

НОВЫЙ ПОРЯДОК ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ НЕГАТИВНУЮ РЕАКЦИЮ ГРАЖДАН

Изменения, которые могут быть внесены в первый этап прохождения диспансеризации, будут в целом положительно восприняты населением России, однако вначале может последовать негативная реакция на исключение из диспансеризации таких исследований, как общий анализ крови, мочи, а также УЗИ органов брюшной полости. Минздрав предлагает с 1 января 2018 г. убрать из диспансеризации общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи и УЗИ органов брюшной полости и таза. В Минздраве подчеркнули, что исключаемые методы использовались главным образом для привлечения населения к прохождению диспансеризации и формирования стереотипа необходимости регулярного обследования.

«Безусловно, что исключение методов первого этапа, а также необходимость проведения маммографии и анализа на скрытую кровь в каловых массах могут негативно повлиять на отклик населения. Однако при адекватном и внятном разъяснении со стороны профессионального сообщества и СМИ эта проблема может быть минимизирована», – подчеркивают в ведомстве.

В Минздраве добавили, что диспансеризация не подменяет текущую работу участкового терапевта, а является ее дополнением. «В случае наличия обоснованных подозрений участковый терапевт должен направить гражданина, пришедшего к нему на прием в рамках диспансеризации, на дополнительное обследование, включая анализы крови, мочи, УЗИ брюшной полости и малого таза или другие необходимые методы исследования», – отметили в ведомстве.

Фонд «Здоровье» раскритиковал новые положения диспансеризации, опубликованные Минздравом. В частности, специалисты фонда выразили несогласие с доводами ведомства о том, что исключенные из первого этапа диспансеризации анализы и процедуры затратны, малоинформативны и несут риски для здоровья пациента.



БЕСПЛАТНЫЕ ЛЕКАРСТВА ПРИВЯЖУТ К ДИАГНОЗУ

Наличие или отсутствие инвалидности не будет влиять на доступ к льготным медикаментам. Минздрав РФ обсуждает возможность привязать льготные лекарства к диагнозу пациента, а не к инвалидности. Об этом сообщил замминистра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева.

«Вопрос привязки лекарственного обеспечения в регионе к диагнозу пациента, а не к инвалидности и льготам сейчас прорабатывается в Минздраве», – сказала она. Ранее на круглом столе в Госдуме председатель комитета по охране здоровья Дмитрий Морозов выступил за обеспечение граждан лекарствами по нуждаемости, а не по факту получения ими льгот по инвалидности.

В ходе обсуждения этой проблемы в Госдуме некоторые эксперты отмечали, что по ряду заболеваний (например, болезнь Крона) пациент, в соответствии с действующим законодательством, не может получить лекарства бесплатно раньше, чем это заболевание фактически приведет к инвалидности пациента. При этом, указывали эксперты, цены на лекарства при некоторых диагнозах могут варьироваться от 10 тыс. руб. в месяц до нескольких сотен тысяч.



РОССИЙСКИЕ УЧЕНЫЕ ПРЕДЛОЖИЛИ НОВОЕ СРЕДСТВО ПРОТИВ ГРИППА

Ученые Томского политехнического университета совместно с коллегами из Санкт-Петербурга и Лондона опубликовали научную статью, в которой представили новый метод борьбы с вирусом гриппа А/Н1N1. Полученные результаты могут быть использованы для разработки новых систем доставки противовирусных препаратов, которые помогут эффективнее бороться с различными типами гриппа.

Исследование провели ученые Лаборатории новых лекарственных форм Центра RASA на базе Томского политехнического университета, Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Научно-исследовательского института гриппа Минздрава России в Санкт-Петербурге и Школы инженерных наук и материаловедения Лондонского университета королевы Марии. Участие в разработке технологии также принимают ученые Института детской гематологии и трансплантологии имени Раисы Горбачевой.

Новый метод борьбы с вирусом А/Н1N1 заключается в том, чтобы не искать новые вакцины от гриппа, а «научить» иммунитет пациента быстрее вырабатывать собственные интерфероны – белки, благодаря которым наш организм становится невосприимчивым к вирусу. Ученые Лаборатории новых лекарственных форм Центра RASA при ТПУ предлагают активировать иммунную систему клеток организма с помощью сферических гибридных микроконтейнеров, в которых содержатся антивирусные РНК (рибонуклеиновые кислоты).

