой, рецидивирующей инфекции мочеполового тракта;

длительная профилактика рецидивирующей инфекции мочеполового тракта;

профилактика часто повторяющихся инфекций мочевыводящих путей;

предотвращение системных инфекций мочевыводящих путей;

профилактика системных инфекций мочевыводящих путей.

Предотвращение инфекций при проведении хирургических процедур:

профилактика после оперативного вмешательства или процедур на мочеполовой системе:

профилактика после оперативного вмешательства или проведения процедур (вмешательств) на мочеполовой системе;

профилактика рецидивирующей инфекции мочеполового тракта после трансуретрального оперативного вмешательства или трансректальной биопсии простаты.

Вагинальные инфекции

Менингит

Инфекции цереброспинальной жидкости

Эндокардит

Госпитальные (внутрибольничные) пневмонии

Наружный отит

Применение всех хинолонов и фторхинолонов по описанным ниже показаниям возможно, только когда применение других антибактериальных лекарственных средств по данным показаниям является невозможным либо необоснованным.

Для пациентов с нижеперечисленными состояниями, фторхинолоны должны являться препаратами резерва и применяться только при отсутствии альтернативного лечения.

Неосложненный цистит:

Острый неосложненный цистит

Острый цистит у женщин

Острый неосложненный цистит у женщин в период менопаузы

Рецидивирующий цистит у женщин

Острая неосложненная инфекция нижнего отдела мочевыводящих путей (цистит)

Хронический бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких в стадии обострения:

Обострение хронического бронхита;

Хроническая обструктивная болезнь легких в стадии обострения.

Острый бактериальный риносинусит:

Острый синусит;

Острый бактериальный синусит.

Острый средний отит.

врач-клинический фармаколог

УЗ «Бобруйская центральная больница»,

Марина Горбачевская

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Артериальная гипертензия беременных является наиболее распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы, которое влечет за собой тяжелые нарушения здоровья матери и плода. Лечение артериальной гипертензии у беременных имеет специфику, назначение лекарственных препаратов требует индивидуального подхода к каждой женщине.

Согласно основным современным рекомендациям артериальная гипертензия у беременных диагностируется как повышение систолического артериального давления > 140 мм рт. ст. и/или диастолического артериального давления > 90 мм рт. ст. при двух и более последовательных измерениях с интервалом > 4 часов.

Не стоит забывать и о том, что в первой половине беременности происходит некоторое снижение артериального давления, в связи с чем можно не сразу выявить артериальную гипертензию.

Тем не менее, если женщину начинают беспокоить головные боли, головокружение, шум в ушах, нарушение сна, слабость, кровотечение из носа, боли в области сердца, следует измерить артериальное давление.

Перед назначением антигипертензивных препаратов следует рассмотреть возможность нефармакологических мер по снижению артериального давления. При небольшом повышении артериального давления этого может оказаться достаточно. Среди нефармакологических вмешательств наиболее часто предлагаются постельный режим, изменение образа жизни, диетические рекомендации и пищевые добавки.

Медикаментозную антигипертензивную терапию необходимо начинать женщинам с АД $140/90$ мм рт. ст. в следующих случаях: гестационная гипертензия с протеинурией (преэклампсия); артери-

альная гипертензия, имевшаяся до беременности и сочетающаяся с гестационной гипертензией и протеинурией; артериальная гипертензия, сопровождающаяся субклиническим поражением органов-мишеней или клиническими симптомами. Во всех других случаях антигипертензивную терапию рекомендуется начинать, если АД превышает $150/95$ мм рт. ст. Повышение САД >170 мм рт. ст. и/или ДАД >110 мм рт. ст. у беременной женщины рассматривается как неотложное состояние и требует срочной госпитализации.

Несмотря на то, что спектр лекарственных препаратов, используемых в лечении артериальной гипертензии беременных, достаточно широк, выбор лекарственной терапии для беременной женщины является ответственным и сложным, требует строгого учета всех плюсов и минусов этого лечения.

Женщины с артериальной гипертензией, имевшейся до беременности, могут продолжить прием обычных антигипертензивных препаратов за исключением ингибиторов АПФ, блокаторов рецепторов ангиотензина II и прямых ингибиторов ренина, которые строго противопоказаны при беременности.

Препараты центрального действия – метилдопа и клонидин. Метилдопа является препаратом первой линии для лечения артериальной гипертензии у беременных во многих странах, в том числе и в Беларуси. Препарат не оказывает тератогенных эффектов, не ухудшает маточно – плацентарный кровоток. Из побочных эффектов следует отметить ортостатическую гипотензию и влияние на содержание дофамина в нервной системе.

α -адреноблокаторы: доксазозин, празозин - эффективно снижают АД, их используют чаще у пациенток с феохромоцитомой. Недостатки: развитие ортостатических реакций, рефлекторная тахикардия. Противопоказаны при лактации.

