



ISSN 1994-8921

**ЗДОРОВЬЕ,
ДЕМОГРАФИЯ, ЭКОЛОГИЯ
ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ**

**№1
2017**

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Ministry of Health of the Russian Federation
Izhevsk State Medical Academy

**ЗДОРОВЬЕ, ДЕМОГРАФИЯ, ЭКОЛОГИЯ
ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ**

**HEALTH, DEMOGRAPHY, ECOLOGY
OF FINNO-UGRIC PEOPLES**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL THEORETICAL AND PRACTICAL JOURNAL

ОСНОВАН В 2008 ГОДУ

FOUNDED IN 2008

№ 1

ВЫХОДИТ ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

Главный редактор *Н.С. Стрелков*

Editor-in-Chief N.S. Strelkov

ИЖЕВСК • 2017

IZHEVSK • 2017

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Н.С. Стрелков (Российская Федерация), главный редактор; **Л.Л. Майор** (Венгрия), заместитель главного редактора; **Л. Ленард** (Венгрия), заместитель главного редактора

EDITORIAL BOARD

N.S. Strelkov (*Russian Federation*), *Editor-in-Chief, Deputy Editor-in-Chief*;
L.L. Major (*Hungary*), **L. Lenard** (*Hungary*), *Deputy Editor-in-Chief*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Л.Н. Буранова (Ижевск); **Я.М. Вахрушев** (Ижевск); **О.А. Корепанова** (Ижевск); **А.И. Мартынов** (Москва); **Г.А. Никитина** (Ижевск); **Г.В. Павлова** (Ижевск); **Н.М. Попова** (Ижевск); **А.А. Спасский** (Москва); **В.Ф. Стафеев** (Петрозаводск); **В.В. Фаузер** (Сыктывкар); **А.Д. Чуршин** (Ижевск); **А.Е. Шкляев** (Ижевск); **Л.Л. Шубин** (Ижевск); **М.А. Якунчев** (Саранск)

EDITORIAL COUNCIL

L.N Buranova (*Izhevsk*); **Ya.M. Vakhrushev** (*Izhevsk*); **O.A. Korepanova** (*Izhevsk*); **A.I. Martynov** (*Moscow*); **G.A. Nikitina** (*Izhevsk*); **G.V. Pavlova** (*Izhevsk*); **N.M. Popova** (*Izhevsk*); **A.A. Spasskiy** (*Moscow*); **V.F. Staffeev** (*Petrozavodsk*); **V.V. Fauzer** (*Syktvykar*); **A.D. Churshin** (*Izhevsk*); **A.Ye. Shklyayev** (*Izhevsk*); **L.L. Shubin** (*Izhevsk*); **M.A. Yakunchev** (*Saransk*)

Ответственный секретарь **К.А. Данилова**
Executive secretary **X.A. Danilova**

Адрес редакции: Россия, Удмуртская Республика, 426034,
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281
Телефон (3412) 68-52-24

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.
Свидетельство ПИ № ФС77-36977 от 27.07.2009.
Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования.
Публикуемые статьи в полнотекстовом доступе размещаются на сайте научной электронной библиотеки www.elibrary.ru.

© Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2017

Научный редактор *Н.М. Попова*
Компьютерная верстка *М.С. Ширококова*
Художественный редактор *А.С. Киселёва*
Переводчик *М.Л. Кропачева*
Корректор *Н.И. Ларионова*
Дата выхода в свет . Подписано в печать 27.04.2017.
Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 7,9. Уч.-изд. л. 6,4.
Тираж 500 экз. Зак.

РИО ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России
Учредитель: ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, 426034, г. Ижевск,
ул. Коммунаров, 281.
Отпечатано в ООО «Рекам»
460000, г. Оренбург, ул. Карагандинская, 15.
Цена свободная.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Т. В. Коваленко, Е. Г. Вихарева
КАФЕДРА ПЕДИАТРИИ И НЕОНАТОЛОГИИ:
ИСТОРИЯ В ЛИЦАХ 5

T. V. Kovalenko, E. G. Vikhareva
DEPARTMENT OF PEDIATRICS AND NEONATOLOGY: HISTORY IN THE PEOPLE 5

Е. А. Тюлькина, А. В. Попов
ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ДЕСЯТЬ ЛЕТ 7

E. A. Tyulkina, A. V. Popov
DYNAMICS OF MORTALITY FROM TUBERCULOSIS IN THE UDMURT REPUBLIC FOR TEN YEARS 8

Т. Л. Рединова, В. В. Фролова, О. А. Коршунова, Г. Г. Комарова, Э. О. Рединова, А. Л. Булавина, В. А. Перевозчиков
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ИЖЕВСКА ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ 10

T. L. Redinova, V. V. Frolova, O. A. Korshunova, G. G. Komarova, E. O. Redinova, A. L. Bulavina, V. A. Perevozchikov
INCIDENCE OF DISEASES BASED ON THE NUMBER OF ADULTS SEEKING DENTAL HELP IN IZHEVSK 10

Н. М. Попова, Е. А. Зимина, Е. В. Казакова, И. Ю. Абидина, И. Л. Лебедева, К. Б. Цыгвинцев, О. В. Шкляева, М. К. Исхакова, И. В. Духтанов, Н. В. Киреева
МОДЕЛЬ ГИГИЕНЫ И ОХРАНЫ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 14

N. M. Popova, E. A. Zimina, E. V. Kazakova, I. Yu. Abidina, I. L. Lebedeva, K. B. Tsygvintsev, O. V. Shklyayeva, M. K. Iskhakova, I. V. Dukhtanov, N. V. Kireeva
MODEL OF VISION PROTECTION FOR PRESCHOOL CHILDREN 15

Л. И. Растегаева, К. А. Данилова, Е. А. Козырева, А. В. Сахалдинова
ОСВОЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ СТУДЕНТАМИ МЛАДШИХ КУРСОВ НА КАФЕДРЕ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА И В ЦЕНТРЕ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ 18

L. I. Rastegaeva, K. A. Danilova, E. A. Kozyreva, A. V. Sakhaldinova
ACQUIRING PRACTICAL SKILLS BY JUNIOR STUDENTS AT THE DEPARTMENT OF HUMAN ANATOMY AND IN THE CENTRE FOR PRACTICAL SKILLS 18

С. А. Зыкина, Е. Ю. Шкатова, Г. Г. Халиуллина
ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ О ПРАВОВЫХ АСПЕКТАХ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 21

S. A. Zykina, E. Yu. Shkatova, G. G. Khaliullina
STUDYING DOCTORS' AND STUDENTS' AWARENESS OF THE LEGAL ASPECTS OF MEDICAL PRACTICE 21

Е. А. Тюлькина, Н. М. Попова, А. В. Попов
ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ 23

E. A. Tyulkina, N. M. Popova, A. V. Popov
CHARACTERISTICS OF TUBERCULOSIS INCIDENCE AMONG THE POPULATION OF THE UDMURT REPUBLIC 23

ДЕМОГРАФИЯ

Н. С. Стрелков, Н. М. Попова, В. Н. Савельев
РЕЦЕНЗИЯ НА АТЛАС УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ 26

N. S. Strelkov, N. M. Popova, V. N. Savelyev
REVIEW OF THE ATLAS OF THE UDMURT REPUBLIC 26

Н. С. Стрелков, Л. Л. Шубин, З. В. Шубина
XIII СЪЕЗД УДМУРТСКОГО НАРОДА 29

N. S. Strelkov, L. L. Shubin, Z. V. Shubina
XIIITH CONGRESS OF THE UDMURT PEOPLE 29

ЭКОЛОГИЯ

Э. Т. Садыкова, Н. М. Попова, Т. Т. Садыков
ДИНАМИКА МНОГОЛЕТНИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КЛЕЩЕВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (1954–2015 гг.) 34

E. T. Sadykova, N. M. Popova, T. T. Sadykov
DYNAMICS OF PERENNIAL CHANGES OF MORBIDITY OF TICK-BORNE DISEASES IN THE UDMURT REPUBLIC (IN THE YEARS 1954–2015) 34

В. В. Тихонова
ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В УДМУРТИИ 40

V. V. Tikhonova
EPIZOOTOLOGICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME IN THE UDMURT REPUBLIC 41

- В. В. Туганаев, И. Л. Бухарина, Т. П. Романова*
НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА УДМУРТИИ 42
- V. V. Tuganayev, I. L. Bukharina, T. P. Romanova*
FOLK MEDICINE IN UDMURTIA 42
- КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**
- М. И. Слобожанин, В. А. Коровкин, А. А. Акимов*
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ХИАТАЛЬНЫХ ГРЫЖ И РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА . . . 45
- M. I. Slobozhanin, V. A. Korovkin, A. A. Akimov*
LAPAROSCOPIC CORRECTION OF HIATAL HERNIA AND REFLUX ESOPHAGITIS 45
- С. Н. Найдёнкина, Е. Н. Замина, М. К. Ермакова*
К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АНЕМИИ У МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 47
- S. N. Naidenkina, E. N. Zamina, M. K. Ermakova*
ON THE ISSUE OF THE PREVALENCE OF ANEMIA IN INFANTS AND TODDLERS 47
- В. А. Глумова*
КЛЕТОЧНЫЕ И ПОПУЛЯЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕГУЛИРУЮЩИХ И КООРДИНИРУЮЩИХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА 49
- V. A. Glumova*
CELLULAR AND POPULATION MECHANISMS OF THE DEVELOPMENT AND FUNCTIONING OF REGULATING AND COORDINATING BODY SYSTEMS 49
- Ж. И. Бородина, Л. А. Давыдова, Т. Г. Поздеева, Т. М. Каменщикова, Г. А. Малинина, М. В. Петренко*
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ УЧАСТИЯ КИШЕЧНЫХ ТОКСИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ 52
- Zh. I. Borodina, L. A. Davydova, T. G. Pozdeyeva, T. M. Kamenshchikova, G. A. Malinina, M. V. Petrenko*
CLINICAL AND MORPHOLOGICAL SUBSTANTIATION OF THE INVOLVEMENT OF INTESTINAL TOXINS IN THE PATHOGENESIS OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME 52
- М. В. Ляпина*
ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЛИЧНОСТНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ 56
- M. V. Lyapina*
DESCRIPTION OF THE DISORDERS OF EATING BEHAVIOUR AND PERSONALITY AND EMOTIONAL SPHERE IN YOUNG PEOPLE WITH OBESITY 56
- Н. Н. Андреева, Д. Н. Королева, Н. И. Пенкина, Е. Н. Богатырева*
ХРОНИЧЕСКОЕ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ НАЛИЧИЕМ МУТАЦИИ ГЕНА ЯНУС-КИНАЗА 2 58
- N. N. Andreeva, D. N. Koroleva, N. I. Penkina, E. N. Bogatyreva*
CHILDHOOD CHRONIC MYELOPROLIFERATIVE DISEASE CAUSED BY THE PRESENCE OF JANUS KINASE 2 MUTATION 58
- И. Г. Малахова, А. Г. Бессонов, Е. С. Пименова*
ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ КОРРЕКЦИИ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРИ ЦИРРОТИЧЕСКОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 61
- I. G. Malakhova, A. G. Bessonov, E. S. Pimenova*
FIRST EXPERIENCE OF RADIOGRAPHIC ENDOVASCULAR CORRECTION OF THROMBOCYTOPENIA IN CIRRHOTIC PORTAL HYPERTENSION 61
- ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**
- Е. Ю. Шкатова, И. Н. Бахшаев*
УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТОГО ПНЕВМОТОРАКСА 64
- E. Yu. Shkatova, I. N. Bakshaev*
DEVICE FOR THE TREATMENT OF OPEN PNEUMOTHORAX 64
- С. В. Соковнина, Г. В. Павлова, А. С. Осокина*
ОЦЕНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СВОЙСТВ КОСМЕТИЧЕСКОГО КРЕМА АВТОРСКОЙ РАЗРАБОТКИ 66
- S. V. Sokovnina, G. V. Pavlova, A. S. Osokina*
EVALUATION OF ANTIBACTERIAL PROPERTIES OF THE AUTHORS' COSMETIC CREAM . . . 66

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК: 378.661.096 (470.51.-25):616-053.2 (092)

Т. В. Коваленко, Е. Г. Вихарева

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра педиатрии и неонатологии

КАФЕДРА ПЕДИАТРИИ И НЕОНАТОЛОГИИ: ИСТОРИЯ В ЛИЦАХ

Коваленко Татьяна Викторовна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (912) 447-53-61, e-mail: tatkov18@mail.ru; **Вихарева Елена Геннадьевна** — ассистент кафедры кандидат медицинских наук

В феврале 2017 года кафедра педиатрии и неонатологии ИГМА отметила свой 80-летний юбилей. Статья посвящена истории образования и становления кафедры.

Ключевые слова: Ижевская государственная медицинская академия; кафедра педиатрии и неонатологии; история кафедры

T. V. Kovalenko, E. G. Vikhareva

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Pediatrics and Neonatology

DEPARTMENT OF PEDIATRICS AND NEONATOLOGY: HISTORY IN THE PEOPLE

Kovalenko Tatiana Victorovna — Head of the department Doctor of Medical Sciences, Professor; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel.: 89124475361, e-mail: tatkov18@mail.ru; **Vikhareva Elena Gennadievna** — Lecturer Candidate of Medical Sciences

February 2017 marks 80 years of the creation of the Department of Pediatrics and Neonatology of Izhevsk State Medical Academy. The article is devoted to the history of education and the formation of the department.

Key words: Izhevsk State Medical Academy; Department of Pediatrics and Neonatology; history of the department

Кафедра детских болезней Ижевского государственного медицинского института организована в феврале 1937 года на базе детского отделения (45 коек) Республиканской больницы [2, 5]. Первым руководителем кафедры (1937–1941 гг.) был профессор Э. Б. Фурман, ранее работавший в г. Ленинграде. Это был всесторонне образованный человек, владевший 7 европейскими языками, прекрасно разбиравшийся в музыке, литературе, искусстве. Его лекции были лучшими в институте. А. И. Перовщикова вспоминала: «Продумать каждого больного – таково было его требование. Если врач докладывает больно-го по истории болезни – значит, он его не продумал, не перестрадал».

В годы Великой Отечественной войны кафедру возглавляли эвакуированные из дру-

гих институтов профессора: А. И. Доброхотова (1941–1942 гг., г. Москва), Н. Р. Шагин (1942–1943 гг., г. Сталинград), С. П. Борисов (1943–1945 гг., г. Донецк). С 1946 года в течение 25 лет кафедрой заведовала профессор А. И. Перовщикова.

Александра Ивановна родилась в 1905 году в удмуртской крестьянской многодетной семье в деревне Трубашур Глазовского уезда. С малых лет ее отличало непреклонное желание учиться. В 1929 году Александра Ивановна оканчивает Пермский университет (медицинский факультет) и выбирает педиатрию. Первым местом ее работы стал пункт охраны здоровья детей и подростков в г. Глазове – профилактическое учреждение при педагогическом техникуме. С 1937 года профессиональный путь Александ-

ры Ивановны был связан с Ижевским медицинским институтом, где она начинала работать ассистентом на кафедре детских болезней под руководством профессора Э. Б. Фурмана. В годы войны она успешно защитила кандидатскую диссертацию «Гипотрофии в яслях города Ижевска и борьба с ними» (1944 г.). В докторской диссертации «Дети Удмуртии» (1950 г.) ею обобщен 30-летний опыт системы материнства и детства в республике. После блестящей защиты докторской диссертации Александра Ивановна получила предложение перейти работать в Институт педиатрии и возглавить пост главного педиатра МЗ РСФСР. Но она ответила, что считает своим долгом помогать своему удмуртскому народу, который ее вырастил и воспитал.

Александра Ивановна является основателем педиатрической школы республики. Она организовала на базе 4-й городской больницы детский больничный комплекс – соматический стационар, детское инфекционное отделение, ЛОР-отделение и детскую хирургию. Для создания специализированной помощи детям в республике требовались огромные усилия, смелость, настойчивость. Профессор Перевощикова посвятила этому всю жизнь, благодаря ее авторитету как ведущего педиатра республики открывались двери руководителей различных ведомств. В 1971 году открыта первая специализированная детская больница – РДКБ с консультативной поликлиникой [4].

Профессор А. И. Перевощикова воспитала многих блестящих педиатров – Л. С. Мякишеву, О. М. Хорошеву, О. М. Лаго, А. И. Смирнову, И. Г. Гришкина, Г. М. Прокопьеву, М. Б. Колесникову. В последующем она напишет о них в своей книге «Судьба моя – дети». О Иване Георгиевиче Гришкине, профессоре, который стал первым деканом педиатрического факультета, она написала: «И. Г. Гришкин является пионером бронхопульмонологического исследования и лечения детей. Он стал душой, организатором и деканом педиатрического факультета». О Маргарите Борисовне Колесниковой профессор А. И. Перевощикова отзывалась так: «Надо отдать должное Маргарите Борисовне – она заинтересовала многих молодых исследователей освоенными ею методами, практически научила их выполнению, и немалое число работ, начатых по ее инициативе, при содружеском руководстве

педиатра и цитолога Р. П. Нарциссова переросло в диссертационные».

Александра Ивановна дала путевку в жизнь и детским хирургам – В. А. Бушмелеву, Ю. А. Акимову, Е. П. Тюлькину: «Подготовка педиатров высокой квалификации – моя прямая обязанность, а детских хирургов, вероятно, готовили немногие педиатры».

Профессор Перевощикова остается самым титулованным педиатром в республике: кавалер орденов Ленина и «Знак Почета», депутат Верховного Совета СССР, член правления Всеобщего общества детских врачей, член редколлегии журналов «Педиатрия» и «Вопросы охраны материнства и детства», заслуженный врач РСФСР.

С 1971 по 1999 год кафедру возглавляла профессор Л. С. Мякишева. Основным направлением ее научных исследований явилось изучение клинко-патогенетических аспектов рахита: кандидатская диссертация (1960 г.), докторская диссертация (1972 г.). За годы ее руководства совершенствовалась работа единственной в республике специализированной многопрофильной детской клиники, расширялось научное взаимодействие с основными федеральными центрами. Учениками Л. С. Мякишевой были успешно защищены 3 докторские диссертации: по проблемам внутриутробных инфекций (А. М. Ожегов), детской эндокринологии (Т. В. Коваленко), бальнеотерапии в гастроэнтерологии (Р. Н. Ямолдинов). В последующем молодые профессора возглавили свои научные направления. Помимо докторских под руководством Л. С. Мякишевой было защищено 20 кандидатских диссертаций (И. Н. Петрова, Л. Ю. Зернова, Л. Е. Вейс, Е. В. Стерхова и другие) [3].

За годы ее руководства на кафедре успешно трудились Н. И. Пенкина, М. К. Ермакова, Л. Д. Никулина, В. П. Осотова, Г. Г. Шилева, М. Н. Столович, А. Н. Осинцев, В. В. Аксенов, М. Г. Калимуллина и другие.

Людмилу Степановну всегда отличала активная жизненная позиция. Она избиралась депутатом горсовета, горкома КПСС, возглавляла республиканский совет женщин. Государство и правительство высоко оценили деятельность ее как врача, ученого, педиатра и организатора. Она награждена медалями «За трудовую доблесть», «50 лет Победы в Великой Отечест-

венной войне», значком «Отличник здравоохранения», Почетной грамотой Президиума Верховного совета УР.

Профессор Л. С. Мякишева – гордость Ижевской медицинской академии, а для нас, ее учеников – мудрый и любимый наставник, научивший любить свою профессию, быть последовательными и самостоятельными в достижении цели, радоваться жизни.

В 1999 году заведовать кафедрой было поручено профессору А. М. Ожегову, известному педиатру-гематологу, опытному клиницисту с широкой эрудицией. Профессор А. М. Ожегов – высококвалифицированный педагог, заслуженный врач РФ, с высшей квалификационной категорией по педиатрии, являлся, по мнению выпускников, одним из лучших лекторов на педиатрическом факультете медицинской академии. С 1996 года возглавлял детскую гематологическую службу Удмуртской Республики как главный внештатный специалист. Он имеет 2 патента на изобретения, подготовил 2 монографии, опубликовал 365 научных работ. Молодой современный руководитель дал новый толчок научным исследованиям на кафедре с безусловной практической направленностью. Под его руководством было защищено 2 докторские: по проблемам аллергологии (Н. И. Пенкина), детской гематологии (С. М. Дунаев), также выполнены 13 кандидатских диссертаций. Научные исследования касались патологии системы крови в детском возрасте, наиболее значимых заболеваний новорожденных, эндокринопатий у детей, метаболизма костной ткани при соматической патологии. Учениками А. М. Ожегова являются Е. Г. Вихарева, Е. Г. Мансурова, И. И. Ивонина, Н. Н. Андреева, Е. А. Гуничева, Т. В. Ларина, Т. В. Симонова, А. В. Цыганок, Д. Н. Королева, А. А. Половникова, Н. В. Зайцева, Т. Ю. Тарасова [1].

УДК 616-002.5-036.88 (470.51)

Е. А. Тюлькина¹, А. В. Попов²

¹БУЗ УР «Республиканская клиническая туберкулезная больница МЗ УР», г. Ижевск

²БУЗ УР «Республиканский детский санаторий «Ласточка» МЗ УР», г. Ижевск

ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ДЕСЯТЬ ЛЕТ

Тюлькина Екатерина Анатольевна – главный врач; г. Ижевск, ул. Славянское Шоссе, 0/1, тел.: 8 (3412) 95-69-51, e-mail: info@rktb.udm.ru; Попов Алексей Владимирович – главный врач кандидат медицинских наук

В статье дан анализ смертности от туберкулеза в Удмуртской Республике за последние десять лет.

Ключевые слова: туберкулез; смертность; население

А. И. Перевощикова, Л. С. Мякишева, А. М. Ожегов – три профессора, три руководителя кафедрой, разные по характеру и научным изысканиям, но их объединяет одно – все они являются педиатрами номер один своего времени.

С 2014 года кафедрой руководит профессор Т. В. Коваленко, на кафедре работают профессор Н. И. Пенкина, доценты И. Н. Петрова, Л. Ю. Зернова, Е. В. Стерхова, ассистент Е. Г. Вихарева. Сотрудники кафедры верны научным традициям, заложенным уважаемыми учителями, полны новыми идеями и планами. Мы благодарны руководству академии, ректору профессору Н. С. Стрелкову за всестороннюю помощь и поддержку, главным врачам клинических баз за доброе сотрудничество, признательны коллегам, каждый из которых внес частицу сердца и души в славную летопись кафедры педиатрии и неонатологии ИГМА.

Список литературы:

1. **Вихарева, Е. Г.** Гендерные различия качества жизни детей школьного возраста в Удмуртии / Е. Г. Вихарева // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – № 3. – С. 42–44.
2. **Горбунов, Ю. В.** Инновационные технологии восстановительной медицины: теоретические основы и практическая реализация в Удмуртской Республике / Ю. В. Горбунов, А. Е. Шкляев, А. М. Корепанов // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – № 3. – С. 115–116.
3. **Зернова, Л. Ю.** Состояние специализированной высокотехнологической помощи новорожденным в Удмуртской Республике / Л. Ю. Зернова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – № 3. – С. 44–46.
4. **Перевощикова, А. И.** Судьба моя – дети / А. И. Перевощикова. – Устинов: Удмуртия, 1991. – 200 с.
5. **Стрелков, Н. С.** Опыт работы Ижевской государственной медицинской академии по целевой подготовке медицинских кадров / Н. С. Стрелков, А. Е. Шкляев, Д. А. Толмачев // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – № 3. – С. 55–57.

E. A. Tyulkina¹, A. V. Popov²

¹Republic Clinical Tuberculosis Hospital, Izhevsk

²Republic Children Sanatorium «Lastochka» («Swallow»), Izhevsk

DYNAMICS OF MORTALITY FROM TUBERCULOSIS IN THE UDMURT REPUBLIC FOR TEN YEARS

Tyulkina Ekaterina Anatolevna — Head Doctor; 0/1 Slavyanskoye Shosse st., Izhevsk, tel.: 8 (3412) 95-69-51, e-mail: info@rktb.udm.ru; Popov Aleksey Vladimirovich — Head Doctor Candidate of Medical Sciences

The article presents an analysis of mortality from tuberculosis in the Udmurt Republic in the last ten years.

Key words: tuberculosis; mortality; population

По данным ВОЗ, туберкулез является основной инфекционной причиной смерти в мире. Несмотря на успехи современной науки в области разработки диагностических средств, предупреждения эпидемий и лечения, заболеваемость и смертность от туберкулеза высокая. Распространение туберкулеза связано с процессами глобализации и миграции. Россия находится на 22-м месте в мире по уровню заболеваемости и смертности от туберкулеза [2]. За последние десять лет здравоохранению удалось добиться внушительных результатов в борьбе с распространением болезни [3,4]. Принято считать, что напряженность эпидемической ситуации по туберкулезу можно с высокой достоверностью оценить по величине показателя смертности от туберкулеза. Предполагается, что данный показатель в меньшей степени, чем заболеваемость или распространенность, зависит от субъективных факторов, в том числе от качества системы учета. В целях снижения смертности населения Российской Федерации от основных причин, в соответствии с протоколом совещания у министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой от 04.02.2015 № 73/17/4, а также письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.02.2015 № 17-06-491 с 2015 года принят и реализуется план снижения смертности от туберкулеза. Утвержден такой план и в Удмуртской Республике (УР).

Цель исследования: анализ смертности от туберкулеза по Удмуртской Республике.

Материалы и методы исследования. Анализ официальной статистической информации о смертности от туберкулеза в Удмуртской Республике и Российской Федерации.

Результаты исследования и их обсуждение. Начиная с 2007 года в Удмуртской Республике отмечается стабильное снижение показателя смертности от туберкулеза, который в 2016 году достиг 6,7 на 100 тыс. населения (в 2007 г. – 20,1)

[1,3]. Это свидетельствует об эффективности мероприятий, проводимых в республике в последние годы, таких как: организация раннего выявления туберкулеза в медицинских учреждениях всех уровней и рациональное лечение, включая многомиллионные затраты на противотуберкулезные препараты в рамках федеральной программы, Национального проекта «Здоровье», республиканской целевой программы «Туберкулез», мероприятий государственной программы «Развитие здравоохранения».

Показатель смертности от туберкулеза в Удмуртской Республике в 2007 году составил 20,1 на 100 тыс. населения. Выше среднереспубликанского уровня смертность в Якшур-Бодьинском районе – 52,8 на 100 тыс. населения, в Ярском районе – 49,6, Киясовском – 34,2, Камбарском – 33,6, Сарапульском – 33,2, в Селтинском – 30,5, Воткинском – 25,0, в г. Воткинске – 24,6. Случаи смерти от туберкулеза зарегистрированы в 2007 году во всех муниципальных образованиях Удмуртской Республики. Основная причина смерти – туберкулез органов дыхания.

В 2016 году наиболее высокая смертность от туберкулеза отмечается в Каракулинском районе – 29,1, Кезском – 26,9, Сюмсинском – 23,8, Якшур-Бодьинском – 18,6, Воткинском – 12,3. В 2016 году в Глазовском, Граховском, Дебесском, Камбарском, Ярском, Юкаменском районах и г. Глазове не зарегистрированы случаи смерти от туберкулеза. Причём в Граховском, Юкаменском районах случаи смерти от туберкулеза не зарегистрированы в течении и трех последних лет.

В динамике за десять лет в Балезинском, Каракулинском, Кезском, Можгинском, Сюмсинском районах и в г. Можге наблюдался рост смертности от туберкулеза. Самый значительный рост показателя зарегистрирован в Кезском районе – в 2,3 раза.

При анализе смертности от туберкулеза и определении путей ее снижения необходимо учи-

тывать один из основных компонентов – число умерших в течение года после регистрации заболевания. В 2006 году данный показатель в Удмуртии составил 29,3% – треть от всех умерших, к 2016 году регистрируется снижение показателя до 20,0%, т.е. каждый пятый из умерших от туберкулеза умирает в течение первого года наблюдения. Этот показатель отражает своевременность выявления и эффективность лечения впервые выявленных пациентов. Также необходимо отметить снижение доли больных, умерших от туберкулеза и выявленных посмертно, с 2,0% до 1,4% в 2016 году.

Динамика показателя смертности от туберкулеза населения Удмуртской Республики в сравнении с Российской Федерацией за 10 лет представлена на рисунке.

Показатели смертности от активных форм туберкулеза в муниципальных образованиях Удмуртской Республики за 10 лет представлены в таблице.



Рис. Смертность от туберкулеза в Удмуртской Республике, Российской Федерации с 2006 по 2016 гг. (на 100 000 населения)

Таблица. Показатели смертности населения в муниципальных образованиях Удмуртской Республики за 2007–2016 годы (на 100 000 населения).

Районы и города	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016/2007
Алнашский	9,6	0,0	19,2	9,6	14,6	0,0	15,3	15,5	5,2	5,3	-45,2
Балезинский	5,4	16,3	13,6	24,8	16,7	17,7	3,0	18,3	15,5	9,4	74,4
Вавожский	11,5	5,8	34,7	23,4	23,5	6,2	6,3	6,3	0,0	6,4	-44,1
Воткинский	25,0	24,9	16,5	36,9	36,8	24,6	8,1	36,5	12,3	12,3	-50,7
Глазовский	16,2	0,0	5,4	0,0	16,1	0,0	5,7	17,0	5,8	0,0	-100,0
Граховский	19,3	19,5	0,0	10,1	20,5	11,0	11,3	0,0	0,0	0,0	-100,0
Дебесский	7,2	0,0	7,3	14,6	0,0	0,0	0,0	8,1	0,0	0,0	-100,0
Завьяловский	24,5	17,7	26,8	9,3	9,2	15,0	8,9	11,9	8,7	8,3	-66,0
Игринский	23,6	18,8	28,3	32,9	21,2	26,4	10,6	8,0	18,8	5,4	-77,1
Каракулинский	15,2	22,8	7,7	0,0	15,4	0,0	25,3	8,6	8,8	29,1	91,6
Кезский	11,7	11,7	7,9	11,9	8,0	4,5	18,4	0,0	14,3	26,9	129,9
Кизнерский	18,7	23,9	33,9	29,2	24,6	30,1	20,4	20,6	15,4	4,8	-74,3
Киясовский	34,2	17,3	25,9	8,6	8,6	29,2	19,8	10,1	0,0	10,4	-69,5
Камбарский	33,6	33,8	29,0	29,4	19,8	33,8	0,0	5,8	5,8	0,0	-100,0
Красногорский	17,1	8,6	17,2	26,0	0,0	0,0	0,0	20,9	21,3	10,9	-36,3
М.-Пургинский	19,2	22,6	22,5	16,1	9,7	18,2	6,1	15,0	3,0	9,0	-53,2
Можгинский	6,8	10,3	6,9	13,8	6,9	14,2	3,6	18,0	3,7	7,4	8,9
Сарапульский	33,2	33,7	12,7	38,5	29,9	16,1	8,1	0,0	8,3	4,1	-87,6
Селтинский	30,5	7,7	7,7	30,8	0,0	0,0	17,9	0,0	0,0	9,4	-69,3
Сюмсинский	13,4	40,5	13,5	13,6	20,4	7,6	22,9	15,3	15,6	23,8	77,4
Увинский	19,5	21,9	14,7	19,6	34,3	10,2	17,9	15,6	20,9	7,9	-59,6
Шарканский	18,6	9,3	23,3	14,0	23,4	21,2	15,8	0,0	15,9	5,3	-71,3
Як-Бодьинский	52,8	39,5	21,9	21,9	21,9	18,6	27,8	18,6	13,9	18,6	-64,8
Ярский	49,6	33,2	16,7	0,0	28,4	33,5	13,8	0,0	14,3	0,0	-100,0
Юкаменский	9,3		19,1	0,0	0,0	20,5	10,6	0,0	0,0	0,0	-100,0
г. Ижевск	13,3	10,9	14,3	11,6	8,7	6,8	9,5	6,9	4,7	3,6	-72,9
г. Можга	10,2	16,2	18,1	10,0	17,9	8,2	8,1	10,0	4,0	12,1	18,3
г. Сарапул	20,0	27,2	8,1	23,4	20,5	12,9	14,0	8,0	8,1	9,1	-54,5
г. Воткинск	24,6	14,4	28,9	21,7	11,4	18,3	14,2	15,3	23,4	13,2	-46,3
г. Глазов	15,1	5,1	3,1	5,2	7,3	5,2	3,2	1,1	2,1	0,0	-100,0
УР территория	20,1	16,1	16,4	15,6	15,1	12,1	11,1	10,3	9,4	6,7	-66,7
Удмуртия МЗ	20,7	16,7	16,8	16,3	14,8	12,1	10,8	9,6	8,1	6,5	-68,6
Россия: тер.	18,4	17,9	16,8	15,4	14,2	12,5	11,3	10,1	9,2	7,5	-100,0
ПФО: тер.			14,3	13,3	12,6	10,9	10,1	8,6	7,5	5,8	

За десятилетний период выявлена чёткая тенденция к снижению показателя смертности, что характеризует стабилизацию эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в Удмуртской Республике.

Вывод. Для снижения смертности больных активным туберкулезом необходимо совершенствовать работу по раннему выявлению заболевания и организовывать регулярную контролирующую химиотерапию, улучшать диагностику и лечение сопутствующих заболеваний, расширять фтизиохирургическую помощь больным, повышать качество совместной работы фтизиатрической службы, общей лечебной сети и санитарно-эпидемиологического надзора. Уровень показателя смертности от туберкулеза во многом зависит от условий

жизни населения. Достоверность коэффициента смертности от туберкулеза зависит от осуществления действенного контроля качества диагностики причин смерти больных туберкулезом.

Список литературы:

1. Государственные статистические отчетные формы, утверждённые Госкомстатом РФ №№ 8, 14, 30, 33, 51, 52, 61, 2010, 2016.
2. Заболеваемость туберкулезом среди взрослого, детского и подросткового населения Удмуртской Республики / Е. А. Тюлькина [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2014. – № 4. – С. 17–20.
3. Приказ МЗ № 109 от 21 марта 2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».
4. **Шилова, М. В.** Туберкулез в Российской Федерации в 2012–2013 гг.: монография / М. В. Шилова. – Москва, 2014. – 244 с.

УДК 616.314-036.2 (470.51-25)

Т. Л. Редина¹, В. В. Фролова¹, О. А. Коршунова², Г. Г. Комарова³, Э. О. Редина³, А. Л. Булавина³, В. А. Перевозчиков⁴

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра терапевтической стоматологии

²АУЗ УР «Республиканская стоматологическая поликлиника МЗ УР», г. Ижевск

³БУЗ УР «Стоматологическая поликлиника № 2 МЗ УР», г. Ижевск

⁴БУЗ УР «Воткинская городская стоматологическая поликлиника МЗ УР», Удмуртская Республика

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ИЖЕВСКА ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Редина Татьяна Львовна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 420011, г. Ижевск, ул. Холмогорова, 20-54, тел.: 8 (3412) 42-54-88, e-mail: tatiana.redinova@yandex.ru; **Фролова Вера Вольфовна** — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; **Коршунова Оксана Альфредовна** — заместитель главного врача по лечебной работе; **Комарова Галина Германовна** — главный врач; **Редина Элина Олеговна** — стоматолог; **Булавина Ангелина Леонидовна** — стоматолог; **Перевозчиков Валерий Александрович** — главный врач

Изучена заболеваемость по обращаемости различных возрастных групп населения г. Ижевска к врачу-стоматологу-терапевту.