«Мы использовали малые интерферирующие РНК, которые взаимодействуют с матричной РНК вируса гриппа. Это приводит к деградации «вирусной» РНК, предотвращая ее трансляцию на рибосомах в кодируемый ею белок, что способствует снижению экспрессии вирусного гена», – отмечает один из главных авторов статьи Александр Тимин, младший научный сотрудник лаборатории новых лекарственных форм Центра RASA при ТПУ.

Доставка микроконтейнеров, содержащих малые интерферирующие РНК (миРНК), осуществляется в организм пациента респираторно – через носовые пазухи. В полости носовых пазух микроконтейнер деградирует и высвобождает миРНК в клетки, которые при заражении организма вирусом выделяют мало интерферонов.

Достигая нужной клетки – клетки-мишени, микроконтейнер разлагается, высвобождая антивирусные миРНК. В результате трансфекции, то есть введения в клетку генетического материала, происходит блокировка вирусного генома, что приводит к снижению репродукции вируса гриппа.

Впервые разработан подход эффективной доставки матричной РНК путем инкапсулирования в новые гибридные микроносители, которые получают с помощью комбинации послойного метода и золь-гель-химии. Полученные гибридные носители обладают несколькими преимуществами: низкой токсичностью, эффективной внутриклеточной доставкой и защитой миРНК от преждевременной деградации до достижения клеток-мишеней.



ФАГОТЕРАПИЯ СПРАВИЛАСЬ С СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ

Фаготерапия очень эффективна при лечении упорных хронических инфекций дыхательных путей, вызванных штаммами *Pseudomonas aeruginosa* – бактерий с множественной лекарственной устойчивостью. Ученые из Университета Ливерпуля (University of Liverpool) впервые показали, что фаги способны убивать синегнойную палочку при длительном инфицировании легких, например при муковисцидозе. Из-за антимикробной резистентности хронические легочные инфекции, вызванные бактерией *Pseudomonas aeruginosa*, все труднее поддаются лечению. Ограниченные альтернативные терапевтические возможности привели ученых к возобновлению интереса к фаготерапии. Недавно ВОЗ определила *Pseudomonas aeruginosa* в качестве одного из ключевых возбудителей, против которого существует острая необходимость разработки новых методов лечения. Это новое исследование дает ценные доклинические доказательства того, что фаготерапия является жизнеспособным и весьма перспективным вариантом.



ПНЕВМОКОККОВАЯ ВАКЦИНА СНИЗИЛА ЧИСЛО БАКТЕРИЕМИЙ У ДЕТЕЙ НА 95%

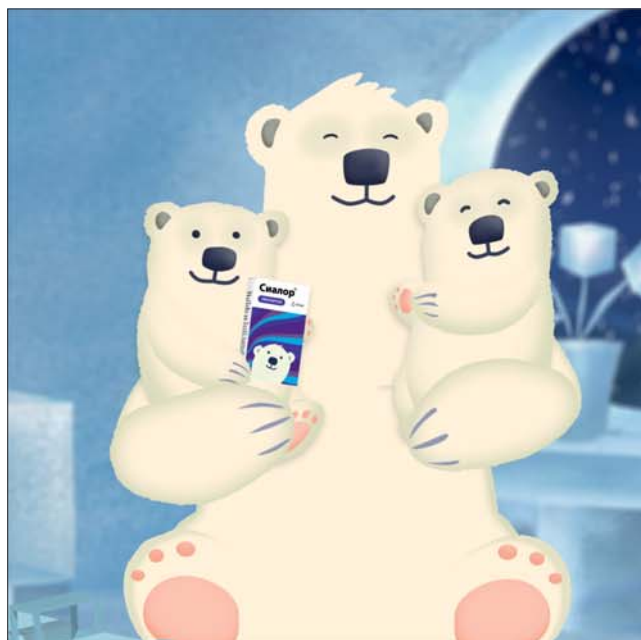
Вместо быстро сдающей свои позиции пневмококковой инфекции на первый план у детей выходят другие причины бактериемии.