β – адреноблокаторы – большая группа препаратов. В Беларуси зарегистрированы только кардиоселективные адреноблокаторы: метопролол, атенолол, бетаксолол, бисопролол, небиволол. Они не влияют на объем циркулирующей крови, не вызывают тахикардию и ортостатическую гипотензию. Могут вызывать задержку развития плода. Следует обратить внимание на атенолол, единственный препарат этой группы, относящийся к категории D. Он неблагоприятно влияет на организм матери и оказывает тератогенные эффекты.

Блокаторы кальциевых каналов: нифедипин, амлодипин. Рекомендуется применять при отсутствии эффективной альтернативы, а риск, связанный с заболеванием превышает риск для матери и плода. Для БКК характерны следующие недостатки: рефлекторная тахикардия, отеки ног, тошнота, тяжесть в эпигастрии, аллергические реакции, развитие фетоплацентарной недостаточности при приеме нифедипина сублингвально.

Диуретики не используются в качестве монотерапии для лечения АГ у беременных. Целесообразно их применять при сердечной недостаточности, осложненной отеками.

Вышеперечисленные препараты могут включаться в двух-, трех- четырехкомпонентные схемы комбинаций для усиления антигипертензивного эффекта, устранения побочных эффектов отдельных групп препаратов, снижения дозы каждого препарата, входящего в комбинацию.

Антигипертензивные препараты, противопоказанные для применения во время беременности: ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов АТII, спиронолактон, дилтиазем, резерпин. Данные препараты обладают тератогенным эффектом, а также способностью индуцировать выкидыши.

врач-терапевт

**УЗ «Бобруйская центральная больница»,
Виктория Левчук**

БОРЬБА С ТУБЕРКУЛЁЗОМ

В Беларуси за последние годы отмечается снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза, в том числе и в г. Бобруйске (в 2018г. в г. Бобруйске заболеваемость – 16,0; смертность – 2,8). Однако туберкулез является одной из 10 ведущих причин смерти в мире. В 2017 году туберкулезом заболели 10 миллионов человек, и 1,6 миллиона человек (в том числе 0,3 миллиона человек с ВИЧ) умерли от этой болезни. По оценкам, в 2017 году 1 миллион детей заболели туберкулезом, и 230 000 детей умерли от него (включая детей с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом). На фоне снижения общей заболеваемости по туберкулезу отмечается высокий уровень болезни с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя. Беларусь по распространенности туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью занимает первое место в мире. Данные группы требуют более длительного лечения (20-24 месяца) и с применением более сложных схем лечения, в том числе с применением новых препаратов (бедаквилин, деламаид), что значительно увеличивает стоимость лечения. Так же в Беларуси сохраняется высокий уровень инфицированности населения *Mycobacterium tuberculosis* (до 85%, пик инфицирования приходится к 7 годам). По данным ВОЗ около 10% инфицированных заболевает туберкулезом. Проблема туберкулеза не должна терять своей актуальности и заслуживает особого внимания, поскольку требует комплексного подхода с решением целого ряда вопросов медицинского и социального характера.

Возбудителем туберкулеза является бактерия *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ). Микобактерии туберкулёза крайне устойчивы к холоду, теплу, влаге и свету. В уличной пыли МБТ сохраняются в течение трёх месяцев, столько же они могут оставаться живыми на страницах книг. В воде сохраняются в течение 150 дней, а в молоке и

молочных продуктах — 8-10 месяцев, в речной воде живут до 5 месяцев, в грунте 1-2 месяца, в фекалиях и на пастбищах — больше 1 года. При температуре -23°C палочки Коха сохраняют жизнеспособность на протяжении семи лет. Основным источником инфекции является больной туберкулезом человек. Инфицирование чаще происходит воздушно-капельным путём, реже элементарным и трансплацентарным. Туберкулез может развиваться практически в любом органе, но чаще всего поражаются органы дыхания. Уровень заболеваемости напрямую зависит от жилищных условий, условий труда на производстве, от материального достатка населения, материально-технического состояния организаций здравоохранения, от соблюдения каждым здорового образа жизни. У людей, инфицированных ВИЧ, вероятность развития активной формы туберкулеза возрастает в 20–30 раз. Более высокому риску развития активного туберкулеза подвергаются также люди, страдающие от других нару-



шений здоровья, ослабляющих иммунную систему.

Общими симптомами активного легочного туберкулеза являются кашель иногда с мокротой и кровью, боль в груди, слабость, потеря веса, лихорадка и ночной пот.