Ключевые слова: стоматологические заболевания; частота; нозология; возрастные группы

T. L. Redinova¹, V. V. Frolova¹, O. A. Korshunova², G. G. Komarova³, E. O. Redinova³, A. L. Bulavina³, V. A. Perevozchikov⁴

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Restorative Dentistry

²Republic Stomatological Polyclinic, Izhevsk

³Stomatological Polyclinic No. 2, Izhevsk

⁴Votkinsk Municipal Stomatological Polyclinic, Udmurt Republic

INCIDENCE OF DISEASES BASED ON THE NUMBER OF ADULTS SEEKING DENTAL HELP IN IZHEVSK

Redinova Tatiana Lvovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 20 flat 54 Kholmogorova st., Izhevsk 420011, tel.: 8 (3412)42-54-88, e-mail: tatiana.redinova@yandex.ru; **Frolova Vera Volfovna** — Associate Professor Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Korshunova Oksana Alfredovna** — Deputy Head Doctor for Medical Care; **Komarova Galina Germanovna** — Head Doctor; **Redinova Elina Olegovna** — Stomatologist; **Bulavina Angelina Leonidovna** — Stomatologist; **Perevozchikov Valery Alexandrovich** — Head Doctor

The incidence of diseases in various age groups of the population of Izhevsk has been studied on the basis of the number of people consulting dental therapists.

Key words: stomatological diseases; frequency; nosology; age groups

Стоматологическое здоровье является важнейшим компонентом общего состояния организма и критерием качества жизни и благополучия человека [4]. Известно, что рас-

пространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта среди различных групп населения довольно высока и достигает во многих регионах России 90–100%, не является исключением

и Удмуртская Республика [3,6]. Поэтому чаще обращаются к врачу-стоматологу-терапевту с жалобами на кариес зубов и его осложнения [2]. Частота обращений по поводу заболеваний пародонта не превышает 30% [1]. При этом доля молодых (18–19 лет) и старших возрастных групп на терапевтическом стоматологическом приёме составляет лишь 28% [5,8].

Цель исследования: изучить частоту обращаемости различных возрастных групп населения г. Ижевска к врачу-стоматологу-терапевту по нозологии заболеваний и оценить их структуру.

Материалы и методы исследования. Проанализированы 8075 медицинских амбулаторных карт стоматологических пациентов за 3 месяца работы филиала БУЗ УР «Стоматологическая поликлиника № 2 МЗ УР» и АУЗ УР «Республиканская стоматологическая поликлиника МЗ УР» г. Ижевска в 2015 г.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенный анализ медицинских карт показал, что из 11118 заболеваний, с которыми обратилось 8075 пациентов в течение 3-х месяцев, 56,6% составил кариес зубов, 1,2% – некариозные заболевания, пульпит диагностирован в 18,4% случаев, в 9,1% – хронический верхушечный периодонтит; с воспалением десны (гингивитом) зарегистрировано 2,0% случаев, а с воспалительными заболеваниями пародонта

(пародонтитом) только 12,1%, при том что в его лечении нуждается 80–90% населения г. Ижевска [7]; заболевания слизистой оболочки полости рта составили 0,6% случаев из общего числа заболеваний. Из 8075 пациентов, обратившихся к врачу-стоматологу-терапевту, 51,2% составили лица молодого возраста (от 18 до 44 лет), 26,1% – лица зрелого возраста (от 45 до 59 лет), 18,9% – лица пожилого возраста (от 60 до 74 лет) и 3,8% – пациенты старческого возраста (от 75 до 90 лет). Частота обращений по различным заболеваниям в каждой возрастной группе лиц представлена в таблице 1.

Приведенные данные таблицы 1 показывают, что если по поводу кариеса чаще всего обращаются лица в возрасте до 44 лет, то с осложнениями кариеса (пульпит и периодонтит), главным образом, пациенты старшей возрастной группы (от 60 лет и старше). Так, из всех случаев пульпита, в 44,8% он диагностировался у лиц старческого возраста. Кроме того, если с воспалением десны чаще обращались лица молодого возраста (до 44 лет), то с пародонтитом на прием записывались к врачу-терапевту (пародонтологу) пациенты более старшей возрастной группы (от 45 лет и старше). Заболевания слизистой оболочки полости рта по возрастным группам (18–44 года, 45–59 лет, 60–74 года и 75–90 лет) распределились как соотношение – 1:2,2:3,5:5,5.

Таблица 1. Частота обращений лиц разного возраста г. Ижевска с различными стоматологическими заболеваниями к врачу-стоматологу-терапевту в течение трёх месяцев работы поликлиник (на 100 посещений)

№ пп	Возраст	Кариес		Некар.заб.		Пульпит		Периодонтит		Гингивит		Пародонтит		Забол.СОПР	
		На 100	абс.	На 100	абс.	На 100	абс.	На 100	абс.	На 100	абс.	На 100	абс.	На 100	абс.
1.	18–44 (n=4133)	90,4	<u>3737</u> 4133	1,7	<u>73</u> 4133	24,1	<u>996</u> 4133	12,3	<u>508</u> 4133	3,9	<u>163</u> 4133	12,0	<u>498</u> 4133	0,4	<u>15</u> 4133
2.	45–59 (n=2101) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₂	68,3	<u>1434</u> 2101	1,3	<u>28</u> 2101	23,4	<u>493</u> 2101	11,3	<u>237</u> 2101	1,9	<u>40</u> 2101	21,8	<u>458</u> 2101	0,9	<u>20</u> 2101
		22,20		1,19		0,54		1,25		5,00		10,21		3,33	
		<0,001		>0,05		>0,05		>0,05		<0,001		<0,001		<0,002	
3.	60–74 (n=1529) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₃ <i>t</i> <i>p</i> ₂₋₃	61,2	<u>936</u> 1529	2,0	<u>31</u> 1529	26,9	<u>412</u> 1529	13,9	<u>213</u> 1529	1,1	<u>17</u> 1529	21,4	<u>328</u> 1529	1,4	<u>21</u> 1529
		29,20		0,75		2,24		1,60		5,60		8,95		5,00	
		<0,001		>0,05		<0,025		>0,05		<0,001		<0,001		<0,001	
		4,66		1,66		2,41		2,45		2,00		0,28		1,14	
		<0,001		>0,05		<0,025		<0,025		<0,05		>0,05		>0,05	
4.	75–90 (n=312) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₄ <i>t</i> <i>p</i> ₂₋₄ <i>t</i> <i>p</i> ₃₋₄	62,2	<u>194</u> 312	1,9	<u>6</u> 312	44,8	<u>140</u> 312	16,9	<u>53</u> 312	0,9	<u>3</u> 312	18,2	<u>57</u> 312	2,2	<u>7</u> 312
		15,66		0,26		8,09		2,47		2,72		3,32		4,75	
		<0,001		>0,05		<0,001		<0,025		<0,01		<0,002		<0,001	
		2,47		0,85		8,00		2,89		1,28		1,41		2,16	
		<0,025		>0,05		<0,001		<0,01		>0,05		>0,05		<0,05	
		0,29		0,11		6,39		1,38		0,33		1,28		1,2	
		>0,05		>0,05		<0,001		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	

Локализация кариозных поражений у лиц различного возраста диагностировалась с разной частотой (таблица 2). В таблице 2 показано, что среди пациентов молодого возраста (до 44 лет) кариозные поражения чаще были на жевательных (I класс по Блеку) и контактных поверхностях зубов (II класс по Блеку), в старшей возрастной

группе в большей степени диагностировались кариозные полости в пришеечной области зубов (V класс по Блеку), особенно среди лиц пожилого и старческого возраста.

Частота диагностирования различных форм пульпита у пациентов разного возраста представлена в таблице 3.

Таблица 2. Частота кариеса зубов по его локализации среди лиц разного возраста, обратившихся за стоматологической помощью к врачу-стоматологу-терапевту (на 100 посещений)

№ пп	Возраст обследованных	Число кариозных поражений	Число кариозных поражений с локализацией по Блеку										
			I класса		II класса		III класса		IV класса		V класса		
			На 100	абс.	На 100	абс.	На 100	абс.	На 100	абс.	На 100	абс.	
1.	18–44 (n=543)	741	33,0	245	43,2	320	13,6	100	2,3	17	7,9	59	
2.	45–59 (n=208) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₂	200	15,0 5,00 <0,001	30	0,17 >0,05	42,5	85	27,5	55	2,0 0,27 >0,05	4	13,0 2,24 <0,025	26
3.	60–74 (n=229) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₃ <i>t</i> <i>p</i> ₂₋₃	249	8,8 7,56 <0,001 2,06 <0,05	22	4,62 <0,001 3,48 <0,002	26,9	67	30,9	77	8,8 4,71 <0,001 3,09 <0,01	22	24,6 7,26 <0,001 3,09 <0,002	61
4.	75–90 (n=49) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₄ <i>t</i> <i>p</i> ₂₋₄ <i>t</i> <i>p</i> ₃₋₄	52	7,7 10,33 <0,001 1,39 >0,05 0,28 >0,05	4	2,6 <0,025 2,33 <0,025 0,28 >0,05	25,0	13	34,6	18	7,7 2,36 <0,025 2,07 <0,05 0,28 >0,05	4	25,0 4,17 <0,001 2,14 <0,05 0,06 >0,05	13

Таблица 3. Частота форм пульпита среди лиц разного возраста, обратившихся за стоматологической помощью к врачу-стоматологу-терапевту (на 100 посещений)

№ пп	Возраст обследованных	Число случаев пульпита	Формы пульпита					
			Острый		Хронический		Пульпарный абсцесс	
			На 100	абс.	На 100	абс.	На 100	абс.
1.	18–44 (n=543)	127	3,1	4	53,6	68	43,3	55
2.	45–59 (n=208) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₂	64	21,9 4,25 <0,001	14	50,0 0,47 >0,05	32	28,1 2,08 <0,05	18
3.	60–74 (n=229) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₃ <i>t</i> <i>p</i> ₂₋₃	94	32,9 6,08 <0,001 1,52 >0,05	31	51,1 0,37 >0,05 0,14 >0,05	48	16,0 4,47 <0,001 1,89 >0,05	15
4.	75–90 (n=49) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₄ <i>t</i> <i>p</i> ₂₋₄ <i>t</i> <i>p</i> ₃₋₄	24	8,3 1,20 >0,05 1,47 >0,05 2,41 <0,025	2	58,3 0,42 >0,05 0,70 >0,05 0,63 >0,05	14	33,4 0,90 >0,05 0,49 >0,05 1,93 >0,05	8

В таблице 3 показано, что острый пульпит наиболее часто встречается у пациентов пожилого возраста, хотя в этом возрасте в 51,1% диагностируется и хронический пульпит, а обострения хронического пульпита чаще диагностируются у лиц молодого (до 44 лет) и старческого возраста (после 75 лет). Вместе с тем различные формы пародонтита встречались с одинаковой частотой, как среди лиц молодого возраста, так и в более старшей возрастной группе пациентов (табл. 4).

Однако тяжесть хронического генерализованного пародонтита оказалась неодинаковой в различных возрастных группах пациентов. У лиц старческого возраста тяжелая степень пародонтита определяется практически с такой же частотой, что и средняя степень, а в молодом возрасте (до 44 лет) в 24,3% диагностируется лёгкая степень пародонтита, которая в зрелом возрасте (45–59 лет) встречается в 17,2% случаев, в пожилом – в 13,2%, а в старческом – в 8,3% случаев (табл. 5).

Таблица 4. Частота форм пародонтита среди лиц разного возраста, обратившихся за стоматологической помощью к врачу-стоматологу-терапевту (на 100 посещений)

№ пп	Возраст обследованных	Число случаев пародонтита	Формы пародонтита			
			Хронический апикальный пародонтит		Периапикальный абсцесс без свища	
			На 100	абс.	На 100	абс.
1.	18–44 (n=543)	78	47,4	37	52,6	41
2.	45–59 (n=208) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₂	36	44,4 0,30 >0,05	16	55,6 0,30 >0,05	20
3.	60–74 (n=229) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₃ <i>t</i> <i>p</i> ₂₋₃	54	57,4 1,13 >0,05 1,22 >0,05	31	42,6 1,13 >0,05 1,47 >0,05	23
4.	75–90 (n=49) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₄ <i>t</i> <i>p</i> ₂₋₄ <i>t</i> <i>p</i> ₃₋₄	10	50,0 0,15 >0,05 0,32 >0,05 0,43 >0,05	5	50,0 0,15 >0,05 0,32 >0,05 0,43 >0,05	5

Таблица 5. Частота пародонтита по степени тяжести среди лиц разного возраста, обратившихся за стоматологической помощью к врачу-стоматологу-терапевту (пародонтологу)

№ пп	Возраст обследованных	Число случаев пародонтита	Тяжесть пародонтита					
			лёгкая		средняя		тяжёлая	
			%	абс.	%	абс.	%	абс.
1.	18–44 (n=543)	37	24,3	9	54,1	20	21,6	8
2.	45–59 (n=208) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₂	64	17,2 8,8 <0,001	11	51,6 0,24 >0,05	33	31,2 12,0 <0,001	20
3.	60–74 (n=229) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₃ <i>t</i> <i>p</i> ₂₋₃	76	13,2 1,58 >0,05 0,67 >0,05	10	73,6 2,16 <0,05 2,75 <0,01	56	13,2 1,15 >0,05 2,64 <0,025	10
4.	75–90 (n=49) <i>t</i> <i>p</i> ₁₋₄ <i>t</i> <i>p</i> ₂₋₄ <i>t</i> <i>p</i> ₃₋₄	12	8,3 1,23 >0,05 0,81 >0,05 0,49 >0,05	1	50,0 0,24 >0,05 0,10 >0,05 1,67 >0,05	6	41,7 1,37 >0,05 0,71 >0,05 2,45 <0,025	5

Вывод. Установлено, что, несмотря на высокую распространённость кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта в г. Ижевске, обращаемость пациентов по поводу кариеса в различных возрастных группах составляет в среднем 75,8 из 100 посещений, а по поводу воспалительных заболеваний пародонта она равна лишь 19,8 из 100 посещений, причем у молодых лиц превалирует окклюзионное поражение зубов кариесом, а среди пожилых и лиц старческого возраста – пришеечное. Среди лиц различного возраста отмечена одинаковая частота обращений по поводу хронического пульпита и периодонтита, по мере перехода пациентов в более старшую возрастную группу увеличивается тяжесть воспалительных заболеваний пародонта и нарастает частота обращений, обусловленных развитием заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Список литературы:

1. Анализ обращаемости с заболеваниями пародонта / О.О. Биктимерова [и др.] // Современная стоматология: проблемы решения: материалы 16 Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию почетного академика ИГМА доктора А.И. Пантюхина. – Ижевск, 2013. – С. 29–30.
2. **Боровский, Е.В.** Проблемы эндодонтического лечения / Е.В. Боровский // Клиническая стоматология. – 1997. – № 1. – С. 12–14.
3. **Кузьмина, Э.М.** Профилактическая стоматология: учебник / Э.М. Кузьмина, О.О. Янушевич. – М.: Практическая медицина, 2016. – 544 С.
4. **Проценко, А.С.** Стоматологическое здоровье в системе жизненных ценностей современной молодежи / А.С. Проценко // Система ценностей современного общества: сборник материалов 17 Международной научно-практической конференции. – Новосибирск, 2011. – С. 150–155.
5. **Рагимова, Р.Ш.** Анализ обращаемости населения пожилого и старческого возраста в городские поликлиники / Р.Ш. Рагимова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2011. – № 3. – С. 38–40.
6. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта у жителей г. Ижевска / Т.Л. Рединова [и др.] // Материалы научно-практической конференции, посвященной 60-летию Ижевского государственного медицинского института. – Ижевск, 1993. – С. 220–221.
7. **Рединова, Т.Л.** Нуждаемость и приверженность к пародонтологическому лечению пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта / Т.Л. Рединова, О.О. Биктимерова // Труды Ижевской государственной медицинской академии. – Ижевск, 2015. – Т. 53. – С. 121–123.
8. **Сохов, С.Т.** Возрастные особенности обращения населения Москвы за стоматологической помощью / С.Т. Сохов, А.В. Кабанова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2011. – № 1. – С. 18–22.

УДК 617.75-053.4:613.954

Н. М. Попова¹, Е. А. Зими́на¹, Е. В. Казакова³, И. Ю. Абидина³, И. Л. Лебедева⁴, К. Б. Цыгвинцев⁴, О. В. Шкляева⁴, М. К. Исхакова¹, И. В. Духтанов¹, Н. В. Киреева²

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

¹Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

²Кафедра офтальмологии

³Управление дошкольного образования и воспитания администрации города Ижевска, Удмуртская Республика

⁴Офтальмологическая клиника «Кругозор», г. Ижевск

МОДЕЛЬ ГИГИЕНЫ И ОХРАНЫ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Попова Наталья Митрофановна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedraoz@mail.ru; **Зими́на Елена Аркадьевна** – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; **Казакова Елена Васильевна** – начальник Управления; **Абидина Инна Юрьевна** – начальник сектора организационно-аналитической работы Управления; **Лебедева Ирина Леонидовна** – главный врач; **Цыгвинцев Константин Борисович** – заместитель директора по развитию; **Шкляева Ольга Васильевна** – врач-офтальмолог; **Исхакова Мариам Камильевна** – аспирант кафедры; **Духтанов Иван Владимирович** – аспирант кафедры; **Киреева Наталья Викторовна** – ассистент кафедры кандидат медицинских наук

Проведено комплексное скрининговое исследование зрения 771 ребенка в возрасте 3–7 лет, посещающих муниципальные дошкольные образовательные учреждения города Ижевска. Изучена частота встречаемости нарушений зрения, таких как: близорукость, дальнозоркость, астигматизм, амблиопия, косоглазие, функциональные нарушения и их сочетаний. Разработаны индивидуальные рекомендации по гигиене зрения и коррекции выявленных нарушений у детей. Изучена действующая модель гигиены и охраны зрения у детей дошкольного возраста на базе муниципальных дошкольных образовательных учреждений города Ижевска. На основании полученных данных разработаны комплексные рекомендации и план практических мероприятий по совершенствованию модели.

Ключевые слова: дети дошкольного возраста; нарушения зрения; охрана зрения; модель; дошкольные образовательные учреждения

N. M. Popova¹, E. A. Zimina¹, E. V. Kazakova³, I.Yu. Abidina³, I. L. Lebedeva⁴, K. B. Tsygvintsev⁴, O. V. Shklyayeva⁴, M. K. Iskhakova¹, I. V. Dukhtanov¹, N.V. Kireeva²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Public Health and Health Care Service

²Department of Ophthalmology

³Department of Preschool Education and Upbringing of Izhevsk City Administration, Udmurt Republic

⁴Ophthalmologic clinic «Krugozor», Izhevsk

MODEL OF VISION PROTECTION FOR PRESCHOOL CHILDREN

Popova Natalya Mitrofanovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedraozz@mail.ru; **Zimina Elena Arkadyevna** — Lecturer Candidate of Medical Sciences; **Kazakova Elena Vasilyevna** — Head of the Department; **Abidina Inna Yuryevna** — Head of the Organizational and analytical group of the Department; **Lebedeva Irina Leonidovna** — Head doctor; **Tsygvintsev Konstantin Borisovich** — Deputy director for development; **Shklyayeva Olga Vasilyevna** — Ophthalmologist; **Iskhakova Maryam Kamilevna** — Postgraduate; **Dukhtanov Ivan Vladimirovich** — Postgraduate; **Kireeva Natalya Viktorovna** — Lecturer Candidate of Medical Sciences

Comprehensive screening of vision of 771 children aged between 3 and 7 who attended municipal preschool educational institutions of the city of Izhevsk was conducted. Frequency of visual disturbances such as nearsightedness, farsightedness, astigmatism, amblyopia, strabismus, functional disorders and their combinations was studied. Individual recommendations for vision protection and disturbances correction were developed. The current model of vision protection for preschool children in the municipal preschool educational institutions of the city of Izhevsk was studied. Comprehensive recommendations and the plan of practical measures for model improvement were developed.

Key words: preschool children; visual disturbances; vision protection; model; preschool educational institutions

Дошкольный возраст является важнейшим периодом в жизни ребенка, так как в это время происходит перестройка функционирования многих систем организма. Данные ряда исследований убедительно свидетельствуют о наличии отрицательной динамики в состоянии физического и психического состояния детей дошкольного возраста в последние годы [2, 3]. Нагрузка на глаза современного ребенка значительно увеличилась. Телевидение, компьютер, сотовый телефон присутствуют в его жизни уже с раннего дошкольного возраста, отрицательно влияя на зрение. Врачи-офтальмологи призывают обратить пристальное внимание на проблемы зрения у детей. При этом выявление нарушений со стороны органа зрения является задачей не только специалистов, но и родителей, педагогов. Такие заболевания, как спазм аккомодации, частичная атрофия зрительного нерва, косоглазие и близорукость часто являются следствием высоких зрительных нагрузок в сочетании с малоподвижным образом жизни и ослабленным здоровьем. Это свидетельствует о необходимости максимального расширения профилактических мероприятий по гигиене и охране органа зрения детей, особенно на базе дошкольных образовательных учреждений [1].

Цель исследования: определить наличие и особенности нарушений зрения у детей в возрасте 3–7 лет и разработать на этой основе комплексные рекомендации по совершенствованию модели гигиены и охраны зрения у детей дошкольного

возраста на базе муниципальных дошкольных образовательных учреждений города Ижевска.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в 2016 году на базе четырех типовых муниципальных бюджетных дошкольных образовательных учреждений города Ижевска (МБДОУ № 211, МБДОУ № 213, МБДОУ № 241, МБДОУ № 260). Проведено комплексное скрининговое обследование зрения 771 ребенка в возрасте 3–7 лет на диагностическом оборудовании (проектор знаков «Huvitz ССР-3100», авторефрактометр «Huvitz 7000», набор пробных стекл «НПУ-69–01»). Изучена действующая модель гигиены и охраны зрения у детей дошкольного возраста на базе муниципальных дошкольных образовательных учреждений города Ижевска. Методы исследования: инструментально-диагностический, аналитический, статистический.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди детей, прошедших комплексное обследование, девочек было 45,1 %, мальчиков – 54,9 %. Средний возраст детей составил 5 лет (4,97 года), средний возраст мальчиков – 4,9 года, девочек – 5,0 лет. В разрезе возрастных групп преобладали дети в возрасте 6 лет (32,81 %), 5 лет (27,11 %) и 4 года (22,96 %). В меньшем количестве прошли обследование дети в возрасте 3 лет (11,80 %) – из-за сложности речевого контакта и в возрасте 7 лет (5,32 %) – из-за небольшого числа детей данного возраста среди дошкольников в целом. Число девочек и мальчиков в возрасте 4–6 лет

практически не различалось. Количество мальчиков в возрасте 3 лет было в 1,7 раза больше (14,42%), чем девочек (8,62%, $p < 0,05$).

По данным исследования остроты зрения, большинство детей обоих полов имеют нормальное зрение (83,14%), у 13,88% детей диагностировано незначительное снижение зрения, у 2,2% – выраженное снижение зрения и у 0,78% – низкое зрение (табл. 1).

Снижение зрения наиболее часто отмечалось у детей в возрасте 3 лет – 42,86% (незначительное снижение – 29,67%, выраженное снижение – 8,79%, низкое зрение – 4,4%) и в возрасте 4 года – 24,29% (незначительное снижение – 22,03%, выраженное снижение – 1,7%, низкое зрение – 0,56%). Частота снижения зрения среди детей в возрасте 5, 6 и 7 лет составила соответственно 10,53%, 8,7% и 9,76%.

По данным рефрактометрии, у детей дошкольного возраста выявлены следующие виды нарушений зрения: гиперметропия (39,43%), астигматизм (10,89%), спазм аккомодации (7,52%) и миопия (5,45%).

Гиперметропия наиболее часто диагностировалась среди детей в возрасте 3 лет (40,66%) и 4 лет (50,28%). В остальных возрастных группах частота гиперметропии составила от 34,39% до 36,59%. Миопия чаще встречалась среди детей в возрасте 3 лет (9,89%) и 7 лет (12,2%). В остальных возрастных группах частота миопии

составила от 3,16% до 5,65%. Астигматизм чаще диагностировался у детей в возрасте 3 лет (17,58%), 4 лет (11,3%) и 5 лет (12,44%). Среди детей в возрасте 6 лет и 7 лет частота астигматизма составила 7,51% и 7,32% соответственно. Спазм аккомодации чаще встречался у детей в возрасте 4 года (9,6%), 5 лет (8,13%) и 6 лет (7,51%). Среди детей 3 лет спазм аккомодации выявлен у 5,49%, а среди детей 7 лет данного нарушения не диагностировано.

По данным рефрактометрии, один вид нарушений зрения зафиксирован у 51,36% детей, а у 5,97% дошкольников диагностированы сочетанные отклонения. Так, у 37 детей (4,8%) выявлен астигматизм с гиперметропией, а у 9 детей (1,17%) – астигматизм с миопией.

По данным исследования остроты зрения и рефрактометрии врачом офтальмологом было сделано комплексное заключение по состоянию здоровья органов зрения у дошкольников. Только у половины детей (56,68%) выявлено отсутствие каких-либо нарушений зрения. У трети дошкольников (31,39%) диагностирована дальность зрения, у 8,69% – астигматизм, у 5,19% – близорукость, у 3,24% – функциональные нарушения зрения, у 1,56% – амблиопия и у 0,39% – косоглазие. При этом среди мальчиков функциональные нарушения зрения отмечались в 3,3 раза чаще (4,73%), чем среди девочек (1,44%) (табл. 2).

Таблица 1. Распределение детей по данным исследования остроты зрения

Острота зрения	Мальчики, n=423		Девочки, n=348		p	Всего, n= 771	
	Абс.	На 100 человек	Абс.	На 100 человек		Абс.	На 100 человек
Норма (0,8–1,0)	352	83,22±3,6	289	83,05±4,0	$p > 0,05$	641	83,14±2,7
Незначительное снижение зрения (0,5–0,7)	61	14,42±3,4	46	13,22±3,6	$p > 0,05$	107	13,88±2,5
Выраженное снижение зрения (0,2–0,4)	7	1,65±1,2	10	2,87±1,8	$p > 0,05$	17	2,2±1,1
Низкое зрение (0,1 и менее)	3	0,71±0,8	3	0,86±1,0	$p > 0,05$	6	0,78±0,6
Всего	423	100,0	348	100,0	–	771	100,0

Таблица 2. Распределение детей по общему заключению (возможно несколько вариантов ответов)

Общее заключение	Мальчики, n=423		Девочки, n=348		p	Всего, n= 771	
	Абс.	На 100 человек	Абс.	На 100 человек		Абс.	На 100 человек
Норма (Em)	236	55,8±4,8	201	57,75±5,3	$p > 0,05$	437	56,68±3,6
Функциональные нарушения	20	4,73±2,1	5	1,44±1,3	$p < 0,05$	25	3,24±1,3
Близорукость (Mi)	20	4,73±2,1	20	5,75±2,5	$p > 0,05$	40	5,19±1,6
Дальность зрения (Hm)	135	31,91±4,5	107	30,75±4,9	$p > 0,05$	242	31,39±3,3
Астигматизм (Ast)	35	8,27±2,7	32	9,2±3,1	$p > 0,05$	67	8,69±2,0
Амблиопия	5	1,18±1,1	7	2,01±1,5	$p > 0,05$	12	1,56±0,9
Косоглазие	–	–	3	0,86±1,0	–	3	0,39±0,4

Дальнозоркость наиболее часто встречалась у детей в возрасте 3 лет (38,46%), 4 лет (42,37%) и 7 лет (31,71%). Астигматизм чаще встречался среди детей 3 лет (14,29%), 4 лет (11,3%) и 5 лет (9,09%). Близорукость, также как дальнозоркость, наиболее часто определялась в возрасте 3, 4 и 7 лет (13,19%, 6,87% и 7,32% соответственно). Функциональные нарушения выявлены у детей 4 лет (3,95%), 5 лет (5,26%) и 6 лет (2,77%). Амблиопия чаще встречалась среди дошкольников в возрасте 3 лет (4,4%) и 4 лет (2,82%). Косоглазие выявлено у трех детей 6-летнего возраста.

По данным общего врачебного заключения, один вид нарушений зрения выявлен у 37,09% дошкольников, а у 6,23% детей диагностированы сочетанные нарушения зрения. Среди них наиболее часто встречалось сочетание дальнозоркости и астигматизма (3,5%), гиперметропии, астигматизма и амблиопии (0,91%), а также сочетание миопии и астигматизма (0,78%). Практически в единичных случаях отмечалось сочетание дальнозоркости с амблиопией и косоглазием, функциональных нарушений – с миопией и астигматизмом, а также миопии – с амблиопией и косоглазием.

По результатам комплексного скрининг-обследования зрения всем дошкольникам были даны индивидуальные рекомендации. Большинству детей (72,24%) рекомендовано соблюдение режима зрительных нагрузок, практически трети (27,76%) – дополнительное обследование у врача-офтальмолога, 10,12% – наблюдение у врача-офтальмолога, а 2,33% – лечение органа зрения.

Для гигиены и охраны зрения детей в муниципальных дошкольных образовательных учреждениях города Ижевска в настоящее время применяется модель – авторская программа «Здоровый малыш». В данной модели особое внимание уделено сохранению зрения дошкольников при организации образовательного процесса (режим зрения (освещение, применение фотоэлектрического реле, маркировка и расстановка мебели, режим дня), обогащение рациона питания продуктами, полезными для зрения, а также приём антиоксидантов).

Программа «Здоровый малыш» включает план мероприятий «Школа здоровья для детей», направленных на формирование культуры здоровья и здорового образа жизни: консультации для родителей по организации питания детей и режиму работы с компьютером; комплексы дыхательной гимнастики; игровые физические упражнения; упражнения для шейного отдела позвоночника; самомассаж; комплексы гимнастики для глаз; проведение

скрининг-теста остроты зрения с помощью осветительных таблиц Сивцева-Орловой (аппарат Ротта); периодические осмотры офтальмологом; санитарно-просветительная работа с сотрудниками.

Специалистами офтальмологической клиники «Кругозор» города Ижевска была разработана новая модель гигиены и охраны зрения у детей дошкольного возраста на базе муниципальных дошкольных образовательных учреждений города Ижевска – авторская программа «Кругозорчик». В программе учтены рациональные моменты действующей модели, при этом расширен объем работы с родителями, педагогическим составом и детьми, предложены новые авторские разработки. Модель ориентирована на формирование культуры гигиены и охраны зрения в детском саду, семье и в понимании самого ребенка.

Новые мероприятия авторской программы «Кругозорчик» включают:

1. Регулярные скрининговые обследования дошкольников с использованием современной аппаратуры с целью своевременного выявления нарушений зрения, а также отбора детей, требующих углубленного осмотра и наблюдения врача-офтальмолога.

2. Проведение курсов аппаратного лечения по индивидуальной программе для каждого ребенка под контролем специалиста (электростимуляция, магнитотерапия, тренировка аккомодации, цветоимпульсная терапия) на базе дошкольного образовательного учреждения.

3. Курсовую комплексную витаминотерапию для детей с нарушением зрения по назначению врача-офтальмолога и под контролем медицинского сотрудника дошкольного образовательного учреждения.

4. Обучающие семинары с привлечением врача-офтальмолога по гигиене и охране зрения дошкольников – для педагогов дошкольных образовательных учреждений; «Школа хорошего зрения» – для родителей; обучение навыкам гигиены зрения, гимнастики для глаз с применением игровых методик – для детей.

5. Проведение игровых занятий с детьми специалистами дошкольных образовательных учреждений, направленных на формирование культуры охраны зрения.

6. Комплектация дошкольных образовательных учреждений современными информационными и наглядными материалами по гигиене и охране зрения детей.

Вывод. 1. Почти половина детей в возрасте 3–7 лет (43,32%), посещающих дошкольные обра-

зовательные учреждения города Ижевска, имеют различные нарушения зрения: дальнозоркость (31,39%), астигматизм (8,69%), близорукость (5,19%), функциональные нарушения (3,24%), амблиопию (1,56%) и косоглазие (0,39%). Более трети дошкольников нуждаются в комплексном обследовании врача-офтальмолога с дальнейшим диспансерным наблюдением и курсовым лечением.

2. Своевременное выявление нарушений зрения у детей предотвращает развитие осложненных и выраженной потери зрения. Плановые осмотры дошкольников целесообразно проводить в условиях детского образовательного учреждения в привычной для них обстановке. Для доступности и качества офтальмологической помощи целесообразно сотрудничать с учреждением здравоохранения.

3. Для комплексной диагностики заболеваний органа зрения у детей не достаточно проверки остроты зрения аппаратом Рота (таблицей Сивцева-Орловой), а необходимо использовать

современные, аппаратные методы диагностики, такие как авторефрактометрия с циклоплегией.

4. В дошкольных образовательных учреждениях важная роль в охране зрения ребенка принадлежит педагогу. Необходимо поддержание и развитие здоровьесберегающей среды на основании существующих методик охраны и гигиены зрения, а также внедрения современных научных технологий.

5. Разработана новая модель гигиены и охраны зрения детей дошкольного возраста.

Список литературы:

1. **Адамова, М. В.** Педагогические проблемы здоровья и медицинские задачи в педагогике / М. В. Адамова, В. Д. Ловицкий // Объединенный научный журнал. – 2002. – № 10. – С. 32–34.
2. **Баранов, А. А.** Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика. Серия «Социальная педиатрия» / А. А. Баранов, Ю. Е. Лапин. – М.: Союз педиатров России, 2009. – 188 с.
3. **Онищенко, Г. Г.** Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия детского населения России / Г. Г. Онищенко // Гигиена и санитария. – 2008. – № 2. – С. 72–77.

УДК: 378.661:614.254

*Л. И. Растегаева*¹, *К. А. Данилова*², *Е. А. Козырева*¹, *А. В. Сахалдинова*¹

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

¹Кафедра анатомии человека

²Центр практических умений

ОСВОЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ СТУДЕНТАМИ МЛАДШИХ КУРСОВ НА КАФЕДРЕ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА И В ЦЕНТРЕ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

Растегаева Любовь Ивановна — заведующий кафедрой доктор биологических наук, профессор; 426053, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8-3412-91-82-94, e-mail: rastegaeva52@mail.ru; **Данилова Ксения Александровна** — директор центра кандидат медицинских наук; **Козырева Екатерина Анатольевна** — ассистент кафедры; **Сахалдинова Александра Владимировна** — ассистент кафедры

Рассматривается вопрос о важности изучения студентами фундаментально-базовых предметов для освоения практических навыков на базе центра практических умений и выхода на клинические кафедры

Ключевые слова: практика; профессия; практические умения

*L. I. Rastegaeva*¹, *X. A. Danilova*², *E. A. Kozyreva*¹, *A. V. Sakhaldinova*¹

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Human Anatomy

²Centre for Practical Skills

ACQUIRING PRACTICAL SKILLS BY JUNIOR STUDENTS AT THE DEPARTMENT OF HUMAN ANATOMY AND IN THE CENTRE FOR PRACTICAL SKILLS

Rastegaeva Lyubov Ivanovna — Head of the Department Doctor of Biological Sciences, Professor; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426053, tel.: 8-3412-91-82-94, e-mail: rastegaeva52@mail.ru; **Danilova Xenia Alexandrovna** — Director of the Centre Candidate of Medical Sciences; **Kozyreva Ekaterina Anatolyevna** — Lecturer; **Sakhaldinova Alexandra Vladimirovna** — Lecturer

We discuss the importance of students' studying fundamental and basic subjects for acquiring practical skills in the Centre for Practical Skills and for further training in the clinical departments.