Использование 13-валентной конъюгированной пневмококковой вакцины (PCV13) на 95% снижает бактериемию пневмококка у детей. Таковы результаты исследования американских ученых, оценивавших причины бактериемии у детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет.

Доктор Тара Гринхоу (Tara Greenhow) из Kaiser Permanente Northern California и ее коллеги оценивали три временных промежутка: до введения 7-валентной пневмококковой вакцины (PCV7), промежуток от введения PCV7 до появления PCV13 и, наконец, после внедрения в клиническую практику PCV13. Выяснилось, что, например, пневмококковые карбункулы после появления в арсенале педиатров PCV13 стали встречаться на 95,3% реже (74,5 на 100 тыс. детей в год в первом изучаемом периоде, 10 – во втором и 3,5 – в третьем).

При этом на первый план вышли другие инфекции, прежде всего кишечная палочка, сальмонелла и золотистый стафилококк. В третьем изучаемом периоде, то есть после внедрения PCV13, в крови детей фиксировался 21 патоген, из которых на три перечисленных возбудителя пришлось 77% случаев.

76% бактериемий в постPCV13-периоде распределились следующим образом: 34% – на инфекции мочевыводящих путей, 17% – на гастроэнтериты, 8% – на пневмонии, еще 8% – на остеомиелиты, 6% – на инфекции кожи и подкожной клетчатки, 3% – на прочее. У детей от 3 до 11 месяцев самой частой причиной бактериемии оказалась кишечная палочка, в 93% случаев источником бактериемии становились мочевыводящие пути. Такое перераспределение возбудителей в педиатрической практике необходимо учитывать, подчеркивает доктор Гринхоу. Это может сказаться как на диагностическом поиске, так и на подборе антибактериальных препаратов.



Сиалор®

ПРОТАРГОЛ

Сиалор® (протаргол) включает в себя: таблетку для приготовления раствора, растворитель, флакон с крышкой-пипеткой или насадкой-распылителем.

- Антибактериальные свойства
- Удобная форма выпуска
- Срок хранения 2 года*



ТУ 9158-025-47509455-2013

Способ применения**



*в неразведенном виде
**инструкция по применению

www.sialor.ru



ЗАО «ПФК Обновление»
Россия, г. Новосибирск
Тел./факс: 8 (800) 200-0995

Реклама. Гигиеническое средство. Не является лекарством

ТОНЗИЛЛЕКТОМИЯ УСТРАНЯЕТ СИНДРОМ ДЕТСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ

Гипертрофия язычных миндалин является общепризнанной причиной синдрома обструктивного апноэ и обструкции дыхательных путей у детей. Несколько исследований предположили, что тонзиллэктомия может быть эффективным методом решения этой проблемы. Доктор Вэй Чунг Хсу (Wei-Chung Hsu) из Национального тайваньского университетского госпиталя (National Taiwan University Hospital in Taipei) в Тайбэе и его коллеги провели ретроспективный метаанализ случаев заболевания у 73 пациентов.

После проведенной операции отмечалось среднее улучшение индекса апноэ и гипопноэ (ИАГ): во всех четырех исследованиях частота приступов апноэ и гипопноэ за 1 час сна была сокращена до 8,9 приступа, а минимальное насыщение кислородом увеличилось на 6%. Были и послеоперационные осложнения: у трех пациентов – обструкция дыхательных путей, вызванных отеком языка (успешно лечится с помощью кислородной терапии и кортикостероидов), у одного пациента – послеоперационное кровотечение, которое требовало повторной операции, и еще у одного – пневмония.

«С клинической точки зрения это исследование подтверждает благотворное влияние тонзиллэктомии при лечении обструктивного апноэ у детей, вызванного гипертрофией язычной миндалины, и врачи могут считать это стратегией лечения у таких пациентов, – заключают ученые. – Тем не менее в большинстве случаев не удается достичь полного разрешения проблемы». По мнению педиатра Стейси Ишман (Stacey Ishman) из Детской больницы Цинциннати Медицинского центра в Огайо (Cincinnati Children's Hospital Medical Center in Ohio), у детей с обструктивным апноэ и увеличенными язычными миндалинами их удаление является выходом из положения. «Шансы на успех составляют 50%, и это разумный вариант для детей с гипертрофией язычных миндалин, которые уже потерпели неудачу в аденоидотомии», – говорит Стейси Ишман.