Для диагностирования туберкулеза используются рентгенологические, клинико-лабораторные и бактериологические методы. Лечение туберкулеза в Беларуси проводится в соответствии с мировыми стандартами. Республика Беларусь первой в Европе начала широкое использование новых противотуберкулезных лекарственных средств (бедаквилина, деламаида, клофазимина, линезолида, имипенема). Осуществляется контролируемый прием лекарственных средств, программы по стимуляции пациентов (продуктовые наборы, проездные билеты, видеоконтролируемое лечение), реализуются пилотные проекты по сокращению сроков лечения стационарных больных туберкулезом и переводе их на амбулаторное лечение.

Для своевременного выявления туберкулёза необходимо один раз в год проходить флюорографическое обследование лёгких. На фоне видимого благополучия может развиваться туберкулез и чем раньше его выявить, тем благоприятнее исход. Берегите себя и своих близких.

**врач-фтизиатр УЗ «БГБСМП им. В.О.Морзона» филиал «БПТД»
Алексей Масляк**

ПРАЗДНИК ЗДОРОВЬЯ

Популяризовать здоровый образ жизни, физкультуру и активный досуг, разъяснить роль физической активности и оптимального двигательного режима в жизни человека, а также популяризовать активную досуговую занятость, как альтернативу асоциальным явлениям, стимулировать активность населения, направленную на пропаганду здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний – такую цель преследовали организаторы акции 5 апреля 2019г в Молодежном парке в преддверии Всемирного дня здоровья.



В этот день любители активного отдыха всех возрастов смогли принять участие в таких состязаниях, как минифутбол, стритбол, поднятие гири, «Космоквест», а также попробовать стать воркаутером. Все желающие смогли посетить тематические площадки учреждений здравоохранения г.Бобруйска, УВД Бобруйского горисполкома.

На тематической площадке УЗ «Бобруйской центральной больницы» была организована работа пресс-центра Первого молодежного канала УЗ «Бобруйская цен-

тральная больница» с интервьюированием гостей праздника и онлайн-размещением в социальных сетях. Большим интересом пользовалась викторина «Сундучок здоровья», которую проводили три клоунов из специалистов УЗ «БГП №7» Тримайлова К.С., УЗ «БЦБ», УЗ «БМОД», конкурс детских рисунков в поддержку здорового образа жизни, флэшмоб на тему «#здоровые фотосюжеты». Во время праздника прошло награждение победителей тематических конкурсов рисунков, викторин, фотографий.

Молодежная бригада УЗ «Бобруйская городская поликлиника №3» в рамках праздника провела Единую зарядку, а инструкторы фитнес-клуба «ФИТКЕРС» предложили веселую спортивно-танцевальную программу.

В рамках праздника специалисты филиала «Бобруйская городская детская стоматологическая поликлиника» провели мастер-класс по правилам чистки зубов и использования средств по уходу, а медработники УЗ «Бобруйская городская поликлиника №1» измеряли АД, внутриглазное давление и уровень глюкозы в крови. А посетив тематическую площадку УЗ «Бобруйский зональный центр гигиены и эпидемиологии» можно было узнать свой вес и уровень висцерального жира и получить консультацию врача-валеолога и фитнес-тренера о правильном питании и об организации оптимального двигательного режима, например, вспомнив здесь же игры «советского» детства. Психолог предлагал бобруйчанам составить сказку своей жизни, поработать с метафорическими картами и поразмышлять о настоящем и будущем, об истинных ценностях и целях жизни.

С целью обучения культуре ЗОЖ через игру УЗ «Бобруйский зональный центр гигиены и эпидемиологии» развернул масштабированную интерактивную подвижную интеллектуальную игру «Знай! Изучай! Здоровье сохраняй!», где каждый желающий, бросив кубик размером с футбольный мяч и став «фишкой» смог проверить свои знания и узнать что-то новое. Кроме того, бобруйчане расширили свои знания о строении человека, узнали о жизни микроорганизмов, паразитов и насекомых и обучились гигиеническим навыкам и технике мытья рук.

Спасибо всем организаторам и участникам! Здоровья Вам, бобруйчане!

фельдшер-валеолог отдела общественного здоровья

Наталья Кравец

инструктор-валеолог УЗ «БЦБ» Светлана Огородник



Адрес редакции:
213822, г.Бобруйск, ул. Гагарина, 34
тел.: (0225) 72-72-68
факс (0225) 72-30-70
E-mail: bnov.bcb@yandex.by

Директор издания: Владимир Гацко

Главный редактор: Юлия Семашенко

Редакционный совет:
Марина Горбачевская, Мария Баханкова-Масляк,
Юлия Семашенко, Анастасия Пильщикова,
Вероника Левчук, Юлия Рудович, Яна Шуменок,
Ольга Щемелева

Технический редактор:
Александр Русакович

Бобруйского научного общества врачей благодарит
УП "Студия дизайна и рекламы "Дикович и К" за
оказанную благотворительную помощь в печати
информационного бюллетеня

т. 500 экз.