Key words: practice; profession; practical skills

В современной системе высшего образования требования, предъявляемые к выпускникам, довольно высоки. Это относится к уровню профессиональных знаний, умений и мораль-

но-этическим качествам будущего специалиста [1,2,4].

На первый курс медицинской академии в основном приходят вчерашние школьники. Боль-

шая часть из них не осознают трудности на пути к избранной профессии. Представление о будущей профессии и ее привлекательная сторона – красивая форма, светлые коридоры медицинских организаций.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование 100 студентов первого и третьего курсов Ижевской государственной медицинской академии.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты опроса студентов о выборе профессии врача показали, что мотивом поступления в медицинский вуз было желание продолжить врачебную династию у 50% опрошенных. У многих профессиональная мотивация отсутствует, поэтому среди ответов имеются такие как: «Так захотели родители...», «Престижная профессия...» и т. д.

Опрос студентов 3-го курса показал, что уже большая часть из них мотивированно характеризует своё желание быть именно врачом. Единицы разочаровались в избранной профессии, но продолжают учиться для получения высшего образования. К данному курсу часть студентов покидает вуз по собственной инициативе. Причины многообразны: трудности обучения в медицинском вузе, разочарование в профессии, переосмысление важности профессии.

Подготовка врача имеет определённую специфику обучения. В частности это относится к кафедре анатомии, где студенты наглядно изучают организм человека как на трупе, так и отдельных частях его органов и систем, что для некоторых становится непреодолимым этапом.

Процесс обучения осложняется законодательными изменениями нормативно-правовой базы, положений, федеральных государственных образовательных стандартов в высших учебных заведениях. Студент из рассматриваемого положения усваивает, прежде всего, то, что упростит его доступ к итоговому контролю знаний по предметам: положение об его обязательном выходе на экзамен. При этом не берутся во внимание основные положения о допуске к экзамену: обязательное наличие положительной оценки по текущему контролю разделов предмета, играющей основную роль в сумме общей итоговой балльно-рейтинговой оценке всего периода освоения определённой дисциплины [2].

В первую очередь такое отношение прослеживается к предметам, в программе обучения которых исключены фиксированные зачёты, в том

числе по дисциплине «Анатомия человека», что привело к отсутствию желания студентов осваивать и своевременно отчитываться по системам фундаментально-базовых предметов. Этому способствовали их определённая академическая занятость, увеличение количества обязательных зачётов в конце первого года обучения, отсутствии зимней экзаменационной сессии в первый год пребывания в медицинской академии.

Кроме того, понимая необходимость обязательного исполнения требований ФГОС – 3, ФГОС ВО в предстоящую зимнюю сессию, студенты заняли «выжидательное положение» без учёта вышепредставленных условий доступа к экзамену. Предметам, где зачёты не обязательны, уделялось недостаточное количество времени, в виду чего многие студенты были не допущены к итоговому экзамену.

В создавшихся условиях основные функции методов обучения (образовательные и воспитательные составляющие) ложатся на плечи преподавателей. Основная задача профессорско-преподавательского состава – учебно-познавательная деятельность студентов. Достижение этой цели осуществляется в учебное и внеучебное время. Большую роль в этом играет межкафедральный модульный тип обучения, т.е. параллельное изучение на базовых кафедрах идентичных тем. В нашем случае положительным моментом такового могут являться и межкафедральные протоколы, обеспечивающие преемственность в изучении разных предметов.

Особенность обучения в медицинском вузе – практика студентов (уже с первых курсов) в медицинских организациях. Практическая направленность ФГОС ВО – это возможность приобретения умений и навыков. Практика – это неотъемлемая часть образовательного процесса в академии, основной задачей которой является закрепление полученных знаний и умений, способность применить их в клинике. На практике студент знакомится с организацией работы стационара и медицинского персонала, с заполнением медицинской документации, развивает умения в диагностике заболеваний [3,5].

По завершению первого семестра студенты первого курса Ижевской государственной медицинской академии проходят учебную практику в центре практических умений (ЦПУ).

Знания и практические навыки, приобретённые в ЦПУ, являются одной из базовых основ,

помогающих студентам адаптироваться в определённых ситуациях, требующих вмешательства. Вместе с тем определённые практические манипуляции на фантомах вырабатывают реальные навыки медицинских действий и упрощают экстраполяцию их на живого человека при выходе обучающихся на клинические циклы. Именно с этого момента студент начинает понимать сущность избранной профессии и значение знаний основных фундаментально-базовых дисциплин.

В период учебной практики проводятся конференции, являющиеся одним из методов совершенствования обучения. Они способствуют активизации самостоятельной творческой работы студентов, отработке и закреплению приобретённых практических умений и деонтологических навыков общения с больным. В начале учебной практики студенты выбирают темы работ из предложенного списка: сердечно-лёгочная реанимация детей и взрослых, оказание первой помощи, гигиенический уход за терапевтическими и хирургическими больными, транспортировка пострадавших и больных, остановка кровотечения и другие. Затем они изучают выбранную тему, одновременно проходят практику в клинике и готовятся к докладу перед преподавателями и студентами.

При подготовке к выступлению на конференции студенты учатся правильно формулировать свои мысли, чётко компоновать материал, повышают грамотность профессиональной речи, принимают участие в дискуссии. В ходе выступления с целью большей наглядности, содержательности докладов используются мультимедийные устройства, тренажёрные комплексы, стендовые рисунки. Доклады презентуются в форме ролевой игры, видеороликов, слайдов, демонстраций умений. Такое научно-творческое окончание практики помогает студентам увидеть, что медицина – это не только сборник правил и методик, но и кладовая интересных фактов и творческих решений. В процессе подготовки к конференции студентам необходимо самостоятельно изучать дополнительную специальную медицинскую литературу и учиться применять новшества в практической деятельности. Подобная форма работы помогает им закрепить навыки и умения, проявить себя в творчестве и повысить свой уровень знаний. Опыт прохождения учебной практики по уходу за больными терапевтического и хирургического профиля, наряду с те-

оретическими знаниями, закладывает основу для получения в дальнейшем навыков помощника младшего и среднего медицинского персонала.

Однако период практики студентов в медицинских учреждениях на первых курсах (согласно программе обучения) непродолжителен, в связи с чем, у них не успевает формироваться чувство сострадания и сочувствия к больному. Работа со студентами показала, что у многих из них нет мотивации, альтруистических наклонностей по отношению к пациентам. Одной из причин является отсутствие понимания специфики работы врача и в целом социальной значимости этой профессии. Поэтому студенты при необходимости идут работать в учреждения, не связанные с медициной. В связи с этим, задачами профориентации среди школьников, желающих стать студентами нашего вуза, должны стать знакомство с особенностями профессии врача и поиск методов раннего формирования повышенного интереса к избранной профессии. Одной из форм работы в этом направлении может стать пропаганда волонёрского движения как возможности первичного контакта с будущей профессией. На современном этапе развития общества волонёрство как добровольческое движение в различных сферах жизни, в том числе в медицинских учреждениях, приобретает всё большее значение.

В связи с нехваткой среднего и младшего медицинского персонала медицинские организации нуждаются в работе добровольцев. Неоценимая помощь в таких ситуациях студентов медицинских вузов будет дополнительным шагом к практической деятельности и пониманием правильности избранной профессии. Студенты, работая в клиниках на волонтерских началах, общаясь с коллективом, приобретут навыки ухода за пациентом, их обследования и лечения, оценят свои возможности в данной сфере деятельности. В последующем подобная профессиональная занятость поможет студенту определиться в выборе специализации и обеспечить себя рекомендациями для работодателя в получении работы после окончания вуза.

Таким образом, причастность к выполнению миссии врача – оказанию медицинской помощи – должна формироваться у студентов с первого мгновения пребывания в вузе. Выполнение такой задачи может быть достигнуто межкафедральным взаимодействием. Формирование последовательного и комплексного подхода

в подготовке медицинских кадров в нашем вузе помогает студентам соприкоснуться с медицинской реальностью и осознать свою приверженность к профессии.

Список литературы:

1. **Бартош, О.Н.** Компетентностный подход к разработке федерального государственного образовательного стандарта ВПО по специальности «Лечебное дело» / О.Н. Бартош, М.А. Мещерякова, Н.С. Подчерняева // *Alma mater* (Вестник высшей школы). – 2010. – № 2. – С. 18–23.
2. **Гериш, В.А.** Современные инновационные технологии как основа улучшения качества образовательного про-

цесса / В.А. Гериш // Стандарты и мониторинг в образовании. – 2009. – № 6. – С. 26–30.

3. **Попова, Н.М.** Опыт внедрения симуляционных технологий на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Ижевской государственной медицинской академии / Н.М. Попова, К.А. Данилова, Н.Г. Сабитова // Дистанционное и виртуальное обучение. – 2016 – № 5. – С. 62–69.

4. Современные аспекты медицины и биологии: материалы XIII Научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием. – Ижевск: ИГМА, 2013.

5. **Стрелков, Н.С.** Использование симуляционных методик в подготовке медицинских кадров на занятиях по учебной практике / Н.С. Стрелков, К.А. Данилова, Н.М. Попова // Актуальные проблемы современной медицинской науки. – Ташкент, 2016. – С. 66–67.

УДК 614.25:378.661:378.115.15

С. А. Зыкина, Е. Ю. Шкатова, Г. Г. Халиуллина

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ О ПРАВОВЫХ АСПЕКТАХ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Зыкина Светлана Авенировна – старший преподаватель; **Шкатова Елена Юрьевна** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281, e-mail: army@igma.udm.ru; **Халиуллина Гулия Газинуровна** – студент

Путем анкетирования проведена сравнительная оценка правовых знаний в сфере охраны здоровья граждан у практикующих врачей и студентов медицинской академии. У респондентов установлен недостаточный уровень знаний в данной области, однако студенты имеют лучшие показатели по сравнению с врачами. Разработаны предложения по повышению уровня правовой грамотности для медицинских работников.

Ключевые слова: оценка правовой грамотности; нормативно-правовые акты; правовая защита; безопасность медицинской деятельности

S. A. Zykina, E.Yu. Shkatova, G. G. Khaliullina

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Disaster Medicine and Health and Safety

STUDYING DOCTORS' AND STUDENTS' AWARENESS OF THE LEGAL ASPECTS OF MEDICAL PRACTICE

Zykina Svetlana Avenirovna – Senior Lecturer; **Shkatova Elena Yuryevna** – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: army@igma.udm.ru; **Khaliullina Guliya Gazinurovna** – Student

By questioning we carried out a comparative assessment of medical practitioners' and medical students' legal knowledge in the sphere of protection of public health. An insufficient level of knowledge in the field was established in the respondents; the students, however, had better indicators in comparison with the doctors. Suggestions for increasing the level of law knowledge were developed for health professionals.

Key words: assessment of law knowledge; normative legal documents; legal protection; safety of medical practice

Проблема правовой грамотности практикующих врачей и студентов медицинских вузов привлекает серьезное внимание исследователей различных научных отраслей [1]. Правовое регулирование медицинской деятельности в настоящее время является одним из приоритетных направлений развития Российского здравоохранения. Однако остается актуальным вопрос недостаточного уровня медико-правовых знаний специалистов сферы здравоохранения, что препятствует дальнейшему реформированию и развитию данной отрасли [3, 5].

В настоящее время правовое регулирование отношений между пациентом и врачом, а также прочие аспекты получили интенсивное развитие. Подтверждением этому служит принятие большого количества законодательных актов и документов [4]. Врач должен знать и уметь защищать свои права и права пациента, однако правовая некомпетентность часто приводит к конфликтам, негативно влияющим на обе стороны [2].

Цель исследования: проведение сравнительного анализа правовой грамотности врачей медицинских организаций и студентов 6 курса

Ижевской государственной медицинской академии, разработка предложений по повышению правовой компетентности данного контингента.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 107 человек, 51 – врачи медицинских организаций (12 мужчин и 39 женщин) в возрасте $40,0 \pm 4,09$ года, 56 – студенты 6 курса Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА) педиатрического и лечебного факультетов (16 юношей и 40 девушек) в возрасте $23,0 \pm 1,47$ года.

Для реализации цели нами была разработана анкета, состоящая из 20 вопросов, представленная несколькими блоками: социальная принадлежность, самооценка правовой компетентности, знание нормативно-правовых аспектов.

Правовая грамотность оценивалась по результатам анкетирования.

Статистический анализ данных выполняли с использованием пакета прикладных программ *Microsoft Office Excel 2016*.

Результаты исследования и их обсуждение.

В опросе приняли участие врачи разных специальностей, обучавшихся на курсах повышения квалификации ИГМА: терапевты, педиатры, стоматологи, акушеры-гинекологи. Большинство врачей (66,7%) по основному месту работы являлись сотрудниками государственных медицинских организаций, 33,3% – частных медицинских организаций.

Распределение среди студентов лечебного и педиатрического факультетов практически равное, 55,4% и 44,6% соответственно.

По данным анкетирования установлено, что лишь 60,8% врачей регулярно знакомятся с новыми нормативно-правовыми актами, в то время как среди студентов этот показатель составляет 80,4% ($p < 0,05$). Врачи получали информацию по правовым вопросам преимущественно в результате обмена информацией с коллегами 62,7%, студенты в 100% – из информационных материалов, полученных в процессе обучения в медицинском вузе ($p < 0,05$). Открытыми информационными ресурсами по правовым вопросам в сфере охраны здоровья (Интернет, периодические издания) пользовались только 9,7% опрошенных, преимущественно студенты.

Все студенты (100% опрошенных) и 98,0% врачей считают себя недостаточно грамотными в вопросах защиты своих интересов, а также интересов пациентов ($p > 0,05$). При выборе наиболее значимых нормативно-правовых актов, регламентирующих права и ответственность врачей и паци-

ентов, достаточно большой процент респондентов выделили Конституцию РФ от 12.12.1993, Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

При оценке знаний основных положений нормативно-правовых документов нами были получены следующие данные: знакомы с Постановлением Правительства РФ от 14.02.2003 № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и/или специальности» 37,3% врачей и 64,3% студентов ($p < 0,05$). Среди опрошенных 35,3% врачей и 69,6% студентов отметили знание положений ТК РФ от 30.12.2001 № 197-ФЗ ($p < 0,05$). По данным исследования, 39,2% врачей, 26,8% студентов знакомы с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» ($p < 0,05$). Указали знание проекта Приказа МЗ РФ от 29.01.2016 «Об утверждении порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях» 27,5% врачей, 73,2% студентов ($p < 0,01$). Причем, уровень знаний среди опрошенных врачей тем ниже, чем больше стаж практической работы.

Вызывает особое беспокойство то, что на момент исследования лишь 54,9% врачей частично знакомы, а 23,6% – не знакомы с мероприятиями непрерывного медицинского образования (НМО) в системе Российского здравоохранения ($p < 0,01$). В то время как с данными мероприятиями ознакомлены 94,6% студентов ($p < 0,05$). Имеют представление о процессе аккредитации 72,5% врачей, 100% студентов ($p < 0,05$).

Большинство анкетированных (66,7% врачей и 87,5% студентов) отметили, что знание правовых отношений в сфере медицинской деятельности способствует повышению качества медицинской помощи.

При этом важно заметить, что все респонденты отметили необходимость подготовки по повышению правовой грамотности медицинских работников. Результаты опроса показали, что 58,8% врачей и 69,6% студентов считают необходимым обеспечение свободного доступа к юридической информации ($p > 0,01$). 52,9% врачей, 37,5% студентов ($p < 0,01$) полагают, что повышению их правовой компетентности будут способствовать разработка и осуществление конкретных мероприятий по повышению юридической грамотности

как по месту работы, так и в процессе обучения. Необходимость проведения семинаров, дискуссий, тренингов и других форм обучения с целью повышения правовой грамотности отметили 39,2% врачей и 51,8% студентов ($p < 0,01$).

Вывод. Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что опрошенные врачи и студенты недостаточно информированы о правовых аспектах медицинской деятельности, но осознают эту проблему и достаточно мотивированы на получение правовых знаний.

Для изменения создавшейся ситуации разработаны предложения по повышению уровня правовой грамотности: создание рабочей программы дисциплины по выбору «Безопасность медицинской деятельности» для студентов старших курсов в целях их большей подготовленности к практической деятельности; внедрение для врачей в системе НМО занятий по обучению актуальным правовым вопросам, в том числе безопасности медицинской деятельности; привле-

чение к активному участию в дискуссиях по вопросам медицинского права юристов, сотрудников прокуратуры и министерства внутренних дел.

Список литературы:

1. **Семина, Т.В.** Как медикам стать юридически грамотными? / Т.В. Семина // Служба кадров. – 2010. – № 11. – С. 69–71.
2. **Трусова, Л.Н.** Правовая грамотность – защита профессиональной деятельности врача / Л.Н. Трусова, В.Н. Расказова // Медицинское право. – 2014. – № 2. – С. 25–28.
3. **Филатов, В.Б.** Правовой статус врача и пациента / В.Б. Филатов, И.А. Петрова, А.Н. Литвинов // Заместитель главного врача. – 2007. – № 9 (16). – С. 141.
4. **Ходакова, О.В.** Правовая информированность медицинских работников в системе управления качеством медицинской помощи / О.В. Ходакова, Н.Ф. Шильникова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 5. – С. 22–25.
5. **Добровольская, Н.Е.** Правовая грамотность медицинского работника – механизм реализации прав пациента в стоматологической практике / Н.Е. Добровольская // Земский врач. – 2011. – № 6. – Режим доступа: URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/pravovaya-gramotnost-meditsinskogo-rabotnika-mehanizm-realizatsii-prav-patsienta-v-stomatologicheskoy-praktike-1> (дата обращения: 02.03.2017).

УДК 616-002.5-073.7 (470.51)

Е. А. Тюлькина¹, Н.М. Попова², А. В. Попов³

¹БУЗ УР «Республиканская клиническая туберкулезная больница МЗ УР», г. Ижевск

²ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

³БУЗ УР «Республиканский детский санаторий «Ласточка» МЗ УР», г. Ижевск

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Тюлькина Екатерина Анатольевна – главный врач кандидат медицинских наук; г. Ижевск, ул. Славянское Шоссе, 0/1, тел.8 (3412) 95-69-51, e-mail: info@rktb.udm.ru; Попова Наталья Митрофановна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Попов Алексей Владимирович – главный врач кандидат медицинских наук

В статье дана характеристика заболеваемости туберкулезом населения Удмуртской Республики с 2006 по 2016 г. по половому, возрастному, социально-профессиональному признакам.

Ключевые слова: заболеваемость туберкулезом; Удмуртская Республика; возрастно-половой состав

Е. А. Tyulkina¹, N.M. Popova², A. V. Popov³

¹Republic Clinical Tuberculosis Hospital, Izhevsk

²Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Public Health and Health Care Service

³Republic Children Sanatorium «Lastochka» («Swallow»), Izhevsk

CHARACTERISTICS OF TUBERCULOSIS INCIDENCE AMONG THE POPULATION OF THE UDMURT REPUBLIC

Tyulkina Ekaterina Anatolevna – Head Doctor Candidate of Medical Sciences; 0/1 Slavyanskoye Shosse st., Izhevsk, tel.: 8 (3412) 95-69-51, e-mail: info@rktb.udm.ru; Popova Natalya Mitrofanovna – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Popov Aleksey Vladimirovich – Head Doctor Candidate of Medical Sciences

The article describes the incidence of tuberculosis in the population of the Udmurt Republic from 2006 to 2016 by sex, age and social characteristics.

Key words: tuberculosis incidence; the Udmurt Republic; age and sex structure

Распространённость туберкулёза в Российской Федерации в последние пять лет, по данным статистической информации, снижается, с 2009 года отмечена тенденция к стабилизации

и некоторому снижению показателя заболеваемости, что позволяет с определённым оптимизмом говорить об улучшении здоровья населения. Существенно влияют на эпидемиологическую

обстановку по туберкулёзу увеличение числа мигрантов из стран с неблагоприятной ситуацией по туберкулёзу, распространение ВИЧ-инфекции и хронических гепатитов в популяции [1,2,3].

Цель исследования: дать характеристику заболеваемости туберкулезом населения Удмуртской Республики с 2006 по 2016 год.

Материалы и методы исследования. Анализ официальных статистических данных «Государственного доклада о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики» за 2006 и 2015 годы.

Результаты исследования и их обсуждение. Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу в Удмуртской Республике стабилизируется. Показатель заболеваемости активным туберкулёзом (на 100 тыс. населения) на территории республики за 11 лет снизился на 38,2% с 82,2 в 2006 году до 50,8 в 2016 году.

В 2006 году впервые в жизни установлен диагноз активного туберкулеза у 1269 человек. Наибольшее количество заболевших в 2006 году приходилось на возрастную группу от 25 до 34 лет, к 2016 году число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза составило 771 человек, наибольшее число заболевших отмечено в возрастной группе 35 лет – 44 года. В структуре заболеваемости туберкулезом по-прежнему преобладают мужчины (в 2006 году их было 70,4%, в 2016 году – 69,3%). За последние годы в структуре заболеваемости возросла доля лиц средней возрастной группы, среди которых преобладает мужское население (соотношение мужчин и женщин 2,3:1). В возрастных группах от 0 до 14 лет соотношение мальчиков и девочек в 2006 году составило 1:2,3, к 2016 году соотношение составило 1,2:1. В подростковом возрасте соотношение между юношами и девушками в 2006 году было 1,7:1, к 2016 году соотношение изменилось в сторону увеличения доли девушек и составило 1:1,5, в других возрастных группах преобладают мужчины.

В структуре впервые заболевших туберкулезом в 2006 году преобладали мужчины (в возрастной группе 25 лет–34 года – 24,5%). К 2016 году наибольшее число заболевших пришлось на возрастную группу 35 лет–44 года – 31,8%. Наблюдается снижение в структуре заболевших впервые туберкулезом доли мальчиков в возрасте 0–4 года с 1,0% до 0,2% в 2016 году, а также мужчин в возрастной группе 18 лет–24 года с 10,9% до 3,6% к 2016 году (рис. 1).

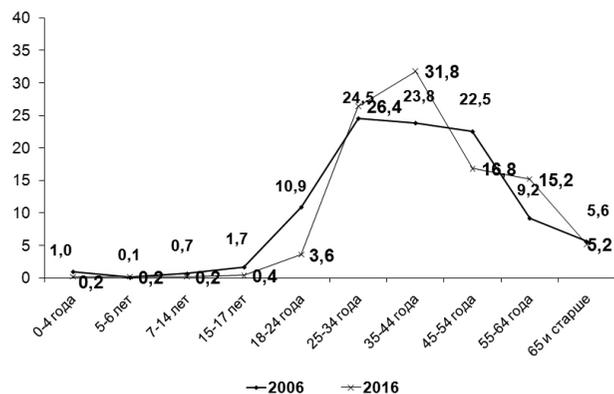


Рис. 1. Характеристика по возрасту впервые заболевших туберкулезом среди мужского населения УР (%).

Среди женского населения впервые заболевших туберкулезом наибольшее количество в 2006 году приходилось на возрастную группу от 25 до 34 лет (24,8%), в 2016 году, так же как и у мужчин. К 2016 году ситуация в структуре заболевших туберкулезом не изменилась. Среди женского населения Удмуртской Республики лидирует возрастная группа 25 лет–34 года. Существенное снижение в структуре впервые заболевших туберкулезом среди женского населения произошло в возрастных группах 7–14 лет с 1,3% до 0,4%, 18 лет–24 года с 16,0% до 7,2% к 2016 году. В возрастной группе 35 лет–44 года увеличилась доля заболевших с 18,9% до 26,6%, тенденция к росту доли заболевших среди женского населения также отмечена в возрастных группах 55 лет–64 года с 4,0% до 8,4%, 65 и более с 10,7% до 13,1% (рис. 2).

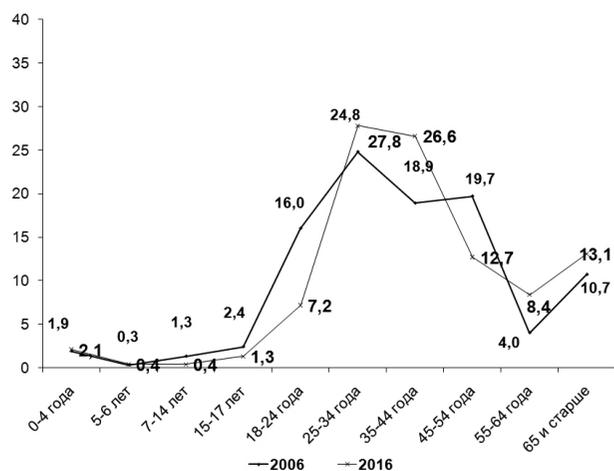


Рис. 2. Характеристика по возрасту впервые заболевших туберкулезом среди женского населения УР (%).

Среди вновь заболевших активными формами туберкулеза в 2006 году большую долю составляли неработающие по разным причинам – 57,5%, что подтверждает социальный характер заболевания, работники промышленных и других предприятий составили 26,3%, работники сельского хозяйства – 1,8%, категориальные работники – 6,0%, студенты средних и высших учебных заведений – 2,4%, дети – 2,6%, сотрудники других ведомств – 1,0%, лица без официального места жительства – 2,4%.

К 2016 году доля вновь заболевших неработающих возросла до 70,0%, работники промышленных и других предприятий составили 18,2%, работники сельского хозяйства – 2,0%, категориальные работники – 5,1%, студенты средних и высших учебных заведений – 1,0%, сотрудники других ведомств – 0,4%, лица без официального места жительства – 1,9%.

Как в 2006 году так и в 2016 году наибольшее число заболевших туберкулезом приходилось на неработающие население (от 57,5% до 70,0%) (рис. 3).

Среди неработающего населения в 2016 году основную долю составили лица трудоспособного возраста не имеющие по разным причинам постоянную работу – 75,0% (72,7% – 2006 год), пенсионеры – 18,8% (17,4% – 2006 год), инвалиды – 6,2% (9,9% – 2006 год).

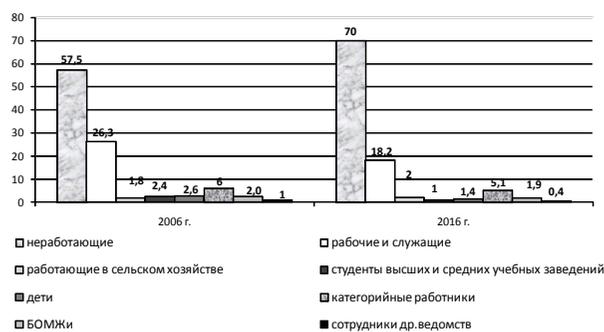


Рис. 3. Социальный состав впервые выявленных больных активным туберкулезом в УР (%).

Вывод. Таким образом, при анализе возрастно-половой структуры заболеваемости туберкулезом в Удмуртской Республике за одиннадцать лет выявлены тенденции смещения пика возрастной заболеваемости на более поздние возраста (с 25–34 лет на 35 лет – 44 года), стабильной в структуре заболеваемости доли женщин (не более 30%), тенденции к росту в структуре заболеваемости заболевших из категории неработающих.

Список литературы:

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2006 году. – Ижевск, 2007. – 265 с.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2015 году. – Ижевск, 2016. – 269 с.
3. **Тярасова, К. Г.** Своевременное выявление туберкулёза среди населения: актуальность, современные приоритеты работы лечебно-профилактических организаций // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения / К. Г. Тярасова, Д. Ю. Алексеев, Е. М. Гринева. – 2012. – № 2. – С. 800–801.

ДЕМОГРАФИЯ

УДК 908 (084.4) (470.51) (049.32)

Н. С. Стрелков, Н. М. Попова¹, В. Н. Савельев¹

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

¹Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

РЕЦЕНЗИЯ НА АТЛАС УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Стрелков Николай Сергеевич – ректор академии доктор медицинских наук, профессор; **Попова Наталья Митрофановна** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 65-82-68, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; **Савельев Владимир Никифорович** – профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор

Коллективом ведущих ученых Удмуртской Республики (УР) совместно с Московским издательством «Феория» в 2016 году издан «Атлас Удмуртской Республики» – уникальное энциклопедическое произведение, созданное на базе обширного картографического материала, посвященного территории, населению, экономике, историко-культурному наследию республики.

Ключевые слова: атлас; экология; население; демография; финно-угорские народы; экономика; картографическое произведение

N. S. Strelkov, N. M. Popova¹, V. N. Savelyev¹

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Public Health and Health Care Service

REVIEW OF THE ATLAS OF THE UDMURT REPUBLIC

Strelkov Nikolay Sergeevich – Rector of Academy Doctor of Medical Sciences, Professor; **Popova Natalia Mitrofanovna** – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel.: 8 (3412) 65-82-68, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; **Savelyev Vladimir Nikiforovich** – Professor Doctor of Medical Sciences, Professor

«Atlas of the Udmurt Republic» was published by a group of the leading scientists of the Udmurt Republic in cooperation with the Moscow publishing house «Feoria» in 2016. The atlas is a unique encyclopedic work created on the basis of extensive source material on the land, population, and economy, historical and cultural heritage of the republic.

Key words: atlas; ecology; population; demography; Finno-Ugric peoples; economy; cartographic work

Атлас формирует основополагающие представления о республике и населяющих ее народах во времени и пространстве и наряду с гербом, флагом, гимном, является своего рода символом республики. Невозможно переоценить научную, образовательную, общественную значимость выпуска атласа как в общероссийском, так и международном масштабах. По существу атлас является «паспортом» Удмуртской Республики и будет формировать ее положительный имидж в гражданском обществе. О значимости представленного на рецензию картографического произведения указывает и то, что его создание было поддержано грантом ВОО

«Русское географическое общество» (РГО) совместно с Правительством УР.

Атлас имеет 9 основных разделов. Важно, что после титульного листа атласа размещены обращения к читателям президента Русского географического общества С. К. Шойгу и экс-главы Удмуртской Республики А. В. Соловьева, что подчеркивает высокий статус издания. Затем следует состав авторского коллектива и список организаций-соисполнителей проекта. На следующей странице читатель знакомится с весьма представительным составом научно-редакционного совета, который возглавляют академики РАН – А. М. Липанов (председатель) и Н. С. Ка-

символ (зам. председателя). В состав редколлегии входят В. А. Савельев (председатель Правительства УР) и А. А. Мирошниченко (министр образования и науки УР). Главный редактор и руководитель проекта – И. И. Рысин, д-р геогр. наук, проф., председатель Удмуртского отделения РГО, зав. кафедрой экологии и природопользования Удмуртского госуниверситета.

Во «**Введении**» под портретом великого композитора П. И. Чайковского имеется предисловие на удмуртском, русском и английском языках. Здесь же помещены изображения символов республики – Государственного герба и Государственного флага УР. Далее следует раздел «**Удмуртия на карте России и мира**», где размещены карты географического положения УР на политической карте мира, картах России, Приволжского федерального округа, Уральского экономического района и финно-угорских народов, положение УР на карте часовых поясов мира, общегеографическая и административные карты УР; здесь же дается краткое описание административно-территориального устройства республики.

Краткий обзор истории удмуртского этноса. Представлены «Этнографическая карта Европейской России», составленная в 1875 году Императорским Русским географическим обществом и «Этнографическая карта Удмуртской АССР», составленная в 1935 году по материалам доцента Удмуртского пединститута С. П. Жуйкова. По тематическому содержанию раздел включает 4 подраздела: «Удмуртская земля, пространство – что это? Ее отличия от других пространств», «Удмуртская земля в описаниях путешественников и этнографов XVIII–XX вв.», «Деревня, двор, сакральные места и жилище удмуртов», «Календарные обряды и праздники». Наряду с текстом в разделе много иллюстративного материала.

Четвертый раздел «**Природные условия и ресурсы**» начинается с обзорной карты Урала и Приуралья, составленной В. П. Семеновым-Тян-Шанским и И. Н. Сырневым в 1914 году. Далее следует характеристика геологического строения и рельефа, представлены геологическая, тектоническая, четвертичных отложений и геоморфологическая карты, сводная литолого-стратиграфическая колонка, а также карты местонахождений палеонтологических ископаемых, рельефа и минеральных ресурсов. Характеристика климата в тексте сопровождается многочисленными картосхемами и таблицами. Среди них заслуживает внимания картосхема комфортности климата. Описание поверхностных и подзем-

ных вод сочетается с картосхемами гидрографической сети и стоков рек, со схемами основных речных бассейнов, густоты речной сети, коэффициента стока, порядка рек, морфодинамических типов русел, русловых деформаций, доли размываемых берегов, качества подземных вод и глубины залегания подошвы пресных подземных вод. Описание почвенного покрова удачно сочетается с картами почв и почвообразующих пород, картосхемами содержания в почвах микроэлементов, эффективного плодородия почв, обеспеченности почв обменным калием, обменным фосфором, органическими веществами, степени кислотности почв и агропочвенных районов.

Значительная часть материала, характеризующая биологический компонент, представлена в виде картосхем видового разнообразия моховидных, сосудистых растений, рыб, птиц, млекопитающих, типов растительности, лесистости и породного состава деревьев, диаграмм возрастной структуры лесов и динамики породного состава лесов, картосхем лекарственных и пищевых растений, пищевых и недревесных ресурсов леса. Не меньший интерес вызывают картосхемы распространения и численности охотничье-промысловых видов, видового разнообразия грибов, мхов, лишайников, сосудистых растений, беспозвоночных животных, птиц, млекопитающих, рыб и инвазивных видов животных, внесенных в Красную книгу.

В завершение раздела представлена картосхема типов ландшафтов и физико-географического районирования. В данном разделе содержится 76 карт и картосхем.

Следующий раздел посвящен «**Экологическому состоянию природной среды**». Раздел начинается с карты природопользования и экологических проблем. Представлены следующие картосхемы: концентрация в атмосферном воздухе ряда загрязнителей, индекс загрязнения атмосферы, показатель водоотведения и водопотребления, запасы и загрязнение подземных вод, качество воды в эксплуатационных скважинах, валовое содержание в почвах тяжелых металлов, места постоянного размещения отходов, места захоронения животных, зараженных вирусом сибирской язвы, распределение суммарных показателей загрязнения почв и транспортного шума в г. Ижевске. Вызывают интерес картосхемы мониторинга объектов по уничтожению химического оружия и ряд других. Большое внимание уделено особо охраняемым природным территориям (ООПТ). Всего в этом разделе представлено 30 карт и картосхем.

В разделе «*Население региона*» отражена подробная информация о динамике и численности населения, рождаемости и смертности, структуре и размещении населения, национальном составе и занятости населения, уровне безработицы населения, среднемсячной заработной плате по видам экономической деятельности и многое другое.

Вызывает особый интерес медико-географический блок, где представлены картосхемы уровня смертности детского и взрослого населения по болезням системы кровообращения, злокачественных новообразований, от несчастных случаев, травм и отравлений, суицидов, а также картосхемы по различным видам заболеваемости, таким как: общая заболеваемость населения, заболеваемость по фельдшерско-акушерским пунктам, болезни крови и кроветворных органов, органов дыхания, органов пищеварения, эндокринной системы, заболеваемость туберкулезом, онкологическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом и другими. Многие карты в разделе публикуются впервые. Общее количество карт и картосхем здесь составляет 63.