ПРОБИОТИКИ ПОМОГАЮТ В БОРЬБЕ С СЕЗОННОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

По мнению группы ученых из Флориды, побороть симптоматику сезонной аллергии можно в том случае, если регулярно употреблять пробиотики. Для этого нужно использовать специальные комбинации, которые подбираются индивидуально.

В результате последних проведенных исследований было установлено, что наиболее эффективной комбинацией является смесь лактобацилл и бифидобактерий. В практической части эксперимента приняло участие больше 173 добровольцев, которые страдают от сезонных аллергических реакций. Все участники были разделены на две группы. Первой давали комбинацию из вышеуказанных пробиотиков, а вторые получали плацебо. Эксперимент длился в течение 8 недель. Было установлено, что люди из первой группы начали чувствовать себя гораздо лучше. Следует отметить и то, что микрофлора желудка не изменилась. Теперь ученым предстоит выяснить, как именно действуют пробиотики при конкретном случае аллергии.



ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ТРИ ГОДА

Действие двухлетнего курса сублингвальной иммунотерапии почти не отличается от эффекта плацебо.

Британские исследователи совместно с коллегами из США выяснили, что эффект двухлетнего курса сублингвальной иммунотерапии (СЛИТ) практически соответствует применению плацебо. Исследование показало, что пациентам, страдающим от умеренного и тяжелого сезонного аллергического ринита, необходима более продолжительная иммунотерапия.

Подкожная иммунотерапия (ПКИТ) и СЛИТ представляют собой методы лечения аллергического ринита, причем ПКИТ уже зарекомендовала себя как высокоэффективный метод, а СЛИТ является более новой альтернативой. Было показано, что трехлетний курс лечения любым из этих методов изменяет течение болезни и способствует долговременному ослаблению симптомов ринита (на несколько лет после прекращения лечения). Однако такое длительное лечение является дорогим и не слишком удобным для пациента, поэтому авторы статьи разработали рандомизированное двойное слепое исследование с плацебо-контролем, изучающее влияние двухлетнего курса СЛИТ на течение аллергического ринита.

В исследовании приняли участие 106 человек. Исследователи случайным образом распределили пациентов по трем группам. В первой пациенты получали СЛИТ-таблетки и плацебо-инъекции, во второй – плацебо-таблетки и ПКИТ-инъекции, в третьей – плацебо-таблетки и плацебо-инъекции. Исследование проходило с 2011 по 2015 г., при этом оценивалось уменьшение симптомов аллергии через год после окончания СЛИТ. Результат лечения определяли с помощью опросника, в котором пациенты должны были оценить свое состояние по шкале общих назальных симптомов (ШОНС). Согласно ШОНС, 0 баллов – это отсутствие симптомов ринита, 12 баллов – симптомы максимальной интенсивности. Баллы от 7 до 12 рассматривались как индикаторы среднего и тяжелого ринита. Главной задачей исследования было сравнение группы пациентов, получавших СЛИТ, и группы пациентов, получавших плацебо. Группа пациентов, получавших ПКИТ, была использована в качестве положительного контроля. Через год после окончания лечения средний балл по ШОНС в группе пациентов, получавших СЛИТ, составил 4,73, а в группе пациентов, получавших плацебо, – 4,81.

Достоверной разницы между этими двумя группами выявлено не было.

«Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что два года не достаточно для того, чтобы СЛИТ индуцировала долговременный клинический эффект, – пишет доктор Линда Кокс (Linda S. Cox) из Медицинской школы Миллера при Университете Майами (University of Miami Miller School of Medicine) в сопутствующем комментарии к статье. – Кроме того, полученные результаты подтверждают правильность руководств по клинической практике, в которых рекомендуется проводить СЛИТ по меньшей мере в течение трех лет».

В дальнейшем ученые планируют провести клинические исследования, позволяющие непосредственно сравнить действие СЛИТ и ПКИТ.