В разделе «*Экономика*» представлена картосхема нового строительства и его размещения в третьей пятилетке (1940 г.), экономическая карта Кировской области и Удмуртской АССР (1939 г.), картосхема доходов и расходов муниципального бюджета, территориальной организации хозяйства. Затем следует характеристика различных отраслей производства: добывающая промышленность, обрабатывающая промышленность, машиностроение и металлообработка, металлургия, химическая промышленность, лесная промышленность, строительные материалы и минеральное сырье, пищевая промышленность, малое предпринимательство (юридические лица), индивидуальное предпринимательство. Всесторонне представлена информация и о сельскохозяйственном производстве, включая различные показатели растениеводства: посевные площади, урожайность и валовой сбор с/х культур; также дана детальная характеристика животноводства: производственная база, обеспеченность с/х техникой, надой и поголовье скота, животноводческая продукция.

Социальную сферу характеризуют следующие картосхемы: розничная торговля, аптечная сеть, число предприятий общественного питания, число посадочных мест на предприятиях общепита, бытовое обслуживание населения, обеспеченность населения жилыми помещениями, состояние коммунальной инфраструктуры,

коммунальные услуги, характеристики образовательных учреждений, сельские учреждения здравоохранения, обеспеченность койко-местами, обеспеченность врачами, учреждения культуры и искусства, социальное обслуживание пожилых граждан и инвалидов, физическая культура и спорт и другие. Далее следует характеристика транспортного комплекса и услуг связи.

Представленный атлас выгодно отличается от существующих региональных атласов наличием большого количества карт и картосхем, характеризующих туристско-рекреационную сферу в различных аспектах жизнедеятельности и отдыха людей. Эти карты будут ориентированы на привлечение дополнительных инвестиций через туристский бизнес и рекреацию. Логическим завершением раздела являются показатели внешних экономических связей и картосхема объемов распределения инвестиций по отраслям. Общее количество карт и картосхем в экономическом разделе – 97.

В разделе «*Историко-культурное наследие*» дана очень подробная характеристика памятников археологии: каменного века, энеолита, бронзового века, раннего железного века, эпохи пьяноборской и мазунинской культур, эпохи средневековья, важнейших исторических событий и хозяйственной деятельности в разные периоды. В разделе имеются фрагменты древних исторических карт, начиная от карт из «Атласа Г. Меркатора (1595 г.) и «Чертежной книги Сибири» С. У. Ремезова (1701 г.), до карт из «Атласа Российской Империи» (1745 г.) и Генеральной карты Вятской губернии 1806 года с планами уездных городов. Привлекательным для большинства читателей является характеристика периода становления государственности Удмуртии в 1926–1927 годах с соответствующими картами. Здесь также имеются эксклюзивные картосхемы, которых не найти ни в каких других атласах: костюмные комплексы удмуртов, этнические группы удмуртов, диалектологическое районирование удмуртского языка, наречия, диалекты, говоры удмуртского языка, топонимы удмуртского языка и ряд других. Общее количество древних и современных карт в данном разделе составляет 31.

В последнем разделе атласа, названном «*Достопримечательности*», размещены карты более крупного масштаба, где представлены памятники истории и культуры городов и муниципальных районов республики, которые должны представлять повышенный интерес для туристов и путешественников, как отечественных, так и зарубежных.

Каждый из перечисленных разделов сопровождается кратким пояснительным текстом с богатым

иллюстративным материалом, включающим фотографии, рисунки, геологические разрезы и почвенные профили, графики, всевозможные диаграммы и множество таблиц. Впечатляет солидный объем атласа – 282 страницы в формате А3.

Большинство картосхем атласа созданы в масштабах 1: 2 000 000 и 1: 3 000 000, несколько карт в масштабе 1: 1 000 000 и значительная их часть представлена в масштабе 1:1 500 000. Общее количество карт и картосхем составляет 339.

Общественная значимость издания возрастает в связи с тем, что атлас посвящен двум важным событиям: 175-летию со дня рождения П. И. Чайковского и 95-летию государственности Удмуртии. Он может иметь практическое применение во многих сферах: в учебном процессе, в экономике и территориальном планировании, в маркетинговых разработках, в природоохранной и туристической деятельности, в краеведении и музейном

деле. Атлас будет полезен широкому кругу читателей: работникам административных органов, предпринимателям, в т. ч. крупным инвесторам, ученым, педагогам, студентам и школьникам, краеведам, врачам, специалистам сельского и лесного хозяйства, экологам, охотникам и рыбакам, туристам и многим другим. Учитывая тот факт, что электронный вариант атласа размещен на геопортале РГО: www.geoportal.rgo.ru, то с содержанием атласа может ознакомиться многомиллионная аудитория не только в России, но и за рубежом.

Учеными Удмуртии создано фундаментальное картографическое произведение, по своему содержанию оно является энциклопедическим. Это настоящее академическое издание, выполненное в соответствии с лучшими традициями отечественной и мировой картографии, а авторский коллектив, несомненно, заслуживает самой высокой оценки.

УДК 947 (470.51)+329.73 (=945.33):061.3

Н. С. Стрелков, Л. Л. Шубин¹, З. В. Шубина²

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

¹Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

²Кафедра общей и клинической фармакологии

XIII СЪЕЗД УДМУРТСКОГО НАРОДА

Стрелков Николай Сергеевич – ректор академии доктор медицинских наук, профессор; **Шубин Лев Леонидович** – доцент кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 65-82-68, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; **Шубина Зинаида Валентиновна** – доцент кафедры кандидат медицинских наук

В г. Ижевске в 2016 году прошел очередной XIII Съезд удмуртского народа. В работе приняли участие 375 делегатов: 303 делегата из Удмуртии, 72 из других регионов России (Республика Башкортостан, Республика Татарстан, Республика Марий Эл, Пермский край, Кировская, Свердловская области, г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Томск, г. Нижневартовск). Съезд принял резолюцию по развитию удмуртского языка и культуры, подготовке национальных кадров.

Ключевые слова: съезд; удмуртский народ

N. S. Strelkov, L. L. Shubin¹, Z. V. Shubina²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Public Health and Health Care Service

²Department of General and Clinical Pharmacology

XIIITH CONGRESS OF THE UDMURT PEOPLE

Strelkov Nikolay Sergeevich – Rector of Academy Doctor of Medical Sciences, Professor; **Shubin Lev Leonidovich** – Associate Professor Candidate of Medical Sciences; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel.: 8 (3412) 65-82-68, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; **Shubina Zinaida Valentinovna** – Associate Professor Candidate of Medical Sciences

The XIIIth scheduled congress of the Udmurt people took place in Izhevsk in 2016. 375 delegates participated in the congress: 303 delegates were from the Udmurt Republic and 72 were from other Russian regions (the Republic of Bashkortostan, the Republic of Tatarstan, the Republic of Mari-El, Perm Territory, Kirov Region, Sverdlovsk Region, the cities of Moscow, St. Petersburg, Tomsk, and Nizhnevartovsk). The congress adopted the resolution to develop the Udmurt language and culture and to train specialists of the Udmurt nationality.

Key words: congress; the Udmurt people

Современная история съездов удмуртского народа началась с ноября 1991 года, когда более 500 делегатов и 300 приглашенных лиц собрались на Всесоюзный этнический форум под ло-

зунгом «Возрождение удмуртского народа», где в центре дискуссий были вопросы политического, социально-экономического развития Удмуртской Республики и духовно-нравственного вос-

питания, сохранения национальных традиций, а также родного языка. Так как к тому времени в данном направлении уже были сделаны отдельные практические шаги на I Съезде удмуртов требовалось подвести итоги проделанной работы, выработать новые ориентиры национального развития удмуртского этноса. Делегаты съезда единодушно высказались за образование новой общественно-политической организации Всеудмуртской ассоциации «Удмурт Кенеш» (далее – Ассоциация) и утвердили высший орган съезда «Отчам» во главе с председателем Ассоциации и совета представителей «Пичи-Кенеш».

Название Ассоциации произошло от удмуртского слова «кенеш», что переводится как народное собрание. Еще в X–XIV вв. оно созывалось для решения важных вопросов. Во главе управления стоял совет старейшин, куда входили представители наиболее влиятельных родов.

Очередной XIII Всеудмуртский съезд (далее – Съезд) состоялся 11–12 февраля 2016 года в г. Ижевске. Работа секций велась в нескольких направлениях: «Этнополитика и право», «Культура», «Язык и образование», «СМИ и информационные технологии», «Семейная политика и здравоохранение», «Удмуртская молодежь». В работе Съезда приняли участие 375 делегатов. Из них 303 делегата из Удмуртии, 72 из других регионов России, таких как: Республика Башкортостан, Республика Татарстан, Республика Марий Эл, Пермский край, Кировская и Свердловская области, г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Томск, г. Нижневартовск.

Со словами приветствия выступил экс-глава Удмуртской Республики А.В. Соловьев. Он поздравил всех присутствующих с открытием этого важного форума, пожелал участникам Съезда плодотворной работы и интересных предложений. Председатель Государственного совета Удмуртской Республики В.П. Невоструев и председатель Консультативного комитета финно-угорских народов В.П. Марков также поприветствовали. Делегатам XIII Съезда они пожелали успехов и благополучия, развития национальных отношений.

С отчетным докладом «О деятельности Всеудмуртской ассоциации «Удмурт Кенеш» в период после XII Всеудмуртского съезда и задачах на предстоящий период» выступил президент Всеудмуртской ассоциации «Удмурт Кенеш» И.Н. Семенов. Он отметил, что 2016 год, прежде всего, знаменателен тем, что мы отметили 95-летие государственности Удмуртии. Удмуртская

автономия образовалась в сложных условиях. За удмуртскую автономию отдали свои жизни Максим Прокопьев, Трокай Борисов, Куздебай Герд и другие достойные сыновья и дочери удмуртского народа. От имени Съезда поздравил почетного гражданина Удмуртии, почетного президента организации «Удмурт Кенеш», политика, человека, который 13 лет руководил организацией «Удмурт Кенеш», Валентина Кузьмича Тубылова с его 80-летним юбилеем.

Основные вопросы, которые вызывают обеспокоенность у всех финно-угорских народов, в том числе и проживающих в России, – это обучение родным языкам, сохранение традиций, воспитание молодежи, подготовка ученых, воспитание преемников, издание книг и многое другое. «Вот над чем необходимо работать сообществу», – отметил И.Н. Семенов. О важности изучения родного языка он сказал: «... развивается родной язык – развивается история и культура народа. Именно поэтому сегодня мы должны особое внимание уделять обучению и изучению родного языка. В последнее время произошло уменьшение числа граждан, желающих изучать свой родной язык. Необходимо создать условия, чтобы была возможность изучать удмуртский язык в каждом районе, каждой деревне». В связи с этим «Удмурт Кенеш» уделяет особое внимание развитию факультета удмуртской филологии Удмуртского государственного университета. Благодарность И.Н. Семенов выразил тем, кто помог решить вопрос о сохранении факультета удмуртской филологии в рамках Института удмуртской филологии, финно-угроведения и журналистики. Таким образом, «Удмурт Кенеш» большое внимание уделяет важнейшей проблеме – развитию удмуртского языка.

Кроме того, президент Ассоциации напомнил об одной из главных задач «Удмурт Кенеш» – популяризации славного имени Куздебая Герда. В связи с этим организация учредила национальную премию имени Куздебая Герда. Кроме того, ежегодно проводятся чтения, посвященные К. Герду. Как и прежде продолжается вручение премий имени Ашальчи Оки, Эрика Батуева.

Современная реальность требует активного включения и в проектную деятельность. Был одобрен проект о проблемах деревенской семьи и две заявки получили гранты. Эту работу умело организовали члены «Удмурт Кенеш» Г.Н. Шущакова, Е.К. Александрова, А.Н. Чиркова.

Активисты Ассоциации не остались в стороне и от других общественных дел. Так, члены организации избраны и работают: ректор Ижевской государственной медицинской академии профессор Н. С. Стрелков – в Общественной палате Российской Федерации, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИГМА Л. Л. Шубин – в Общественной палате г. Ижевска.

Большое внимание уделяется развитию и укреплению связей с представителями других народов. «Удмурт Кенеш» поддерживает дружеские отношения со всеми национально-культурными организациями Удмуртии и участвует в совместных проектах. В составе «Удмурт Кенеш» активно работают организации: «Союз женщин-удмурток», удмуртская молодежная организация «Шунды», общество удмуртской культуры «Демен», общество закамских удмуртов.

В заключении он призвал всех людей, переживающих за процветание удмуртского народа, объединить силы и жить в мире и согласии.

Министр национальной политики Л. Н. Буранова в своем выступлении остановилась на следующих вопросах: сохранение и развитие культур, языков и традиций народов, проживающих на территории Удмуртии, укрепление межнациональных и межконфессиональных отношений. Она считает, что пришло время внести изменения и дополнения в Закон «О государственных языках Удмуртской Республики и иных языках народов Удмуртской Республики». С таким проектом организация «Удмурт Кенеш» обратилась в Государственный совет УР. В целях выполнения требований закона Министерством национальной политики Удмуртской Республики на постоянной основе осуществляется перевод на удмуртский язык официальных текстов. «Сегодня удмуртов и удмуртскую культуру знают далеко за пределами Удмуртии. Мы интересны миру. Осталось самое сложное – научиться быть интересными самим себе, каждому из нас, увидеть в себе и своем народе красоту и достоинство, силу и стремление к будущему. И это мы можем сделать только вместе», – утверждает министр национальной политики Л. Н. Буранова.

Перед участниками Съезда выступили министр культуры и туризма Удмуртской Республики А. М. Соловьев, зам. министра образования и науки И. Н. Белозеров, председатель удмуртской молодежной организации «Шунды» О. А. Тронина и др.

Постановлением Съезда президентом Всеудмуртской ассоциации «Удмурт Кенеш» избрана Ишматова Татьяна Витальевна.

Была принята резолюция XIII Всеудмуртского съезда, где делегаты, проанализировав работу Ассоциации «Удмурт Кенеш» за отчетный период, признали ее удовлетворительной. Также были утверждены следующие направления деятельности Ассоциации на 2016–2020 годы:

В области этнополитики и права:

1. Организовать активное сотрудничество с Координационным советом по вопросам развития удмуртского языка и культуры при Председателе Правительства Удмуртской Республики.

2. Организовать активное и целенаправленное взаимодействие с региональными отделениями политических партий, общественными движениями и организациями в целях обеспечения представительства удмуртов в органах представительной и исполнительной власти всех уровней.

3. Обратиться в Государственный совет Удмуртской Республики с предложением выйти с законодательной инициативой в Государственную думу РФ о внесении изменений в федеральное законодательство, касающихся использования национальных языков (в области рекламы, публичных мероприятий).

4. Осуществлять общественный контроль за процессом оптимизации в сельской местности в области национального образования, культуры и здравоохранения.

5. Продолжить практику взаимодействия с органами государственной власти УР и органами государственной власти в регионах с компактным проживанием удмуртов по поддержке удмуртской диаспоры.

6. Рекомендовать органам местного самоуправления городов и районов республики разработать и принять программы по сохранению и развитию языка, культуры и традиций удмуртского народа.

7. Предложить Правительству Удмуртской Республики разработать и принять республиканскую целевую программу по подготовке национальных кадров в образовательных организациях Удмуртской Республики.

В области образования и языковых прав:

1. Совместно с профильными министерствами УР проводить квалитетический мониторинг по организации учебного процесса в об-

ласти преподавания удмуртского языка на всех уровнях образования.

2. Обратиться к совету ректоров вузов УР и Министерству образования и науки УР с предложением ввести в содержание учебных программ всех факультетов изучение удмуртского языка или других дисциплин, направленных на изучение традиционной культуры удмуртского народа.

3. Министерству образования и науки УР активизировать работу по включению учебников по удмуртскому языку и литературе в федеральный перечень учебников; при разработке учебных программ, учебников и учебных пособий по удмуртскому языку и литературе ориентироваться на использование современных подходов и новых интерактивных технологий обучения, развитие у учащихся коммуникативной компетенции.

4. Министерству образования и науки УР, Министерству национальной политики УР разработать комплекс мер, направленных на повышение статуса уроков удмуртского языка и литературы в общеобразовательной школе, а также на повышение статуса дополнительного образования этнокультурного характера как важной и неотъемлемой части духовной культуры общества и личности.

5. Обратиться в адрес Министерства образования и науки Российской Федерации с предложением о проведении конкурсов по распределению грантов среди общеобразовательных организаций для поддержки национального образования в регионах.

6. Профильным министерствам Удмуртской Республики организовать работу по поэтапному введению удмуртского языка во все образовательные учреждения республики.

В области культуры:

1. Принять участие в разработке и реализации республиканских программ этнокультурного и экологического туризма.

2. Просить Правительство Удмуртской Республики предусматривать при разработке республиканского бюджета целевое финансирование бюджета муниципальных образований на улучшение материально-технической базы учреждений культуры на селе, поддержку самодеятельных и народных коллективов.

3. Обратиться в адрес Министерства культуры и туризма УР, Министерства образования и науки УР с предложением разработать и внед-

рить в образовательные учреждения республики комплексные образовательные программы по удмуртской культуре (музыке, технологии, изобразительному искусству, изучению биографии известных удмуртских поэтов, писателей, ученых, композиторов, артистов).

4. Обратиться в адрес Министерства культуры и туризма УР с предложением о финансовой поддержке по комплектованию школ и муниципальных библиотек краеведческой литературой.

5. Обратиться в адрес Министерства культуры и туризма УР с предложением разработать план мероприятий по поддержке удмуртских творческих коллективов из субъектов РФ с компактным проживанием удмуртов.

6. Просить Правительство Удмуртской Республики о создании в Ижевске Центра удмуртской культуры.

7. Предложить администрации муниципального образования «Город Ижевск» определить конкретных балансодержателей установленных в городе памятников Трокаю Борисову, Кузебаю Герду, Иосифу Наговицыну и ответственных за их содержание и уход.

В области СМИ и информационных технологий:

1. Агентству печати и массовых коммуникаций Удмуртской Республики предложить разработать Концепцию развития национальных СМИ.

2. Обратиться в Правительство Удмуртской Республики с просьбой о выделении средств на расширение зоны вещания телеканалов ГУП УР ТРК «Удмуртия» («Моя Удмуртия» и «Удмуртия»), в т.ч. и для перехода на спутниковое телевидение.

3. Поддерживать инициативу ГУП УР ТРК «Удмуртия» в разработке частоты для радиостанций, полностью вещающей на удмуртском языке (24 часа в сутки).

4. Рекомендовать органам государственной власти и местного самоуправления с целью привлечения большего охвата читателей на удмуртском языке размещать информацию на официальных сайтах на обоих государственных языках Удмуртской Республики; содействовать развитию существующих новостных порталов.

5. Обратиться (повторно) в адрес Правительства Удмуртской Республики о содействии в передаче фондов ВГТРК «Удмуртия», составляющих культурное наследие удмуртского народа, в фонды ТРК «Моя Удмуртия».

В области семейной политики и здравоохранения:

1. Активизировать деятельность Ассоциации, направленную на повышение роли семьи как хранительницы родного языка, национальной культуры и традиций.

2. Вести разъяснительную работу о значении родного языка в семье совместно с образовательными организациями.

3. Совместно с Республиканским советом женщин-удмурток продолжить практику организации семейных конкурсов, фестивалей; семинаров, лекториев, круглых столов на родном языке по традиционным семейным отношениям, этнопедагогике удмуртского народа; практиковать выездные консультации специалистов по работе с семьей.

4. Совместно со СМИ пропагандировать семейные ценности и здоровый образ жизни.

5. Осуществлять общественный контроль качества школьного питания.

6. Разрабатывать и реализовывать проекты, направленные на оказание разносторонней помощи семьям, прежде всего, малоимущим и многодетным.

7. Совместно с отраслевыми министерствами и ведомствами, органами местного самоуправления организовывать оздоровление детей из сельских районов как форму поощрения и медицинской помощи.

8. Обратиться к Правительству Удмуртской Республики с просьбой о принятии мер по открытию новых фельдшерско-акушерских пунктов, привлечению средних медицинских работников для работы на селе.

В области молодежной политики:

1. Продолжить практику проведения межрегионального форума удмуртской молодежи с проектными семинарами, с планированием и стратегированием удмуртского национального движения.

2. Способствовать продвижению детского движения «Шундысиос».

3. Активизировать продвижение современного удмуртского культурно-языкового пространства по примеру проекта «АРТ-экспедиция» УМОО «Шунды» с последующим мониторингом результативности проекта.

4. Расширить государственную поддержку межрегиональной лагерной смены для творческих детей «Шундыкар».

5. Разработать систему мер по поддержке активной, талантливой молодежи.

6. Активизировать работу по созданию ячеек Удмуртской молодежной общественной организации «Шунды» во всех городах и районах Удмуртской Республики, в т. ч. в регионах с компактным проживанием удмуртов.

Выполнение принятых Съездом решений будет ещё в большей степени способствовать укреплению межнационального, межконфессионального и гражданского мира и согласия в Удмуртской Республике, сохранению здоровья, развитию национальной культуры удмуртского народа.

Список литературы:

1. XIII Всеудмуртский съезд: материалы и документы съезда (11.02.2016–12.02.2016) // МОО «Всеудмуртская ассоциация «Удмурт Кенеш» / отв.ред. Г.Н. Шушакова. – Ижевск, 2016. – 128 с.

ЭКОЛОГИЯ

УДК 616. 831-002-036. 22 (470. 51) «1954/2015»

Э. Т. Садыкова², Н. М. Попова¹, Т. Т. Садыков

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

²БУЗ УР « Республиканский клинико-диагностический центр МЗ УР», г. Ижевск

ДИНАМИКА МНОГОЛЕТНИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КЛЕЩЕВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (1954–2015 гг.)

Садыкова Эльмира Тамерлановна – врач-невролог кандидат медицинских наук; 426076, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 235, кв. 13, тел.: 8 (3412) 68-20-36, e-mail: elishna-18@yandex.ru; Попова Наталья Митрофановна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Садыков Тамерлан Талгатович – кандидат медицинских наук, доцент

Клещевые инфекции являются актуальной проблемой Удмуртской Республики на протяжении многих десятилетий. Они протекали волнообразно и циклично в виде двух волн с высоким уровнем заболеваемости, разделённых периодом низкой. Наибольшая заболеваемость первой волны клещевой инфекции зафиксирована в центральных и юго-западных районах Удмуртии. Период низкой заболеваемости является важным и закономерным этапом развития эпидемического процесса клещевой инфекции. Высокий уровень заболеваемости второй волны наблюдался в центральных и северо-восточных районах, низкий – в западных районах северного и южного регионах. Максимальные показатели заболеваемости клещевой инфекцией второй волны значительно выше первой.

Ключевые слова: клещевой энцефалит; иксодовый клещевой боррелиоз; природный очаг; Удмуртская Республика; эпидемиология

E. T. Sadykova², N. M. Popova¹, T. T. Sadykov

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Public Health and Health Care Service

²Republic Clinical Diagnostic Centre, Izhevsk

DYNAMICS OF PERENNIAL CHANGES OF MORBIDITY OF TICK-BORNE DISEASES IN THE UDMURT REPUBLIC (IN THE YEARS 1954–2015)

Sadykova Elmira Tamerlanovna – Neurologist Candidate of Medical Sciences; 235, flat 13, Kommunarov st., Izhevsk 426076, tel.: 8 (3412) 68-20-36, e-mail: elishna-18@yandex.ru; Popova Natalia Mitrofanovna – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Sadykov Tamerlan Talgatovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Tick-borne diseases have been a topical problem of the Udmurt Republic for many decades. Diseases went in waves and cyclically with two waves of high incidence rates separated by a period of a low incidence rate. The highest incidence rate of the first wave of tick-borne diseases was recorded in central and south-western districts of the Udmurt Republic. The period of a low incidence rate is an important and natural step in the development of epidemic process of tick-borne diseases. The high incidence rate of the second wave was recorded in central and north-eastern districts, the low incidence rate was observed in western areas of northern districts and in southern districts. The maximum indices of morbidity in the second wave of tick-borne diseases are much higher than in the first one.

Key words: tick-borne encephalitis; Ixodes tick-borne borreliosis; natural focus; the Udmurt Republic; epidemiology

Проблема клещевых инфекций (КИ) является актуальной для Удмуртской Республики (УР) на протяжении нескольких десятилетий. Удмуртская Республика – один из самых интенсивных природных очагов клещевых инфекций в России. Болезни протекают циклически – пе-

риоды (волны) высокой заболеваемости сменяются периодами низкой. Наличие на территории республики двух природноочаговых инфекций (КЭ и ИКБ) различной этиологии (вирусной и бактериальной) приводит к большим проблемам в их диагностике, лечении и профилактике.

Первые описания sporadических случаев клещевого энцефалита (КЭ) в Удмуртии относятся к 1938 г. [2, 3]. Заболевание развивалось по типу полиоэнцефаломиелита и возникало ежегодно в весенне-летний период на ограниченной территории лесопункта. Большинство больных подвергалось укусам клещей. В ряде случаев наблюдалось прогрессирующее течение. Этот вариант КЭ в Удмуртии идентичен типичным формам дальневосточного таёжного клещевого весенне-летнего энцефалита.

В 1945–1948 гг. было зарегистрировано 109 случаев однотипного заболевания с диагнозом «Острый сезонный серозный менингит». Оно возникало ежегодно в весенне-летний период на ограниченной лесной территории. У большинства больных отмечались укусы клещей. У одной трети больных наблюдались «рецидивы» – ухудшение общего состояния и повышение температуры. Следует отметить большую выраженность тяжёлого общего состояния и невропатологической симптоматики «рецидивов» по сравнению с началом заболевания [2, 4]. Это было первое упоминание о двухволновом течении заболевания, возникшего после укуса клеща.

В 1955–1957 гг. в УР были зарегистрированы массовые случаи (около 300 больных) своеобразной болезни [2–5; 30–32], описанной ранее под названием «двухволновый вирусный менингоэнцефалит (ДМЭ)» [35,37]. Заболевание наблюдалось в весенне-летний период на местности, богатой лесами. Были выявлены трансмиссивный (в результате присасывания клеща) и алиментарный пути заражения. Нередко наблюдались семейно-групповые случаи (так называемая «молочная лихорадка»), обусловленные употреблением сырого (некипячёного) козьего молока. Отмечалась относительная «доброкачественность» ДМЭ по сравнению с дальневосточным КЭ: менее тяжёлое течение, редкость очаговых форм и летальных исходов. Основное – наличие двух лихорадочных волн и разделяющего их безлихорадочного периода. В ходе исследования ленинградских учёных, работавших в Удмуртии в 1956 и 1958 гг., была доказана его «клещевая» сущность: из крови и ликвора больных, из клещей, из молока коз было выделено 49 штаммов вируса КЭ [11]. Данный вариант КЭ наблюдался также в Европейской части России, Белоруссии, странах Европы, на Урале, в Западной Сибири, Казахстане, в дальнейшем обозначенный как «Западный КЭ». С этого времени Удмуртия счи-

тается одним из основных и наиболее активных эпидемических природных очагов КЭ в СССР [6–10; 12–14; 16–21; 23, 24; 26–29; 33, 34, 36, 37].

С конца 60-х – начала 70-х годов в УР начались регулярные наблюдения за больными с кожной кольцевидной мигрирующей эритемой (КМЭ) [5]. В дальнейшем заболевание получило название «болезнь Лайма» (БЛ), «иксодовый клещевой боррелиоз» (ИКБ). Заболевание вызывается спирохетой – «боррелией», имеющей того же переносчика, что и вирус КЭ – иксодового клеща. Естественно, что природные очаги обеих инфекций совпадают. ИКБ – заболевание с поражением многих органов и систем организма. Лечение этих больных эффективно в ранние стадии болезни, терапия поздних стадий в ряде случаев не достигает цели. Больные, перенесшие ИКБ, не имеют стойкого иммунитета.

В связи с тяжёлой эпидемиологической обстановкой с КЭ в 1965–1969 гг. были проведены противоклещевые авиаобработки хлорорганическими пестицидами (ДДТ и гексахлораном) в основных эпидемических очагах КЭ в Удмуртии на территориях Можгинского, Малопургинского, Кизнерского, Алнашского районов [8, 9]. Результатом этих мероприятий явилось резкое снижение заболеваемости КЭ в данных районах УР. Однако эффект истребления клещей с помощью авиации оказался кратковременным и нестойким [7–9; 12; 13, 18; 26; 27].

С середины 60-х гг. в УР (и РФ в целом) наблюдалось снижение показателей заболеваемости КЭ, которое стабилизировалось в середине 80-х гг. на уровне 20,0–22,0 на 100 000 населения. По мнению некоторых авторов, это объясняется пролонгированным воздействием пестицидов при авиаобработках [9; 11; 21]. Нельзя исключить и другие природные и антропогенные факторы, которые влияют на развитие и течение эпидемического процесса КЭ. Это изменение образа жизни, резкое увеличение контакта населения с клещами из-за массового строительства садовых участков в природных очагах КЭ, увеличение количества вакцинированных людей и другие профилактические мероприятия.

С 1987 г. уровень заболеваемости КЭ в УР начал быстро возрастать, достигнув в 1993–1997 гг. максимальных показателей (88,5 и 94,5 на 100 000 населения). Они значительно превысили «максимумы» первой волны 1956 и 1964 гг. (68,0–61,0). В дальнейшем показатели заболеваемости КЭ постепенно снизились до 24,2 в 2011 г. и 13,2 в 2015 г.

Цель исследования: оценить динамику заболеваемости КИ в УР и отдельных её районах в сравнении с общероссийскими данными, сравнить с ретроспективными данными в первые годы изучения заболеваемости КЭ в Удмуртии (1950–1960 гг.); с данными изучения КЭ в 80–90-е гг. (период подъёма заболеваемости КЭ); с данными изучения КИ в начале XXI века (период низкой заболеваемости КИ).

Материалы и методы исследования. Проведён анализ учетно/отчётной статистической документации МЗ УР. Были использованы и проанализированы Государственные доклады о состоянии здоровья населения, информационный сборник статистических материалов (Раздел 3. «Инфекционные заболевания в РФ по итогам 1987–2015 гг.»), отчёты «О санитарно-эпидемиологической обстановке в УР в 1987–2015 гг.» Управления Роспотребнадзора по УР; выписки из карт стационарного больного пациентов, находившихся на стационарном лечении в РКИБ с диагнозом «клещевой энцефалит» и «иксодовый клещевой боррелиоз». Используются показатели заболеваемости КИ на 100 000 населения, соотношение «показатель заболеваемости района к региональному показателю (УР)» Для оценки территориальной распространённости КИ использовался картографический метод. Ретроспективные данные воспроизведены из публикаций в открытой печати.

Результаты исследования и их обсуждение. Официальная регистрация заболеваемости КИ в Удмуртии проводится с 1951 г., а ИКБ – с 1991 г. Поэтому данные, которые ранее (до 1991 г.) оцени-

вались как показатели заболеваемости «клещевого энцефалита», фактически являются суммарными (КЭ+ИКБ). Разделить их отдельно и сравнить с современными данными не представляется возможным. В соответствии с этим были составлены таблицы, отражающие динамику заболеваемости КИ и отдельно по каждому заболеванию. В них отражены не только показатели заболеваемости на 100 000 населения, но и «цикличность» заболеваемости в годах, характеризующие продолжительность цикла развития клещей. Для отдельных регионов России наиболее типичными были 3-летние циклы развития эпидемического процесса КЭ, но в разные годы в зависимости от географических, природных и климатических условий наблюдались более короткие (2 года) и более длительные (4–5 лет) циклы. В отличие от известной ранее [1], «цикличность заболевания» рассчитывалась «от пика заболеваемости до пика», как наиболее простая и удобная методика.

Изменения заболеваемости КИ в Удмуртии в 1954–2015 гг. представлены в виде двух «макровола» повышения, разделённых периодом снижения уровня заболеваемости (рис. 1).

Первая волна высокой заболеваемости КЭ в Удмуртии зафиксирована в 1954–1964 гг. Она представлена тремя циклами продолжительностью 3 года и одним (1959–1961 гг.) – двухлетним. По всей видимости, она является окончанием – «хвостом» волны высокой заболеваемости в предыдущие годы, ведь первые упоминания о sporadических случаях КЭ датируются 1938 г., а сведения о массовом характере болезни относятся к 1945–1948 гг. [2–5].

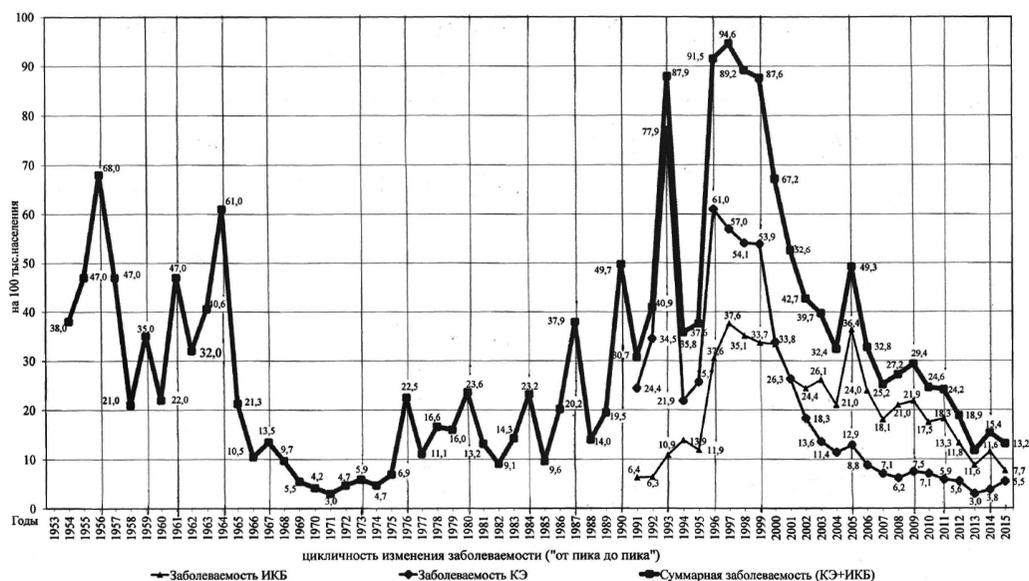


Рис. 1. Заболеваемость клещевым энцефалитом и клещевым боррелиозом в Удмуртской Республике (1954–2015 гг.).

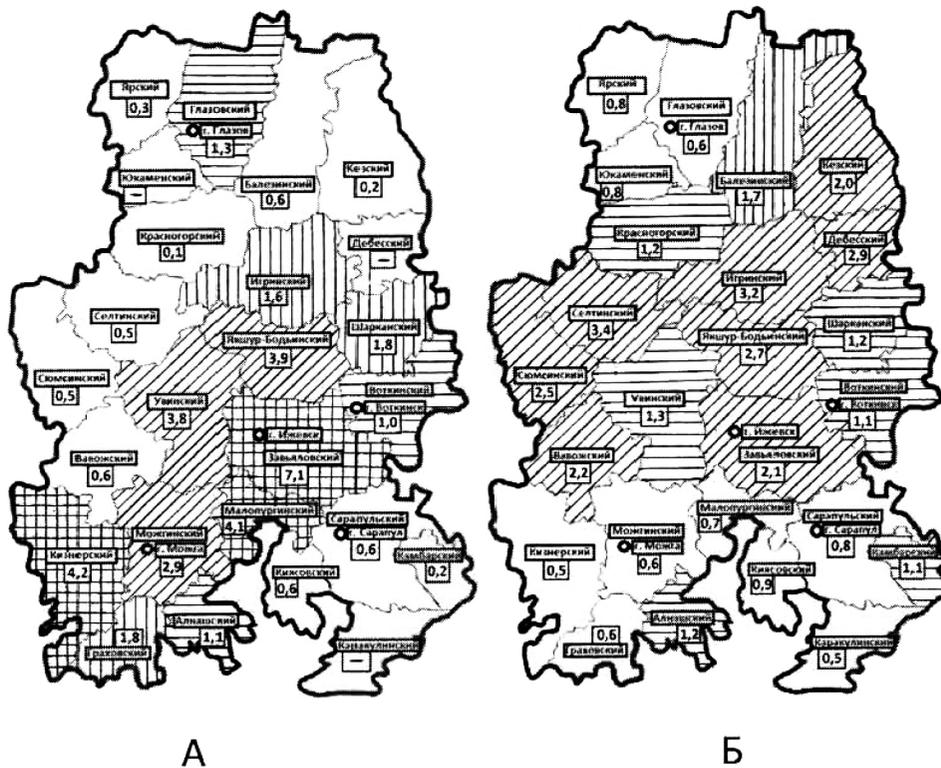
Поэтому судить о продолжительности истинной первой волны затруднительно. Предположительно, если её начало относится к 1945 г., а окончание – к 1964 гг., это составляет более 20 лет. Наиболее высокая заболеваемость КЭ в УР выявлена в 1956 и 1964 гг. с показателями в 61,0–68,0 на 100 000 населения, что в 13,5–14,7 раза превышает уровень заболеваемости КЭ в России.

Для оценки территориальной распространённости КИ использовался картографический метод. В основе построения картограмм лежат величина показателя заболеваемости на 100 000 населения и соотношение районного и регионального (УР). Территориально районы с наиболее высокой заболеваемостью КЭ в 60-е годы [7; 13; 16; 26; 27; 34] расположены в центральном и юго-западном районах (рис. 2).

Завьяловский район с г. Ижевском имеет показатель в 7,1 раза выше показателя УР (54,0), что в пересчёте на 100 000 населения составляет 383,4. В Кизнерском районе показатель

равен 226,8%, что в 4,2 раза превышало показатели УР, в Малопургинском заболеваемость составляет 221,4%, что в 4,1 раза выше показателя по УР. Якшур-Бодьинский показатель равен 210,6%, он выше среднереспубликанских в 3,9 раза, в Увинском – 205,2%, показатель выше в 3,8 раза, в Можгинском – 156,6, выше в 2,9 раза. Показатели в 2,9–7,1 раза превышают региональный показатель УР. В различные годы это соотношение достигает 9,4. Низкие показатели заболеваемости КЭ отмечены в административных районах северного, западной части центрального и Южного Прикамья УР. В отдельные годы в некоторых из них не зафиксировано ни одного случая КЭ (Ярский, Юкаменский, Кезский, Дебёсский, Киясовский, Каракулинский) [7; 13; 16; 26; 27; 34].

С середины 60-х и до середины 80-х гг. отмечалось резкое и значительное снижение заболеваемости КЭ в Удмуртии (рис. 3). Продолжительность этого периода – 23 года. Условно его можно разделить на две части.



Условные обозначения						
Соотношение показателей «район: УР»	Нет данных	Менее 1,0 УР	1,0-1,5 УР	1,5-2,0 УР	2,0-4,0 УР	Более 4,0 УР

Рис. 2. Картограмма распределения клещевых инфекций по районам Удмуртии [1954–1964 гг. (А); 1987–2011 гг. (Б)].

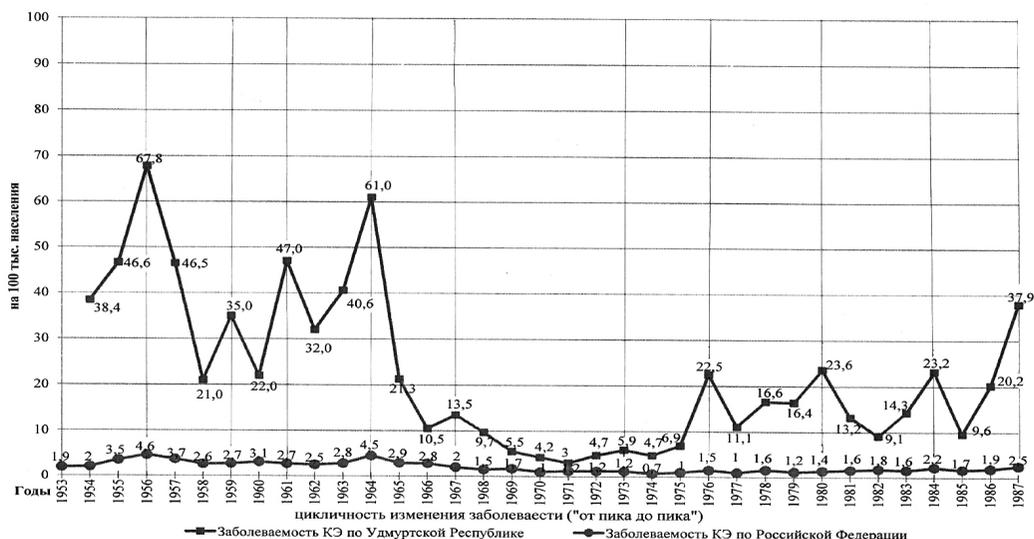


Рис. 3. Заболеваемость клещевым энцефалитом в Удмуртской Республике и Российской Федерации (1954–1987 гг.).

Первая относится к 1965–1975 гг. (длительность 12 лет) и характеризуется крайне низкими показателями заболеваемости КЭ – менее 10,0 на 100 000 населения. Она сформирована 3-летним переходным циклом 1964–1967 гг. с показателями 61,0–21,3–13,5; 6-летним (то есть двойным 3-летним) 1968–1973 гг. и 3-летними циклами с очень низкими показателями (5,5–3,0–4,7 на 100 000 населения). Вероятной причиной такого значительного снижения заболеваемости КЭ, помимо особенностей течения заболевания, можно считать пролонгированное воздействие хлорорганических пестицидов при акарицидных авиаобработках.

Другая часть (см. рис. 3) характеризуется снижением заболеваемости КЭ в 1976–1986 гг. Она состоит из двух 4-летних циклов (1976–1980 гг. и 1980–1984 гг.) и одного 3-летнего (1984–1987 гг.) продолжительностью 11 лет с показателями око-

ло 20,0 на 100 000 населения. Учитывая, что подобные показатели ранее считались «фоновыми» [36], можно предположить, что снижение заболеваемости КЭ в УР объясняется восстановлением цикла развития клещей в природном очаге.

Вторая «волна» высокой заболеваемости клещевыми инфекциями в Удмуртии относится к 1987–2011 гг. (рис. 4.) Она детально описана ранее [6; 36]. УР является одним из наиболее активных очагов КИ в РФ. КИ зафиксированы во всех районах УР с различным уровнем заболеваемости. Существует определённый «фоновый» уровень заболеваемости. Изменения заболеваемости КЭ в эти годы представлены в виде волнообразных кривых, состоящих в основном из 3-летних, одного 6-летнего (двойной 3-летний 1999–2005 гг.), одного 4-летнего (2005–2009 гг.) и одного 2-летнего (2009–2011 гг.). Они образуют «макроцикл» продолжительностью 25 лет.

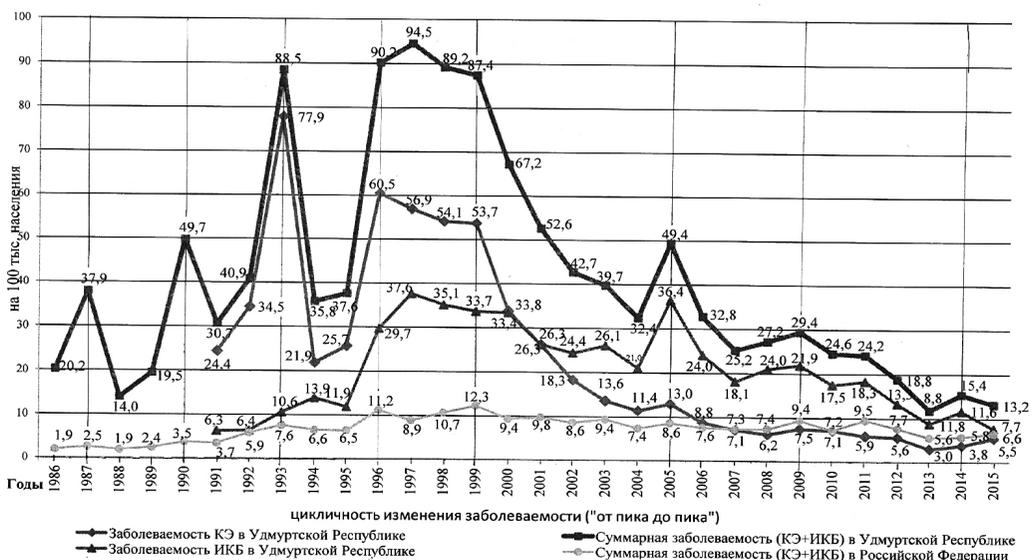


Рис. 4. Заболеваемость клещевыми инфекциями (клещевой энцефалит, иксодовый клещевой боррелиоз) в Удмуртской Республике (1987–2015 гг.).

Максимальные показатели КИ в Удмуртии зафиксированы в 1996–1999 гг. (90,2–94,5–89,2–87,4), что в 8,0–10 раз выше данных по России. Высокий уровень заболеваемости КИ в эти годы (в 2,1–3,4 раза выше регионального показателя УР) отмечен в Селтинском (3,4), Игринском (3,2), Дебёссском (2,9), Якшур-Бодьинском (2,7), Сюмсинском (2,5), Завьяловском (2,1) районах центрального региона УР. В Балезинском районе он в 1,7, а в Кезском районе северного региона – в 2,0 раза выше регионального показателя. Низкий уровень заболеваемости КИ наблюдался в западных районах северного и южного регионов УР. Представляет интерес высокий уровень заболеваемости КЭ в Вавожском районе – он в 2,2 раза выше показателя УР.

В 80-е годы сотрудниками НПО «НИОТК» при Ижевском механическом институте (ИМИ) и Ижевской медицинской академии был выполнен компьютерный анализ и прогноз заболеваемости клещевым весенне-летним энцефалитом в Удмуртии. По сравнению с другими природными очагами КИ России в Удмуртии зафиксирована самая высокая заболеваемость. Выявляется крайне неблагоприятная прогнозная тенденция роста заболеваемости КЭ в УР. Удмуртия будет оставаться на первом месте в России, опережая другие природные очаги КЭ [6; 17].

Вывод. Удмуртская Республика является на протяжении многих десятилетий одним из самых интенсивных природных очагов КИ в России.

КИ в Удмуртии в 1954–2015 гг. протекали волнообразно и циклично в виде 2-х периодов (волн) с высоким уровнем заболеваемости, разделённых периодом низкой заболеваемости. Первая волна высокой заболеваемости КЭ зафиксирована в 1954–1964 гг. Максимальные показатели отмечены в 1956 и 1964 гг. Районы с наиболее высокой заболеваемостью расположены в центральном и юго-западном регионах УР. Оценить продолжительность первой волны затруднительно из-за отсутствия достоверных данных о её начале. Предположительно, это 20 лет и более.

Период низкой заболеваемости КИ, вероятно, обусловлен не только предшествующим проведением противоклещевых авиаобработок. Он, наряду с периодами высокой заболеваемости, является важным и закономерным этапом развития эпидемического процесса в природном очаге КИ. Общая продолжительность этого периода – 23 года.

Вторая волна высокой заболеваемости КИ в УР относится к 1987–2011 гг. общей продолжительностью 25 лет. Наиболее высокий уровень

заболеваемости отмечен в центральном и северо-восточном регионах, низкий – в западных районах северного и южном регионе УР.

Наблюдается трансформация природных очагов КИ. Максимальные показатели заболеваемости КИ в 90-е гг. значительно выше данных 60-х гг. В настоящее время КИ наблюдаются на всей территории УР. В большинстве районов показатели заболеваемости КИ выше регионального показателя УР. Зона наибольшей заболеваемости КЭ изменилась от юго-западных и центральных районов в 60-е гг., до центральных и северо-восточных в 80–90-е. Зоной низкой заболеваемости КИ (менее показателя УР) являются северо-западные (Ярский, Юкаменский) и районы южного региона (за исключением Вавожского района). Заслуживает внимание проведение противоклещевых авиаобработок в наиболее опасных в отношении КИ районах. Вавожский район в 60-е гг. в их число не входил – заболеваемость клещевыми инфекциями в нём была значительно ниже.

Список литературы:

1. **Верета, Л. А.** Принципы прогнозирования заболеваемости клещевым энцефалитом / Л. А. Верета. – М.: Медицина, 1975. – 175 с.
2. **Визен, Э. М.** Острый сезонный серозный менингит / Э. М. Визен, А. Н. Филиппович, Ф. К. Шорина // Труды ИГМА. – Ижевск, 1949. – Т. 8. – С. 145–155.
3. **Визен, Э. М.** Острый сезонный серозный менингит / Э. М. Визен, А. Н. Филиппович, Ф. К. Шорина // Невропатология и психиатрия. – 1950. – № 2. – С. 29–33.
4. **Визен, Э. М.** Острый сезонный серозный менингит (двухволновый вирусный менингоэнцефалит) / Э. М. Визен // Клиническая медицина. – 1956. – № 9. – С. 51–56.
5. **Визен, Э. М.** Об атипичных формах клещевого энцефалита / Э. М. Визен // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1963. – № 10. – С. 1462–1466.
6. Динамика и прогноз заболеваемости клещевым энцефалитом в Удмуртии / Т. Т. Садыков [и др.] // Региональные проблемы здоровья населения: науч.- практ. конф. – Ижевск: «Вектор», 1999. – С. 61–63.
7. Задачи санитарной службы Удмуртской АССР в борьбе с клещевым энцефалитом / А. В. Смирнов [и др.] // Клещевой энцефалит в Удмуртии и прилегающих областях. – Ижевск, 1969. – С. 24–29.
8. **Иванова, Л. М.** Клещевой энцефалит и борьба с ним в РСФСР / Л. М. Иванова // Медицинская паразитология. – 1959. – № 3. – С. 294–301.
9. **Иванова, Л. М.** Эпидемическое проявление природных очагов и задачи по профилактике клещевого энцефалита в СССР / Л. М. Иванова // Медицинская паразитология. – 1982. – № 3. – С. 3–7.
10. Изменения эпидемиологической ситуации по клещевому энцефалиту в Удмуртской Республике за последние 10 лет / В. С. Синцова [и др.] // Актуальные проблемы природноочаговых инфекций. – Ижевск, 1998. – С. 151–154.
11. **Ильенко, В. И.** Вирусологическая характеристика двухволнового менингоэнцефалита в Удмуртии / В. И. Ильенко, А. А. Скляр // Клещевой энцефалит в УАССР // Труды ИГМА. – Ижевск, 1964. – Т. 20, Ч. 1. – С. 3–14.

12. Итоги борьбы с клещевым энцефалитом в Удмуртской АССР в последние годы / В. В. Кучерук [и др.] // Медицинская паразитология. – 1971. – № 3. – С. 275–283.

13. Клещевой энцефалит в Удмуртской АССР (К истории изучения и борьбы) / А. В. Смирнов [и др.] // Клещевой энцефалит в Удмуртии и прилегающих областях. – Ижевск, 1969. – С. 9–14.

14. Клинико-эпидемиологическая характеристика клещевого энцефалита в Удмуртии / А. А. Малкова [и др.] // Труды ИГМА. – Ижевск, 2011. – Т. 49. – С. 152–153.

15. Клинико-эпидемиологические особенности клещевого энцефалита в Пермской области / О. Ю. Устинова [и др.] // Журнал микробиологии. – 1997. – № 3. – С. 33–36.

16. **Козьминых, Ю. В.** Общая эпидемиологическая характеристика клещевого энцефалита в Удмуртской АССР / Ю. В. Козьминых, А. В. Смирнов, К. В. Плехов // Клещевой энцефалит в Удмуртии и прилегающих областях. – Ижевск, 1969. – С. 207–213.

17. Компьютерное прогнозирование инфекционных заболеваний (на примере клещевого энцефалита в Удмуртской Республике / Н. И. Калядин [и др.] // Новые информационные технологии. – 1997. – № 1. – С. 228–229.

18. **Коротков, Ю. С.** Динамика заболеваемости клещевым энцефалитом в Удмуртии на протяжении полувека (1957–2007 гг.) / Ю. С. Коротков, Т. Н. Шеланова, Н. Г. Богданова // Труды института полиомиелита и вирусных энцефалитов РАМН. Медицинская вирусология. – М., 2008. – № 25. – С. 80–90.

19. **Лихачева, Т. В.** Иксодовый клещевой боррелиоз и клещевой энцефалит в Удмуртии: ретроспективный анализ распространения / Т. В. Лихачева, Э. И. Коренберг // Журнал микробиологии. – 2003. – № 2. – С. 28–32.

20. **Лихачева, Т. В.** Анализ многолетней заболеваемости и пространственного распределения клещевого энцефалита и иксодовых клещевых боррелиозов в Удмуртии / Т. В. Лихачева, Э. И. Коренберг, В. С. Синцова // Медицинская паразитология. – 2003. – № 3. – С. 31–35.

21. **Малькова, И. Л.** Анализ трансформации природного очага клещевого энцефалита на территории Удмуртии / И. Л. Малькова, И. Ю. Рубцова // Вестник Удмуртского университета. Биология. Наука о земле. – 2013. – № 3. – С. 138–143.

22. Опыт работы комиссии по проверке диагностических заключений по клещевому энцефалиту и клиника острого периода этого заболевания в Удмуртии / А. Н. Шаповал [и др.] // Клещевой энцефалит в Удмуртии и прилегающих областях. – Ижевск, 1969. – С. 33–46.

23. **Осинцева, Т. С.** Резидуальные явления после перенесенного клещевого энцефалита, по данным диспансеризации в Удмуртской АССР / Т. С. Осинцева // Труды ИГМА. – Ижевск, 1964. – Т. 20, Ч. 1. – С. 134–141.

24. **Ошерович, А. М.** Динамика и прогноз заболеваемости клещевым энцефалитом и геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в России / А. М. Ошерович,

Л. А. Калюшина, А. А. Курегян // Медицинская паразитология. – 2001. – № 3. – С. 36–38.

25. **Покровская, О. А.** Материалы к клинической характеристике двухволнового менингоэнцефалита в Удмуртской АССР / О. А. Покровская // Неврологические проблемы. – Л., 1960. – С. 202–208.

26. **Смирнов, А. В.** Клещевой энцефалит в Удмуртской АССР и мероприятия по борьбе с ним / А. В. Смирнов, Л. И. Погореленко, Т. Н. Ведехина // Труды ИГМА. – Ижевск, 1964. – Т. 20, Ч. 1. – С. 41–49.

27. **Смирнов, А. В.** Общая эпидемиологическая характеристика клещевого энцефалита в Удмуртской АССР / А. В. Смирнов, К. В. Плехов, Ю. В. Козьминых // Клещевой энцефалит и геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в Европейской части РСФСР. – Ижевск, 1968. – С. 182–184.

28. Современная эпидемиологическая ситуация по природноочаговым инфекциям в Удмуртской Республике / В. П. Санников [и др.] // Актуальные проблемы природноочаговых инфекций: сб. мат. респ. науч.-практ. конф. – Ижевск, 1998. – С. 7–11.

29. Сравнительный анализ заболеваемости клещевым боррелиозом и клещевым энцефалитом в регионах Российской Федерации с помощью географических информационных систем за период 2000–2006 гг. / Л. Ю. Завальский [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. – № 6. – С. 4–10.

30. **Стеблов, Е. М.** К вопросу о сезонном весенне-летнем энцефалите / Е. М. Стеблов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1957. – № 3. – С. 304–309.

31. **Стеблов, Е. М.** Клинические варианты клещевого энцефалита в Удмуртской АССР / Е. М. Стеблов // Труды ИГМА. – Ижевск, 1958. – Т. 18. – С. 176–183.

32. **Стеблов, Е. М.** О клещевых энцефалитах в Удмуртской АССР / Е. М. Стеблов // Клиническая медицина. – 1958. – № 6. – С. 68–72.

33. Эпидемиологическая ситуация по природноочаговым инфекциям в Удмуртской Республике / В. П. Санников [и др.] // Природноочаговые инфекции в Удмуртской Республике: сб. статей. – Ижевск, 2006. – С. 5–12.

34. Эпидемиологическая характеристика природноочаговых инфекций в Удмуртской АССР / Ю. В. Козьминых [и др.] // Актуальные проблемы природноочаговых инфекций. – Горький, 1988. – С. 7–12.

35. Эпидемиологические особенности двухволнового вирусного менинго-энцефалита / А. А. Смородинцев [и др.] // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1953. – № 5. – С. 54–59.

36. Эпидемиология клещевых инфекций в Удмуртии / Э. Т. Садыкова [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2015. – № 2. – С. 17–20.

37. Этиология нейровирусной инфекции двухволнового вирусного менинго-энцефалита / А. А. Смородинцев [и др.] // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1953. – № 5. – С. 47–54.

УДК 616.61.- 002.151-036.22 (470.51)

В. В. Тихонова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра микробиологии и вирусологии

ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В УДМУРТИИ

Тихонова Валентина Васильевна – доцент кафедры кандидат биологических наук; г. Ижевск, 426034, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8-912-446-31-62, e-mail: microbio@igma.udm.ru

В статье дан анализ заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом по возрастному, половому, социально-профессиональному признакам.

Ключевые слова: ГЛПС; эпидемиологические типы заражения; рыжая полевка

V. V. Tikhonova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Microbiology and Virology

EPIZOOTOLOGICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME IN THE UDMURT REPUBLIC

Tikhonova Valentina Vasilyevna – Associate Professor Candidate of Biological Sciences; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel.: 8-912-446-31-62, e-mail: microbio@igma.udm.ru

The article analyzes the incidence of hemorrhagic fever with renal syndrome according to age, sex, socio-professional features.

Key words: hemorrhagic fever with renal syndrome; epidemiological types of infection; bank vole

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – широко распространенный не трансмиссивный вирусный зооноз, природные очаги которого выявлены на всех континентах. На территории России ГЛПС по частоте встречаемости занимает первое место среди природно-очаговых инфекций. Самые активные очаги ГЛПС расположены в оптимуме ареала рыжей полевки – в широколиственных и хвойно-широколиственных лесах Среднего Поволжья и Предуралья, где рыжая полевка доминирует среди вирусоносителей [6,7]. При этом уровень заболеваемости людей напрямую зависит от напряженности эпизоотического процесса в популяции рыжей полевки. В 2015 году в Удмуртии отмечен самый высокий показатель заболеваемости – 113,7 случаев на 100 тыс. населения.

Цель исследования: проведение сравнительного анализа заболеваемости ГЛПС при разных условиях заражения.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели было проведено исследование за период с 2011 по 2015 г. по данным официальных документов Роспотребнадзора Удмуртской Республики [1–5].

При анализе заболеваемости ГЛПС с 2011 по 2015 г. установлены некоторые закономерности. Чаще болеют лица, имеющие профессиональную связь с природными очагами ГЛПС или проживающие на территории этих очагов. Среди заболевших преобладают мужчины – 75,3%. Это связано с их трудовой деятельностью (строительные, лесозаготовительные работы, нефтепромыслы) и более активным общением с природой (охота, рыбалка, заготовка дров, сенокос и т. д.). Женщины составляют 24,7%, причина их заражения связана в основном с работами на садовых участках.

Возрастной состав больных имеет свои особенности. Преимущественно инфицируются лица в возрасте от 20 до 50 лет. На данный возраст

по республике приходится 76%. Лица 50–59 лет составляют 6,3%, а старше 60–2,7%. Дошкольники и престарелые лица болеют крайне редко.

Состав заболевших по роду занятий весьма разнообразен. В Удмуртии заболеваемость среди рабочих предприятий составляет 9,6%, служащих – 9,8%, водителей – 9,3%. Значительно выше средних показателей заболеваемость шоферов, нефтяников, рабочих лесхозов и леспромхозов. Сельскохозяйственные рабочие и колхозники составили 11,4%, отдельные случаи выявлены среди животноводов, механизаторов.

Выделяют шесть эпидемиологических типов заражения ГЛПС в соответствии с условиями, в которых оно произошло. Для каждого из них характерны специфика сезонности, состава заболевших по полу, возрасту, роду занятий.

При анализе условий заражения ГЛПС населения в Удмуртии за последние 5 лет отмечены некоторые закономерности. Случайно-лесной тип заражения преобладал в 2011 году (37,3%), в последующие годы снизился и составил 28,2%. Такое заражение происходит, в основном, в летне-осеннее время при сборе грибов, ягод, во время прогулок, турпоходов, во время рыбалки и охоты, заготовки дров, веточного корма, лесных сенокосов.

Весьма многочисленен в Удмуртии садово-огородный тип заражения с пиком в 2013 году (30,1%), которые также имеют летне-осеннюю сезонность. Данный тип характерен для городского населения и связан с работой и отдыхом на пасеках, садах-огородах, дачах.

Бытовой тип заражения становится все более значимым с каждым годом и составляет 27,9%. Заражение в быту происходит в тот момент, когда человек живет непосредственно в лесу или когда мышевидные грызуны мигрируют поздней осенью из леса в ближайшие поселки, в расположенные у леса постройки. При этом рыжие полевки заселяют нежилые строения (сарай, погреб, чуланы), а также копны соломы и сена, кучи хвороста,

сложенные на усадьбах. При очень высокой численности они проникают и в жилые помещения.

Сельскохозяйственный тип заражения характерен для сельской местности, он составляет 6,1%. Заражение происходит в основном при перевозке сена, соломы, а также при работе с кормами на фермах, при уборке льна, при разборке зимовавших буртов картофеля.

Производственный тип составил 5,4% случаев ГЛПС. В нашей республике чаще всего они происходят на лесозаготовках, так как лесная промышленность здесь довольно развита. Значительную группу составляют животноводы, строители, лица, занятые на нефтепромыслах, геологоразведочных работах.

За представленный период времени не зафиксировано ни одного случая лагерного типа заражения, что связано с систематическим проведением профилактических мероприятий на территории оздоровительных учреждений.

Вывод. Приведенная выше структура заболеваемости по возрастному, половому, социально-профессиональным и другим признакам опре-

деляет эпидемиологические особенности ГЛПС как природноочагового заболевания. Эти данные имеют важное значение для мониторинга, планирования и проведения профилактических мероприятий этой болезни.

Список литературы:

1. Государственный доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Удмуртской Республике в 2011 году. – Ижевск, 2012. – 278 с.
2. Государственный доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Удмуртской Республике в 2012 году. – Ижевск, 2013. – 282 с.
3. Государственный доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Удмуртской Республике в 2013 году. – Ижевск, 2014. – 295 с.
4. Государственный доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Удмуртской Республике в 2014 году. – Ижевск, 2015. – 281 с.
5. Государственный доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Удмуртской Республике в 2015 году. – Ижевск, 2016. – 269 с.
6. Характер функционирования активных лесных очагов ГЛПС в Европейской части России / А.Д. Бернштейн [и др.] // Актуал. вопр. мед. паразитологии. – М., 1998. – С. 67–68.
7. Экологические механизмы функционирования активных европейских очагов ГЛПС, прогноз заболеваемости / О.А. Жигальский [и др.] // Экология. – 2013. – № 3. – С. 237–240.

УДК 615.89 (470.51) (045)

В. В. Туганаев¹, И. Л. Бухарина¹, Т. П. Романова²

¹ФГБОУ ВО «Удмуртский государственный университет», г. Ижевск

²БУЗ УР «Консультативно-диагностический центр МЗ УР», г. Ижевск

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА УДМУРТИИ

Туганаев Виктор Васильевич – профессор доктор биологических наук; г. Ижевск, ул. Университетская, 1, тел.: 8 (3412) 916433, e-mail: tuganaev@udm.ru; **Бухарина Ирина Леонидовна** – профессор доктор биологических наук; **Романова Татьяна Петровна** – заведующий терапевтическим отделением кандидат медицинских наук

Удмуртская народная медицина руководствуется представлением о том, что болезни являются следствием совершенных поступков и негативным воздействием духовных сил. В современной народной медицине удмуртов находят широкое применение методы научной медицины. Но, несмотря на успешное развитие научной медицины, народные целители продолжают свою деятельность по оказанию лечебной помощи.

Ключевые слова: лекарственные растения; грибы; история народной медицины

V. V. Tuganayev¹, I. L. Bukharina¹, T. P. Romanova²

¹Udmurt State University, Izhevsk

²Consultative and Diagnostic Centre, Izhevsk

FOLK MEDICINE IN UDMURTIA

Tuganayev Viktor Vasilyevich – Professor Doctor of Biological Sciences; 1 Universitetskaya st., Izhevsk, tel.: 8 (3412) 916433, e-mail: tuganaev@udm.ru; **Bukharina Irina Leonidovna** – Professor Doctor of Biological Sciences; **Romanova Tatyana Petrovna** – Head of the Department of Therapy Candidate of Medical Sciences

Udmurt folk medicine is guided by the notion that diseases are the result of committed acts and the negative influence of spiritual forces. Traditional methods of treatment are therefore perceived by patients as quite acceptable ways. Methods of scientific medicine are widely used in modern Udmurt folk medicine. But in spite of the successful development of scientific medicine, traditional healers continue their efforts to provide medical assistance.

Key words: medicinal plants; mushrooms; history of folk medicine

Истоки народной медицины уходят вглубь веков. Приемы лечения, как утверждает профессор В. В. Туганаев, появились в самые ранние этапы развития праудмуртов в неолите. Такое утверж-

дение должно быть справедливым, поскольку даже дикие животные обладают способностью к самолечению. Известно, что лоси, медведи, волки, собаки и кошки при некоторых заболева-

ниях, получении травм или, находясь в возбужденном состоянии, употребляют растения, грибы или животных. Человек, обладая развитыми чувствами и разумом, конечно же, находил для себя те или иные пригодные природные средства. Но поскольку природные условия подвержены многовековой динамике удмурты в прошлом (праудмурты) в поисках источников питания были вынуждены совершать дальние миграции. В плейстоценовой эпохе с ледниковым периодом, когда мощные материковые льды наступали на юг, а земля на глубину более 100 метров промерзала, на территории Удмуртии условия для существования людей вряд ли были благоприятны, и предки современных удмуртов могли занимать территорию Среднего Поволжья, Башкирии и прилегающих регионов. Соприкосновение удмуртов с другими племенами не могло не обогатить знания о лечебных свойствах объектов природы. Большое значение для народной медицины удмуртов имели контакты с булгарами, хазарами, ираноязычными племенами. В настоящее время трудно выделить специфичное, этническое в представлениях знахарей различной национальной принадлежности. Пожалуй, наиболее примечательным для удмуртских целителей является объяснение источников заболеваний – это то, что болезни «напускаются» духами, что они являются порождением грехов перед предками и Инмаром (богом). Поскольку у удмуртов распространенным продовольствием являлись грибы, то лечебные свойства последних удмуртским знахарям известны лучше, чем знахарям других национальностей Вятско-Камского Средневожского региона.

У народов финно-угорской общности (имеется в виду та часть, которая населяет лесную зону) грибы являются продуктом питания, а также используются как лечебное средство, отмечает И. Л. Бухарина. Этому есть объяснение, если учитывать отношение «человек–природа». Производящие формы хозяйствования (земледелие, разведение домашнего скота) появились относительно поздно, в течение десятилетий удмурты и их предки пользовались исключительно растительными и природными продуктами. Охота и рыболовство, бортничество, дикорастущие плоды и ягодные растения не в полной мере соответствовали продовольственным требованиям из-за их урожайной неустойчивости, поэтому грибы могли иметь статус одного из основных

продуктов питания. Не следует забывать, что грибы содержат биологически активные вещества, участвующие в химическом круговороте веществ и в потоке энергии через пищевые цепи.

На сегодняшний день фармацевтам, биохимикам, медицинской науке следует более обстоятельно изучить отношение «грибы–человек», поскольку грибы являются таинственной группой организмов, обладают богатым арсеналом органических веществ, витаминов, фитогормонов, аминокислот. При этом следует отметить, что биохимический состав грибов не изучен в полной мере. Среди множества органических веществ в биосфере немало таких, которые свойственны исключительно грибам. Не случайно в последнее десятилетие особенно активно развернулись исследования грибов как источников многих веществ, которые можно использовать в медицине, биологии и сельском хозяйстве.

Современному местному населению, конечно же, должно быть известно систематическое разнообразие грибов, хотя бы из группы съедобных, целебных и ядовитых грибов. По крайней мере, нам известно использование населением более 10 видов в перечне лечебных средств, некоторые из них крайне ядовиты (мухоморы 2 вида, спорынья, строчки, навозники и др.). Дрожжевые и плесневые грибы широко применяются в быту и медицине. Народные целители Удмуртии при заготовке лекарственного сырья учитывают как стадию развития растений, так и сезонность, а также особенности погодных условий в момент сбора грибов и растений. Данные о связи растений с погодными условиями обычно заимствуются из письменных источников, но есть и такие народные сведения, которые получены от опытных народных целителей. Иные полагают, что растения «понимают» людей и способны «прислушаться» к просьбе травника. Так, знаток растений Е. И. Камашева накануне заготовки лекарственных растений проходит обряд умилоствления, состоящий в обращении с молитвами к растениям и природе, чтобы они не держали зла за причинение растениям боли, и чтобы была польза больному от лечения.

Имея большой опыт практической работы в области медицины, Т. П. Романова пришла к заключению, что народная медицина, особенно среди удмуртов, не только занимает устойчивые позиции, но и продолжает развиваться. Причиной тому являются, прежде всего, национальные тра-

диции и определенные «слабости» современной медицины (высокая стоимость лекарственных препаратов и лечения в целом, нехватка квалифицированных специалистов, не всегда эффективные результаты лечения). Многие больные веря, что болезнь является следствием совершенных грехов и порчи (сглаза), обращаются к знахарям (особенно удмурты) и иррациональные приемы лечения воспринимают как вполне приемлемые. Но при этом одновременно обращаются и к профессиональным врачам. При работе с данной категорией больных медицинским работникам следует учитывать этнологическую самобытность и менталитет пациента.

Удмуртские целители неплохо знают целебные свойства многих растений и животных.

Особенностью удмуртской народной медицины является относительно широкое использование грибов при лечении сердечно-сосудистых заболеваний, алкоголизма, сахарного диабета, тромбоза, гангрены. Официальная медицина пока не располагает научными подтверждениями, обосновывающими их применение.

Список литературы:

1. **Туганаев, В. В.** Народные средства выживания и лечения / В. В. Туганаев. – Ижевск: Удмуртия, 2005. – 152 с.
2. **Туганаев, В. В.** Некоторые особенности Удмуртской народной медицины / В. В. Туганаев, И. Л. Бухарина, Е. И. Камашева // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2014. – № 1. – С. 33–34.
3. **Туганаев, В. В.** Одолень-трава: учебно-просветительское издание по народной медицине Удмуртии / В. В. Туганаев, Е. И. Камашева. – Ижевск: издательский центр «Удмуртский университет», 2015. – 180 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.329-002-007.43-089.85

М. И. Слобожанин¹, В. А. Коровкин³, А. А. Акимов²

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

¹Кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП

²Кафедра факультетской хирургии

³БУЗ УР «Городская клиническая больница № 9 МЗ УР», г. Ижевск

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ХИАТАЛЬНЫХ ГРЫЖ И РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА

Слобожанин Михаил Иванович — доцент кафедры кандидат медицинских наук; 426063, г. Ижевск, ул. Промышленная, 52, тел.: 8 (3412) 66-58-33; e-mail: rector@igma.udm.ru; **Коровкин Вадим Афанасьевич** — заведующий хирургическим отделением; **Акимов Антон Александрович** — аспирант кафедры

В работе представлен анализ результатов хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы в БУЗ УР ГКБ № 9 МЗ УР.

Ключевые слова: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; рефлюкс-эзофагит; антирефлюксные операции

M. I. Slobozhanin¹, V. A. Korovkin³, A. A. Akimov²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Surgical Diseases with a Course in Anesthesiology and Resuscitation of the Faculty of Advanced Training for Doctors

²Department of Faculty Surgery

³Municipal Clinical Hospital No.9, Izhevsk

LAPAROSCOPIC CORRECTION OF HIATAL HERNIA AND REFLUX ESOPHAGITIS

Slobozhanin Mikhail Ivanovich — Associate Professor Candidate of Medical Sciences; 52 Promishlennaya st., Izhevsk 426063, tel.: 8 (3412) 66-58-33; e-mail: rector@igma.udm.ru; **Korovkin Vadim Afanasievich** — Head of the Surgical Department; **Akimov Anton Aleksandrovich** — Postgraduate

The analysis of the results of surgical treatment of hiatal hernias in Municipal Clinical Hospital No. 9 is presented.

Key words: hiatal hernia; reflux esophagitis; operations against refluxes

Рефлюкс-эзофагит является одним из наиболее распространенных видов патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и отмечается у 40–50 % взрослого населения. Кроме того, рефлюкс-эзофагит входит в состав различных синдромов и в 60 % сочетается с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Причинами кислого или щелочного рефлюкс-эзофагита считаются нарушение антирефлюксной функции нижнего пищеводного сфинктера (НПС), гастростаз и дуоденогастральный рефлюкс. Медикаментозное лечение рефлюкс-эзофагита основано на приеме антацидных, антисекреторных лекарственных средств и прокинетиков, которое обеспечивает положительный эффект у 90–95 %

больных. После отмены препаратов рецидив заболевания выявляется у 80–100 % пациентов при недостаточности функции НПС. Единственным методом, позволяющим скорректировать анатомо-физиологические нарушения пищеводно-желудочного перехода и устранить патологический гастро-эзофагеальный рефлюкс с его осложнениями, является выполнение антирефлюксных операций. В настоящее время существует множество методов хирургического лечения ГПОД и рефлюкс-эзофагита: изолированное сшивание ножек диафрагмы (крурорафия), различные способы пластики диафрагмы и фундопликации, выполняемые как из лапароскопического, так и из открытого доступа. «Золотым стандартом»

в антирефлюксной хирургии, по мнению большинства хирургов, остаётся фундопликация по Ниссену и Ниссену – Розетти [2]. Однако, по данным литературных источников, частота послеоперационных осложнений, таких как рецидив патологии, дисфагия, *gas bloat*-синдром и другие функциональные расстройства, встречаются у 23,7–28,8% оперированных пациентов [1]. В этой связи результаты хирургической коррекции хиатальных грыж и частота послеоперационных осложнений являются крайне важными аспектами в выборе тактики и методики антирефлюксной операции для лечения ГПОД и рефлюкс-эзофагита.

Цель исследования: выявление частоты послеоперационных осложнений различных методов хирургического лечения ГПОД и рефлюкс-эзофагита.

Материалы и методы исследования. В БУЗ УР ГКБ № 9 МЗ УР выполнен ретроспективный анализ хирургического лечения 120 больных, оперированных по поводу ГПОД с рефлюкс-эзофагитом, в период с 2011 по 2015 год. Среди исследуемых было 80% женщин, 20% – мужчин (соотношение женщин и мужчин составило 4:1). Возраст больных ГПОД колебался от 20 до 81 года. Возрастной пик у 41% женщин пришёлся на возраст 51–60 лет, а у 54,2% мужчин на возраст 31–40 лет. Все больные предъявляли характерные для ГПОД и рефлюкс-эзофагита жалобы на боли в эпигастрии, изжогу, отрыжку, чувство быстрого насыщения. Дооперационное обследование больных включало общеклинические и биохимические исследования крови, рентгенографию пищевода с пассажем бария, эндоскопию верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС) была проведена 80% больных, УЗИ органов брюшной полости – 61,7%. Степень выраженности рефлюкс-эзофагита определялась при эндоскопическом исследовании по классификации *Savary-Miller* (1978 г.).

По виду проводимого оперативного пособия все пациенты были разделены следующим образом: лапароскопическая фундопликация по Ниссену выполнена 71,6% пациентам, из них симультантные операции – 50% больным – I группа; лапароскопическая фундопликация по Тупе – 16,3% пациентам, из них сочетанные операции выполнены 25% больным – II группа; фундопликация по Ниссену из открытого доступа была выполнена 8,3% пациентам, из них симультантные операции – 40% больным – III группа.

Все исследуемые группы пациентов были сопоставимы по длительности заболевания, возрасту и сопутствующей соматической патологии.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ данных эндоскопического исследования выявил наличие признаков рефлюкс-эзофагита у 83,3% пациентов, из них рефлюкс-эзофагит I ст. – у 72,5% больных, II ст. – у 11,25%, III ст. – у 10%, IV ст. – у 6,25% больных. Морфологически рефлюкс-эзофагит у 2,5% пациентов сочетался с метаплазией слизистой оболочки дистального отдела пищевода (пищевод Барретта). Всем больным были выполнены антирефлюксные малоинвазивные видеоассистированные и из открытого доступа кардиофундопликации по методике Тупе и Ниссену. К наиболее частым осложнениям, возникающим в ходе лапароскопических фундопликаций, относится перфорация полых органов, в большинстве случаев пищевода и желудка [3]. В анализируемой совокупности оперированных больных интраоперационные осложнения в виде перфорации полых органов составили 1,6%, для ликвидации которых пришлось выполнять конверсию к лапаротомии. Ранние послеоперационные осложнения в 1-й исследуемой группе возникли у 2 пациентов в первые сутки после вмешательства в виде серозного плеврита, для купирования которого были выполнены по одной плевральной пункции каждому пациенту. На 3–5-е сутки после вмешательства у 17,8% пациентов 1-й группы и у 15% пациентов 2-й исследуемой группы отмечены явления дисфагии, которые купировались самостоятельно к концу первой недели после операции. У одного пациента из 3-й группы (10%) дисфагия купирована приемом прокинетики (церукал, мотилиум). Длительной и стойкой дисфагии в анализируемой группе больных мы не наблюдали. По данным литературы, длительная и стойкая дисфагия служит показанием к кардиодилатации, а при её неэффективности – к повторному хирургическому вмешательству: реконструкции фундопликационной манжеты по Тупе или Дору [4]. *Gas-bloat* синдром (лёгкое проявление гиперфункции сформированной манжеты) был выявлен у 2,1% больных 1-й группы, который исчез через две недели после выписки из отделения. Дренажи из брюшной полости удалялись на 2–3-е сутки. Средняя продолжительность госпитализации больных при выполнении видеолапароскопической фундопликации составила 6 койко-дней, а при лапаротомном доступе – 15,5 койко-дня. Сочетанные

операции не оказывали влияния на продолжительность госпитализации пациентов.

Наиболее актуальными в нашем исследовании были поздние послеоперационные осложнения (до 18 месяцев) у 4,2% больных (миграция фундопликационной манжеты в средостение, рецидив рефлюкс-эзофагита и феномен телескопа).

У 2 пациентов произошло перемещение части желудка с нормально сформированной манжетой через расширенное хиатальное отверстие в заднее средостение. С целью коррекции технической ошибки первой операции была выполнена лапароскопическая задняя крурорафия, укрепленная сетчатым аллотрансплантатом.

У 3 пациентов, которым была ранее выполнена фундопликация по Ниссену, причиной рецидива гастро-эзофагеального рефлюкса стал выявленный феномен «телескопа» – соскальзывание фундопликационной манжеты до уровня средней трети тела желудка с перемещением кардиального, фундального отделов и верхней трети тела желудка через нерасширенное хиатальное отверстие в заднее средостение. Повторные реконструктивные вмешательства были выполнены ла-

пароскопическим доступом (рефундопликации по Тупе) с хорошим результатом.

Вывод. Анализ результатов хирургического лечения ГПОД и рефлюкс-эзофагита выявил преимущество лапароскопической коррекции ГПОД по Тупе как по частоте рецидивов заболевания, так и по частоте функциональных послеоперационных осложнений. Использование малоинвазивных методик антирефлюксных коррекций при ГПОД и рефлюкс-эзофагитах улучшает качество жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде, сокращает сроки госпитализации и временной нетрудоспособности.

Список литературы:

1. Современный способ профилактики осложнений в лапароскопической антирефлюксной хирургии / Е.И. Сигал [и др.] // Каз. мед. журнал. – 2012. – № 6, Т. 93. – С. 875–879.
2. Осложнения хирургии грыж живота / Л.Е. Славин [и др.]. – М.: Профиль, 2005. – С. 176.
3. Challenges in the management of early versus late presenting congenital diaphragmatic hernia in a poor resource setting / A. Abubakar [et al.] // Afr. J. Pediatr. Surg. – 2011. – Vol. 8, N1. – P. 29–33.
4. Long-term surgical outcomes in congenital diaphragmatic hernia: observations from a single institution / T. Jancelewicz [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2010. – Vol. 45. – P. 155–160.

УДК 616.155.194-053.3/.4

С. Н. Найдёнкина¹, Е. Н. Замина^{1,2}, М. К. Ермакова¹

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

¹Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии

²БУЗ УР «Детская городская клиническая поликлиника № 8 МЗ УР», г. Ижевск

К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АНЕМИИ У МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Найдёнкина Светлана Николаевна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; 426072, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 36-23-77, e-mail: najdenkina@yandex.ru; **Замина Елена Николаевна** – аспирант кафедры, участковый педиатр; **Ермакова Маргарита Кузьминична** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор

В статье приведены данные исследования распространенности и структуры анемий у детей раннего возраста, проживающих в городе Ижевске, обоснована необходимость специфической профилактики.

Ключевые слова: распространенность; анемия; младенец; гипохромия эритроцитов; специфическая профилактика

S. N. Naidenkina¹, E. N. Zamina^{1,2}, M. K. Ermakova¹

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Propaedeutics of Childhood Diseases with a Course of Polyclinic Pediatrics

²Municipal Children's Polyclinic No.8, Izhevsk

ON THE ISSUE OF THE PREVALENCE OF ANEMIA IN INFANTS AND TODDLERS

Naidenkina Svetlana Nikolayevna – Lecturer Candidate of Medical Sciences; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426072, tel.: 8 (3412) 36-23-77, e-mail: najdenkina@yandex.ru; **Zamina Elena Nikolayevna** – Postgraduate, District Pediatrician; **Ermakova Margarita Kuzminichna** – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor

The article presents research data on the prevalence and structure of anemia in toddlers in the city of Izhevsk; the necessity of specific prevention is substantiated.

Key words: prevalence; anemia; infant; hypochromia of erythrocytes; specific prevention

Анемия у детей, в особенности железодефицитная, является одним из наиболее изученных заболеваний, но до сих пор остаётся неуправляемой патологией. За 16 лет заболеваемость анемии

ями детей в возрасте 0–14 лет выросла в 4 раза, а среди подростков 15–17 лет – более чем в 7 раз. Происходит неуклонное увеличение частоты анемий среди детей раннего возраста по срав-

нению с другими возрастными группами, что требует контроля над эпидемиологией данного состояния и разработки и реализации программ по профилактике и лечению анемий.

По мнению экспертов ВОЗ, с точки зрения значимости для общественного здравоохранения распространенность анемий в популяции может быть слабой – от 5 до 19,9%, умеренной – от 20 до 39,9% и значительной – от 40% и более. При распространенности анемий более 40% проблема перестаёт быть только медицинской и требует принятия мер на государственном уровне. К таким мерам относятся фортификация и саплиментация. Распространенность анемического синдрома среди детей от 0 до 5 лет в промышленно развитых странах Европы и Америки колеблется в пределах от 3 до 10%. Наивысшая степень распространенности анемий в мире отмечается в Центрально-Азиатских республиках бывшего СССР, где снижение уровня гемоглобина в крови отмечается более чем у половины детей до 3 лет [5]. В программе ЮНИСЕФ «*Micronutrient Initiative*» показана взаимосвязь между анемиями и следующими экономически значимыми факторами: снижением реальной работоспособности, увеличением материнской смертности, негативным влиянием на развитие ребенка [4]. Особенно важно изучение анемий в контексте «концепции первых 1000 дней», оказывающих существенное влияние на здоровье ребенка в последующем. Недостаток железа у младенцев связан с комплексом негематологических симптомов, включая задержку умственного и психомоторного развития, перинатальный дефицит железа способствует нарушению миелинизации нервных волокон [3]. Увеличение числа анемий обусловлено устойчивой тенденцией ухудшения здоровья женщин, ростом патологии беременности и родов, а также алиментарной недостаточностью железа, витаминов, поэтому рост заболеваемости можно рассматривать как одно из проявлений низкого уровня жизни.

Цель исследования: изучение распространенности и структуры анемии среди младенцев и детей раннего возраста, проживающих в г. Ижевске.

Материалы и методы исследования. Было проанализировано 1114 общеклинических анализов крови детей с 1 месяца до 3 лет, взятых за период с 2014 по 2015 г. В исследование включены анализы только здоровых детей, при наличии лейкоцитоза и повышенной СОЭ результаты исключались. Выявлено, что 818 (73,7%) исследуемых имеют средний уровень гемоглобина >110 г/л

(в 1 мес – >120 г/л) и 296 (26,6%) исследуемых – низкий уровень < 110 г/л (в 1 мес – <120 г/л). В перерасчете на 100 тыс. детского населения распространенность анемий составила 2660, что выше среднестатистических данных по РФ (в 2008 г. – 1842), но сопоставима с уровнем в некоторых регионах РФ. Так, в Самарской области распространенность анемий среди детей раннего возраста в 2005 г. составила 2835, а 2008 г. – 2438, в Пермском крае – 2570 в 2006 г., 2890 – в 2011 г. [1,2].

Результаты исследований и их обсуждение.

У детей до года распространенность составила 39,4 на 100 детского населения, что значительно выше данных официальной статистики: по данным 2010 г. анемия встречается у 14,1 на 100 человек. Это говорит о гиподиагностике данного состояния участковой службой. Наибольшее количество анемий встречается в возрасте 1 и 3 месяцев – каждый второй человек, каждый третий ребенок с анемией в возрасте 6, 9, 12 месяцев, каждый пятый – в 2 года (рис. 1).

С целью изучения структуры анемий проанализированы 5280 общеклинических анализов крови со сниженным уровнем гемоглобина в возрасте от 1 месяца до 3 лет за период с 2012 по 2015 г., наблюдаемых в детских поликлиниках г. Ижевска. В структуре анемического синдрома у детей в возрасте 1 и 3 месяца достоверно превалировала анемия нормохромная, а уже с 6 месяцев и до 3 лет преобладала гипохромная анемия (рис. 2).

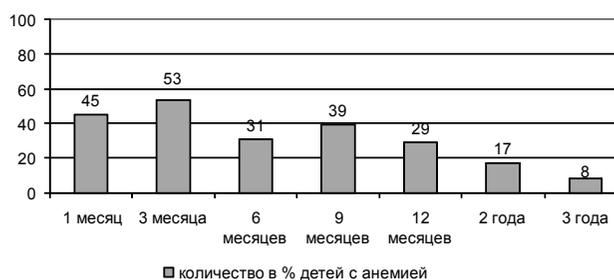
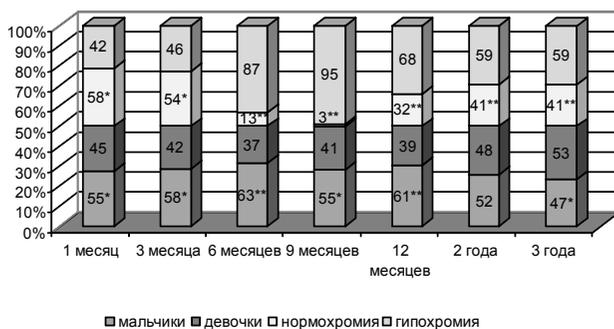


Рис. 1. Распространенность анемий в возрастном аспекте



* – $p < 0,05$, ** – $p < 0,001$

Рис. 2. Структура анемий по гендерному признаку и по цветовому показателю (в %)

Появление гипохромии (42%) уже в месячном возрасте говорит о недостаточном депо железа в организме, что говорит о целесообразности специфической антенатальной и постнатальной профилактики.

При анализе половой структуры анемических состояний выявлено, что анемия у мальчиков во всех возрастах, кроме возраста 3 года встречается чаще, чем у девочек ($p < 0,05$). Это обуславливает необходимость включения всех мальчиков в группу риска по развитию анемий. У преобладающего большинства преобладают анемии 1 степени – от 94,4% до 99,1% в разные возрастные периоды, тяжелой анемии не наблюдалось.

Вывод. Таким образом, распространенность анемий у детей раннего возраста соответствует средней распространенности в популяции (26,6%), согласно оценкам ВОЗ. В структуре анемического синдрома преобладает гипохромная анемия у детей, что обуславливает необходимость специфической профилактики препаратами железа как в антенатальном, так и в постнатальном периоде. Специфическая профилактика анемии должна проводиться всем беременным и детям группы риска на анемию. Однако, проводится она в недостаточном объеме. Согласно

полученным данным, гипохромия достигает 100% в возрасте 9 месяцев. По рекомендациям союза педиатров специфическая профилактика железодефицитной анемии должна проводиться до введения мясного прикорма (7–8 мес.), однако, возможно требуется увеличить длительность приема препаратов железа, т.к. большинство детей по тем или иным причинам не получают должного объема мясного прикорма к концу первого года жизни. Выявлены половые различия в распространенности анемического синдрома.

Список литературы:

1. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Пермском крае в 2011 году: государственный доклад. – Пермь: Управление Роспотребнадзора по Пермскому краю, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пермском крае», 2012. – 272 с.
2. **Резанова, Н.В.** Региональные аспекты формирования заболеваемости анемиями детского населения России / Н.В. Резанова, Ж.В. Гудикова, И.В. Боровский // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – № 4. – С. 67–70.
3. **Hurtado, E.K.** Early childhood anemia and mild moderate mental retardation / E.K. Hurtado, A.H. Claussen, K.G. Scott // Am. J. Clin. Nutr. – 1999. – Vol. 69. – P. 115–19.
4. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programmer managers. – Geneva: World Health Organization, 2001 (document WHO/NHD/01/3).
5. **Sharmanov, A.** Anaemia in central Asia: demographic and health service experience / A. Sharmanov // Food and nutrition bulletin. – 1998. – Vol. 19. – P. 307–317.

УДК 576.315+576.536:577.16.05

В. А. Глумова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра биологии с экологией

КЛЕТочНЫЕ И ПОПУЛЯЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕГУЛИРУЮЩИХ И КООРДИНИРУЮЩИХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА

Глумова Валентина Алексеевна – профессор кафедры доктор биологических наук, профессор; 426077, г. Ижевск, ул. Пушкинская, 67, кв.14, тел.: 8 (922) 511-27-15, e-mail: biologya@igma.udm.ru

В статье, посвященной памяти нашего Учителя академика РАН Владимира Никитича Ярыгина, представлен анализ данных по динамике компенсаторно-приспособленных изменений некоторых органов эндокринной, нервной и иммунной систем регуляции при экспериментальных воздействиях.

Ключевые слова: щитовидная железа; мозговое вещество надпочечников; регионарные лимфатические узлы; кора больших полушарий

V. A. Glumova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Biology with Ecology

CELLULAR AND POPULATION MECHANISMS OF THE DEVELOPMENT AND FUNCTIONING OF REGULATING AND COORDINATING BODY SYSTEMS

Glumova Valentina Alekseevna – Professor of the Department, Doctor of Biological Sciences, Professor; 67 flat 14, Pushkinskaya st., Izhevsk 426077, tel.: 8 (922) 511-27-15, e-mail: biologya@igma.udm.ru

This article is dedicated to the memory of our teacher, academician of the Russian Academy of Sciences Vladimir Nikitich Yarygin. The article presents the analysis of the data on dynamics of compensatory and adapted changes of some organs of endocrine, nervous and immune regulation systems in experimental effects.

Key words: thyroid gland; adrenal medulla; regional lymph nodes; cerebral cortex

Научным направлением кафедры биологии с 1975 года стало изучение структурных и функциональных особенностей щитовидной железы и других органов, компенсаторно-приспо-

сительные изменения тканевых структур при разных воздействиях на экспериментальных животных. Исследования проводились в трех направлениях:

1. Сравнительно-анатомический и онтогенетический анализ щитовидной железы, надпочечников и региональных лимфатических узлов;

2. Гисто-физиологическое изучение органов при экспериментальных воздействиях: химическая десимпатизация [11], тиреоидэктомия, трансплантация, влияние фармакологических препаратов: ТТГ, нероболит, соли лития [13,15], морфин, гомоцистеиновая и гиперхолестериновая модели атерогенеза;

3. Экологическая направленность – исследование щитовидной железы человека с учетом природных условий, влияющих на эмбриональный и постнатальный гистогенез щитовидной железы [17,18]. Анализ характера и особенностей перестроек осуществляется на всех уровнях организации: органном, тканевом, клеточном и субклеточном, что позволило выявить общие и частные моменты в механизмах нервной и иммунноэндокринной систем регуляции.

Основная идея докторской диссертации В. А. Глумовой «Сравнительный анализ морфофункциональных изменений щитовидной железы некоторых позвоночных при росте и восстановлении» (1982) заключалась в новом подходе к оценке темпов первичного и вторичного развития органа у пойкило- и гомойотермных животных. Доказано, что скорость репаративной и трансплантационной регенерации обусловлена эволюционно сложившимися темпами индивидуального развития организма и его систем, что представляет собой общебиологическую проблему [2,3].

Докторская диссертация Р. А. Красноперова «Перенос кальцитонина из С-клетки в кровь и его гемато-С-целлюлярное регулирование в щитовидной железе нормальных и десимпатизированных гуанетидином крыс» [9,12] посвящена выяснению влияний, оказываемых гемато-С-целлюлярной системой на поток кальцитонина из С-клетки в кровь, т. е. речь идет о внутриорганных (межклеточных) механизмах регуляции. Разработана новая технология математической оценки гормонального транспорта, базирующаяся на анализе дисперсии статической связи между параметрами потока гормона на входе и выходе транспортирующей системы в условиях нормы и при селективной фармакологической десимпатизации (гуанетидином). О значимости данного математического подхода свидетельствует получение 3 патентов на изобретение, а также публикации статей в зарубежной печати.

В ходе исследований С. Н. Рящикова [7,14] выявлена возрастная динамика восстановительных процессов тиреоидных структур в норме и при моделировании химической десимпатизации, характер которой во многом зависит от координационно-компенсаторных возможностей аденогипофиза. Так, если у неполовозрелых десимпатизированных крыс репаративная регенерация протекает однотипно с нормально развивающимися особями, характеризуясь даже более высокими темпами обновления и восстановления структур органа, то на поздних этапах жизни десимпатизированных крыс наблюдается замедление скорости нормализации тиреоидного статуса (по уровням Т4, Т3, ПТГ) вследствие асинхронности функционирования системы гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа.

Системный подход в оценке клеточных популяций симпатической нервной системы и паранейрональных элементов биоаминового обеспечения регуляции функций щитовидной железы (ЩЖ) и медуллоцитов надпочечников позволил В. Н. Маркову [10,11] сделать вывод об односторонности сдвигов в метаболизме моноаминергических клеточных элементов. Это указывает на онтогенетически ограниченные возможности их дивергентного развития, либо об объединении популяции на функциональной основе.

И. А. Черенковым впервые выполнена работа на стыке экологии и морфологии человека «Пре- и постнатальный морфогенез щитовидной железы человека в регионах Удмуртии» [17]. Идеология работы выстраивалась в тесном сотрудничестве со специалистами-патологами. Совместными усилиями был проведен сбор и анализ секционного материала. Исследована онтогенетическая динамика морфометрических показателей ЩЖ человека [4,5,6]. Полученные результаты рассмотрены в аспекте экологической напряженности района проживания. Это позволило выявить наиболее чувствительные к экологической нагрузке параметры гистоструктурной организации щитовидной железы человека по морфологическим критериям и «критические» периоды постнатального гистогенеза органа, поскольку именно это может служить основой для формирования гипер- и неопластических процессов в условиях экологической напряженности.

Интересным аспектом исследований реактивности ЩЖ стали работы Н. А. Юминовой по изучению структурных преобразований ор-

гана в условиях хронической морфинной интоксикации [1,20], а параллельное исследование нейральных структур позволило установить связи, объединяющие морфологические перестройки и гормоногенез в ЦЖ с изменениями синаптического аппарата коры больших полушарий мозга. В работе Н. Н. Чучковой [19] четко прослежена динамика структурных преобразований головного мозга в зависимости от дозы, области и слоя коры, что дает возможность обосновать клинко-морфологические параллели между экспериментальными результатами и влиянием наркотических веществ на организм человека. Доказан дозозависимый эффект действия морфина на нейронную популяцию, глубину поражения дендритов к реорганизации синаптического пула большого мозга.

В последние годы (с 2010 г.) экспериментальные модели приближены к практическим задачам. В этом плане заслуживает внимания исследование органов иммунной и эндокринной систем регуляции [8,16]. В диссертационной работе М. В. Сметаниной [8] «Морфофункциональные изменения щитовидной железы и регионарных лимфатических узлов при различных моделях атерогенеза» показано, что независимо от инициирующего фактора (гиперхолестеринемия, гипергомоцистемия) развивается комплекс изменений всех органных структур, свидетельствующий о гипофункции ЦЖ и гиперфункциональной перестройке паратрахеальных лимфатических узлов, однако уровень и выраженность изменений зависит от вида атерогенного фактора, что, по-видимому, обусловлено большим количеством триггерных факторов при гипергомоцистемии, в т.ч. цитотоксическое действие на тироциты, тучные клетки и эндотелиоциты; способность гомоцистеина провоцировать стресс ЦПР и индуцированный окислительный стресс.

Таким образом, компенсаторно-приспособительные изменения органных структур при всех видах экспериментальных воздействий развертываются на единой материальной основе. Морфологически это проявляется непрерывными органотипическими процессами, обеспечивающими структурный и функциональный гомеостаз, на субклеточном, клеточном и тканевом уровне в виде непрерывного обновления ультраструктур, пролиферации и запрограммированной гибели клеток, обновлением и дисплазией тканевых элементов, составляющих структур-

но-функциональные единицы органов всех трех систем регуляции. Однако глубина, степень, формы и темпы проявления реактивных и пластических перестроек зависят от исходного состояния организма, вида и возраста животных, экспозиции и методических аспектов экспериментальных воздействий, отсюда и специфика показаний в их применении.

Список литературы:

1. Взаимоотношения морфологических параметров в системе нейроэндокринной регуляции при длительном воздействии морфина / В. А. Глумова [и др.] // Морфология. – 2004. – Т. 125, № 3. – С. 81–65.
2. **Глумова, В. А.** Сравнительный анализ морфофункциональных изменений щитовидной железы некоторых позвоночных при росте и восстановлении: дис. ... д-ра биол. наук / В. А. Глумова. – Ижевск, 1981. – С. 399.
3. **Глумова, В. А.** Щитовидная железа / В. А. Глумова // Структурные основы адаптации и компенсации нарушенных функций. – М.: Медицина, 1987. – С. 320–328.
4. **Глумова, В. А.** Экологические аспекты гистогенеза щитовидной железы человека / В. А. Глумова, И. А. Черенков, Н. Н. Чучкова // Морфологические ведомости. – 2005. – № 3–4. – С. 170–171.
5. **Глумова, В. А.** Эволюционные и онтогенетические особенности щитовидной железы позвоночных / В. А. Глумова, Н. Н. Чучкова, И. А. Черенков // Морфологические ведомости. – 2005. – № 1–2. – С. 11–12.
6. **Глумова, В. А.** Эмбриональный и постнатальный гистогенез *glandula thyroidea* человека / В. А. Глумова, И. А. Черенков, В. Я. Глумов // Астраханский медицинский журнал. – 2007. – № 2. – С. 56.
7. Динамика постнатального гистогенеза щитовидной железы крыс в норме и при десимпатизации / С. Н. Рящиков [и др.] // Онтогенез. – 1988. – Т. 19, № 3. – С. 258–263.
8. Иммуноэндокринные взаимодействия в условиях формирования гомоцистеиновой модели атеросклероза / М. В. Сметанина [и др.] // Российский иммунологический журнал. – 2013. – Т. 7 (16), № 2–3. – С. 301.
9. **Красноперов, Р. А.** Перенос кальцитонина из С-клетки в кровь и его гемато-С-целлюлярное регулирование в щитовидной железе нормальных и десимпатизированных гуанетидином крыс: дис. ... д-ра мед. наук / Р. А. Красноперов. – Москва, 1999. – С. 233.
10. **Марков, В. Н.** Динамика моноаминергических клеточных популяций в постнатальном онтогенезе: дис. ... д-ра биол. наук / В. Н. Марков. – Москва, 1998. – С. 208.
11. Морфофункциональная характеристика щитовидной железы интактных и частично десимпатизированных крыс разных возрастных групп / В. А. Глумова [и др.] // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 1987. – Т. 104, № 9. – С. 351.
12. Перенос кальцитонина из С-клетки в кровь и его гемато-С-целлюлярное регулирование в щитовидной железе: физиология процесса, кинетический анализ и ультраструктурные основы в норме при десимпатизации / Р. А. Красноперов [и др.] – Москва: «Проксима Технолоджи», 2010. – С. 318.
13. **Петров, М. М.** Влияние хлорида лития на структурные элементы щитовидной железы / М. М. Петров, В. В. Семенов, В. А. Глумова // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 1985. – Т. 104, № 9. – С. 711–713.

14. **Рящиков, С.Н.** Морфофункциональная характеристика компенсаторно-восстановительных процессов щитовидной железы крыс в норме и при частичной десимпатизации: дис. ... канд. мед. наук / С.Н. Рящиков. – Ижевск, 1989. – С. 174.

15. **Семенов, В.В.** Морфофункциональные изменения щитовидной железы при воздействии хлорида лития и нероболила: дис. ... канд. мед. наук / В.В. Семенов. – Ижевск, 1984. – С. 212.

16. **Сметанина, М.В.** Морфофункциональные изменения щитовидной железы и регионарных лимфатических узлов при различных моделях атерогенеза: дис. ... канд. мед. наук / М.В. Сметанина. – Ижевск, 2014. – 150 с.

17. **Черенков, И.А.** Постнатальный морфогенез щитовидной железы человека в различных районах Удмуртии:

дис. ... канд. биол. наук / И.А. Черенков. – Ижевск, 2001. – 152 с.

18. **Черенков, И.А.** Морфологические особенности щитовидной железы человека в различных экологических условиях / И.А. Черенков, В.А. Глумова, Н.Н. Чучкова // Современные наукоемкие технологии. – 2005. – № 2. – С. 48–49.

19. **Чучкова, Н.Н.** Динамика ультраструктурной организации коры головного мозга при длительном воздействии морфина гидрохлорида: дис. ... д-ра мед. наук / Н.Н. Чучкова. – Москва, 1998. – С. 210.

20. **Юминова, Н.А.** Влияние морфина гидрохлорида на морфофункциональное состояние щитовидной железы и некоторые звенья ее регуляции у крыс: дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Юминова. – 1996. – С. 167.

УДК 616.61-002.151-071-092:578.835.1

Ж.И. Бородина¹, Л.А. Давыдова², Т.Г. Поздеева³, Т.М. Каменщикова¹, Г.А. Малинина¹, М.В. Петренко³

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии

²БУЗ УР «Городская клиническая больница № 6 МЗ УР», г. Ижевск

³БУЗ УР «Республиканская клиническая инфекционная больница МЗ УР», г. Ижевск

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ УЧАСТИЯ КИШЕЧНЫХ ТОКСИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Бородина Жанна Ивановна – ассистент кафедры; 426000, г. Ижевск, ул. Труда, 17, тел.: 89043150922, e-mail: jannaborodina@yandex.ru; **Давыдова Лариса Александровна** – врач-патологоанатом; **Поздеева Татьяна Германовна** – врач-инфекционист; **Каменщикова Татьяна Михайловна** – ассистент кафедры; **Малинина Галина Андреевна** – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; **Петренко Марина Витальевна** – врач-инфекционист

Описаны морфологические изменения слизистой желудочно-кишечного тракта при геморрагической лихорадке с почечным синдромом; исследованы индикан, аммиак и ксантопротеиновые единицы в крови, прослежена их связь с диспепсическим синдромом, степенью тяжести заболевания и лабораторными маркерами эндогенной интоксикации.

Ключевые слова: ГЛПС; желудочно-кишечный тракт; индикан; интоксикация

Zh. I. Borodina¹, L. A. Davydova², T. G. Pozdeyeva³, T. M. Kamenshchikova¹, G. A. Malinina¹, M. V. Petrenko³

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Infectious Diseases and Epidemiology

²Municipal Clinical Hospital No. 6, Izhevsk

³Republic Clinical Infectious Diseases Hospital, Izhevsk

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL SUBSTANTIATION OF THE INVOLVEMENT OF INTESTINAL TOXINS IN THE PATHOGENESIS OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME

Borodina Zhanna Ivanovna – Lecturer; 17 Truda st., Izhevsk 426000, tel.: 89043150922, e-mail: jannaborodina@yandex.ru; **Davydova Larisa Aleksandrovna** – Pathologist; **Pozdeyeva Tatyana Germanovna** – Infectious diseases specialist; **Kamenshchikova Tatyana Mikhailovna** – Lecturer; **Malinina Galina Andreevna** – Lecturer Candidate of Medical Sciences; **Petrenko Marina Vitalevna** – Infectious diseases specialist

The article describes morphological changes of the gastrointestinal mucosa in hemorrhagic fever with renal syndrome. The authors have studied indican, ammonia, and xanthoproteic reaction in the blood, and established their relationship with dyspeptic syndrome, disease severity and laboratory markers of endogenous intoxication.

Key words: hemorrhagic fever with renal syndrome; gastrointestinal tract; indican; intoxication

Удмуртия является активным природным очагом геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС). Заболеваемость в Удмуртской Республике составляет 20–120 на 100 тыс населения, превышая средние значения по РФ в 10–15 раз, а по ПФО в 3–5 раз. Синдромы интоксикации и диспепсии характерны для типичного течения ГЛПС и, наряду с почечным син-

дромом, определяют тяжесть заболевания. Под эндогенной интоксикацией (ЭИ) понимают воздействие на организм промежуточных и конечных продуктов обмена веществ, в результате их накопления в организме человека. Увеличение содержания эндотоксинов происходит в связи с повышением их продукции и (или) нарушением их утилизации (детоксикации и выведения) [1].

Одним из компонентов ЭИ являются кишечные токсины (эндотоксин грамотрицательных бактерий, фенол, крезол, индол, скатол, путресцин, кадаверин и др.) [1]. Поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проявляется в той или иной степени у каждого больного ГЛПС [2, 4, 5]. В изученной литературе не встречается данных об участии кишечных токсинов в развитии интоксикации при ГЛПС.

Цель исследования: выяснить роль измененной ЖКТ в патогенезе интоксикации при ГЛПС.

Материалы и методы исследования. Результаты работы основаны на данных проспективного исследования 206 пациентов ГЛПС, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице г. Ижевска в 2010–2015 годы. Мужчины составили 83,5% (172 человека). Заболевание протекало у 25 (12%) пациентов в легкой, у 97 (47%) в средне-тяжелой и у 84 (41%) в тяжелой форме. У всех пациентов диагноз был подтвержден достоверным нарастанием титра специфических антител. Критериями включения в исследование являлись: продолжительность заболевания не более 5 дней, отсутствие сопутствующей хронической патологии ЖКТ и почек, возраст от 15 до 60 лет.

Для количественного определения диспепсии использовалась балльная оценка симптомов. Каждый клинический симптом (снижение аппетита, тошнота, рвота, вздутие живота, нарушение стула, икота) оценивался по степени выраженности от 0 до 3 баллов: 0 баллов – нет изменений, 1 балл – незначительные проявления, 2 балла – умеренные, 3 балла – выраженные. Так, в группу с выраженными проявлениями диспепсии вошли 38 больных, у которых суммарный балл – от 13 до 18 баллов. Группу с умеренными проявлениями диспепсии составили 109 пациентов, балл – от 7 до 12. Группу с незначительными проявлениями диспепсии составили 59 пациентов, балл – от 1 до 6. В контрольной группе ($n=35$) балл диспепсии составил 0.

Наряду с клиническим наблюдением, пациентам были определены общепринятые показатели интоксикации – лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), гематологический показатель интоксикации (ГПИ); молекулы средней массы (МСМ) по методу Габриелян, а также интегральный индекс интоксикации (ИИ) (учитывает значения ЛИИ, МСМ и уровень креатинина крови) [3]. У 67 из них был исследован уровень токсинов кишечного происхождения в крови: индикан, аммиак, ксантопротеиновые единицы (фенол, паракрезол, ароматические оксикислоты). Контрольную группу составили 31 здоровый человек. Полученные результаты обработаны с использованием параметрических методов статистической обработки данных. В исследовании применялись эндоскопические методы изучения ЖКТ. Так, фиброгастроуденоскопия (ФГДС) была проведена в разгар заболевания 7 пациентам, а одному из них еще и ректороманоскопия. Заболевание протекало у 6 пациентов в тяжелой и у 1 пациента в среднетяжелой форме. Ретроспективно проведен анализ 15 летальных исходов ГЛПС с детальным изучением морфологических изменений слизистой ЖКТ.

Результаты исследования и их обсуждение. Учитывая различную выраженность диспепсических проявлений у больных ГЛПС, определили уровень кишечных токсинов у пациентов с незначительными, умеренными и выраженными проявлениями диспепсии. Полученные результаты приведены в таблице 1.

Усиление диспепсических проявлений сопровождалось увеличением содержания в сыворотке крови значений таких кишечных токсинов как индикан, фенол, паракрезол и ароматические оксикислоты. Причем изменения уровня индикана оказались высоко достоверными ($p<0,001$). Уровень аммиака в крови при нарастании диспепсических проявлений уменьшался, наиболее высокие значения были получены при незначительной диспепсии.

Таблица 1. Уровень кишечных токсинов в зависимости от выраженности диспепсии

Кишечные токсины	Контроль	Диспепсия		
		незначительная	умеренная	выраженная
Индикан мкмоль/л	0,88 ± 0,02	2,47 ± 0,34*	3,98 ± 0,23*	6,15 ± 0,50**
Аммиак мкмоль/л	38,7 ± 0,43	46,9 ± 2,64	45,47 ± 1,78	40,59 ± 1,07*
Ксантопротеиновые единицы у.е.	0,087 ± 0,002	0,222 ± 0,018*	0,261 ± 0,010*	0,330 ± 0,018**

Примечание: • достоверное отличие от контроля ($p<0,05$), * достоверное отличие от незначительной диспепсии ($p<0,05$), ** достоверное отличие от умеренной диспепсии ($p<0,05$).

Определили наличие корреляционной связи между выраженностью симптомов диспепсии и уровнем кишечных токсинов. Результаты представлены в таблице 2.

Выявлена положительная корреляционная связь средней силы уровня индикана и ксантопротеиновых единиц с выраженностью всех симптомов диспепсии. Значения аммиака крови связаны в меньшей степени с выраженностью диспепсических проявлений, а с частотой рвоты корреляционная связь отсутствовала.

Так же исследовали общепринятые лабораторные показатели интоксикации и уровень кишечных токсинов в динамике заболевания у больных при различной степени тяжести. Результаты представлены в таблице 3.

При ГЛПС увеличение гематологических индексов интоксикации, значений МСМ, а также ИИ зависело от периода заболевания и степени тяжести. Уровень кишечных токсинов в крови так же зависел от периода заболевания и степени тяжести.

Была выявлена прямая связь средней силы МСМ (254 нм и 280 нм) с уровнем индикана ($r=0,66$ и $r=0,61$), аммиака ($r=0,59$ и $r=0,62$) и показателями ксантопротеиновых единиц ($r=0,67$ и $r=0,61$). Так же была выявлена прямая тесная корреляционная связь значений мочевины и уровня

индикана ($r=0,77$), аммиака ($r=0,76$), ксантопротеиновых единиц ($r=0,71$), а также значений креатинина и уровня индикана ($r=0,71$), ксантопротеиновых единиц ($r=0,70$), положительная связь средней силы уровня креатинина и аммиака ($r=0,41$).

Наряду с клинико-лабораторными тестами, больным ГЛПС были проведены и эндоскопические исследования. ФГДС была проведена 7 пациентам. У 3 из них в последующем заболевание закончилось летально. Эндоскопическая картина была представлена в виде эзофагита (3 пациента) в сочетании с эрозиями (1 пациент) и микротрещинами (1 пациент) в нижней 1/3 пищевода, диафрагмальной грыжи (2 пациента), гастродуоденита (6 пациентов), острой язвы и эрозий желудка (1 пациент), дуодено-гастрального рефлюкса (3 пациента), рубцовой деформации луковицы 12-перстной кишки (1 пациент). При ректороманоскопии, проведенной на 11-й день болезни, у пациента со среднетяжелым течением ГЛПС был выявлен катаральный проктосигмоидит. При прижизненном исследовании слизистой ЖКТ у больных ГЛПС наблюдалась преимущественно картина катарального эзофагита и гастрита, эрозивно-язвенный процесс был выявлен лишь в 2 случаях, геморрагии не встречались, слизистая 12-перстной кишки была не воспалена.

Таблица 2. Корреляционная связь выраженности симптомов диспепсии и уровня кишечных токсинов

Симптомы диспепсии	Индикан	p	Аммиак	p	Ксантопротеиновые единицы	p
Икота	$r=+0,32$	$<0,02$	$r=+0,30$	$<0,02$	$r=+0,43$	$<0,01$
Аппетит	$r=+0,59$	$<0,01$	$r=+0,42$	$<0,01$	$r=+0,64$	$<0,01$
Тошнота	$r=+0,58$	$<0,01$	$r=+0,43$	$<0,01$	$r=+0,61$	$<0,01$
Рвота	$r=+0,51$	$<0,01$	$r=+0,09$	$>0,1$	$r=+0,53$	$<0,01$
Диарея	$r=+0,37$	$<0,01$	$r=+0,35$	$<0,01$	$r=+0,43$	$<0,01$
Вздутие живота	$r=+0,58$	$<0,01$	$r=+0,69$	$<0,01$	$r=+0,66$	$<0,01$

Таблица 3. Лабораторные показатели интоксикации в зависимости от степени тяжести и периода ГЛПС

Показатели интоксикации	Контроль	Степень тяжести					
		легкая		средняя		тяжелая	
		разгар	полиурия	разгар	полиурия	разгар	полиурия
Индикан мкмоль/л	1,67±0,02	1,85±0,33	1,44±0,29	3,53*±0,20	1,61±0,19	5,15**±0,31	2,53**±0,30
Аммиак мкмоль/л	8,74±0,43	37,16±1,08	—	44,5*±1,59	35,03±1,2	46,2*±2,25	39,3**±1,26
Ксантопр. единицы	0,52±0,002	0,166±0,019	0,144±0,029	0,282*±0,013	0,161±0,015	0,325**±0,016	0,167±0,014
ЛИИ	1,47±0,06	1,20±0,2	0,47±0,09	3,05*±0,70	0,95*±0,22	7,2**±1,0	0,9*±0,14
ГПИ	1,41±0,06	1,42±0,21	0,56±0,12	4,40*±1,0	1,52*±0,44	13,5**±1,90	1,76*±0,30
ИИ	3,44±0,4	12,3±2,1	7,80±0,7	27,8*±3,5	9,8*±0,8	52,7**±5,2	17,4**±3,5
МСМ у.е (254 нм)	0,87±0,004	0,26±0,01	0,25±0,02	0,42*±0,01	0,33*±0,01	0,62**±0,03	0,41**±0,04
МСМ у.е (280 нм)	1,00±0,005	0,35±0,01	0,34±0,02	0,51*±0,01	0,41*±0,02	0,66**±0,02	0,44*±0,03

Примечание: • достоверное отличие от контроля ($p<0,05$), * достоверное отличие от легкого течения ($p<0,05$), ** достоверное отличие от средней тяжести ($p<0,05$).

При анализе 15 летальных исходов смерть наступила в начальном периоде у 2 пациентов (на 2-й день болезни). Остальные 13 пациентов умерли в период разгара (на 5–12-й день болезни), у 2 из них был клинически диагностирован уремический гастроэнтероколит. У пациентов, умерших в начальном периоде, макроскопические изменения слизистой не были обнаружены. У 11 пациентов из 13, умерших в период разгара заболевания, были обнаружены изменения слизистой ЖКТ. Так, в нижней трети пищевода у 3 пациентов были выявлены мелкие кровоизлияния (2 пациента), а так же дефекты слизистой в виде эрозий (1 пациент) и язв (1 пациент). В слизистой желудка изменения были обнаружены у 9 пациентов, встречались кровоизлияния (6 пациентов), эрозии (7 пациентов) и язвы (2 пациента). Наличие крови в желудке в объеме 0,1–1 л было отмечено в 3 случаях. Были изменения в 12-перстной кишке у 2 пациентов в виде кровоизлияний (2 пациента) и эрозий (1 пациент). Другие отделы тонкого кишечника и толстый кишечник были без макроскопических изменений. Гистологическая картина соответствовала внешнему осмотру слизистой. При микроскопическом исследовании на всем протяжении ЖКТ в слизистой регистрировались венозное полнокровие, мелкие кровоизлияния, смешанная нейтрофильно-лимфоцитарная инфильтрация, однако эрозивно-язвенные изменения были отмечены только в пищеводе, желудке и 12-перстной кишке. В дистальном направлении геморрагии встречались реже, а дефекты слизистой не выявлялись. В слизистой толстого кишечника кровоизлияния и воспалительная инфильтрация были описаны лишь у одного пациента, у которого заболевание протекало с развитием уремического гастроэнтероколита и сопровождалось желудочно-кишечным кровотечением.

Известно, что вирус ГЛПС имеет тропность к эндотелию сосудов микроциркуляторного русла. Повреждение эндотелия приводит к повышению проницаемости капилляров, развитию интерстициального отека и сгущению крови [4,5]. Происходящие процессы нарушают микроциркуляцию и вызывают вторичные изменения в слизистой ЖКТ. Результаты проведенного исследования указывают на наличие более выраженных деструктивных изменений в верхних отделах ЖКТ, что очевидно связано с особенностями кровоснабжения слизистой [6], а так же с воздействием на слизистую дополни-

тельных повреждающих факторов, таких как: кислое содержимое желудка, пищеварительные ферменты, уремические токсины, секретиремые слизистой желудка и тонкого кишечника. Слизистая толстого кишечника претерпевает меньшие изменения, выявляемые только при микроскопии. Нарушение барьерной функции кишечника, наряду с морфологическими изменениями, подтверждается увеличением уровня индикана, аммиака, фенола, паракрезоло, ароматических оксикислот в крови. Их концентрация в крови находится в прямой зависимости от степени тяжести заболевания и коррелирует с интенсивностью диспепсических проявлений. Предполагаем, что применение сорбентов и очищение толстого кишечника прервет энтеро-гематогенную циркуляцию токсинов и послужит эффективным способом детоксикации при ГЛПС и других заболеваниях, сопровождающихся повышением проницаемости кишечного барьера.

Вывод. Для ГЛПС характерны изменения слизистой ЖКТ в виде отека, лимфостаза, смешанной лейкоцитарной инфильтрации, гиперемии, кровоизлияний, образования эрозий и язв. Наиболее выраженные морфологические изменения происходят в проксимальных отделах ЖКТ. В крови при ГЛПС повышается содержание индикана, аммиака, ксантопротеиновых единиц, что связано с нарушением барьерной функции кишечника. Уровень кишечных токсинов в крови зависит от степени тяжести заболевания и выраженности диспепсического синдрома, коррелирует с лабораторными маркерами эндогенной интоксикации.

Список литературы:

1. Лабораторная диагностика синдрома эндогенной интоксикации: методические рекомендации / под ред. проф. И. П. Корюкиной. – Пермь, 2005. – 39 с.
2. **Малеев, В. В.** Клинико-эндоскопическая характеристика острой эрозивно-язвенной патологии верхних отделов ЖКТ у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, лептоспирозом и туляремией / В. В. Малеев, В. А. Мартынов, И. Н. Клочков // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И. П. Павлова. – 2014. – № 3. – С. 48–55.
3. Медицинские лабораторные технологии: справочник в 2-х т. / под ред. проф. А. И. Карпищенко. – СПб: Интермедика, 1999. – Т. 2. – 656 с.
4. **Сиротин, Б. З.** Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом / Б. З. Сиротин. – Хабаровск: Кн. изд-во, 1994. – 302 с.
5. **Фазлыева, Р. М.** Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в Республике Башкортостан / Р. М. Фазлыева, Д. Х. Хунафина, Ф. Х. Камиллов. – Уфа, 1995. – 242 с.
6. **Хендерсон, Дж. М.** Патология органов пищеварения / Дж. М. Хендерсон; пер. с англ. – 3-е изд. – М.: ООО «БИНОМ Пресс», 2005. – 272 с.

УДК 616-008.9:612.015.3:613.25:616-056-053.7

М. В. Ляпина

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЛИЧНОСТНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ

Ляпина Мария Витальевна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; 426011, г. Ижевск, ул. 10 лет Октября, 17 а - 171, тел.: 8 (912) 769-33-19, e-mail: marialyapina@yandex.ru

В работе представлены исследования пищевого поведения, уровня ситуационной и личностной тревожности, показатели углеводного и липидного обмена у студентов с избыточной массой тела и ожирением. Установлено, что повышение уровня личностной тревожности сопровождается нарушением пищевого поведения и способствует возникновению ожирения и развитию метаболического синдрома у лиц молодого возраста.

Ключевые слова: ожирение; метаболический синдром; пищевое поведение; психоэмоциональный статус; липидный обмен

M. V. Lyapina

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Propedeutics of Internal Diseases with a Course in Nursing

DESCRIPTION OF THE DISORDERS OF EATING BEHAVIOUR AND PERSONALITY AND EMOTIONAL SPHERE IN YOUNG PEOPLE WITH OBESITY

Lyapina Mariya Vitalyevna – Lecturer Candidate of Medical Sciences; 17a flat 171, 10 let Oktyabrya st., Izhevsk 426011, tel.; 8 (912)769-33-19, e-mail: marialyapina@yandex.ru

The article presents a study of eating behaviour, the level of state and trait anxiety, carbohydrate and lipid metabolism in students with overweight and obesity. It has been found that increased levels of trait anxiety are accompanied by eating behaviour disorders, and contribute to the development of obesity and metabolic syndrome in young people.

Key words: obesity; metabolic syndrome; eating behaviour; psycho-emotional status; lipid metabolism

В последние годы ожирение является одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире. По данным ВОЗ, к началу XXI века избыточную массу тела имело около 30% населения планеты. Наиболее значимыми медицинскими последствиями ожирения являются сахарный диабет 2 типа и сердечно-сосудистые заболевания, приводящие к большим потерям трудоспособности и преждевременной смертности [1,10]. У 60% взрослых ожирение, начавшись в детском возрасте, продолжает прогрессировать и ведет к развитию серьезных осложнений, объединяемых в настоящее время понятием «метаболический синдром» (МС). По данным многих исследований, частота ожирения у детей старшего школьного возраста составляет от 10 до 17,5% [2, 4, 11].

Факторы развития ожирения имеют широкий диапазон и могут воздействовать как совместно, так и обособленно. Наиболее значимыми из них являются особенности пищевого поведения (переедание, нарушение режима питания), гиподинамия, генетическая предрасположенность, нарушения эндокринной системы, окружающая среда. Особенности пищевого поведения (ПП)

при ожирении изучаются недостаточно, а они весьма многообразны, различны по клиническим проявлениям, тесно сопряжены с личностными характеристиками и эмоциональным статусом [3, 5, 8, 9].

Цель исследования: изучение характера пищевого поведения во взаимосвязи с особенностями личностно-эмоциональной сферы у лиц молодого возраста с ожирением и метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 326 студентов 1-го курса Ижевской государственной медицинской академии, средний возраст которых составил $18 \pm 0,64$ года. МС подтверждался с помощью критериев диагностики, предложенных Всероссийским научным обществом кардиологов в 2009 г. (И.Е. Чазова, В.Б. Мычка, О.А. Кисляк и др., 2009). Основные методы обследования для выявления ожирения включали антропометрию – измерение веса, роста, окружности талии (ОТ), расчет индекса массы тела (ИМТ). ИМТ (индекс Кетле) определяли по формуле: $\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} : \text{рост (м)}^2$. По показателю ИМТ определяли степень ожирения и степень риска сердечно-сосудистых осложне-

ний (ВОЗ, 1997). Оценка липидного обмена проводилась по содержанию в плазме крови общего холестерина (X_c), X_c липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов на анализаторе *FP-901* (М) фирмы «*Labsystem*», результаты выражали в ммоль/л. Концентрацию глюкозы в крови определяли на анализаторе «Эскаган-Г» с глюкозооксидной мембраной МГ-1, полученные результаты выражали в ммоль/л. Артериальную гипертензию (АГ) выявляли путём офисного измерения артериального давления (АД) по методу Короткова. Из психологических тестов использовали оценку тревоги (тест Спилбергера), исследование типов пищевого поведения (голландский опросник *DEBQ* для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения). Данные антропометрических и лабораторных исследований сравнивали с показателями контрольной группы (КГ), которую составили 45 студентов без избыточной массы тела.

Результаты исследования представлены в международных единицах СИ и подвергнуты статистической обработке с использованием *t*-критерия в программном пакете *Statistica 6.0*. Достоверными считали различия при уровне значимости $p < 0,05$. Для определения степени взаимосвязи изучаемых параметров использовался коэффициент парной корреляции Пирсона (r).

Результаты исследования и их обсуждение. При обследовании у 9,5% (32) студентов обнаружена избыточная масса тела ($ИМТ \geq 25$ кг/м²), в том числе у 2,8% (9 студентов) выявлено ожирение ($ИМТ \geq 30$ кг/м²). Ожирение I степени с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) выявлено у 8 обследованных студентов, ожирение II степени с очень высоким риском ССЗ – у 1 студента. У лиц контрольной группы $ИМТ$ составил $22,08 \pm 1,4$ кг/м². Помимо ожирения у 7,1% студентов с МС выявлена АГ I степени – у 4,8%, 2 степени – у 2,3%.

Уровень общего X_c у лиц с МС был выше ($5,86 \pm 0,16$ ммоль/л, $p < 0,05$), чем в группе контроля ($4,49 \pm 0,32$ ммоль/л). Наряду с этим наблюдалась гипертриглицеридемия ($1,83 \pm 0,34$ ммоль/л, $p > 0,05$) в сравнении с КГ ($1,18 \pm 0,29$ ммоль/л) и достоверное повышение глюкозы крови натощак ($6,19 \pm 0,12$ и $4,15 \pm 0,09$ ммоль/л, соответственно, $p < 0,05$). Показатели X_c ЛПВП были сопоставимы с контролем – $1,38 \pm 0,14$ и $1,4 \pm 0,11$ ммоль/л, соответственно, $p > 0,05$.

Нарушение ПП выявлено у 25 (80,6%) студентов с избыточной массой тела и МС. Ограничительный тип выявлен у 5 (16,1%) студентов, эмоциогенный тип – у 15 (48,4%), экстернальный тип – у 5 (16,1%). Исходя из принадлежности к одному из трех типов ПП, обследуемые были разделены на 3 группы.

Студенты с ограничительным типом ПП имели значительный диапазон $ИМТ$ от 25,4 до 37,9 кг/м², в среднем уровень $ИМТ$ составил $29,2 \pm 1,47$ кг/м². У студентов с эмоциогенным типом пищевого поведения средний показатель $ИМТ$ составил $28,1 \pm 0,95$ кг/м², с экстернальным типом – $29,1 \pm 1,3$ кг/м².

При оценке обследуемых по шкале тревоги патология выявлена у 30 (96,8%), норма – у 1 (3,2%) студента. У 9 (29%) студентов выявлена низкая, у 16 (51,6%) – средняя, у 5 (16,1%) – высокая ситуативная тревожность; всего 2 (6,5%) студента имеют низкую, 16 (51,6%) – среднюю, а 12 (38,7%) – высокую личностную тревожность. У 21 человека (67,7%) имело место сочетание ситуативной и личностной тревожности. Среди студентов с высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности преобладал эмоциогенный тип ПП – у 51,6% исследуемых. При корреляционном анализе выявлена прямая сильная зависимость между показателями $ИМТ$ и личностной тревожности ($r = 0,98$).

Повышение уровня тревожности, вероятно, отражает социальные характеристики среды, являясь результатом общей психологической нагрузки. Повышение показателя астенического компонента в структуре как личностной, так и ситуативной тревожности, по-видимому, обусловлено снижением качества жизни больных ожирением [7].

Тревожность, достигнув определенной интенсивности, влияет на сознание человека так, что он перестает чувствовать вкус еды, замечать процесс питания и ощущать состояние насыщения. В результате возбуждение приводит к навязчивым мыслям, неуправляемым эмоциям и действиям, следствием которых может стать переедание, нарушение пищевого поведения [6].

Вывод. В ходе эпидемиологического исследования распространённость предожирения и ожирения выявлена у 9,5% студентов. У 2,8% исследуемых установлен МС с нарушениями углеводного, липидного обмена и повышением АД. Нарушение пищевого поведения отмече-

но у 80,6% обследуемых с ИМТ более 25 кг/м² с преобладанием эмоциогенного типа пищевого поведения, сопряжённого с патологией личностно-эмоциональной сферы.

Список литературы:

1. **Аверьянов, А. П.** Ожирение у детей и подростков: клиничко-метаболические особенности, лечение, прогноз и профилактика осложнений / А. П. Аверьянов // *Международный эндокринологический журнал*. – 2009. – № 4 (22) – С. 39–42.
2. **Алимова, И. Л.** Метаболический синдром у детей и подростков / И. Л. Алимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 96.
3. **Бокова, Т. А.** Метаболический синдром у детей / Т. А. Бокова. – М., 2013. – С. 32.
4. **Болотова, Н. В.** Особенности формирования метаболического синдрома у детей и подростков / Н. В. Болотова, С. В. Лазебникова, А. П. Аверьянов // *Педиатрия*. – 2009. – № 3. – С. 13–15.
5. **Ботникова, Е. А.** Показатели качества жизни учащихся начальных классов школ с различным профилем обучения / Е. А. Ботникова, М. К. Ермакова // *Здоровье,*

демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – № 2. – С. 16–18.

6. **Вахмистров, А. В.** Клиничко-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении / А. В. Вахмистров, Т. Г. Вознесенская, С. И. Посохов // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 2001. – № 1. – С. 19–24.

7. **Митрошина, Е. В.** Пищевое поведение у молодых мужчин с ожирением, манифестировавшим в пубертатном периоде / Е. В. Митрошина, А. Ф. Вербовой // *Ожирение и метаболизм*. – 2010. – № 3. – С. 31–33.

8. Особенности пищевого поведения и личностно-эмоциональной сферы у женщин репродуктивного возраста с ожирением / Н. А. Крапивина [и др.] // *Успехи современного естествознания*. – 2004. – № 2 – С. 45–46.

9. Показатели соматического здоровья студентов четвёртого курса Ижевской государственной медицинской академии / Ю. В. Горбунов [и др.] // *Труды ИГМА*. – 2015. – Т. 53. – С. 57–59.

10. Рекомендации экспертов ВНОК по диагностике и лечению метаболического синдрома. Второй пересмотр / И. Е. Чазова [и др.]. – М., 2009. С. 42.

11. **Zimmet, P.** The metabolic syndrome in children and adolescents – an IDF consensus report / P. Zimmet, K. G. Alberti, F. Kaufman // *Pediatr Diabetes*. – 2007. – № 8 (5). – С. 299–306.

УДК: 616-036.12-053.4:612.6.052.4

Н. Н. Андреева¹, Д. Н. Королева¹, Н. И. Пенкина², Е. Н. Богатырева¹

¹БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск

²ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра педиатрии и неонатологии

ХРОНИЧЕСКОЕ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ НАЛИЧИЕМ МУТАЦИИ ГЕНА ЯНУС - КИНАЗА 2

Андреева Наталья Николаевна – врач-гематолог кандидат медицинских наук; 426009, г. Ижевск, ул. Ленина, 79; тел.: 8 (912) 462-69-58, e-mail: nataliaizh@yandex.ru; **Королева Дарья Николаевна** – врач детский онколог кандидат медицинских наук; **Пенкина Надежда Ильинична** – профессор доктор медицинских наук, профессор; **Богатырева Елена Николаевна** – заведующий гематологическим отделением

В клиническом наблюдении представлен случай развития хронического миелопролиферативного заболевания в детском возрасте, обусловленного наличием мутации JAK2 V617F

Ключевые слова: хронические миелопролиферативные заболевания; JAK2-мутация; дети

N. N. Andreeva¹, D. N. Koroleva¹, N. I. Penkina², E. N. Bogatyreva¹

¹Republic Children Clinical Hospital, Izhevsk

²Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Paediatrics and Neonatology

CHILDHOOD CHRONIC MYELOPROLIFERATIVE DISEASE CAUSED BY THE PRESENCE OF JANUS KINASE 2 MUTATION

Andreeva Natalia Nikolaevna – Hematologist Candidate of Medical Sciences; 79 Lenina st., Izhevsk 426009, tel.: 8 (912)462-69-58, e-mail: nataliaizh@yandex.ru; **Koroleva Daria Nikolaevna** – Paediatric oncologist Candidate of Medical Sciences; **Penkina Nadezhda Ilyinichna** – Professor Doctor of Medical Sciences, Professor; **Bogatyreva Elena Nikolaevna** – Head of Hematologic department.

The article presents the clinical observation of a case of childhood chronic myeloproliferative disease caused by the presence of JAK2 V617F mutation.

Key words: chronic myeloproliferative disease; JAK2 mutation; children

Хронические миелопролиферативные заболевания (ХМПЗ) – группа заболеваний, характеризующихся клональными нарушениями полипотентных стволовых клеток костного мозга, приводящих к избыточному одно-, двух- или трех-

ростковому увеличению кроветворных клеток, сохраняющих способность к дифференцировке [2]. Из Ph-негативных (Филадельфийская хромосома) ХМПЗ к самым частым относятся: истинная полицитемия (ИП), эссенциальная тромбоцитемия

(ЭТ) и первичный миелофиброз (ПМФ). В 2005 г. выявлена специфическая для этих заболеваний молекулярная аномалия – приобретенная точечная мутация гена Янус-киназы 2 (*JAK2 V617F*), обнаруживаемая у большинства пациентов с ИП, у 50–60% пациентов с ЭТ и ПМФ. Присутствие мутации *JAK2 V617F* или других мутаций *JAK2*, включая мутации в экзоне 12, теперь рассматриваются как главные критерии для диагноза ХМПЗ. Выявление одной из этих мутаций, несомненно, устанавливает наличие клонального ХМПЗ и исключает возможность реактивного эритроцитоза, тромбоцитоза или миелофиброза. К сожалению, обнаружение мутации не позволяет дифференцировать разные формы ХМПЗ [1,3,4].

Диагностируются ХМПЗ в основном после 50–60 лет, в редких случаях у детей [2]. В качестве примера развития ХМПЗ, обусловленного наличием мутации гена *JAK2 V617F* в детском возрасте, приведем собственное клиническое наблюдение.

Цель исследования: разработка плана диагностики и лечения ХМПЗ.

Материалы и методы исследования: непосредственное наблюдение за пациентом.

Результаты исследования и обсуждение. Пациент А., 10.08.2011 г.р. Ребенок мужского пола от 1-й беременности, протекавшей на фоне гестационного пиелонефрита, угрозы прерывания беременности, анемии, носительства токсоплазмоза, цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ), вируса простого герпеса (ВПГ), кандидозного вагинита. Роды I, путем операции кесарево сечение, в сроке гестации 38–39 нед. Вес при рождении 3340 г., рост 52 см. В родильном доме изменений в анализе крови (в 1-е сутки) не выявлено: лейкоциты – $25,5 \times 10^9/\text{л}$; лейкоцитарная формула – п/я нейтрофилы – 7%, с/я нейтрофилы – 65%, моноциты – 8%, лимфоциты – 18%, эозинофилы – 2%; Hb – 154 г/л, эритроциты – $4,64 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты – $309 \times 10^9/\text{л}$. Наследственность по гематологическим и онкологическим заболеваниям не отягощена. В физическом, нервно-психическом развитии ребенок от сверстников не отставал. Перенесенные заболевания: частые ОРВИ (ежемесячные), перинатальная энцефалопатия, пиелоктазия слева, острый пиелонефрит. С 3-месячного возраста у пациента в полном анализе крови выявляется лейкоцитоз – до $26,5 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитоз – до 1400 тыс./мкл. В 6 месяцев ребенок обследован в БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница МЗ УР» с целью уточнения диагноза. По результатам проведен-

ного обследования установлен диагноз: Пиелонефрит, латентное течение. Гепатит неуточненной этиологии. Железодефицитная анемия I ст. Атопический дерматит. Острый бронхит. На фоне антибактериальной терапии лейкоцитоз снизился с 26,5 тыс. до 19,6 тыс., выросли тромбоцитоз – с 977 до 1422 тыс. и эозинофилия – с 8 до 13%. В биохимических показателях зарегистрировано незначительное увеличение АЛТ (до 58,7 МЕ/л). Пациент неоднократно обследовался на различные инфекции – *Toxoplasma gondii*, *Chlamidia trachomatis* и *Chlamidia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, вирус герпеса 6 типа, ЦМВИ, ВПГ, токсокароз, описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, HCV и HBV. Остро протекающих инфекций не выявлено. При объективном осмотре отклонений не наблюдалось. Лечение включало свечи «генферон» по схеме, препараты железа, курантил.

В возрасте 1 года 8 месяцев при объективном обследовании у ребенка пальпируется край селезенки, мягко-эластичной консистенции. Проведено УЗИ органов брюшной полости, выявлена незначительная спленомегалия (8,5х4,1 см). В возрасте 3-х лет ребенок обследован в отделении детской гематологии и онкологии БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница». С диагностической целью проведена пункция костного мозга. Миелограмма (19.08.14): миелокариоциты (МКЦ) – 100000, мегакариоциты (МККЦ) – 13. Препарат нормоклеточный, полиморфный, преобладают клетки миелоидного ряда. Индекс созревания нейтрофилов (ИСН) 0,45. Клеток красного ряда мало, лейкоциты: эритроциты – 9:1. МККЦ в препарате единичные, однако много свободно лежащих тромбоцитов. Тромбоциты – большими агрегантами. Много эозинофилов. В результате проведенного обследования, отсутствия выраженных изменений в миелограмме, пациенту выставлен диагноз: Симптоматический лейкоцитоз. Тромбоцитоз. Железодефицитная анемия I ст. Проведено превентивное лечение немозолом. Однако в анализах крови динамики не получено – сохраняется лейкоцитоз (от 16 до $26 \times 10^9/\text{л}$), анемия I ст (Hb – 91 г/л), тромбоцитоз (от $585 \times 10^9/\text{л}$ до $1400 \times 10^9/\text{л}$), эозинофилия (до 21%). В таблице 1 представлены результаты полного анализа крови пациента.

Следующее обследование ребенка в гематологическом отделении БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница МЗ УР» в возрасте 4-х лет 8 месяцев.

Таблица 1. Полный анализ крови пациента А.

Дата	Лейкоциты 10 ⁹ /л	Эритроциты 10 ¹² /л	Гемоглобин г/л	Тромбоциты 10 ⁹ /л	СОЭ мм/ч	Лейкоцитарная формула
26.08.11	12	3,66	129	–	3	Э5 п3 с43 л47 м3
25.11.11	24,6	5,22	129	1164	4	П2 с31 л52 м7 э5 б3
08.12.11	20,0	4,91	111	957	1	П1 с33 л55 м4 э5 б2
08.02.12	19,6	5,3	91	1422	6	Э13 с36 л40 м9 п1 б1
17.05.12	16,8	5,28	84	793	3	П2 с33 л56 м2 э6 б1
24.06.12	22,2	6,24	96	1001	5	П1 с34 л35 м15 э14
09.01.13	24,0	6,51	123	584	1	П4 с56 л28 м2 э10
12.09.13	19,6	6,23	106	795	2	С52 л33 м8 э4 б3
26.01.14	19,3	5,9	104	862	2	П4 с55 л30 м7 э4
29.10.14	18,6	5,64	100	774	6	П1 с41 л28 м9 э21
15.04.15	24,2	5,64	113	958	5	П6 с58 л22 м7 э5 б2
10.02.16	22,4	5,67	111	863	10	П2 с50 л26 м3 э18 б1

В объективном статусе без выраженных отклонений, сохраняется незначительное увеличение селезенки – пальпируется ее край. В миелограмме (12.04.16 г.) появляется гиперклеточность костного мозга: МКЦ – 376 тыс., МГКЦ – 114. Препарат костного мозга гиперклеточный, полиморфный, представлен всеми ростками кроветворения. Преобладают клетки миелоидного ряда. Красный росток сужен. Тип кроветворения нормобластический. Встречаются клетки в состоянии митотического деления, как белого, так и красного ряда. Эозинофилия (10,8%). Мегакариоциты в большом количестве, деятельные. Строма в достаточном количестве. Лейкоциты: эритроциты – 5,4:1,0.

Из-за сохраняющихся изменений в анализах крови, отсутствия эффекта от симптоматической терапии, появления изменений в миелограмме, ребенок в возрасте 4 года 10 месяцев направлен на обследование в ФГБУ «Российская детская клиническая больница МЗ РФ» г. Москвы. Миелограмма от 30.06.16 г. – пунктаты богаты миелокариоцитами, полиморфны по составу. Встречаются обширные скопления стромальных клеток и «островки» гемопоэза. Бластные клетки составляют 1,7–3,0%, по морфологическим особенностям они могут быть отнесены к различным гемопоэтическим линиям. Нейтрофильный росток сохранен. Эозинофильный росток расширен (9,7–14,7%). Моноцитарный и лимфоцитарный ростки без особенностей. Эритроидный росток сохранен. МГКЦ – значительное количество, большая часть с интенсивной «отшнуровкой» тромбоцитов, выражены явления дисмегакариоцитопоэза.

Цитогенетическое исследование костного мозга от 30.06.16 г. – нормальный мужской кариотип 46XY. При исследовании методом FISH перестроек генов PDGFRB, ETV6, FGFR1, PDGFRA не обнаружено.

Трепанобиопсия от 30.06.16 г. – межтрабекулярные пространства заполнены гиперк-

леточным костным мозгом. МГКЦ в большом количестве расположены по всем межтрабекулярным пространствам, клетки формируют небольшие рыхлые скопления, примесь большого количества гранулоцитов как промежуточных, так и зрелых. Клетки эритрона в большом количестве формируют небольшие островки или расположены разрозненно. **Заключение:** Признаки гиперпластических изменений костного мозга, не исключается ХМПЗ.

УЗИ (29.06.16 г.). Печень увеличена – правая доля 108 мм, левая – 41 мм. Эхогенность умеренно повышена. Селезенка размерами 109×33 мм, увеличена, структура однородная, эхогенность обычная.

До получения результатов молекулярно-генетического исследования гиперэозинофильный синдром трактовался как вторичный, связанный с микст-гельминтозом, были обнаружены антитела к лямблиям – 1,21, к токсокарам – 8,73, аскаридам – 2,58. Лечение: вермокс, макмирор, мальтофер, симптоматическая терапия.

По результатам молекулярно-генетического исследования от 29.06.16 г. (на мутации в генах: CALR, JAK2, MPL) выявлена мутация JAK2 V617F. В результате проведенного обследования установлен окончательный диагноз: Хроническое миелопролиферативное заболевание, обусловленное JAK2 – мутацией. Латентный дефицит железа. Билиарная дисфункция.

Решением консилиума ребенку назначена таргетная терапия – ингибитор протеинтирозинкиназы Руксолитиниб в дозе 40 мг/м². Препарат назначен по жизненным показаниям для предотвращения прогрессирования основного заболевания. Получен гематологический ответ через 2 недели от начала терапии. В анализах крови снизился лейкоцитоз с 19,6 тыс. до 12,9 тыс., тромбоцитоз – с 968 тыс. до 500 тыс., позднее нормализовались показатели гемоглобина, эритроцитов, эозинофилов (табл. 2).

Таблица 2. Полный анализ крови пациента А. на фоне таргетной терапии

Дата	Лейкоциты 10 ⁹ /л	Эритроциты 10 ¹² /л	Гемоглобин г/л	Тромбоциты 10 ⁹ /л	СОЭ, мм/ч	Лейкоцитарная формула, %
18.10.16	19,6	6,05	115	968	6	п/1 с/47 л/27 м/9э/15 б/1
16.11.16	12,95	6,45	132	464		с/44 л/41 м/5 э/9 б/1
18.12.16	9,3	5,23	119	482	5	э7 п 1 с 38 л45 м8 б1

Вывод. Это первый выявленный случай развития хронического миелопролиферативного заболевания в детском возрасте, обусловленного наличием мутации генов *JAK2 V617F*, в Удмуртской Республике. Окончательный диагноз был установлен по результатам молекулярно-генетического исследования. Проведена терапия, улучшилась гематологическая картина и состояние пациента.

Список литературы:

1. Выявление мутации *JAK2 V617F* при хронических Ph-негативных заболеваниях / А.М. Саврилова [и др.] // Практическая медицина. Инновационные технологии в медицине. – 2014. – № 4, том 1. – С. 100–102.

2. Гематология: руководство для врачей / под ред. Н.Н. Мамаева, С.И. Рябова. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 543 с.

3. Клинические рекомендации по диагностике Ph-негативных миелопролиферативных заболеваний (истинная полицитемия, эссенциальная полицитемия, первичный миелофиброз). Национальное гематологическое общество / под руководством В.Г. Савченко [и др.]. – Москва, 2016. – 75 с.

4. Classification and of myeloproliferative neoplasms: Tye 2008 World Health Organization criteria and point-of care diagnostic algotryms / A. Tefferi, J. W. Vardiman // Leukemia. – 2008. – 22. – P.14–22.

УДК 616.155.2.-073.75:616.34-004-008.331

И. Г. Малахова¹, А. Г. Бессонов², Е. С. Пименова¹

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии

²БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ КОРРЕКЦИИ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРИ ЦИРРОТИЧЕСКОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Малахова Инесса Геннадьевна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412)-52-62-01, e-mail: inessa78@inbox.ru; **Бессонов Алексей Геннадьевич** – заведующий гастроэнтерологическим отделением; **Пименова Екатерина Сергеевна** – студент

Авторами статьи обобщен и представлен собственный опыт коррекции гиперспленизма у пациентов с циррозом печени с помощью эндоваскулярной редукции кровотока селезенки.

Ключевые слова: цирроз печени; гиперспленизм; спленомегалия; портальная гипертензия; тромбоцитопения; эндоваскулярная редукция

I. G. Malakhova¹, A. G. Bessonov², E. S. Pimenova¹

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Faculty Therapy with the Courses in Endocrinology and Hematology

²Republic Clinical Hospital No.1, Izhevsk

FIRST EXPERIENCE OF RADIOGRAPHIC ENDOVASCULAR CORRECTION OF THROMBOCYTOPENIA IN CIRRHOTIC PORTAL HYPERTENSION

Malakhova Inessa Gennadevna – Lecturer Candidate of Medical Sciences; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel.: 8- (3412)-52-62-01, e-mail: inessa78@inbox.ru; **Bessonov Aleksey Gennadevich** – Head of Gastroenterology department; **Pimenova Ekaterina Sergeevna** – Student

The authors of the article have summarized and presented their own experience of hypersplenism correction by endovascular reduction of spleen blood flow in patients with hepatic cirrhosis.

Key words: hepatic cirrhosis; hypersplenism; splenomegaly; portal hypertension; thrombocytopenia; endovascular reduction

На сегодняшний день цирротическое поражение печени является одной из актуальных проблем в гастроэнтерологической практике с тенденцией к росту заболеваемости и высоким уровнем смертности [2,4].

Одним из опасных осложнений цирроза печени является формирование портальной гипертензии, которая в ряде случаев усугубляется развитием синдрома гиперспленизма, что негативно сказывается на общем течении забо-

левания и результатах лечения данной патологии [1,2,3].

М.И. Тутченко [5] отмечает, что частота тромбоцитопении различной степени выраженности, от умеренной (количество тромбоцитов $150-100 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитов $3-4 \times 10^9/\text{л}$) до выраженной (количество тромбоцитов $<100 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитов $<2 \times 10^9/\text{л}$), может достигать 91,4% у данной категории пациентов. Умеренная тромбоцитопения, являющаяся частой находкой при терминальных стадиях диффузных заболеваний печени, хорошо переносится в большинстве случаев. В то же время выраженное снижение содержания тромбоцитов менее $50 \times 10^9/\text{л}$ значительно ухудшает гемостаз у пациентов с циррозом печени, создавая предпосылки для патологических кровотечений.

Как правило, применяется ступенчатая схема коррекции тромбоцитопении: применение кортикостероидов (при иммунных формах), использование иммуноглобулинов (кратковременный эффект), применение тромбопоэтина (дорогостоящий метод). По истечении 4-х месяцев консервативной терапии при отсутствии положительной тенденции прироста тромбоцитов должна рассматриваться спленэктомия, которая имеет высокий риск летальных осложнений.

В ряде случаев существует возможность ограничить показания к спленэктомии, как методу коррекции гиперспленизма, осуществив его замену на парциальную рентгенэндоваскулярную эмболизацию селезеночной артерии, несущую меньший риск осложнений [3].

С нашей точки зрения, целесообразно обобщить и представить собственный опыт применения парциальной рентгенэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии при циррозе печени в сочетании с гиперспленизмом и выраженной тромбоцитопенией.

Цель исследования: уточнить эффективность применения парциальной рентгенэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии при циррозе печени с гиперспленизмом и выраженной тромбоцитопенией в условиях гастроэнтерологического отделения БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР».

Материалы и методы исследования. За двухлетний период (2016–2017 гг.) в гастроэнтерологическом отделении БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ

УР» из всех больных с циррозом печени различной этиологии наблюдались 5 пациентов: 2 пациента с циррозом печени алкогольной этиологии, 2 – с первичным билиарным циррозом, 1 больной – с циррозом печени вирусной (*HBV+HDV*) этиологии. Возраст пациентов варьировал от 27 до 62 лет, средний возраст $49,5 \pm 18,6$ года. Длительность заболевания составила $15,2 \pm 5,4$ года.

У 2 пациентов активность процесса была минимальная (трансаминазы не более 3 норм), у 3 больных – умеренная (трансаминазы не более 10 норм). Печеночно-клеточная недостаточность оценивалась по классификации Чайлд-Пью. При этом у 2 пациентов выявлен класс С, у 3 – класс В.

У всех обследованных имелись признаки портальной гипертензии в суб- или декомпенсированной стадии с наличием варикозно-расширенных вен пищевода, спленомегалии и выраженной ($<100 \times 10^9/\text{л}$) тромбоцитопении – в среднем $67 \times 10^9/\text{л}$, что и послужило показанием для проведения парциальной рентгенэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии.

Всем пациентам была проведена пункция правой плечевой артерии по Сельдингеру с последующей рентгенэндоваскулярной эмболизацией селезеночного кровотока металлическими спиралями.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациентам на вторые сутки послеоперационного периода проводилось ультразвуковое исследование селезенки: у трех из них были зафиксированы участки инфаркта пульпы и уменьшение площади селезенки в среднем на $4,0 \text{ см}^2$, что является закономерным следствием редукции селезеночного кровотока; у одного пациента изменений ультразвуковой картины селезенки не выявлено. Только у одного из пяти пациентов было отмечено осложненное течение послеоперационного периода – асептическое воспаление в области операционного вмешательства (лихорадка до $39,0 \text{ }^\circ\text{C}$, общая слабость, снижение аппетита, гипотония), которое было купировано стандартным 7-дневным курсом антибактериального препарата широкого спектра действия.

У всех больных в послеоперационном периоде был достигнут ожидаемый положительный результат – зафиксировано стабильное увеличение количества тромбоцитов (в среднем до $270 \times 10^9/\text{л}$) на 2–4 день после операции.

Вывод. Цирротическая портальная гипертензия с развитием тромбоцитопении значительно ухудшает гемостаз и повышает риск летального исхода при пищеводных и желудочных кровотечениях. Первый небольшой опыт проведения парциальной эндоваскулярной эмболизации селезеночного кровотока показал обнадеживающие результаты в плане снижения риска летальных кровотечений у пациентов с цирротической портальной гипертензией. Однако, для более полной и адекватной оценки эффективности предлагаемого метода коррекции выраженной тромбоцитопении с помощью малоинвазивных эндоскопических методик необходимо применять данный метод у большего количества пациентов и дальнейшее наблюдение за прооперированными пациентами.

Список литературы:

1. Анализ факторов риска летального исхода при заболеваниях печени / А.Е. Шкляев [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2013. – № 1. – С. 30–32.
2. **Еремина, Е.Ю.** Факторы риска прогрессирования хронических гепатитов и циррозов печени / Е.Ю. Еремина // Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. – 2008. – № 6. – С. 101–106.
3. **Могилевец, Э.В.** Коррекция гиперспленизма у пациентов с хирургическими осложнениями портальной гипертензии / Э.В. Могилевец // Новости хирургии. – 2015. – Т. 23, № 3. – С. 332–338.
4. Структура внепеченочных проявлений при циррозах печени различной этиологии / И. Г. Малахова [и др.] // Труды ИГМА. – Ижевск, 2016. – Т. 54. – С. 61–63.
5. **Тутченко, Н.И.** Тактика лечения больных циррозом печени с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода, желудка в сочетании с другими осложнениями портальной гипертензии с использованием лапароскопической техники / Н.И. Тутченко, Д.В. Рудык // Укр. журнал хирургии. – 2012. – Т. 18, № 3. – С. 15–20.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 616.25-003.219:614.88:615.47

Е. Ю. Шкатова¹, И. Н. Бакшаев^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

²ФКУЗ «Медико-санитарная часть № 18 Федеральной службы исполнения наказаний России», г. Ижевск

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Шкатова Елена Юрьевна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, e-mail: army@igma.udm.ru; **Бакшаев Илья Николаевич** – аспирант, инспектор – врач отдела организации лечебно-профилактической работы

В статье представлено описание устройства для лечения открытого пневмоторакса.

Ключевые слова: травма; открытый пневмоторакс; неотложная помощь

E.Yu. Shkatova¹, I. N. Bakshaev^{1,2}

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Disaster Medicine and Health and Safety

²Medical Institution No. 18 of Federal Penitentiary Service, Izhevsk

DEVICE FOR THE TREATMENT OF OPEN PNEUMOTHORAX

Shkatova Elena Yuryevna – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, e-mail: army@igma.udm.ru; **Bakshaev Ilya Nikolaevich** – Postgraduate, Inspector- doctor of the Department of Medical and Preventive Work

The article presents a description of the device for the treatment of an open pneumothorax.

Key words: trauma; open pneumothorax; first aid

Проникающие ранения грудной клетки являются одной из основных причин гибели раненых и пострадавших на войне и граждан в чрезвычайных ситуациях мирного времени [3,1]. В США травма груди остается лидирующей причиной 25% всех летальных исходов, связанных с травматизмом [7]. В Великобритании летальность при тяжелой закрытой травме груди достигает 20% [6]. Более 50% летальных исходов при травме груди приходится на догоспитальный этап [8], из них до 60% пострадавших погибают на месте происшествия, 21,7% – в пути следования, 18,3% – в стационаре [4].

Проведенные исследования показывают, что 85% из тех, кто погибает от ранений груди могут быть спасены при своевременном и правильном оказании первой помощи [10]. Рассматривая причины быстрого наступления летального исхода на догоспитальном этапе, многие авторы выделяют в качестве наиболее распространенных

угрожающих жизни последствий острую дыхательную недостаточность и кровопотерю [9].

В настоящее время для диагностики и лечения пневмоторакса используется индивидуальный перевязочный пакет, а так же предлагается ряд устройств [2,5]. Недостатками известных устройств являются их недостаточная надежность, ввиду невозможности стабилизации раневого канала, отсутствие кровоостанавливающей либо влаговпитывающей функции, частые нарушения герметичности при использовании либо отсутствие системы крепления дренажной трубки.

Цель исследования: разработка нового устройства для лечения открытого пневмоторакса.

Материалы и методы исследования. Устройство относится к области медицины и предназначено для лечения во время лечебно-эвакуационных мероприятий открытого пневмоторакса, возникшего в результате огнестрельных ранений или ранений острым предметом. Заявленная

модель может быть использована также для лечения закрытого и клапанного пневмоторакса, при предварительной пункции плевральной полости.

Устройство включает в себя дренажную трубку с установленным в ней обратным клапаном. На внутренней части имеются поперечные отверстия в стенке. Трубка снабжена окклюзионной повязкой, выполненной из воздухонепроницаемого материала на клеевой основе. Наружный диаметр наружной части дренажной трубки больше наружного диаметра внутренней части, а переход между наружной и внутренней частями имеет конусообразную форму. Окклюзионная повязка герметично установлена на наружной части дренажной трубки над конусным переходом. На дренажной трубке имеется фиксирующее кольцо, размещенное под окклюзионной повязкой. Устройство снабжено влаговпитывающей повязкой (рис.).

Заявленная полезная модель обладает надежной конструкцией и позволяет эффективно проводить дренирование плевральной полости через раневой канал.

За счет конусного перехода, фиксирующего кольца и клеевой основы трубка легко вводится в раневой канал и стабильно фиксируется на теле пострадавшего. Она обладает атравматичностью для легкого и плевры.

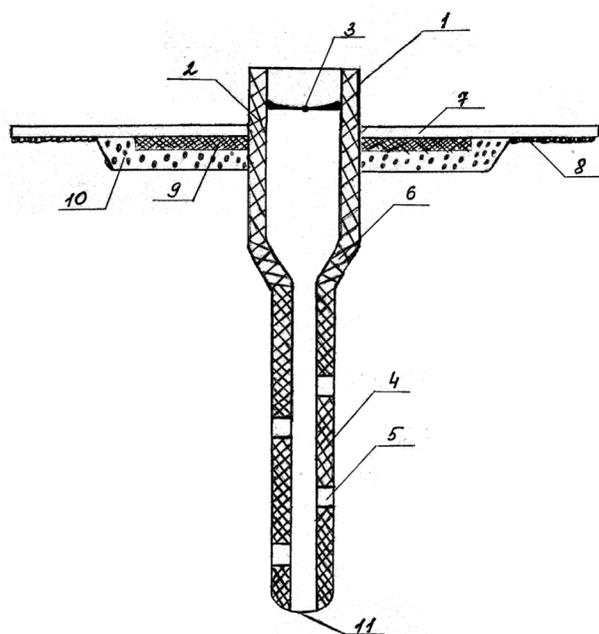


Рис. Устройство для лечения пневмоторакса:
 1 – дренажная трубка; 2 – наружная часть дренажной трубки; 3 – обратный клапан; 4 – внутренняя часть дренажной трубки; 5 – поперечные отверстия; 6 – конусный переход; 7 – окклюзионная повязка; 8 – клеевая основа; 9 – фиксирующее кольцо; 10 – влаговпитывающая повязка; 11 – нижний конец внутренней части дренажной трубки

Окклюзионная повязка позволяет надежно герметизировать раневой канал, а влаговпитывающая повязка препятствует накоплению крови под окклюзионной повязкой. Дополнительные отверстия позволяют воздуху выходить наружу, даже если основное отверстие во внутренней части закупорится обрывками тканей или сгустком крови. Дренажная трубка легко вводится в раневой канал и позволяет оказывать помощь при открытом пневмотораксе в рамках взаимопомощи спасателями (парамедиками), в т. ч. в полевых условиях.

Устройство устанавливают следующим образом. Края раны и кожу вокруг неё очищают от пыли, крови и др., обрабатывая салфеткой, смоченной антисептическим раствором. Берут в руку трубку за наружную часть и вводят внутреннюю часть до упора в раневой канал (до фиксирующего кольца). Двумя руками крепко прижимают окклюзионную повязку к телу пострадавшего для надежной фиксации. После установки устройства прямое сообщение плевральной полости и атмосферы прекращается. Воздушные массы, благодаря имеющемуся обратному клапану, выходят из плевральной полости в атмосферу. При вдохе в плевральной полости создается отрицательное давление, однако обратный клапан не позволяет воздуху проникнуть в плевральную полость. Во время выдоха давление в плевральной полости становится больше, чем в окружающей атмосфере. Обратный клапан открывается и часть воздуха из плевральной полости выходит в атмосферу. Таким образом, при дыхательных движениях и кашле, сопровождающем пневмоторакс, воздух из плевральной полости выходит в атмосферу и легкое расправляется.

На разработанную модель получен патент на изобретение № 164920 «Устройство для лечения пневмоторакса».

Вывод. Предложенная модель устраняет недостатки разработанных ранее устройств, позволяя более эффективно оказывать экстренную и неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе при пневмотораксе.

Список литературы:

1. Брюсов, П. Г. Хирургия современной боевой травмы груди // Воен. – мед. журн. – 2010. – № 1. – С. 20–28.
2. Пат. 93027520 Российская Федерация, МПК6 А61М1/04. Устройство для лечения открытого пневмоторакса / В. И. Попов (RU); заявитель Попов В. И. № 93027520/14; заявл. 19.05.1993; опубл. 27.03.1996.
3. Колесов, А. П. Хирургическое лечение огнестрельных повреждений груди / А. П. Колесов, Л. Н. Бисенков. – Л.: Медицина, Ленингр. отд-ние, 1986. – 144 с.
4. Лобжанидзе, А. А. Оптимизация работы по совершенствованию оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в Ленин-

градской области / А. А. Лобжанидзе, О. Н. Эргашев, Н. В. Разумный // Скорая медицинская помощь – 2014: сб. тез. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием/под ред. С. Ф. Багненко. – СПб.: Изд-во СПб ГМУ, 2014. – С. 94–95.

5. Пат. 2082445 Российская Федерация, МПК А61М 16/00, А61М 27/00. Способ диагностики и лечения пневмоторакса и устройство для его осуществления / А. Н. Тулупов, В. И. Попов; заявитель и патентообладатель Попов В. И. – № 92 5066325; заявл. 07.05.1992; опубл. 27.02.2002.

6. Rib fractures: relationship with pneumonia and mortality / K. J. Brasel [et al.] // Critical Care Medicine. – 2006. – Vol. 34, № 6. – P. 1642–1646.

7. Multidetector CT of blunt thoracic trauma / R. Kaewlai [et al.] // Radiographics. – 2008. – Vol. 28, № 6. – P. 1555–1570.

8. Over all distribution of trauma-related death in Berlin 2010: advancement or stagnation of German trauma management? / C. Kleber [et al.] // World Journal of Surgery. – 2012. – Vol. 36, № 9. – P. 2125–2130.

9. Reply to letter: Tactical Combat Casualty Care rules applied to civilian traumatic cardiopulmonary resuscitation: synergism of civilian and military trauma management / C. Kleber [et al.] // Resuscitation. – 2014. – Vol. 85, № 6. – P. 87–88.

10. Role of lung contusions on posttraumatic inflammatory response and organ dysfunction in traumatized patients / M. Maire [et al.] // European Journal of Trauma and Emergency Surgery. – 2009. – Vol. 35, № 5. – P. 463–469.

УДК 613.495:665.584.22:612.281.454.1

С. В. Соковнина¹, Г. В. Павлова¹, А. С. Осокина²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

Кафедра микробиологии

Кафедра гигиены

²ФГБНУ «Удмуртский научно-исследовательский институт сельского хозяйства», Удмуртская Республика

ОЦЕНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СВОЙСТВ КОСМЕТИЧЕСКОГО КРЕМА АВТОРСКОЙ РАЗРАБОТКИ

Соковнина Светлана Валентиновна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Павлова Галина Владимировна – профессор кафедры доктор медицинских наук; Осокина Анастасия Сергеевна – научный сотрудник

В статье представлены результаты исследования антибактериальной активности косметического крема, содержащего норковое масло и продукты жизнедеятельности личинки восковой моли в отношении золотистого стафилококка.

Ключевые слова: продукты жизнедеятельности; восковая моль; норковое масло; золотистый стафилококк; антибактериальная активность

S. V. Sokovnina¹, G. V. Pavlova¹, A. S. Osokina²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Microbiology

Department of Hygiene

²Udmurt Research Institute of Agriculture, Udmurt Republic

EVALUATION OF ANTIBACTERIAL PROPERTIES OF THE AUTHORS' COSMETIC CREAM

Sokovnina Svetlana Valentinovna – Associate Professor of the Department Candidate of Medical Sciences; Pavlova Galina Vladimirovna – Professor of the Department Doctor of Medical Sciences; Osokina Anastasia Sergeevna – Researcher

The article presents the results of the study of the antibacterial activity of a cosmetic cream containing mink oil and the waste products of the wax moth larva against Staphylococcus aureus.

Key words: waste products; wax moth; mink oil; Staphylococcus aureus; antibacterial activity

В настоящее время насекомые привлекают к себе пристальное внимание, как источники биологически активных веществ. Из них были выделены пептиды, которые по силе действия сопоставимы с антибиотиками и могут быть использованы для лечения бактериальных и грибковых инфекций.

Уникальным представителем мира насекомых является большая восковая моль *Galleria mellonella* из семейства огневок. Она обладает чрезвычайно редкой способностью переваривать и усваивать пчелиный воск, благодаря наличию фермента церазы. Вытяжка из гусениц большой восковой огневки обладает ценными лечебными и протекторными свойствами и успешно используется при лечении кардиореспираторных заболеваний [1,5].

Продукты жизнедеятельности восковой моли также являются не менее перспективным лекарственным сырьем [2]. При изучении состава продуктов жизнедеятельности личинок восковой моли были выделены три группы биологически активных соединений флавоноидной, иридоидной и стероидной природы. Состав биологически активных соединений стероидной природы очень разноплановый, схожий со строением биологически активных соединений той же группы в самих личинках моли, но гораздо богаче последнего. Наличие компонента иридоидной природы может свидетельствовать об антимикробной активности препарата из продуктов жизнедеятельности восковой моли.

Норка – единственное животное, не имеющее кожных болезней. Благодаря подкожному жиру,

норка способна выживать при значительных повреждениях. Ее кожа, сохранившаяся лишь на 15%, полностью восстанавливается, раны рубцуются и покрываются пушистым мехом. Норковый жир часто называют почти волшебным продуктом. Только в нем присутствует пальмитоолеиновая кислота и другие полезные вещества, которые способны проникать в глубокие слои эпидермиса, стимулировать липидный обмен в коже и ускорять процессы регенерации тканей. Такого количества пальмитоолеиновой кислоты (15–19%) нет больше ни в одном жире! В растительных маслах она не встречается, как и почти во всех маслах животного происхождения [4].

Благодаря физиологическому сходству норкового жира с потожировым составом и структурой человеческой кожи, продукт легко проникает в клетки и доставляет питательные элементы в глубокие слои кожи. Что дает возможность использования его в косметологии и медицине.

Проблема микробной обсемененности у больных с атопическими дерматитами остается актуальной в современной медицине. Учитывая, что норковый жир восстанавливает гидролипидный барьер кожи, обладает прекрасной проникающей способностью, а продукты жизнедеятельности восковой моли являются биологически и антимикробно-активными, была определена цель работы – проведение исследований по получению крема на основе этих продуктов и определение его антибактериальной активности [3,6].

Материалы и методы исследования. Было проведено экспериментальное изучение антибактериальной активности крема на клиническом штамме культуры золотистого стафилококка. Основой крема являлся норковый жир, к которому в разных соотношениях добавлялись продукты жизнедеятельности личинки восковой моли. Первый образец содержал продукты жизнедеятельности в соотношении 1:4, второй – 1:2. Образцы выдерживали в термостате при температуре 37 °C в течении 3-х суток для гомогенизации.

Для определения антибактериальной активности крема использовали метод диффузии в агар («метод колодцев»), согласно методическим рекомендациям по изучению специфической активности противомикробных лекарственных препаратов. Желточно-солевой агар засеивали сплошным газоном суточной культурой золотистого стафилококка. В агаре делали лунки, в которые вносили одинаковый объем исследуемых образцов крема. Контролем служило чистое норковое масло.

Результаты исследования и их обсуждение. Благодаря антибактериальному эффекту препарата, содержащегося в лунке, вокруг лунки формируется зона задержки роста (отсутствие роста исследуемой культуры в агаре). Исследование показало, что крем, содержащий продукты жизнедеятельности личинок в соотношении 1:2 обладает наибольшей активностью. Зоны задержки роста культуры золотистого стафилококка при этом соотношении в среднем составляли от 22 до 23 мм. Менее выраженное действие наблюдалось в соотношении 1:4. У этих образцов зона задержки роста культуры была меньше – 17–15 мм. Зоны задержки роста у чистого норкового масла отсутствовали. Таким образом, результаты исследований показали, что чем выше содержание продуктов жизнедеятельности восковой моли в креме, тем значительней выражен его антибактериальный эффект.

Полученные нами результаты, свидетельствуют о перспективности дальнейших исследований, направленных на изучение антибактериального эффекта крема с продуктами жизнедеятельности восковой моли на основе норкового масла *in vitro* и *in vivo*. Компоненты предлагаемого нами косметического крема являются натуральными и не вызывают аллергических реакций, что предполагает возможность дальнейшего его использования у больных с атопическими дерматитами. Результаты научно-исследовательской работы зарегистрированы как объект интеллектуальной собственности в форме рационализаторского предложения № 28.16 от 21.12.2016 (зарегистрировано в Банке интеллектуальной собственности и информационных ресурсов ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ).

Список литературы:

1. Антиоксидантное и иммунопротекторное действие экстракта личинок восковой моли при окислительном стрессе у крыс, вызванном потреблением корма, обогащенного железом / А. А. Овсепян [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – Т. XVI, № 1. – С. 170–173.
2. Бакалева, В. Ф. Биологические активные вещества из личинок *Galleriamellonella* и продуктов жизнедеятельности пчел как потенциальные кардиопротекторы и адаптогены при действии гоподинамических и стрессорных факторов на организм экспериментальных животных и человека: дис. ... канд. биол. наук / В. Ф. Бакалева. – Москва, 2002. – 76 с.
3. Возможность использования личинок большой восковой моли для оптимизации обеззараживания воздуха в помещении: материалы XVIII Всероссийской научной конф. «Успехи апитерапии» (1–3 октября 2015) / А. С. Осокина [и др.] // Апитерапия сегодня: сборник 18. – Рыбное: ФГБНУ «НИИ пчеловодства», 2016. – С. 70–72.
4. Войцеховская, А. Л. Косметика сегодня: справочник / А. Л. Войцеховская, И. И. Вольфензон. – М.: Химия, 1988. – 174 с.
5. Выделение антибактериальных компонентов из гемолимфы личинок *Galleriamellonella* / П. П. Пурьгин [и др.] // Вестник Самарского ГУ – Естественнонаучная серия. – 2007. – № 9/1 (59). – С. 270–284.
6. Натуральный экстракт доктора Мухина – биологически активная добавка из личинок восковой моли с лечебным и профилактическим действием при бронхо-легочных заболеваниях: иммуномодулирующая и антибактериальная активность, лечебное действие / Е. Г. Литвинова [и др.] // X Международный съезд ФИТОФАРМ 2006 «Актуальные проблемы создания новых лекарственных препаратов природного происхождения». – СПб, 2006. – С. 219–223.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

В международном журнале «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов» публикуются статьи по актуальным вопросам организации здравоохранения, общественного здоровья, демографии и экологии финно-угорских народов, рассматривается широкий спектр проблем клинической медицины.

При направлении статьи в редакцию просим руководствоваться следующими правилами:

1. В редакцию необходимо направлять бумажный вариант (2 экземпляра) и электронную версию на диске или по адресу электронной почты – hde_fu_journal@mail.ru.

2. Статья должна быть напечатана на одной стороне листа через 1,5 интервала, поля текста: верхнее и нижнее – по 2 см, правое – 1 см, левое – 3 см. Шрифт *Times New Roman* 14. Рекомендуемый объем оригинального исследования - 5 страниц (до 9 000 символов), объем передовых и обзорных статей – до 10 страниц (до 18000 символов).

3. В начале первой страницы указывают на русском и английском языках: полужирным прописным начертанием – название статьи, под названием – инициалы и фамилии авторов (курсивное начертание), научные звания, должности и место работы авторов, а также адрес электронной почты каждого автора, корреспондентский почтовый адрес и телефон основного автора (для контакта с автором статьи (можно один на всех авторов)). Далее через 2 интервала, с абзацного отступа (1 см), – текст статьи.

4. Статья должна быть подписана всеми авторами и сопровождаться направлением от учреждения, в котором выполнена работа.

5. Структура статьи включает: краткое введение, отражающее состояние вопроса к моменту написания статьи; цель настоящего исследования; материалы и методы; результаты работы и их обсуждение; выводы; список использованной литературы в конце статьи.

6. Статья может быть опубликована на русском или английском языке. Аннотация статьи (объем до 7 строк) должна обеспечить понимание главных положений статьи и быть представлена на русском и английском языках. Обязательно наличие ключевых слов (на русском и английском языках). Ключевые слова или словосочетания отделяются друг от друга точкой с запятой.

7. Объем графического материала минимальный. Фотографии – черно-белые, контрастные, максимальный размер 168/250 мм. Электронная версия в формате *Gray 8 bit*. 600 dpi, *TIFF*. Рисунки должны быть четкими, выполненными тушью. На обороте фотографии и рисунка карандашом ставятся: порядковый номер, фамилия автора, название статьи. Подписи к рисункам и фотографиям печатаются на отдельном листе. В тексте следует делать ссылки на номер рисунка. Электронная версия рисунка может быть представлена в форматах *Corel Draw 10–13*; *Adobe Illustrator 9–11*.

8. Таблицы (печатаются кеглем 10) должны быть пронумерованы, иметь заголовки и четко обозначенные графы, содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы.

9. Все математические формулы должны быть тщательно выверены. Электронная версия представлена в форматах *MS Equation 3.0*; *Math Type 4.0*.

10. Библиографические ссылки в тексте статьи приводятся цифрами в квадратных скобках в соответствии с указанным списком литературы, составленным в алфавитном порядке.

11. Библиографический список литературы приводится по ГОСТ 7.1.-2003. Автор несет ответственность за правильность данных, приведенных в указателе литературы.

12. В конце статьи указываются фамилия, имя, отчество, занимаемая должность автора, его почтовый и электронный адрес, телефон.

13. Редакция оставляет за собой право на сокращение и редактирование присланных работ.

14. Рукописи, не принятые к печати, авторам не возвращаются.

Электронная почта: hde_fu_journal@mail.ru

RULES FOR AUTHORS

The International Journal «Health, Demography, Ecology of Finno-Ugric Peoples» publishes articles concerning wide spectrum of problems of the public health organization, demography and ecology of Finno-Ugric peoples and issues of clinical and social medicine.

The article should be presented according to the rules:

1. *The article should be submitted by the author in a set of two printed copies. Electronic variant of the article can be sent on e-mail address: hde_fu_journal@mail.ru or presented on a disk.*

2. *The article should be printed on one side of a sheet by Times New Roman 14, in 1.5 intervals, it's important to adjust the margins: high and low – 2sm, right – 1sm, left margin – 3 sm. Advisable volume of original scientific research is 3–5 pages (9 000 symbols), leading and authorial articles should be limited to 10 pages (18 000 symbols).*

3. *The title of the article written in capital letters (bold type) should be located below. Authors' initials and names (italic type), full name(s) of organization(s) where the work is done (italic type), should be printed at the front-page beginning, left aligned. Author's full name, job position, his/her home or office address and e-mail, as well as telephone numbers, must be applied at the end of the article. The text of the article should be presented beneath the title departing 2 intervals with 1sm indentation.*

4. *The article must be signed by all authors and be submitted with the permission for publication given by the Head of organization where the work is done.*

5. *The form of the article should include: Introduction, Aim, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusion and References.*

6. *Volume of graphic material should be minimal. Photographs should be black-and-white and contrast, maximum amount is 168/250 (format Gray 8 bit, 600 dpi, TIFF). Figures should be clear, made in Indian ink (format Corel Draw 10–14, Adobe Illustrator 9–12). On the back side of a photo and a figure the number, author's name and the title are indicated in pencil.*

7. *Tables should have names and order number. They must contain only necessary findings: aggregate figures and statistically treated materials and be printed in ten-point type.*

8. *Formulas should have clear indication, presented in format MS Equation 3.0, Math Type 4.0.*

9. *Numbers of references in the article should be written in hooks according to the list of literature made in alphabetical order.*

10. *The list of literature should be written according to the State Standards – 7.1 –2003. The author is responsible for data adequacy.*

11. *The right is reserved to editorial staff to save and correct given articles.*

12. *In case of two or more articles written by one author(s) only one article can be published in the Journal.*

13. *Rejected articles are not given back to the authors.*

The articles should be sent to the address: Izhevsk State Medical Academy, 426034 Russian Federation, Udmurt Republic, Izhevsk, Kommunarov Str. 281.

E-mail: hde_fu_journal@mail.ru